

Marzo 2022



Iniciación Rápida de TAR: Una estrategia fundamental para poner fin a la epidemia de VIH

Ending
The
HIV
Epidemic



Technical Assistance Provider
innovation network

Resumen de los aportes de los dos seminarios web de la red de proveedores de asistencia técnica para la innovación (TAP-in, por sus siglas en inglés) de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés)

Es un Proyecto de  CAI

Copyright © 2022.
Todos los derechos reservados.

Introducción

Acerca de este recurso

Este recurso describe lo que los proveedores de atención del VIH deben hacer para fortalecer o desarrollar un programa de Iniciación Rápida de TAR (IR-TAR) que brinde terapia antirretroviral a los pacientes rápidamente, idealmente el mismo día en que reciben su diagnóstico de VIH. El enfoque de estos recursos está en “cómo” fortalecer o establecer servicios de Iniciación Rápida de TAR. Proporciona información concreta sobre los pasos a seguir, protocolos a modificar y emplear, y otras tareas que son necesarias para implementar este programa. Los consejos e ideas suelen expresarse en viñetas. Los anexos proporcionan ejemplos que pueden modificarse fácilmente. Como resultado, la información descriptiva sobre agencias y programas es mínima, y se han tomado medidas para evitar sugerencias demasiado generales (por ejemplo, reunirse con los clientes donde están).

Este documento complementa las presentaciones y diapositivas de los dos seminarios web de la TAP-in: Iniciación Rápida de TAR: Una estrategia fundamental para poner fin a la epidemia de VIH y Poner fin a la epidemia del VIH a través de innovaciones en la Iniciación Rápida de TAR. Ambas se encuentran en el sitio web de *TargetHIV* en <https://targethiv.org/tap-in>. En este recurso se presenta una descripción general amplia de la IR-TAR, la asistencia técnica y los servicios de capacitación disponibles para las jurisdicciones de “Poner fin a la epidemia del VIH” (EHE, por sus siglas en inglés) y los componentes de la IR-TAR para centros que estén considerando iniciar o mejorar la IR-TAR. Estos componentes fueron identificados por dos fuentes principales:

1. Agencias que presentaron sus programas de implementación de la IR-TAR en la conferencia nacional Ryan White sobre atención y tratamiento del VIH de 2020 (conferencia Ryan White de 2020)
2. Aportes del grupo de expertos. Se recomienda a los usuarios que accedan a los recursos de los [anexos](#) (página 33) para obtener información más detallada sobre temas específicos de la IR-TAR.

Se recomienda que las jurisdicciones de EHE que deseen desarrollar o mejorar las estrategias de la IR-TAR soliciten asistencia técnica a la red de proveedores de asistencia técnica para la innovación (TAP-in) financiada por la HRSA en TAP-in@caiglobal.org. Obtenga más información sobre la TAP-in en <https://targethiv.org/tap-in>

Este proyecto recibió el apoyo de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de EE.UU. como parte de la adjudicación del segundo año, por un total de \$6,000,000, con un 0% financiado con fuentes no gubernamentales. El contenido es de los autores y no representa necesariamente las opiniones oficiales de la HRSA, el HHS o el Gobierno de los Estados Unidos, ni su aprobación.

Índice

■ Descripción general de la IR-TAR.....	1
■ Orientación de HRSA y EHE sobre la IR-TAR.....	3
■ Priorización de la IR-TAR: pasos para la toma de decisiones.....	5
□ Determinar la necesidad y el grado de preparación para la IR-TAR	
■ Implementación de la IR-TAR: áreas de interés.....	7
□ Establecer redes de pruebas y vínculos	
□ Identificar a un responsable de la iniciación rápida/Formar un equipo dedicado a la iniciación rápida	
□ Desarrollar un flujo de trabajo y un protocolo	
□ Garantizar la participación y ofrecer capacitación a los proveedores	
□ Garantizar el acceso a los medicamentos	
□ Apoyar a los pacientes en las primeras citas y a lo largo del tiempo	
□ Utilizar los datos para ayudar a los pacientes y hacer un seguimiento de los resultados	
□ Utilizar la mejora de la calidad para hacer ajustes	
■ Desafíos.....	31
■ Anexos.....	33



Función adicional: A medida que avanza por la caja de herramientas, algunas veces encontrará un código QR junto al texto que le invita a obtener más información sobre una iniciativa o programa. Solo tiene que abrir la aplicación de la cámara de su teléfono inteligente y colocar el cursor sobre el código QR, centrar el código en la pantalla y accederá automáticamente al sitio web o al recurso correspondiente.

Si abre este código QR, será redirigido a nuestra página web Target HIV de la TAP-in. Todos los códigos QR que aparecen en el informe y los códigos QR adicionales de los anexos se encuentran en las páginas 33-35, para que pueda acceder a ellos fácilmente.

Descripción general de la IR-TAR

Definición de la IR-TAR

La Iniciación Rápida de TAR es la administración de terapia antirretroviral (TAR) “lo antes posible tras el diagnóstico de infección por VIH, preferiblemente en la primera visita clínica, e incluso el mismo día del diagnóstico de VIH.”¹ Esta definición se refleja en las pautas del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), que han adoptado recomendaciones para una TAR progresivamente más temprana. Numerosos departamentos de salud locales/estatales y organismos internacionales también han adoptado la IR-TAR, como la OMS y la Sociedad Internacional Antiviral de EE. UU. Varios estados y localidades también han designado la IR-TAR como el estándar de atención.

La mayoría de los programas de IR-TAR de los Estados Unidos definen la IR-TAR como el inicio del TAR en la primera visita clínica tras el diagnóstico del VIH y tienen como objetivo que la primera visita clínica se realice dentro de los 7 días siguientes al diagnóstico (lo más pronto posible).

Efectividad de la IR-TAR

La IR-TAR ahora es el estándar de atención para las personas con nuevos diagnósticos de VIH, según datos sobre su eficacia, como se demostró en varios ensayos controlados aleatoriamente en entornos fuera de los EE. UU. y ensayos de observación en los Estados Unidos. Estos estudios demuestran una disminución del tiempo transcurrido desde el diagnóstico del VIH hasta la atención médica, el inicio de la TAR y la supresión viral; una mayor aceptación de la TAR; altas tasas de supresión viral; y una excelente aceptación por parte de los pacientes. Algunos también han demostrado una mayor permanencia en el cuidado médico. En cambio, la efectividad de la reiniciación rápida del TAR en pacientes que vuelven a recibir atención por el VIH aún no se ha estudiado bien. Sin embargo, la adopción de esta intervención se basa en las buenas prácticas clínicas para eliminar las barreras y reincorporar a los pacientes inmediatamente en el cuidado médico, así como en las recomendaciones de los principales programas de los departamentos de salud.



LA INICIACIÓN RÁPIDA DE TAR ES EL ESTÁNDAR DE ATENCIÓN EN CASOS DE INFECCIÓN POR EL VIH

¹ Inicio y reinicio rápido (inmediato) de TAR: Guía para médicos clínicos. Junio de 2021. <https://aidsetc.org/resource/rapid-immediate-art-initiation-restart-guide-clinicians>

IR-TAR: prioridad para las jurisdicciones de EHE

Por su efectividad, la estrategia de “tratamiento” de la iniciativa de *Poner fin a la epidemia de VIH en EE.UU.* establece lo siguiente: “Tratar a las personas con VIH de forma rápida y eficaz para alcanzar una supresión viral sostenida”. Además, la IR-TAR promueve la I=I (indetectable es igual a intransmisible): las personas con una carga viral indetectable sostenida no transmiten el VIH por vía sexual.

La red de proveedores de asistencia técnica para la innovación (TAP-in), financiada por HRSA, ofrece apoyo a las jurisdicciones de EHE en la implementación de la IR-TAR, como parte de una gama completa de apoyo a las jurisdicciones de EHE. Este documento es sólo una forma de asistencia técnica a las jurisdicciones de EHE (y otras agencias de atención del VIH) sobre la implementación de la IR-TAR dentro de su programación actual de atención del VIH.

Se recomienda que las jurisdicciones de EHE que deseen desarrollar o mejorar las estrategias de la IR-TAR soliciten asistencia técnica a la red de proveedores de asistencia técnica para la innovación (TAP-in) financiada por la HRSA en TAP-in@caiglobal.org.
Obtenga más información sobre la TAP-in en <https://targethiv.org/tap-in>



Orientación de HRSA y EHE sobre la IR-TAR

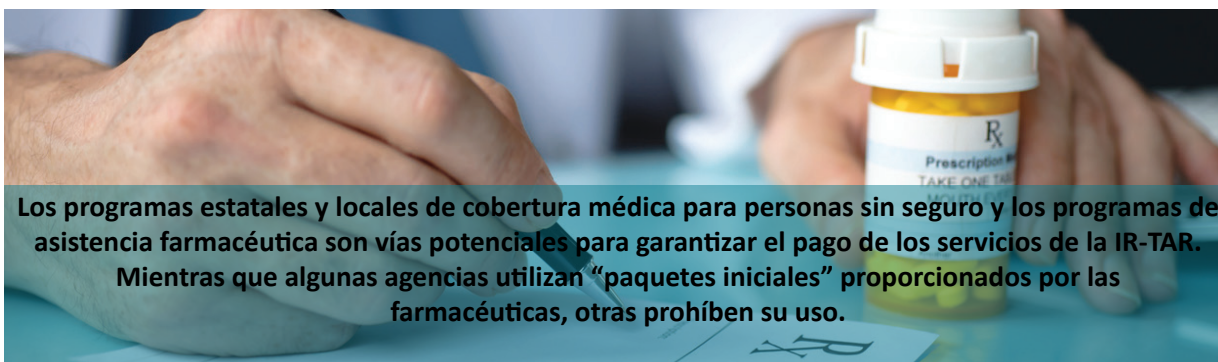
Políticas de HRSA: pago de la IR-TAR

El programa Ryan White contra el VIH/SIDA (RWHAP, por sus siglas en inglés) de HRSA emitió un aviso de política² y una carta del programa³ en 2019 para alinearse con las pautas del tratamiento que establece a la IR-TAR como el estándar de atención del VIH. En resumen, ambos documentos:

- ① Aclaran el requisito legislativo, de que el RWHAP es quien paga el último recurso.
- ② Proporcionan a los beneficiarios flexibilidad y orientación, sobre cómo pueden prestar servicios de IR-TAR antes de establecer la elegibilidad para el RWHAP de un paciente.
- ③ Explican que es responsabilidad del beneficiario recuperar los costos de los pacientes que posteriormente se determine que no son elegibles para acceder a los servicios del RWHAP.

Las agencias del RWHAP deben leer los documentos en su totalidad. A continuación, se muestra un extracto de la carta del programa de 2019:

“El RWHAP de HRSA sigue siendo quien paga el último recurso. Por lo anterior, los receptores y sub-receptores deben certificar y documentar la elegibilidad del cliente y volver a certificar la elegibilidad continua del cliente para recibir servicios del RWHAP de HRSA. En el contexto de un programa de salud pública y entendiendo que el tratamiento del VIH es prevención, se pueden prestar servicios de atención y tratamiento del VIH a las personas que viven con el VIH (PVVS) antes de que se documente la elegibilidad para acceder al RWHAP de HRSA, por un tiempo limitado según lo defina el beneficiario. La oficina contra el VIH/SIDA de HRSA (HAB, por sus siglas en inglés) otorga al receptor la facultad de determinar si está dispuesto a prestar servicios a sus clientes durante el periodo de determinación rápida de la elegibilidad, y en caso afirmativo, qué servicios. El uso de fondos del RWHAP para servicios prestados a las PVVS que finalmente se determine que no reúnen los requisitos para el RWHAP no es admisible y se debe recuperar a través de una fuente de pago alternativa. La oficina HAB de HRSA sigue esperando que los receptores del RWHAP establezcan y supervisen procedimientos para garantizar que los proveedores financiados verifiquen y documenten la elegibilidad de los clientes, tal como se describe en el aviso de aclaración de política (PCN, por sus siglas en inglés) n.º 13-02 de la oficina HAB de HRSA. Determinaciones rápidas de elegibilidad y programa Ryan White contra el VIH/SIDA, carta del programa, 5/2/2019.



² Aclaraciones sobre las determinaciones de elegibilidad del cliente del programa Ryan White y los requisitos de recertificación, el aviso de aclaración de política (PCN) n.º 13-02 (revisado el 1 de mayo de 2019) se relaciona con el aviso de política n.º 16-02. Determinaciones rápidas de elegibilidad y programa Ryan White contra el VIH/SIDA, carta del programa, 5/2/2019 <https://ryanwhite.hrsa.gov/grants>

³ Determinaciones rápidas de elegibilidad y programa Ryan White contra el VIH/SIDA, carta del programa, 5/2/2019 <https://ryanwhite.hrsa.gov/grants>

Uso de los fondos EHE: Innovación y creatividad

Las actividades iniciales de IR-TAR se pusieron en marcha en todo el país desde 2013. Los esfuerzos se intensificaron significativamente en 2019 con un respaldo en las pautas clínicas del HHS y el lanzamiento de la iniciativa “Poner fin a la epidemia del VIH” (EHE) y el pilar 2: El objetivo del tratamiento de “tratar a las personas con VIH de forma rápida y eficaz para alcanzar una supresión viral sostenida”. Los esfuerzos de EHE son: fomentar el inicio rápido de la atención y el tratamiento del VIH para lograr la supresión viral y detener la transmisión; aumentar la capacidad mediante la financiación de las partes A y B del RWHAP en las jurisdicciones de EHE; proporcionar el desarrollo de la capacidad del personal a través del Programa de Centros de Educación y Capacitación sobre el SIDA (AETC, por sus siglas en inglés) de la parte F del RWHAP; y proporcionar asistencia técnica a las jurisdicciones identificadas.

Las jurisdicciones del RWHAP parte A y parte B de EHE recibieron fondos conforme a HRSA-20-078, en el que se explicó que a los receptores se les “recomendó proponer métodos que sean innovadores y creativos; los métodos no se limitan a las categorías de servicios del RWHAP actuales ni a los requisitos de elegibilidad (excepto para un diagnóstico de VIH), y no existe el requisito de gastar al menos el 75 por ciento de la adjudicación en servicios médicos básicos”.

Los servicios de asistencia técnica para las jurisdicciones financiadas por la HRSA-20-078 se proporcionan a través de TAP-in y se puede acceder a ellos a través de TAP-in@caiglobal.org Los receptores pueden buscar asistencia técnica en una amplia gama de temas, incluida la flexibilidad de los fondos de EHE.

Iniciativas de IR-TAR de HRSA

En 2020, HRSA financió una iniciativa de Proyectos Especiales de Importancia Nacional (SPNS, por sus siglas en inglés) para explorar las mejores prácticas de la IR-TAR. Los fondos se otorgaron el 1 de septiembre de 2020. El programa se denomina “Desarrollo de la capacidad para implementar el inicio rápido del TAR para mejorar la participación en el cuidado médico”. La Universidad de California en San Francisco es el centro de evaluación. También hay 15 centros de demostración en el marco de este esfuerzo. Para obtener más información sobre los SPNS, escanee este código QR



Además, en 2020, HRSA financió al Proveedor de Asistencia para la Difusión de IR-TAR de los SPNS, que recopilará información sobre actividades de IR-TAR en todo el país para identificar modelos basados en evidencia. Este trabajo se está llevando a cabo a través de Ciatelli Associates Inc. (CAI), quién también es el proveedor de asistencia técnica de TAP-in. Obtenga más información sobre el proyecto TAP-in.



Priorización de la IR-TAR: pasos para la toma de decisiones

Por qué los centros adoptan la IR-TAR

Los centros de IR-TAR del RWHAP informan varias razones por las que siguen la IR-TAR. Lógicamente, los centros se rigen por la ciencia: la IR-TAR es el estándar de atención. Otros factores de motivación son la promoción por parte de líderes clínicos, la receptividad a los intereses y demandas de los pacientes, la inclusión de la estrategia en los planes locales de EHE y las respuestas a los comentarios de la comunidad procedentes de grupos de planificación, grupos de trabajo especiales y juntas asesoras de consumidores.

El paso más importante a la hora de tomar una decisión sobre la IR-TAR es examinar los datos locales sobre el VIH: ¿quién se está haciendo las pruebas?, ¿quién está abandonando la atención médica?, ¿quién está consiguiendo la supresión viral?, ¿dónde hay margen de mejora?

En general, la IR-TAR se lleva a cabo primero en clínicas que ya disponen de capacidad, por ejemplo, en forma de experiencia clínica, servicios de pruebas del VIH y actividades de vinculación al cuidado médico. Esto se debe a que la IR-TAR requiere la capacidad de administrar el TAR el mismo día o poco después e, idealmente, ofrecer apoyo a los pacientes a lo largo del tiempo.

Determinar la necesidad para la IR-TAR

Para determinar la necesidad para la IR-TAR, primero hay que recopilar datos epidemiológicos del departamento de salud y del equipo de vigilancia del VIH respecto a:

- ¿Quién se somete a la prueba del VIH y da positivo, pero no recibe cuidado médico?
- ¿Cuál es el tiempo que transcurre desde el diagnóstico del VIH hasta la primera visita de cuidado médico para el VIH y el inicio del TAR?
- ¿A quién no se le ofrece TAR o se retrasa su prescripción?
- ¿Quién no sigue con el cuidado médico?
- ¿Cuáles son las tasas actuales de supresión viral?

A continuación, se deben analizar los datos. ¿Cuál es su margen de mejora? ¿Existen diferencias en función de los datos demográficos del paciente (por ejemplo, edad, sexo/género, minoría sexual, raza/etnia, nivel de ingresos, situación de vivienda, residencia en una comunidad desatendida)?

Determinar el grado de preparación para proporcionar la IR-TAR

¿Cómo puede una clínica, o toda una jurisdicción, determinar el grado de preparación para la IR-TAR? A continuación, figura una lista de verificación para orientar esta evaluación. La lista de verificación del centro clínico para la iniciación rápida que figura en la página siguiente (página 6) plantea la siguiente pregunta: ¿Está su centro clínico preparado para ofrecer IR-TAR? Para esta evaluación, el grado de preparación se define por el alcance de la implementación de los sistemas necesarios para proporcionar IR-TAR.

La iniciativa “Llegar a cero” de San Francisco ha desarrollado procedimientos operativos estándar (POE) para la administración de la IR-TAR en todo su sistema de proveedores. Los POE incluyen una serie de herramientas útiles, como un anexo (página 23) con una “lista de verificación del centro clínico para la IR-TAR” que evalúa el grado de preparación en cuanto a funciones y tareas que realiza cada miembro del personal, incluido el personal de recepción, el personal clínico (los que prescriben y personal de enfermería, trabajadores sociales y asesores, personal de laboratorio, farmacias participantes) y los recursos disponibles para los pacientes. Para leer los procedimientos operativos estándar (POE), escanee este código QR.



Instrucciones para completar la lista de verificación del centro clínico para la iniciación rápida: Revise la lista a continuación para determinar hasta qué punto el centro cuenta con los componentes de los servicios de IR-TAR, e indique: establecido, algo establecido, necesita desarrollarse o necesita asistencia técnica y capacitación para el componente. Una vez completada la evaluación, es importante centrarse en las áreas que se deben fortalecer (es decir, que están algo establecidas) o que necesitan desarrollarse.

Componente de la IR-TAR	Establecido	Algo establecido	Necesita desarrollarse	Necesita asistencia técnica, capacitación u otro tipo de apoyo (describir)
Pruebas internas de VIH				
Vinculación con centros de pruebas de VIH				
Proveedores interesados en proporcionar IR-TAR				
Proveedores capacitados para proporcionar IR-TAR				
Acceso a medicamentos TAR (el mismo día)				
Los Flujogramas de trabajo y los protocolos respaldan la provisión de la IR-TAR				
Sistemas establecidos para proporcionar servicios de seguimiento y apoyo para promover la retención (por ejemplo, vivienda, trabajadores comunitarios de la salud (CHW, por sus siglas en inglés), transporte)				
Otros facilitadores (por ejemplo, materiales educativos para pacientes, órdenes permanentes de historias clínicas electrónicas)				

Implementación de la IR-TAR: áreas de interés



Esta sección estudia las ocho áreas de interés para fortalecer o integrar la IR-TAR como parte del estándar de atención. Las consideraciones clave para cada área de interés provienen directamente de las experiencias de varios centros que han planificado e implementado programas de IR-TAR, tal como se compartió en la conferencia Ryan White de 2020 y otros recursos selectos. Las ocho áreas de interés son:

- **Establecer redes de pruebas y vínculos**
- **Identificar a un líder de la iniciación rápida/Formar un equipo dedicado a la iniciación rápida**
- **Desarrollar un flujo de trabajo y un protocolo**
- **Garantizar la participación y ofrecer capacitación a los proveedores**
- **Garantizar el acceso a los medicamentos**
- **Apoyar a los pacientes en las primeras citas y a lo largo del tiempo**
- **Utilizar los datos para ayudar a los pacientes y hacer un seguimiento de los resultados**
- **Utilizar la mejora de la calidad para hacer ajustes**

Establecer redes de pruebas y vínculos

Las clínicas de IR-TAR deben ser capaces de identificar y recibir a las personas que dan positivo en las pruebas del VIH, ya sea internamente o a través de referencias.

- Para los nuevos diagnósticos de VIH, las clínicas necesitan vínculos estrechos con los centros de pruebas y protocolos de referencia eficientes.
- Las clínicas necesitarán métodos para identificar a las personas que anteriormente dieron positivo y no están recibiendo TAR (nunca lo iniciaron o lo iniciaron, pero luego lo interrumpieron), e involucrarlas o volverlas a involucrar en el cuidado médico.
 - Los métodos para mantener el compromiso con la atención pueden incluir los siguientes: visitas más frecuentes a la clínica, pagar el transporte a la clínica con tarjetas regalo o viajes compartidos, llamadas telefónicas o mensajes de texto regulares, control de la adherencia a distancia (por ejemplo, con capsulas de Bluetooth para la medicación, llamadas telefónicas), almacenamiento de la medicación en la clínica, promoción comunitaria y conseguir el apoyo de amigos y familiares del paciente, si corresponde.

Con ambos tipos de clientes, las clínicas deben establecer un flujograma de trabajo que incluya un único punto de contacto para aceptar las referencias, organizar la visita de admisión rápida y activar el equipo de IR-TAR. Las clínicas deben disponer de servicios y sistemas de referencia para los pacientes que tengan dificultades (por ejemplo, falta de vivienda estable) que probablemente dificulten la adopción rápida de la IR-TAR y la participación continua en el cuidado médico del VIH.

Asignar un único punto de contacto para gestionar las referencias y la participación en el cuidado médico.

Pruebas de VIH en laboratorio frente a pruebas en el punto de atención

Se puede ofrecer el inicio del tratamiento rápido contra el VIH tras una prueba positiva, independientemente del tipo de prueba utilizada.

- Los centros que envían las pruebas del VIH a los laboratorios pueden iniciar o derivar el tratamiento inmediatamente después de recibir el resultado positivo confirmado de la prueba y organizar la obtención de muestras para las pruebas de laboratorio de referencia recomendadas, como la carga viral, la determinación del genotipo para la resistencia a los medicamentos y las pruebas de la función renal.
- Los centros que realizan pruebas rápidas de detección de anticuerpos contra el VIH 1/2 en el punto de atención pueden (1) esperar los resultados de las pruebas confirmatorias; (2) considerar el uso de una segunda prueba rápida diferente después de una prueba reactiva inicial para mejorar el valor predictivo positivo de la primera prueba antes de iniciar o derivar el TAR el mismo día; o (3) derivar o iniciar el TAR mientras se esperan los resultados de una prueba confirmatoria y otros análisis de laboratorio.

La decisión de iniciar o no la IR-TAR basada en una prueba rápida reactiva antes de la confirmación depende de las circunstancias específicas de cada programa:

- La probabilidad de que el resultado de una prueba rápida reactiva sea realmente positivo es alta en personas con factores de riesgo reconocidos para el VIH y en comunidades de alta prevalencia.

- El inicio de la IR-TAR tras un resultado de una prueba rápida reactiva reduce la pérdida de seguimiento de las personas que podrían no volver para obtener el resultado de confirmación.
- El inicio rápido de TAR también puede reducir el tiempo durante el cual las personas con VIH recién diagnosticado pueden transmitir el virus.
- Para el pequeño porcentaje de personas que resultan no estar infectadas, el TAR puede interrumpirse al recibir los resultados definitivos de la prueba del VIH. Los estudios de trabajadores de salud no infectados que inician profilaxis de post-exposición y de mujeres embarazadas no infectadas con resultados falsos positivos en las pruebas rápidas no han mostrado efectos adversos de un ciclo corto de TAR.
- Las fuentes de apoyo para pagar los medicamentos de TAR de las personas que dan negativo en la prueba del VIH pueden plantear problemas adicionales.

Algunos médicos clínicos pueden sentirse incómodos prescribiendo un régimen TAR antes de que los resultados de laboratorio establezcan si el paciente tiene infección por VIH confirmada, insuficiencia renal o un virus resistente a la medicación. Sin embargo, la experiencia clínica con el TAR inmediato sugiere que los proveedores rara vez tienen que interrumpir o modificar el régimen inicial.

Identificar a un líder de la iniciación rápida y formar un equipo dedicado a la iniciación rápida

Los programas de IR-TAR suelen basarse en programas clínicos ya existentes que han tenido éxito (por ejemplo, el programa de detección del VIH, clínicas del VIH, el programa de profilaxis de preexposición o clínicas de salud sexual). La experiencia y la pasión del personal existente constituyen una base fundamental para añadir la IR-TAR a las operaciones de estas clínicas. En general, un miembro del personal actúa como líder de la IR-TAR. Para el diseño y la implementación, lo mejor es contar con un equipo de profesionales multidisciplinares dedicados a la IR-TAR, de modo que se puedan incorporar al programa conocimientos y habilidades variados.



Desarrollar un flujograma de trabajo y un protocolo

En la conferencia nacional Ryan White de 2020, varios centros de IR-TAR presentaron información sobre sus objetivos, dotación de personal y medidas para comprometer a los pacientes en el cuidado de su salud y trabajar con ellos. Por lo general, los programas establecen flujogramas de trabajo y protocolos formales para establecer estos elementos. A continuación, se exponen los más destacados.

Personal. Los centros deben contar con personal disponible para atender en cualquier momento a los pacientes de la IR-TAR (por ejemplo, los que acuden sin cita previa). Las funciones del personal también deben estar claramente definidas, tanto las del personal interno de la clínica como las del personal externo (por ejemplo, los promotores comunitarios del departamento de salud, en casos en que las clínicas carezcan de estos perfiles).

Flujo de trabajo y funciones del personal

Designar el proceso de admisión y procesamiento, que suele abarcar lo siguiente:

- Activación del equipo/proceso rápido, que incluye:
 - Funciones del personal clínico que interactúa con los pacientes.
 - Una descripción de quién realizará las actividades fundamentales durante la visita de la IR-TAR y en qué orden.
- Calendario de las determinaciones de elegibilidad y optimización de beneficios (por ejemplo, trabajador de evaluación de beneficios, trabajador social o gerente de casos), de acuerdo con la política de la clínica/el RWHAP y el uso de los fondos EHE.
- Garantizar el acceso a los medicamentos (por ejemplo, dispensación directa o a través de un farmacéutico).
- Mecanismos de apoyo continuo al paciente (por ejemplo, promotor comunitario, consejero de adherencia).

Los flujogramas de trabajo tienen que tender a reducir al mínimo el número de personas que interactúan con un paciente nuevo y hacer hincapié en la entrega cordial de un paciente de un servicio a otro.

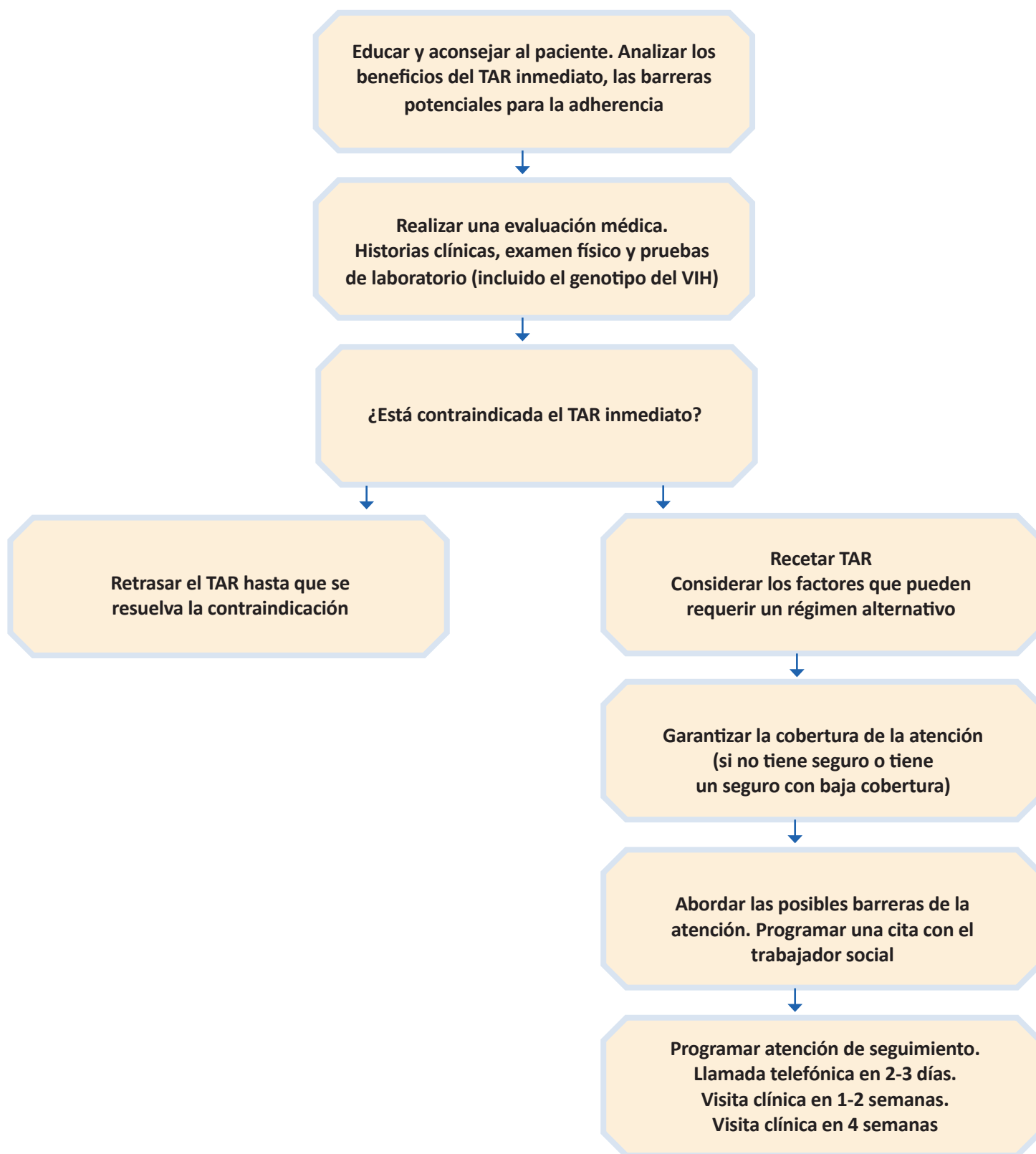


Los pasos fundamentales incluyen los siguientes:

- Revisar los resultados de la prueba del VIH con el paciente. Determinar si el paciente tiene un resultado confirmado de la prueba del VIH o un resultado de una prueba rápida de detección del VIH que requiera pruebas adicionales.
- Informar a la persona sobre las opciones de tratamiento, incluida la IR-TAR, y evaluar si está dispuesta a iniciarla.
- Evaluar la elegibilidad para el inicio inmediato del TAR. Las principales contraindicaciones son:
 - Signos o síntomas de una infección oportunista del sistema nervioso central (en este caso, el TAR puede retrasarse mientras se realiza el tratamiento inicial de la infección oportunista)
 - Enfermedad hepática o renal que pueda afectar a la dosificación de la medicación.
- Determinar las preferencias del paciente (por ejemplo, dónde desea recibir la atención, en la clínica o en otro lugar).
- Establecer u optimizar la cobertura del seguro, si es necesario.

Los pasos del flujograma de trabajo pueden diferir para los pacientes recién diagnosticados frente a los previamente diagnosticados que no participan en el cuidado médico, o para los pacientes sin cita previa evaluados en otro lugar.

Pasos clínicos en la iniciación del TAR el mismo día. Ejemplo de flujograma de trabajo de la IR-TAR. Adaptado de la guía de IR-TAR para médicos clínicos de la ciudad de Nueva York.



Protocolo

Los protocolos de la IR-TAR se diferencian de los flujogramas de trabajo en que proporcionan más detalles. Los protocolos se adaptan a las circunstancias de cada clínica y describen lo siguiente:

- **Las funciones de los miembros del personal.** (Nota: Algunos protocolos incorporan funciones de cambio de tareas para que los enfermeros diplomados o los auxiliares médicos actúen con un ámbito de práctica ampliado o utilicen órdenes permanentes para apoyar mejor los componentes de un programa rápido).
- **Actividades en la visita rápida inicial** (por ejemplo, inscripción/optimización del seguro/beneficios, evaluación del paciente, historia clínica y examen físico, pruebas de laboratorio, apoyo/educación, suministro de recetas).
- **Regímenes de TAR preseleccionados designados** (opciones de prescripción de recetas, uso de paquetes iniciales si están disponibles y permitidos).
- **Planes para el seguimiento de los pacientes** (por ejemplo, frecuencia, personas responsables).
- **Dónde realizar consultas con expertos** (por ejemplo, para interpretar resultados confusos de pruebas, diseñar regímenes TAR individualizados, analizar comorbilidades médicas/psiquiátricas). Un recurso fundamental es el Centro Nacional de Consulta Clínica de los Centros de Educación y Capacitación sobre el SIDA (AETC, por sus siglas en inglés), financiado por HRSA. Para visitar el sitio web, escanee este código QR.



Consulte los recursos del anexo para ver ejemplos de flujogramas de trabajo y protocolos.



Garantizar la participación y ofrecer capacitación a los proveedores

Participación

La IR-TAR es un enfoque relativamente novedoso de la atención y el tratamiento del VIH. Por lo tanto, puede suponer un reto para los gestores, los médicos clínicos experimentados en VIH y el resto del personal. Algunos centros de IR-TAR informan que puede existir resistencia por parte de los miembros experimentados del personal que están acostumbrados a revisar una serie de resultados de pruebas diagnósticas y a una evaluación prolongada del grado de preparación antes de prescribir el TAR. Por lo tanto, es crucial conseguir la participación de los directivos de la clínica, ya que son ellos los que marcan la pauta al resto del personal sobre por qué es fundamental la IR-TAR. Entre las opciones para buscar y asegurar la participación de los directivos se incluyen las siguientes:

- Presentar datos sobre los beneficios y la efectividad de la IR-TAR.
- Explicar cómo se puede incorporar la IR-TAR en el funcionamiento actual de una clínica (por ejemplo, a través de un grupo de trabajo del personal, la adopción de protocolos de otros centros).
- Describir ejemplos de éxito de otros programas de IR-TAR en la comunidad.

Capacitación

Capacitar a todo el personal que atiende a pacientes de IR-TAR, incluido el personal de recepción, de laboratorio y clínico. Esto ayuda a garantizar que los pacientes tengan una experiencia fluida en la visita inicial. Además, la IR-TAR se administra mejor a través de un equipo, que puede incluir a los y las médico(s) clínico(s), el asesor, el consejero de prestaciones y el promotor comunitario.

Considerar formatos y métodos variables para los proveedores de la capacitación. Algunos ejemplos son:

- Formación continua del personal.
- Folletos/volantes para el personal, colocados en las zonas de personal.
- Reuniones individuales con el personal, como juntas, para abordar preguntas y respuestas de forma individual o en grupos reducidos.
- Visualización de datos para comunicar al personal los beneficios de la IR-TAR.
- Datos a nivel clínico para mostrar los efectos del programa rápido en los pacientes e identificar áreas de mejora.

Los temas de la capacitación pueden incluir, por ejemplo, datos sobre la efectividad y los resultados; información sobre el interés y la aceptación de los pacientes; la viabilidad de iniciar el TAR antes de disponer de los resultados de laboratorio de referencia (o de confirmación); y una explicación sobre cómo se pueden realizar ajustes en la medicación en el caso de ser necesario basándose en los resultados de las pruebas de resistencia genotípica.

La capacitación del personal sobre la IR-TAR está disponible en la TAP-in en TAP-in@caiglobal.org y en los Centros de Educación y Capacitación sobre el SIDA (AETC) de HRSA en <https://aidsetc.org>.



Garantizar el acceso a los medicamentos

Los pacientes deben tener la opción de iniciar la TAR de inmediato en la visita inicial de admisión al cuidado médico del VIH. Lo ideal es que las prestaciones del seguro estén activas para que los medicamentos puedan suministrarse tras la recepción de una receta (ya sea a través de una farmacia del propio centro o de una farmacia comercial). Sin embargo, los pacientes pueden encontrarse con obstáculos (por ejemplo, la falta de seguro o la ausencia de una determinación previa de elegibilidad). Los centros utilizan varias opciones para facilitar el TAR en el mismo día, entre ellas:

- Paquetes iniciales adquiridos por la clínica o donados por empresas farmacéuticas. Los paquetes iniciales ayudan a los clientes que no pueden obtener los medicamentos inmediatamente en la farmacia (por ejemplo, problemas con el seguro o el copago; requisitos para el uso de una farmacia de pedidos por correo; obstáculos prácticos para acceder a una farmacia como el transporte o un horario comercial limitado). Algunos centros, sin embargo, pueden tener políticas que prohíben las donaciones de empresas farmacéuticas.
- Programas de asistencia farmacéutica al paciente. Algunos brindan acceso las 24 horas a la inscripción. Estos programas incluyen lo siguiente:



Gilead Advancing Access



Janssen Care Path



ViiV Connect

- Un proceso simplificado de solicitud y elegibilidad para el Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) o Medicaid.
- Bonos Ryan White, que reflejan la intención de un centro de cubrir los costos con fondos del RWHAP a la espera de que se determine si el paciente reúne los requisitos para el RWHAP o de recuperar los costos de otras fuentes para los pacientes que no reúnen los requisitos para el RWHAP.

En particular, los bonos Ryan White son un ejemplo de un problema potencial más amplio: la incapacidad de una clínica para obtener el reembolso de los gastos de medicación que no están cubiertos por el RWHAP o el seguro. (Regrese a la página 3 para revisar la Guía de HRSA y EHE sobre la IR-TAR).



Apoyar a los pacientes en las primeras citas y a lo largo del tiempo

La IR-TAR no consiste simplemente en suministrar medicamentos a los pacientes. Los pacientes deben recibir un apoyo amplio en la cita inicial y a lo largo del tiempo. En general, los programas responden más rápidamente a los pacientes que pueden defender sus propias necesidades. Sin embargo, la IR-TAR debe centrarse en los pacientes con menos probabilidades de asistir con el tiempo, que pueden ser menos activos a la hora de responder a su propio cuidado médico. Este compromiso de centrarse en los pacientes con mayor riesgo de perder el seguimiento funciona mejor cuando el número de pacientes de IR-TAR es relativamente pequeño.

Entre las consideraciones a tener en cuenta para el apoyo a los pacientes figuran las siguientes:

- Para los nuevos diagnósticos de VIH, las clínicas deben estar preparadas para proporcionar el apoyo emocional necesario, ya que la noticia de tener VIH puede ser abrumadora para los pacientes. Una técnica consiste en limitar el número de personas con las que se encuentra el paciente durante la visita rápida inicial. Informar a los pacientes que tienen un contacto principal, pero explicarles que hay un equipo que les presta apoyo. Además, el personal debe estar capacitado o tener experiencia en el manejo de situaciones emocionales. Un centro de IR-TAR utiliza coordinadores de vinculación para ayudar a los médicos clínicos que pueden tener poca o ninguna experiencia en el diagnóstico del VIH y se sienten más cómodos haciéndolo con asistencia.
- Facilitar al paciente un número de teléfono para ponerse en contacto con la clínica. Es probable que muchos pacientes busquen apoyo y aclaraciones al día siguiente de su diagnóstico inicial y de la sesión de la IR-TAR.
- En el caso de los pacientes que han abandonado la atención médica y se están reincorporando, hay que estar preparado para analizar por qué abandonaron la atención y ofrecerles intervenciones adicionales para mantener su compromiso con la atención en el futuro, como controles más frecuentes (por ejemplo, llamadas, visitas clínicas en persona, sesiones de telesalud).



La primera cita de atención médica

Una vez que se ha establecido el diagnóstico de VIH con el paciente, se deben tratar diversas cuestiones en la primera cita con un paciente de IR-TAR. Los siguientes pasos ayudan a establecer una relación con la persona:

- Presentar al paciente al equipo de atención médica e indicar qué servicios recibirá y quién se los prestará.
- Luego de las presentaciones iniciales, designar un único punto de contacto para el paciente. Esto proporcionará una experiencia más personalizada y evitará abrumar a la persona.
- Preguntar al paciente si desea que amigos o familiares le acompañen en esta visita o en las siguientes. Los amigos y la familia pueden proporcionar apoyo emocional y ayudar al paciente a mantener su compromiso con los cuidados y el cumplimiento de la medicación.
- Evaluar las oportunidades de estigmatización o trauma relacionados con el VIH en la vida del paciente. Es posible que el paciente no pueda revelar su situación a nadie o que tenga que esconder los medicamentos en su casa. Elaborar un plan que el paciente se sienta cómodo llevando a cabo.
- Establecer u optimizar las prestaciones del seguro y el acceso a la medicación. Suele hacerlo un asesor de prestaciones o un gestor de casos.
- Crear un plan de cuidados inicial basado en una evaluación de necesidades/aptitud.
- Suministrar medicamentos TAR, idealmente el mismo día y administrados por un miembro del personal clínico designado.
- En el caso de los pacientes sin alojamiento, ayudarlos a almacenar la medicación, por ejemplo, mediante armarios de autoalmacenamiento en la clínica, collares de medicación con bolsas de medicación diaria, tobilleras de medicación; o trabajar con la farmacia para dispensar cantidades más pequeñas que el paciente pueda gestionar (por ejemplo, clientes sin alojamiento que no puedan conservar un suministro mayor).
- Ofrezca asesoramiento sobre temas como la superación de problemas, la comunicación con la familia y los amigos y el acceso a asesoría en el futuro. Ayudar al paciente a identificar a alguien con quien pueda hablar de su estatus. No es necesario que el paciente lo revele a nadie si no se siente cómodo haciéndolo.
- Proporcionar enlaces/referencias a los servicios necesarios. La vivienda estable y el tratamiento del consumo de sustancias son los factores que con más probabilidad fomentan el éxito del paciente a la hora de mantener el compromiso con el cuidado médico. Por ejemplo, considerar la inducción con buprenorfina en el consultorio para pacientes con consumo de sustancias, si es necesario.
- Asegurarse que el paciente programe un seguimiento antes de que finalice la primera visita y conozca el plan para su atención continua. Este paso ayuda a demostrar que se le está apoyando y que seguirá teniendo acceso al cuidado médico.
- Obtener las muestras necesarias para las pruebas de referencia de laboratorio y concretar una cita para comentar los resultados.

Uno de los objetivos de la primera cita es conseguir que la persona vuelva para su segunda cita.

Apoyar la permanencia en el cuidado médico

Considerar lo siguiente para apoyar la retención del paciente en el cuidado médico:

- Comunicar a los pacientes el objetivo de la terapia, que es el cuidado del VIH de por vida con supresión viral. Además, informar a los pacientes que un tratamiento eficaz con supresión viral previene la transmisión del VIH: indetectable equivale a intransmisible (I=I) porque las personas con una carga viral indetectable sostenida no transmiten el VIH por vía sexual.
- Programar las próximas citas con antelación en la primera visita.
- Proporcionar viajes compartidos, bonos de transporte público o tarjetas regalo para asistir a visitas posteriores.
- Considerar las visitas de telesalud como una opción, o incluso como un método preferido para algunas visitas futuras.
- Recurrir a un promotor comunitario, amigos o familiares para ayudar al paciente a acudir a las citas.
- Recordar a los pacientes que acudan a las citas de seguimiento mediante mensajes de texto y llamadas telefónicas.
- Prestar mayor atención a los pacientes que no acuden (por ejemplo, para determinar por qué no acuden a las citas y proponer soluciones).

Utilizar los datos para ayudar a los pacientes y hacer un seguimiento de los resultados

El RWHAP cuenta con un sólido sistema de datos a nivel de cliente que puede adaptarse fácilmente a la recopilación de datos sobre la IR-TAR. A continuación, se exponen las consideraciones a tener en cuenta a la hora de añadir elementos de datos sobre la IR-TAR.

Establecer objetivos e indicadores y hacer un seguimiento de los datos

El establecimiento de objetivos para la IR-TAR implica analizar la situación de referencia actual de los pacientes de su centro y determinar los objetivos para lograr mejoras. Los objetivos y los elementos de datos deben ser objeto de seguimiento de:

- Datos demográficos (para ayudar a identificar variaciones entre poblaciones de pacientes).
- Días desde el diagnóstico hasta la primera visita, hasta el inicio de la TAR y hasta la supresión viral.
- Porcentaje de pacientes que aceptan la IR-TAR en el momento del diagnóstico.
- Satisfacción del paciente o experiencia del paciente.
- Porcentaje de pacientes que logran la supresión viral.
- Tasas de retención.

Análisis y uso de datos

Los datos de la IR-TAR deben utilizarse para controlar las tendencias e identificar las variaciones entre las poblaciones de pacientes. Cuestiones como las disparidades en la entrega o aceptación de la IR-TAR, en la supresión viral a y en las pérdidas de seguimiento pueden evaluarse con mayor detalle para abordar tanto las necesidades individuales de los pacientes como el éxito programático, y para realizar ajustes en las operaciones de la IR-TAR.

La visualización de los datos es una de las formas más efectivas de presentarlos, especialmente en el caso de un programa de la IR-TAR más reciente, en el que una presentación dinámica de los resultados puede reforzar la participación por parte de los proveedores clínicos sobre el valor de la IR-TAR.



Observaciones sobre la recopilación y el uso de datos

Los organismos del RWHAP gestionan los datos de la IR-TAR de diversas maneras. La clínica Birmingham 1917 ha elaborado un formulario de compromiso de atención para utilizarlo en su sistema de historias clínicas electrónicas. El formulario les ayuda a garantizar la exactitud y la documentación adecuada. Varias jurisdicciones de EHE tienen previsto utilizar CAREWare para hacer un seguimiento de los datos de IR-TAR. El Departamento de Salud de la ciudad de Baltimore prevé un mayor número de revisiones de historiales y nuevos procesos para examinar con más frecuencia a los nuevos pacientes, para evitar que las personas se queden sin atención. Baltimore también quiere comparar los datos de los pacientes de un año a otro para identificar tendencias, mejoras y retos, como hacer comparaciones entre los que se pierden durante el seguimiento y los que inician la IR-TAR por primera vez. La zona de la bahía de San Francisco está desarrollando un plan de la IR-TAR para toda el área y ha identificado la necesidad de disponer de datos en tiempo real en algunos condados para comprender los éxitos y las deficiencias de la IR-TAR. Están desarrollando datos rápidos compartidos en toda la región.

Utilizar la mejora de la calidad para hacer ajustes

La gestión de la calidad es uno de los elementos fundamentales del RWHAP, ya que los centros financiados utilizan técnicas de mejora de la calidad para fijar objetivos, supervisar las actividades y realizar los ajustes necesarios. En la conferencia Ryan White 2020, los centros de salud familiar del Langone de la universidad de Nueva York expusieron su labor de mejora de la calidad, en virtud de la cual se fijaron objetivos para mejorar los resultados de la vinculación al cuidado médico en 3 y 7 días. Entre sus tres pasos figuraban:

- Generar un informe diario de los resultados del VIH en toda la red. Se generaron los datos automáticamente a través del sistema. El gestor de la calidad de los datos sobre el VIH revisó los informes manualmente. Se alertó al personal de navegación de los resultados positivos de los pacientes que aún no se sabía que recibían atención del VIH en el centro.
- Establecer un protocolo de pruebas rápidas para confirmar los resultados de las pruebas con una prueba rápida diferente (de acuerdo con las pautas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades o CDC, por sus siglas en inglés). Un resultado reactivo en dos pruebas permite al centro derivar inmediatamente y sin problemas a los pacientes a la atención del VIH. El protocolo indicó las funciones para que el personal comprendiera cómo debía llevarse a cabo la vinculación con la atención.
- Capacitación de los proveedores a través de juntas individuales con el personal y un folleto para proveedores. La capacitación de los proveedores también hizo hincapié en el valor de implicar a los promotores comunitarios de pacientes para ayudar a los proveedores en la entrega de los resultados de las pruebas del VIH.



Desafíos



La IR-TAR es un enfoque relativamente nuevo y puede requerir muchos recursos a la hora de conseguir tiempo suficiente para ayudar a los pacientes, ya que muchos tienen múltiples dificultades para comprometerse y seguir recibiendo atención. A continuación, se exponen algunos de los desafíos que los centros de IR-TAR han identificado:

- Es posible que los pacientes que inician la IR-TAR a través de una referencia no lo hagan con la misma rapidez que los pacientes que se someten a las pruebas internamente. Esto simplemente se debe a que el paso previo de una referencia y una visita fuera del centro puede provocar alguna pérdida en el seguimiento (por ejemplo, cuando un paciente carece de transporte hacia un centro).
- Algunos centros no pueden facilitar el acceso a los medicamentos a los pacientes que no tienen seguro o tienen un seguro con baja cobertura). Esto incluye clínicas sin farmacia y centros que no pueden utilizar paquetes iniciales debido a prohibiciones normativas.
- La participación de los proveedores puede ser difícil de conseguir cuando se pide al personal que dé prioridad y acomode a los pacientes de IR-TAR, algo que puede ocurrir y ocurre sin previo aviso.
- Las clínicas pueden carecer de tiempo suficiente para dedicar a los pacientes en el momento del diagnóstico y en las visitas posteriores.
- Algunos pacientes tienen múltiples dificultades que pueden retrasar su compromiso inicial con el cuidado médico del VIH y aumentar la pérdida de su vinculación al cuidado médico. Naturalmente, se necesitará más tiempo del personal y más servicios para proporcionar el apoyo necesario.
- Puede que los costos de laboratorio resulten difíciles de cubrir para los pacientes que no tienen seguro o tienen un seguro deficiente. Las principales empresas de laboratorios pueden negociar precios más bajos para las pruebas que no paga el seguro o incluso ofrecer servicios de laboratorio gratuitos como parte de un contrato con una clínica. Para cubrir estos costos, una clínica puede recurrir a la financiación 340b o EHE, a los fondos generales de la clínica o al recaudo de fondos de la comunidad.

Anexos

Para facilitar su uso, hemos creado códigos QR para cada recurso de los siguientes anexos. Solo tiene que abrir la aplicación de la cámara de su teléfono inteligente y colocar el cursor sobre el código QR, centrar el código en la pantalla y accederá automáticamente al sitio web o al recurso correspondiente. Todos los códigos QR del documento se encuentran también aquí. Nota: aunque los títulos de los documentos que van ligados a los QR están en español todos los documentos están disponibles únicamente en inglés.

Pautas y guías



Pautas del HHS para el uso de agentes antirretrovirales en adultos y adolescentes que viven con el VIH: inicio de la terapia antirretroviral.



Inicio y reinicio rápido (inmediato) de TAR: Guía para médicos clínicos. Junio de 2021.



Medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH en adultos, 2020. Recomendaciones del Panel de la Sociedad Internacional de Antivirales de Estados Unidos.

Protocolos



“Llegar a cero” Consorcio de San Francisco. Recursos para proveedores y consumidores sobre IR-TAR, PrEP y pruebas/ tratamiento/atención. Incluye inicio inmediato de TAR tras el diagnóstico de VIH (folleto informativo para proveedores), Departamento de Salud Pública de San Francisco, 6/2019.



Protocolo de inicio rápido de Louisiana.



Inicio inmediato del tratamiento del VIH. NYC Health.



Cuando iniciar la terapia antirretroviral, con un protocolo de iniciación rápida. Instituto del SIDA del Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Enero de 2020.

Descripción de los programas IR-TAR

En la conferencia Nacional Ryan White de 2020, se llevaron a cabo múltiples talleres y sesión de pósteres sobre IR-TAR. Las sesiones describieron sus protocolos, la capacitación del personal, la mejora de la calidad, la educación de los proveedores y otras características. Están disponibles en Targethiv.org



Planes de la IR-TAR



Plan integrado de prevención y atención del VIH del estado de Florida 2017- 2021. El plan de Florida para eliminar la transmisión del VIH y reducir las muertes relacionadas con el VIH incluye cuatro componentes clave, entre ellos la implementación del modelo de prueba y tratamiento para suministrar medicamentos lo antes posible tras un diagnóstico de VIH.



Estado de Nueva York, iniciación rápida del tratamiento antirretroviral (RIA, por sus siglas en inglés) del VIH, revisado en 2019.



California. Sentar las bases para “Llegar a cero”: Plan integrado de observación, prevención y atención del VIH de California, Departamento de Salud Pública de California, 2016.

Oficina contra VIH/SIDA de HRSA e IR-TAR



PCN 13-02: Aclaraciones sobre las determinaciones de elegibilidad de los clientes del programa Ryan White y los requisitos de recertificación (revisado el 5/1/2019).



Oficina contra VIH/SIDA de la HRSA, elegibilidad y determinaciones de IR-TAR. Carta del administrador asociado, Oficina contra VIH/SIDA de la HRSA, 2 de mayo de 2019. Y “elegibilidad y determinaciones de IR-TAR”. Carta del administrador asociado, Oficina contra VIH/SIDA de la HRSA, 2 de mayo de 2019.



Programa Ryan White contra el VIH/sida de la HRSA, Involucrar a las personas con VIH en los programas de atención y terapia antirretroviral rápida para ayudar a poner fin a la epidemia de VIH Boletín CAREAction, septiembre de 2019.



Avanzar en la innovación para poner fin a la epidemia de VIH: Aspectos destacados del RWHAP de 2019 de la HRSA.

Artículos de revistas selectos



Bacon O, Coffey S, Hsu L, Chin J, y otros. Desarrollo de una iniciativa de terapia antirretroviral rápida en toda la ciudad de San Francisco, AJPM 2021 61(5): S47-S54.



Coffey S, Bacchetti P, Sachdev D, Bacon O, y otros. IR-TAR: Altas tasas de supresión viral con el inicio inmediato de la TAR en una población clínica urbana vulnerable. AIDS 2019 33(5):825-832.



Colasanti J, Sumitani J, Mehta CC, y otros. La implementación de un programa de entrada rápida reduce el tiempo de supresión viral entre las personas vulnerables que viven con el VIH en el sur de los Estados Unidos, foro abierto de enfermedades infecciosas, 2018.



Experiencia del mayor servicio de urgencias del oeste de EE.UU. para poner fin a la epidemia. Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas (CROI, por sus siglas en inglés). Marzo de 2020



Halperin J, Butler I, Conner K, y otros. Vinculación y terapia antirretroviral en un plazo de 72 horas en un centro de salud federalmente cualificado de Nueva Orleans. Atención al paciente con SIDA, ETS. 2018 Feb 1; 32(2): 39-41.



Implementación de la iniciación rápida de la terapia antirretroviral para la infección aguda por VIH dentro de un programa rutinario de pruebas y vinculación a la atención en Chicago. Revista de la Asociación Internacional de Proveedores de Atención del SIDA. 7/30/2020.



PrEP, PEP, IR-TAR, y pruebas del servicio de urgencias. Kyle Bonham, trabajador social clínico, gerente ambulatorio y trabajador social licenciado de IU Health LifeCare 16 de julio de 2020.

Informes



Instituto O'Neill. Implementación del programa Ryan White para hacer que el inicio rápido de la terapia contra el VIH sea una práctica estándar.

| Ending
| The
| HIV
| Epidemic



Technical Assistance Provider
innovation network

Es un Proyecto de



Copyright © 2022. Todos los derechos reservados.