

Manual de implementación

Fortalecimiento del tratamiento a través de

INICIO RÁPIDO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL 2019



PROYECTO CUIDADO Y TRATAMIENTO EN VIH

Manual de implementación

Fortalecimiento del tratamiento a través de

**INICIO RÁPIDO
DE TERAPIA
ANTIRRETROVIRAL
2019**

“Este manual de implementación “Fortalecimiento del tratamiento a través de Inicio Rápido de Terapia Antirretroviral” es posible gracias al generoso apoyo del Pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido de este material es responsabilidad exclusiva del autor y el mismo no necesariamente refleja la perspectiva de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos de América”.

Nota de género

En este texto se utilizan en forma indistinta y variada términos tales como hijas, hijos, hombres, mujeres y otros similares para evitar repeticiones que puedan entorpecer la lectura. Sin embargo, reconocemos y valoramos la presencia y el protagonismo de las mujeres en estas instituciones y en estos procesos de gestión cultural.

CONTENIDO

ACRONIMOS	02
INTRODUCCIÓN	03
CONTEXTO NORMATIVO	03
DEFINICIONES OPERATIVAS	04
PROCEDIMIENTO	04
COMPONENTES CLAVE PARA EL INICIO RÁPIDO	07
Conformación de equipo multidisciplinario de inicio rápido	07
Seguimiento cercano a los pacientes luego del inicio	07
Citas de seguimiento	08
REFERENCIAS	09
ANEXOS	10
Anexo 1: Lista de procesos a realizar previo al inicio de TAR	10
Anexo 2: Actividades para el inicio de TAR, formato para captura de información	11
Anexo 3: Formato para enlistar actividades para el inicio de TAR	12
Anexo 4: Formato para captura de información de línea base de tiempo de inicio de TAR	13
Anexo 5: Flujo de atención optimizado	14
Anexo 6: Indicadores para seguimiento de inicio rápido	15

ACRÓNIMOS

ARV	Antirretroviral
cp/ml	Copias por mililitro. Dimensional para medir resultados de carga viral
CV	Carga viral
DTG	Dolutegravir
EFV	Efavirenz
HBV	Virus de hepatitis B
HCV	Virus de hepatitis C
HDL	Lipoproteína de alta densidad
INSTI	Inhibidores de la integrasa
IP	Inhibidores de la proteasa
LDL	lipoproteína de baja densidad
OMS	Organización Mundial de la Salud
NRTI	Inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa inversa
NNRTI	Inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa inversa
INSTI	Inhibidores de integrasa
NNRTI	Inhibidores no nucleosídicos
SAI	Servicio de Atención Integral
TAR	Terapia antirretroviral
TB	Tuberculosis
Trans	Transgénero
UAI	Unidad de Atención Integral
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se considera una prioridad favorecer el inicio de terapia antirretroviral (TAR) una vez que el diagnóstico de VIH ha sido confirmado. En experiencias en África, se había documentado como factores propios del servicio, retrasaban el inicio de las pacientes, al considerar que no estaban preparados para iniciar TAR(1). Por otra parte, también se han identificado factores favorecedores del inicio temprano, tanto a nivel de paciente como a nivel de servicio de salud, como puede ser el acceso a pruebas de recuento de CD4 en el sitio(2). A partir de 2017, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda priorizar el inicio de TAR en un periodo menor a 7 días(3).

Es importante considerar el impacto a nivel de sobrevivida y supresión viral en un menor tiempo en la persona con VIH, y disminuir la posibilidad de transmisión del VIH, teniendo resultados a nivel programático e individual.

En una revisión sistemática realizada, se observó que las personas que iniciaban en menos de 7 días aumentaba su supresión viral a los 12 meses (RR 1.2, IC95% 1.1-1.3), una mayor retención a los 12 meses (RR 1.2, IC95% 1.1-1.4) y mayor proporción de personas que inician TAR (RR 1.3, IC95% 1.2-1.5) (4). Respecto a la mortalidad a los 12

meses, se observó una disminución ligera, aunque no significativa respecto al inicio estándar de terapia (RR 0.7, IC95% 0.5-1.0) (4).

En países de ingresos medios y bajos, se considera una intervención necesaria, debido al largo tiempo de espera, en muchos casos para el inicio de terapia. Se ha documentado que en ensayos clínicos, el inicio rápido de terapia favorece la retención a los 3 y a los 12 meses, disminuye el tiempo para lograr supresión viral en cerca de 3 meses, con el consiguiente aumento de personas en TAR que logran supresión viral(5).

En un meta-análisis realizado, se observó que el inicio en los primeros 14 días del diagnóstico aumentó la supresión viral y la retención a los 12 meses, sin observarse aumento en la mortalidad o mayor proporción de personas que pierden seguimiento(6). Sin embargo, es clave garantizar el adecuado tamizaje para infecciones oportunistas (IO), ya que el inicio de TAR, sin el tratamiento de infecciones oportunistas, principalmente en pacientes con recuentos de CD4+ menores a 200, puede provocar un síndrome de reconstitución inmune(7).

CONTEXTO NORMATIVO

Respecto a las normas de atención, es importante mencionar el marco normativo que tiene relación con el inicio rápido de TAR. Basado en este contexto, la implementación de inicio rápido de TAR debe de ir de la mano con las normas actuales, además de propiciar la incorporación de las recomendaciones de la

OMS en las normas de manera paralela. Bajo esa perspectiva, en Guatemala y El Salvador el inicio rápido puede priorizarse con aquellos pacientes con recuento de CD4+ menor a 500 cel/ul, mientras que en los demás países aplica para todos los pacientes independiente de su recuento de CD4+(8-11).

TABLA 1: Norma de atención actual para inicio de terapia y su relación con inicio rápido

	EL SALVADOR	GUATEMALA	HONDURAS	PANAMÁ
Inicio universal	No	No	Si	Si
Recuento de linfocitos T CD4+ previo al inicio	Si	Si	Si	Si
Carga viral basal	Si	Si	Si	Si
Esquema preferente para inicio	TDF+FTC+EFV	TDF+FTC+EFV	TDF+FTC+EFV	TDF+FTC+EFV
Motivos para diferir inicio	En caso de infecciones oportunistas, incluyendo TB	No indicados	Coinfección TB/VIH	En caso de infecciones oportunistas, incluyendo TB

Fuente: Proyecto Cuidado y Tratamiento en VIH

DEFINICIONES OPERATIVAS

Inicio rápido de TAR: inicio de terapia antirretroviral en 7 días o menos, a partir del primer contacto en la clínica TAR.

Inicio inmediato de TAR: inicio de terapia antirretroviral 24 horas o menos, a partir del primer contacto en la clínica TAR.

Actividades: conjunto de acciones organizadas que son hechas para un fin determinado, ejemplo: extracción de sangre para realización de pruebas basales.

Proceso: conjunto de actividades sucesivas para la realización de un objetivo, ejemplo: evaluación inicial del paciente previo al inicio de TAR.

PROCEDIMIENTO

Es importante contemplar que el inicio rápido consiste, en gran parte, en reducir el tiempo de procesos que actualmente limitan el inicio de terapia. En este concepto, la realización del inicio rápido no debe necesariamente modificar la norma de atención, aunque la incorporación de recomendaciones internacionales puede favorecer la aplicación de manera más eficiente.

Se debe de considerar conformar un equipo multidisciplinario de inicio rápido, que permita un seguimiento de los diferentes procesos de una manera optimizada. En la mayor parte de servicios de Centroamérica, la atención se realiza por medio de equipos multidisciplinarios, por lo tanto, la implementación de inicio rápido debe de ser sencilla, ya que existe personal que cubre los diferentes perfiles. En el gráfico 1 se resumen los principales pasos para lograr optimizar los procesos y lograr la meta de inicio de TAR en menos de 7 días.

GRÁFICA 1: Pasos para optimizar procesos para lograr inicio rápido de TAR



Como primer paso, se deberán de enlistar los procesos para el inicio de terapia contemplados en la norma de atención. A partir de este listado, se deberá de diferenciar procesos que se realizan localmente y procesos que se envía a servicios de referencia, utilizando el anexo 1.

Es importante diferenciar aquellos procesos que son obligatorios a realizar en la primera visita y aquellos que son necesarios realizar para el seguimiento clínico del paciente. Por ejemplo, es clave descartar que el paciente tenga tuberculosis, lo cual implicaría iniciar tratamiento para TB y diferir el inicio; por otro lado, en muchas normativas nacionales se incluye la realización de colesterol total, HDL y LDL previo al inicio de TAR, resultados que no diferirían el inicio de TAR, sin embargo, si implicarían algún abordaje clínico para evitar efectos metabólicos.

Posteriormente, se deberá de establecer la situación actual en el servicio. Para esto, se elaborará un flujo de atención en conjunto con todo el personal de la clínica de TAR. A

partir de este flujo (anexo 2), se consultará al personal por el tiempo de cada una de las actividades que componen los procesos, remarcando en aquellas que solamente pueden realizarse un día específico a la semana (anexo 3). Posteriormente, este flujo de atención y los tiempos deberán de validarse localmente con pacientes que acuden a iniciar terapia. Además, deberá de determinarse las características de la cohorte que iniciaron el año previo al inicio de implementación de la estrategia, para poder establecer una línea base para comparar con los resultados de la estrategia de inicio rápido, utilizando como referencia el anexo 4.

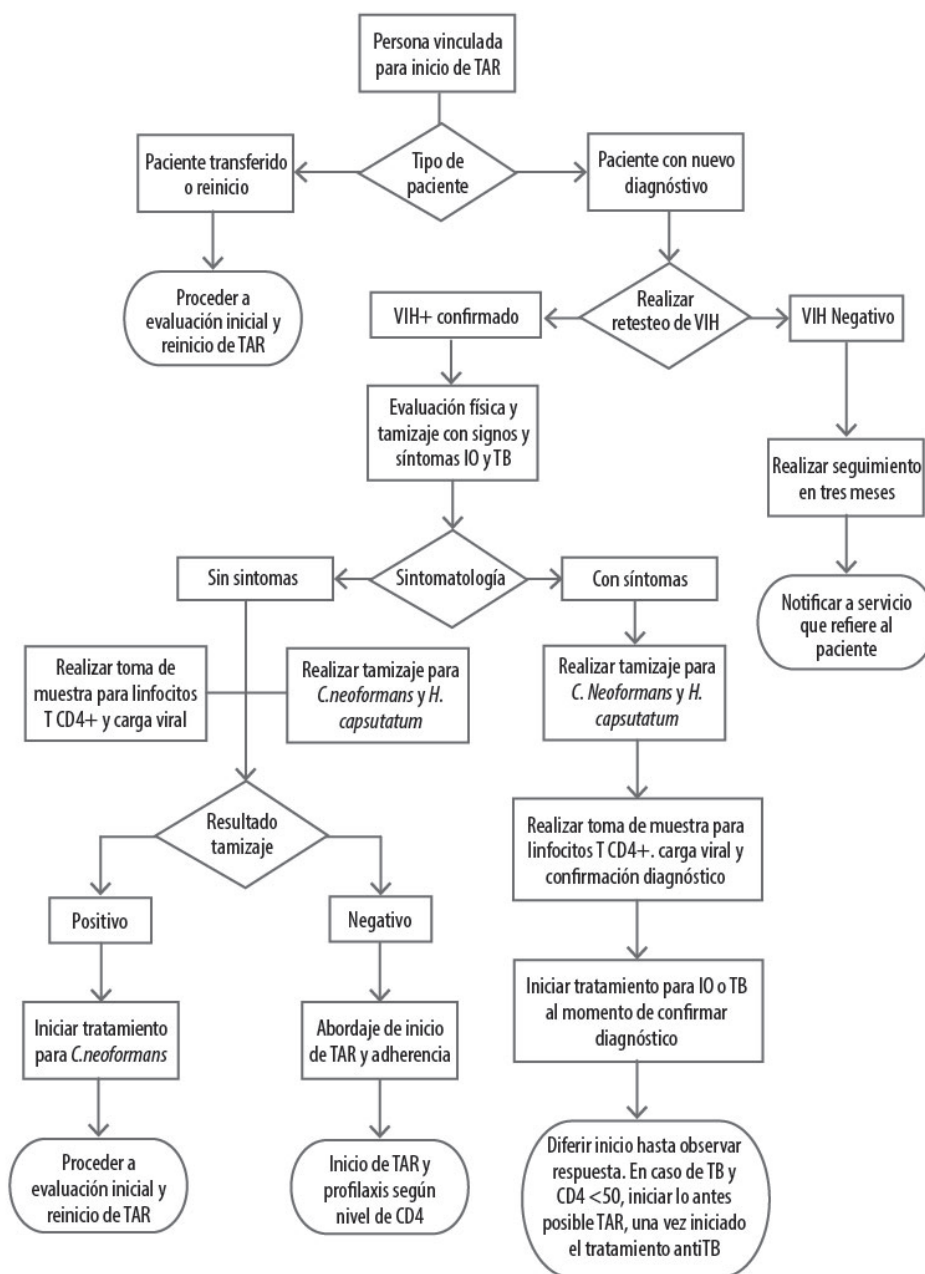
Identificado la situación actual, se procederá a encontrar la ruta para optimizar el inicio de TAR, utilizando como referencia los datos capturados en los dos pasos previos. En primer lugar, deberá de identificar los exámenes de laboratorio y gabinete requeridos previo al inicio, que podrían realizarse en la primera cita. Se elaborará un nuevo flujo de atención para inicio de

rápido, enfatizando la persona que activará dicho flujo. Para más detalle, ver esquema en anexo 5.

Optimizado el flujo de atención, se deberá de iniciar a implementar la estrategia de inicio rápido para todas las personas que

inician TAR. Deberá de darse seguimiento de manera mensual y trimestral a los indicadores descritos en el anexo 5. El flujo de atención sugerido, basado en las recomendaciones de OMS, se muestra en el gráfico 2.

GRÁFICA 2: Flujo de atención del paciente a iniciar terapia antirretroviral

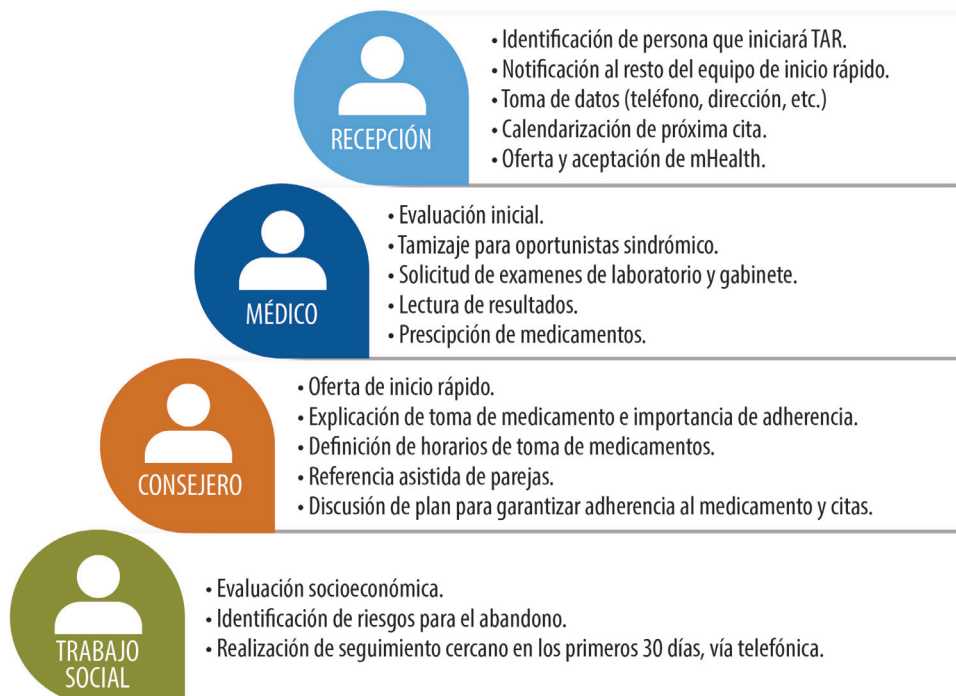


COMPONENTES CLAVE PARA EL INICIO RÁPIDO

CONFORMACIÓN DE EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE INICIO RÁPIDO

Al ser una intervención nueva, lo ideal es fortalecer el trabajo en equipo, para dar un mejor seguimiento al inicio de la terapia. Es importante considerar que, en la conformación del equipo, se pueden tener una persona que realice varias intervenciones, en función del personal disponible. Se considera pertinente contar con los siguientes perfiles, y realizar las actividades descritas en el gráfico 3.

GRÁFICA 3: Actividades del equipo multidisciplinario



SEGUIMIENTO CERCANO A LOS PACIENTES LUEGO DEL INICIO

Para lograr una verdadera eficacia para el control de la epidemia de la estrategia de inicio rápido, las personas deben de mantenerse vinculadas al tratamiento y lograr supresión viral. Como primera intervención se les ofertará a los pacientes en inicio rápido el enrolamiento en la

mensajería de texto, con recordatorios (mHealth).

Además, en las citas de 1 mes y 3 meses, se realizará intervenciones extendidas por parte del promotor de adherencia, para identificar posibles retos para la adherencia.

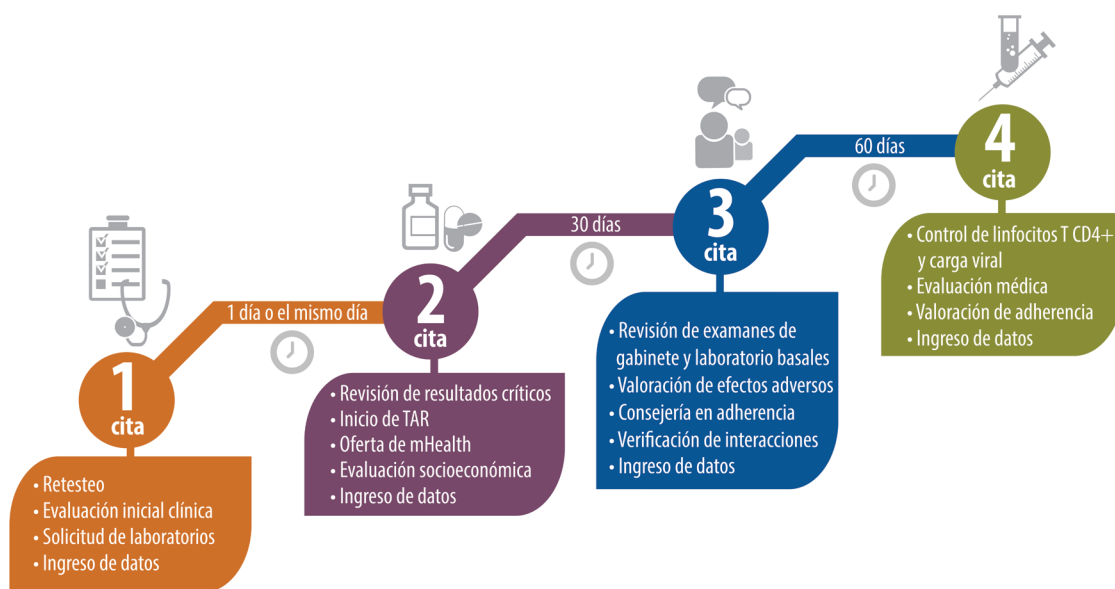
CITAS DE SEGUIMIENTO

Además de lograr reducir los procesos de inicio de TAR, se debe de considerar cual es procedimiento de seguimiento del paciente. En concordancia con las normas de atención, la implementación de inicio rápido se concentra en ordenar procesos y facilitar los mismos, no necesariamente a cambiar la norma de atención.

En el gráfico 4, se muestran las primeras 4 citas de los pacientes para inicio rápido. Es importante considerar que hasta la segunda

cita las personas han iniciado TAR, sin embargo, el objetivo es que estas dos citas puedan a ser el mismo día. El objetivo es que entre el primer contacto y el inicio de TAR, idealmente sea el mismo día, y si por aspecto logísticos no es factible, se realice el inicio al día siguiente o en un máximo de 7 días a partir de su primer contacto con la clínica de TAR.

GRÁFICA 4: Citas de seguimiento en inicio rápido



REFERENCIAS

1. Fox RC, Goemaere E. They call it "Patient selection" in Khayelitsha: The experience of *médecins Sans Frontières*-South Africa in enrolling patients to receive antiretroviral treatment for HIV/AIDS. *Cambridge Q Healthc Ethics*. 2006;15(3):302–12.
2. Lahuerta M, Lima J, Nuwagaba-Biribonwoha H, Okamura M, Alvim MF, Fernandes R, et al. Factors associated with late antiretroviral therapy initiation among adults in Mozambique. *PLoS One*. 2012;7(5):1–10.
3. WHO. Guidelines for Managing Advanced HIV Disease and Rapid Initiation of Antiretroviral Therapy. Geneva; 2017.
4. A. M-U, S. J, J.B. N, I. E-W. Rapid initiation of antiretroviral therapy for people living with HIV. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018;2018(2). Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L620733061%0Ahttp://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012962>
5. Boyd MA, Bof M, Castagna A, Estrada V. Rapid initiation of antiretroviral therapy at HIV diagnosis : de fi nition , process , knowledge gaps. *HIV Med*. 2019;20(Supple 1):3–11.
6. Ford N, Migone C, Calmy A, Kerschberger B, Kanters S, Nsanzimana S, et al. Benefits and risks of rapid initiation of antiretroviral therapy. *Aids*. 2018;32(1):17–23.
7. Makadzange AT, Ndhlovu CE, Takarinda K, Reid M, Kurangwa M, Gona P, et al. Early versus Delayed Initiation of Antiretroviral Therapy for Concurrent HIV Infection and Cryptococcal Meningitis in Sub-Saharan Africa. *Clin Infect Dis*. 2010;50(11):1532–8.
8. MSPAS. Guía de tratamiento antirretroviral y de infecciones oportunistas. Guatemala; 2013.
9. MINSAL. Guía clínica para la atención integral en salud de las personas con VIH. San Salvador; 2014.
10. SESAL. Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH. 2017.
11. MINSA. Norma para el manejo terapéutico de las personas con VIH en la República de Panamá. Panamá; 2016.

ANEXOS

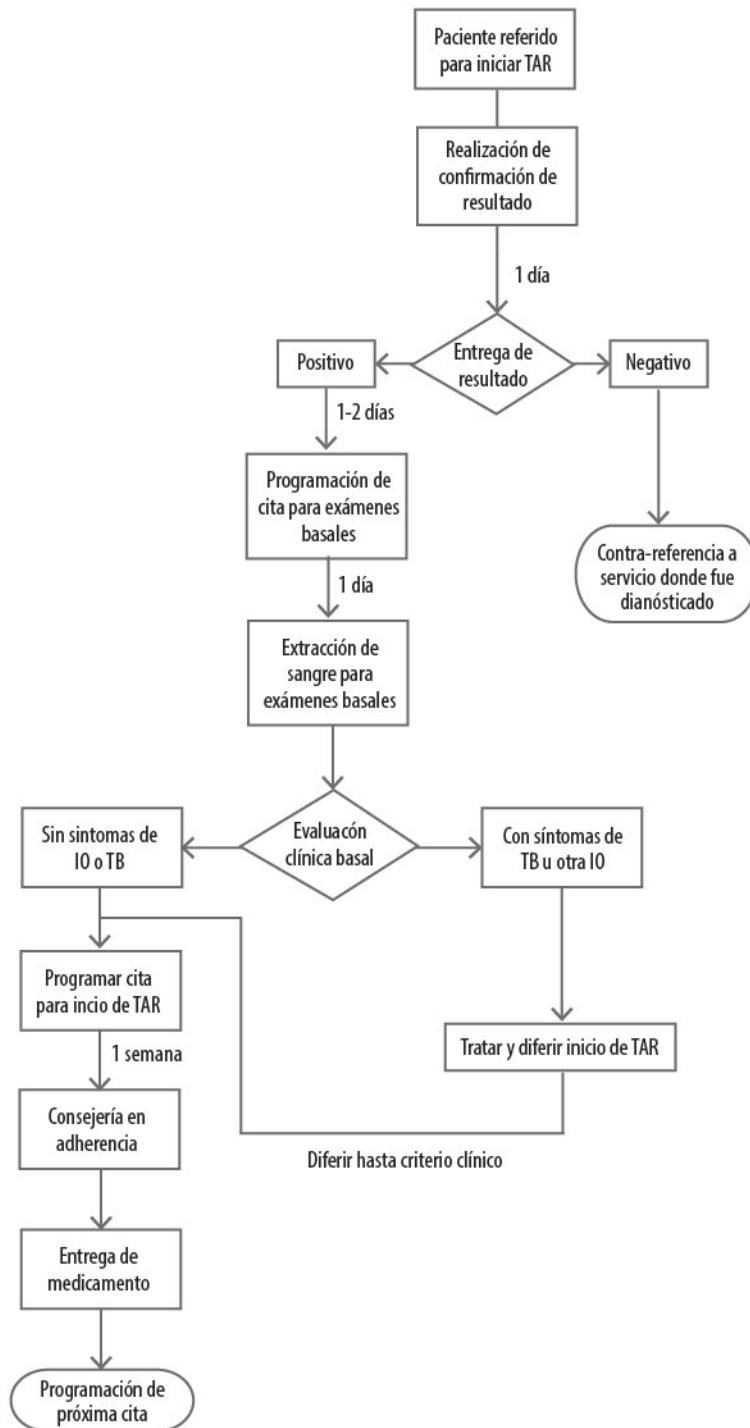
Anexo 1: Lista de procesos a realizar previo al inicio de TAR

PROCESO	TIPO DE PROCESO (ADMINISTRATIVO, CLÍNICO, LABORATORIO, GABINETE)	PRIORIDAD (NECESARIO / RECOMENDADO)	REALIZADO LOCALMENTE (SI/ NO)

Ejemplo de llenado de instrumento

PROCESO	TIPO DE PROCESO (ADMINISTRATIVO, CLÍNICO, LABORATORIO, GABINETE)	PRIORIDAD (NECESARIO / RECOMENDADO)	REALIZADO LOCALMENTE (SI/ NO)
Apertura de expediente en clínica	Administrativo	Necesario	Si
Exámenes de laboratorio para estratificación de la enfermedad (CD4 y CV)	Laboratorio	Necesario	No
Exámenes de laboratorio para identificar comorbilidades metabólicas (pruebas hepáticas, perfil lipídico, etc).	Laboratorio	Recomendado	Si

Anexo 2: Actividades para el inicio de TAR, formato para captura de información



Anexo 3: Formato para enlistar actividades para el inicio de TAR

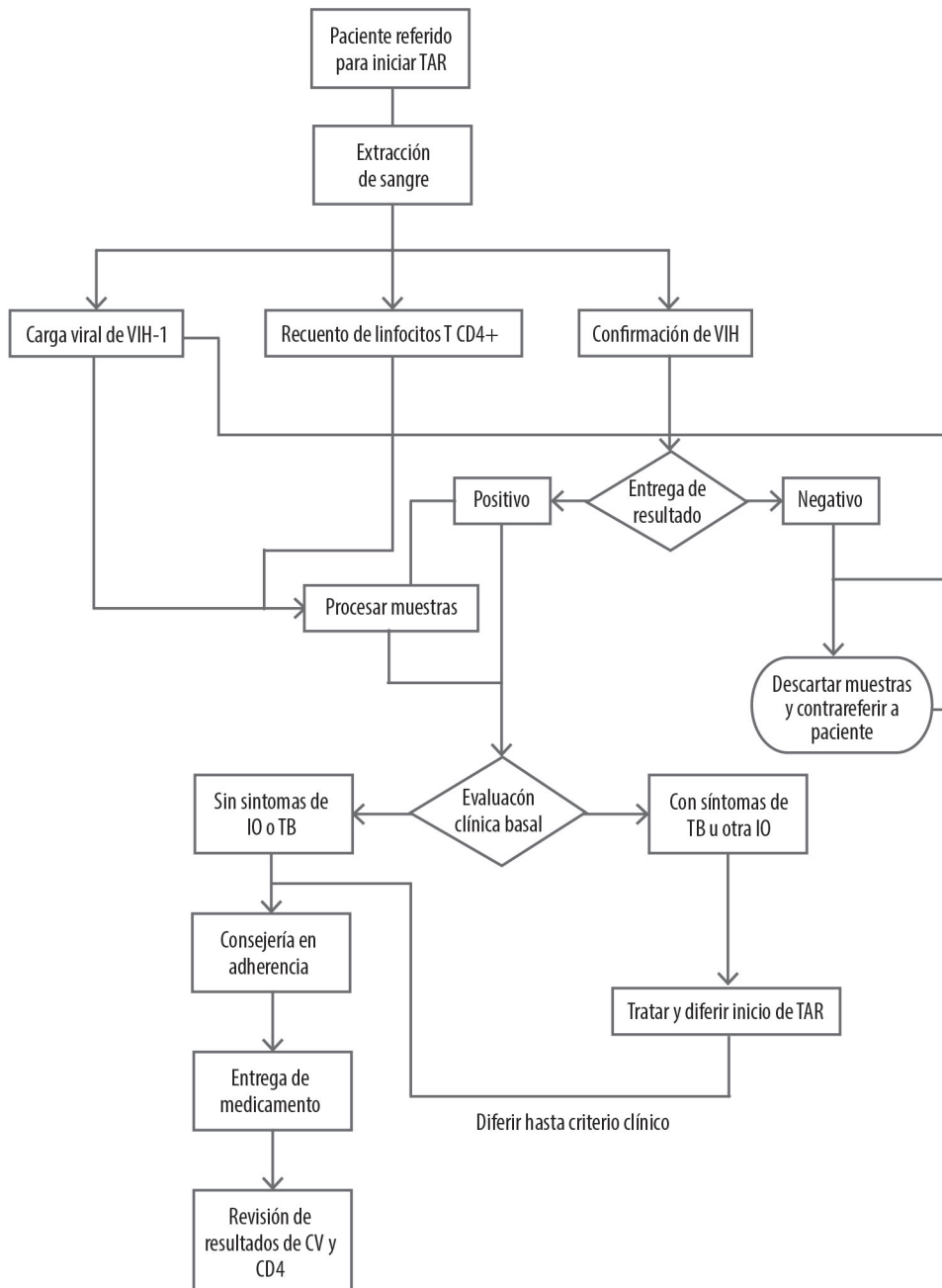
NÚMERO	ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	TIEMPO ESTIMADO

NÚMERO	ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	TIEMPO ESTIMADO
1	Extracción de sangre venosa	Extracción de sangre venosa para confirmación de diagnóstico de VIH	Flebotomista	5 min
2	Evaluación clínica basal	Examen clínico basal, para enfermedad común	Médico	20 min
3	Realización de algoritmo diagnóstico de VIH	Confirmación de diagnóstico de VIH, mediante retesteo	Laboratorista	30 min
4	Extracción de sangre venosa para exámenes basales	Extracción de sangre venosa para exámenes basal (CD4+, CV, química sanguínea)	Flebotomista	5 min

Anexo 4: Formato para captura de información de línea base de tiempo de inicio de TAR

Código	Fecha diagnóstico VIH	Fecha confirmación diagnóstico VIH	Fecha de CD4+ basal	Resultado (cel/uI)	Fecha CV basal	Resultado	Esquema de TAR de inicio	Fecha de CV control	Resultado	Fecha de CD4 control	Resultado	Fecha de CV control 12 meses	Resultado

Anexo 5: Flujo de atención optimizado



Anexo 6: Indicadores para seguimiento de inicio rápido

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	DESAGREGACIÓN
Proporción de personas que inician TAR inmediatamente	Número de personas que inician TAR en menos de 24 horas a partir del primer contrato con la clínica	Número de personas que inician TAR en el periodo de reporte	Sexo, población clave y embarazo
Proporción de personas que inician TAR rápido	Número de personas que inician TAR en menos de 7 días a partir del primer contrato con la clínica	Número de personas que inician TAR en el periodo de reporte	Sexo, población clave y embarazo
Retención a los 12 meses de TAR	Número de personas que se mantienen vinculadas a TAR 12 meses luego de haber iniciado	Número de personas que inician TAR en el periodo de reporte	Sexo, población clave y embarazo Inicio rápido, inicio inmediato e inicio estándar
Supresión viral a los 6 meses de TAR	Número de personas en TAR con CV menor a 1000 cp/ml, luego de 6 meses en TAR	Número de personas con 6 meses en TAR que se realizaron CV	Sexo, población clave y embarazo Inicio rápido, inicio inmediato e inicio estándar
Supresión viral a los 12 meses de TAR	Número de personas con 12 meses en TAR, con resultado de CV menor a 1000 cp/ml, luego de 12 meses en TAR	Número de personas con 12 meses en TAR que se realizaron CV control	Sexo, población clave y embarazo Inicio rápido, inicio inmediato e inicio estándar

