

## NOTA TÉCNICA

# Recomendaciones actualizadas para conocer el número de personas con VIH en tratamiento antirretroviral

Septiembre de 2021

### > 1. Introducción y objetivo

Las Guías Consolidadas de Información Estratégica<sup>1</sup> publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen recomendaciones para mejorar el monitoreo y la gestión de los programas de VIH.

La presente nota técnica resume y adapta al contexto de América Latina y el Caribe las recomendaciones contenidas en dichas guías para monitorear de manera adecuada el número de personas en tratamiento antirretroviral (TAR). Para ello, se presenta orientación sobre los indicadores y la metodología para conocer de la manera más precisa el número de personas que se encuentran en TAR.

### > 2. Personas con VIH en tratamiento antirretroviral

Conocer con exactitud el número de personas en TAR permite valorar la efectividad de los servicios y determinar aspectos clave en su planificación como son las necesidades de medicamentos y otros insumos.

Es frecuente que existan imprecisiones en el número estimado de personas en TAR a nivel nacional. Por un lado, este número puede estar subestimado cuando no se contabilizan las personas que reciben TAR a través otros subsectores del sistema de salud, como instituciones penitenciarias, servicios privados, o seguridad social.

Por otro lado, y de manera más frecuente, el número de personas en TAR puede estar sobreestimado si al actualizar los registros no se tiene en cuenta (**figura 1**):

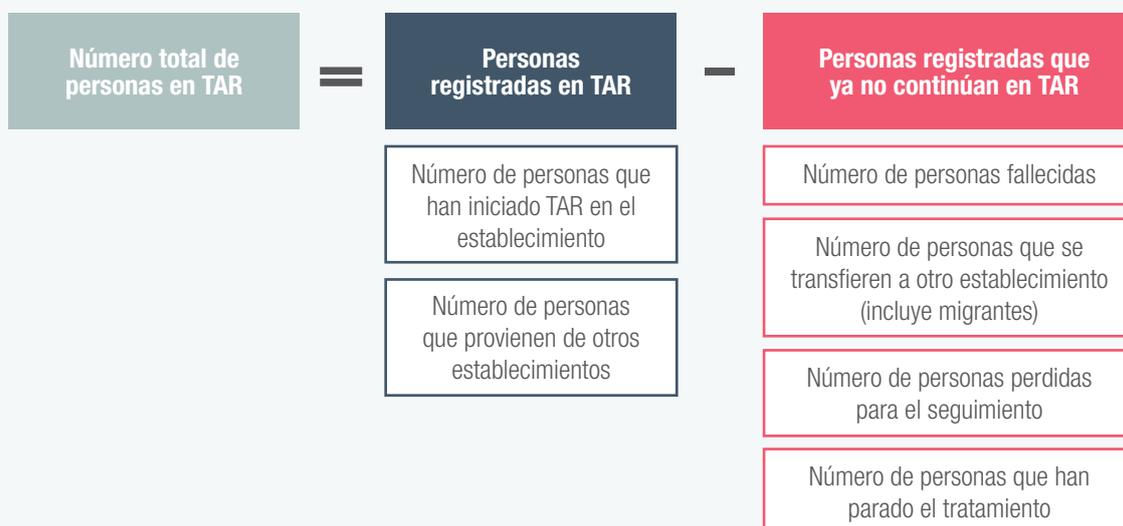
1. Que hay personas que estaban en tratamiento y que han fallecido o migrado.
2. Que hay personas que se han trasladado a otro centro de atención y están registradas dos o más veces (duplicidad).
3. Que hay personas que se han perdido al seguimiento.

**Personas en TAR:** El número de personas que se encuentran en TAR en un establecimiento en un momento determinado comprende a todas aquellas personas que han iniciado el tratamiento en ese establecimiento, más aquellas transferidas desde otro servicio. A este número se le han de descontar las personas que han emigrado (o se han transferido a otra área), las que han fallecido, las personas que están perdidas al seguimiento y las personas que paran de tomar el tratamiento pero continúan vinculadas a los servicios (**figura 1**). Estos números se pueden sumar en los diferentes establecimientos del país para obtener un total nacional.

<sup>1</sup> OMS. Consolidated HIV strategic information guidelines. Driving impact through programme monitoring and management. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240000735>

**Figura 1.**

Representación esquemática del proceso de depuración del número de personas que reciben terapia antirretroviral (TAR) en un establecimiento y en un momento determinado



Fuente: Adaptado de Person-Centered HIV Patient Monitoring and Case-Surveillance. Guidelines. OMS, 2017

### > 3. Definiciones operativas y fuentes de información para conocer el número de personas en tratamiento antirretroviral

En el **cuadro 1** se presenta la relación de definiciones operativas y fuentes de información para contar de manera correcta el número de personas en TAR. La información necesaria para tener actualizado el número de personas en TAR se puede encontrar distribuida en diferentes sistemas de información, aunque por norma general proviene de los registros de los establecimientos de salud.

#### **Cuadro 1.**

Definiciones operativas y fuentes de información de los principales elementos para calcular el número de personas en tratamiento antirretroviral en un momento determinado

ELEMENTO	DEFINICIÓN OPERATIVA	FUENTES DE INFORMACIÓN Y OBSERVACIONES
A	Personas en TAR (Indicador AV.1 de las guías consolidadas)	Personas que iniciaron TAR, y que, de acuerdo con su última fecha de recogida de medicamentos, continúan con antirretrovirales hasta la siguiente fecha de recogida más 28 días. En este número de personas en TAR se incluye a aquellas personas que se perdieron para el seguimiento pero que posteriormente se recuperaron y están nuevamente en TAR.
B	Personas que migran o transferidos fuera del área de análisis	Bases de datos de los servicios. La información se puede complementar con la información de farmacia, y de laboratorio, y en el caso de las embarazadas con sistemas de registro de entrega de leche y otros insumos.
		Generalmente el número de personas que emigran y dejan de acudir al servicio es difícil de obtener. Solo algunos países cuentan con sistemas de recogida de esa información. Verificar si hay bases de datos de migración, en algunos casos la persona migrante podría notificar esto al profesional de salud y esto puede quedar registrado en la historia del paciente.

ELEMENTO	DEFINICIÓN OPERATIVA	FUENTES DE INFORMACIÓN Y OBSERVACIONES
C	Personas fallecidas	Personas con VIH que estaban en TAR y que han fallecido (independientemente de la causa).
D	Personas perdidas para el seguimiento	<p>Personas que no han tenido contacto con el establecimiento de salud durante 28 días después de la última cita de recogida de medicamento. <b>Nueva recomendación</b> (Se puede decidir usar otros tiempos de corte para mayor sensibilidad o especificidad).</p> <p>Esta información se ha de obtener de las fichas de los pacientes estableciendo un sistema de filtro de la información que descarte aquellas personas que ya no están en seguimiento y que se deben restar al número total de personas en TAR cuando se realice el análisis.</p> <p>Antes de etiquetar a las personas como “perdidas” debería tenerse un procedimiento local que permita descartar otras opciones que expliquen la razón por la cual no han acudido a la cita médica. Es decir, deberían hacerse intentos de llamar a las personas para verificar su situación actual. Por ejemplo, saber si están vivos, presos, o si han emigrado, o se han transferido a otro servicio. También se debe buscar estas personas en otras bases de datos relevantes (si las hubiera).</p>
E	Personas que han parado el tratamiento de manera temporal	Personas que han dejado de tomar el tratamiento pero que continúan en atención del VIH. En este caso se refiere a un proceso de corta duración ya que el proceso de atención debería permitir resolver las cuestiones por las que la persona paró su tratamiento para reincorporarla al tratamiento lo antes posible.
F	Personas que no continúan en TAR (indicador AV.2 de las guías consolidadas) (“ATTRITION” en inglés)	Personas que estaban en TAR al final del último periodo informado (o que iniciaron TAR durante el presente periodo) y que no están en TAR al final del periodo de análisis. Esto incluye B+C+D+E.
	Diagnosticadas y no en tratamiento (no se contabilizan como personas en TAR)	Personas diagnosticadas que no han comenzado TAR. Se puede tener una consideración especial para los recién diagnosticados para darles un tiempo (por ejemplo, entre 1 semana a 1 mes) tras el diagnóstico para que se vinculen y comiencen TAR.
		Se puede obtener del cruce la información de la base de notificación de casos con la de personas en TAR. Aunque este elemento no interviene en la correcta contabilización de las personas que están en TAR es esencial identificar el número de personas que han sido diagnosticadas y no han iniciado el tratamiento.

<sup>1</sup> OMS. Consolidated HIV strategic information guidelines. Driving impact through programme monitoring and management. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240000735>

Toda la información mostrada en el **cuadro 1** se podría consolidar en una base de datos individualizada que permita identificar a cada persona según su situación respecto a la TAR. Para ello, cada persona debe estar registrada con un identificador único que se puede formar a partir diversas variables identificadoras o idealmente a través del código de identificación único nacional. El identificador único permite cruzar los datos que se originan en diferentes momentos y a partir de diferentes fuentes. Por ejemplo, se puede utilizar para comparar los datos de pacientes en TAR, con los de retiro de medicamentos, y los perdidos al seguimiento con los datos de mortalidad y migración. Aunque este análisis se haga con identificadores únicos, el seguimiento en la atención clínica se hará con registros nominales. Esto permitirá facilitar el monitoreo de las personas diagnosticadas y la búsqueda de las pérdidas al seguimiento. (**cuadro 1**)

La depuración de los registros de personas en TAR reside en la triangulación de la información de las diferentes fuentes de datos enumeradas anteriormente (**figura 1**). Se recomienda realizar estas depuraciones de forma automatizada y continua. En caso de que esto no sea posible se sugiere realizar este proceso de limpieza y depuración al menos cada seis meses.

### Recuadro 1.

#### Pérdida de seguimiento en el monitoreo y esfuerzos programáticos de recuperación de los pacientes

Aunque a efectos de monitoreo, se considera como una persona perdida de seguimiento a aquellas que no han entrado en contacto con el servicio 28 días después de su última cita de recogida de medicamento, las acciones programáticas para recuperar a los pacientes perdidos deben de llevarse a cabo en cuanto se detecta la falta a la cita y con especial intensidad durante los primeros meses (que es cuando se recuperan a más personas).

Para ello, el sistema de información puede contar con recordatorios y alertas que informen al proveedor de salud de la necesidad de contactar al paciente. Por otro lado, considerar a una persona como “perdida al seguimiento” a efectos de monitoreo, no significa en ningún caso que el programa deba dejar de buscarla para reincorporarla a los servicios de atención. El contacto debe empezar antes de la cita para recordar a la persona la fecha prevista de la cita o la necesidad de establecer una.

Se pueden priorizar, a estos efectos, crear sistemas ágiles y eficientes de citas por adelantado y en línea para facilitar el acceso a los pacientes a sus citas y a su tratamiento.

Cuando se recupera a los pacientes que han abandonado TAR se puede recoger información de estas personas para poder así conocer las razones que les llevaron a abandonar el TAR y la atención. Este enfoque puede ser útil para conocer mejor las barreras y garantizar la continuidad en atención y tratamiento. Nótese que las personas perdidas para tratamiento y recuperadas ya se contabilizan como personas en TAR.

## ANEXO 1.

### PASOS PARA APLICAR LAS RECOMENDACIONES 2020 DE LA OMS Y DEPURAR EL NUMERO DE PERSONAS EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

1. Rellene la tabla con los datos nacionales y por centro. Vea si los datos de todos los centros suman el total nacional notificado.
2. Para el cálculo de las personas en TAR se deben contabilizar: suma de personas ya en TAR en el centro + nuevos inicios+ transferidas al centro – perdidas (personas que no han retornado 28 días después de la cita prevista para la recogida de la medicación) – personas fallecidas – personas que han migrado.
3. Puede hacer los cálculos para varios periodos. Compruebe si el total informado de personas en TAR coincide con: la suma de las personas en TAR al comienzo del periodo de estudio, las que inician TAR y las que se transfieren al área de estudio menos la suma de las personas perdidas al seguimiento, las personas que han migrado y las fallecidas.

	Total nacional	Suma de los centros	Centro 1	Centro 2	Centro 3	Centro ....
Total de personas en TAR (previo a la depuración)						
Personas en TAR en el centro al comienzo del periodo de estudio (a)						
Transferidas al centro en el año (b)						
Nuevos inicios en el año (c)						
Personas perdidas (28 días sin recogida ARV tras última cita) (d)						
Personas que han parado TAR (e)						
Personas fallecidas (f)						
Personas que migran (g)						
Profilaxis con ARV (h)* Por niño expuesto Profilaxis post-exposición (PEP)						
Diagnosticadas no vinculadas (nunca comenzaron TAR)**						
Personas en TAR depuradas (a)+ (b)+(c)-(d)-(e)-(f)-(g)-(h)						

\*En algunas ocasiones los registros incluyen las personas que reciben ARV por otras razones que no son tratamiento antirretroviral (por ejemplo, profilaxis post-exposición o antirretrovirales para los recién nacidos tras el parto). En tal caso esas personas deben restarse de los cálculos.

\*\*Aunque este valor no influye en el correcto conteo de las personas en TAR si que es esencial conocerlo para estimar si existen problemas de vinculación a tratamiento entre las personas diagnosticadas.

## ANEXO 2.

### CUESTIONES CLÍNICAS RELATIVAS A LA REVINCULACIÓN DE LAS PERSONAS PERDIDAS AL SEGUIMIENTO

Al realizar la depuración de las bases de datos para actualizar el número de personas en TAR se identificarán personas que han abandonado el tratamiento. En esta situación se debe actuar de la manera más rápida posible para reincorporar a estas personas a los servicios.

Primero, se han de activar los servicios de revinculación. Esto tiene mayor éxito en los primeros meses del abandono, por lo que las actividades de revinculación deben emprenderse lo más rápido posible (incluso antes de que la persona sea clasificada como abandono).

Una vez que la persona está revinculada, se debe priorizar el reinicio del tratamiento debido a los beneficios individuales y de salud pública que este supone. Se deben evitar todas las circunstancias que lo demoren, como, por ejemplo, la solicitud para pedir turno en los servicios o pruebas de laboratorio. Normalmente las personas podrán reiniciar el tratamiento que seguían antes de abandonar. La respuesta al reinicio del tratamiento se puede evaluar a partir de las 8 semanas para evitar el cambio prematuro a fármacos de segunda o tercera línea. En algunos casos, si la persona ha tenido muchas suspensiones previas, se encuentra en un estado avanzado de enfermedad por VIH o tiene nuevas comorbilidades (como tuberculosis) se puede considerar optimizar o cambiar el tratamiento. Durante los procesos de optimización de tratamiento, muchos países están optando por reiniciar el tratamiento de las personas que lo abandonaron con regímenes basados en dolutegravir.

#### **Análisis de las estrategias de oferta de tratamiento antirretroviral**

Una vez que se dispone de datos depurados sobre la vinculación y mantenimiento en los servicios de TAR, conviene saber qué modelos de servicios están ofreciendo un mejor resultado en la retención de las personas en TAR. Los servicios podrían estar utilizando una variedad de estrategias (dispensación de medicamentos para varios meses, regímenes basados en dolutegravir, dispensa de TAR en centros comunitarios). Analizar los resultados de efectividad de cada modelo de atención puede ser muy útil para generar cambios que resulten en una mejora de la calidad de los servicios de atención al VIH.