

ARTÍCULO ORIGINAL

Impacto del aislamiento por la pandemia de COVID-19 en la realización de pruebas rápidas de VIH en un hospital general de agudos de CABA

Recibido: 13/5/22 Aceptado: 31/7/22

Florencia Scarnato¹, Jéniffer Hernández¹, Joaquín Cabral¹, Ángeles Tisné¹, Franco Garibaldi¹, Fabiola Nieto¹, Marcela Badia², Ezequiel Córdova¹, Diego Cecchini¹, Claudia Rodríguez¹.

RESUMEN

Introducción: La infección por VIH continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial. Las restricciones tomadas durante la pandemia por COVID-19 podrían afectar el alcance de las metas 95-95-95 propuestas por ONUSIDA. El objetivo de este trabajo fue determinar el impacto de la pandemia por COVID-19 en la realización de pruebas rápidas de VIH en un hospital general de agudos.

Métodos: Análisis retrospectivo de los datos de pacientes mayores de 16 años, de ambos sexos, que se realizaron una prueba rápida de VIH durante la pandemia por COVID-19 vs. el período previo.

Resultados: De 611 tests, 473 (77,4%) corresponden al período prepandémico y 138 (22,6%) al pandémico. La mediana de edad (rango intercuartílico) fue 32 años (24-40); sexo masculino 386 (63,2%), sin diferencias significativas. Durante el período prepandémico los motivos de testeo fueron control de salud 47,6% (n=225) y situaciones de riesgo/síntomas 52,4% (n=248), mientras que en el período pandémico fueron control de salud 27,5% (n=38) y situaciones de riesgo/síntomas 72,5% (n=100) respectivamente, $p=0.0001$. Tests positivos: 5,7% (n=27) vs. 8,7% (n=12), $p=0.28$. Las medianas de recuento de linfocitos T CD4+ y carga viral fueron: 327 cel/uL (135-718) y 66300 copias/mL (5260-192000), sin diferencias significativas.

Conclusiones: La cantidad de testeos realizados durante la pandemia corresponde a un tercio de los realizados durante el período previo, con un descenso en aquellos motivados por controles de salud, evidenciando el impacto de la pandemia en el diagnóstico de VIH.

Palabras clave: VIH, COVID-19, pandemias, diagnóstico.

¹ Unidad de Infectología, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Buenos Aires, Argentina.

² Unidad de Infectología, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Buenos Aires, Argentina.

Autora para correspondencia: Dra. Florencia Scarnato
Hospital Cosme Argerich, Almirante Brown 240,
Buenos Aires 1155AHD, Argentina.
Tel: (+54) 11-4121-0828. Fax: (+54) 11-4307-5952.
E-mail: florscarnato@hotmail.com.

Conflictos de intereses. Los autores no presentan conflictos de intereses que declarar.

Introducción

A fines de 2019, China comunicó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la detección de una serie de casos de neumonía de causa desconocida en Wuhan. El 9 de enero se detectó un nuevo coronavirus como causante del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2). En pocas semanas, el virus se propagó por diferentes países asiáticos, europeos y americanos (1, 2, 3).

Debido a su rápida expansión, la OMS decretó una emergencia de salud pública, declarándose como pandemia el 11 de marzo de 2020 tras comprometer los seis continentes, afectando alrededor de 120.000 personas y produciendo más de 4000 muertes (3).

En nuestro país, el 3 de marzo se realizó el primer diagnóstico de SARS-CoV-2 en un viajero proveniente de Europa, el cual fue notificado por un establecimiento de salud privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). A los cuatro días de la detección del primer caso, un hombre de 64 años con múltiples factores de riesgo, residente de CABA, viajero proveniente de Francia, se convirtió en la primera víctima mortal a nivel de América Latina (4-5).

El Estado Nacional decretó el inicio del aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) el 20 de marzo, el cual se extendió durante 234 días. Inicialmente se vio afectada el área metropolitana de Buenos Aires, pero rápidamente se extendió a todo el país (6).

En respuesta a la pandemia, el sistema de salud se focalizó en destinar recursos a la organización sanitaria para tal fin, lo que en consecuencia generó una disminución en la oferta de la atención médica, afectando el control de salud de múltiples patologías de carácter crónico, entre ellas el VIH. Por otra parte, se observó una caída en la demanda por temor al contagio y debido a la restricción en el movimiento de la población, bajo las medidas del ASPO establecidas por las autoridades gubernamentales, con el objetivo de controlar la propagación del virus y evitar la saturación de los sistemas de salud. Esto puede tener impacto en el acceso al diagnóstico de VIH.

Así también, a nivel mundial, pacientes que ya se encontraban con diagnóstico de VIH interrumpieron su seguimiento y muchos de ellos descontinuaron durante algunos meses su tratamiento. Según datos de la OMS, algunos países han declarado haber experimentado reducciones de hasta

un 20% en el suministro de medicamentos, así como hay múltiples denuncias por parte de las personas que viven con VIH por no disponer de antirretrovirales para un confinamiento mayor a 60 días (7).

En consecuencia, esta situación podría comprometer el logro del objetivo de 95% de población diagnosticada propuesto por ONUSIDA y, por ende, del 95% de personas bajo tratamiento con 95% de carga viral (CV) indetectable.

Según estimaciones de la OMS y ONUSIDA, 2,4 millones de personas viven con VIH en América Latina y el Caribe, encontrándose el 81% de las personas estimadas diagnosticadas, el 65% bajo tratamiento y el 60% con CV suprimida. Resulta fundamental acelerar la detección de nuevas infecciones y la introducción de nuevos métodos de prevención y tratamiento, aun en el contexto del desafío que plantea la pandemia por COVID-19 (8).

En la Argentina, se estima que 136.000 personas viven con VIH, aunque un 17% desconocería su diagnóstico. De estas, un 67% se atiende en el subsistema público y 60.000 se encuentran en tratamiento. En cuanto a la oportunidad del diagnóstico, el 30,2% se realiza en una etapa avanzada de la infección, correspondiendo un 26% a mujeres y un 32,1% a varones. Un 98% adquiere la infección por vía sexual (9-10).

A pesar de los progresos alcanzados, el VIH continúa siendo un importante problema de salud pública a nivel mundial. La actual pandemia por COVID-19 podría afectar el acceso a la realización de pruebas diagnósticas, demorando por consiguiente la detección de nuevos casos y el inicio oportuno del tratamiento, siendo estos dos pilares fundamentales para lograr rápidamente el control virológico de la infección, con sus consiguientes impactos en la salud individual y colectiva. Por ende, esta situación plantea nuevos desafíos para asegurar la continuidad en los servicios de prevención, pruebas diagnósticas, tratamiento y seguimiento del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

El objetivo principal de este trabajo fue describir el impacto de la cuarentena por la pandemia por COVID-19 en un centro de testeo de VIH de la Unidad de Infectología de un hospital general de agudos (HGA) de CABA. En segundo lugar, comparar las características de la población que acudió a realizarse la prueba rápida de VIH previo a la cuarentena con aquellos que la realizaron una vez iniciada la misma.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en la Unidad de Infectología de un hospital general de agudos de tercer nivel de complejidad de CABA, basado en datos agregados de fichas epidemiológicas de consentimiento informado para el testeo voluntario de VIH.

Se incluyeron pacientes mayores de 16 años de ambos sexos que acudieron al consultorio de demanda espontánea para realización de test rápido de VIH.

Los motivos por los cuales acudieron a la consulta fueron categorizados de la siguiente manera: controles de salud; presencia de síntomas, incluyendo manifestaciones de ITS; o exposiciones de riesgo.

A los fines de este trabajo definimos el período previo a la cuarentena como “prepandémico” y a la cuarentena como período “pandémico”, aunque no coincidan de manera estricta cronológicamente. Se consideró, entonces, período prepandémico del 25/03/2019 al 24/03/2020 y período de cuarentena por pandemia de COVID-19 (con diferentes niveles de aislamiento) del 25/03/2020 al 24/03/2021, más allá de que la pandemia continúe hasta el momento de la escritura de este artículo.

Durante el período pandémico, los horarios de atención del consultorio de demanda espontánea no fueron modificados, continuando con la realización de los testeos. No obstante, además de las restricciones en la circulación, el ingreso hospitalario se fue reduciendo de manera progresiva a pacientes con síntomas sospechosos de COVID-19 y a las urgencias. El Ministerio de Salud de CABA diseñó una estrategia en red para organizar la atención de pacientes con COVID-19, formando parte nuestro hospital del anillo rojo, recibiendo pacientes críticos y derivando a aquellos de menor complejidad a los hospitales que componían el anillo verde o amarillo. Todo esto fue dificultando el acceso de los pacientes a nuestro servicio.

La prueba rápida de VIH se realizó mediante inmunoanálisis cualitativo de lectura visual, de flujo lateral, para la detección de anticuerpos Anti VIH1/2 (Alere ®) por punción digital. Esta presenta una sensibilidad y especificidad del 100% para VIH 1/2; para enfermedades no causadas por VIH potencialmente interferentes presenta una especificidad del 98,86% (15).

Previo a su realización se solicitó consentimiento informado por escrito.

En todos los casos se realizó interrogatorio a fin de conocer el motivo del testeo, se otorgó información respecto al VIH y a otras ITS, sus vías de transmisión y medidas de prevención. Además, se brindó información sobre la existencia de la profilaxis postexposición al VIH (PEP) y se inició en caso de encontrarse dentro de las 72 horas de una exposición de riesgo.

El test demora entre 15 a 60 minutos, obteniendo resultados positivos en un lapso de 5 a 10 minutos en muchas oportunidades. La institución realiza un control interno de calidad en forma mensual, a cargo del Laboratorio Central.

Los resultados son de estricto valor confidencial, entregándose una constancia codificada por escrito al paciente.

En caso de resultado negativo se evaluó la necesidad de repetir la prueba a 30 días de existir riesgo de encontrarse en período de ventana y se brindó consejería sobre medidas de protección sexual y sobre otras formas de contagio.

Ante un resultado positivo se solicitó de forma inmediata extracción de sangre para una segunda muestra de ELISA, carga viral (CV) y recuento de linfocitos T CD4+ para confirmar el diagnóstico y determinar el status inmunológico inicial. Esto demora alrededor de una semana, tras lo cual se cita al paciente para informar los resultados e iniciar de forma temprana el tratamiento.

Resultados

Se realizaron un total de 611 test rápidos, de los cuales el 77,4% (n=473) correspondió al período prepandémico y el 22,6% (n=138) al período de pandemia.

La mediana (rango intercuartílico) de edad fue de 32 años (24-40), predominando el sexo masculino 63,2% (n=386), sin diferencias significativas entre ambos períodos.

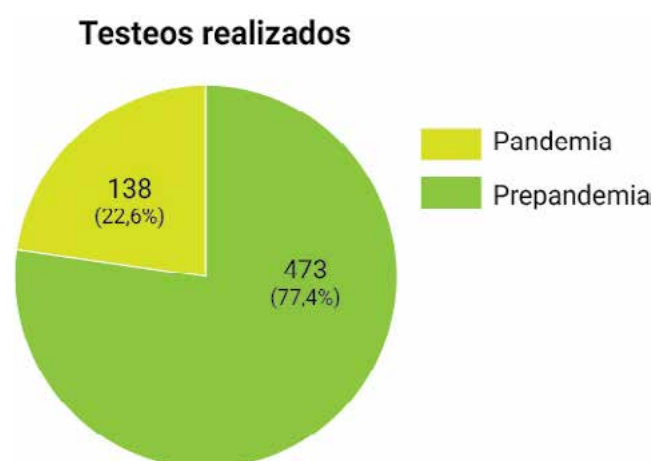
Del total de pacientes incluidos entre ambos períodos, el 32% (n=196) acudió motivado por haber presentado exposición a una situación de riesgo, el 43% (n=263) por control de salud y el 25% (n=152) por presentar

algún síntoma compatible o no con infección por VIH o enfermedad asociada al mismo.

El 74,6% (n=456) de los pacientes evaluados no manifestó síntomas al momento del testeo, el 0,8% (n=5) presentó síntomas compatibles con alguna infección oportunista atribuible al VIH, el 15,2% (n=93) a alguna ITS, el 1% (n=6) a otras enfermedades asociadas al VIH (ej. dermatitis seborreica, episodio agudo de psoriasis, entre otras) y un 8,35% (n=51) a otras enfermedades no asociadas al VIH.

Durante el periodo previo a la pandemia los testeos por controles de salud ocurrieron en un 47,6% (n=225) vs. lo observado durante la pandemia, con un 27,5% (n=38), como se ilustra en la Figura 1. Por otro lado, aquellos testeos realizados por situaciones de riesgo o síntomas ocurrieron en un 52,4% (n=248) en el primer periodo vs. 72,5% (n=100) en el segundo (p=0.0001), como se expresa en la Figura 2. Durante la pandemia se observó una disminución en el número de testeos realizados, siendo el motivo más frecuente de consulta las situaciones de riesgo o síntomas con un descenso en aquellos motivados por controles de salud.

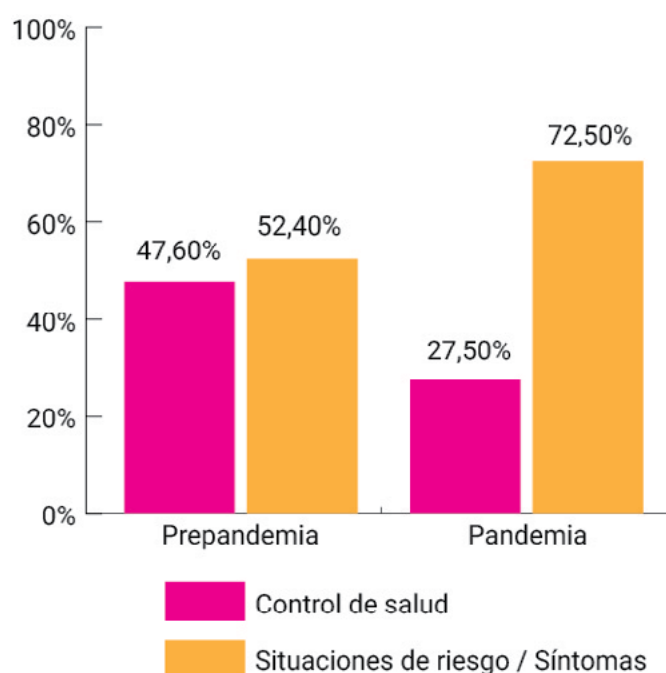
Figura 1. Distribución de la cantidad total de testeos rápidos de VIH (número, porcentaje) realizados durante los períodos pre-pandémico y pandémico



El porcentaje de test positivos fue del 5,7% (n=27) previo a la pandemia y 8,7% (n=12) durante la misma (p=0.28).

De los casos positivos, durante ambos períodos, el 56,4% (n=22) refería estar asintomático, el 12,8% (n=5) presentaba algún síntoma compatible con una infección oportunista, el 15,4% (n=6) presentaba síntomas de ITS,

Figura 2. Distribución de los motivos de realización de pruebas rápidas de VIH (porcentaje) en un centro de testeo de un HGA de CABA durante los períodos pre-pandémico y pandémico



el 12,8% (n=5) de otras enfermedades asociadas al VIH y el 2,5% (n=1) a otras enfermedades no asociadas al VIH.

Las medianas de linfocitos T CD4+ y CV fueron de 327 (135-718) cel/uL y 66.300 (5260-192.000) copias/mL respectivamente, sin diferencias entre ambos períodos.

Al analizar el estado inmunológico de los pacientes con diagnóstico de VIH de ambos períodos, el 53,8% (n=21) de ellos tenían un valor de CD4 de inicio mayor a 200 células/ml, mientras que el 30,7% (n=12) tenían un valor inicial menor o igual a 200 células/ml.

Del total de pacientes positivos (n=39), el 84,6% (n=33) volvieron a la consulta para recibir la devolución de los resultados confirmatorios. Al estudiar la CV de estos pacientes se encontró que el 41% (n=16) presentaba una CV de inicio mayor o igual a 100.000 copias/ml, mientras que el 43,6% (n=17) presentaban una CV inicial menor a 100.000 copias/ml.

Cabe remarcar que seis pacientes testeados positivos (15,4%) no volvieron al seguimiento, por lo que no se dispone de datos de CD4 ni CV en estos casos. Se los intentó localizar telefónicamente y a través de búsqueda por el área programática sin éxito.

Discusión

La pandemia por COVID-19 y sus consecuentes restricciones a la circulación han impactado drásticamente a nivel mundial, tanto en los sistemas económicos y sociales como en el acceso a los sistemas de salud para la atención de patologías agudas y crónicas, como lo es, entre otras, el VIH (13).

La estrategia de mitigación de una pandemia causada por un virus respiratorio requiere de la acción temprana y coordinada de los sistemas de salud pública y privada, que incluya restricciones a la circulación (tales como la cuarentena, medidas de distanciamiento social), la utilización de máscaras faciales, así como la implementación de pruebas diagnósticas a gran escala para detectar casos infectados y sus contactos e indicar los aislamientos correspondientes (5-13).

Debido a factores socioeconómicos, América Latina ha tenido dificultades para enfrentar la pandemia. La inestabilidad política que enfrentan algunos de estos países ha dificultado el liderazgo necesario para tomar acciones responsables y oportunas. La estructura deficitaria de los sistemas de salud y la histórica baja inversión en los mismos, como así también la capacidad subóptima de las unidades de cuidados intensivos, presentaron un contexto difícil a la hora de enfrentar la pandemia (5-13).

Argentina resultó ser uno de los países más afectados. Si bien cuenta con uno de los sistemas de salud más robustos de América Latina, el gobierno decidió actuar de forma temprana imponiendo un período de cuarentena obligatoria, un cierre casi total de los espacios públicos y la proscripción de eventos masivos, para fortalecer así la capacidad de los servicios hospitalarios y evitar su saturación (5-13). Esto se realizó en concordancia con medidas tomadas por otros países a nivel mundial.

En consecuencia, debido a las dificultades en el acceso a los sistemas de salud y a la interrupción de la prestación de servicios, patologías crónicas como el VIH se vieron afectadas.

Por tal motivo, se implementaron medidas como la atención a distancia mediante telemedicina, la entrega de antirretrovirales por períodos prolongados (2-3 meses) con reducción en la burocracia para la prescripción y renovación del tratamiento, con el fin de garantizar la continuidad de la atención del VIH y su tratamiento (16).

Una encuesta mundial realizada por la OMS, durante el período comprendido entre marzo y junio de 2020, basada en información proporcionada por 105 países (de todas las regiones excepto de las Américas), reflejó que el 90% de estos han sufrido interrupciones en los servicios de salud esenciales desde el inicio de la pandemia, siendo los países de ingresos bajos y medios los que enfrentaron mayores dificultades. En los países de ingresos bajos, la suspensión de servicios críticos, como son la detección y el tratamiento del cáncer y el diagnóstico y tratamiento contra el VIH, se consideraron interrupciones de alto riesgo. Se notificó una reducción en la continuidad del tratamiento antirretroviral ya establecido en un 32% (14).

Según datos de OPS/OMS y ONUSIDA, la realización de pruebas de VIH durante el período de pandemia del año 2020 cayó 34% respecto al de 2019, y junto con ello el inicio oportuno del tratamiento antirretroviral en infecciones recientes (8).

La OPS advirtió que en el primer semestre de 2020 se realizaron en ocho países de América Latina y el Caribe (Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Perú, República Dominicana y Santa Lucía) aproximadamente 4000 diagnósticos menos respecto al primer semestre de 2019 (11).

El Fondo Mundial de Lucha contra SIDA, TBC y Malaria, según datos de 502 establecimientos de salud en 32 países africanos y asiáticos, entre abril y septiembre 2020, reportó una reducción del 41% en el número de tests de VIH durante la pandemia por COVID-19, con un consecuente descenso del 37% de admisiones para diagnóstico y tratamiento (12).

Nuestra experiencia local sugiere un gran impacto de la pandemia en la realización de pruebas diagnósticas de VIH, lo que concuerda con los datos reportados por ONUSIDA y el Fondo Mundial de lucha contra SIDA, TBC y Malaria. Pudimos evidenciar que la cantidad de tests realizados durante la pandemia corresponden a un tercio de los realizados durante el período previo, con un descenso en aquellos motivados por controles de salud.

En caso de replicarse este resultado en otras instituciones, esto advierte un potencial riesgo en el alcance de las metas 95-95-95 establecidas por ONUSIDA con el objetivo de contribuir al fin de la epidemia de VIH.

A pesar de los avances alcanzados en la región, el VIH continúa siendo un importante problema de salud pública, lo que refleja la necesidad de reforzar las acciones destinadas al diagnóstico temprano, para así iniciar el tratamiento de forma oportuna, logrando un adecuado control virológico, lo que supone una disminución en la morbilidad y mortalidad a largo plazo, así como también en la propagación de los contagios, con un impacto positivo en la salud individual y colectiva.

Contribución de los autores

FS, JH, JC, AT fueron responsables de la extracción de datos, análisis, redacción y diseño. DC, EC, CR, FN, MB contribuyeron al diseño, análisis final de datos, interpretación y redacción de primeros borradores del artículo. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Bibliografía

- Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med*. 2020;382:1199–207.
- Guan W-J, Ni Z-Y, Hu Y, Liang W-H, Ou C-Q, He J-X, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;382:1708–20.
- Organización Mundial de la Salud. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. Abril 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline—covid-19>. Acceso el 9 de marzo de 2022.
- Rearte A, Baldani A, Barcena Barbeira P, Domínguez C, Laurora M, Pesce M, et al. Características epidemiológicas de los primeros 116 974 casos de Covid-19 en Argentina, 2020. *Rev Argentina Salud Pública*. 2020;1–9.
- The Lancet. COVID-19 in Latin America: a humanitarian crisis. *Lancet*. 2020;396:1463.
- Boletín Oficial de la República Argentina. AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO 2020. Disponible en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>. Acceso el 9 de marzo de 2022.
- ONUSIDA. 90-90-90: Tratamiento para todos. Septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/90-90-90>. Acceso el 10 de marzo de 2022.
- Organización Panamericana de Salud - Organización Mundial de Salud y ONUSIDA. Pandemia por COVID-19 y VIH: alcance de las metas en riesgo. Noviembre de 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-11-2021-opsoms-onusida-instan-poner-fin-desigualdades-para-eliminar-sida>. Acceso el 10 de marzo de 2022.
- Ministerio de Salud. Respuesta al VIH y las ITS en Argentina. Año XXII. Diciembre de 2020. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-sobre-el-vih-sida-e-its-en-la-argentina-ndeg-37>. Acceso el 9 de marzo de 2022.
- Ministerio de Salud, Ciudad de Buenos Aires. Situación Epidemiológica del VIH en la ciudad de Buenos Aires Mayo 2021. Disponible en <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/coordinaci%C3%B3n-salud-sexual-vih-infecciones-de-transmisi%C3%B3n-sexual/noticias/situacion>. Acceso el 9 de marzo de 2022.
- Organización Panamericana de Salud - Organización Mundial de Salud y ONUSIDA. Cae la cantidad de diagnósticos de VIH en el primer semestre de 2020. Noviembre de 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-11-2020-casos-nuevos-infeccion-por-vih-aumentaron-mas-20-america-latina-ultima-decada#:~:text=En%20el%20primer%20semestre%20del,primeros%20seis%20meses%20del%202019>. Acceso el 10 de marzo de 2022.
- The Global Fund. The impact of COVID-19 on health services and systems related to HIV, tuberculosis and malaria: a snapshot of 502 health facilities in Africa and Asia. Abril 2021. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/world/impact-covid-19-hiv-tb-and-malaria-services-and-systems-health-snapshot-502-health>. Acceso el 10 de marzo de 2022.
- García PJ, Alarcón A, Bayer A, Buss P, Guerra G, Ribeiro H, et al. COVID-19 Response in Latin America. *Am J Trop Med Hyg*. 2020;103:1765-1772.
- Evaluación rápida de la continuidad de los servicios de salud esenciales durante la pandemia de COVID-19. Agosto de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/31-08-2020-in-who-global-pulse-survey-90-of-countries-report-disruptions-to-essential-health-services-since-covid-19-pandemic>. Acceso el 20/03/2022.
- ALERE DETERMINE™ HIV-1/2. Mayo 2018. Disponible en: <https://www.globalpointofcare.abbott/es/product-details/determine-hiv-1-2.html>. Acceso el 28/04/2022.
- Simões D, Stengaard AR, Combs L, Raben D; EuroTEST COVID-19 impact assessment consortium of partners. Impact of the COVID-19 pandemic on testing services for HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections in the WHO European Region, March to August 2020. *Euro Surveill*. 2020 Nov;25(47):2001943.

Impact of isolation measures due to the COVID-19 pandemic on rapid HIV tests in an Acute General Hospital in Buenos Aires City

INTRODUCTION: HIV infection remains as a public health worldwide problem. The restrictions taken during the COVID-19 pandemic could have affected the scope of the 95-95-95 goals proposed by UNAIDS. The aim of this work is to determine the impact of the COVID-19 pandemic on the performance of rapid HIV tests in an Acute General Hospital.

METHODS: Retrospective analysis of data from patients over 16 years old, of both sexes, who underwent a rapid HIV test during the COVID-19 pandemic vs. the previous period.

RESULTS: Of 611 tests, 473 (77.4%) correspond to the pre-pandemic period and 138 (22.6%) to the pandemic. The median age (interquartile range) was 32 years old (24-40); male sex 386 (63.2%), without significant differences. During the pre-pandemic vs pandemic period, the reasons for testing were: health control 47.6% (n=225) and risk situations/symptoms 52.4% (n=248), vs 27.5% (n= 38) and 72.5% (n=100) respectively, $p=0.0001$. Positive tests: 5.7% (n=27) vs 8.7% (n=12), $p=0.28$. The median CD4+ T lymphocyte count and viral load were: 327 cells/uL (135-718) and 66,300 copies/mL (5,260-192,000), with no significant differences.

CONCLUSIONS: The number of tests carried out during the pandemic equals to a third of those performed during the previous period, with a decrease in those motivated by health controls; evidencing the impact of the pandemic on the diagnosis of HIV.

Key words: HIV. COVID-19. Pandemics. Diagnosis.



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>