

Impacto de la implementación de inicio temprano de terapia antirretroviral en nuevos diagnósticos de VIH: estudio de casos y controles

Impact of the implementation of early initiation of antiretroviral therapy in new HIV diagnoses: case-control study

*Raquel Martínez López, **Josseline Martínez Sierra, ***Krisia Banegas Carballo, ****Melissa Grande Vides, *****Carlos Alberto Romero Duran, *****Karen Erazo

RESUMEN

Antecedentes: En Honduras aún se prioriza asegurar la aceptación del diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la adherencia al tratamiento del Terapia Anti Retroviral (TAR), provocando retraso en su inicio, consecuencias negativas y alto riesgo de muerte.

Objetivo: Evaluar el impacto del inicio temprano de TAR en pacientes con nuevos diagnósticos de VIH en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas (HNMCRC). **Pacientes y Métodos:** Investigación analítica, observacional de casos y controles. Muestra: 62 casos que iniciaron TAR temprano, de enero a agosto del 2019 y 62 controles que iniciaron TAR en el 2018, fuera de la estrategia de inicios tempranos. Se tomaron datos de expedientes clínicos y se vació la información en instrumento tipo cuestionario. **Resultados:** Se encontró más rápida vinculación al servicio y más inicios tempranos de TAR en el grupo casos (OR 19.6, IC 95% 7.2-53.0, $p=0.000$), una mayor captación en etapa temprana A1 (OR 3.45, IC 95% 1.36-8.59, $p=0.006$), un menor cambio de estadio clínico (OR 2.35, IC 95% 0.92-5.98, $p=0.070$), mayor cumplimiento de evaluación psicológica (OR 8.15, IC 95% 3.42-19.4, $p=0.000$), menor riesgo de infecciones oportunistas (OR 3.01, IC 95% 1.34-6.74, $p=0.006$), menor riesgo de hospitalización (OR 1.33, IC 95% 0.46-3.84, $p=0.596$), mayor tamizaje de IO ($p=0.000$). **Conclusión /Recomendación:** El inicio del TAR en los primeros 7 días posterior al diagnóstico aporta beneficios clínicos y profilácticos, mejorando la calidad de vida y disminuyendo la transmisibilidad del virus. Se recomienda protocolizar los inicios tempranos como estrategia de atención a los nuevos diagnósticos de VIH.

PALABRAS CLAVE: Antirretrovirales, Inmunosupresión, VIH.

ABSTRACT

Background: In Honduras, priority is still given to ensuring acceptance of HIV diagnosis and

Doctora en Medicina y Cirugía. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Residente del posgrado de Medicina Interna, FCM-UNAH. raquel.mi22@hotmail.com <https://orcid.org/0000-0002-3417-9286>

**Doctora en Medicina y cirugía. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Master en VIH.

Medico Asistencial en el HNMCRC. j-alexa03_09@hotmail.com <https://orcid.org/0000-0003-4555-7702>

***Doctora en Medicina y Cirugía. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Master en VIH, Medico Asistencial Médicos sin Fronteras.

kmbanegas@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-5888-3438>

****Doctora en Medicina y Cirugía. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Master en VIH. Medico Asistencial Centro de Visión Dr. Douglas Perry, San Pedro Sula. melissa.grande.vides@gmail.com <https://orcid.org/0000-0001-9478-3736>

*****Doctor en Medicina y Cirugía. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Residente del posgrado de Medicina Interna UNAH-VS cromero36@hotmail.com <https://orcid.org/0000-0002-8785-6076>

*****Pediatra Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Máster en VIH, Coordinadora del SAI HNMCRC, Profesor Titular III UNAH-VS karenerazo@yahoo.com <https://orcid.org/0000-0001-9136-2434>

Dirigir correspondencia a: Josseline Alexandra Martínez Sierra Correo electrónico: j-alexa03_09@hotmail.com; Teléfono: 9680-1823

Recibido 21 abril del 2022 Aprobado 14 de junio del 2022

adherence to ART treatment, causing delay in its initiation, negative consequences, and high risk of death. **Objective:** To evaluate the impact of early ART initiation in patients with new HIV diagnoses at the Mario Catarino Rivas National Hospital (HNMCR). **Patients and Methods:** Analytical, observational, case-control research. Sample of 62 cases who initiated ART early, from January to August 2019 at HNMCR and 62 controls who initiated ART in 2018, outside the early initiation strategy. Data were taken from clinical records and information was vacuumed from surveys. **Results:** We found faster service linkage and more early ART initiations in the case group (OR 19.6, 95% CI 7.2- 53.0, $p=0.000$), higher early-stage A1 uptake (OR 3.45, 95% CI 1.36-8.59, $p=0.006$), lower clinical stage change (OR 2.35, 95% CI 0.92-5.98, $p=0.070$), higher compliance with psychological evaluation (OR 8.15, 95% CI 3.42-19.4, $p=0.000$), lower risk of opportunistic infections (OR 3.01, 95% CI 1.34-6.74, $p=0.006$), lower risk of hospitalization (OR 1.33, 95% CI 0.46-3.84, $p=0.596$), higher OI screening ($p=0.000$). **Conclusions/Recommendation:** The initiation of ART in the first 7 days after diagnosis provides clinical and prophylactic benefits, improving the quality of life and decreasing the transmissibility of the virus. It is recommended to protocolize early initiation as a strategy for new HIV diagnoses.

KEY WORDS: Antiretrovirals, Immunosuppression, HIV.

INTRODUCCIÓN: La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) cuenta con un tiempo entre la exposición y la enfermedad sintomática, típicamente de 2 a 4 semanas. Algunos pacientes presentan una enfermedad aguda, otros suelen ser asintomáticos y los que presentan síntomas más agresivos o prolongados tienden a progresar más rápidamente hacia síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).⁽¹⁾

Las manifestaciones clínicas de sida se caracterizan por conteos de células T CD4+ menores de 200 cél/ μ L y la presencia de alguna de las llamadas enfermedades marcadoras de sida. Esta forma de presentación de la enfermedad se caracteriza por una profunda alteración del estado general del paciente, síndrome de desgaste, aparición de infecciones oportunistas, ciertas neoplasias y alteraciones neurológicas.⁽²⁾

Las infecciones oportunistas son una complicación frecuente en los pacientes que se hospitalizan por infección con VIH, especialmente en países de escasos recursos. Aunque en el mundo el uso de terapia antirretroviral de gran actividad ha reducido la incidencia de gran parte de las mismas, estas continúan siendo un problema en todos los pacientes VIH positivos que tienen bajo conteo de linfocitos T CD4 y no la reciben.⁽³⁾

En las personas que clínicamente se sospecha la infección por el VIH o por tener un comportamiento de riesgo epidemiológico, debe realizarse serología para el VIH, brindando la consejería pre y post prueba. La infección por el VIH se diagnostica únicamente basándose en los resultados de laboratorio.⁽⁴⁾

Según el manual hondureño de atención integral de adultos, para determinar la seropositividad al VIH, se realiza la primera prueba y el resultado es positivo hay que realizar una segunda prueba. Si ambas pruebas muestran resultado positivo entonces se reporta como tal.⁽⁴⁾ Los tratamientos antirretrovirales de gran actividad (TARGA) son la terapia de elección frente a un diagnóstico positivo, estos se iniciaron en 1996. En Honduras el uso de anti retrovirales (ARV) por parte de la Secretaría de Salud, se inició a partir del mes de julio del año 2003.⁽⁵⁾ El beneficio de la TAR ha quedado demostrado con la reducción importante de la mortalidad asociada al sida; son altamente eficaces en lograr la supresión de la viremia, la restauración y preservación de la función inmunológica, por lo que se disminuye significativamente la morbimortalidad por VIH.⁽⁴⁾ De igual forma reducen las hospitalizaciones, la incidencia de infecciones oportunistas y mejora la calidad de vida de las personas infectadas.⁽⁴⁾

Desde 2002, las directrices de la OMS sobre el TAR han evolucionado a medida que han ido aumentando las evidencias a favor de un inicio más precoz del tratamiento. Se ha comprobado que el inicio precoz aporta beneficios clínicos y profilácticos, mejorando la supervivencia y reduciendo la incidencia de la infección por VIH en las comunidades.⁽⁶⁾

La recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de ofrecer tratamiento antirretroviral a todas personas que hayan presentado un resultado positivo en las pruebas del VIH, independientemente del recuento de CD4, tendrá poco efecto si quienes han dado positivo no inician las terapias antirretrovirales de manera inmediata.⁽⁷⁾

En Honduras, el manual de atención integral el adulto y el adolescente enfatiza la necesidad de hacer esfuerzos para reducir el tiempo entre el diagnóstico de VIH y el inicio de la TAR e implementar intervenciones para remover barreras que interfieren en el inicio de la TAR, teniendo en cuenta una evaluación de la preparación de los pacientes para lograr la aceptación y adherencia al tratamiento.⁽⁴⁾

En nuestro país aún se prioriza asegurar la aceptación del diagnóstico y la adherencia al tratamiento, provocando retraso en el inicio del mismo. Razón por la cual es imperativo estudiar el impacto que el inicio temprano del tratamiento antirretroviral tiene sobre los pacientes recientemente diagnosticados, tanto en la reducción de la transmisibilidad del virus como en su respuesta clínica.

La evidencia alcanzada servirá para fundamentar un cambio en la atención y la prontitud en el establecimiento del TAR en pacientes de nuevo diagnóstico de VIH, sirviendo como un punto de referencia para la actualización de la norma de manejo integral del VIH en Honduras.

Objetivo: Evaluar el impacto del inicio temprano de TAR en pacientes con nuevos diagnósticos de VIH en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas (HNMCR) 2018-2019.

PACIENTES Y METODOS: Se realizó un estudio cuantitativo no experimental longitudinal analítico de casos y controles en pacientes mayores de 18 años con nuevo diagnóstico de VIH atendidos en el Servicio de Atención Integral (SAI) del Hospital Nacional Mario Catarino Rivas (HNMCR) durante los años 2018 y 2019. Se definió como caso a todo paciente con diagnósticos de VIH que inician tratamiento bajo la estrategia de inicio temprano (en las primeras 24 horas después del diagnóstico de VIH) en el período de enero a agosto del 2019. Se definió como control a todo paciente con diagnósticos de VIH que inician tratamiento fuera de la estrategia de inicios temprano (en los primeros 7 días después del diagnóstico de VIH) en el período de enero a agosto del 2018.

Se excluyeron pacientes menores de 18 años, con reinicio de TAR y expediente de atención incompleto. Se solicitó acceso a los expedientes de los pacientes con VIH atendidos en SAI durante los años 2018 y 2019 que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión de la investigación. La recolección se llevó a cabo mediante instrumento tipo cuestionario.

La técnica de muestreo fué no probabilístico por conveniencia para casos y probabilístico aleatorio simple para controles, con una cantidad mínima de 62 casos y 62 controles, con un nivel de confianza de 95%, poder estadístico de 80%, y relación caso-control de 1:1. Se preparó una lista numerada de los pacientes de acuerdo a la definición de caso y otra lista de acuerdo a la definición de control; posteriormente se realizó la selección usando software generador de números aleatorios (<http://www.alazar.info/generador-de-numeros-aleatorios-sin-repeticion>). A medida que se revisaron los expedientes y se confirmaban los casos y controles, se tomó nota de los incluidos y los excluidos.

Se utilizaron las herramientas de análisis estadístico del programa IBM-SPSS versión 23.0 para la obtención de los resultados. Se utilizó la distribución de variables entre casos y controles para la obtención de Odds Ratio. Los factores estudiados fueron categoría clínica según CDC (Tabla No. 1), conteo CD4, carga viral, continuidad de terapia, apego al tratamiento, cambio de esquema, evaluación psicométrica, tamizaje, infecciones oportunistas, coinfecciones, patologías y hospitalización. Se obtuvo consentimiento informado de los casos. A cada participante se le asignó un código y la información personal de los casos y controles se manejó confidencialmente.

Tabla No. 1: Clasificación clínica del VIH según CDC.

Categorías inmunológicas	Categorías Clínicas*			
	N	A	B**	C**
* Sin supresión	N 1	A 1	B 1	C 1
* Supresión moderada	N 2	A 2	B 2	C 2
* Supresión grave	N 3	A 3	B 3	C 3

Fuente: CDC, Sistema de clasificación revisada para VIH

RESULTADOS: La muestra recolectada fué de 124 personas, 62 bajo la estrategia de inicios temprano y 62 bajo la estrategia convencional. Las características sociodemográficas se exponen en la tabla No. 2. Los grupos tuvieron diferencias en distribución por estado gestacional. El grupo bajo estrategia convencional tuvo más mujeres en estado gestante que el grupo con estrategia de inicios tempranos.

Tabla No. 2: Características sociodemográficas en pacientes con y sin estrategia de inicios tempranos de TAR en el SAI HNMCR, 2018 y 2019.

Variable	Estrategia inicios temprano (N=62)	Estrategia convencional (N=62)
	n(%)	n(%)
Edad	34 +/- 12.5	35.5 +/- 12.7
Sexo		
Mujer	19 (30.6 %)	18 (29.0 %)
Hombre	43 (69.4 %)	44 (71.0 %)
Domicilio		
Urbano	52 (83.9 %)	51 (82.3 %)
Rural	10 (16.1 %)	11 (17.7 %)
Tipo de población		
Población general	35 (56.5 %)	31(50.0 %)
HSH	27 (43.5 %)	30 (48.4 %)
Trabajadora del sexo	0 (0.0 %)	1 (1.6 %)
Embarazo		
Sí	3 (15.8%)	6 (33.3 %)
No	16 (84.2 %)	12 (66.7 %)

HSH: Hombre teniendo sexo con hombre

Fuente: autoría propia

Para el grupo bajo la estrategia de inicios temprano y el grupo bajo la estrategia convencional el lapso de tiempo entre el diagnóstico (días \pm desviación estándar) y la vinculación al SAI fue de 14.1 ± 99 y 209.1 ± 682 días respectivamente, el tiempo entre la vinculación al servicio y el inicio de ARV fue de 0.19 ± 0.9 y 6.3 ± 22.4 respectivamente, y el tiempo entre el diagnóstico y el inicio de ARV fue de 14.1 ± 99 y 214.4 ± 681 días respectivamente. En el grupo con estrategia de inicios tempranos el 67.7% (n=42) tuvieron inicio rápido de tratamiento (primeras 24 horas), 30.6% (n=19) inicio temprano del tratamiento (primeros 7 días) y 1.7% (n=1) inicio tardío del tratamiento (posterior a 7 días desde el diagnóstico); en el grupo con estrategia convencional la distribución fue de 9.7% (n=6), 35.5% (n=22) y 54.8% (n=34) respectivamente.

La Tabla No. 3 muestra la categoría clínica de inicio y subsiguiente, situación del paciente a los 6 meses y causa de muerte de ambos grupos. Se observa que en el grupo con estrategia de inicio temprano predominó la categoría clínica según CDC A1 y en el grupo bajo estrategia convencional la categoría C3. El cambio de categoría clínica sucedió en 12.9% (n=8) del grupo con estrategia de inicios tempranos y en 25.8% (n=16) en el grupo bajo estrategia convencional. La categoría de cambio predominante en ambos grupos fue C3. A los 6 meses hubo más personas activas y trasladadas y menos personas con abandono y muerte en el grupo bajo la estrategia de inicios tempranos. La Figura No. 1 refleja la evolución de carga viral de la cohorte y la Figura No. 2 muestra la evolución del conteo de CD4.

Tabla No. 3: Distribución de categoría clínica y evolución de pacientes con y sin estrategia de inicio temprano en el SAI HNMCR, 2018 y 2019.

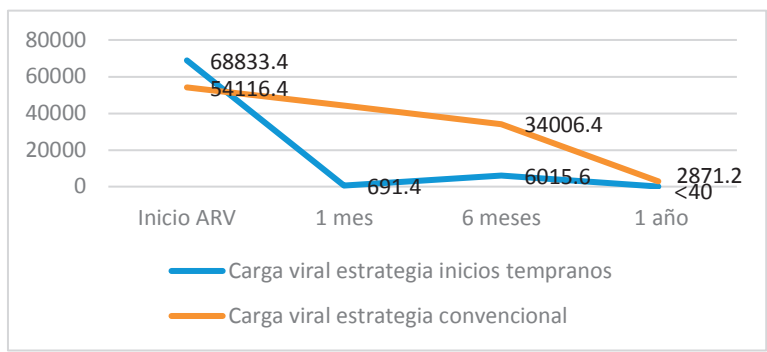
Variable	Estrategia inicios temprano (N=62)	Estrategia convencional (N=62)
	n(%)	n(%)
Categoría clínica de inicio*		
N1	0 (0.0 %)	2 (3.2 %)
N3	0 (0.0 %)	1 (1.6 %)
A1	21 (33.9 %)	8 (12.9 %)
A2	12 (19.4 %)	14 (22.6 %)
A3	6 (9.7 %)	5 (8.1 %)
B2	5 (8 %)	2 (3.2 %)
B3	10 (16.1 %)	7 (11.3 %)
C1	0 (0.0 %)	1 (1.6 %)
C2	0 (0.0 %)	4 (6.5 %)
C3	8 (12.9 %)	18 (29.0 %)
Categoría clínica de cambio*		
N3	0 (0.0 %)	1 (6.3 %)
A1	0 (0.0 %)	1 (6.3 %)
A2	3 (37.5 %)	3 (18.8 %)
B2	0 (0.0 %)	2 (12.5 %)
B3	0 (0.0 %)	1 (6.3 %)
C3	5 (62.5 %)	8 (50.0 %)

Situación a los 6 meses

Activo	50 (80.6 %)	47 (75.8 %)
Traslado	6 (9.7 %)	2 (3.2 %)
Abandono	5 (8.1 %)	10 (16.2 %)
Muerte	1 (1.6 %)	3 (4.8 %)
Causa de Muerte		
Criptococosis	0 (0.0 %)	1 (33.3%)
Toxoplasmosis cerebral	1 (100 %)	1 (33.3%)
Desconocida	0 (0.0 %)	1 (33.3%)

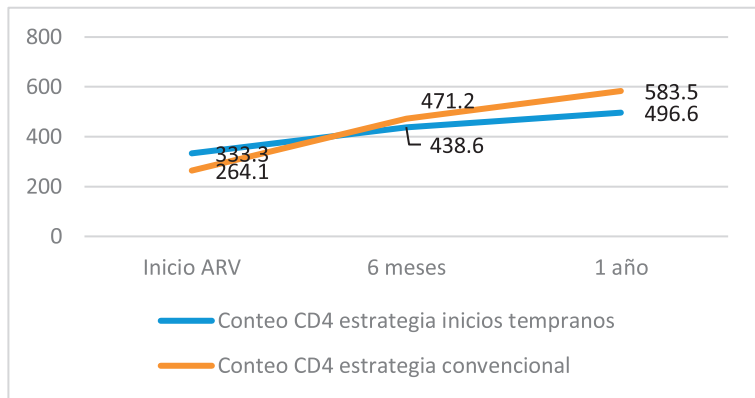
*Clasificación de categoría clínica según CDC
Fuente: autoría propia

Figura No. 1: Carga viral en pacientes con y sin estrategia de inicios tempranos, en el SAI HNMCR, 2018 y 2019.



Carga viral medida en copias/mL
Fuente: autoría propia

Figura No. 2: Conteo CD4 en pacientes con y sin estrategia de inicios tempranos en el SAI HNMCR, 2018 y 2019.



Conteo CD4 medido en células/μL
Fuente: autoría propia

La media de citas perdidas (SD) en el grupo de estrategia de inicios tempranos fue de 0.3 (+/-0.5) citas, y en el grupo con estrategia convencional fue de 0.5 (+/- 0.7) días. En el grupo con estrategia de inicios tempranos la evaluación psicológica se cumplió de forma protocolaria en 85.5% (n=53), como intervención de crisis en 6.5% (n=4) y no se realizó en 8.1% (n=5); en el grupo con estrategia convencional los datos fueron de 41.9% (n=26), 9.7% (n=6) y 48.4% (n=30) respectivamente. La Tabla No. 4 describe el tamizaje de infecciones oportunistas, su incidencia, coinfecciones y otras; se observa que el tamizaje de infecciones oportunistas fue similar en ambos grupos, hubo mayor incidencia de candidiasis, tuberculosis y sífilis en el grupo con estrategia convencional.

Tabla No. 4: Infecciones oportunistas, coinfecciones y otras patologías en pacientes con y sin estrategia de inicios tempranos, en el SAI HNMCR, 2018 y 2019.

Variable	Estrategia de inicios tempranos (N=62)	Estrategia convencional (N=62)
	n(%)	n(%)
Tamizaje de infecciones oportunistas		
Sífilis	61 (98.4 %)	60 (96.8 %)
Hepatitis B y C	39 (62.9 %)	57 (91.9 %)
Citomegalovirus	58 (93.5 %)	52 (83.9 %)
Toxoplasmosis	57 (91.9 %)	53 (85.5 %)
Tuberculosis	38 (61.3 %)	46 (74.2 %)
Criptococo	47 (75.8 %)	11 (17.7 %)
Citología cervical	11 (52.6 %)	9 (50.0 %)
Infecciones oportunistas		
Toxoplasmosis	0 (0.0 %)	3 (4.8 %)
Tuberculosis	3 (4.8 %)	6 (9.7 %)
Citomegalovirus	3 (4.8 %)	2 (3.2 %)
Criptococosis	1 (1.6 %)	1 (1.6 %)
Histoplasmosis	2 (3.2 %)	0 (0.0 %)
Criptosporidium	0 (0.0 %)	2 (3.2 %)
Candidiasis	6 (9.7 %)	18 (29.0 %)
Ninguna	50 (80.6 %)	36 (58.1 %)

Coinfecciones

Sífilis	4 (6.5 %)	10 (16.1 %)
Hepatitis B/C	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Tuberculosis	3 (4.8 %)	6 (9.7 %)
Ninguna	55 (88.7 %)	47 (75.8 %)

Otras patologías

Ninguna	46 (74.2 %)	33 (53.2 %)
Hipertensión arterial	1 (1.6 %)	5 (8.1 %)
Diabetes Mellitus	2 (3.2 %)	0 (0.0 %)
Dislipidemia	1 (1.6 %)	1 (1.6 %)
Herpes	3 (4.8 %)	4 (6.5 %)
Condilomatosis	4 (6.5 %)	9 (14.5 %)
Gonorrea	0 (0.0 %)	3 (4.8 %)
Otras infecciones	1 (1.6 %)	1 (1.6 %)
cervicovaginales		
Linfoma no Hodgkin	1 (1.6 %)	0 (0.0 %)
Infección	2 (3.2 %)	5 (8.1 %)
dermatológica leve		
Absceso en piel/músculo	3 (4.8 %)	3 (4.8 %)
Neumonía	0 (0.0 %)	5 (8.1 %)
Hipo e hipertiroidismo	1 (1.6 %)	1 (1.6 %)
ERC/LRA	1 (1.6 %)	1 (1.6 %)
VPH	1 (1.6 %)	0 (0.0 %)
Síndrome anémico	1 (1.6 %)	0 (0.0 %)
Neuritis ciática	1 (1.6 %)	0 (0.0 %)
Síndrome de desgaste	1 (1.6 %)	0 (0.0 %)

ERC: enfermedad renal crónica. LRA: lesión renal aguda. VPH: virus del papiloma humano
Fuente: autoría propia

Respecto a la hospitalización, 11.3% (n=7) del grupo bajo estrategia de inicios tempranos y 14.5% (n=9) del grupo con estrategia convencional tuvieron estadía intrahospitalaria, con una duración media (SD) de 15.6 (± 10.8) y 14.6 (± 10.7) días respectivamente. En el grupo con estrategia de inicio temprano las causas de hospitalización fueron 85.8% (n=6) por infecciones oportunistas, 28.6 % (n=2) por síndrome de desgaste y 14.3 % (n=1) por neuritis ciática. En el grupo con estrategia convencional las causas fueron 55.5% (n=5) por infecciones oportunistas, 22.2% (n=2) por atención de parto, 11.1% (n=1) por abscesos en piel o músculos, 11.1% (n=1) por síndrome diarreico y 11.1% (n=1) por herpes.

La tabla No. 5 demuestra el riesgo relativo entre los dos grupos para diferentes variables clínico-laboratoriales. Los pacientes con estrategia de inicio temprano tienen 61% (RR 0.39, IC 95% 0.26-0.60) menos riesgo de tener un inicio temprano y 98% (RR 0.02, IC 95% 0.00-0.19) menos riesgo de tener un inicio tardío. Así mismo tienen 20% (RR 0.80, IC 95% 0.65-0.99) menos riesgo de iniciar su tratamiento con inmunosupresión, 84% (RR 0.16, IC 95% 0.06-0.38) menor riesgo de no recibir atención psicológica, 54% (RR 0.46, IC 95% 0.25-0.82) menos riesgo de infecciones oportunistas, 51% (RR 0.49, IC 95% 0.24-1.01) menos riesgo de ETS, y 54% (RR 0.46, IC 95% 0.20-1.06) menos riesgo de infecciones bacterianas.

Tabla No. 5: Riesgo relativo para pacientes con y sin estrategia de inicios tempranos, en el SAI HNMCR, 2018 y 2019.

Variable	RR	IC (95%)	P-value
Tipo de inicio			
Inicio rápido	1	-	-
Inicio temprano	0.39	0.26-0.60	<0.0001
Inicio tardío	0.02	0.00-0.19	
Categoría clínica de inicio			
Con inmunosupresión	0.80	0.65-0.99	0.0440
Sin inmunosupresión	1	-	-
Cambio de categoría clínica			
Sí	0.50	0.23-1.08	0.0785
No	1	-	-
Categoría clínica de cambio			
Con inmunosupresión	1.07	0.93-1.21	0.3174
Sin inmunosupresión	1	-	-
Situación a los 6 meses			
Activo	1	-	-
Abandono	0.51	0.18-1.41	0.2009
Muerte	0.32	0.03-3.03	0.3255
Traslado	2.62	0.55-12.41	0.2234

Causa de Muerte

Infección Oportunista	1.50	0.67-3.33	0.3206
Otra	1	-	-

Evaluación psicológica

Protocolo	1	-	-
No se realizó	0.16	0.06-0.38	<0.0001
Intervención de crisis	0.37	0.11-1.22	0.1052

Tamizaje de infecciones oportunistas

1-3	0.66	0.25-1.76	0.4132
4-7	1	-	-

Infecciones oportunistas

Presente	0.46	0.25-0.82	0.0098
Ninguna	1	-	-

Coinfecciones

Presente	0.46	0.20-1.06	0.0703
Ninguna	1	-	-

Otras patologías

ETS	0.49	0.24-1.01	0.0554
Otras infecciones bacterianas	0.35	0.13-0.93	0.0355
Síndrome de desgaste	2.26	0.09-54.13	0.6138
Ninguna	1	-	-

Hospitalización

Sí	0.77	0.30-1.95	0.5935
No	1	-	-

Causa de hospitalización

Infecciones oportunistas	1.20	0.68-2.09	0.5217
Infecciones no oportunistas	0.42	0.03-5.18	0.5055
Síndrome de desgaste	3.75	0.26-52.64	0.3268
Otra enfermedad	1	-	-

Fuente: autoría propia

DISCUSIÓN: En los resultados de este estudio se observa una disminución de más del 90% de la carga viral a los 6 meses de inicio de terapia temprana comparada al 47% observado en el grupo control; con mayor indetectabilidad viral lograda al año de TAR en el grupo de inicios tempranos. La superioridad para lograr supresión viral en la estrategia de inicios tempranos comparado a la basada en CD4+ se ha demostrado en otros estudios, donde se describe mayor rapidez en disminución de carga viral, con mayor porcentaje de indetectabilidad viral lograda al año de iniciar TAR que se mantiene en años subsiguientes.^(8,9,10)

Si bien, estudios clínicos aleatorizados han demostrado que el inicio precoz de TAR mejora el conteo de CD4+ en los pacientes, en este estudio no se pudo observar una diferencia significativa de dichos niveles durante el primer año de seguimiento. Esto pudiera explicarse debido a que los dos grupos comparados iniciaron TAR con una media de CD4+ <500 cel/mm³; contrario a otros modelos donde se incluyeron pacientes con mayor conteo de CD4. No se encontraron diferencias significativas en el número de citas perdidas, abandonos ni muertes entre los dos grupos estudiados en la investigación.

El inicio precoz de TAR se asoció con menor riesgo de infecciones oportunistas, ITS y otras infecciones bacterianas, protegiendo entre 51-64%. Estos resultados son coherentes con lo publicado por el HTPN052 Study Group que demostró protección contra la Tuberculosis en 51% y disminución de riesgo de infecciones bacterianas.⁽⁸⁾ La disminución de ITS puede explicarse por la influencia del control profesional de la enfermedad en el comportamiento sexual de los pacientes; como lo observado en el análisis realizado por el START Study Group, donde el inicio precoz de TAR disminuyó la frecuencia de sexo sin condón en pacientes heterosexuales.⁽¹¹⁾

Dentro del programa de seguimiento del paciente, el iniciar TAR de forma precoz se asoció con el cumplimiento de la atención psicológica, disminuyendo así mismo las intervenciones por crisis. El asegurar la atención psicológica de los pacientes recientemente diagnosticados de VIH permite atender de forma holística la salud de los mismos, mejora su calidad de vida y reduce los síntomas depresivos que suelen presentarse;⁽¹²⁾ pasando a ser un aspecto más gestionar y cumplir dentro del sistema de salud. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el deterioro clínico-inmunológico de los pacientes ni en la tasa de hospitalizaciones.

Las limitaciones de este estudio incluyeron el tamaño de la muestra utilizada, la diferencia entre número de mujeres embarazadas entre los dos grupos y la similitud en el conteo de CD4+ de ambos grupos a pesar de que uno fue tratado con inicios tempranos y otro bajo estrategia convencional.

Conclusión: Se concluye que la estrategia de inicios tempranos tiene una asociación

positiva con la disminución de la carga viral de los pacientes, menor riesgo de infecciones oportunistas, ITS e infecciones bacterianas, y cumplimiento de la atención psicológica inicial.

Declaración de relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés: ninguna.

Agradecimiento: Se agradece al personal del Servicio de Atención Integral, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, por su apoyo en la facilitación de expedientes clínicos de los pacientes enrolados en el presente trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cortés E. VIH: infección aguda, pesquisa y manejo. Rev Méd Clin Condes. 2014; 25(3): 419-424.
2. Hernández Requejo D, Pérez Ávila J, Can Pérez A. Enfermedades oportunistas en pacientes VIH/sida con debut de sida que reciben tratamiento antirretroviral. Rev Cubana de Invest Bioméd. 2015;34(3): 254-63.
3. Agudelo-González S, Murcia-Sánchez F, Salinas D, Osorio J. Infecciones oportunistas en pacientes con VIH en el hospital universitario de Neiva, Colombia. 2007-2012. Infectio. 2015; 19(2): 52-9.
4. Secretaria de Salud (HN). Manual de atención integral al adulto y adolescente con VIH. Tegucigalpa: SESAL; 2020.
5. Jovel López LE, Valiente LW. Efectos adversos y uso de antirretrovirales en el Centro de Atención Integral VIH- SIDA pediátrico del Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas. Acta Pediátr Hondur. 2010; 1(2):49-54.
6. Organización Panamericana de la Salud. Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH. Recomendaciones para un enfoque de salud pública; 2013. Washington D.C.: OPS; 2013.
7. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. HIV atención y apoyo: atención y apoyo al VIH teniendo en cuenta las directrices unificadas de 2016 de la OMS [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2016 [citado 18 Junio 2020]. Disponible en: <https://goo.su/DI1b0z>.

8. Grinsztejn B, Hosseinipour MC, Ribaudo HJ, Swindells S, Eron J, Chen YQ, et al. Effects of early versus delayed initiation of antiretroviral treatment on clinical outcomes of HIV-1 infection: results from the phase 3 HPTN 052 randomised controlled trial. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2014 [citado 18 Junio 2020]; 14(4):281–90.
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4144040/>.
9. Lodi S, Phillips A, Logan R, Olson A, Costagliola D, Abgrall S, et al. Comparative effectiveness of immediate antiretroviral therapy versus CD4- based initiation in HIV-positive individuals in high-income countries: observational cohort study. *Lancet HIV* [Internet]. 2015 [citado 18 Junio 2020]; 2(8): e335-43.
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4643831/>.
10. Insight Start Study Group; Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, Emery S, Grund B, et al. Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. *N Engl J Med* [Internet]. 2015 [citado 18 Junio 2020]; 373(9):795– 807.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26192873/>.
11. Lampe FC, Rodger AJ, Burman W, Grulich A, Friedland G, Sadr WE, et al. Impact of early antiretroviral treatment on sexual behaviour: a randomised comparison. *AIDS* [Internet]. 2019 [citado 18 Junio 2020]; 33(15):2337–50.
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6882545/>.
12. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*. 2013; 13:119. doi: 10.1186/1471-2458-13-119.