

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN – MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA.



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA**
UNAN - MANAGUA

TEMA

“Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”

Autor:

Dr. Mijail Adán Rivas Cruz

Tutor Clínico:

Dra. Hortencia E. Peralta Lara

Internista-Infectología

Asesor metodológico y análisis estadístico:

Ing. Heber Dávila

OPINION DEL TUTOR.

La infección por VIH/SIDA en nuestros tiempos es una enfermedad crónica que, aunque aún no tiene cura dispone un tratamiento efectivo, guías de atención y la posibilidad de desarrollar una vida completamente productiva y funcional para una persona que es diagnosticada a tiempo y vinculada a los servicios de salud para recibir este tratamiento, sin embargo, aún existen barreras administrativas, culturales y comportamentales que afectan la inserción de los individuos a la atención en salud.

Sea por que los servicios de salud aún no están preparados o porque las personas aún tienen miedo al estigma y la discriminación que lleva consigo el diagnóstico de VIH positivo.

La Clínica de atención integral del HEALF ha demostrado tener un equipo multidisciplinario de avanzada, cohesionado y dispuesto a tomar retos ...aún recuerdo las palabras salidas de nuestra boca ¿Por qué no? ¿Por qué no iniciar un proyecto que involucraba mejorar la atención y hacer las cosas un poco más eficientes con un esfuerzo común?

Hoy me reconforta ver los resultados del Dr Mijail Rivas en su tesis, que no sólo demuestran, ¡Porqué SI!, si no que además serán de utilidad a los tomadores de decisiones para la implementación de esta estrategia en otras CAI y que realmente nos acerquemos a la ambiciosa meta de erradicar el SIDA.

A Mijail sólo me queda decirle, Felicidades, continúa trabajando, esto no acaba, apenas comienza, te deseo una vida de éxitos no sólo profesionales sino personales, gracias por permitirme enseñarte.

Dra. Hortencia E. Peralta Lara
Internista/Infectologa
Cod MINSA 13053
Consultor Nacional VIH-TB-Hepatitis y RAM
Oficina de OPS/OMS en Guatemala

DEDICATORIA

Al amor a la vida y la razón que han sido mi guía esencial para emprender cada momento y cada meta con energía motivada por el saber y el aprender.

A mi madre Maritza quien ha significado un gran ejemplo de coraje, energía y que con su gran amor ha sabido inspirarme para alcanzar las metas y cumplir hoy un sueño más para emprender una nueva etapa.

A mi esposa Xaviera por su afecto, amistad y cariño que nos permitirá andar y andar juntos por el sublime camino en el ejercicio de nuestra profesión.

A mis hermanas y hermanos, Maricela, Maritza, Leonardo, Manuel y Marcel que con su apoyo y comprensión han contribuido en la unidad familiar necesaria para alcanzar esta meta. Gracias a mis abuelos y a toda mi familia que con sus oraciones y consejos han contribuido en mi formación y ser cada día una persona de bien.

A mis maestros y maestras quienes han logrado transmitir sus conocimientos y con su ejemplo contribuir no solo en los aprendizajes académicos, sino también en la necesidad interior de imitarles para cumplir con la esencia de nuestro trabajo y el compromiso de continuar aprendiendo cada día.

A todos mis amigos, amigas y compañeros de trabajo, por estar cerca, por brindarme su amistad y confianza, haciendo que cada momento en estos años valiera la pena y que hoy hacen posible este momento.

Gracias...dejo mi mano extendida en símbolo de amistad y aprecio.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento y sincero reconocimiento a todos y cada uno del personal del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca y hospital occidental Dr. Fernando Vélez Paiz porque ambos hospitales aportaron lo mejor en mi formación profesional.

Agradezco a todos y cada uno de aquellos pacientes que confiaron su salud en mis manos, permitiendo así mi desarrollo personal como ser humano y profesional durante estos últimos años.

Mi agradecimiento sincero a mi tutora y maestra Dra. Hortencia Esther Peralta Lara por sus enseñanzas y orientación para la realización de mi tesis y poder plasmar en mí, la vivencia académica necesaria para lograr culminar esta meta y emprender nuevos objetivos bajo el compromiso y ejemplo de ustedes, además de lo académico y científico, gracias por su aporte humano a nuestro país, ya que de su mano se han desarrollado muchos logros a la población con VIH y de sus semillas ha germinado un bosque de oportunidades y mejoría en la calidad de vida de muchas personas, gracias por enseñarme a ser humano y a velar por el bien de las personas que necesitan nuestra ayuda.

Los resultados de este proyecto están dedicados a todas aquellas personas que han formado parte de su culminación, a todo el equipo de la clínica de atención integral del HEALF, gracias.

ABREVIATURAS Y ACRONIMOS

VIH: virus de inmunodeficiencia humana

CV: carga viral

CD4: cluster of differentiation 4 (cumulo de diferenciación 4)

HEALF: hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca

HEFVP: hospital escuela Dr. Fernando Vélez Paiz

TAR: tratamiento antirretroviral

ARV: antirretroviral

RAPIT: inicio rápido de tratamiento (rapid iniciattion of treatment)

SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida

OMS: organización mundial de la salud

BAAR: bacilo acido alcohol resistente

TB: tuberculosis

HSH: hombre que tiene sexo con hombre

TFG: tasa de filtración glomerular

RPR: rapid plasma reagin (regain plasmática rápida)

EFV: efavirenz

NVP: nevirapina

DGT: dolutegravir

FRVIH: VIH farmacorresistente

INNRT: inhibidor no nucleótido de la transcriptasa inversa

ITRIN: inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de los nucleósidos.

TDF: tenofovir

3TC: emtrancitabine

EFV: efavirenz

FTC: lamivudina

AZT: zidovudine

RESUMEN

Con el propósito de evaluar el impacto clínico y virológico que existe entre el inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF, se llevó a cabo un estudio analítico, observacional, diseño longitudinal de evolución de grupo, el cual cuenta con una cohorte prospectiva (n=58) en la cual se incide, en el periodo comprendido de noviembre 2017 a julio 2018 y una cohorte histórica o retrospectiva (n=57) establecida entre enero 2016 octubre 2017.

Se planteó la hipótesis que los pacientes que inician TAR rápido alcanzan antes el control virológico y se mantienen más tiempo retenidos en la clínica de atención integral en comparación con aquellos que iniciaron tratamiento antirretroviral de manera universal. Diseñando los criterios de inclusión y exclusión para ambas cohortes, recolectando la información de forma retrospectiva y utilizando la metodología de Regresión de Cox bajo el siguiente cuestionamiento: ¿Es posible que pacientes con VIH reaccionen de manera distinta ante la adherencia al tratamiento de inicio rápido versus tratamiento universal? Construyendo un modelo de regresión de Cox, cuyas covariables sean el lugar de diagnóstico de VIH, número de visitas a la clínica de atención integral, supresión virológica, tiempo de reconstitución inmunológica.

Se encontró que los pacientes que se incluyeron en la cohorte inicio rápido se vincularon más rápido a la CAI con un inicio de ARV promedio de 2.44 días, comparado con inicio universal en 65.78 días, en la evaluación de seis meses los que iniciaron rápido tienen 4.8 veces más de probabilidades de lograr una supresión virológica en un período de tiempo más corto, que aquellos con TAR universal, y se mostró superior en cuanto al número de pacientes que lograron una reconstitución inmune en un menor período de tiempo. El inicio rápido de ARV en pacientes con recién diagnóstico de VIH demostró un mayor porcentaje de asistencia a la CAI y menor incidencia en cuanto al abandono del tratamiento en comparación con aquellos que inician el tratamiento de manera universal sin eventos de reconstitución inmune o muerte relacionada a ARV en ninguno de los dos grupos, identificándose un impacto directo sobre la evolución clínica y virológica al momento de iniciar ARV de manera temprana en los pacientes con diagnóstico reciente de VIH.

ÍNDICE

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTOS	4
ABREVIATURAS Y ACRONIMOS.....	5
RESUMEN	6
I. INTRODUCCIÓN	10
II. ANTECEDENTES	12
III. JUSTIFICACIÓN	14
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
V. OBJETIVOS	17
5.1. Objetivo general	17
5.2. Objetivos específicos.....	17
HIPOTESIS.....	18
VI. MARCO TEÓRICO.....	19
6.1. Metas de alcance mundial	19
Proceso asistencial frente al VIH a los distintos lugares y grupos poblacionales.	21
6.2. Tratamiento antirretroviral	22
6.3. Tratamiento universal.....	24
6.4. Nuevas alternativas	25

6.5.	Farmacorresistencia.....	26
	Tipos de resistencia.....	27
6.6.	Inicio rápido	27
6.6.	Inicio rápido en clínica de atención integral (CAI).....	33
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	38
7.3.	Población a estudio.....	38
7.4.	Muestra.....	38
7.5.	Criterios de selección	39
	Criterios de inclusión cohorte prospectiva:.....	39
	Criterios de exclusión	39
	Criterios de exclusión cohorte retrospectiva:.....	40
	Técnica y procedimiento para recolectar la información.....	40
	Unidad de análisis	40
	Fuente de información.	40
	Instrumento de recolección de la información.....	40
7.8.	Análisis de Supervivencia	41
7.9.	Listado de variables y cruce de variables.....	43
7.10.	Operacionalización de variables.....	45

7.11. Consideraciones éticas.....	54
VII. RESULTADOS.....	55
IX. DISCUSION	64
X. CONCLUSIONES	69
XI. RECOMENDACIONES	70
XII. BIBLIOGRAFÍA	71
XIII. ANEXOS.....	73
13.1. Ficha de recolección de datos	73
13.2. Gráficos y cuadros	77

I. INTRODUCCIÓN

La epidemia de VIH/SIDA constituye uno de los principales problemas de salud pública, con repercusiones devastadoras para la humanidad en el ámbito laboral, social y económico.

El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno son algunas de las principales intervenciones en el campo de la atención integral a las personas con VIH.

Los países desarrollados han alcanzado grandes avances en el manejo de la infección por VIH con la aparición de la terapia antirretroviral (TAR), reflejándose en una notable reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad, con una mejor calidad de vida de las personas con VIH/SIDA.

Estos avances han cambiado la percepción negativa que se tenía del VIH, de ser una afección irremediablemente mortal, convirtiéndola ahora en una enfermedad crónica tratable. (Aberg JA, 2004; Aberg JA, 2004)

Más de 2,1 millones de personas viven con VIH en América Latina y el Caribe, de las cuales 1,6 millones conocen su estado. El conocimiento del estado del VIH, combinado con un mayor acceso al tratamiento antirretroviral en la Región, ha llevado a una caída del 12% en las muertes relacionadas con el SIDA en América Latina y a una caída del 23% en el Caribe de 2010 a 2017. (ONUSIDA, 2016)

En el 2006 la OMS reconoció la urgente necesidad de conseguir un acceso universal a tratamiento, prevención, atención y apoyo para el VIH. La Declaración Política de la OMS en 2011 estableció 10 objetivos relativos a intensificar los esfuerzos para erradicar el VIH y el SIDA. La Declaración Política más reciente se centra en los siguientes 15 años, con un renovado enfoque en integrar la respuesta mundial al VIH en la agenda más amplia del desarrollo. Por lo cual la OMS ha planteado compromisos de acción acelerada con el fin de poner fin al SIDA garantizando que 30 millones de personas que viven con el VIH tengan acceso a tratamiento cumpliendo con los objetivos 90-90-90 para el año 2020. (ONUSIDA, 2016)

En muchos países el inicio de TAR se trata de un proceso largo y oneroso, imponiendo largas esperas y múltiples visitas a la clínica por parte de los pacientes. En Sudáfrica, el país en el mundo con el programa más grande contra el VIH, luego que el paciente es diagnosticado con VIH este

deberá acudir de 5 a 6 ocasiones a la clínica de atención integral para posterior a esto iniciar TAR. (Sydney Rosen1, mayo 10, 2016)

Inicio Rápido de TAR consiste en proporcionar el tratamiento antirretroviral el mismo día o tan pronto como sea posible (1-7 días) a todo paciente recién diagnosticado con VIH sin importar su conteo de CD4, programa el cual se implementó en Centro América con apoyo de CDC en septiembre de 2017, el primer sitio de esta intervención piloto se inició en Guatemala (ASI) y en Nicaragua el 15 de noviembre 2017. Esta iniciativa tiene como objetivo principal la reducción de las brechas planteadas por ONUSIDA, las cuales se basan en que el 90% de los pacientes conozcan su estado serológico, 90% de reducción de las nuevas infecciones por VIH, 90% de reducción de las muertes relacionadas a SIDA y Cero estigma y discriminación para el año 2020. (OMS, 2017)

Los potenciales beneficios de la estrategia de inicio rápido de TAR son:

- 6.4. Mejorar la salud del paciente con la disminución del tiempo en alcanzar la supresión virológica
- 6.4. Mejorar la frecuencia de enlace temprano de los pacientes y posible retención de los pacientes en los servicios de atención.

II. ANTECEDENTES

Se calcula que en todo el mundo 36,7 [34-39,8] millones de personas estaban infectadas por el VIH en 2015. La gran mayoría de las personas infectadas por el VIH viven en países de ingresos bajos y medios. En el año 2015 se produjeron 2,1 [1,8-2,4] millones de nuevas infecciones por VIH. Se estima que unos 35 millones de personas han fallecido por causas relacionadas con el SIDA hasta la fecha, 1,1 millones [940 000-1,3] de ellas en 2015.

A finales de 2010, el número de personas en tratamiento con antirretrovíricos (TAR) en los países de ingresos bajos y medios había alcanzado los 6,65 millones, lo cual significa que se ha multiplicado por más de 16 en 7 años y que el 47% de las personas que lo necesitan reciben ese tratamiento, en comparación con el 39% a finales de 2009.

En 2016 se estimaba que convivían un aproximado de 36,7 millones de personas con VIH de los cuales solamente el 53% recibían TAR, incrementando en 2017 a un 57% a nivel mundial. (OMS, 2017)

En una revisión sistemática realizada en el 2017 se concluyó que el inicio rápido de terapia antirretroviral puede conducir a mejores resultados clínicos y es probable que sea de particular beneficio en aquellos entornos en los que la preparación exhaustiva del paciente antes de iniciar el tratamiento antirretroviral produce largas demoras, se identificó una mayor adherencia al tratamiento, mayor supresión viral y una menor inasistencia a la clínica integral (Nathan Forda, 2017)

En África subsahariana se realizó un estudio de iniciación temprana de TAR y 6 meses de TPI de forma independiente, en el cual resultó en un riesgo de enfermedad grave relacionada con el VIH un 44% menor y un riesgo de muerte por cualquier causa que fue 35% menor que los riesgos con iniciación diferida de TAR y sin TPI por lo cual se recomienda el inicio temprano de TAR sin importar el conteo de CD4 que tenga el paciente al momento del diagnóstico (THE TEMPRANO, 2015)

Altas tasas de abandono por parte del paciente han sido documentadas en África subsahariana en el período comprendido entre la prueba del VIH y el inicio del tratamiento antirretroviral, desarrollando así recuento de células CD4 persistentemente bajo al momento de iniciar el

tratamiento. Una de las causas de que esto ocurra es el proceso largo y complicado que puede significar el inicio del tratamiento en muchos países, lo cual significa largas esperas y múltiples visitas a las clínicas por parte de los pacientes. Debido a la identificación de esto, se realizó una prueba piloto en el cual se valoraron los resultados sobre la adherencia del tratamiento antirretroviral y la supresión virológica luego de implementar un algoritmo de inicio rápido de TAR permitió que los pacientes recibieran su tratamiento antirretroviral el primer día que acudieron a la clínica de atención del VIH. La administración de TAR de manera rápida aumento la adherencia al tratamiento en un 36% y la supresión virológica en un 26%. (Sydney Rosen1, mayo 10, 2016)

III. JUSTIFICACIÓN

Nicaragua está actualizando su guía de tratamiento incluyendo el inicio de TAR sin importar el nivel de CD4, práctica que ya realizan algunas clínicas incluyendo el Hospital Antonio Lenin Fonseca, que inicia en individuos con diagnóstico reciente de VIH asintomáticos y estables independiente del conteo de los CD4, utilizando algoritmos clínicos, dicho proceso tiene como principal objetivo aumentar el número de pacientes con TAR, aumentar la adherencia al mismo y reducir el número de pacientes insistentes al programa, mejorando así su condición clínica, reduciendo la morbilidad y por consiguiente la reducción de costos ante la enfermedad tanto del paciente como del ministerio de salud. El inicio rápido de TAR permite alcanzar las metas del tratamiento a nivel individual y en el ámbito de salud pública, con una restauración inmune, prevención de progresión a SIDA, disminución de morbilidad y evitando la transmisión sexual y materno infantil del VIH, permitiendo así alcanzar de manera más rápida y de forma efectiva las metas de erradicación del SIDA.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Caracterización

Existe evidencia actualizada de que todo paciente con VIH debe iniciar TAR de manera temprana, sin embargo, no todos tienen acceso inmediato a estos, aumentando barreras y disminuyendo la retención de los pacientes a los cuidados de la salud y aumentando el tiempo en el cual los pacientes logran supresión virológica.

Delimitación

Con el objetivo de disminuir el tiempo y las barreras administrativas para el acceso a la TAR, en septiembre del 2017 con apoyo de CDC se implementó en Centroamérica la iniciativa para el inicio rápido de TAR, con la que se pretende que las personas tengan acceso más temprano a ARV independiente de su conteo de CD4 y con la premisa que los pacientes que inician más temprano alcanzan más rápido la supresión virológica y se mantienen retenidos en la atención en salud por más tiempo.

Formulación

De estas premisas, nos planteamos las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es el impacto del inicio TAR de manera rápida (<7 días) en la evolución clínica y virológica de pacientes con recién diagnóstico de VIH durante el 2018, en comparación con una corte histórica de pacientes que recibieron tratamiento universal durante el 2017, en la clínica de atención integral en el HEALF?

Sistematización

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y relativas a la infección por VIH, en los individuos en estudio?

2. ¿Cuáles son las características relacionadas a la infección por VIH y el TAR instaurado en pacientes que iniciaron TAR de manera rápida y los pacientes con tratamiento universal?
3. ¿Existe diferencia entre el periodo comprendido entre el diagnóstico de VIH, primera atención en la CAI y el inicio de TAR en los pacientes que iniciaron TAR de manera rápida y los pacientes con tratamiento universal?
4. ¿Cuál es la relación entre la ocurrencia de efectos adversos y síndrome de reconstitución inmune según probables etiologías, con respecto al tipo de inicio de TAR (rápida versus tratamiento universal)?
5. ¿Existe diferencia entre el tiempo en alcanzar la supresión virológica luego del inicio de la TAR, en pacientes con inicio rápido (<7 días) versus tratamiento universal?
6. ¿Determinar si existen diferencias respecto al tiempo en que alcanzan la reconstitución inmunológica entre los pacientes que inician TAR de forma rápida y los pacientes con tratamiento universal?
7. ¿Estimar la adherencia al tratamiento y asistencia a CAI en pacientes de inicio rápido versus tratamiento universal?

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

Evaluar el impacto clínico y virológico que existe entre el inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF.

5.2. Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes en estudio que iniciaron TAR de manera rápida y los pacientes con tratamiento universal.
2. Identificar las características relacionadas a la infección por VIH y el TAR instaurado en pacientes que iniciaron TAR de manera rápida y los pacientes con tratamiento universal.
3. Conocer el periodo comprendido entre el diagnóstico de VIH, primera atención en la CAI y el inicio de TAR en los pacientes que iniciaron TAR de manera rápida y los pacientes con tratamiento universal.
4. Establecer la relación entre la ocurrencia de efectos adversos y síndrome de reconstitución inmune según probables etiologías, con respecto al tipo de inicio de TAR (rápida versus tratamiento universal).
5. Comparar el descenso de la carga virológica en un período de 6 meses luego del inicio de la TAR, entre pacientes con inicio rápido (<7 días) y pacientes tratamiento universal
6. Determinar si existen diferencias respecto al tiempo en que alcanzan la reconstitución inmunológica entre los pacientes que inician TAR de forma rápida y los pacientes con tratamiento universal.
7. Estimar la adherencia al TAR y asistencia continua a la CAI durante los primeros 6 meses luego del inicio del tratamiento en pacientes de inicio rápido versus tratamiento universal.

HIPOTESIS

Los pacientes que inician terapia antirretroviral de forma rápida alcanzan antes el control virológico y se mantienen más tiempo retenidos en la clínica de atención integral en comparación con aquellos que iniciaron tratamiento antirretroviral de manera universal.

VI. MARCO TEÓRICO

En 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó iniciar el tratamiento antirretroviral (TAR) de por vida para todos los pacientes con resultados positivos para el VIH, independientemente del recuento de células CD4.

La OMS citó tres beneficios anticipados de este enfoque de "tratar a todos" (también llamado "prueba e inicio" o "prueba y tratamiento"):

- Reducción de la morbilidad entre pacientes infectados por VIH, menor riesgo de transmisión de personas infectadas con VIH a sus parejas.
- Aumentos en la captación de ART y su vinculación con la atención.
- Reducción en el tiempo entre el diagnóstico de VIH y el inicio del TAR independientemente del recuento basal de células CD4 y un aumento en el valor medio de CD4 al inicio del TAR.

Uno de los desafíos que se ha trazado con el paso del tiempo es el de iniciar TAR a las personas recién diagnosticadas con VIH de la manera más eficiente posible, al tiempo que se garantiza que el proceso de inicio no ponga en peligro la autonomía, el bienestar y la retención del paciente en el tratamiento antirretroviral.

Las enormes inversiones en la respuesta al VIH a lo largo de los últimos 15 años están dando frutos. Las grandes reducciones de las muertes relacionadas con el VIH en el último decenio dan fe del compromiso, los recursos y las innovaciones en relación con la epidemia mundial de VIH. Las muertes por causas relacionadas con el VIH disminuyen: cifra estimada de 1,1 millones (intervalo de 940 000 a 1,3 millones) en 2015, lo cual representa un 43 % menos que en 2003, cuando se fijaron por vez primera las metas terapéuticas, en gran medida gracias a un mayor acceso al tratamiento antirretroviral. La cifra estimada de nuevas infecciones por el VIH en 2015 fue de 2.1 millones (intervalo de 1,8 a 2,4 millones). (OMS, 2016)

6.1. Metas de alcance mundial

Los países tienen la oportunidad de dar un salto decisivo para poner fin a la epidemia de sida en su territorio, siempre que actúen con rapidez y con la determinación suficiente para alcanzar metas ambiciosas en 2020. Estas metas abarcan a todos: niños, adolescentes y adultos, ricos y pobres, y

hombres y mujeres, así como a todas las poblaciones clave. El seguimiento de las nuevas infecciones por el VIH es el principal indicador para medir los progresos realizados hacia el logro del objetivo general fijado para 2030 de poner fin a la amenaza para la salud pública que representa la epidemia de SIDA.

Muertes relacionadas con el VIH:

- Reducir el número de muertes relacionadas con el VIH en todo el mundo a menos de 500 000.
- Reducir en un 75 % el número de muertes por tuberculosis entre las personas infectadas por el VIH.
- Reducir en un 10 % los fallecimientos por hepatitis B y C entre las personas coinfectadas por VIH, en consonancia con las metas de mortalidad fijadas para todas las personas con hepatitis B y C crónicas.

Pruebas de detección y tratamiento:

- Garantizar que el 90 % de las personas infectadas por el VIH conozcan su estado serológico.
- Garantizar que el 90 % de las personas a las que se les ha diagnosticado VIH reciban tratamiento con antirretrovirales.
- Garantizar que el 90 % de las personas infectadas por el VIH y que están en tratamiento logren la reducción de las concentraciones víricas hasta niveles muy bajos.

Prevención.

- Reducir el número de nuevas infecciones por VIH en todo el mundo a menos de 500 000.
- Reducir a cero las nuevas infecciones entre los lactantes.

Discriminación:

- Derogar todas las leyes, reglamentaciones y políticas discriminatorias relacionadas con el VIH y eliminar la discriminación relacionada con esta infección en todos los entornos, en especial en el sanitario.
- Lograr que el 90 % de las personas infectadas por el VIH y de las poblaciones clave no tengan que informar de que han sufrido discriminación en el sector de la salud. (OMS, 2016).

Proceso asistencial frente al VIH a los distintos lugares y grupos poblacionales.

Descentralización: Los diversos niveles del sistema de salud desempeñan funciones distintas en la prestación de servicios relativos al VIH y otros servicios conexos. La descentralización, la integración y la vinculación estratégicas de los servicios permiten ampliar el acceso, la cobertura, el grado de aceptación y la calidad de dichos servicios. La descentralización puede aumentar la participación de la comunidad, ampliar el acceso a los servicios, incentivar a las personas a acudir a los centros sanitarios y mejorar las tasas de retención en el proceso asistencial.

Proporcionar una atención diferenciada, ofreciendo conjuntos de intervenciones adaptadas a cada persona en función de la etapa de la enfermedad por VIH en que se encuentre y de sus necesidades específicas de tratamiento.

Atención integrada y centrada en la persona: las personas infectadas por el VIH y las comunidades afectadas están expuestas a una amplia gama de riesgos y problemas de salud. En consecuencia, en los servicios relativos al VIH y otros servicios conexos se deben determinar y poner en práctica las intervenciones adecuadas que permitan tratar afecciones frecuentes. Conociendo la eficacia de los tratamientos antirretrovirales, que permite vivir más años a las personas infectadas por el VIH, se deberán modificar los servicios para prestar una atención crónica integral que incluya el tratamiento de las enfermedades no transmisibles. (OMS, 2016)

Beneficio Individual para el paciente:

Hay evidencia científica que demuestra los beneficios directos para el paciente cuando el TAR es iniciado rápidamente, particularmente durante la infección aguda o temprana de la infección, esto significa no esperar semanas o meses entre el diagnóstico y el inicio del TAR. Los beneficios están resumidos a continuación:

Aumenta la confianza por parte del paciente debido a que al momento de recibir el diagnóstico de VIH se le está brindando una opción terapéutica a lo inmediato sin necesidad de acudir en múltiples ocasiones a una unidad de salud o largos periodos de espera para obtener tratamiento.

Satisfacción por parte del paciente al obtener resultados de laboratorio de manera rápida, así como el conocimiento de su situación clínica en un corto período de tiempo.

Abordaje amplio por parte de un equipo de atención integral conformado por expertos con los cuales el paciente tendrá contacto en un corto período de tiempo aumentando sus conocimientos con respecto a su enfermedad, tratamiento y pronóstico.

Reducción en el tiempo para alcanzar la supresión virológica, mayor retención a la atención en los participantes de este estudio, 90% a los 6 meses, 100% de aceptación para inicio rápido por parte de los usuarios y los médicos.

Reducción del número de pacientes en estado de transmisión de VIH y así logrando reducir el número de nuevos pacientes contagiados.

Uno de los puntos más importantes es que al emplear el método de inicio rápido de TAR en pacientes con recién diagnóstico de VIH, es que al ser un método estructurado y con bases claras lo convierte así en un programa de fácil reproducción por lo cual se puede realizar por parte de un grupo de expertos la distribución del programa en otras unidades de salud con previas capacitaciones e indicaciones claves acerca del cómo hacerlo y así lograr distribuir aún más en programa de tratamiento antirretroviral en nuestro país y por consiguiente aumentar el número de pacientes con el VIH en tratamiento antirretroviral, evitando así la movilización innecesaria por parte del paciente a otros puntos del país con el fin de conseguir TAR lo cual conlleva en muchas ocasiones a abandono del tratamiento por parte del paciente.

6.2. Tratamiento antirretroviral

En un ensayo realizado en 2011 se confirmó que, cuando un individuo VIH-positivo sigue una pauta de TAR eficaz, se reduce en un 96% el riesgo de que transmita el virus a su pareja sexual no infectada. La recomendación de la OMS de iniciar el TAR en todos los individuos infectados por el VIH contribuirá significativamente a reducir la transmisión.

Los medicamentos antirretrovirales se refieren a los medicamentos mismos y no a su uso. El tratamiento antirretroviral estándar consiste en combinar al menos tres antirretrovirales (ARV) para suprimir al máximo el VIH y frenar la progresión de la enfermedad. Se han observado enormes reducciones de las tasas de mortalidad y del sufrimiento en respuesta a un régimen de antirretrovirales de gran actividad, sobre todo en las primeras fases de la enfermedad. Por otra

parte, la ampliación del acceso al TAR también puede reducir la transmisión del VIH a nivel poblacional, hacer disminuir el número de huérfanos y preservar las familias.

La OMS declara en sus directrices para el uso de ARV para tratar y prevenir la infección por VIH en el 2016 que el acceso universal al TAR se define ampliamente como un mecanismo dirigido hacia un alto nivel de acceso ($\geq 80\%$ de la población elegible) para las intervenciones más efectivas que sean equitativas, accesibles, asequible, integral y sostenible a largo plazo; esto no significa necesariamente 100% de cobertura.

La supresión viral se define como el objetivo de TAR para mantener la carga viral por debajo del nivel de detección de ensayos disponibles, generalmente menos de 50 copias por ml. El actual criterio virológico de la OMS. El fracaso del tratamiento antirretroviral se define como, aquel paciente en TAR que logro supresión virológica completa y que presenta un aumento constante de carga viral mayor de 1000 copias/ml consideradas por 2 mediciones en un lapso no mayor de 8 semanas o paciente con TAR durante 6 meses, periodo en el cual no alcanzo una supresión virológica o el paciente que cursa más de 12 meses con TAR y no logra una supresión virológica completa.

Se recomienda la carga viral como el monitoreo preferido para diagnosticar y confirmar el fracaso del tratamiento ARV, sin embargo, si la carga viral no está disponible de forma rutinaria, el recuento de CD4 y el monitoreo clínico deben ser usado para diagnosticar el fracaso del tratamiento.

Los linfocitos CD4 se deben de medir al diagnóstico de VIH y después se controla a intervalos, siendo cuestionada la monitorización de esta de manera frecuente (3-4 meses). Los pacientes con cargas virales plasmática menores de 200 copias/ml y recuento de CD4 mayores de 300 células/mm³ tienen más de un 97% de probabilidades de mantener recuentos de CD4 mayores de 200 células/mm³ durante los próximos 4 años. Además de esto se espera un aumento de CD4 entre 50-150 células/mm³ en el primer año y en 50-100 células/mm³ en el segundo año, estos valores pueden variar durante los primeros cuatro años en dependencia del conteo de CD4 que tuvo el paciente al momento de iniciar TAR. (Mandell, 2016)

En nuestro medio la guía de terapia antirretroviral para personas con VIH publicadas por el MINSA en el 2016 indica que, el tratamiento de primera línea debe consistir en dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogo de los nucleósidos (ITIN) más un Inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido (NNRTI).

- TDF + 3TC + EFV como una combinación de dosis fija es recomendado como la opción preferida para iniciar el tratamiento antirretroviral (fuerte recomendación, evidencia de calidad moderada).
- Si TDF + 3TC o FTC + EFV está contraindicado o no disponible, se recomienda una de las siguientes opciones:
 - AZT + 3TC + EFV
 - AZT + 3TC + NVP
 - TDF + 3TC o FTC + NVP

En el año 2018 la OMS en su guía de recomendaciones acerca del esquema de TAR de primera y segunda línea, sugiere modificaciones en las líneas de tratamiento a adultos, adolescentes y embarazadas, en los cuales luego de múltiples revisiones sistemáticas se identificó la eficacia y seguridad de DTG, el cual al combinarlo con dos fármacos del grupo de ITRIN, eran más efectivos, identificando mayores proporciones de pacientes con supresión virológica y reconstitución inmune, así como una disminución en el abandono del tratamiento debido a una menor incidencia de efectos adversos e interacciones medicamentosas. También así se identificó la eficacia de EFV 400mg, la cual al combinarla con dos ITRIN presentaban similitudes con respecto al beneficio en comparación a aquellos a los cuales se administraba EFV 600mg, disminuyendo así reacciones adversas a estas dosis. (OMS, 2018)

- Régimen de primera línea: TDF+3TC o FTC+DTG
- Régimen alternativo de primera línea: TDF+3TC o FTC+EFV 600mg (Embarazadas o en lactancia EFV400mg)

6.3. Tratamiento universal

Las nuevas directrices en cuanto al inicio del TAR recomiendan iniciar la terapia en todo adulto diagnosticado con VIH, independientemente del estadio clínico al momento del diagnóstico y sin

importar el recuento de CD4 y como prioridad el TAR debe iniciarse en todos los adultos con el diagnóstico de SIDA. Dicho modelo ha demostrado que la modificación en los criterios de elegibilidad para el inicio de TAR podría resultar en una disminución del 6-14% de muertes relacionadas con el VIH en la próxima década, consiguiendo así un mayor número de personas que inician TAR de manera oportuna, evitando así la evolución clínica natural de la enfermedad las cuales conllevan a un aumento de complicaciones graves al paciente. El incremento de los costos en el TAR se convertirá solamente en una parte del porcentaje total en comparación con los costos que lleva las complicaciones por el VIH, incluyendo las hospitalizaciones prolongadas y frecuentes, en contraste con parte de los beneficios identificados los cuales incluyen el aumento en la productividad del paciente con VIH, generando más ingresos y disminuyendo la incidencia de transmisión del VIH. Los resultados han demostrado que dicho cambio de modelo es beneficioso a nivel costo efectivo en muchos entornos si la persona que inicia el TAR se adhiere al tratamiento (OMS, 2016)

6.4. Nuevas alternativas

La prevalencia de la farmacoresistencia del VIH al EFV y NVP previa al tratamiento está aumentando progresivamente en los pacientes que comienzan el tratamiento antirretroviral. Los pacientes con FRVIH previa al tratamiento tienen menor probabilidad de lograr la supresión viral y mayor probabilidad de presentar fracaso virológico, interrumpir el tratamiento y adquirir nuevas mutaciones resistentes si reciben tratamiento con inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósido (INNRT). Debido al aumento de los niveles de FRVIH, los países podrían considerar la introducción de nuevas clases de antirretrovirales teniendo en cuenta el contexto del país y la prevalencia de la FRVIH previa al tratamiento.

En las directrices de la OMS sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento de la infección por el VIH se recomienda adoptar esquemas terapéuticos con ARV de gran potencia, barrera genética alta frente al desarrollo de farmacoresistencia del VIH (FRVIH), toxicidad baja y costo reducido.

- TDF + 3TC o FTC +DTG
- TDF + 3TC o FTC+EFV400

La adopción de mejores esquemas puede mejorar la adhesión al tratamiento, las tasas de supresión viral y la calidad de vida de las personas con infección por el VIH. Estos beneficios disminuirán la presión sobre los sistemas de salud a medida que la disminución de la tasa de fracaso virológico con los nuevos tratamientos reduzca el riesgo de farmacorresistencia y de transmisión del VIH. Además, la transición hacia los nuevos fármacos antirretrovirales de menor costo podría representar un ahorro considerable para los presupuestos nacionales de salud en todo el mundo.

Los países en los que la farmacorresistencia del VIH al EFV o la NVP previa al tratamiento registrada a escala nacional sea mayor o igual a 10% se debe de considerar la posibilidad de utilizar DTG. (OMS, 2017)

6.5. Farmacorresistencia

La farmacorresistencia del VIH surge cuando el virus se reproduce en presencia de antirretrovirales (ARV). Si la farmacorresistencia del VIH comienza a extenderse, es posible que los fármacos que actualmente se usan para tratar la infección por el VIH dejen de ser efectivos. Hasta la fecha, el grado de farmacorresistencia de este virus, en los países donde se está expandiendo el tratamiento antirretroviral, sigue siendo controlable. Sin embargo, la resistencia está aumentando lentamente: en África oriental se han notificado recientemente tasas de resistencia a los ARV no nucleosídicos (como la nevirapina y el efavirenz) de 10%.

Se define “cualquier FRVIH” como la resistencia del VIH a uno o más de los siguientes fármacos o las siguientes clases de fármacos: nevirapina, efavirenz, cualquier IN(t)TI, darunavir reforzado con ritonavir, lopinavir reforzado con ritonavir o atazanavir reforzado con ritonavir. Las secuencias clasificadas como resistencia de grado bajo, intermedio o alto conforme a la base de datos de farmacorresistencia del VIH (HIVdb) de la Universidad de Stanford se agrupan como “farmacorresistencia del VIH”. (OMS, 2014)

El VIH es “resistente” a un medicamento cuando continúa multiplicándose mientras el paciente esta con antirretrovirales. Los cambios o mutaciones en el virus causan la resistencia. El VIH muta casi todas las veces que produce nuevas copias de sí mismo, sin embargo, no todas las mutaciones producen resistencia. El virus “tipo salvaje” es la forma más común del VIH. Cualquier otra forma diferente al tipo salvaje es considerada una mutación.

Un ARV no controla a los virus resistentes a este medicamento. Estos pueden “escaparse” de los medicamentos, mientras se continua con el tratamiento, el virus resistente es el que se multiplicará con mayor rapidez, esto se conoce como “presión selectiva.”

Si el paciente abandona el tratamiento, no existe presión selectiva. El virus salvaje es el que se multiplicará con mayor rapidez. Aunque el análisis (genotipaje) pueda salir negativa para la resistencia, esta podría volver a aparecer una vez que reinicia la toma de estos.

Tipos de resistencia

Hay tres tipos de resistencia:

- Resistencia clínica: El VIH se multiplica con rapidez en su cuerpo a pesar de que él paciente tome ARV, la resistencia clínica normalmente aparece a través de un aumento en la carga viral, una caída en el conteo de células CD4 o una infección oportunistas.
- Resistencia fenotípica: El VIH se multiplica en tubos de ensayo cuando se agregan ARV, luego se agrega un ARV, Se compara el grado de crecimiento del VIH con el grado de crecimiento del virus tipo salvaje, si la muestra crece más que lo normal, es resistente al medicamento. La resistencia fenotípica se reporta como “pliegues” de resistencia, si esta crece 20 veces más que lo normal se dice que tiene “20 pliegues de resistencia.”
- Resistencia genotípica: El código genético de la muestra del virus es comparado con el código del virus tipo salvaje, el código es una larga cadena de moléculas llamadas nucleótidos, cada grupo de tres nucleótidos, llamado “codón,” define a un aminoácido particular que se utiliza para construir un nuevo virus. Las mutaciones son descriptas usando una combinación de números y letras, K103N, por ejemplo, la primera letra (K) es el código para el aminoácido en el virus tipo salvaje, el número (103) identifica la posición del codón, la segunda letra (N) es el código para el aminoácido que “cambió” en la muestra mutante. (ANALISIS DE RESISTENCIA DEL VIH, 2014)

6.6. Inicio rápido

Los estudios, en todo el África subsahariana continúan documentando altas pérdidas de pacientes elegibles para el tratamiento antes de que reciban su primera dosis de antirretrovirales (ARV), debido a una amplia gama de barreras a la iniciación, múltiples visitas requeridas, largos tiempos

de espera, falta de existencias de suministros, ausencias del personal y mala comunicación entre el personal y los pacientes impiden el inicio del tratamiento. Muchas de estas barreras permanecerán, aun con el cambio de política de “tratar a todos”, el cual no resolverá el problema de vincular a los pacientes con la atención o iniciarlos en TAR de manera eficiente. Los pacientes evaluados en la comunidad continuarán requiriendo derivación a un centro que proporcione TAR. La necesidad de detectar y tratar la tuberculosis y la infección por *Cryptococcus neoformans*, antes de comenzar TAR también se mantendrá. La retención de pacientes con TAR en los meses posteriores al inicio del tratamiento puede depender en parte de la forma de inicio del tratamiento. (Rosen S F. M., 2016).

Uno de los desafíos operacionales más persistentes que enfrentan los programas de terapia antirretroviral para el VIH / SIDA es la presentación tardía de los pacientes para recibir atención y altas tasas de abandono de la atención entre las pruebas de VIH y el inicio del TAR, con recuentos medios de células CD4 quedando muy por debajo de 200 células / mm a pesar de los umbrales de elegibilidad cada vez más elevados. Incluso entre los que han sido diagnosticados y se ha determinado que son elegibles para el tratamiento, la pérdida de atención antes de comenzar el tratamiento con TAR se ha estimado de manera consistente entre un tercio y un cuarto de los pacientes. Si bien muchos de los que abandonan la atención antes del inicio del tratamiento antirretroviral regresarán en otro momento, es casi seguro que tendrán recuentos más bajos de CD4 y más síntomas de enfermedad que cuando dieron positivo por primera vez algunos estarán muy enfermos o morirán antes de que se pueda iniciar el tratamiento y aquellos que eventualmente comiencen tendrán un peor pronóstico en tratamiento que si hubieran comenzado el tratamiento antes. Ofrecer TAR a todos los que dan positivo independientemente del recuento de CD4 como ahora lo recomienda la Organización Mundial de la Salud, hará poca diferencia si los que dan positivo no inician el tratamiento.

El inicio temprano de la terapia antirretroviral reduce la morbilidad y la mortalidad de los pacientes con infección por VIH y reduce el potencial de transmisión del VIH mediante la supresión de la replicación viral.

Es probable que haya muchas causas de pérdida de atención antes del inicio del tratamiento, pero una de las razones observadas es que iniciar TAR en muchos países es un proceso prolongado y

agobiante, que requiere largas esperas y visitas a múltiples clínicas. En Sudáfrica, el país con el programa de tratamiento del VIH más grande del mundo, el proceso generalmente incluye una prueba de VIH (visita 1), determinación de la elegibilidad para el tratamiento (visita 2), educación y asesoramiento sobre adherencia y análisis de sangre iniciales (visitas 3, 4 y 5), examen físico y dispensación de antirretrovirales (ARV) (visita 6). La proliferación de visitas tiene tres causas principales. En primer lugar, la recepción clínica de los resultados de las pruebas impresas de laboratorios centralizados generalmente demora varios días, si no más. En segundo lugar, sigue existiendo la creencia de que, para garantizar la adherencia, los pacientes deben participar en múltiples sesiones preparatorias educativas y de asesoramiento y tercero, las clínicas han tenido poca motivación para acelerar el proceso de inicio para los pacientes que no están críticamente enfermos, ya que los indicadores de rendimiento estándar no incluyen la proporción de pacientes elegibles que realmente inician TAR, ni el tiempo requerido para hacerlo.

Si los pacientes son disuadidos de comenzar el tratamiento por la complejidad del proceso, entonces una estrategia para reducir la pérdida de pacientes antes del inicio del TAR y fomentar el inicio temprano del tratamiento puede ser acortar el período de tiempo, reducir el número de visitas y simplificar los pasos requeridos antes de dispensar medicamentos

Esta estrategia depende críticamente de dos factores: la disposición y capacidad de una clínica para ajustar sus horarios y procedimientos para comprimir y acelerar los pasos requeridos, y la disponibilidad de análisis de laboratorio rápidos en los puntos de atención (POC) que eliminan las demoras en recibir los resultados de laboratorio necesarios para el inicio. Todavía no se han realizado evaluaciones rigurosas y controladas de un algoritmo de inicio de tratamiento de VIH rápido e integrado que incorpore cambios de procedimientos y pruebas en los puntos de atención para pacientes adultos no embarazadas. (Rosen S M. M., 2016)

Desde 2010, las pautas de la Clínica de VIH del Hospital General de San Francisco (SFGH) ("Ward 86") han recomendado que se ofrezca TAR a todos los pacientes con infección por VIH, independientemente del recuento de CD4, una práctica endosada a nivel nacional en 2012 y en todo el mundo en 2015. Con el apoyo de programas que promueven la vinculación con la atención, este enfoque de "TAR universal" se ha asociado con la reducción en el tiempo de supresión virológica.

Sin embargo, las barreras estructurales, las actitudes de los pacientes y las actitudes de los proveedores pueden impedir el inicio rápido del tratamiento del VIH. Por ejemplo, las pruebas de VIH a menudo ocurren en un sitio diferente de donde se inicia el tratamiento, lo que puede provocar que transcurran semanas antes de que el paciente pueda vincularse con la atención del VIH. A menudo se requieren pasos adicionales para asegurar los beneficios del seguro de salud que pagarán por TAR y programar y cumplir citas con un nuevo proveedor médico primario que pueda recetarlos.

Incluso cuando la atención del VIH se puede iniciar en una clínica, generalmente se priorizan otros aspectos de la atención sobre el TAR en las visitas iniciales. Los resultados de laboratorio preparatorios (que generalmente incluyen genotipado de VIH, serologías de hepatitis, etc.) pueden tardar semanas en regresar. En la serie tradicional de eventos tempranos implicados en la vinculación a la asistencia y el inicio del TAR (*Figura 1*), se pueden extraer los laboratorios en las visitas iniciales, pero otros aspectos de la atención, como el asesoramiento posterior a la prueba y la educación; el manejo de problemas de vivienda y abuso de sustancias se prioriza y el inicio de ART se difiere. En algunas circunstancias, el tratamiento antirretroviral puede diferirse hasta que los pacientes hayan "demostrado que están listos" para adherirse a la terapia antirretroviral asistiendo a múltiples visitas a la clínica.

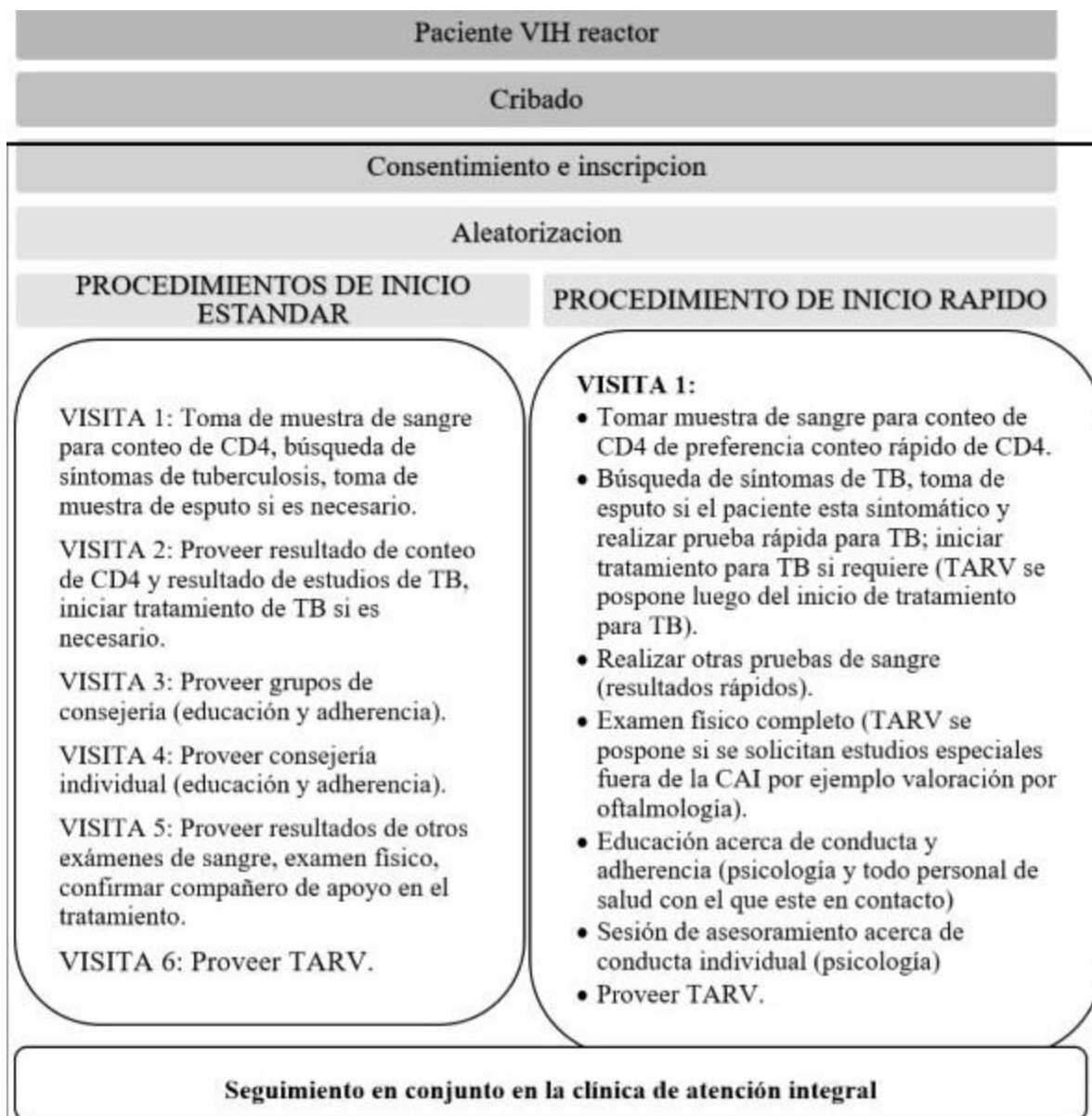


Figura 1: Inicio estándar del tratamiento y procedimientos en el inicio rápido de TAR y programas de visita. (Rosen S M. M., 2016)

En 2013, la Clínica de VIH SFGH lanzó una intervención de sistemas clínicos de salud titulada RAPID (Programa de TAR rápido para personas con un diagnóstico de VIH). Esta intervención se diseñó para facilitar el inicio del tratamiento antirretroviral en pacientes con nuevos diagnósticos

de VIH abordando de inmediato las barreras estructurales para dispensar el tratamiento el mismo día.

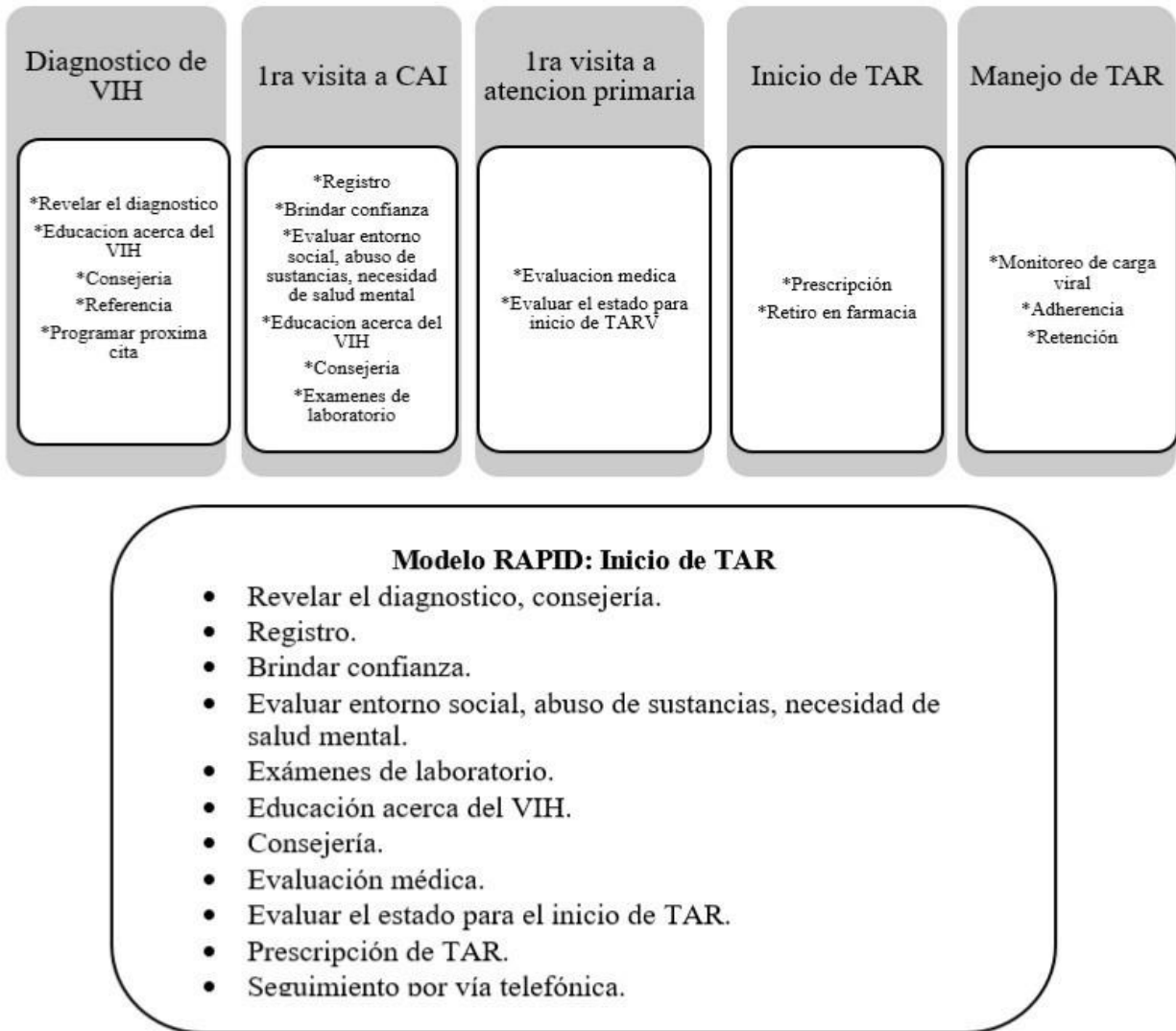


Figura 2. Modelo de atención estándar y modelos de programas de RAPID para el inicio de la terapia antirretroviral ambulatoria. En el modelo de RAPID, se realizó una primera visita que requirió mucho tiempo tan pronto como fue posible después de un nuevo diagnóstico de VIH. El ART fue iniciado por un proveedor del programa RAPID, de modo que el primer encuentro con el proveedor primario asignado implicó la administración de TAR. En el modelo estándar, el TAR inició después de las visitas preparatorias que incluyeron la ingesta clínica, la evaluación social, psicológica, médica y de laboratorio.

Bajo el modelo de cuidado RAPID (*Figura 2*), el TAR se inicia tan pronto como sea posible después de que se revela el estado del VIH e idealmente el día en que los pacientes son referidos para recibir atención, incluso cuando otros aspectos del vínculo y el compromiso están en curso. Evaluando la viabilidad, aceptabilidad, seguridad y eficacia de una intervención de sistemas de salud para promover la iniciación de TAR observada el mismo día para la infección por VIH en un entorno de consulta externa de salud pública. (Department of Medicine & Tulane University School of Medicine, 2016).

6.6. Inicio rápido en clínica de atención integral (CAI)

Al abordar a un paciente con recién diagnóstico de VIH y postergar el inicio de TAR nos englobamos en lo definido como “inercia terapéutica” la cual podría catalogarse como “el reconocimiento del problema, pero ser incapaz de hacer algo para solucionarlo”.

El inicio rápido de TAR tiene como principal objetivo la supresión virológica, disminución de la morbilidad y mortalidad, mejoría clínica y de calidad de vida, reconstitución inmune, evitar la transmisión, al obtener todos estos objetivos puntuales con el TAR mejoraremos la calidad de vida del paciente, su inserción a actividades productivas, mejorar su entorno familiar, eliminar el estigma y discriminación, estos beneficios no pueden llevarse a cabo si el paciente no inicia el tratamiento y si este no está adherente al mismo, por lo cual no se debe de manejar solamente como “proveedores de pastillas”, se debe conformar un equipo incluyente, con participación integral de todos los actuantes deben de mantener un monitoreo en base a la adherencia del tratamiento no para explicar un fracaso del mismo si no con el objetivo de prevenirlo y mantener sus beneficios ya descritos.

Por lo cual se formuló un flujograma de atención a pacientes con diagnóstico de VIH en la clínica de atención integral del HEALF el cual está basado luego del diagnóstico y confirmación de VIH en la unidad hospitalaria, se procede a la realización de una evaluación clínica inicial y examen físico completo en búsqueda de signos y síntomas de urgencia por lo cual el paciente debe de ser manejado a lo inmediato para la estabilización del mismo así como su hospitalización en búsqueda de infecciones oportunistas y manejo de las mismas (*figura 2-3*), de no identificarse dichos datos y tratarse de un paciente estable, este se considera elegible para inicio rápido de TAR, sin embargo se identificaran en el transcurso del tiempo ciertos pacientes con enfermedad avanzada los cuales al

estabilizarlos y descartar infecciones oportunistas también pueden iniciar TAR de manera rápida siempre y cuando se explique el método y los riesgos que esto puede llevar así también como sus beneficios, con el objetivo principal de evitar la progresión de la enfermedad.

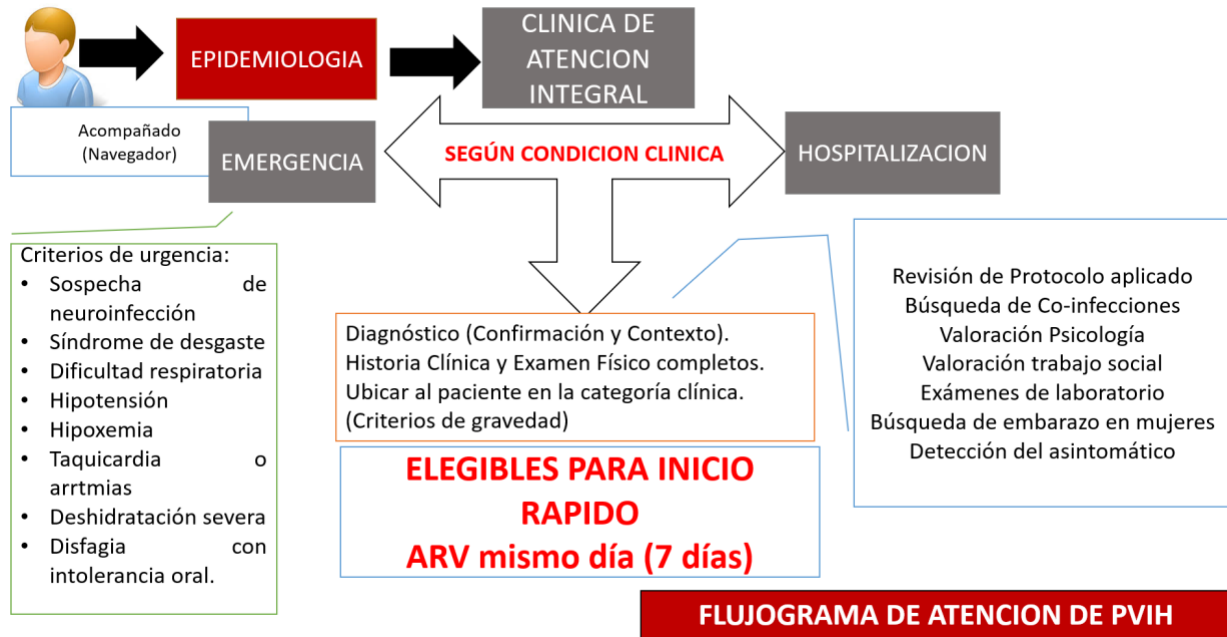


Figura 2: flujograma en donde se describe los pasos a seguir al momento de tener el primer contacto con el PVIH con el fin de decidir el manejo a seguir en dependencia de su condición clínica en la CAI HEALF.

Pasos en la atención de PVIH.

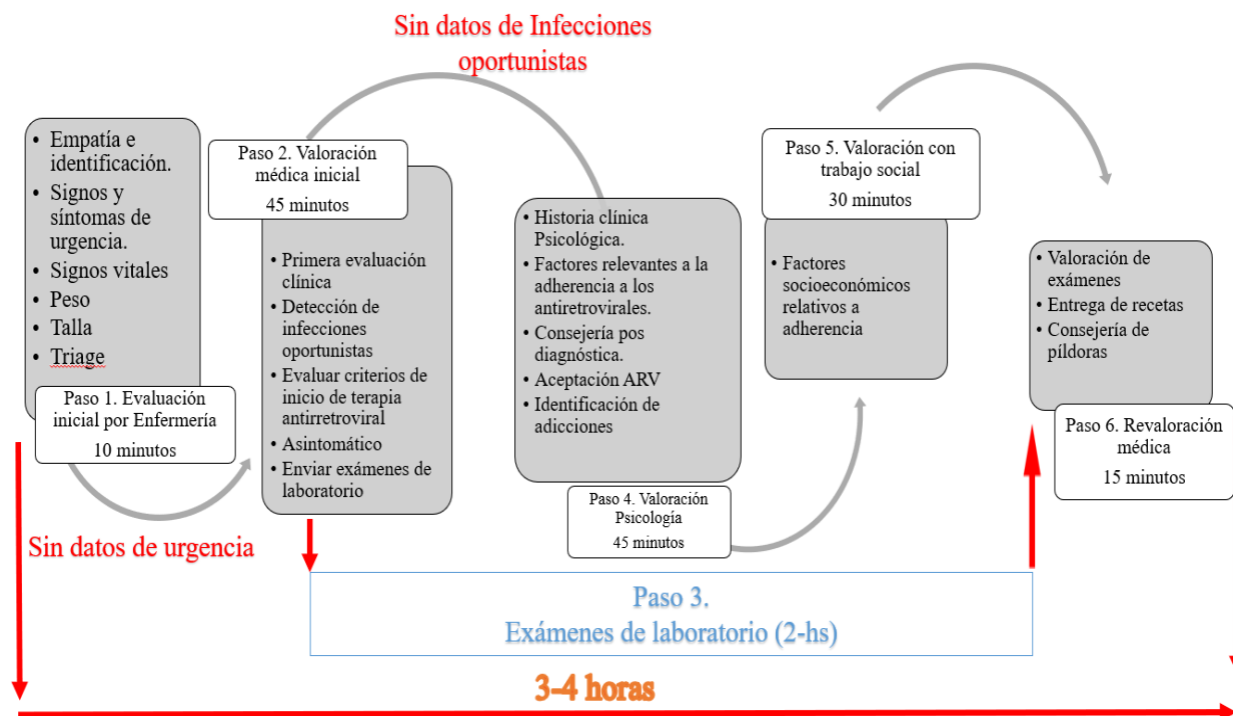


Figura 3 Flujograma de atención de pacientes con VIH en la clínica de atención integral de HEALF en el cual refleja los pasos a seguir desde el primer contacto y si no tiene criterios de alarma iniciar protocolo de IRTAR..

Uno de los pilares del inicio rápido de TAR es el alcance en cuanto a exámenes de laboratorio y la veracidad de estos los cuales tienen como principal objetivo la búsqueda de infecciones oportunistas y la evaluación completa al momento de realizar el análisis clínico del paciente, debido a que ciertas comorbilidades y afectaciones crónicas que se identifiquen serán de relevancia al momento de decidir el antirretroviral a indicar, por lo cual parte del flujograma consiste en la realización de los estudios de laboratorio el mismo día que se recibe al paciente en la CAI, así como los resultados lo más pronto posible.

Exámenes de rutina:

- Biometría hemática completa, plaquetas.
- Perfil bioquímico que incluya: glucosa, bilirrubina, aminotransferasas, triglicéridos, colesterol total y fraccionado, creatinina, nitrógeno de urea, amilasas y examen general de orina

- Recuento de linfocitos CD4+
- AgsVHB, Ac VHC.
- Toxotest (IgM e IgG).
- VDRL o RPR.
- Antígeno lateral de flujo para *Cryptococcus spp*
- Expert si el cribado es positivo.
- Determinación de carga viral y genotipo.

La evaluación posterior al inicio rápido se puede realizar cada mes o cada dos meses en dependencia del estado clínico del paciente y la adherencia al tratamiento debido a que en algunos casos nos encontraremos con pacientes no adherentes al TAR, con reacciones adversas al mismo, falla virológica o inmunológica, así como resistencia al TAR por lo cual ameritaran manejo más intensivo en el cual deben involucrarse todo el equipo de la CAI así como estudios especiales con los que no contamos en la unidad como es el genotipo viral.

Luego de los primeros 6 meses de evaluación del paciente de manera rutinaria se indica un monitoreo cada 3 meses de CV y CD4, así como la función renal, cada 6 meses exámenes de rutina, siempre evaluando lograr el objetivo de supresión virológica (<1000cop/ml) estado indetectable con respecto a su condición viral y a su reconstitución inmune (aumento de 50-150 cel./mm³) (figura 4-5)

Como parte de la atención integral se incluye el seguimiento por psicología el cual tiene como objetivo principal brindar consejería, apoyo, información y cuidados, por medio de empatía y solidaridad, todo esto con el fin de mantener la adherencia al TAR y el seguimiento a la clínica de atención integral, este seguimiento se recomienda se realice en los primeros 6 meses luego de iniciar TAR de manera rápida y posterior a esto se podrán consultar con psicología en dependencia de la necesidad clínica o emocional que tenga el paciente en las consultas subsecuentes. Así también un monitoreo continuo posterior al inicio rápido de TAR con el fin de evaluar evolución clínica, virológica, inmunológica, adherencia, reacciones adversas al fármaco y la presencia de síndrome de reconstitución inmune. (Figura 4-5)

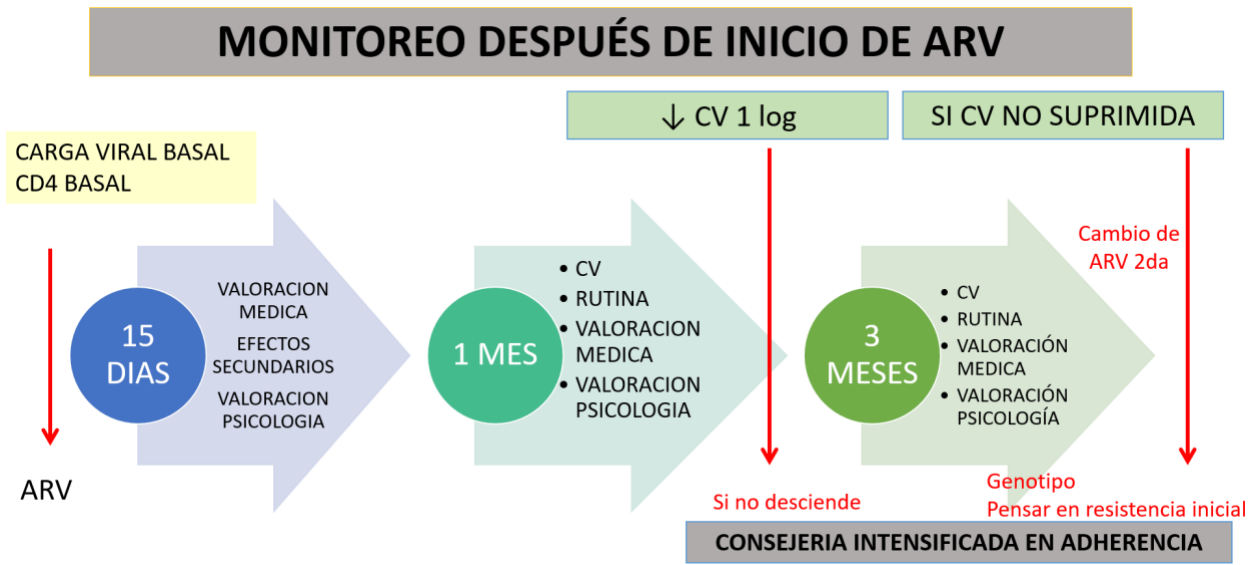


Figura 4: Monitoreo luego de haber iniciado de manera rápida en pacientes con recién diagnóstico de VIH durante los próximos 3 meses en donde también se incluye el retiro de ARV en la unidad de atención hospitalaria en la CAI HEALF.



Figura 4: Monitoreo luego de haber iniciado de manera rápida en pacientes con recién diagnóstico de VIH durante los próximos 3 meses en donde también se incluye el retiro de ARV en la unidad de atención hospitalaria en la CAI HEALF.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. Área y período de estudio

El estudio se llevó a cabo en la clínica de atención integral del Hospital escuela Antonio Lenin Fonseca con pacientes atendidos entre noviembre 2017 a julio 2018.

7.2. Tipo de estudio

El presente estudio es analítico, observacional, diseño longitudinal de evolución de grupo, el cual cuenta con una cohorte prospectiva en la cual se incide, en el período comprendido de noviembre 2017 a julio 2018 y una cohorte histórica o retrospectiva establecida entre enero 2016 octubre 2017, recolección de la información retrolectiva.

7.3. Población a estudio

Cohorte prospectiva: Se constituyó con todos los pacientes con diagnóstico reciente de VIH que iniciaron TAR en los primeros 7 días luego de ser sometidos a algoritmo clínico atendidos en la clínica de atención integral del HALF en el período en estudio (n=58)

Cohorte histórica: Se constituyó con todos los pacientes con diagnóstico reciente de VIH que iniciaron TAR de manera universal sin importar el tiempo luego de ser sometidos a algoritmo clínico atendidos en la clínica de atención integral del HALF en el período de enero 2016 a octubre 2017 (n=296)

7.4. Muestra

Cohorte prospectiva: Se constituyó con todos los pacientes de recién diagnóstico de VIH a los cuales se inició terapia antirretroviral de manera rápida (<7días) en la clínica de atención integral del HALF en el período de a tal fecha los cuales cumplieron con los criterios de inclusión establecidos y a los cuales se brindó seguimiento durante un lapso de 6 meses en el tiempo (n=58).

Cohorte histórica: Se constituyó con todos los pacientes de recién diagnóstico de VIH a los cuales se inició terapia antirretroviral de manera universal en la clínica de atención integral del HALF en el período de enero 2016 a julio 2017 con un universo de 297 pacientes se realizó un sorteo de tipo aleatorio (n=57) con el fin de obtener una relación 1:1 con la cohorte prospectiva los cuales

cumplieron con los criterios de inclusión establecidos y a los cuales se brindó seguimiento durante un lapso de 6 meses en el tiempo.

7.5. Criterios de selección

Criterios de inclusión cohorte prospectiva:

- Paciente recién diagnosticado con VIH por medio de algoritmo diagnóstico vigente con 2 pruebas rápidas reactivas.
- Pacientes recién diagnosticados con VIH y que iniciaron TAR en los primeros siete días
- Que no presente signos de urgencia que comprometan la vida del paciente.
- Sin infecciones oportunistas que impidan el inicio rápido de TAR (*Cryptococcus neoformans* y Tuberculosis sin tratamiento).
- Estar de acuerdo con el inicio de TAR.

Criterios de exclusión

- Pacientes recién diagnosticados con VIH y que iniciaron TAR después de los siete días (cohorte prospectiva).
- Embarazadas.
- Pacientes con prueba expert MTb/Rif positivo.
- Pacientes con antígeno lateral de flujo para *Cryptococcus neoformans* positivo en sangre.
- No acepte el inicio de TAR.
- Seguimiento menor de 6 meses luego del inicio de TAR.
- Menores de 16 años.

Criterios de inclusión cohorte retrospectiva:

- Paciente recién diagnosticado con VIH por medio de algoritmo diagnóstico vigente con 2 pruebas rápidas reactivas.
- Paciente recién diagnosticado con VIH que inicie TAR, sin importar el tiempo de inicio.
- Que no presenten signos de urgencia que comprometan la vida del paciente.
- Sin infecciones oportunistas que impidan el inicio de TAR (*Cryptococcus neoformans*).
- Estar de acuerdo con el inicio de TAR.

Criterios de exclusión cohorte retrospectiva:

- Embarazadas.
- Pacientes con prueba genxpert MTb/Rif positivo.
- Pacientes con antígeno lateral de flujo para *Cryptococcus neoformans* positivo en sangre.
- No acepte el inicio de TAR.
- Seguimiento menor de 6 meses luego del inicio de TAR.
- Menores de 16 años.

Técnica y procedimiento para recolectar la información

A partir de la integración metodológica antes descrita se aplicó la siguiente técnica cuantitativa de investigación, que consiste en el llenado de una guía o formulario (ficha de recolección estructurada y previamente diseñada) a partir de la revisión de los expedientes clínicos de los casos en estudio.

Unidad de análisis

La unidad de análisis corresponde al paciente caso de estudio.

Fuente de información.

Las fuentes de información serán de tipo secundaria: Secundaria: Por medio del llenado de fichas con el uso del expediente clínico.

Instrumento de recolección de la información

Diseño del instrumento y validación

Para la elaboración de la ficha se hizo una revisión de la literatura y se consultaron médicos con experiencia en el tema, se procedió a elaborar una ficha preliminar (piloto) y esta fue validada con

5 casos. Una vez revisada y finalizada la ficha se procedió a la recolección de la información, siguiendo la ficha estructurada. (ficha en anexos)

Estadística descriptiva

Las variables se describirán dependiendo de su naturaleza.

* Las variables cualitativas o categóricas serán descritas en términos de frecuencias absolutas (número de casos) y frecuencias relativas (porcentajes). Los datos serán ilustrados en forma de barras y pasteles.

* Las variables cuantitativas serán descritas en términos de media, desviación estándar, mediana, y rango. Los datos serán ilustrados en forma de histogramas, diagramas de dispersión y diagramas de cajas.

Para el procesamiento de la estadística descriptiva se usó el programa SPSS 23 (IMB Statistic 2015).

7.8. Análisis de Supervivencia

El análisis de supervivencia corresponde a una técnica inferencial cuyo objetivo fundamental es examinar y modelar el tiempo que se toma para que un determinado evento tenga ocurrencia. Este tipo de análisis consiste en realizar un seguimiento continuo a una serie de individuos desde que comienza el estudio hasta que este finaliza. En este tipo de modelos estadísticos las variables de interés son usualmente llamadas tiempo de vida o tiempo de supervivencia, así mismo es necesario tomar en consideración todas aquellas variables censuradas que bien pueden desaparecer del estudio o bien aquellos casos en que no se registra el segundo caso (Velazco, 2016). Retomando lo planteado por Velazco las censuras pueden tomar distintas formas las cuales se detallarán a continuación:

- **Censura tipo I:** Observamos un número de sujetos desde el instante $t = 0$ incluyendo el tiempo en el que falla cada uno y finaliza en un tiempo fijado previamente $t = t_f$. Los

sujetos que al finalizar el estudio no presenten fallo, formaran las observaciones censuradas. Si T denota el tiempo de fallo:

$$T \geq t_f \text{ Observado}$$

$$T \leq t_f \text{ Censurado}$$

- **Censura tipo II:** Esta censura es muy similar a la censura del tipo I, pero en este caso el tiempo no está prefijado por el investigador, sino que el experimento continúa hasta que una fracción prefijada r/n (r fallos de n posibles), por lo que tenemos $n - r$ observaciones censuradas cuyos tiempos de fallos son desconocidos
- **Censura aleatoria:** Este tipo ocurre sin ningún control del investigador ya que pueden ser por diversas causas. Por ejemplo, en un estudio biomédico:
 1. Abandono: el paciente abandona el ensayo.
 2. Salida forzosa: los efectos del tratamiento le obligan a dejar el estudio.
 3. Fin del ensayo: termina el estudio y no se produce el suceso de interés.
- **Censura por la derecha:** en el caso de presentarse el fallo, este se presenta después del tiempo de censura observado.
- **Censura por la izquierda:** el sujeto presenta el fallo antes de ingresar en el estudio, por lo que su tiempo de fallo no observado es menor que el tiempo de censura observado.
- **Censura por intervalo:** la observación de los sujetos no sucede de forma continua por lo que entre un tiempo de fallo y otro hay un periodo largo de observación.

Los métodos incluidos en el análisis de supervivencia pueden variar en dependencia de los requerimientos del tipo de investigación. Entre los métodos más utilizados se encuentran el análisis de Kaplan-Meier y el Modelo de Cox.

Respecto al procedimiento Kaplan-Meier este no es más que un método de estimación de modelos hasta el evento en presencia de casos censurados, estimando la probabilidad condicional en cada punto temporal cuando tiene lugar un determinado evento y en tomar el límite del producto de esas probabilidades con la finalidad de estimar la tasa de supervivencia en cada punto temporal. Como

supuestos base para la utilización de este tipo de metodología tenemos que las probabilidades para el evento de interés deben únicamente depender del tiempo transcurrido desde el evento inicial, asimismo resulta recomendable que esta metodología sea utilizada en muestras grandes y en caso de disponer de variables relacionadas con el tiempo de supervivencia o variables que se desean controlar, es preferible utilizar el procedimiento Regresión de Cox.

Por otro lado, la regresión de Cox tiene por función principal generar un modelo predictivo de datos de tiempo de espera hasta el evento. El modelo genera una función de supervivencia que pronostica la probabilidad de que se haya producido el evento de interés en un momento dado t para determinados valores de las variables predictoras.

Para el presente estudio se utilizará la metodología de Regresión de Cox bajo el siguiente cuestionamiento: ¿Es posible que pacientes con VIH reaccionen de manera distinta ante la adherencia al tratamiento de inicio rápido versus tratamiento universal? Construyendo un modelo de regresión de Cox, cuyas covariables sean el lugar de diagnóstico de VIH, número de visitas a la clínica de atención integral, supresión virológica, tiempo de reconstitución inmunológica.

7.9. Listado de variables y cruce de variables

características sociodemográficas

- Edad
- Sexo
- Genero
- Procedencia
- Estado civil
- Trabajo

VARIABLES RELACIONADAS AL VIH

- Fecha de diagnóstico
- Lugar de diagnóstico
- Fecha de atención CAI

- Manifestaciones clínicas de alarma
- Carga viral inicial
- CD4 inicial
- Clasificación de VIH según OMS.
- Infecciones oportunistas
- Destino del paciente

VARIABLES RELACIONADAS AL TAR

- Inicio de TAR
- Fecha de inicio de TAR
- Tipo de inicio de TAR
- Esquema de TAR.

COMPLICACIONES RELACIONADAS AL TAR

- Efectos adversos al TAR
- Síndrome de reconstitución inmune

VARIABLES DE SEGUIMIENTO

- Asistencia a CAI
- Supresión virológica
- Tiempo en alcanzar supresión virológica
- Estado indetectable
- Reconstitución inmunológica

Creación de la base de datos

Basados en el instrumento de recolección se creó una platilla para captura de datos y cada ficha fue digitalizada en una base de datos creada en el programa SPSS 23 (IMB Statistic 2015).

7.10. Operacionalización de variables

Objetivo general: Evaluar el impacto clínico y virológico que existe entre el inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF

Objetivo	Variable conceptual	Subvariables	Indicador	Técnica de recolección de datos	Variable estadística	Categoría estadística
1.Describir las características sociodemográficas y relativas a la infección por VIH y el TAR instaurado los individuos en estudio que iniciaron TAR de manera rápida y los pacientes con tratamiento universal.	Características sociodemográficas	Edad	Años transcurridos desde el nacimiento hasta el inicio del estudio	Revisión expediente clínico	Cuantitativa discreta	Media, DE, mediana, rango
		Sexo	Características fenotípicas que diferencia al hombre de la mujer	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino Masculino Lesbiana Heterosexual Homosexual
		Genero	Conjunto de características físicas, mentales y de comportamiento que distinguen a la persona	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Hombre sexo con hombre Transexual Bisexual
		Procedencia	Área de residencia habitual	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Localidad reportada

		Estado civil	Estado de relación de convivencia conyugal	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Casado Soltero Divorciado Unión estable
		Trabajo	Actividad laboral principal	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Ocupación – reportada

Objetivo general: Evaluar el impacto clínico y virológico que existe entre el inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF

Objetivo	Variable conceptual	Subvariables	Indicador	Técnica de recolección de datos	Variable estadística	Categoría estadística
2. Identificar las características relacionadas a la infección por VIH y el TAR instaurado en pacientes que iniciaron TAR de manera rápida y los pacientes con	Variables relacionadas al VIH	Fecha de diagnóstico	Día en el cual se realizó primera prueba rápida A1 con resultado “reactor”	Revisión expediente clínico	Cuantitativa discreta	Fecha calendario
		Lugar de diagnóstico	Localidad de salud en donde se realizó primera prueba A1 con resultado “reactor”	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Hospital público centro de salud Hospital privado

<p>tratamiento universal.</p> <p>3. Conocer el periodo comprendido entre el diagnóstico de VIH, primera atención en la CAI y el inicio de TAR en los pacientes que iniciaron TAR de manera rápida y los pacientes con tratamiento universal.</p>		<p>Fecha de atención clínica de atención integral</p> <p>Manifestaciones clínicas de alarma</p>	<p>Día en el cual se atiende por primera vez en la CAI del HALF</p> <p>Signos y síntomas de emergencia que se identifican en la primera visita a la CAI</p>	<p>Revisión expediente clínico</p> <p>Revisión expediente clínico</p>	<p>Cuantitativa discreta</p> <p>Cualitativa nominal</p>	<p>Laboratorio privado Cruz roja otros</p> <p>Número de días</p> <p>fiebre más de 1 mes pérdida de peso más del 10% presión arterial menor 90/60 diarrea de 1 mes cefalea persistente déficit sensorial o motor deterioro cognitivo papiledema pO2 menor de 90mmhg en gasometría deshidratación severa</p>
--	--	---	---	---	---	--

		Carga viral inicial	Cantidad de copias/ml de VIH detectadas en muestra de sangre recolectada en la primera atención en la CAI	Revisión expediente clínico	Cuantitativa discreta	Media, DE, mediana, rango
		CD4 inicial	Cantidad de células CD4 detectadas en muestra de sangre recolectada en la primera atención en la CAI	Revisión de expediente clínico	Cuantitativa discreta	Media, DE, mediana, rango
		Clasificación de VIH según CDC	Sistema de clasificación establecido por el CDC en dependencia de síntomas sugestivos o diagnóstico de infecciones oportunistas y recuento de CD4	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2, C3

		Infecciones oportunistas	Infecciones de etiología viral, bacteriana, fúngica o parasitaria desarrollada en pacientes inmunocomprometidos	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Infección identificada con estudios de laboratorio o alta sospecha clínica.
		Destino del paciente	Decisión tomada por el equipo de la CAI con respecto a su monitoreo luego de primera evaluación clínica del paciente	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Consulta externa Hospitalización Emergencia
	Variables relacionadas al TAR	Inicio de TAR	Luego de confirmar el diagnóstico de VIH se decidió iniciar TAR	Revisión de expediente clínico	Cualitativa nominal dicotómica	SI NO
		Fecha de inicio de TAR	Fecha en la cual se decide iniciar TAR en	Revisión de expediente clínico	Cuantitativa discreta	Fecha calendario

		Tipo de inicio de TAR	CAI del HEALF Manera en la cual se decidió iniciar el TAR en dependencia del tiempo luego de su diagnóstico	Revisión de expediente clínico	Cualitativa nominal dicotómica	Inicio rápido Universal
		Esquema de TAR	Combinación farmacológica que se decide utilizar para el TAR en dependencia de la evaluación integral	Revisión expediente clínico	Cualitativa nomina	Primera línea Segunda línea Otros.

Objetivo general: Evaluar el impacto clínico y virológico que existe entre el inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF.

Objetivo	Variable conceptual	Subvariables	Indicador	Técnica de recolección de datos	Variable estadística	Categoría estadística
----------	---------------------	--------------	-----------	---------------------------------	----------------------	-----------------------

4. Establecer la relación entre la ocurrencia de efectos adversos y síndrome de reconstitución inmune según probables etiologías, con respecto al tipo de inicio de TAR (rápida versus tratamiento universal).	Complicaciones relacionadas al TAR	Efectos adversos al TAR	Manifestaciones clínicas secundarias a una incompatibilidad generada entre el fármaco y el paciente	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal dicotómica	SI NO
		Síndrome de reconstitución inmune	Conjunto de fenómenos inflamatorios agudos, que se produce como consecuencia de la recuperación de la inmunidad generando empeoramiento o paradójico de una infección o de un proceso inflamatorio previo.	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal dicotómica	SI NO

Objetivo general: Evaluar el impacto clínico y virológico que existe entre el inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en

comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF.

Objetivo	Variable conceptual	Subvariables	Indicador	Técnica de recolección de datos	Variable estadística	Categoría estadística
5.Comparar el descenso de la carga virológica en un periodo de 6 meses luego del inicio de la TAR, entre pacientes con inicio rápido (<7 días) y pacientes tratamiento universal	Variables de seguimiento	Asistencia a CAI	Seguimiento a citas posteriores al inicio de TAR en los primeros 6 meses del tratamiento en la CAI	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Asistente Traslado Abandono Fallecido
		Supresión virológica	Identificación de <1000cop/ml de VIH en muestra de sangre	Revisión expediente clínico	Cuantitativa discreta	Media, DE, mediana, rango
		Tiempo en alcanzar supresión virológica	Periodo comprendido entre el inicio de TAR y el resultado de laboratorio que identifique <1000cop/ml de VIH en muestra de sangre	Revisión de expediente clínico	Cualitativa nominal Dicotómica	SI NO

		Estado indetectable	La no identificación del VIH en muestra de sangre	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal dicotómica	SI NO
6.Determinar si existen diferencias respecto al tiempo en que alcanzan la reconstitución inmunológica entre los pacientes que inician TAR de forma rápida y los pacientes con tratamiento universal.	Variables de seguimiento	Reconstitución inmunológica	Aumento de 50-150 cel./mm ³ luego del inicio de TAR	Revisión expediente clínico	Cuantitativa discreta	Media, DE, mediana, rango
Objetivo	Variable conceptual	Subvariables	Indicador	Técnica de recolección de datos	Variable estadística	Categoría estadística
7.Estimar la adherencia al TAR y asistencia continua a la CAI durante los primeros 6 meses luego del inicio del tratamiento en	Variable de seguimiento	Adherencia a TAR	Toma continua del TAR evidenciado al momento del interrogatorio clínico del paciente, así como una adecuada	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal dicotómica	SI NO

pacientes de inicio rápido versus tratamiento universal.			evolución clínica y paraclínico			
--	--	--	---------------------------------	--	--	--

7.11. Consideraciones éticas

Durante el diseño y ejecución del trabajo investigativo, así como durante el análisis de la información, se siguieron los principios y recomendaciones de la Declaración de Helsinki para el desarrollo de investigaciones biomédicas. Por otro lado, se siguieron las recomendaciones éticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se contó con la autorización de las autoridades docentes del hospital.

Ley No: 820

“Ley de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH y SIDA, para su prevención y atención”

Se trata de una ley de carácter público y tiene como objeto garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos con énfasis integral de la salud, relacionado a la infección por el VIH, garantizando el acceso universal a TAR, tratamiento para enfermedades oportunistas, condones y otros métodos anticonceptivos para la prevención, priorizando a las personas con VIH y en condición de SIDA, poblaciones con mayor vulnerabilidad y riesgo y población general.

El fundamento de sus disposiciones son el derecho a la vida y la salud, así como los derechos universales, consignados en diversos instrumentos nacionales e internacionales, contenidos en el artículo 46 de la constitución política de la republica de Nicaragua, los principios éticos de no discriminación, confidencialidad y autonomía personal, los cuales deben regir su aplicación y las normas que se deriven de ellas.

VII. RESULTADOS

I. Descripción sociodemográfica y relativa a la infección por VIH

Para la realización del presente estudio se consideró una muestra de 115 pacientes encuestados, en los cuales la edad promedio ponderó los 33 años de los cuales 76.5% de los entrevistados fueron individuos masculinos, asimismo se determinó en lo que respecta a preferencia sexual predominaron individuos heterosexuales siendo estos 33% de la muestra seguidos de aquellos individuos bajo la categoría HSH siendo estos 29.6% de la muestra. Por otro lado, en lo referente al estado civil de los encuestados, se encontró que el 50% de la muestra correspondía a individuos solteros seguidos de individuos cuyo estado civil era Acompañado con un 20.9% además 73.58% de estos encuestados aseveraron encontrarse empleados al momento de la revisión de las fichas. En lo referente a la localización geográfica de los encuestados se encontró que el 94.8% procedían de Managua. En lo que respecta al lugar de diagnóstico se observó que 37.4% de los encuestados fueron diagnosticados en primera instancia en Centros de Salud, seguidos de un 29.6% cuyo diagnóstico fue determinado en Hospitales Públicos.

En lo referente al cuadro sintomatológico presentado por los pacientes encuestados para la presente investigación se determinó 67% de los encuestados no presentaba ningún síntoma de alarma, sin embargo, del 33% que presentó un signo de alarma 20.10% de los casos presentaron pérdida de peso de más del 10 por ciento además 16.67% de estos encuestados presento fiebre menor a un mes. Ahora bien, en lo que refiere a la sospecha de una infección oportunista se encontró que 22.61% de los encuestados sugirió la presencia de estas.

Para contrastar de manera simplificada la efectividad de un determinado tratamiento respecto al otro procedimos a segmentar la muestra de encuestados respecto a los tratamientos (Inicio rápido y Universal), aplicada dicha segmentación se determinó que 58 pacientes de la muestra fueron tratados mediante Inicio rápido y 57 mediante el tratamiento Universal, donde la edad promedio de los pacientes tratados con Inicio rápido promedió los 32 años mientras que los tratados mediante el tratamiento Universal promediaron edades cercanas a 34 años (Ver Cuadro 1). Respecto al sexo y género de los pacientes tratados con Inicio rápido se observó que 70.31% de los encuestados

correspondían a individuos del sexo masculino además que, 56.76% eran individuos HSH, de igual forma se observó que respecto al tratamiento Universal predominaron los individuos del sexo masculino representando 73.8% de los encuestado, en cuanto a la preferencia sexual mayoritariamente se observaron individuos heterosexuales (Ver cuadro 2 y 3). Respecto a la localización geográfica se observó, que en ambos tratamientos se consideraron a individuos provenientes en su mayoría de Managua, siendo estos solteros en su mayoría además de encontrarse empleados al momento de la revisión de la ficha (Ver cuadro 4 y 5). El lugar de diagnóstico en ambos tratamientos difiere, encontrándose que pacientes tratados mediante Inicio rápido fueron diagnosticados en Hospitales Públicos (44.83%), no así los tratados mediante el Tratamiento Universal donde la mayoría de los individuos fue diagnosticada en Centros de Salud (46.15%) (Ver cuadro 7). En lo relacionado al cuadro sintomatológico presentado por los pacientes se observó que en ambos tratamientos los pacientes entrevistados que no presentaron ningún síntoma de alarma fueron de 56.90% para los de inicio rápido y 77.19% para tratamiento universal (Ver cuadro 8). De los pacientes que si presentaron un síntoma de alarma 25.86% presentaron fiebre menor a un mes y pérdida de peso de más de 10%, respectivamente en pacientes tratados mediante inicio rápido no así en el tratamiento Universal donde se observó que 14.29% de los encuestados presentaron pérdida de peso de más de 10% y diarrea de un mes, respectivamente (Ver cuadro 9).

2. Identificar las características relacionadas a la infección por VIH y el TAR instaurado en pacientes que iniciaron TAR de manera rápida y los pacientes con tratamiento universal.

Respecto a la clasificación por VIH se observó que 21.7% de los pacientes encontrados se encontraba en el espectro de VIH clasificación según CDC A-1 seguido de un 19.1% en el tipo A-2, 6.19% en A-3, 3.54% en B-1, 11.5% en B-2, 10.62% en B-3, 4.42% en C-1, 2.65% en C-2 y 19.47% en C-3 (Ver cuadro 10). Del total de encuestados se observó que 69.6% fueron remitidos a consulta externa para su primera atención en la CAI y únicamente con un 27% se procedió a hospitalización (Ver cuadro 11).

Mediante la segmentación fue posible determinar que, de los pacientes tratados mediante inicio rápido, se clasificaron según su condición clínica utilizando los criterios establecidos según CDC

el 27.59% A-2, seguido de un 22.41% correspondiente a casos C-3. Asimismo, considerando el total de pacientes, 63.79% fueron manejados en consulta externa para su valoración inicial y el 34.48% de los pacientes se procedió a realizar ingreso a hospitalización. Por otro lado, al analizar los casos de pacientes tratados mediante el tratamiento universal se observó que 29.09% de los casos presentaban VIH clasificación según CDC A-1, seguidos categoría C-3 con un 16.36%, de los cuales 79.63% fue remitido a consulta externa y únicamente 20.37% fue ingresado a hospitalización. (Ver cuadro 10, 11.).

Durante la primera evaluación clínica de los pacientes se identificaron algunos con sospechas clínicas de infecciones oportunistas, 27.6% en pacientes que iniciaron TAR de manera rápida y 17.6% tratamiento universal, no se evidencio exámenes de laboratorio positivos para infecciones oportunistas por lo cual se inició rápido TAR en estos pacientes, las infecciones oportunistas a las cuales se indicaron exámenes y se obtuvieron resultados con mayor frecuencia fue *Cryptococcus* (44%) e histoplasmosis (31%) para pacientes con inicio rápido, y los pacientes con terapia universal no se realizaron dichos exámenes(Ver cuadro 13,14) dentro del grupo de inicio rápido se presentaron 2 pacientes los cuales eran pareja y fueron referidos del centro de salud con el diagnóstico de TB pulmonar y ya habían cumplido 7 días de tratamiento anti fímico por lo cual en el momento de atención en la CAI no presentaron contraindicaciones para iniciar TAR de manera rápida, ambos con resultados de genxpert Mtb/Rif negativos, los demás exámenes que se realizaron para búsqueda de infecciones oportunistas fueron negativos, los cuales. Así mismo al momento de iniciar ARV no se identificó ningún examen de laboratorio como creatinina o pruebas de función hepática que contraindicaran el proceso, solamente se identificaron 2 pacientes con creatinina por encima de lo normal al momento de acudir a la CAI, el cual luego de hospitalizarse y estabilizar hubo mejoría de esta, diagnosticándose como injuria renal aguda e iniciando ARV de primera línea (Ver cuadro 15).

3. Conocer el período comprendido entre el diagnóstico de VIH, primera atención en la CAI y el inicio de TAR en los pacientes que iniciaron TAR de manera rápida y los pacientes con tratamiento universal.

En términos generales, los pacientes con inicio rápido demoraron en promedio 12.61 días en asistir a CAI después de ser diagnosticado en cualquiera de las unidades de salud posibles, a diferencia

de los pacientes que se les proveyó terapia universal que demoraron 174.53 días. Considerando el período comprendido entre el diagnóstico de VIH y la primera atención a CAI, medido en número de días, se encontró que los pacientes que fueron diagnosticados con VIH en Centro de Salud y se les proveyó inicio rápido de TAR, en promedio demoraron 12.94 días en asistir a CAI, mientras que los pacientes con terapia Universal diagnosticados en Centro de Salud, demoraron 21.79 días.

En lo que respecta a pacientes que fueron diagnosticados con VIH en Hospitales Públicos y que se les proveyó inicio rápido, en promedio demoraron 11 días en asistir a CAI, mientras que los pacientes con terapia Universal diagnosticados en Hospitales Públicos, demoraron 488.37 días en promedio.

Por otro lado, los pacientes que fueron diagnosticados con VIH en Hospitales privados y que se les proveyó inicio rápido de TAR, en promedio demoraron 25 días en asistir a CAI, mientras que los pacientes con terapia Universal diagnosticados en Hospitales privados, demoraron 212.6 días en promedio.

Considerando los pacientes que fueron diagnosticados con VIH en Laboratorios Privados y que se les proveyó inicio rápido, en promedio demoraron 3.5 días en asistir a CAI, a diferencia de los pacientes con terapia Universal diagnosticados en Laboratorio Privado, quienes demoraron 8.5 días en promedio para asistir a CAI.

Cabe recalcar, los pacientes que fueron diagnosticados con VIH en Cruz Roja y que se les proveyó inicio rápido de TAR, en promedio demoraron 17 días en asistir a CAI, a diferencia de los pacientes con terapia Universal diagnosticados en Cruz Roja, quienes demoraron 145.75 días en promedio para asistir a CAI. (Ver cuadro 16, 17)

En lo que respecta al período comprendido entre que el paciente asiste a CAI e inicia TAR, los pacientes con inicio rápido de TAR demoraron 2.77 días en iniciar el tratamiento, a diferencia de los pacientes de terapia universal que demoraron 65.78 días.

Finalmente, en lo que respecta al tiempo transcurrido en días desde que se realiza el diagnóstico y el paciente inicia tratamiento, en promedio los pacientes de inicio rápido de TAR demoraron 14.9 días a diferencia de los pacientes con terapia universal que demoraron 199.8 días. (Ver cuadro 18)

4. Establecer la relación entre la ocurrencia de efectos adversos y síndrome de reconstitución inmune según probables etiologías, con respecto al tipo de inicio de TAR (rápida versus tratamiento universal).

Considerando el total de pacientes estudiados se encontró que ninguno de estos presentó efectos adversos a TAR, siendo dicho total conformado por 58 pacientes sometidos a inicio rápido y 57 pacientes en terapia Universal. De igual manera, en lo que respecta a efectos adversos dado el inicio de TAR y síndrome de reconstitución inmune se encontró que del 100% de pacientes estudiados (115), ninguno de estos presentó dichos efectos. (Ver cuadro 19)

5. Comparar el descenso de la carga virológica en un período de 6 meses luego del inicio de la TAR, entre pacientes con inicio rápido (<7 días) y pacientes tratamiento universal

Por otro lado, del total de 58 pacientes con inicio rápido, se encontró en el período estudiado que 44 de estos (75.86%) presentaron supresión virológica durante del período de tiempo comprendido dentro de las primeras 4 asistencias a consulta, estimándose que para dichos pacientes el promedio en días para alcanzar supresión virológica es de 45.08 días. Por su parte, los pacientes que recibieron terapia universal, del total de 57 pacientes, se encontró que 32 de estos (56.14%) alcanzaron la supresión virológica durante del período de tiempo comprendido dentro de las primeras 4 asistencias a consulta, estimándose que para dichos pacientes el promedio en días para alcanzar supresión virológica es de 146.4 días. Se recomienda revisar el histograma de la variable “Tiempo de supresión virológica”, dónde se observa la distribución en días para los pacientes con inicio rápido y universal, respectivamente. (Ver cuadro 20)

En lo que respecta al tiempo transcurrido para alcanzar el estado de indetectable, se encontró que, para los pacientes con inicio rápido, 14 (24.13%) de los 58 pacientes estudiados alcanzaron dicho estado en un período promedio de 144.14 días, a diferencia de los pacientes con terapia universal, de los cuales 17 (29.82%) alcanzan dicho estado en un período promedio de 228.58 días. Se recomienda revisar el histograma de la variable “Tiempo de estado indetectable”, dónde se observa la distribución en días para los pacientes con Inicio rápido de TAR e universal, respectivamente. (Ver cuadro 20)

- Regresión de Cox

Considerando la naturaleza del modelo de sobrevivencia de Cox, se procedió a realizar la especificación de dicho modelo. Para ello se incluyeron en una primera fase las variables Tipo de inicio de TAR, Sexo, Lugar de diagnóstico y Clasificación de VIH, resultando significativa solamente Tipo de inicio de TAR, con un estadístico Chi cuadrado de 0.00, menor a 0.05, por tanto, se concluye su significancia en el modelo.

Dado que la variable Tipo de inicio de TAR, es una variable categórica binaria con valores de 1 para método inicio rápido 2 para terapia Universal, los resultados a continuación presentados se interpretarán respecto al método inicio rápido y su comparación con el modelo Universal. Asimismo, por medio de la prueba Ómnibus de coeficientes de modelo, con una significancia de 0.000, menor a 0.05 se procedió a determinar la significancia del modelo de sobrevivencia explicado solamente por la variable Tipo de inicio de TAR.

En concreto, a partir del modelo encontrado se puede decir que el valor de referencia al que hace alusión el modelo es a la categoría inicio rápido, dado la significancia de 0.00 menor a 0.05 se concluye que el Tipo de TAR es un factor significativo en el proceso de supresión virológica, de dónde a partir del Exponencial de Beta cuyo valor es de 4.4 se puede enunciar que los pacientes que inician TAR de manera rápida (<7 días) tienen 4.8 veces más posibilidades de alcanzar la supresión virológica antes que los pacientes con la terapia Universal.

Variables en la ecuación							
		B	SE	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1	Tipo_inicio_TAR	1.483	.279	28.334	1	.000	4.406
Variables en la ecuación							
					95.0% CI para Exp(B)		

		Inferior	Superior	
Paso 1	Tipo_inicio_TAR	2.552	7.606	
Las variables no están en la ecuación				
		Puntuación	Gl	Sig.
Paso 1	Sexo	3.397	1	.065
	Lugar_Dx	.853	1	.356
	Clasificacion_VIH	.201	1	.654
Medias de covariables				
		Media		
Sexo		.211		
Lugar_Dx		2.310		
Clasificacion_VIH		4.507		
Tipo_inicio_TAR		.620		

Posteriormente, a partir del Gráfico de la función de supervivencia acumulada, se puede observar la relación entre tiempo de supresión virológica en días y la supervivencia acumulada, mostrando que entre más avanza el tiempo, menor es la probabilidad de sobrevivencia, por tanto, según dicho gráfico, entre menor sea el número de días en que se inicia la terapia, el paciente tiene mayor probabilidad de sobrevivir y materializar el evento en cuestión, es decir alcanzar la supresión virológica.

Análogamente, la función de riesgo acumulado muestra que a medida que avanza el número de días entre que se detecta la infección y se inicia el tratamiento, mayor es el riesgo acumulado de no alcanzar la supresión virológica. El segundo set de datos, contenidos en la sección “Regresión

de Cox considerando otras variables”, muestra los mismos resultados expuestos anteriormente, sin embargo, se realizó dicha regresión con el fin de determinar la significancia de otras variables en esta dinámica de reconstitución inmunológica, siendo estas no significativas, salvo la inclusión de Tipo de Terapia, al igual que en el primer modelo presentado.

En lo que respecta a los gráficos de supervivencia y de riesgo acumulados, sus interpretaciones a pesar de ser inversamente proporcionales llegan a los mismos resultados. Para el gráfico de supervivencia acumulada se encontró que a medida que se inicia terapia en menor tiempo mayor es la probabilidad de supervivencia, análogamente entre más se tarde en empezar la terapia menor es la probabilidad. Específicamente pasados alrededor de 90 días, la probabilidad de supervivencia disminuye significativamente hasta alcanzar su punto más bajo pasados los 200 días en adelante. (Ver cuadros 23)

6. Determinar si existen diferencias respecto al tiempo en que alcanzan la reconstitución inmunológica entre los pacientes que inician TAR de forma rápida y los pacientes con tratamiento universal.

En aras de realizar el presente análisis resulta primordial primeramente evaluar la asistencia por parte de los pacientes a los distintos tratamientos, encontrándose que en el grupo de pacientes que iniciaron rápido TAR, 45 pacientes se mantuvieron asistentes a la CAI durante los 6 meses de seguimiento, 9 abandonaron, 3 fueron trasladados a otros países y a otras clínicas de seguimiento de su lugar de origen y uno falleció. Respecto al tratamiento Universal se encontró que 14 personas abandonaron el tratamiento, 43 se mantuvieron asistente, no se presentaron traslados o fallecimientos.

Una vez determinado lo anterior se observó que dentro de los Pacientes que iniciaron TAR de manera rápido que asistieron a CAI, el 80% de estos (36 pacientes) logró la reconstitución inmunológica, a diferencia del 74.4% (32 pacientes) de pacientes del tratamiento Universal que asistieron a CAI y lograron dicha reconstitución.

En lo que respecta a los pacientes que abandonaron, el 22.2% de los pacientes de inicio rápido lograron la reconstitución (2 pacientes) en contraste con el 14.3% (2 pacientes) de la terapia universal que abandonaron y habían alcanzado reconstitución. (Ver cuadro 21)

7. Estimar la adherencia al TAR y asistencia continua a la CAI durante los primeros 6 meses luego del inicio del tratamiento en pacientes de inicio rápido versus tratamiento universal

La adherencia a un tratamiento requiere tanto cumplimiento de las dosis y forma de administración, así como persistencia en la duración del tratamiento prescrito. En la presente investigación se observa que en ambos tratamientos se muestran índices altos de adherencia lo que muestra que el presente estudio es consistente para reflejar que tipo de tratamiento resulta más efectivo, si el método Universal o el método inicio rápido. En este sentido, considerando un total del 100% de pacientes tanto del subgrupo reinicio rápido como del subgrupo universal, se encontró que:

Respecto a inicio rápido:

- 45 pacientes asistieron a CAI y presentaron un 100% de adherencia al tratamiento.
- 9 pacientes abandonaron y por tanto presentaron un 100% de no adherencia al tratamiento.
- 3 pacientes fueron trasladados por lo tanto desconocemos el estado del paciente en sus clínicas establecidas o si continuaron el seguimiento de la TAR.
- 1 paciente falleció.
- En términos generales, el 100% de asistentes a CAI se adhirieron a tratamiento, mientras que del 100% de no adherentes, 69.2% se vio explicado por abandono, 23.1% como consecuencia de traslados y 7.7% dado fallecimiento.

Respecto a Universal:

- 43 pacientes asistieron a CAI y presentaron un 100% de adherencia al tratamiento.
- 14 pacientes abandonaron y por tanto presentaron un 100% de no adherencia al tratamiento.
- No se presentaron ni traslados ni fallecidos.
- En términos generales, el 100% de asistentes a CAI se adhirieron a tratamiento, mientras que del 100% de no adherentes el 100% se vio explicado por abandono. (Ver cuadro 22)

IX. DISCUSION

En este estudio de 115 pacientes con diagnóstico de VIH referidos de otras unidades a la CAI del HALF así como aquellos que se diagnosticaron en esta unidad, los cuales fueron evaluados en dos períodos diferentes, divididos como cohorte histórica como aquellos pacientes que iniciaron TAR de manera universal en el período comprendido en enero 2016 a octubre 2017 (n=57) y cohorte prospectiva como aquellos pacientes con inicio rápido de TAR (<7días) en el período comprendido entre noviembre 2017 a julio 2018 (n=58) con un seguimiento por 6 meses respectivamente

Los pacientes se caracterizaron por una media de edad cercana a los 33 años con predominio del sexo masculino, con una distribución similar entre géneros siendo más frecuente aquellos cuya identidad sexual y opción sexual era heterosexual y HSH, en su mayoría eran individuos solteros, procedentes de Managua y referidos de unidades públicas.

Al momento de realizar la primera evaluación en la CAI se identificaron 43% de pacientes que iniciaron TAR de manera rápida presentaron algún signo de alarma, predominando síntomas como fiebre, diarrea y pérdida de peso, definiéndose como síndrome de desgaste al momento de la evaluación clínica, recordemos que dicho cuadro puede ser parte del síndrome retroviral agudo, de la infección por VIH per se, así como causado por infecciones oportunistas, las cuales en pacientes con inicio rápido se sospechó la existencia de estas en aproximadamente 27% del total del pacientes, sin embargo, al momento de realizar los estudios de laboratorio e imagen de extensión no se identificaron infecciones oportunistas que limitaran el inicio rápido de TAR por lo cual se procedió a esto.

Al momento de la primera evaluación en la CAI los pacientes que iniciaron TAR de manera rápida fueron clasificados clínicamente según los criterios de la CDC para pacientes con VIH, prevaleciendo aquellos en el grupo A, sin embargo un grupo aproximado de 24% de pacientes se catalogaron como grupo C, de los cuales su hospitalización fue evaluada en aproximadamente el 30% esto debido a que se sospechaba infección oportunista en un total de 16 pacientes y con el objetivo de lograr el cumplimiento estricto del algoritmo establecido para inicio rápido de TAR (figura 1-2-3-4) y con la finalidad de agilizar ciertos estudios de laboratorio necesarios para dicho

proceso, siendo necesario la realización de exámenes de laboratorio y monitoreo del mismo, en el cual se descartaron la presencia de estas infecciones, solamente confirmándose un total de 2 pacientes con diagnóstico de TB pulmonar los cuales procedían de su centro de salud con el diagnóstico y tratamiento para dicha patología cursando un total de 7 días de tratamiento previo a su visita a la CAI, así como resultados negativos de BAAR y genxpert mtb/rif negativo con diagnóstico no confirmado bacteriológicamente y en quienes se tomó cultivo de esputo, por lo que se consideró el inicio rápido de TAR, dentro del grupo de pacientes hospitalizados también se encuentran aquellos que por el cuadro clínico caracterizado por diarrea, se encontraban con algún grado de deshidratación y algunos de ellos con creatinina por encima de lo normal, por lo cual fue necesario estabilizarlos y luego del protocolo para inicio rápido de TAR fueron elegidos. La necesidad de hospitalización se da por la categoría de VIH avanzado, lo que es el reflejo de que aún se debe trabajar en diagnóstico y vinculación temprana, que es más segura para el paciente y la salud pública y con menos costos para las instituciones y países.

El diagnóstico de VIH se realizó en su mayoría en unidades públicas del ministerio de salud, en los cuales se brinda una referencia al paciente para que acuda por su cuenta a la CAI, siempre y cuando este estable, este método compromete la visita del paciente a la CAI debido al estigma que existe por la enfermedad, sufren vergüenza, pena y miedo, retrasando así la asistencia médica y el inicio de TAR, en términos generales los pacientes con inicio rápido demoraron en promedio 12.61 días en asistir a CAI después de ser diagnosticados en cualquiera de las unidades de salud posibles, a diferencia de los pacientes que se les proveyó terapia universal que demoraron 174.53 días, esto sin incluir a aquellos pacientes (n=3) que fueron diagnosticados 2-3 años previos a la atención en la CAI, demostrando que en las unidades de salud se está realizando diagnóstico de PVIH lo cual es de vital importancia y se considera una de las metas dentro de la estrategia 90-90-90 establecidas por la OMS, sin embargo diagnosticar y no brindar tratamiento antirretroviral, podría considerarse poco ético y negativo, en este tiempo con la evidencia científica clara a favor de TAR, esto evidencia la importancia de descentralizar el TAR en las unidades de salud con un proceso de aprendizaje del manejo de la TAR y de los cuidados integrales de las PVIH, además de la implementación de la estrategia de inicio rápido de TAR en otras CAI que han recibido entrenamiento, con el apoyo continuo de la CAI HEALF y esto podría agilizar así el tiempo en la

cual el paciente se vincula al Sistema de salud , inicia TAR y se controla la infección, cubriendo los elementos restantes en la cascada del continuo de la atención , encaminados a las metas de eliminación del SIDA.

Desde el 2016 la OMS publicó la primera recomendación mundial acerca del auto test el cual es una propuesta que está incluida dentro de la estrategia de prevención combinada del VIH, caracterizada por la realización de pruebas caseras para diagnosticar VIH, 3 meses luego del contacto, con el fin de aumentar el porcentaje de personas que conocen su estado y sean derivados de manera más rápido a los servicios de prevención, tratamiento y atención. El autotesteo puede hacerse a nivel comunitario con la compañía de un promotor en salud o trabajador de la salud, llevando la prueba a casa del paciente o centro de congregación de poblaciones en riesgo, resguardando la confidencialidad del proceso.

En el presente estudio se determinó que el tiempo de inicio de TAR en aquellos de manera rápida se dio en un promedio de 2.77 días en comparación con aquellos que lo hicieron de manera universal que demoraron 65.78 días, dejando en evidencia el largo proceso y múltiples citas en la CAI previo al inicio de TAR, significando gastos para el paciente que debe acudir en varias ocasiones para la realización de exámenes complementarios en otras áreas del hospital, esto a pesar de recibir consejería y educación en la clínica , considerando podría generar ansiedad en el paciente pues existe un mensaje contradictorio donde se le enseña que el tratamiento es muy importante para el control de la enfermedad , la cual es ahora crónica ,pero no se le inicia el tratamiento de inmediato, si a esto se le suma que para el inicio de TAR de manera universal se identificó un promedio de 199.8 días, eso significan más de seis meses entre el diagnóstico y el inicio de la TAR, tiempo durante el cual la infección avanza, la inmunosupresión también y la enfermedad se continúa transmitiendo además de notar un mayor número de abandonos totalizándose un total de 14 (25%) en pacientes que iniciaron TAR de manera universal con 9 (14%) en aquellos con inicio rápido de TAR, lo que contradice el hecho de que el paciente necesite muchas sesiones de consejería para adherirse al tratamiento. También se cuantificaron un total de 3 pacientes los cuales por situaciones personales tuvieron que salir del país, por lo cuales se les brindó referencia médica con las especificaciones de su evolución clínica, cabe destacar que estos pacientes se encontraban con asistencia continua a la CAI y adherentes al tratamiento durante el tiempo comprendido entre

su primera visita a la CAI y su referencia a otra unidad de salud, sumándose también 1 paciente fallecido el cual fue por causas de otra comorbilidad.

Estos datos nos evidencia uno de los principales beneficios en el inicio precoz de TAR, caracterizado por un mayor índice de retención del paciente en la CAI (84%), una mayor cantidad de pacientes con ARV, una mayor cantidad de pacientes con reconstitución inmune (80%) y alcanzando en el 75% de los pacientes en estudio un estado de supresión virológica en un periodo promedio de 45 días luego de iniciar el TAR de manera rápida, obteniendo un 20% más de pacientes suprimidos en comparación con el inicio de ARV universal los cuales obtuvieron dicha supresión en un periodo de tiempo más prolongado (146 días). Como se mencionó antes las estrategias de prevención incluyen el diagnóstico de los positivos, la inserción al tratamiento, pero que estos que están en tratamiento alcancen la supresión viral es lo que nos llevará a la intransmisibilidad del VIH y el mayor efecto a nivel de salud pública.

De lo anterior se puede obtener que hay evidencias que el tipo de TAR es un factor significativo en el proceso de supresión virológica y que aquellos pacientes que inician TAR de manera rápida (<7 días) tienen 4.8 veces más posibilidades de alcanzar la supresión virológica antes que los pacientes con la terapia Universal.

Al lograr una supresión virológica como resultante tenemos una persona que convive con VIH con menor índice de transmisibilidad, aplicando el algoritmo clínico en otras clínicas de atención integral lograremos una atención con mayor veracidad, de fácil manejo, se podrá conseguir que un mayor número de pacientes con VIH logren este objetivo.

Durante el tiempo que la persona se infecta con VIH este inicia una replicación masiva dentro de nuestras células de defensa, encontrando lugares de mayor comodidad para su desarrollo como lo son el tracto gastrointestinal, sistema nervioso central y tejido linfático, mientras más replicas realiza el virus este puede desarrollar ciertas modificaciones en su estructura y replicación, generando virus con alta resistencia farmacológica, haciendo más difícil el objetivo de su control virológico al momento de iniciar el ARV y al momento de obtener el primer contacto del paciente en la CAI existe una mayor probabilidad que nos encontremos ante alguien con enfermedad grave, infecciones oportunistas que compliquen el uso de TAR, en algunos casos con la necesidad de hospitalizar al paciente y brindar tratamientos prolongados para su estabilización y lograr un punto

más viable para el uso de ARV, llevando así al paciente a una evolución clínica desfavorable, disminuyendo su calidad de vida, considerando esto permitir la prolongación en el tiempo hasta iniciar TAR genera un aumento en la morbimortalidad de los pacientes y según lo identificado en este estudio la utilización del algoritmo de manejo en las CAI modificado, con el fin de lograr iniciar TAR en los primeros 7 días, reducirá el tiempo al momento de lograr un control virológico, aumentaremos la adherencia al tratamiento y la asistencia a la CAI, evitando así la evolución de la enfermedad.

en este estudio se identificaron resultados de gran relevancia, los cuales se asemejan a lo encontrado en estudios a nivel internacional como lo es la investigación “THE TEMPRANO” realizado en África subsahariana el cual demostró que el riesgo de enfermedad grave relacionada con el VIH era 44% menor y un riesgo de muerte por cualquier causa fue 35% menor que los riesgos con iniciación diferida por lo cual se recomienda el inicio temprano de TAR sin importar el conteo de CD4 que tenga el paciente recomendando iniciar al momento del diagnóstico de VIH y en el estudio “RapIT” en el cual se implementó un algoritmo de inicio rápido de TAR el cual permitió que los pacientes recibieran su tratamiento antirretroviral el primer día que acudieron a la clínica de atención del VIH, demostrando que la administración de TAR de manera rápida aumento la adherencia al tratamiento en un 36% y la supresión virológica en un 26%.

Los resultados de este estudio nos demuestran que los pacientes que inician ARV de forma rápida se suprimen más rápido, se retienen más en los cuidados de la salud y sin eventos de reacciones adversas o reconstitución inmune, siguiendo los protocolos de clasificación clínica para descartar signos de alarma y con un gabinete de laboratorio que permita descartar las IO que más frecuentemente producen SIRS (Cripto y TB), no podemos dejar de mencionar que el inicio universal debería ser el estándar a estas alturas y no guiado por CD4 como aún se muestra en nuestra guía nacional, aportes como el de este estudio sirven para guiar estos cambios urgentes y necesarios para alcanzar las metas que como país y mundo nos hemos planteado, erradicar el SIDA para el 2030, con personas sanas sin sufrir violencia ni estigma o discriminación.

X. CONCLUSIONES

Los pacientes que se incluyeron en la cohorte de inicio rápido de ARV se vincularon más rápido a la clínica de atención integral con un inicio de ARV promedio de 2.44 días, comparado con el inicio universal en 65.78 días, en la evaluación de seis meses los que iniciaron rápido tienen 4.8 veces más de probabilidades de lograr una supresión virológica en un periodo de tiempo más corto, que aquellos que iniciaron TAR universal, y se mostró superior en cuanto al número de pacientes que lograron una reconstitución inmune en un menor período de tiempo.

El inicio rápido de ARV en pacientes con recién diagnóstico de VIH demostró un mayor porcentaje de asistencia a la CAI y menor incidencia en cuanto al abandono del tratamiento en comparación con aquellos que inician el tratamiento de manera universal sin eventos de reconstitución inmune o muerte relacionada a ARV en ninguno de los dos grupos, identificándose un impacto directo sobre la evolución clínica y virológica al momento de iniciar ARV de manera temprana en los pacientes con diagnóstico reciente de VIH.

XI. RECOMENDACIONES

Al ministerio de salud recomendamos:

- Descentralización de la atención de PVIH acompañada de un proceso formativo en los trabajadores de la salud con el desarrollo de módulos teóricos y prácticos de VIH que permitan una atención integral, de calidad, libre de estigma y discriminación con excelente manejo de los indicadores de control de la infección.
- Modificar la guía de atención a PVIH con la universalización del tratamiento que ya no debe depender de valores de CD4 y considerar estrategias de inicio rápido en otras CAI ya descentralizadas con acompañamiento de la CAI HEALF.

Al HALF recomendamos:

- Aplicar el protocolo RAPID a todas las personas con diagnóstico nuevo de VIH validando su propio algoritmo y eliminando trabas administrativas que aún existan en la institución con apoyo de la gerencia
- Mantener el equipo multidisciplinario fortalecido con los recursos nuevos que han venido a complementar el trabajo que ya existía y a mejorar el tema de la consejería intensificada en adherencia para que puedan incidir en los abandonos.
- Servir de centro de replica de conocimientos y experiencias para las otras CAI apoyando el desarrollo del personal de salud de estas.

A las asociaciones de personas con VIH:

- Realizar equipos de ayuda mutua para el fortalecimiento de la adherencia, fomentando el autocuidado como una forma de vida.
- Hacer incidencia para la universalización de la TAR y la implementación de RAPID en otros centros.

XII. BIBLIOGRAFÍA

Aberg JA, G. J. (2004). Primary care guidelines for the management of persons infected with human immunodeficiency virus: recommendations of the HIV medicine association of the infections diseases society of America. *clin infect dis*.

ANALISIS DE RESISTENCIA DEL VIH. (2014). *INTERNATIONAL ASSOCIATION OF PROVIDERS OF AIDS CARE*.

Department of Medicine, D. o., & and †Tulane University School of Medicine, N. O. (2016). The Effect of Same-Day Observed Initiation of Antiretroviral Therapy on HIV Viral Load and Treatment Outcomes in a US Public Health Setting. *Clinical Science*.

Mandell, D. y. (2016). *Principies and Practice of Infectious Diseases 8va edition*. Barcelona, España: Elsevier.

Nathan Forda, b. C. (2017). Benefits and risks of rapid initiation of antiretroviral therapy. *AIDS*, 32:17-23.

OMS. (2014). *Vigilancia de la Farmacorresistencia del VIH en los Adultos que Inician ARV*.

OMS. (2016). *Estrategia Mundial del Sector de la Salud Contra el VIH 2016-2021*.

OMS. (2016). *GUIDELINE ON WHEN TO START ANTIRETROVIRAL THERAPY AND THERAPY AND THERAPY AND*.

OMS. (2017). *Informe 2017 sobre la respuesta mundial al VIH/SIDA*.

OMS. (2017). *TRANSICIÓN HACIA LOS NUEVOS ANTIRRETROVIRALES EN LOS PROGRAMAS CONTRA EL VIH*.

OMS. (2018). *Updated and recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV.*

ONUSIDA. (2011). *Orientaciones Farmacologicas.*

ONUSIDA. (2016). *indicadores para el seguimiento de la declaracion politica de las naciones unidas sobre el VIH y el SIDA de 2016.*

Rosen S, F. M. (2016). Accelerating the Uptake and Timing of Antiretroviral Therapy Initiation in Subsahara Africa: An Operation Research Agenda. *PLoS Med.*

Rosen S, M. M. (2016). Initiating Antiretroviral Therapy for HIV at a Patient's First Clinic Visit: The RapIT Randomized Controlled Trial. *PLoS Med.*

Sydney Rosen^{1, 2}, M. (mayo 10, 2016). Initiating Antiretroviral Therapy for HIV at a Patient's First Clinic Visit: The RapIT Randomized Controlled Trial. *Plos Medicine.*

THE TEMPRANO, A. 1. (2015). A Trial of Early Antiretrovirals and Isoniazid Preventive Therapy in Africa. *The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE*, 373; 808-822.

XIII. ANEXOS

I3.1. Ficha de recolección de datos

Ficha de recolección de datos

“Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2016-2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”

- 1) Código:
- 2) Número de expediente:
- 3) Edad:
- 4) Sexo:
- 5) Género
- 6) Procedencia:
- 7) Estado civil:
- 8) Trabajo: Si__ No__
- 9) Fecha de diagnóstico:
- 10) Lugar de diagnóstico: Hospital público: ___ Hospital privado___ centro de salud___ otros:

- 11) Fecha de atención en CAI:
- 12) Presenta algún signo de alarma: (mencionarlos)*

Fiebre de más de un mes	PA menor 90/60	Deterioro cognitivo	Turgencia de piel
Pérdida de peso de más 10%	Cefalea intensa persistente	Papiledema	Ojos hundidos

Diarrea de un mes	Déficit sensorial o motor	↓ de pO ₂ en gasometría por debajo de 90mmhg u oximetría menor de 90%	Signo de pliegue Sequedad de mucosas

13) Clasificación de infección por VIH: _____

Categorías CD4

Categorías clínicas

	Síntomas A	Síntomas B	Síntomas C
<i>Más de 500</i>	A-1	B-2	C-2
<i>Entre 200-500</i>	A-2	B-2	C-2
<i>Menos de 200</i>	A-3	B-3	C-3

14) Destino del paciente:

Ingreso a hospitalizado _____ Emergencia _____ Consulta externa _____

15) Inicio de TARA.

Fecha _____

Nombre del fármaco _____

Inicio rápido de TARV _____ Universal _____

16) Sospecha de infección oportunista, cual:

17) Aceptación del paciente: Si___ No___

18) ¿El paciente está preparado?: Si___ No___

19) Exámenes realizados:

<i>Exámenes</i>	Ingreso	1er control	2do control	3er control	4to control
<i>Fecha</i>					
<i>Carga viral</i>					
<i>Cd4</i>					
<i>Bhc</i>					
<i>Creatinina</i>					
<i>Cryptococcus</i>					
<i>Histoplasma</i>					
<i>Valoración oftalmológica</i>					
<i>Baar</i>					
<i>Genxpert</i>					
<i>TGO</i>					

<i>TGO</i>					
<i>Bilirrubinas totales</i>					
<i>Bilirrubina Directa</i>					
<i>Bilirrubina Indirecta</i>					
<i>VDRL</i>					
<i>Hepatitis B</i>					
<i>Hepatitis C</i>					

20) Asistencia a CAI: asiste____ traslado____ fallecido____ abandono____

21) Fecha de última consulta: _____

22) Adherente al tratamiento: si____ no____

23) Desarrollo reacciones adversas al TAR: si____ no____

24) Desarrollo síndrome de reconstitución inmune: Si____ So____

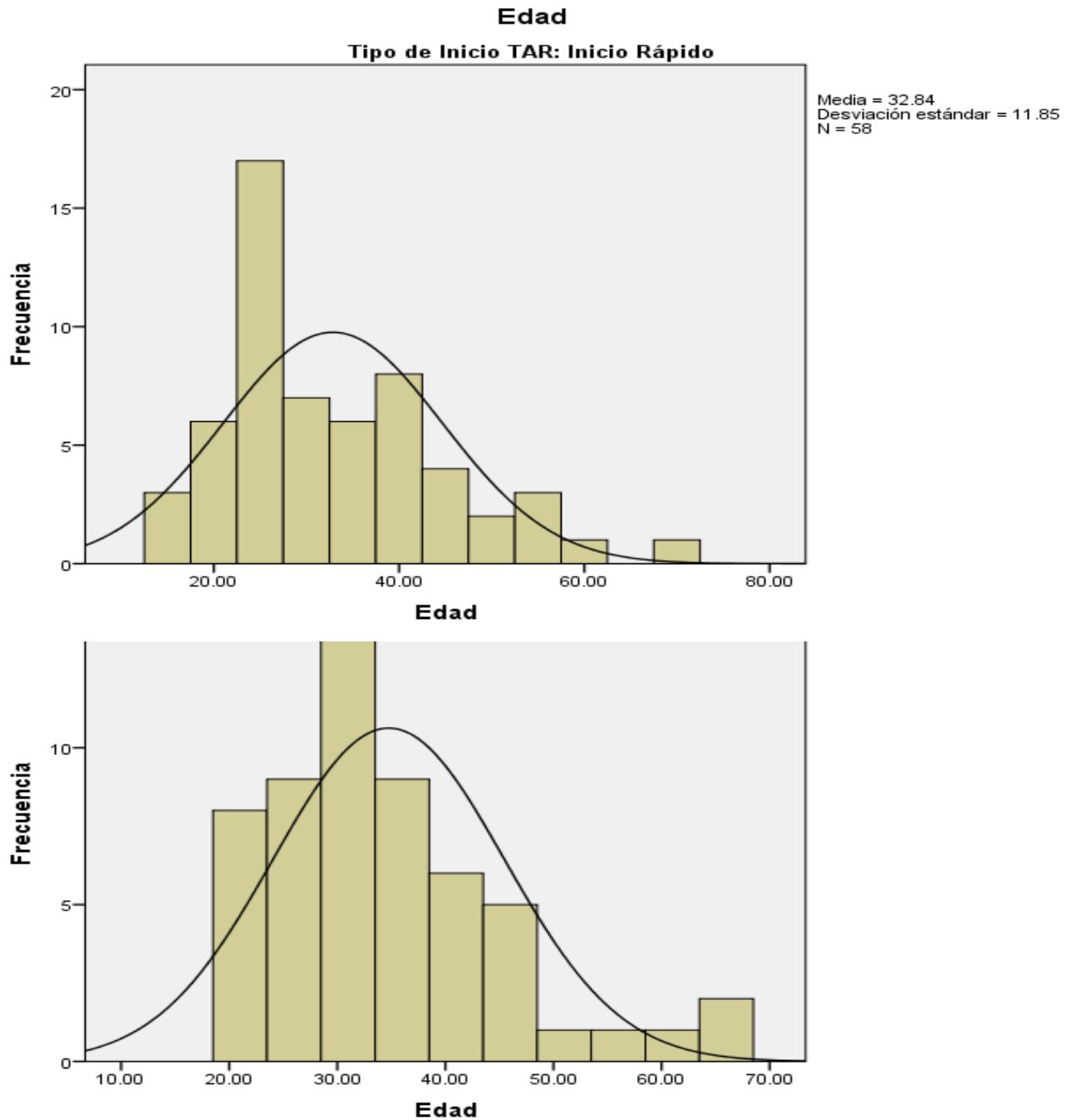
13.2. Gráficos y cuadros

Cuadro 1: Distribución de la edad de los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

	Tipo de Inicio TAR	
	Inicio rápido	Universal
N	58	57
Media	32.8448	34.7544
Mediana	31.0000	32.0000
Moda	25.00	30.00
Desviación estándar	11.84965	10.69760
Mínimo	15.00	21.00
Máximo	69.00	64.00

Fuente: Expediente clínico

Gráfico 1: Distribución de la edad de los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.9



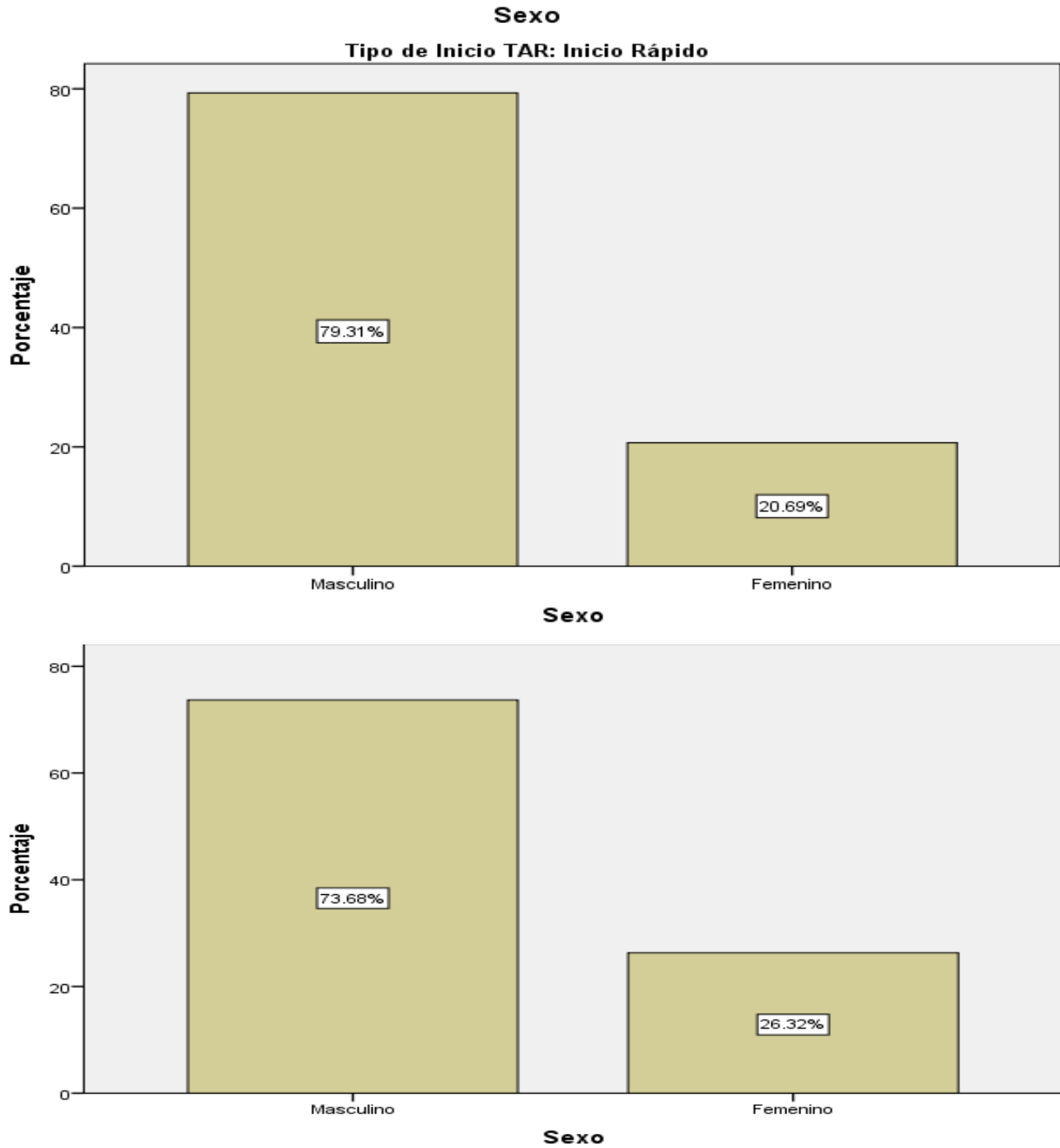
Fuente: Cuadro 1

Cuadro 2: Distribución de sexo de los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

Sexo						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio rápido	Válido	Masculino	46	79.3	79.3	79.3
		Femenino	12	20.7	20.7	100.0
		Total	58	100.0	100.0	
Universal	Válido	Masculino	42	73.7	73.7	73.7
		Femenino	15	26.3	26.3	100.0
		Total	57	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico

Gráfico 2: Distribución del sexo de los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

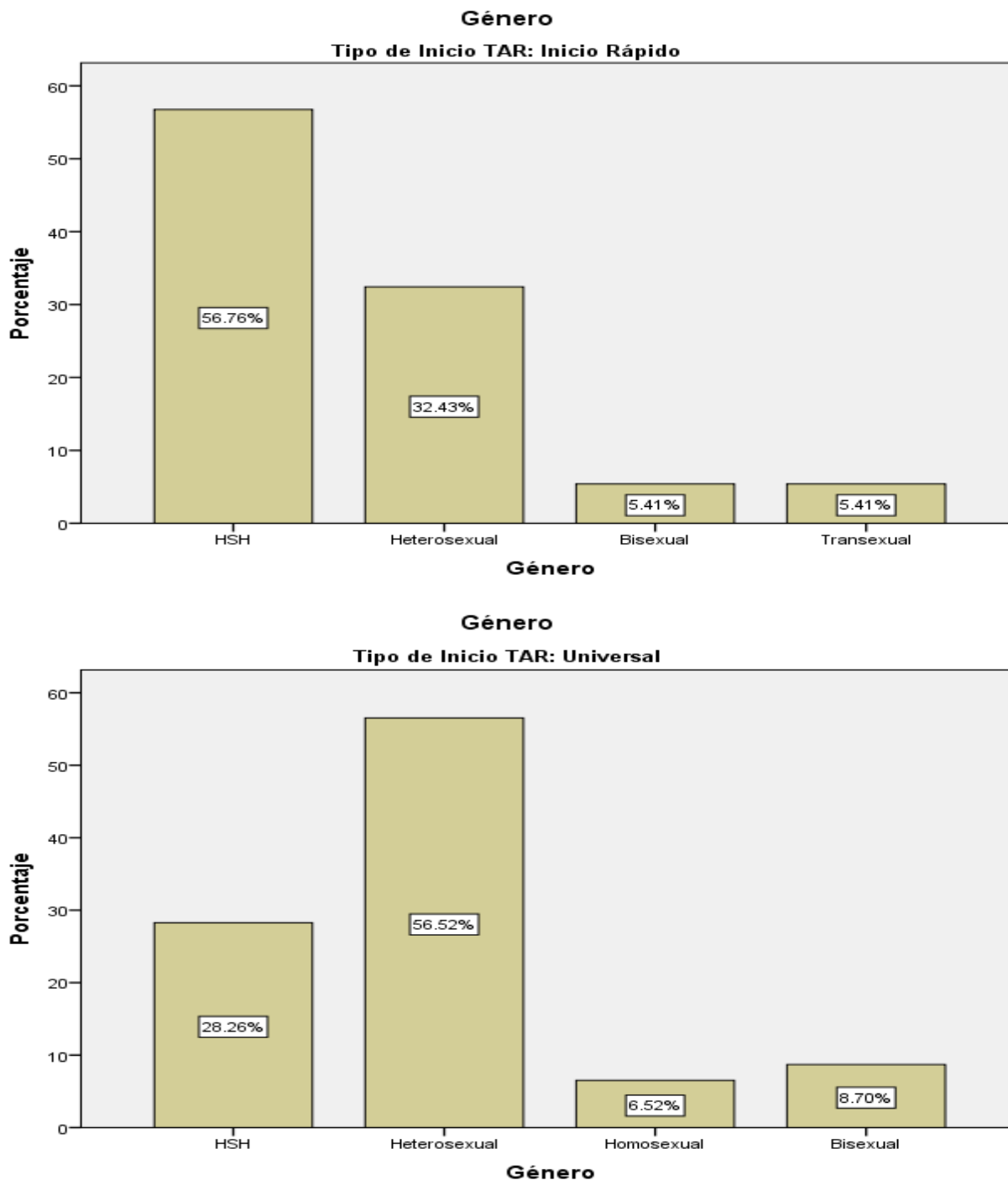


Fuente: Cuadro 2

Cuadro 3: Distribución el género de los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnostico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

Tipo de Inicio TAR		Género				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Inicio rápido	Válido	HSH	21	36.2	56.8	56.8
		Heterosexual	12	20.7	32.4	89.2
		Bisexual	2	3.4	5.4	94.6
		Transexual	2	3.4	5.4	100.0
		Total	37	63.8	100.0	
	Perdidos	Sistema	21	36.2		
	Total	58	100.0			
Universal	Válido	HSH	13	22.8	28.3	28.3
		Heterosexual	26	45.6	56.5	84.8
		Homosexual	3	5.3	6.5	91.3
		Bisexual	4	7.0	8.7	100.0
		Total	46	80.7	100.0	
	Perdidos	Sistema	11	19.3		
	Total	57	100.0			

Gráfico 3: Distribución del sexo de los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.



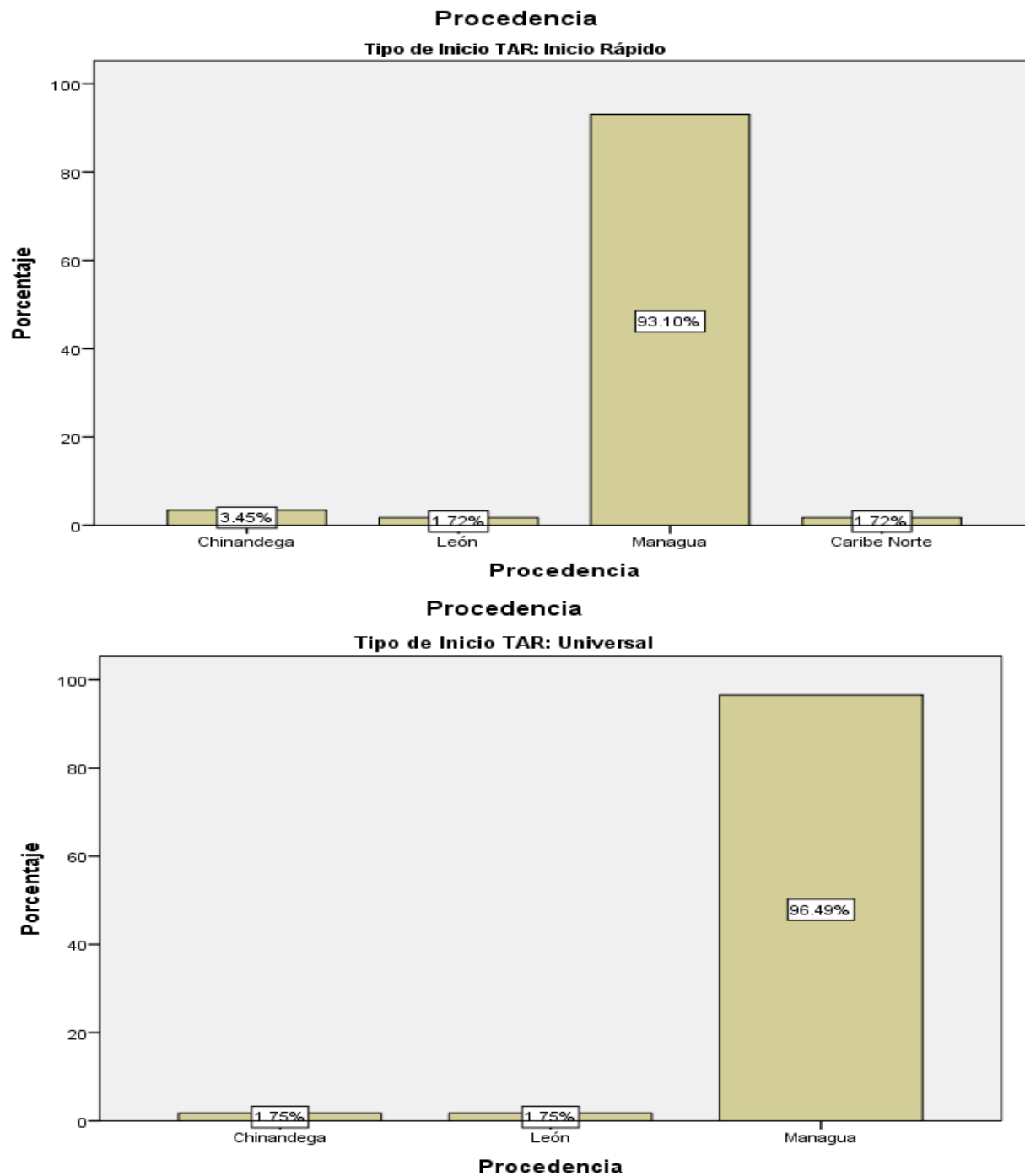
Fuente: Cuadro 3

Cuadro 4: Distribución del sexo de los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

Procedencia						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio rápido	Válido	Chinandega	2	3.4	3.4	3.4
		León	1	1.7	1.7	5.2
		Managua	54	93.1	93.1	98.3
		Caribe Norte	1	1.7	1.7	100.0
		Total	58	100.0	100.0	
Universal	Válido	Chinandega	1	1.8	1.8	1.8
		León	1	1.8	1.8	3.5
		Managua	55	96.5	96.5	100.0
		Total	57	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico

Gráfico 4: Distribución de la procedencia de los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.



Fuente: Cuadro 4

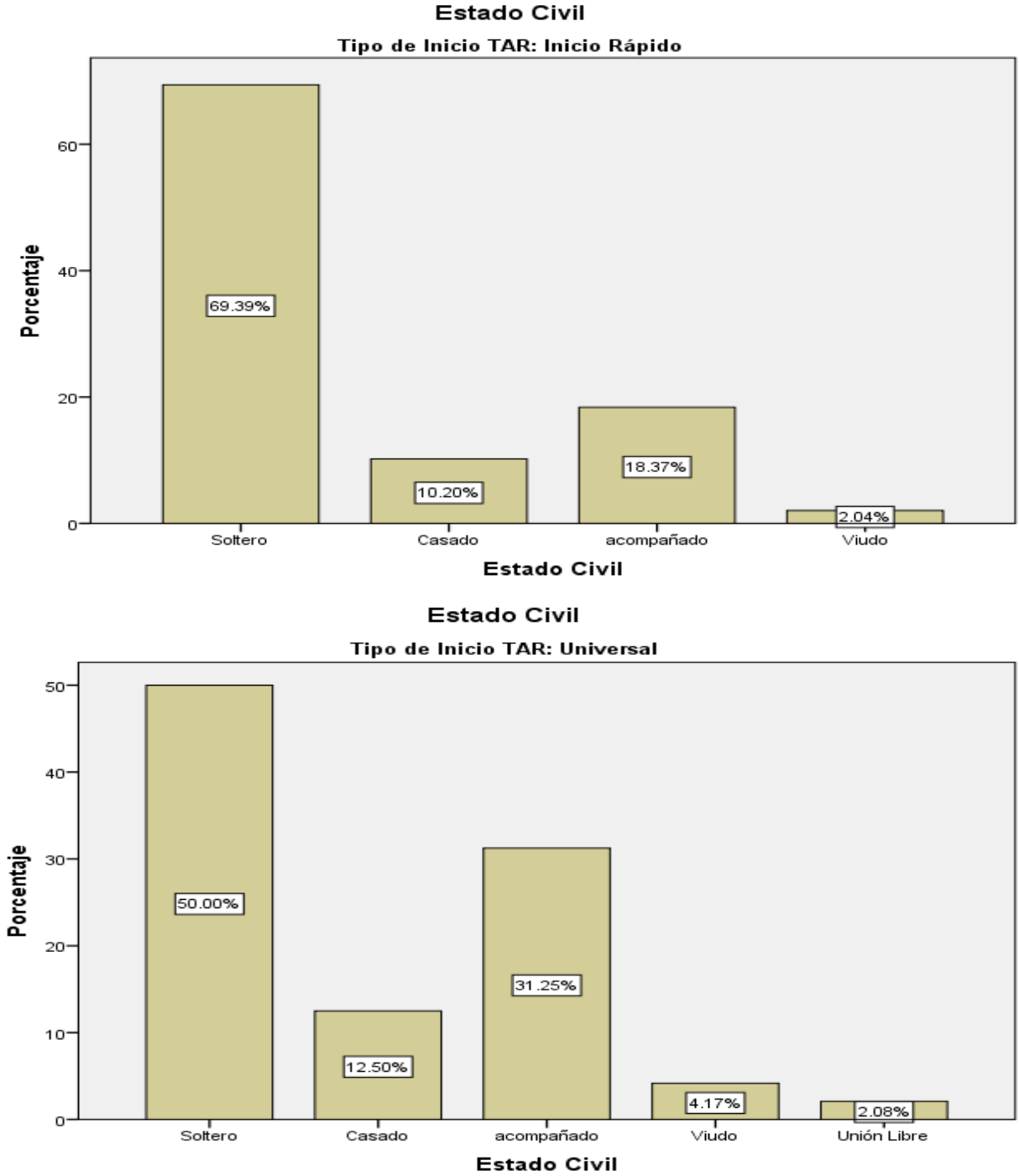
Cuadro 5: Distribución del estado civil de los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

Estado Civil						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio rápido	Válidos	Soltero	34	58.6	69.4	69.4
		Casado	5	8.6	10.2	79.6
		acompañado	9	15.5	18.4	98.0
		Viudo	1	1.7	2.0	100.0
		Total	49	84.5	100.0	
	Perdidos	Sistema	9	15.5		
	Total	58	100.0			
Universal	Válidos	Soltero	24	42.1	50.0	50.0
		Casado	6	10.5	12.5	62.5
		acompañado	15	26.3	31.3	93.8
		Viudo	2	3.5	4.2	97.9
		Unión Libre	1	1.8	2.1	100.0
		Total	48	84.2	100.0	

Perdidos	Sistemas	9	15.8		
Total		57	100.0		

Fuente: Expediente clínico

Gráfico 5: Distribución del estado civil de los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.



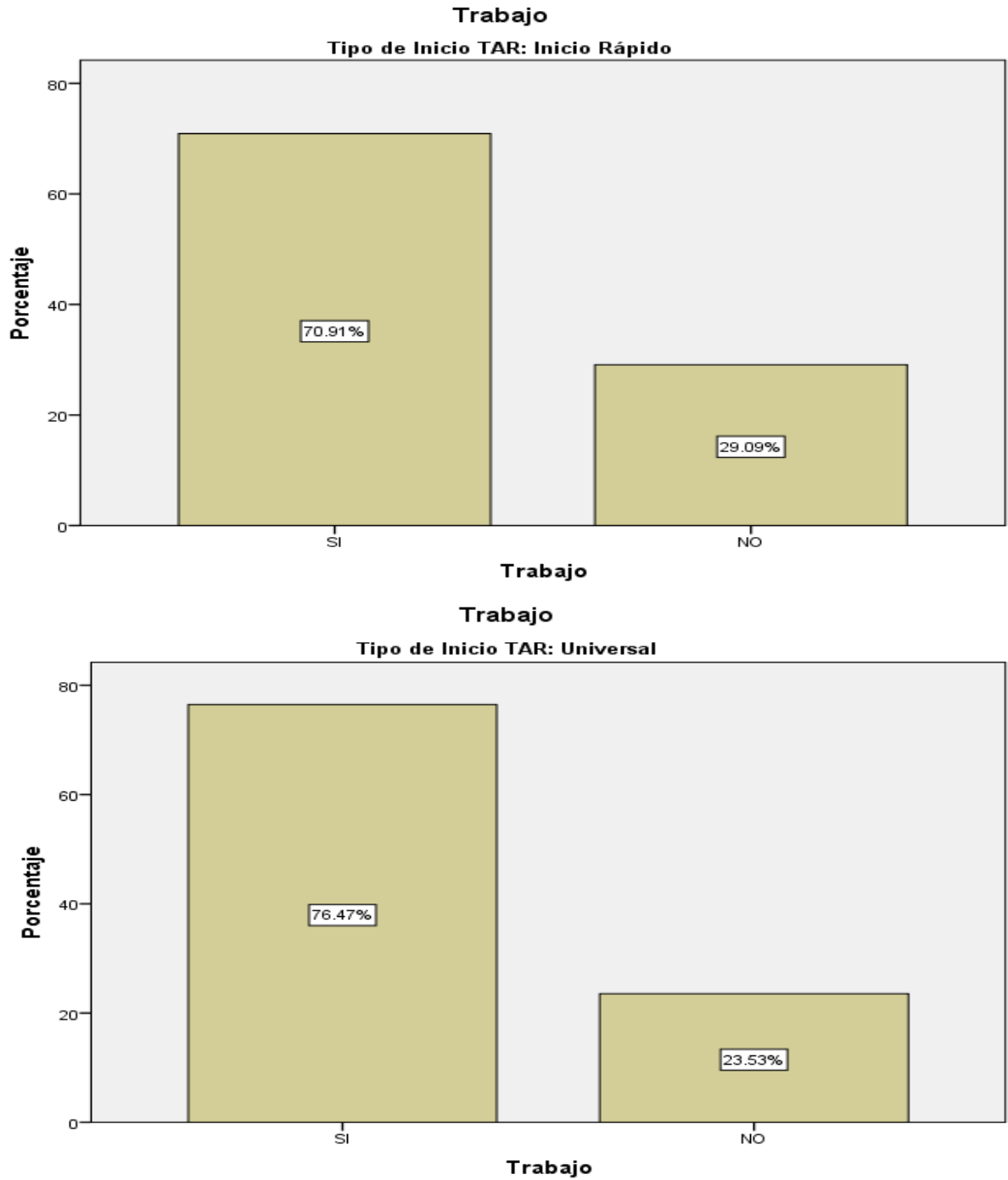
Fuente: Cuadro 5

Cuadro 6: Distribución del estado actual de trabajo de los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

Trabajo						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio rápido	Válido	SI	39	67.2	70.9	70.9
		NO	16	27.6	29.1	100.0
		Total	55	94.8	100.0	
	Perdidos	Sistema	3	5.2		
Total			58	100.0		
Universal	Válido	SI	39	68.4	76.5	76.5
		NO	12	21.1	23.5	100.0
		Total	51	89.5	100.0	
	Perdidos	Sistema	6	10.5		
Total			57	100.0		

Fuente: Expediente clínico

Gráfico 6: Distribución del estado actual de trabajo de los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.



Fuente: Cuadro 6

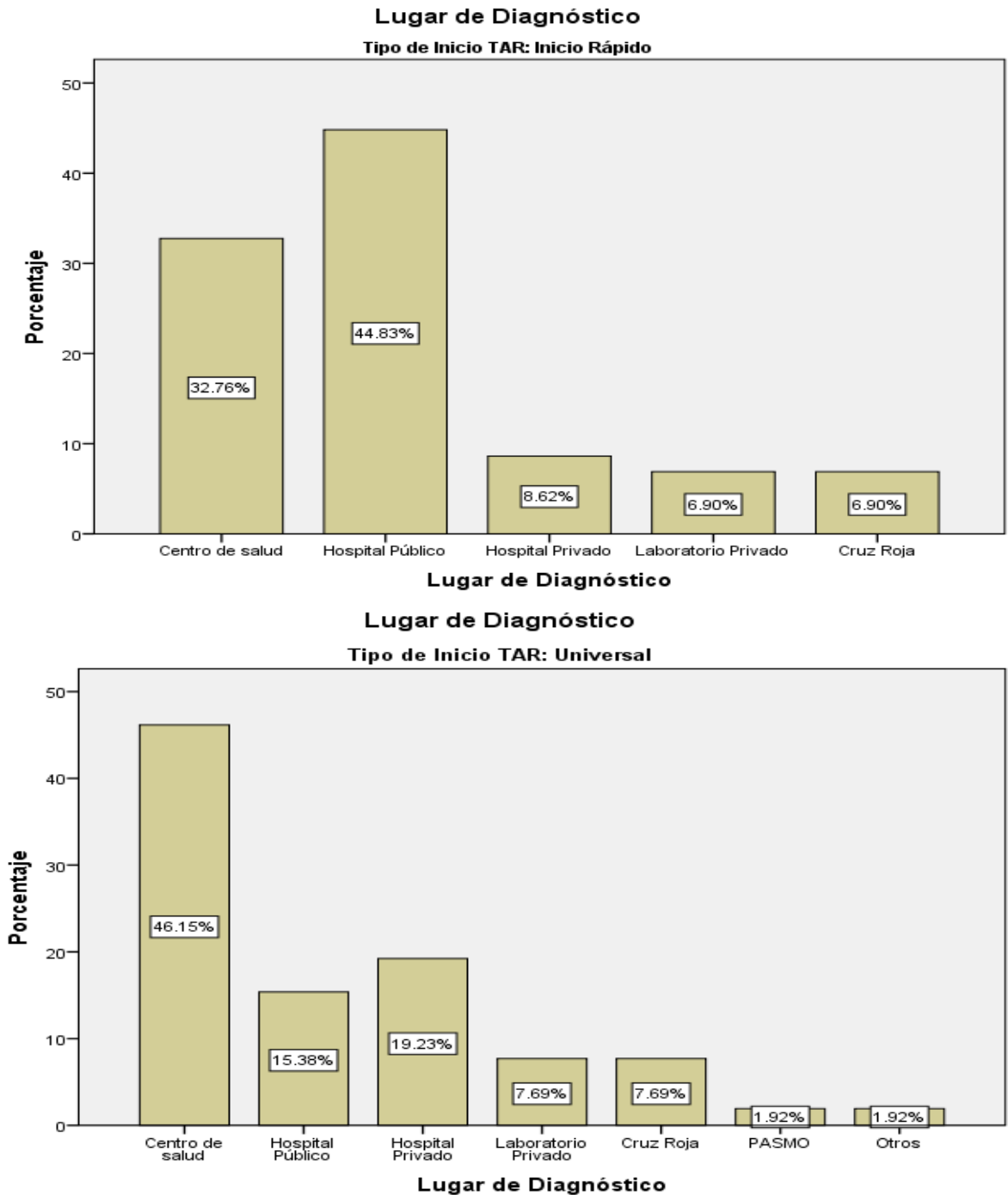
Cuadro 7: Distribución del lugar de diagnóstico de los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Inicio rápido	Válido	Centro de salud	19	32.8	32.8
		Hospital Público	26	44.8	44.8
		Hospital Privado	5	8.6	8.6
		Laboratorio Privado	4	6.9	6.9
		Cruz Roja	4	6.9	6.9
		Total	58	100.0	100.0
		Universal	Válido	Centro de salud	24
Hospital Público	8			14.0	15.4
Hospital Privado	10			17.5	19.2
Laboratorio Privado	4			7.0	7.7
Cruz Roja	4			7.0	7.7
PASMO	1			1.8	1.9
Otros	1			1.8	1.9
Total	52			91.2	100.0
Perdidos	Sistema		5	8.8	

Total	57	100.0
-------	----	-------

Fuente: Expediente clínico

Gráfico 7: Distribución del lugar de diagnóstico de los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.



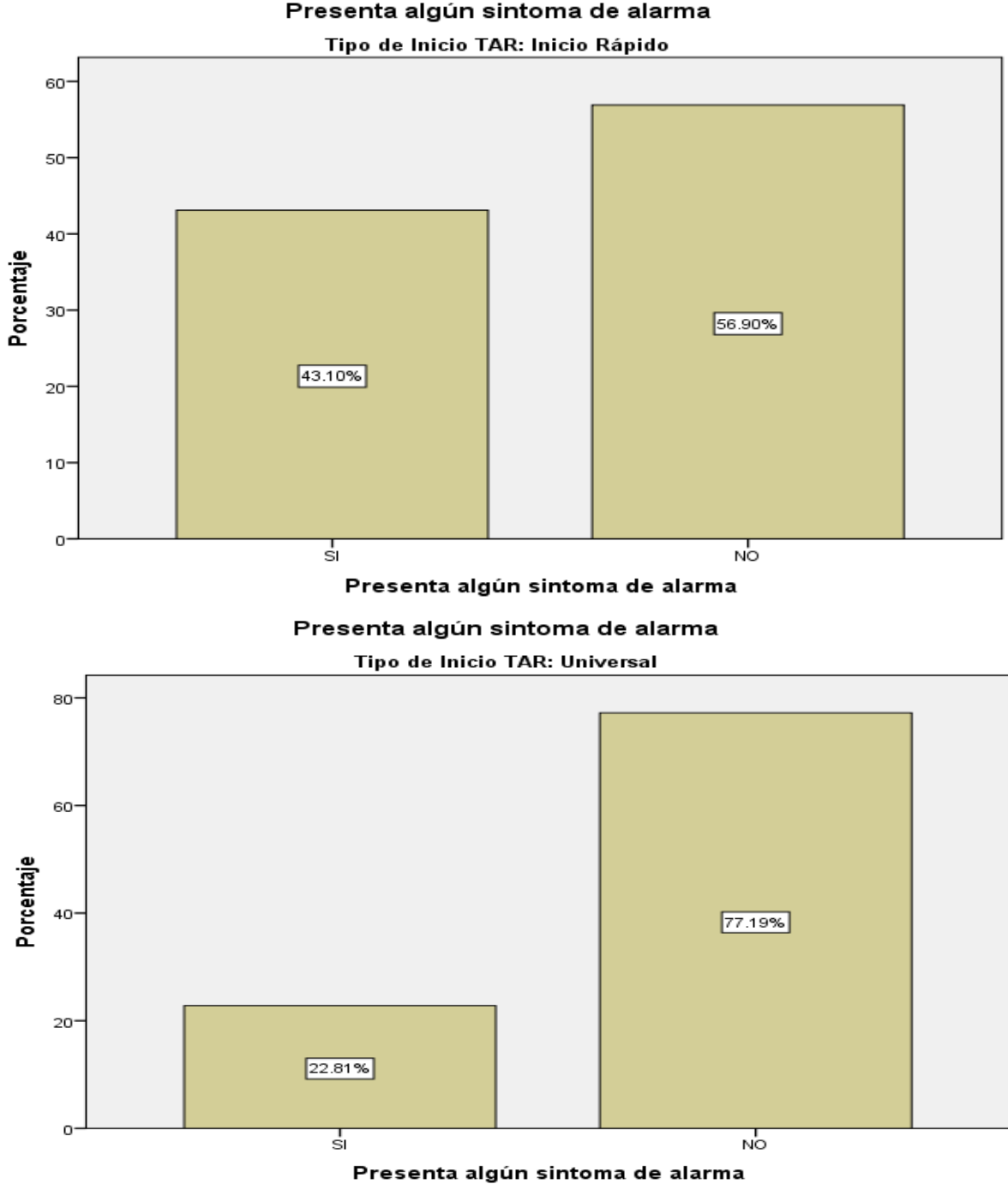
Fuente: Cuadro 7

Cuadro 8: Distribución de la presencia de signos de alarma al momento del diagnóstico en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

Presenta algún síntoma de alarma						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio rápido	Válido	SI	25	43.1	43.1	43.1
		NO	33	56.9	56.9	100.0
		Total	58	100.0	100.0	
Universal	Válido	SI	13	22.8	22.8	22.8
		NO	44	77.2	77.2	100.0
		Total	57	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico

Gráfico 8: identificación de signos de alarma al momento del diagnóstico en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.



Fuente: Cuadro 8

Cuadro 9: Distribución de los signos de alarma identificados al momento del diagnóstico en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

Presenta Fiebre mayor a un mes						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio Rápido	Válido	SI	15	25.9	25.9	25.9
		NO	43	74.1	74.1	100.0
		Total	58	100.0	100.0	
Universal	Válido	SI	4	7.0	7.0	7.0
		NO	53	93.0	93.0	100.0
		Total	57	100.0	100.0	
Presenta deterioro cognitivo						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio Rápido	Válido	SI	2	3.4	3.4	3.4
		NO	56	96.6	96.6	100.0
		Total	58	100.0	100.0	
Universal	Válido	NO	57	100.0	100.0	100.0

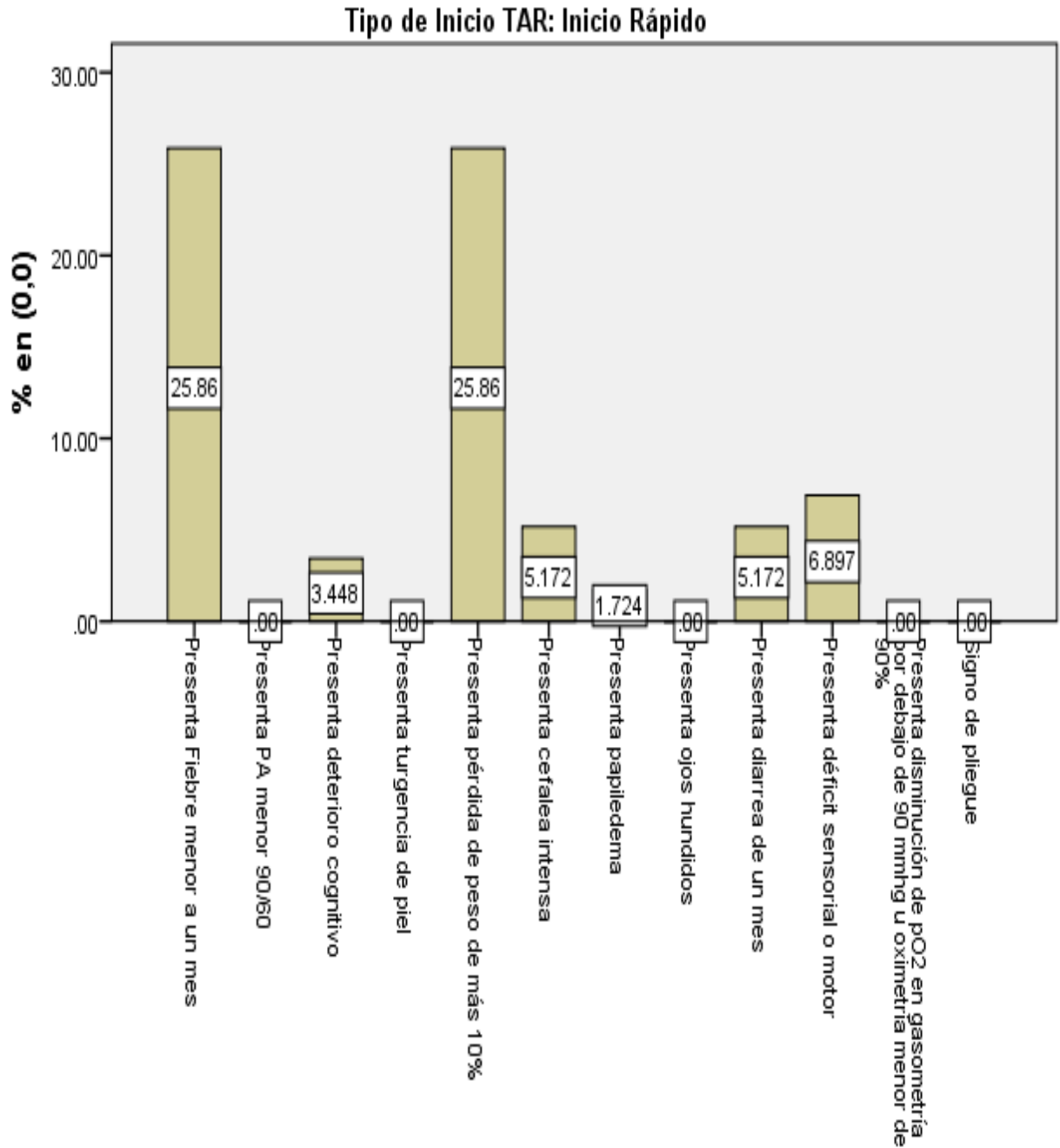
Presenta pérdida de peso de más 10%						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio Rápido	Válido	SI	15	25.9	25.9	25.9
		NO	43	74.1	74.1	100.0
		Total	58	100.0	100.0	
Universal	Válido	SI	8	14.0	14.0	14.0
		NO	49	86.0	86.0	100.0
		Total	57	100.0	100.0	
Presenta cefalea intensa						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio Rápido	Válido	SI	3	5.2	5.2	5.2
		NO	55	94.8	94.8	100.0
		Total	58	100.0	100.0	
Universal	Válido	NO	57	100.0	100.0	100.0
Presenta papiledema						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio Rápido	Válido	SI	1	1.7	1.7	1.7
		NO	57	98.3	98.3	100.0

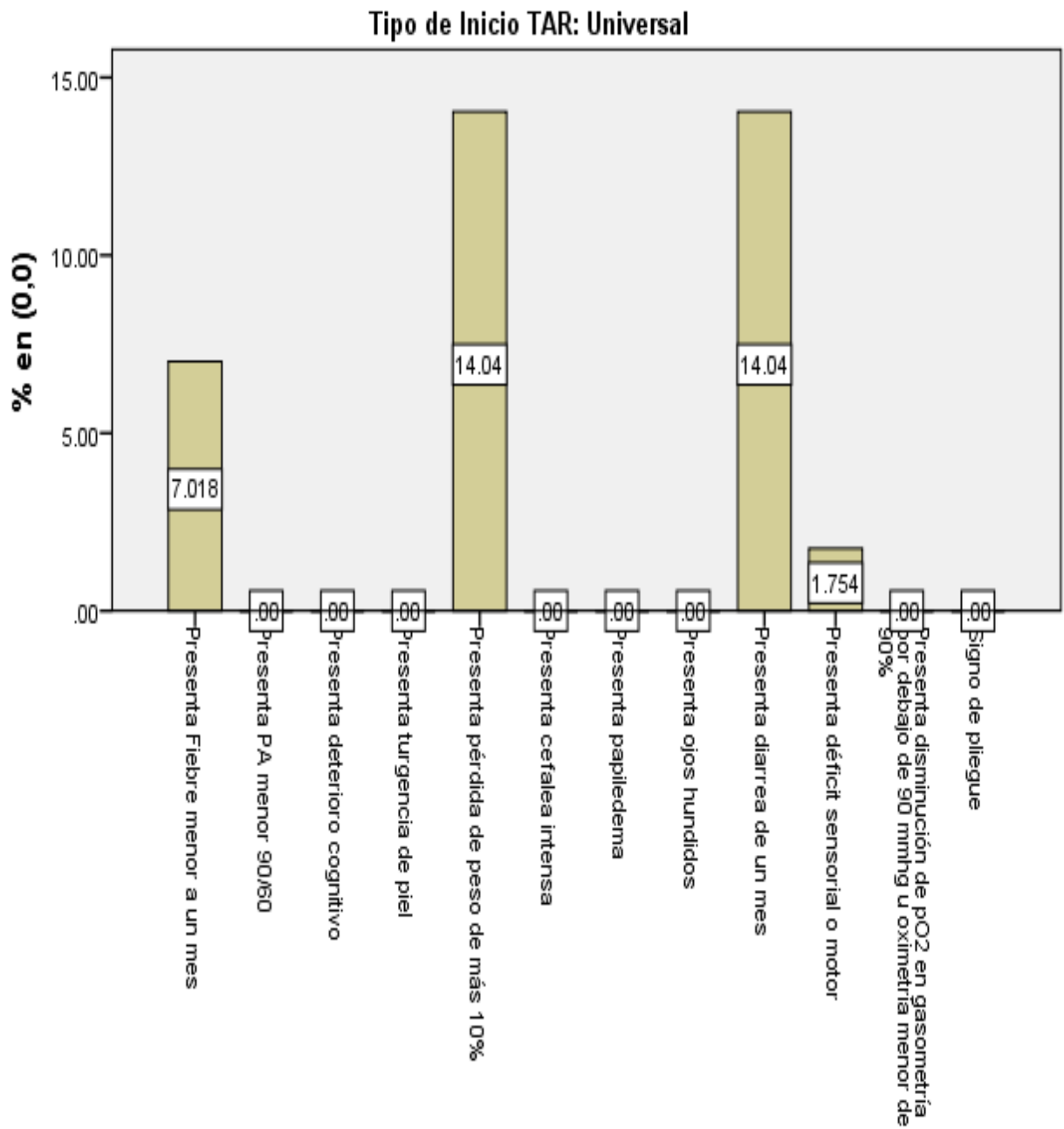
		Total	58	100.0	100.0	
Universal	Válido	NO	57	100.0	100.0	100.0
Presenta diarrea de un mes						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio Rápido	Válido	SI	3	5.2	5.2	5.2
		NO	55	94.8	94.8	100.0
		Total	58	100.0	100.0	
Universal	Válido	SI	8	14.0	14.0	14.0
		NO	49	86.0	86.0	100.0
		Total	57	100.0	100.0	

Presenta déficit sensorial o motor						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio Rápido	Válido	SI	4	6.9	6.9	6.9
		NO	54	93.1	93.1	100.0
		Total	58	100.0	100.0	
Universal	Válido	SI	1	1.8	1.8	1.8
		NO	56	98.2	98.2	100.0
		Total	57	100.0	100.0	

Fuente: Cuadro 9

Gráfico 9: Distribución de los signos de alarma identificados al momento del diagnóstico en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.





Fuente: Cuadro 9

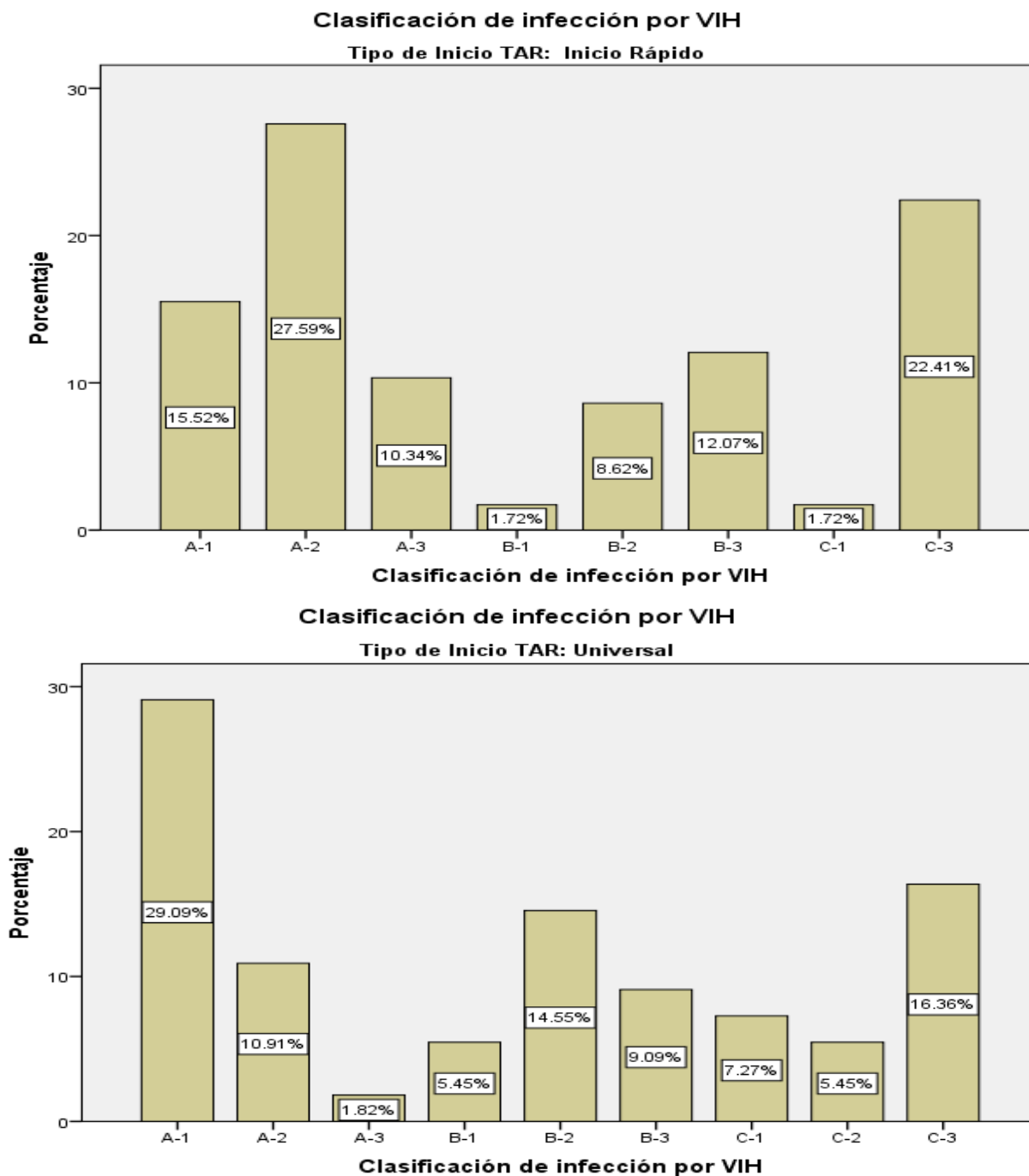
Cuadro 10: Clasificación clínica de VIH según la CDC al momento del diagnóstico en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

Clasificación de infección por VIH						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio rápido	Válido	A-1	9	15.5	15.5	15.5
		A-2	16	27.6	27.6	43.1
		A-3	6	10.3	10.3	53.4
		B-1	1	1.7	1.7	55.2
		B-2	5	8.6	8.6	63.8
		B-3	7	12.1	12.1	75.9
		C-1	1	1.7	1.7	77.6
		C-3	13	22.4	22.4	100.0
		Total	58	100.0	100.0	
Universal	Válido	A-1	16	28.1	29.1	29.1
		A-2	6	10.5	10.9	40.0
		A-3	1	1.8	1.8	41.8
		B-1	3	5.3	5.5	47.3
		B-2	8	14.0	14.5	61.8
		B-3	5	8.8	9.1	70.9

		C-1	4	7.0	7.3	78.2
		C-2	3	5.3	5.5	83.6
		C-3	9	15.8	16.4	100.0
		Total	55	96.5	100.0	
	Perdidos	Sistema	2	3.5		
	Total		57	100.0		

Fuente: Expediente clínico

Gráfico 10: Clasificación clínica de VIH según la CDC al momento del diagnóstico en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.



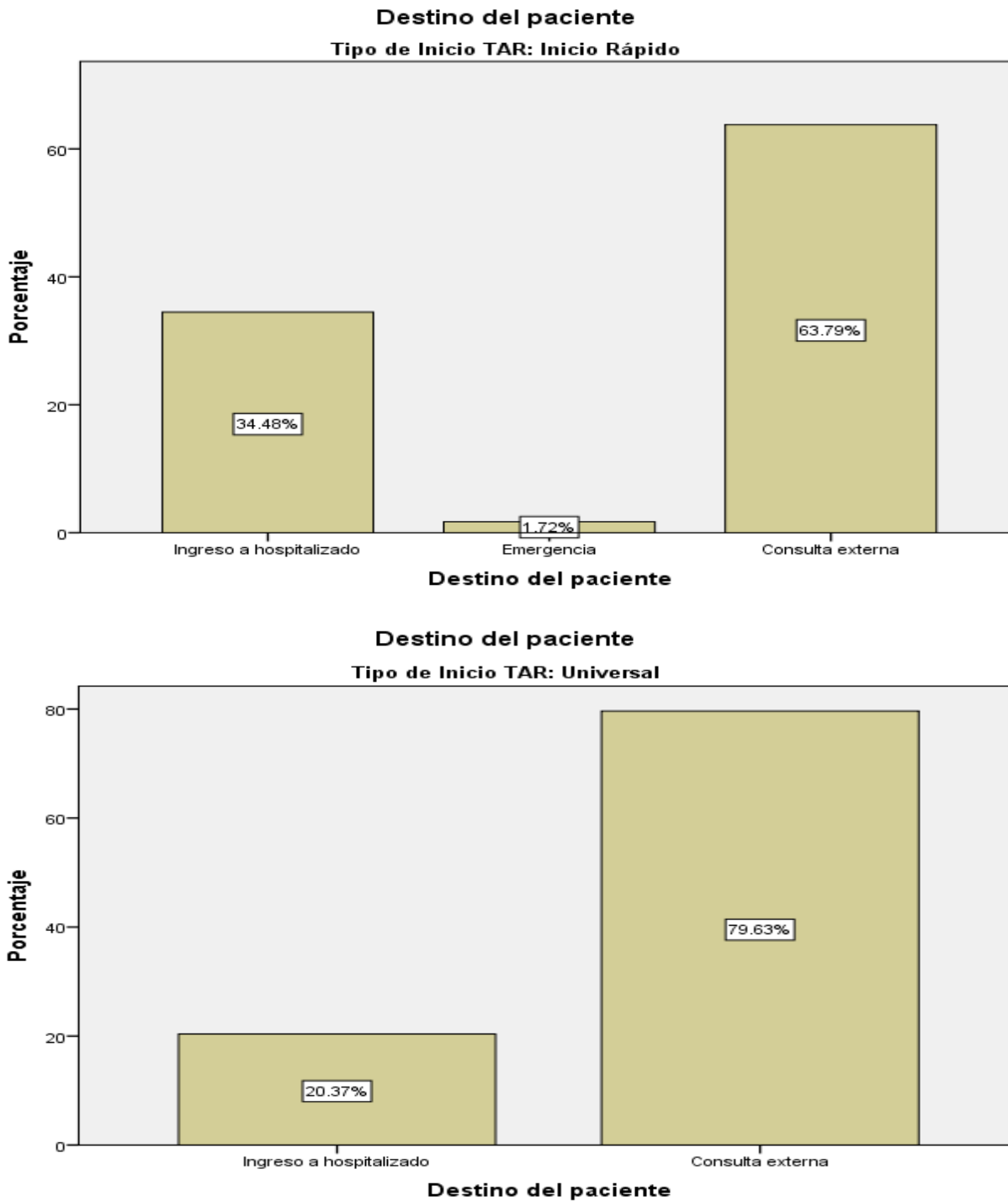
Fuente: Cuadro 10

Cuadro 11: Conocimiento del destino del paciente luego del 1er contacto con la CAI en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

Destino del paciente					
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
RAPID	Válido	Ingreso a hospitalizado	20	34.5	34.5
		Emergencia	1	1.7	1.7
		Consulta externa	37	63.8	63.8
		Total	58	100.0	100.0
Universal	Válido	Ingreso a hospitalizado	11	19.3	20.4
		Consulta externa	43	75.4	79.6
		Total	54	94.7	100.0
	Perdidos	Sistema	3	5.3	
	Total		57	100.0	

Fuente: Expediente clínico

Gráfico 11: Conocimiento del destino del paciente luego del 1er contacto con la CAI en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

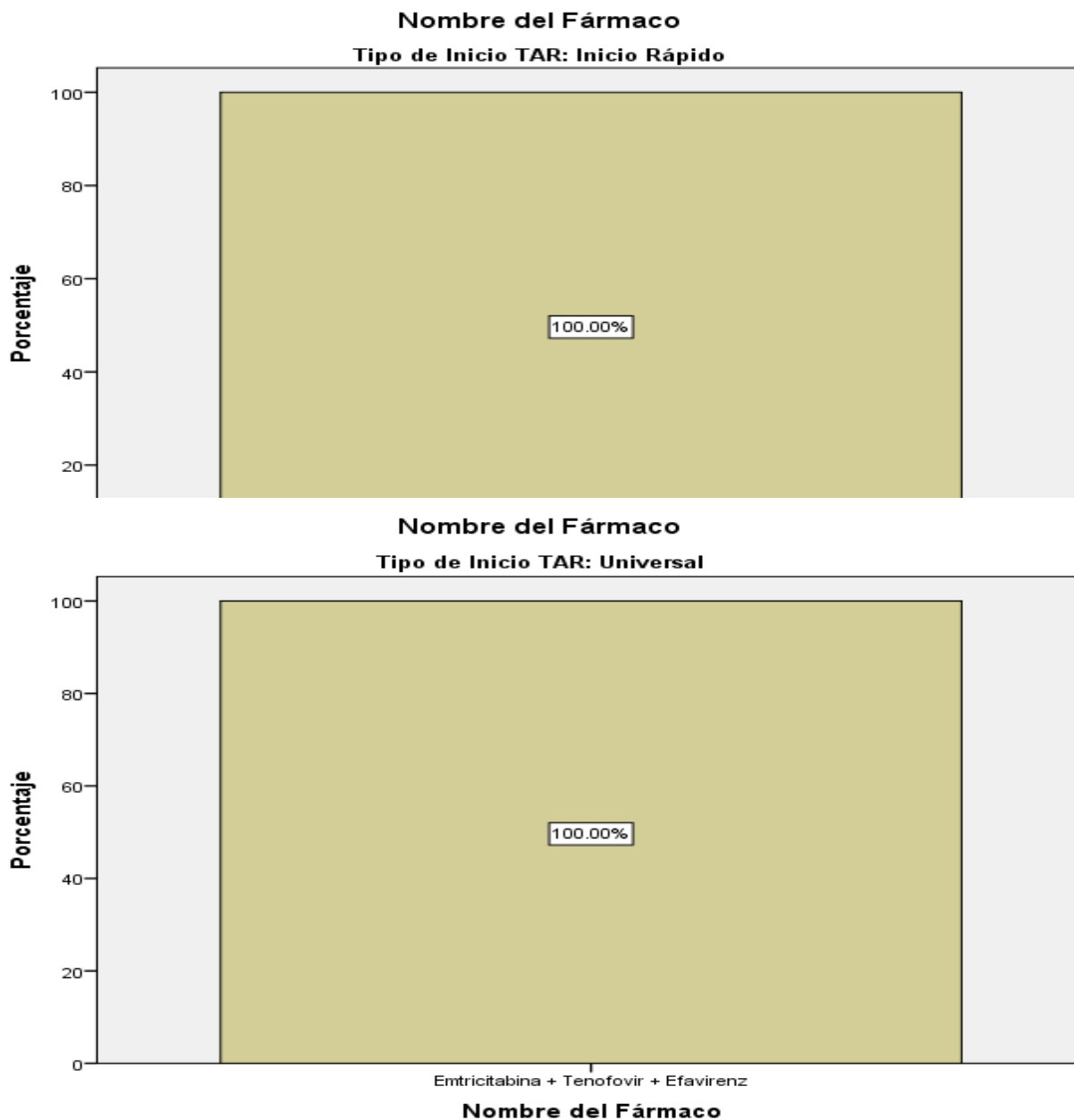


Cuadro 12: Conocer el nombre del ARV con el cual se inició tratamiento en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

Nombre del Fármaco					
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Inicio rápido	Válido	Emtricitabina + Tenofovir + Efavirenz	58	100.0	100.0
Universal	Válido	Emtricitabina + Tenofovir + Efavirenz	57	100.0	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico 12: Conocer el nombre del ARV con el cual se inició tratamiento en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.



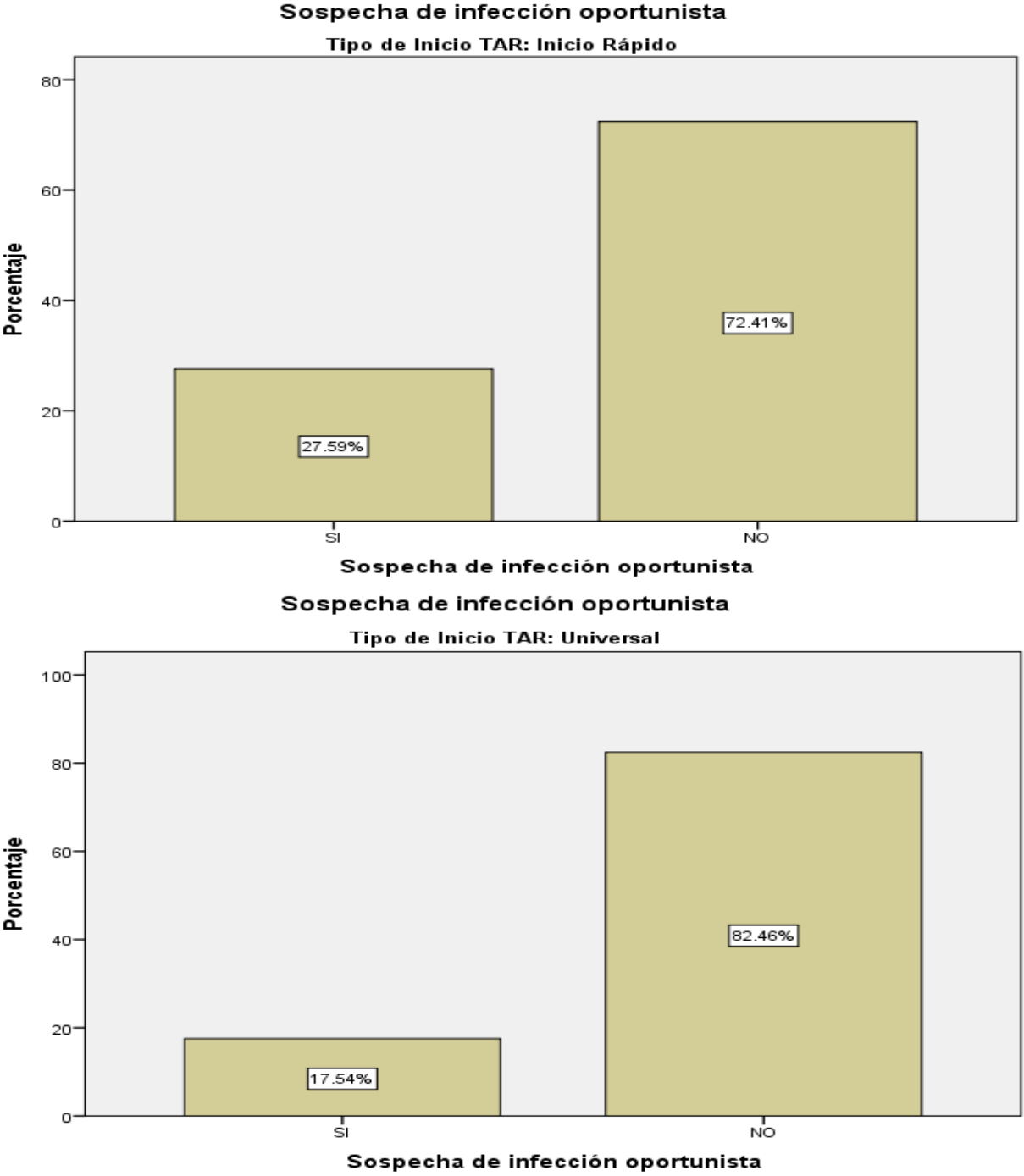
Fuente: Cuadro 12

Cuadro 13: Identificar si existió la sospecha de infecciones oportunistas en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

Sospecha de infección oportunista						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio rápido	Válido	SI	16	27.6	27.6	27.6
		NO	42	72.4	72.4	100.0
		Total	58	100.0	100.0	
Universal	Válido	SI	10	17.5	17.5	17.5
		NO	47	82.5	82.5	100.0
		Total	57	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico

Gráfico 13: Identificar si existió la sospecha de infecciones oportunistas en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.



Fuente: Cuadro 13

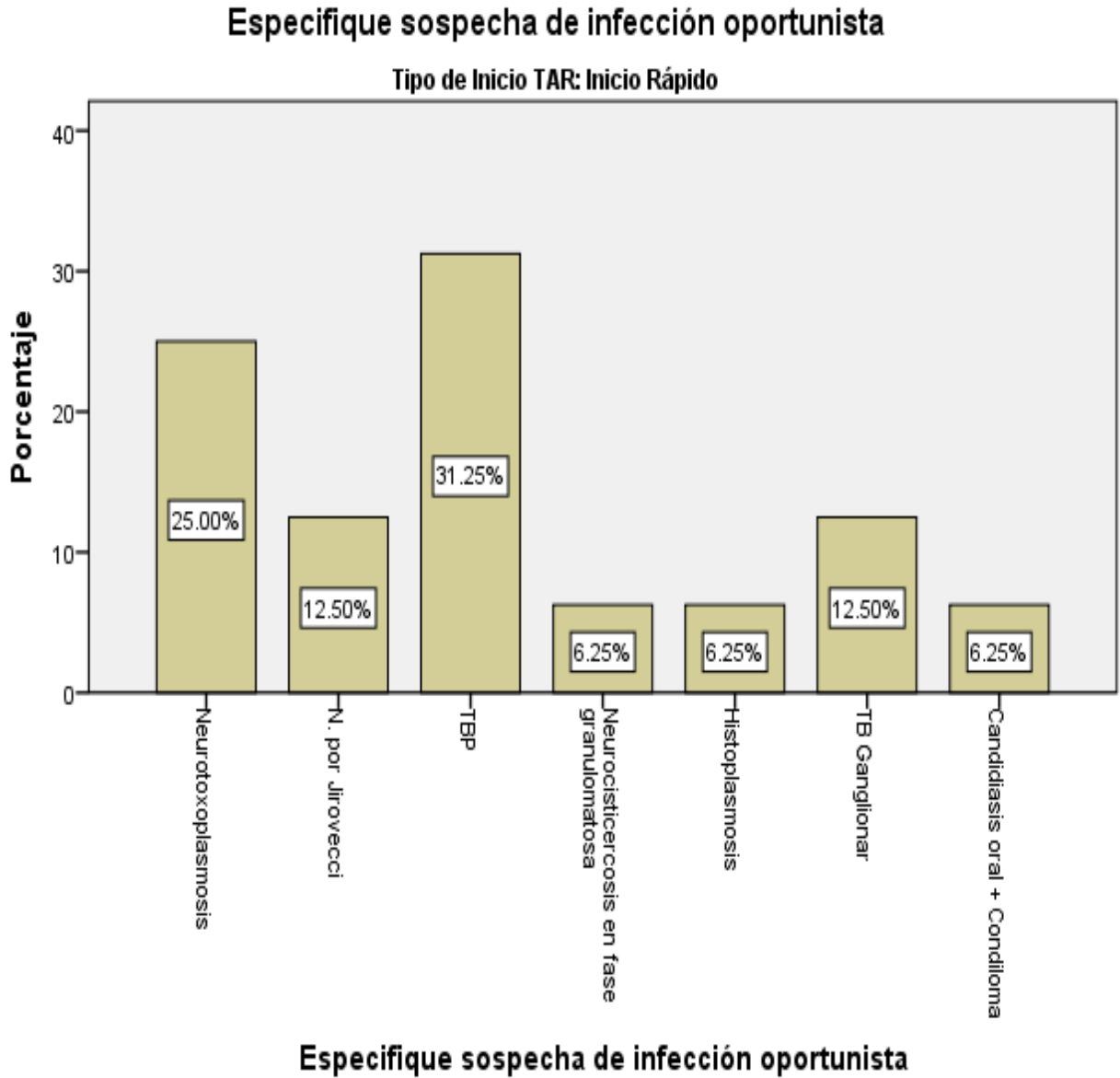
Cuadro 14: Conocer el tipo de infecciones oportunistas sospechada en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

Especifique sospecha de infección oportunista					
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Inicio rápido	Válido	Neurotoxoplasmosis	4	6.9	25.0
		N. por Jirovecci	2	3.4	12.5
		TBP	5	8.6	31.3
		Neurocisticercosis en fase granulomatosa	1	1.7	6.3
		Histoplasmosis	1	1.7	6.3
		TB Ganglionar	2	3.4	12.5
		Candidiasis oral + Condiloma	1	1.7	6.3
		Total	16	27.6	100.0
	Perdidos	Sistema	42	72.4	
	Total		58	100.0	
Universal	Válido	Neurotoxoplasmosis	1	1.8	10.0
		N. por Jirovecci	1	1.8	10.0
		TBP	3	5.3	30.0
		TB Ganglionar	1	1.8	10.0

		Toxoplasmosis Cerebral	2	3.5	20.0
		Neuro infección	1	1.8	10.0
		Criptococosis	1	1.8	10.0
		Total	10	17.5	100.0
	Perdidos	Sistema	47	82.5	
		Total	57	100.0	

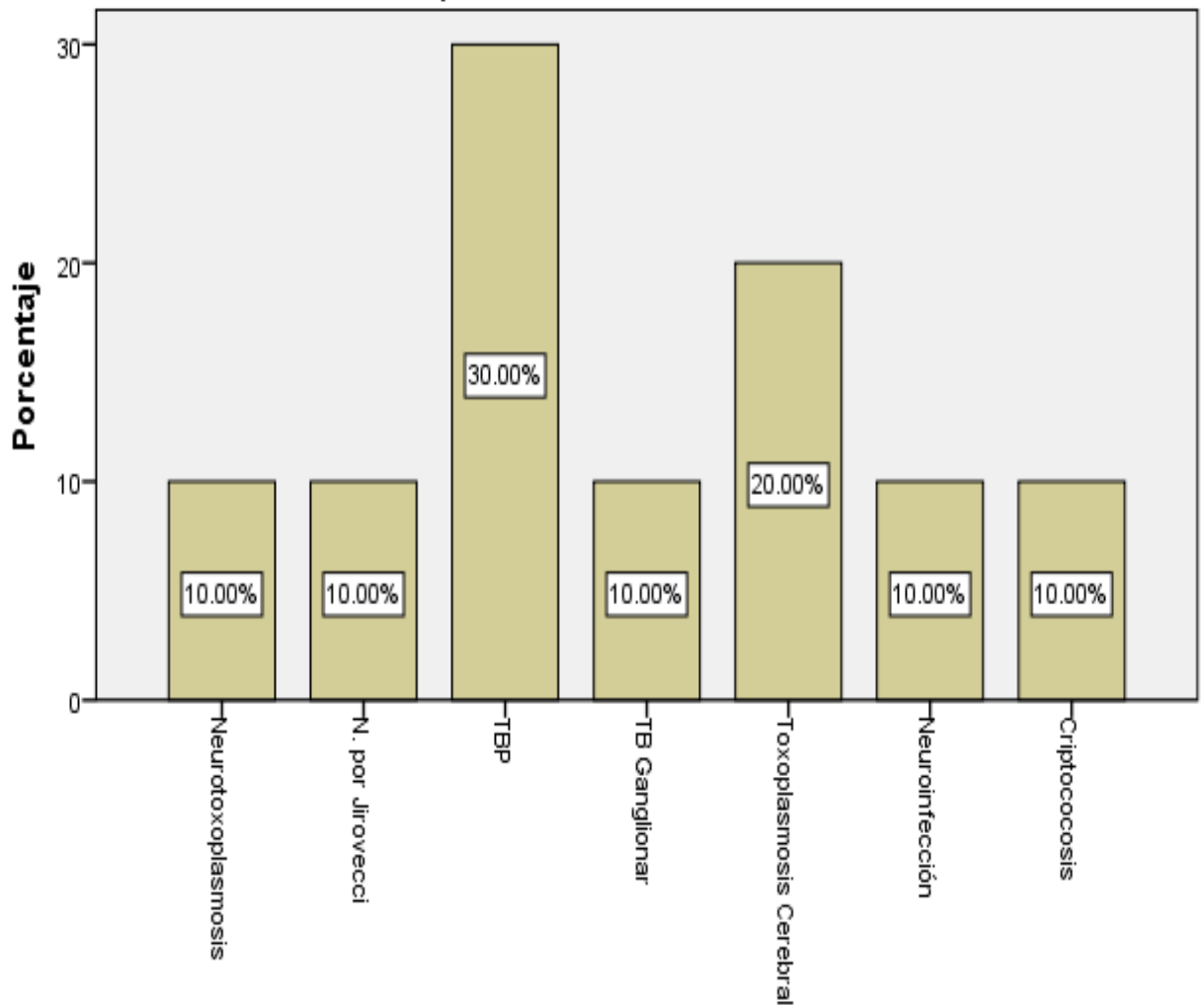
Fuente: Expediente clínico

Gráfico 14: Conocer el tipo de infecciones oportunistas sospechada en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.



Especifique sospecha de infección oportunista

Tipo de Inicio TAR: Universal



Especifique sospecha de infección oportunista

Fuente: cuadro 14

Cuadro 15: valorar los exámenes de laboratorio realizado en la 1era atención en la CAI de los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

Estadísticos descriptivos			
		Tipo de Inicio TAR	
		Inicio rápido	Universal
Carga viral ingreso	N	57	53
	Media	122052.7719	77379.6415
CD4 ingreso	N	58	36
	Media	269.3276	298.5000
Bhc ingreso Hemoglobina	N	52	39
	Media	12.4642	16.1564
Creatinina ingreso	N	53	47
	Media	1.9060	1.1498
TGO ingreso	N	53	30
	Media	35.6019	32.4597
TGP ingreso	N	53	30
	Media	32.5528	39.0823
Bill Totales ingreso	N	39	24
	Media	.5926	.5433
N válido (por lista)	N	30	10

Cryptococcus sérico ingreso						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio rápido	Válido	Negativo	26	44.8	44.8	44.8
		SR	32	55.2	55.2	100.0
		Total	58	100.0	100.0	
Universal	Válido	Negativo	5	8.8	8.8	8.8
		SR	52	91.2	91.2	100.0
		Total	57	100.0	100.0	
Histoplasma ingreso						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio rápido	Válido	Negativo	18	31.0	31.0	31.0
		SR	40	69.0	69.0	100.0
		Total	58	100.0	100.0	
Universal	Válido	SR	57	100.0	100.0	100.0

Fuente: Expediente clínico

Baar ingreso						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio rápido	Válido	Negativo	1	1.7	1.7	1.7
		SR	57	98.3	98.3	100.0
		Total	58	100.0	100.0	
Universal	Válido	Positivo	1	1.8	1.8	1.8
		Negativo	17	29.8	29.8	31.6
		SR	39	68.4	68.4	100.0
		Total	57	100.0	100.0	
Valorac_Oftamologica ingreso						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
Inicio rápido	Válido	Normal	7	12.1	12.1	
		SR	51	87.9	87.9	
		Total	58	100.0	100.0	
Universal	Válido	Normal	19	33.3	33.3	
		Retino Patro Diabético	1	1.8	1.8	
		Retinitis Hipertensiva	1	1.8	1.8	
		SR	36	63.2	63.2	
		Total	57	100.0	100.0	

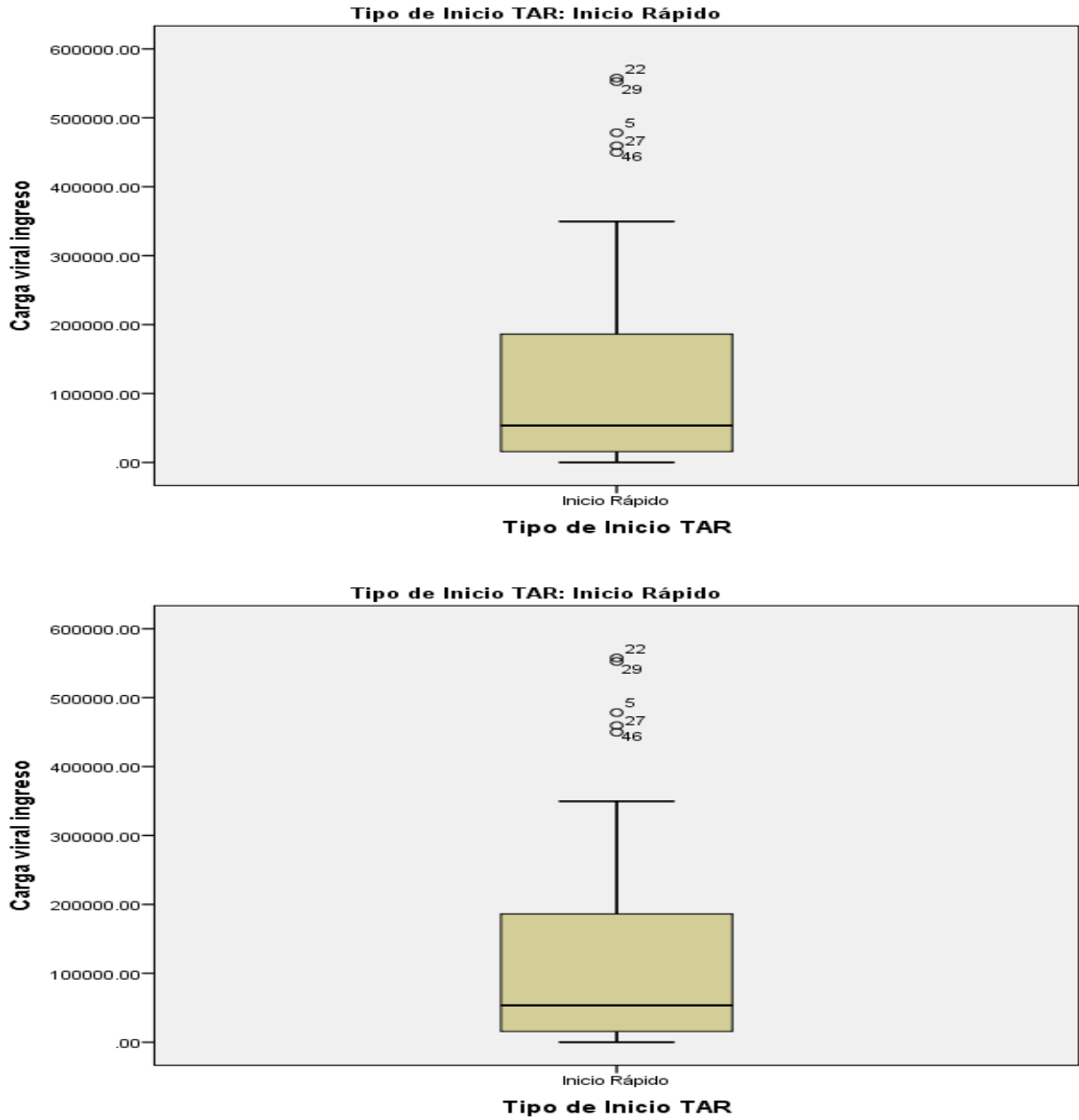
Genxpert Mtb/Rif esputo ingreso						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio rápido	Válido	Negativo	12	20.7	20.7	20.7
		SR	46	79.3	79.3	100.0
		Total	58	100.0	100.0	
Universal	Válido	Negativo	2	3.5	3.5	3.5
		SR	55	96.5	96.5	100.0
		Total	57	100.0	100.0	
Hepatitis C ingreso						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio rápido	Válido	Positivo	1	1.7	1.7	1.7
		Negativo	26	44.8	44.8	46.6
		SR	31	53.4	53.4	100.0
		Total	58	100.0	100.0	
Universal	Válido	Negativo	18	31.6	31.6	31.6
		SR	39	68.4	68.4	100.0
		Total	57	100.0	100.0	

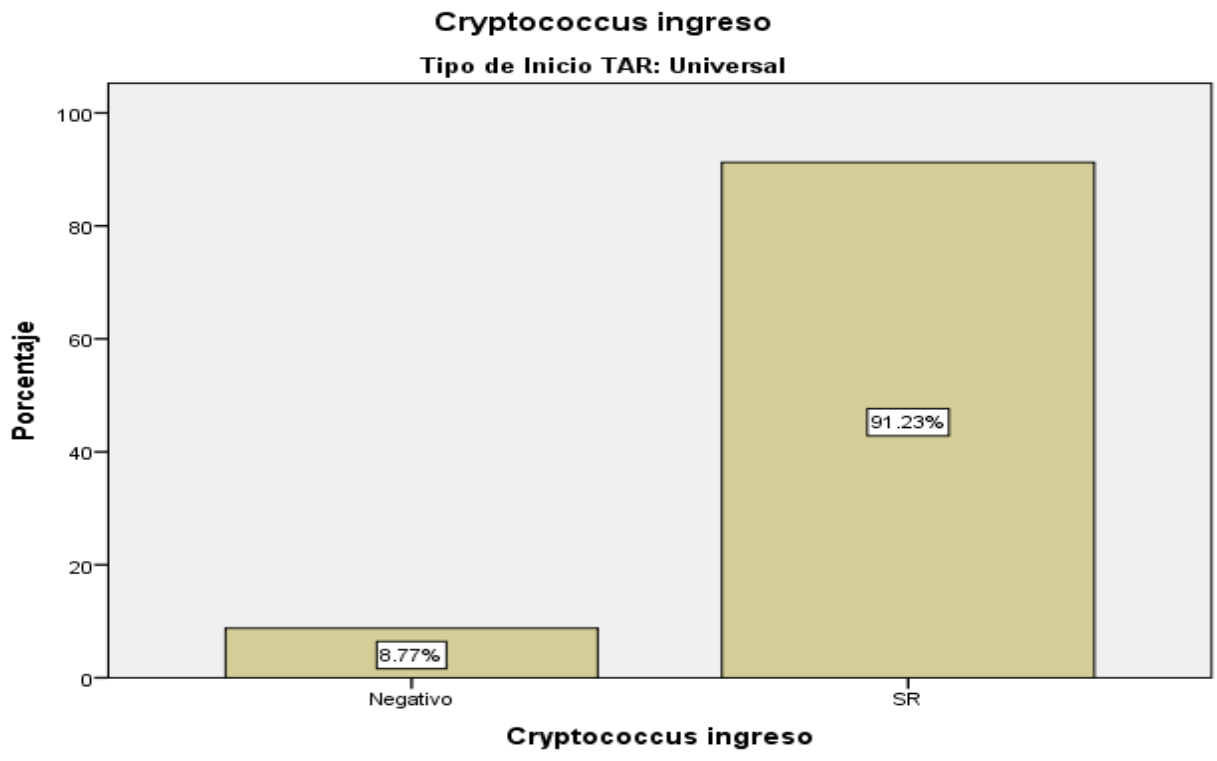
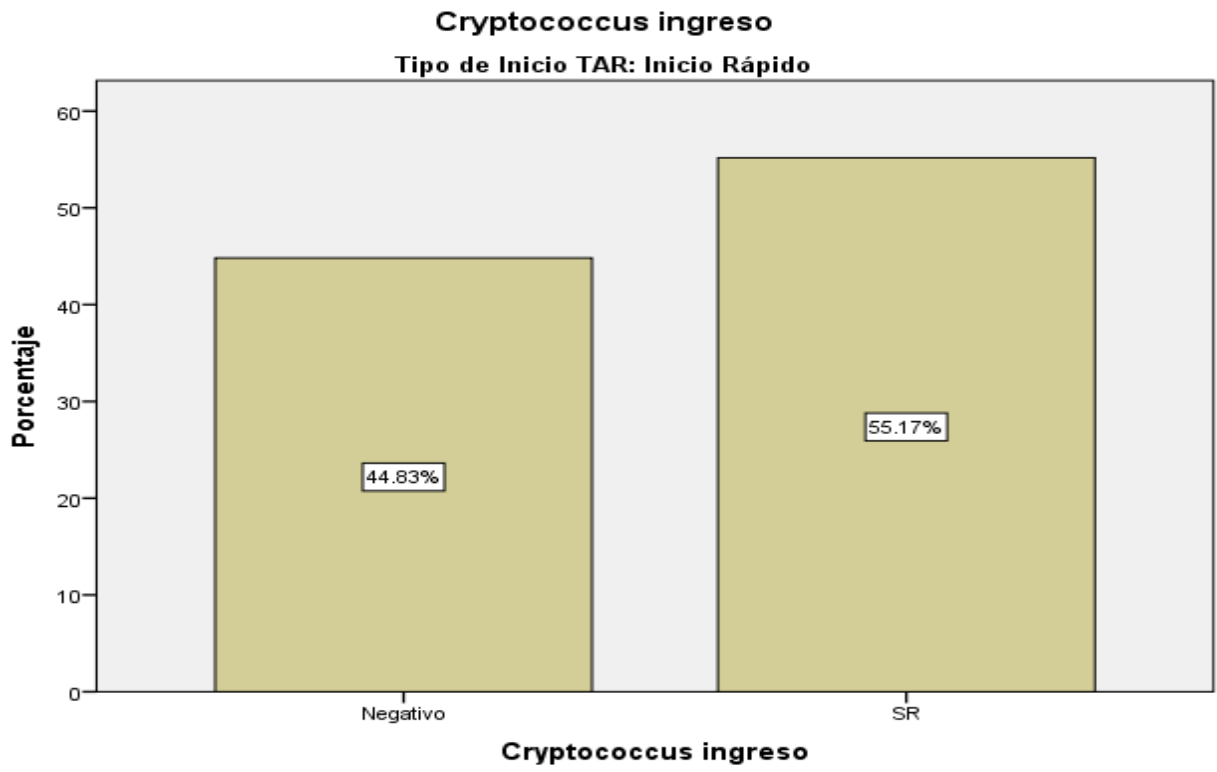
Fuente: Expediente clínico

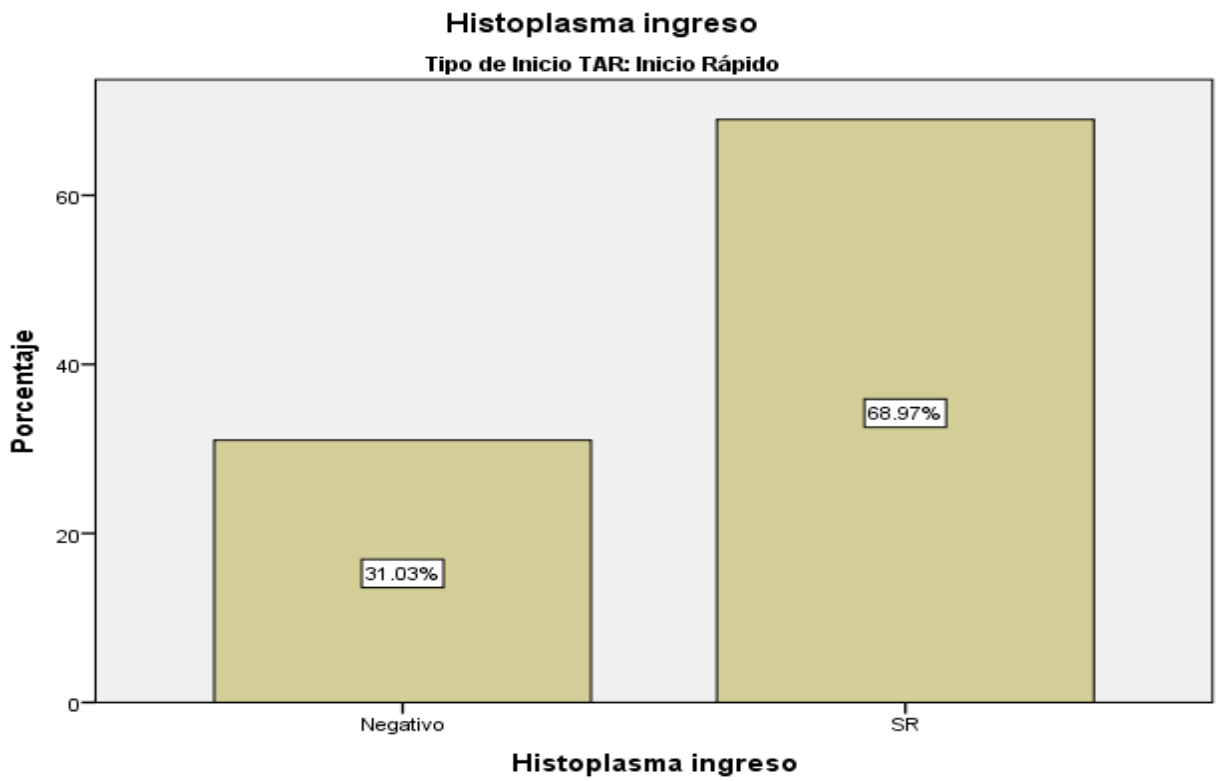
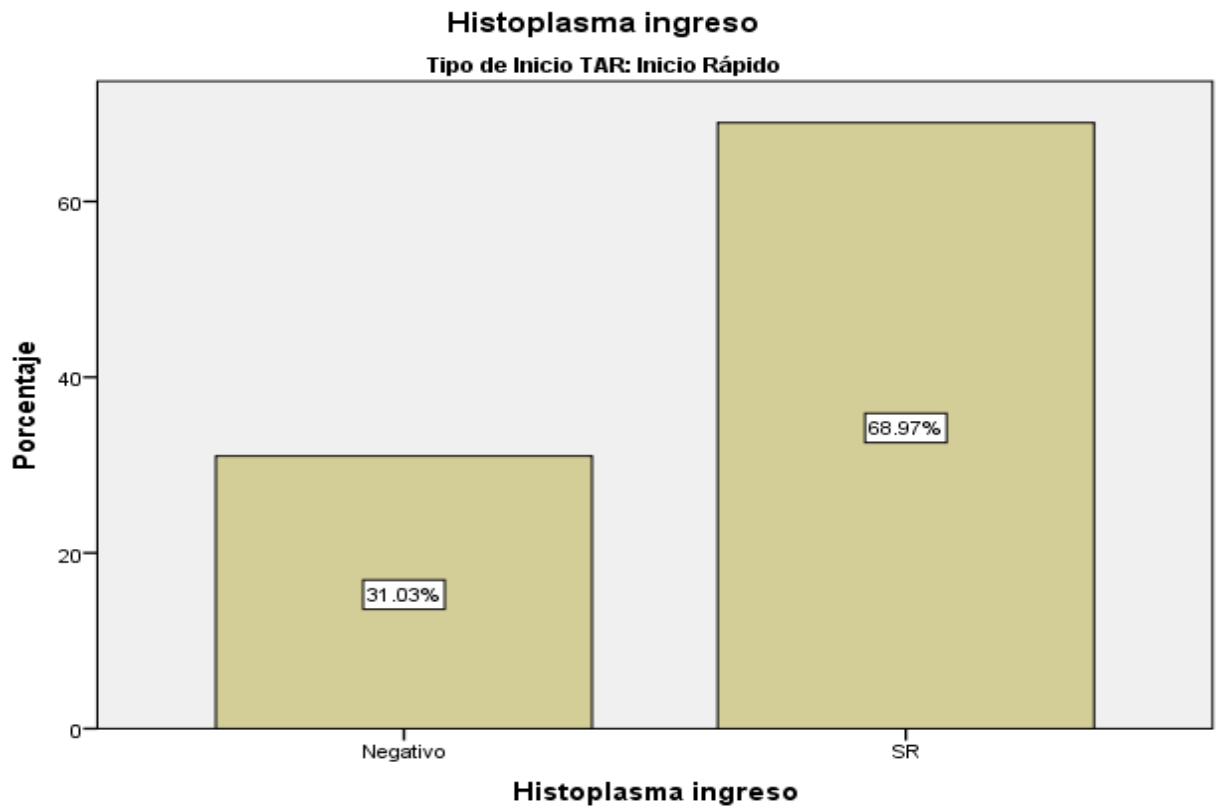
Hepatitis B ingreso						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio rápido	Válido	Negativo	27	46.6	46.6	46.6
		SR	31	53.4	53.4	100.0
		Total	58	100.0	100.0	
Universal	Válido	Negativo	17	29.8	29.8	29.8
		SR	40	70.2	70.2	100.0
		Total	57	100.0	100.0	
VDRL						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio rápido	Válido	NR	31	53.4	53.4	53.4
		SR	27	46.6	46.6	100.0
		Total	58	100.0	100.0	
Universal	Válido	NR	24	42.1	42.1	42.1
		Positivo	3	5.3	5.3	47.4
		SR	30	52.6	52.6	100.0
		Total	57	100.0	100.0	

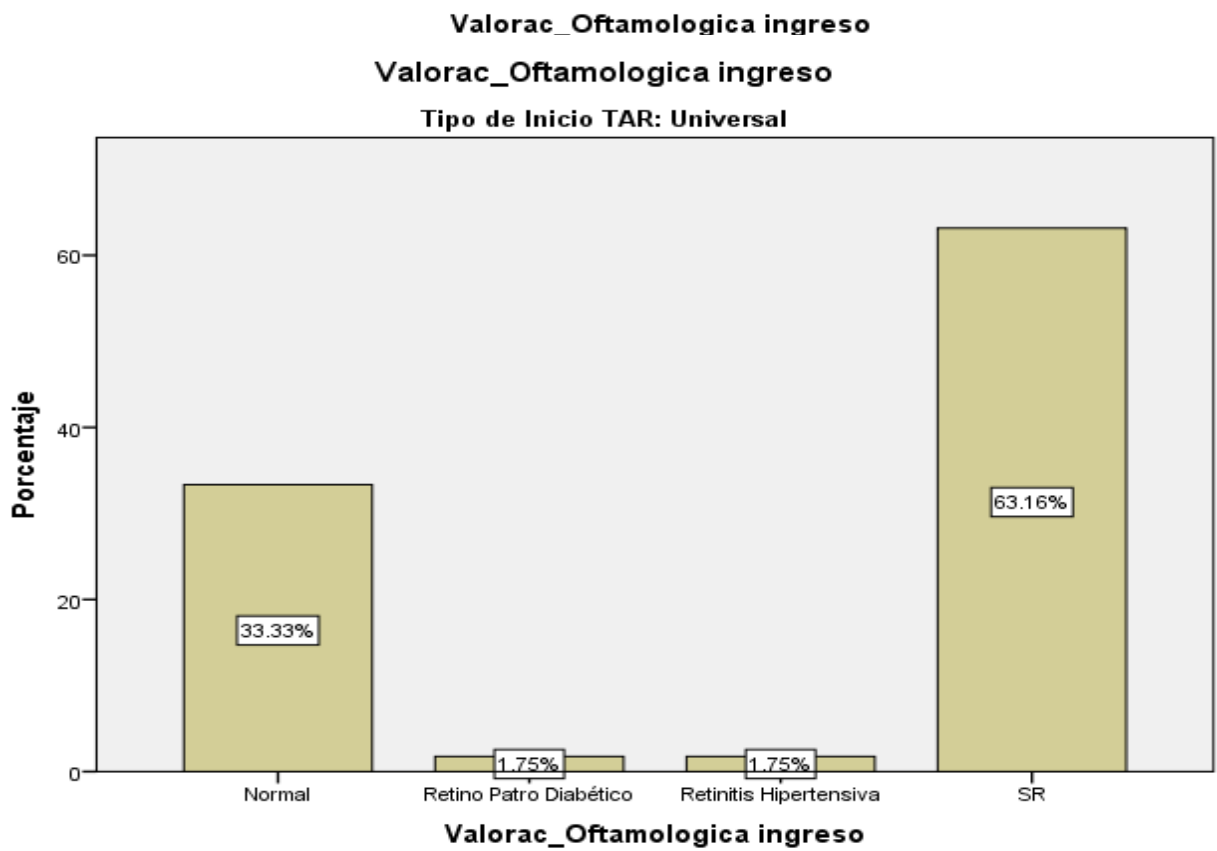
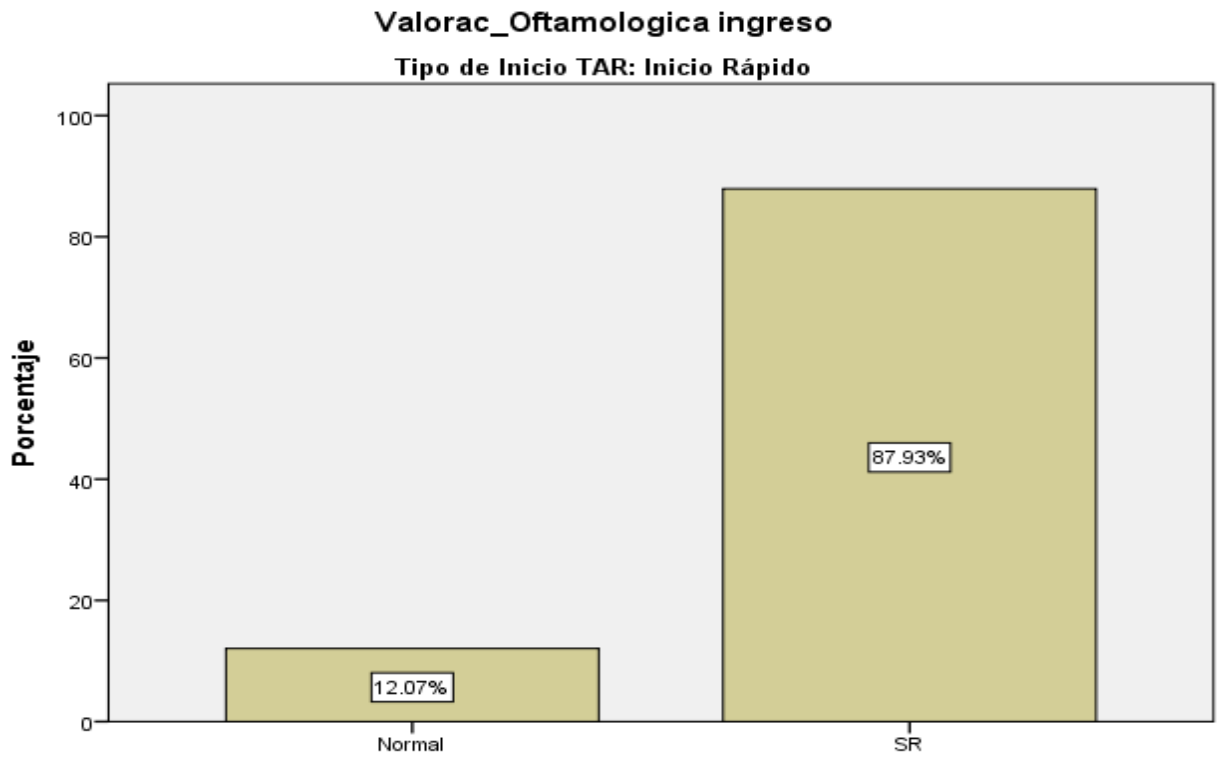
Fuente: Expediente clínico

Gráfico 15: valorar los exámenes de laboratorio realizado en la 1era atención en la CAI de los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnostico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

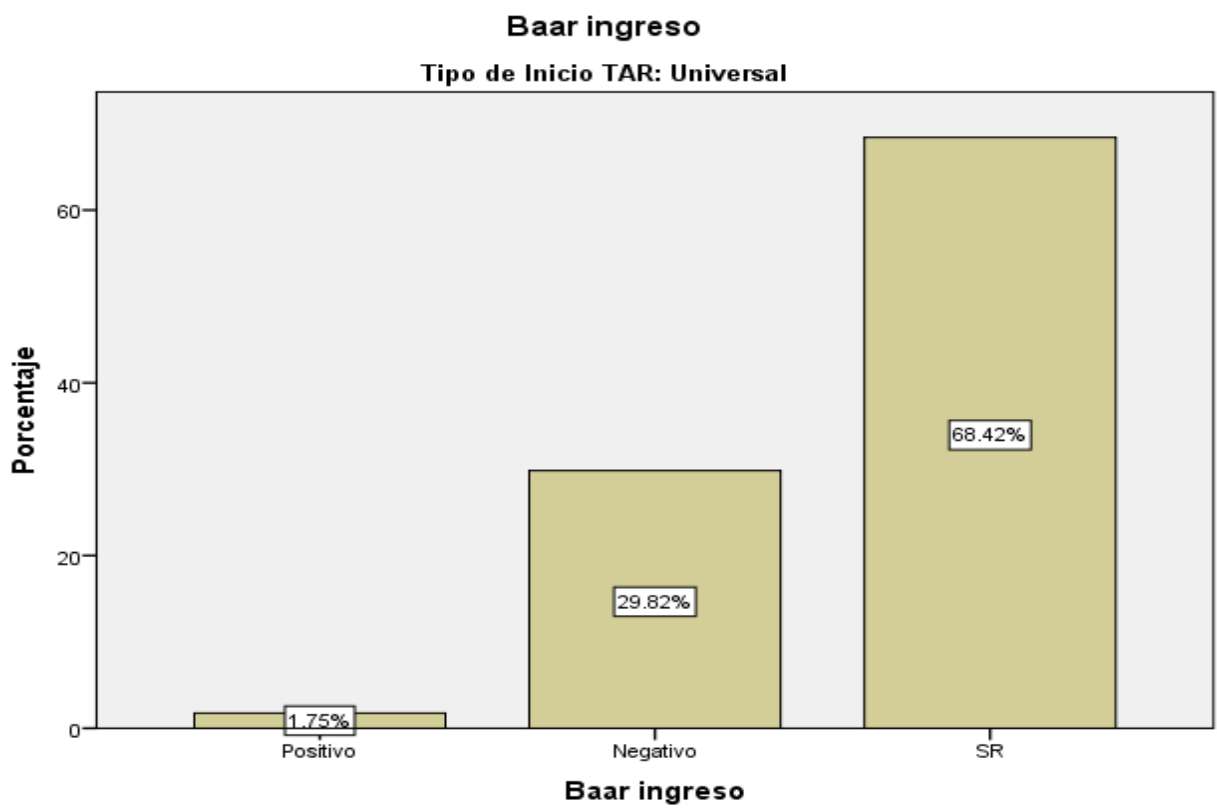
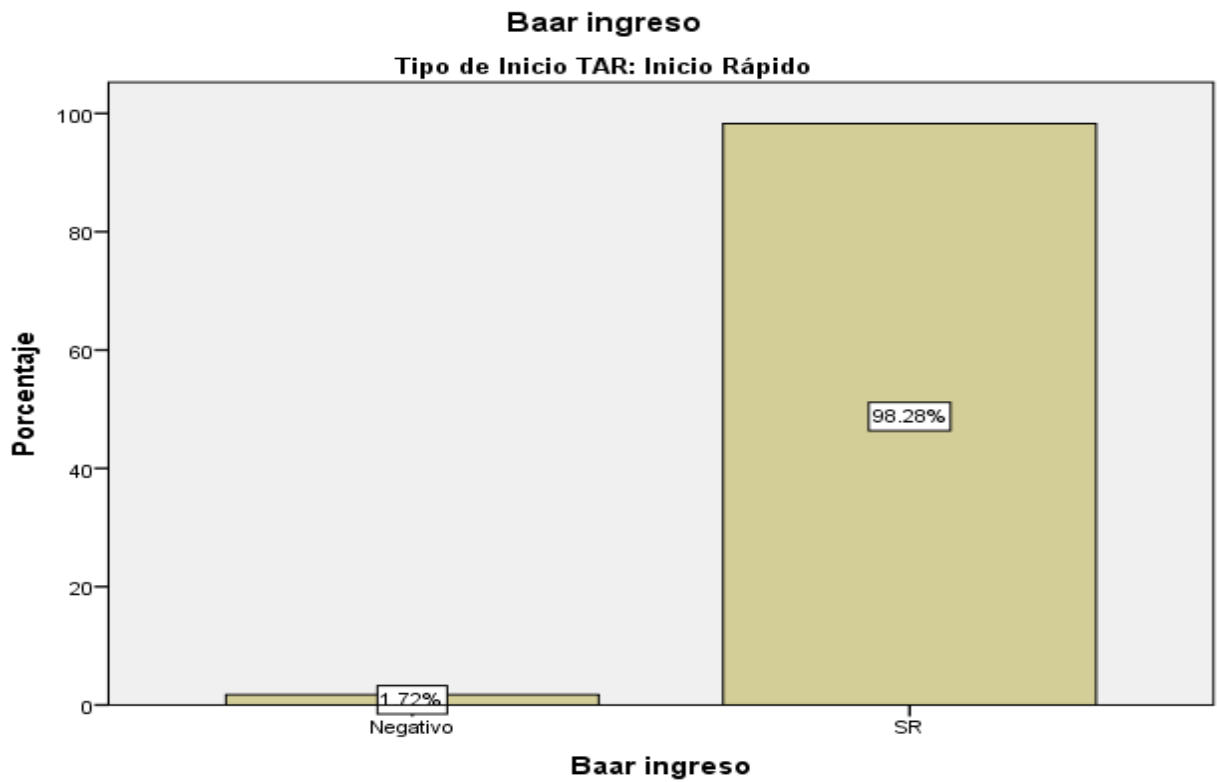




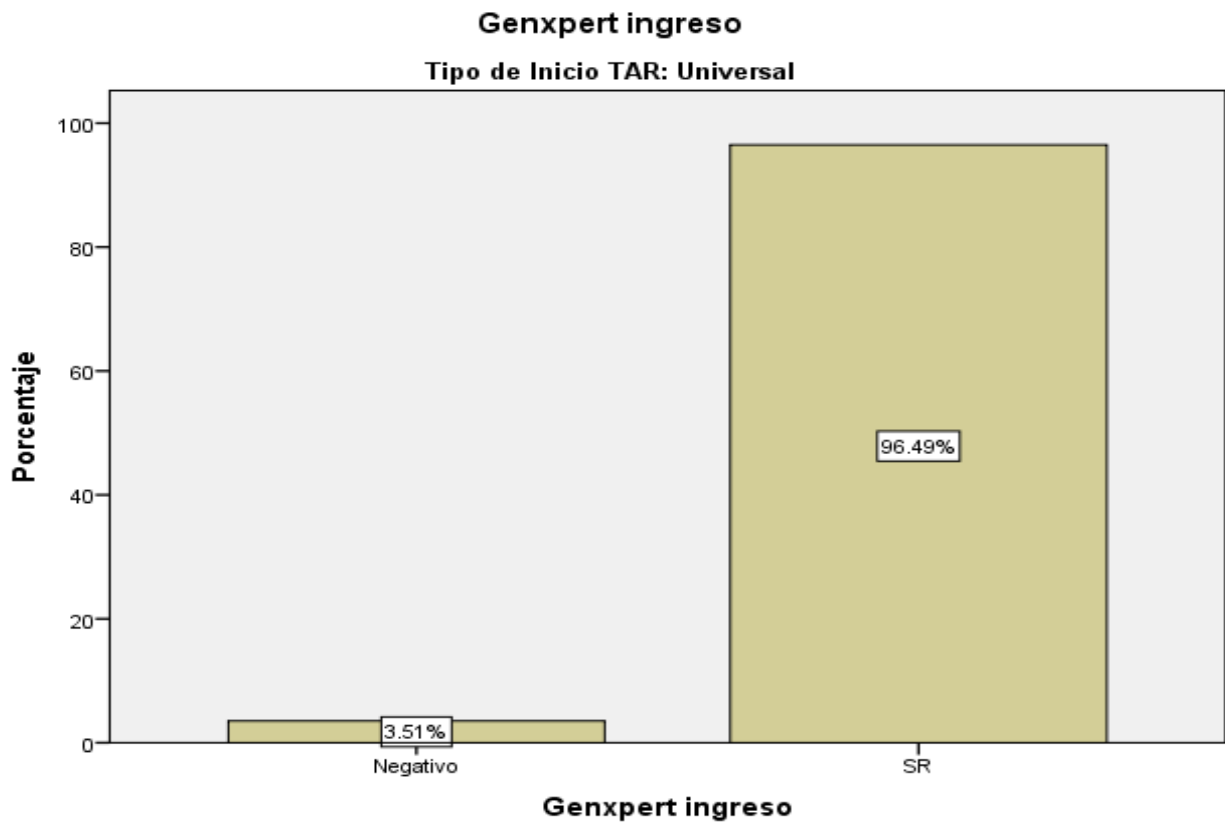
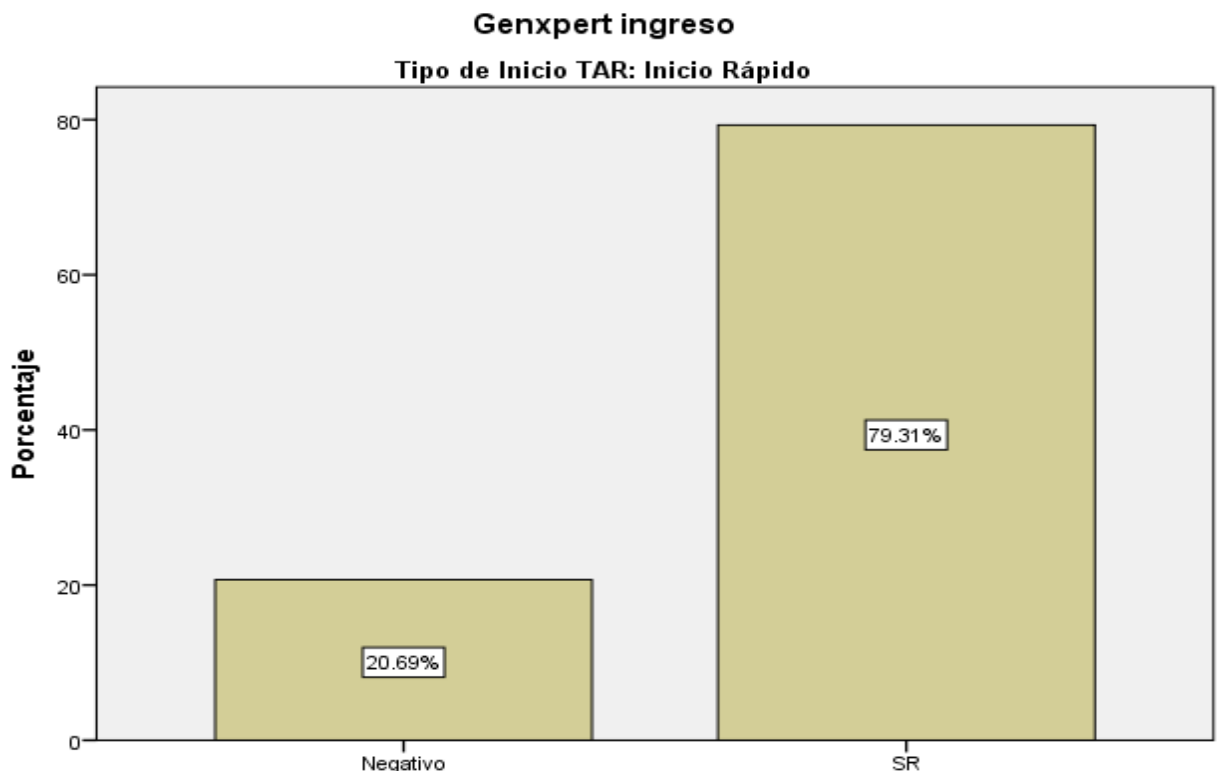




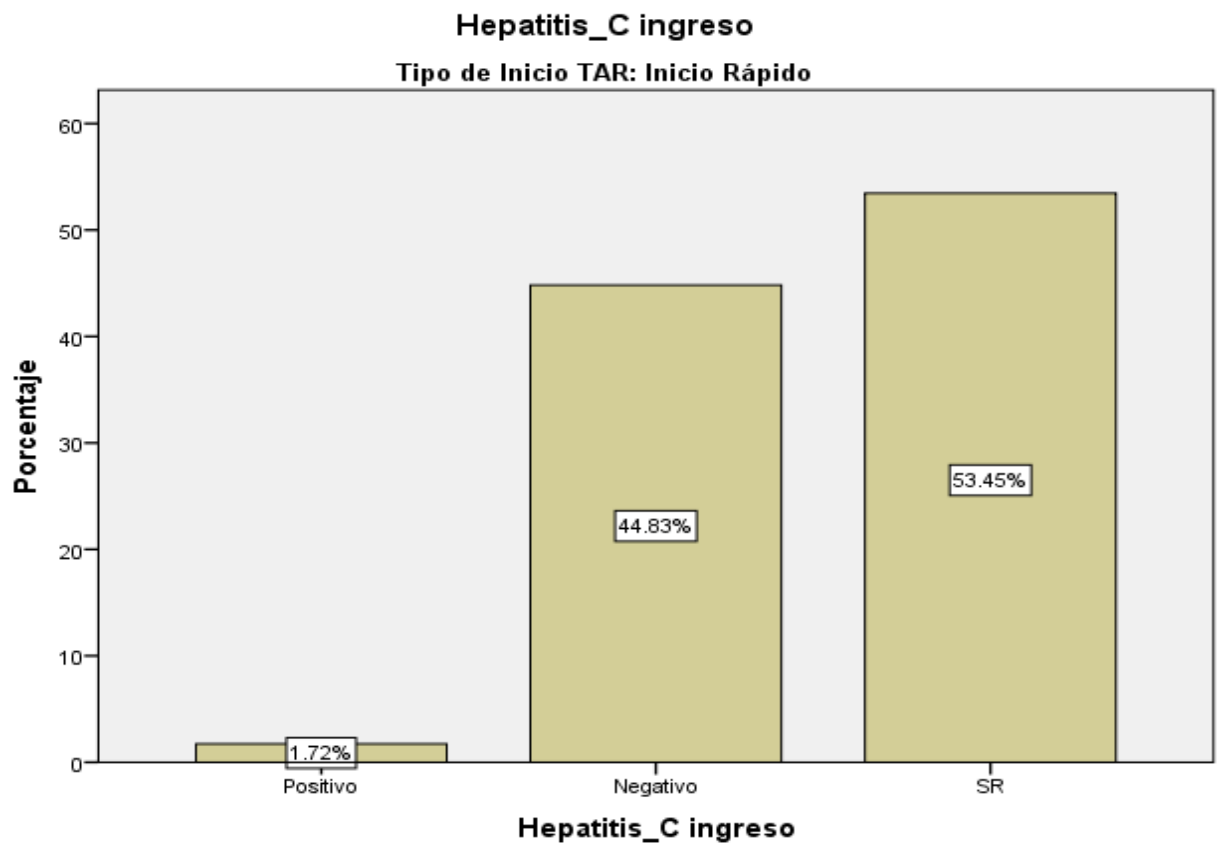
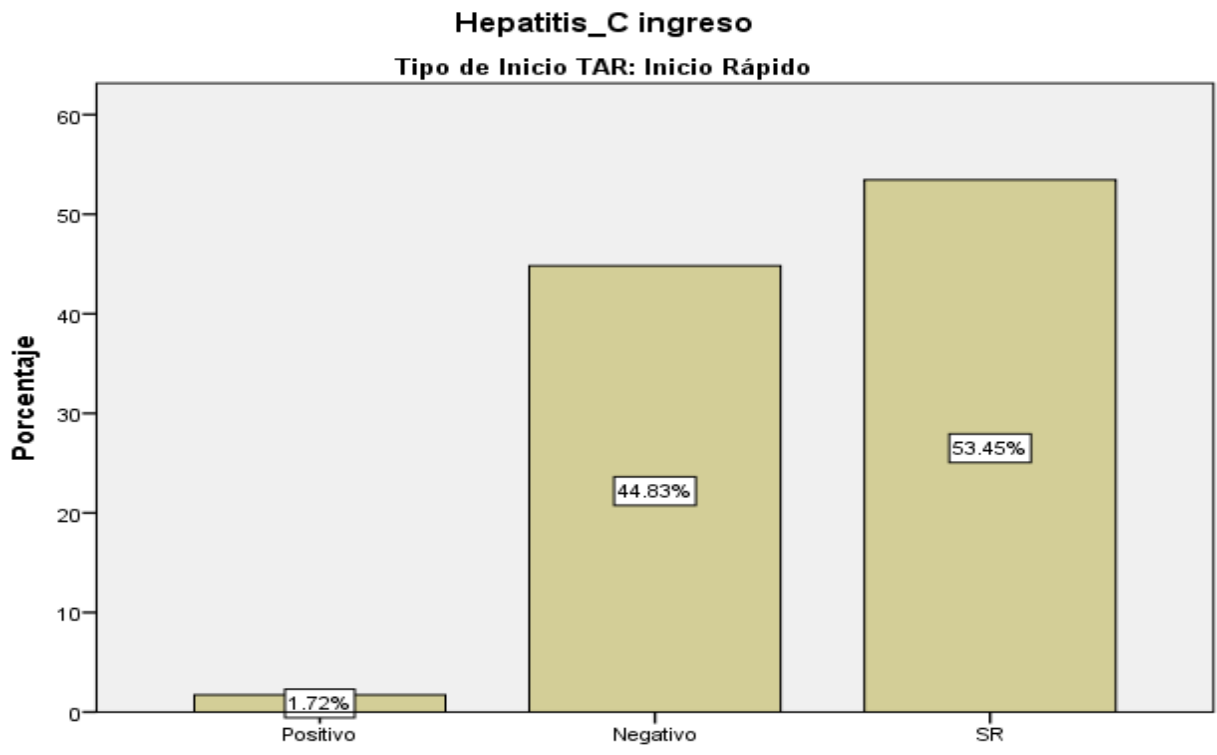
Fuente: Cuadro 15

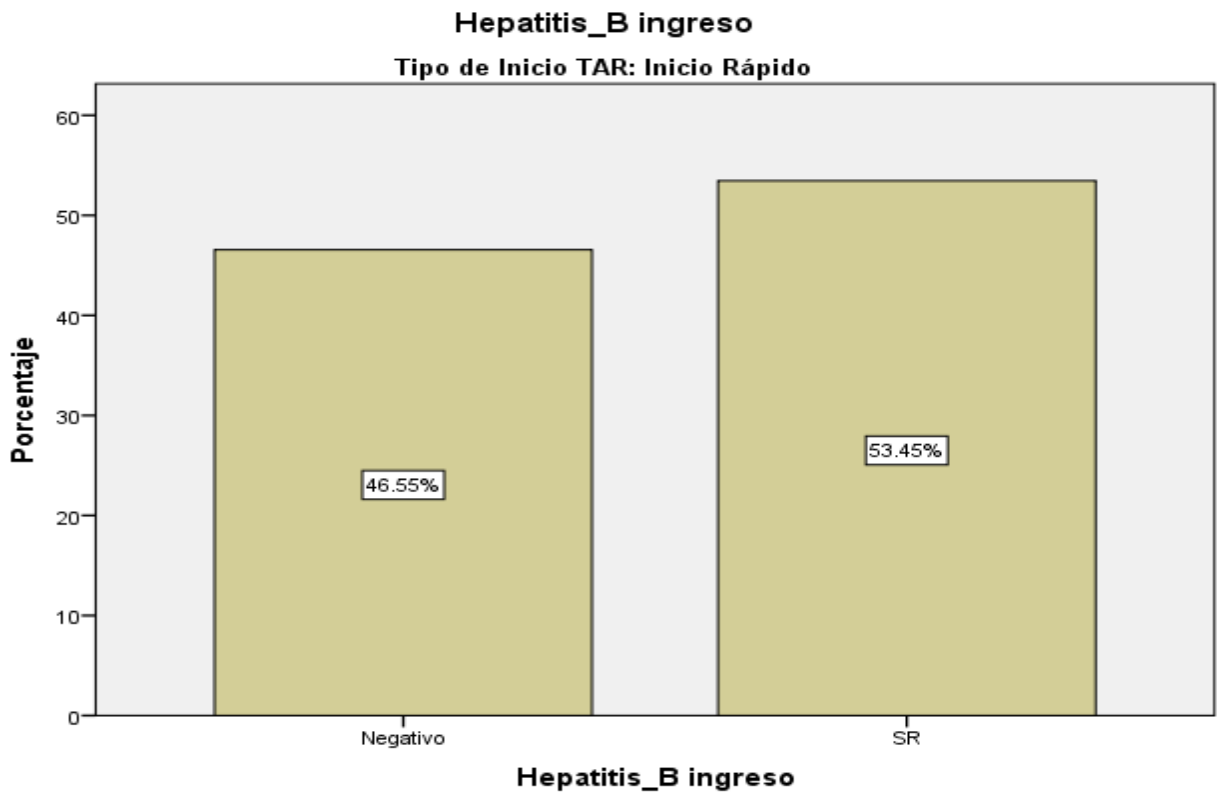
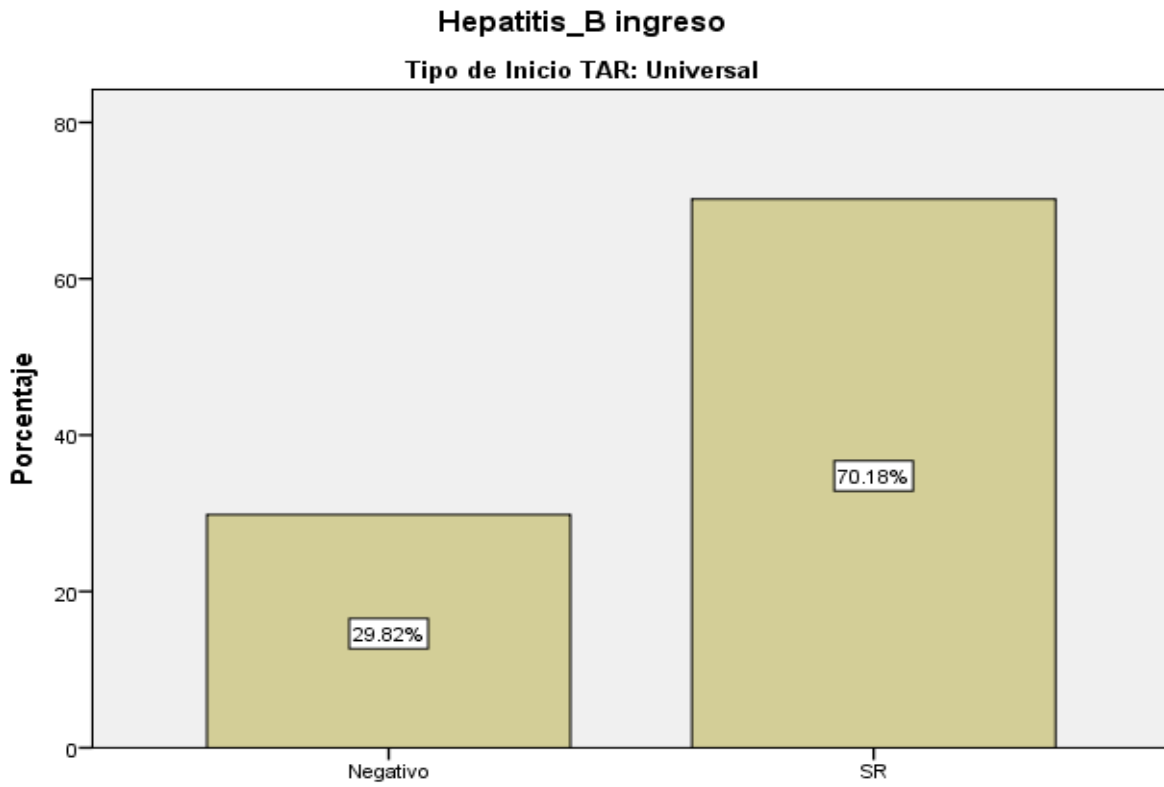


Fuente: Cuadro 16

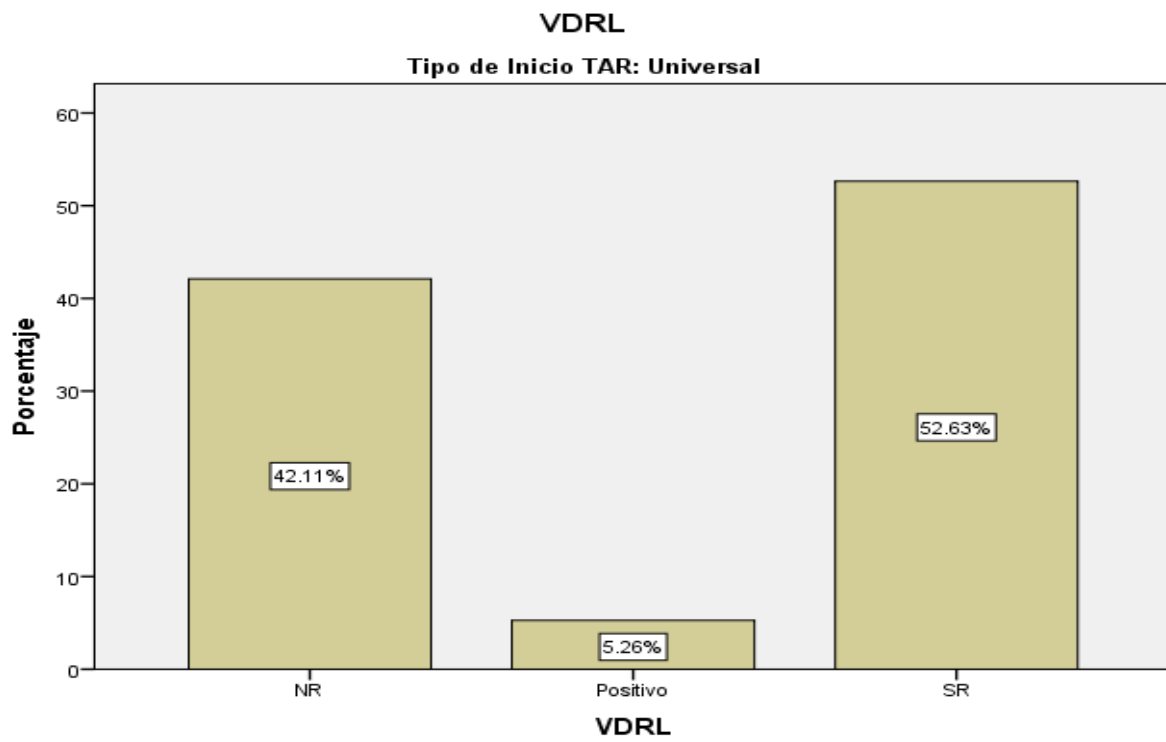
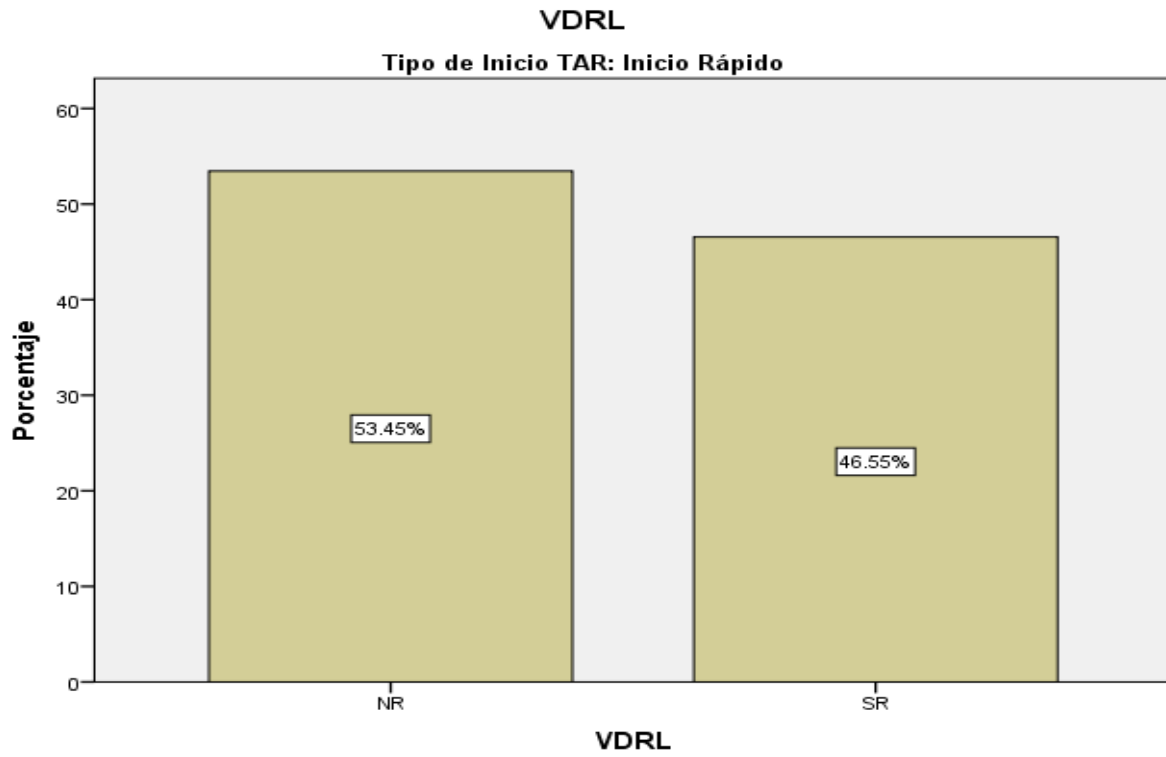


Fuente: Cuadro 15





Fuente: Cuadro 15



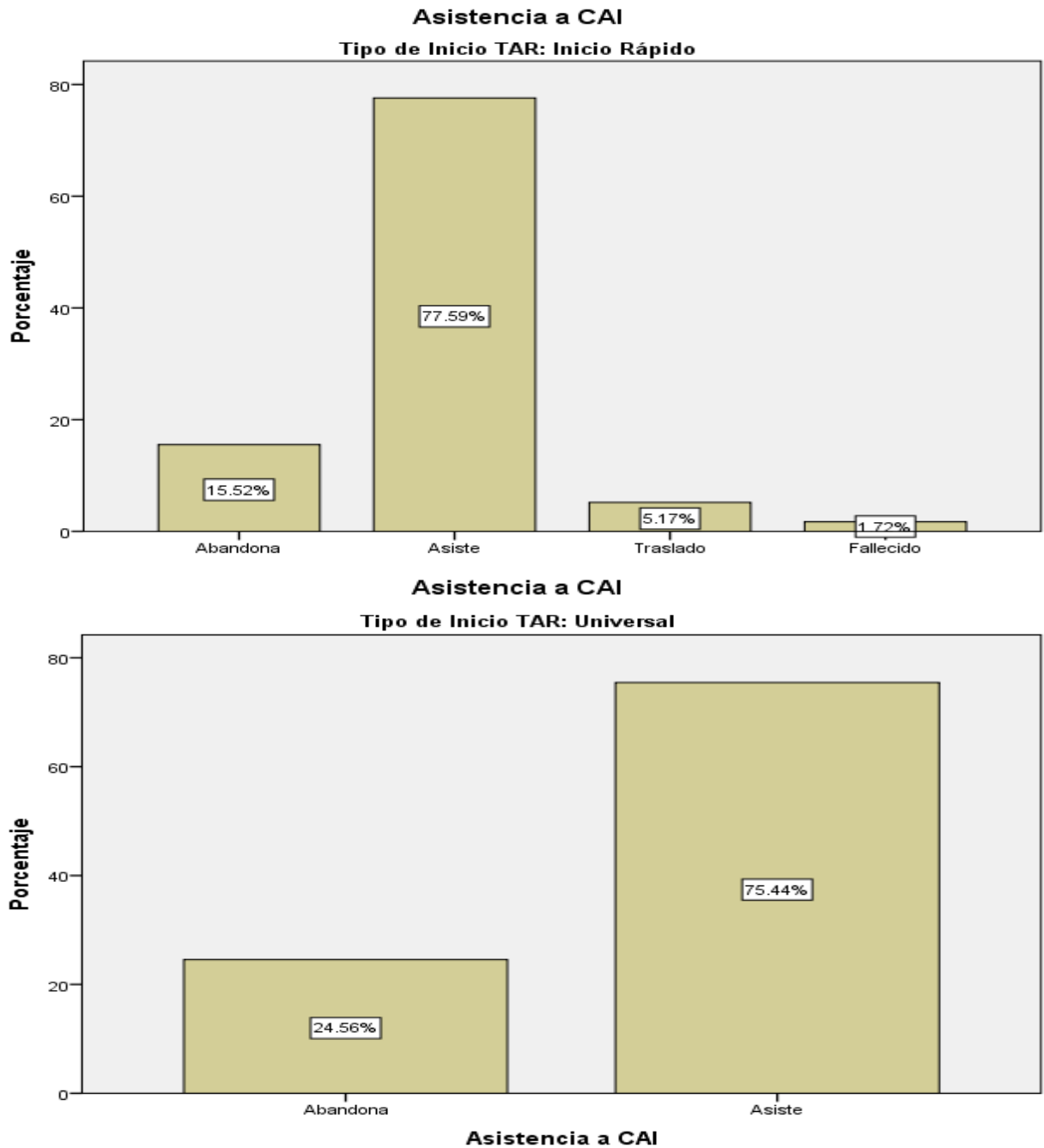
Fuente: Cuadro 15

Cuadro 16: Determinar la asistencia a la CAI en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

Asistencia a CAI						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio rápido	Válido	Abandona	9	15.5	15.5	15.5
		Asiste	45	77.6	77.6	93.1
		Traslado	3	5.2	5.2	98.3
		Fallecido	1	1.7	1.7	100.0
		Total	58	100.0	100.0	
Universal	Válido	Abandona	14	24.6	24.6	24.6
		Asiste	43	75.4	75.4	100.0
		Total	57	100.0	100.0	

Fuente: Expedientes clínicos

Gráfico 16: Determinar la asistencia a la CAI en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.



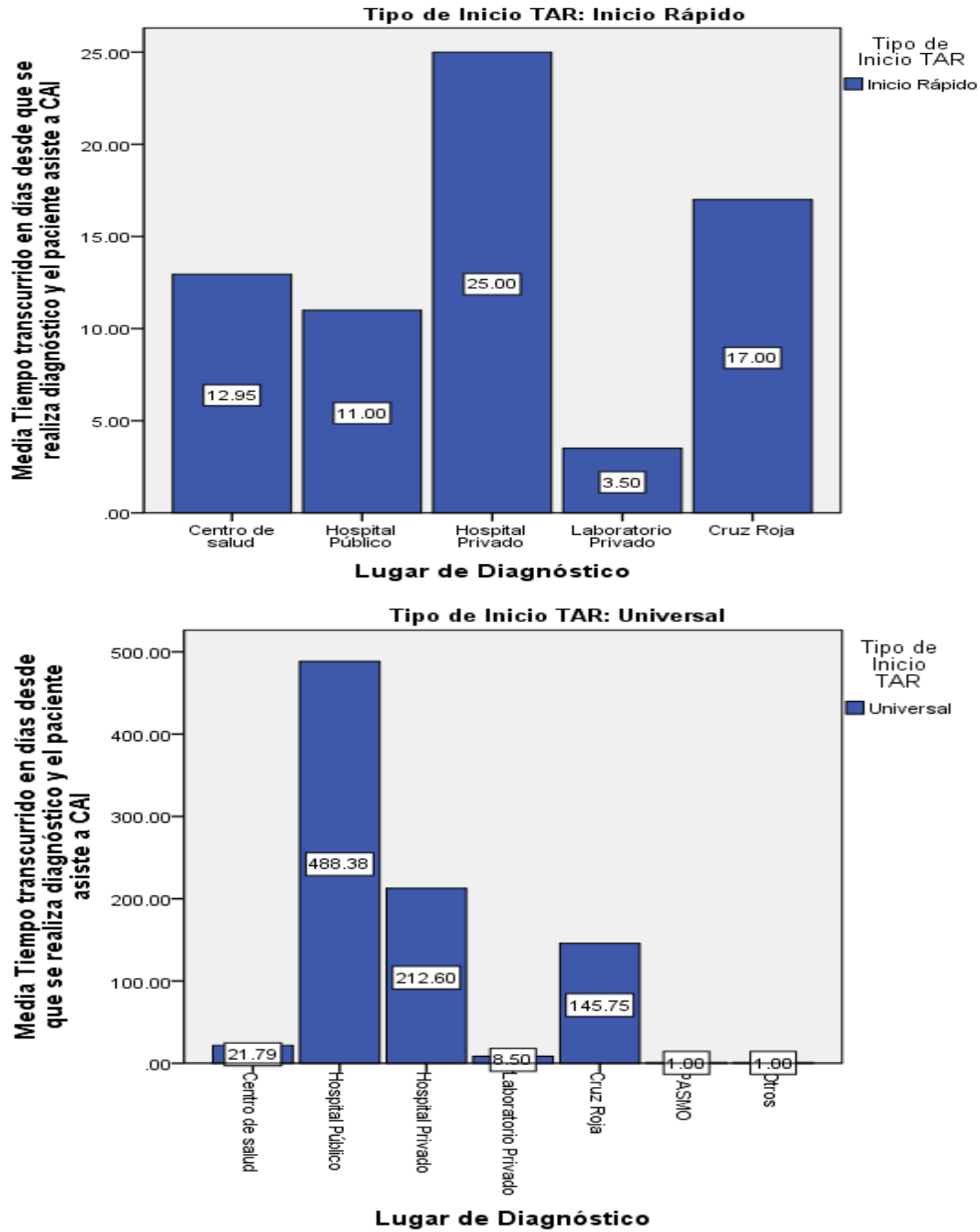
Fuente: Cuadro 16

Cuadro 17: Conocer el tiempo que transcurre desde que la persona es diagnosticada con VIH hasta que acude a la CAI en dependencia del lugar de diagnóstico en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

Estadísticos							
Tipo de Inicio TAR	Lugar de Diagnóstico						
	Centro de salud	Hospital Público	Hospital Privado	Laboratorio Privado	Cruz Roja	PASMO	Otros
Inicio rápido	12.9 d	11.0 d	25.0 d	3.50 d	17.0 d		
Universal	21.7 d	488.3 d	212.6 d	8.50 d	145.7 d	1.0 d	1.0 d

Fuente: Expediente clínico

Gráfico 17: Conocer el tiempo que transcurre desde que la persona es diagnosticada con VIH hasta que acude a la CAI en dependencia del lugar de diagnóstico en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.



Fuente: Cuadro 17

Cuadro 18: Conocer los tiempos relacionados a la atención e inicio de TAR en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

Estadísticos					
Tipo de Inicio TAR			Tiempo transcurrido en días desde que se realiza diagnóstico y el paciente asiste a CAI	Tiempo transcurrido en días desde que se realiza diagnóstico y el paciente inicia tratamiento	Tiempo transcurrido en días desde que el paciente asiste a CAI e inicia tratamiento
RAPID	N	Válido	55	56	58
		Perdidos	3	2	0
	Media		12.6182	14.9107	2.7759
Universal	N	Válido	56	56	57
		Perdidos	1	1	0
	Media		174.5357	199.8214	65.7895

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 19: Determinar si existió RAM o síndrome de reconstitución inmune en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

Presenta efectos adversos a TAR						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio rápido	Válido	NO	58	100.0	100.0	100.0
Universal	Válido	NO	57	100.0	100.0	100.0

Presenta síndrome de reconstitución inmune						
Tipo de Inicio TAR			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inicio rápido	Válido	NO	58	100.0	100.0	100.0
Universal	Válido	NO	57	100.0	100.0	100.0

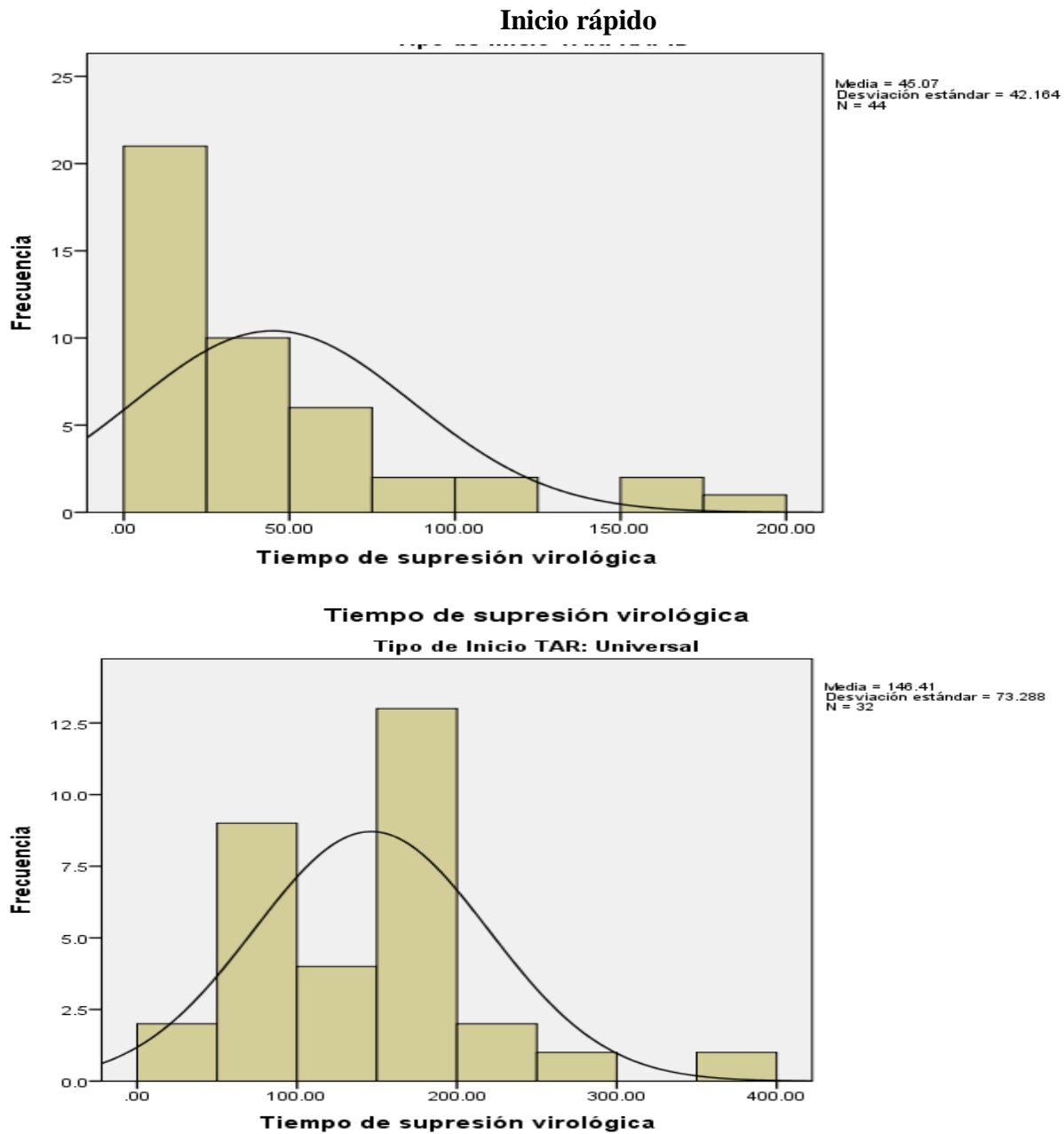
Fuente: Expediente clínico

Cuadro 20: Identificar el tiempo promedio en lograr supresión virológica y estado indetectable en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

Estadísticos				
Tipo de Inicio TAR			Tiempo de supresión virológica	Tiempo de estado indetectable
Inicio rápido	N	Válido	44	14
		Perdidos	14	44
	Media		45.0682	144.1429
Universal	N	Válido	32	17
		Perdidos	25	40
	Media		146.4063	228.5882

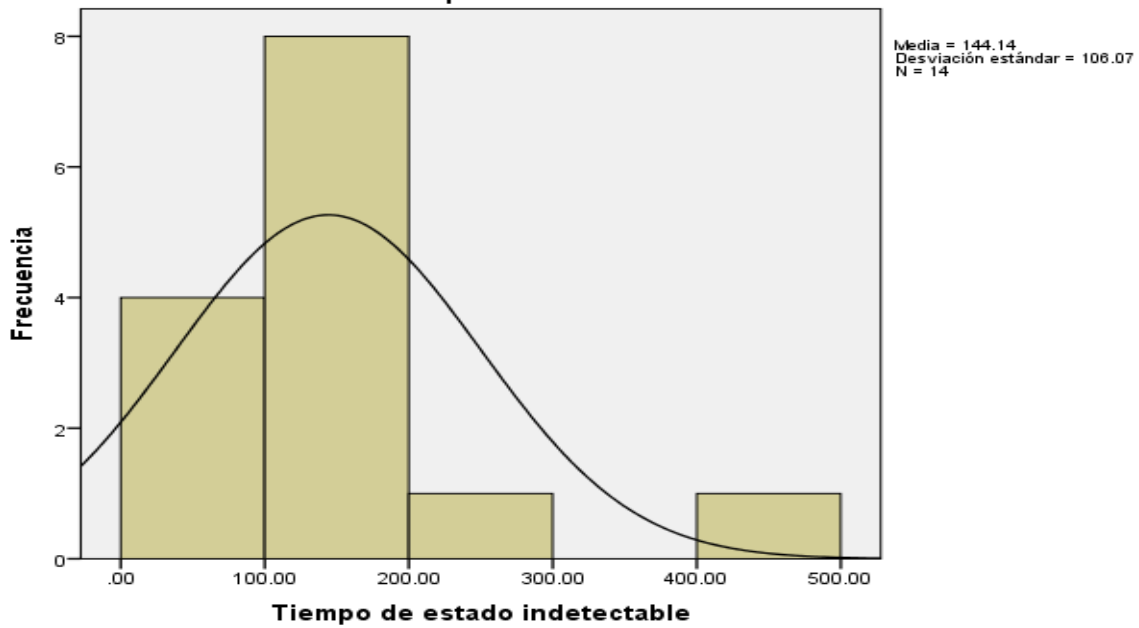
Fuente: Expediente clínico

Gráfico 20: Identificar el tiempo promedio en lograr supresión virológica y estado indetectable en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.



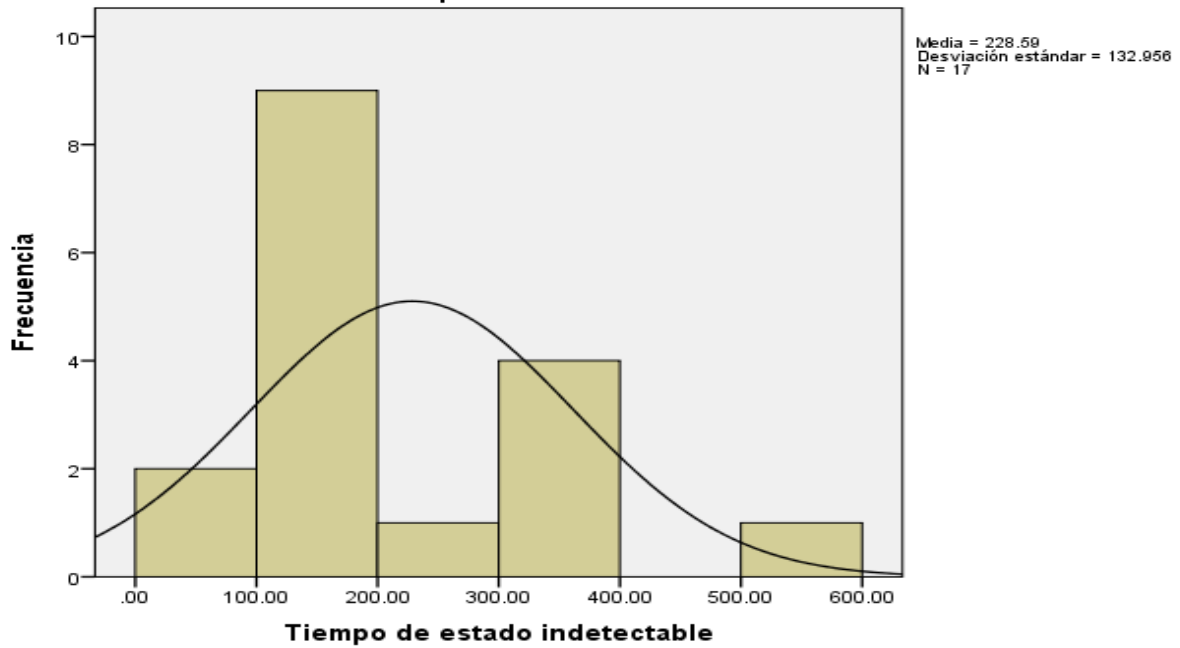
Fuente: Cuadro 20

Inicio rápido



Tiempo de estado indetectable

Tipo de Inicio TAR: Universal



Fuente: Cuadro 20

Cuadro 21: Conocer el recuento promedio de CD4 de seguimiento luego de iniciar ARV en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

Nivel de CD4 en último control				
Asistencia a CAI			Tipo de Inicio TAR	
			Inicio rápido	Universal
Abandona	N	Válido	9	14
		Perdidos	0	0
	Media		336.1111	314.5000
Asiste	N	Válido	45	37
		Perdidos	0	6
	Media		350.8667	344.1135
Traslado	N	Válido	3	
		Perdidos	0	
	Media		242.0000	
Fallecido	N	Válido	1	
		Perdidos	0	
	Media		709.0000	

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 22: Conocer la adherencia al TAR en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

Asistencia a CAI*Adherencia al tratamiento tabulación cruzada						
Tipo de Inicio TAR				Adherencia al tratamiento		Total
				NO	SI	
Inicio rápido	Asistencia a CAI	Abandona	Recuento	9	0	9
			% dentro de Asistencia a CAI	100.0%	0.0%	100.0%
			% dentro de Adherencia al tratamiento	69.2%	0.0%	15.5%
		Asiste	Recuento	0	45	45
			% dentro de Asistencia a CAI	0.0%	100.0%	100.0%
			% dentro de Adherencia al tratamiento	0.0%	100.0%	77.6%
		Traslado	Recuento	3	0	3
			% dentro de Asistencia a CAI	100.0%	0.0%	100.0%
			% dentro de Adherencia al tratamiento	23.1%	0.0%	5.2%
		Fallecido	Recuento	1	0	1

Fuente: expediente

			% dentro de Asistencia a CAI	100.0%	0.0%	100.0%
			% dentro de Adherencia al tratamiento	7.7%	0.0%	1.7%
	Total		Recuento	13	45	58
			% dentro de Asistencia a CAI	22.4%	77.6%	100.0%
			% dentro de Adherencia al tratamiento	100.0%	100.0%	100.0%
	Universal	Asistencia a CAI	Abandona	Recuento	14	0
% dentro de Asistencia a CAI				100.0%	0.0%	100.0%
% dentro de Adherencia al tratamiento				100.0%	0.0%	24.6%
Asiste			Recuento	0	43	43
			% dentro de Asistencia a CAI	0.0%	100.0%	100.0%
			% dentro de Adherencia al tratamiento	0.0%	100.0%	75.4%
Total			Recuento	14	43	57
			% dentro de Asistencia a CAI	24.6%	75.4%	100.0%

		% dentro de Adherencia al tratamiento	100.0%	100.0%	100.0%
--	--	---------------------------------------	--------	--------	--------

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 23: Evaluar el análisis de supervivencia en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.

Resumen de procesamiento de casos			
		N	Porcentaje
Casos disponibles en el análisis	Evento	70	60.9%
	Censurado	1	0.9%
	Total	71	61.7%
Casos eliminados	Casos con valores perdidos	44	38.3%
	Casos con tiempo negativo	0	0.0%
	Casos censurados antes del evento más cercado en un estrato	0	0.0%
	Total	44	38.3%
Total		115	100.0%
Bloque 0: Bloque de inicio			
Las variables no están en la ecuación			
	Puntuación	gl	Sig.
Sexo	.632	1	.427
Lugar_Dx	.301	1	.583
Clasificacion_VIH	.178	1	.673
Tipo_inicio_TAR	31.552	1	.000

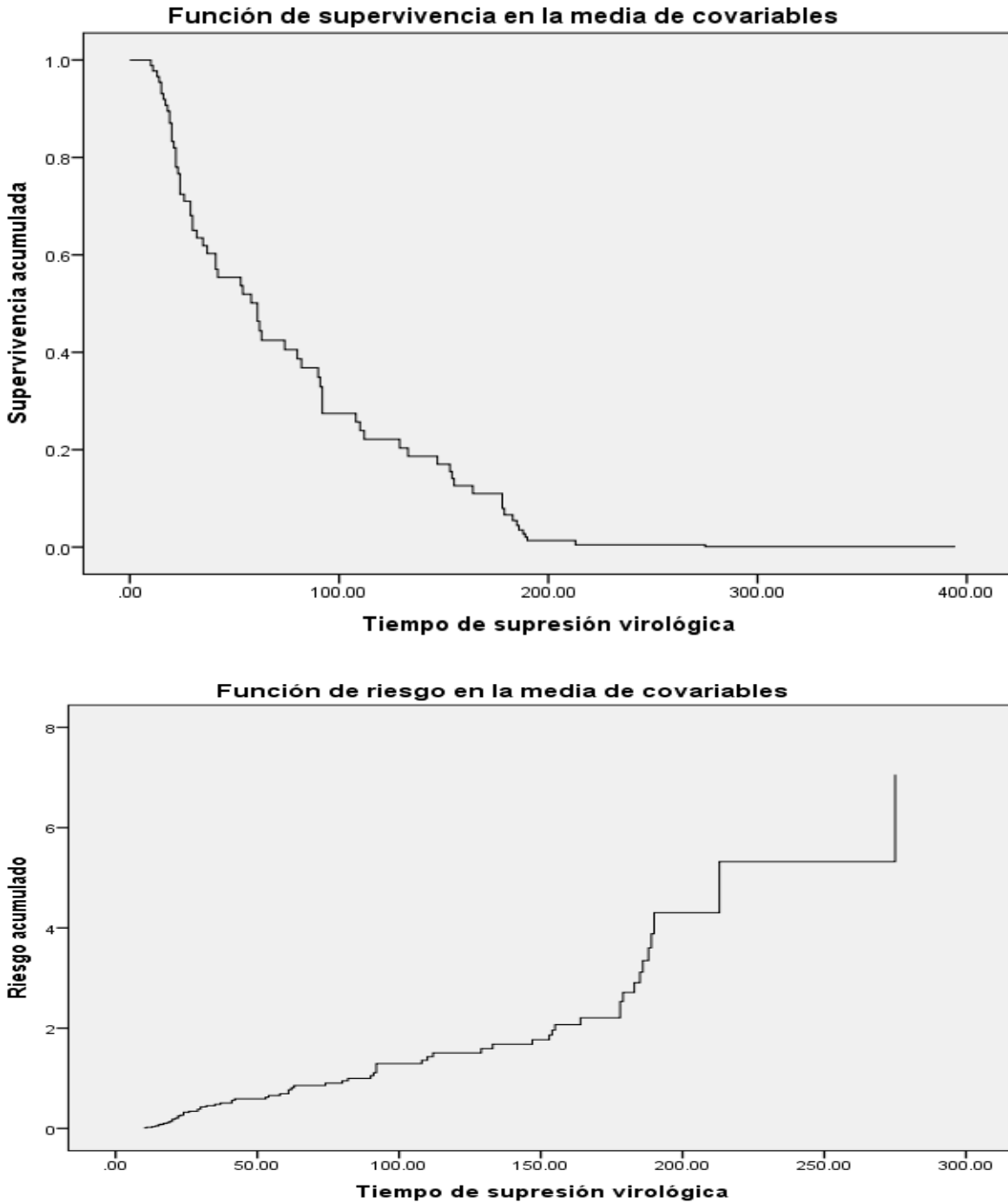
Bloque 1: Método = Avanzar por paso (Wald)

Pruebas ómnibus de coeficientes de modelo							
Escalón	Logaritmo de la verosimilitud -2	Global (puntuación)			Cambio respecto a paso anterior		
		Chi-cuadrado	gl	Sig.	Chi-cuadrado	Gl	
1	437.504	31.552	1	.000	30.109	1	
Pruebas ómnibus de coeficientes de modelo							
Escalón	Cambio respecto a paso anterior	Cambio respecto a bloque anterior					
		Sig.	Chi-cuadrado	Gl	Sig.		
1	.000	30.109	1	.000			
Variables en la ecuación							
		B	SE	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1	Tipo_inicio_TAR	1.483	.279	28.334	1	.000	4.406
Variables en la ecuación							
					95.0% CI para Exp(B)		
					Inferior	Superior	
Paso 1	Tipo_inicio_TAR				2.552	7.606	
Las variables no están en la ecuación							

		Puntuación	gl	Sig.
Paso 1	Sexo	3.397	1	.065
	Lugar_Dx	.853	1	.356
	Clasificacion_VIH	.201	1	.654

Medias de covariables	
	Media
Sexo	.211
Lugar_Dx	2.310
Clasificacion_VIH	4.507
Tipo_inicio_TAR	.620

Gráfico 23: Evaluar el análisis de supervivencia en los pacientes incluidos en el estudio sobre “Inicio de terapia antirretroviral de manera rápida en personas con diagnóstico reciente de VIH durante el 2018 en comparación con una cohorte histórica de personas con VIH que iniciaron tratamiento universal durante el 2017 en la clínica de atención integral en el HEALF”.



Fuente: Cuadro 23

