

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



RELEVANCIA DEL ENFOQUE DE LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
EN EL ABORDAJE DEL VIH EN ATENCIÓN PRIMARIA, REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA DEL PERIODO 2008-2018

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de
Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria, para optar al grado y título de
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Dra. Areliz Eunice Del Cid Winter

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2019

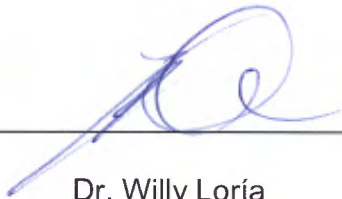
DEDICATORIA

A mis padres por haber creído en mí desde un inicio,
a mi esposo por su apoyo incondicional en este proceso.

AGRADECIMIENTOS

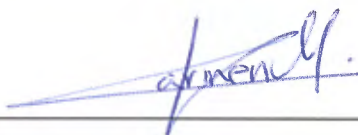
A mi tutora de tesis, por su amor y dedicación a la academia,
y a todos mis profesores que de una u otra manera
han dejado una semilla en mi formación como profesional.

“Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por el grado y título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria”



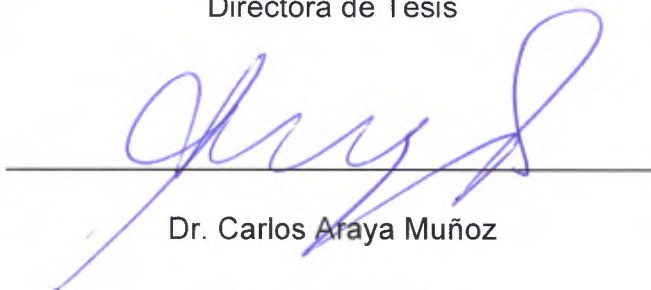
Dr. Willy Loría

Jefe de Posgrado de la Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria



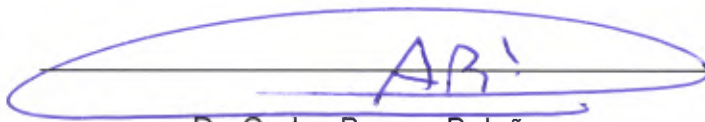
Dra. Carmen Vargas Mejía

Directora de Tesis



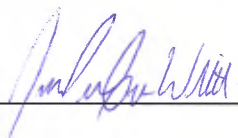
Dr. Carlos Araya Muñoz

Asesor de Tesis



Dr. Carlos Brenes Bolaños

Asesor de Tesis



Areliz Eunice Del Cid Winter

Candidata

CARTA DE REVISIÓN FILOLÓGICA

Cartago, 11 de junio de 2019

Los suscritos, Elena Redondo Camacho, mayor, casada, filóloga, cédula de identidad número 3 0447 0799 y Daniel González Monge, mayor, casado, filólogo, cédula de identidad número 1 1345 0416, vecinos de Quebradilla de Cartago, en calidad de filólogos revisamos y corregimos el trabajo final de graduación que se titula: *Relevancia del Enfoque de la Medicina Familiar y Comunitaria en el Abordaje del VIH en Atención Primaria, Revisión Bibliográfica del Periodo 2007-2017*, sustentado por Areliz Eunice Del Cid Winter.

Hacemos constar que se corrigieron aspectos de forma, redacción, estilo y otros vicios del lenguaje que se pudieron trasladar al texto. La originalidad y la validez del contenido son responsabilidad exclusiva del autor y de sus asesores.

Esperamos que nuestra participación satisfaga los requerimientos de la Universidad de Costa Rica.

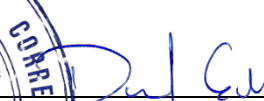


Elena Redondo Camacho

Céd. 3 0447 0799

Bachiller en Filología Española

Carné Acfil 0247



Daniel González Monge

Céd. 1 1345 0416

Bachiller en Filología Española

Carné Acfil 0245

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Carta de Revisión Filológica.....	v
Tabla de Contenido.....	vi
Índice de Tablas.....	ix
Resumen.....	x
Abreviaturas	xi
Capítulo 1. Introducción	1
1.1. Justificación	2
1.2. Problema de Investigación.....	4
1.3. Tema de Investigación.....	4
1.4. Objetivos.....	4
1.4.1. Objetivo General.....	4
1.4.2. Objetivos Específicos	4
Capítulo 2. Marco Teórico Conceptual.....	5
2.1. Antecedentes	5
2.2. Adherencia.....	9
2.3. Atención Primaria.....	12
2.4. Medicina Familiar y Comunitaria.....	12

2.5. Manejo del VIH en Costa Rica	14
Capítulo 3. Metodología de la Investigación	17
3.1. Tipo de Estudio	17
3.2. Palabras Claves	17
3.3. Criterios de Inclusión de Artículos.....	17
3.4. Criterios de Exclusión de Artículos	18
3.5. Procedimiento de Búsqueda Bibliográfica	18
3.6. Artículos Encontrados y Nivel de Evidencia.....	19
Capítulo 4. Resultados y Discusión.....	21
4.1. Componentes Básicos del Abordaje del VIH	21
4.1.1. Biológico	21
4.1.2. Social	22
4.1.3. Psicológico.....	24
4.2. Enfoque de Medicina Familiar en el Abordaje del VIH.....	26
4.3. Relación del Rol del Médico de Familia con los Requerimientos en el Abordaje Integral del VIH desde la Atención Primaria	28
4.4. Hallazgos Secundarios a los Objetivos	32
4.4.1. Descentralización de la Atención del VIH	32
4.4.2. Atención Compartida como Estrategia de Abordaje	38
4.4.3. Oportunidades de Mejora	40

Capítulo 5. Conclusiones y Recomendaciones	43
5.1. Conclusiones	43
5.2. Recomendaciones	45
5.2.1. Recomendaciones para la Institución	45
5.2.2. Recomendaciones para los Profesionales en Salud.....	45
5.2.3. Recomendaciones para las Unidades Académicas	46
Bibliografía	47
Anexos	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Principios de Medicina Familiar.....	14
Tabla 2. Clasificación de los artículos, según nivel de evidencia y recomendación con base en el CEBM de la Universidad de Oxford	20
Tabla 3. Recomendaciones sobre las Necesidades Básicas en el abordaje de la persona con VIH	26
Tabla 4. Actividades por parte del médico de familia en la atención del VIH	28
Tabla 5. Rol del Médico de Familia en el VIH	30
Tabla 6. Descentralización de la atención: Beneficios de la integración de atención del paciente con VIH desde la atención primaria	38
Tabla 7. Atención Compartida.....	40
Tabla 8. Recomendaciones de la capacitación en VIH en residentes de Medicina Familiar	41

RESUMEN

Introducción: el VIH es un problema de salud en el ámbito mundial, lo que ha llevado a distintas estrategias por parte de múltiples organizaciones, para garantizar un abordaje integral de esta enfermedad, esto ha resultado en que, en la actualidad, el VIH se defina como una enfermedad crónica. Actualmente, los servicios de salud se enfrentan a nuevos desafíos en cuanto al tratamiento de las personas con VIH, pues se requiere considerar, además del contexto inmunológico, el envejecimiento y sus diferentes manifestaciones, la presencia de comorbilidades metabólicas y sus consecuencias en el riesgo cardiovascular, así como aspectos relacionados con la salud mental y factores sociofamiliares que impactan en la calidad de vida de la persona infectada y su familia.

Materiales y métodos: este trabajo consiste en una revisión bibliográfica de la literatura científica relacionada con la relevancia del enfoque de la medicina familiar y comunitaria en el abordaje del VIH en atención primaria, adaptado a toda la población. Los documentos deben estar publicados en los idiomas español o inglés, con texto completo disponible, en los últimos 10 años hasta marzo 2019, por lo que se incluyeron 32 artículos de distintos niveles de evidencia.

Resultados: se logró definir las necesidades básicas en la atención del paciente con VIH, asimismo, se describe el rol y la participación por parte del médico de familia en la atención de estos pacientes y el enfoque que aporta la medicina familiar.

Conclusiones: la atención primaria de salud ha tenido éxito en un aumento en el diagnóstico temprano del VIH, lo que ha mejorado la adherencia al tratamiento y la supresión de la enfermedad. Las necesidades básicas en la atención del paciente con VIH se deben analizar desde un enfoque biológico, psicológico y social. El especialista en medicina familiar ofrece una mayor calidad en la atención integral del paciente.

ABREVIATURAS

- VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- TARV: Terapia Antirretroviral.
- CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social.
- SIDA: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- ETS: Enfermedad de Transmisión Sexual.
- ONG: Organizaciones no gubernamentales.
- OPS: Organización Panamericana de la Salud.
- PrEP: PreExposure Profilaxis.
- PEP: PosExposure Profilaxis.

Capítulo 1. Introducción

El VIH es un problema de salud en el ámbito mundial, en el que, según el último informe de ONUSIDA, en el 2017 había 36,9 millones de personas con VIH en el mundo, de las cuales 21,7 millones estaban en tratamiento y de estos, 1,8 millones correspondían a nuevas infecciones.

Esta epidemia ha llevado a distintas estrategias por parte de múltiples organizaciones en el ámbito mundial para garantizar un abordaje integral de esta enfermedad. Las diversas tácticas se dirigen a prevenir la transmisión de la enfermedad, un diagnóstico temprano, captación de pacientes infectados, seguimiento y control del padecimiento, manejo de complicaciones, adherencia al tratamiento y apoyo al paciente desde una esfera individual, social y familiar.

Gracias a estos esfuerzos, en la actualidad ha mejorado la sobrevivencia de las personas con VIH y la infección se ha catalogado como una enfermedad crónica, de afectación multisistémica y multiorgánica. Al inicio de la historia del VIH, la expectativa de vida de estos pacientes se medía en semanas o meses (1), sin embargo, debido a las distintas intervenciones y al avance en los conocimientos en relación con la infección y su tratamiento, la sobrevivencia mejoró hasta prácticamente equipararse con la expectativa de vida de la población general (2).

Una persona que vive con el VIH que haya iniciado la Terapia Antirretroviral (TARV), pasó de 36 años en el periodo del 2000-2002 a ser de 51 años en el 2006-2007 y en países con un alto ingreso tiene una esperanza de vida de casi 70 años. Las causas de muerte también han variado: las causas relacionadas directamente con el VIH han disminuido, mientras que las relacionadas con enfermedades crónicas no transmisibles y otras enfermedades no transmisibles (accidentes, suicidios u otras afecciones no especificadas) han aumentado (3).

Sin embargo, en la actualidad, los servicios de salud se enfrentan a nuevos desafíos en el abordaje de las personas con VIH, en los que se requiere considerar, además del contexto inmunológico, el envejecimiento y sus diferentes manifestaciones, la presencia de comorbilidades metabólicas y sus consecuencias

en el riesgo cardiovascular, así como aspectos relacionados con la salud mental y factores sociofamiliares que impactan en la calidad de vida de la persona infectada y su familia (4). La OMS recomienda cambios en el estilo de vida para disminuir el riesgo cardiovascular, además de atender factores como el sedentarismo, la obesidad, la dieta poco saludable y el consumo de tabaco (3).

Este contexto multidimensional implica un abordaje integral e interdisciplinario que permita cubrir las necesidades de esta población y su permanencia en el sistema. El presente trabajo busca reunir información existente en la literatura internacional, que muestre, de manera resumida, los aspectos básicos que debe comprender la atención de la persona infectada con VIH y relacionarla con las competencias del médico de familia. Se busca recopilar experiencias en las que se incluya el enfoque de esta especialidad en el tratamiento de estas personas.

El objetivo es que se pueda describir el rol del médico de familia en el proceso de atención de las personas con VIH y sus familias. Con esta revisión se desea lograr un cambio en la atención actual del paciente con VIH en el ámbito institucional y alcanzar una mayor participación, tanto del especialista en medicina familiar como de la atención primaria, en el abordaje del paciente.

1.1. Justificación

En 1996, con el inicio de la terapia antirretroviral (TARV), se creó un impacto significativo en la historia natural del VIH, se redujo la morbimortalidad de los pacientes y se mejoró su calidad de vida (5). Sin embargo, con el paso del tiempo se ha podido determinar que el manejo del paciente con VIH es más complejo que solo el inicio y uso de la TARV, ya que objetivamente el éxito de esta terapia depende de su prescripción correcta, del apego del paciente a la medicación y de su permanencia a largo plazo.

Asimismo, intervienen procesos psicosociales y ambientales que no solo determinan la adherencia de estas personas al seguimiento y a la TARV, sino que, además, impactan, de manera notable, en su calidad de vida. Estos factores

también deben abordarse como parte del proceso de atención de la persona con VIH (6).

Por otra parte, al tratarse de una enfermedad crónica, su seguimiento requiere abordar factores asociados con la infección, de manera directa e indirecta, mediante acciones preventivas, de detección temprana y abordaje oportuno.

En este sentido, se requiere un compromiso en la atención médica de estos pacientes, mediante el cual se debe establecer un proceso de conexión y asociación continua entre este y el sistema de salud. Este compromiso continuo tiene un impacto en el autocuidado de este, lo que optimiza la adherencia a la TARV, la supresión del virus, disminuye la morbilidad y mortalidad de los pacientes y mejora su calidad de vida.

La atención y el apoyo de los pacientes con VIH involucra un conjunto de servicios en los que se incluyen el apoyo médico, físico, psicológico, socioeconómico, nutricional y legal, servicios que son indispensables para el bienestar y supervivencia de las personas que viven con el VIH (3).

En este contexto, las enfermedades crónicas complejas como el VIH, desafían las estructuras de los sistemas de salud tradicionales, ya que pasan de ser de manejo exclusivo de la atención especializada a ser atendidas cada vez más en el marco de atención primaria en salud (7).

La experiencia indica que un modelo de atención especializado de los pacientes con VIH, no es sostenible en el tiempo desde la perspectiva de costos, principalmente al ser una enfermedad que ya se considera crónica, razón por la cual las nuevas políticas de salud en el ámbito internacional, presentan una tendencia a centrar la atención de estos pacientes en la atención primaria (14).

Los modelos de atención de salud actuales se deben adaptar a esta nueva evolución de la enfermedad y, de esta forma, asegurar la continuidad y calidad de atención de estos pacientes.

Las competencias del médico de familia incluyen destrezas en áreas bio-psico-sociales que le permiten brindar un abordaje integral a las personas con

enfermedades crónicas como el VIH bajo la perspectiva de la atención primaria.

Este trabajo de revisión bibliográfica pretende analizar la relevancia de la participación del médico de familia en el manejo del paciente con VIH, así como las necesidades básicas identificadas actualmente en la atención de estos pacientes.

1.2. Problema de Investigación

Debido a la complejidad de la atención del VIH, la cual requiere de un enfoque biológico, psicológico y social, con base en una atención centrada en el paciente y la comunidad y con un abordaje que incluya promoción y prevención de la salud de forma continua, se propone como hipótesis que el especialista en medicina familiar sea el médico con el perfil más idóneo para asumir esta labor desde la atención primaria.

1.3. Tema de Investigación

Relevancia del enfoque de la medicina familiar y comunitaria en el abordaje del VIH en atención primaria.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Analizar la relevancia del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el abordaje integral del VIH, desde la perspectiva de atención primaria.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Identificar componentes básicos del abordaje de las personas con VIH.
2. Describir el enfoque de medicina familiar en el abordaje del VIH.
3. Relacionar el rol del médico de familia con los requerimientos en el abordaje integral del VIH desde la atención primaria y su contribución.

Capítulo 2. Marco Teórico Conceptual

2.1. Antecedentes

En 1981 se diagnosticó por primera vez en Estados Unidos el síndrome de inmunodeficiencia humana. Fue hasta 1996 cuando, con la llegada de la TARV, se dio un impacto fundamental en la evolución de la infección por VIH, lo que ha disminuido la morbimortalidad y ha aumentado la calidad de vida de los pacientes, hasta definirse como una enfermedad crónica. La monoterapia utilizada al inicio se sustituyó rápidamente por una terapia combinada, ya que la evidencia demostró la necesidad de utilizar múltiples fármacos para mantener la supresión viral de manera efectiva a largo plazo.

De esta forma, se logró transformar la infección de una enfermedad que irremediablemente conduciría a la muerte, en una enfermedad crónica que requeriría el uso de fármacos a lo largo de la vida para garantizar una importante sobrevivencia y una buena calidad de vida. Sin embargo, al cambiar la historia natural de la enfermedad, también cambió el abordaje, de manera que no consiste solo en el inicio del tratamiento farmacológico, sino que requiere de múltiples intervenciones en el ámbito biológico, psicológico y social del paciente, que permita responder a las necesidades de la persona con VIH y favorezca la adherencia adecuada a lo largo de su vida (8) (9).

El impacto que ha generado esta infección a lo largo de su historia en el ámbito mundial y, específicamente, en algunas regiones en las que un porcentaje significativo de la población económicamente activa estaba infectada y representaba una importante causa de morbimortalidad, así como un fuerte impacto en los sistemas de salud, llevó a que en el 2001 se considerara *la lucha contra el VIH* como una prioridad para los países miembros de las Naciones Unidas y se incluyera como uno de los objetivos por mejorar para el desarrollo de los países.

Las estrategias planteadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio generaron buenos resultados, lo que permitió mejorar el acceso a la TARV y

disminuir la incidencia y la mortalidad en el ámbito general, entre otros alcances, sin embargo, no fueron suficientes, por lo que en el 2015 en los Objetivos de Desarrollo del Milenio por parte de las Naciones Unidas, se plantearon nuevos objetivos denominados de Desarrollo Sostenible, en los cuales el VIH, la tuberculosis y la malaria son temas de gran relevancia.

Desde este punto se propuso que, para el 2030, se ponga fin a las epidemias del SIDA, tuberculosis, malaria y las otras enfermedades transmisibles, por lo que en el caso del VIH se planteó la Estrategia de Respuesta Rápida a estos objetivos, en el cual se hace un llamado a todos los países para que tengan como prioridad el tratamiento y la prevención relacionados con el VIH.

ONUSIDA propuso nuevos objetivos para todas las regiones del mundo para disminuir la brecha de acceso al tratamiento y prevenir la transmisión del VIH y fijó nuevas metas para el 2020: es decir, que el 90 % de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico, el 90 % de las personas con el diagnóstico de VIH reciban terapia antirretroviral de forma continua y que el 90 % de las personas que reciben la terapia antirretroviral tengan supresión del virus.

Además de estos objetivos, se reafirmó el objetivo mundial de Cero Discriminación, esto se logra gracias al compromiso con la protección de los derechos humanos, en el que se garantice que las personas que viven con el VIH no deban enfrentarse al estigma y la discriminación (10) (11) (12) (13).

En el 2003 se crearon las Directrices Internacionales del VIH/SIDA, para la promoción y protección del respeto por los derechos humanos, en las cuales se hace referencia al acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo del paciente. La finalidad era generar un entendimiento de la relación entre la razón pública y los derechos humanos, en cuanto al VIH/SIDA.

En este documento se establecieron premisas básicas en el manejo del paciente y se estipula que el acceso al tratamiento del VIH/SIDA es fundamental para ejercer el derecho a la salud, así también que la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo son una secuencia continua y que el acceso a los medicamentos

es un elemento del tratamiento, la atención y el apoyo integrales.

Se estableció que las naciones deberían adoptar medidas políticas en las que se dé información del VIH, de la prevención y se ofrezca medicación inocua y eficaz a un precio accesible. Asimismo, que las naciones, mediante las medidas necesarias, aseguraran a todas las personas, desde una perspectiva sostenida e igualitaria, el acceso a bienes de calidad, servicios e información de la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH/SIDA, con la TARV, pruebas diagnósticas y tecnologías relacionadas, para ofrecer una atención preventiva, curativa y paliativa del VIH/SIDA, de las infecciones oportunistas y otras enfermedades relacionadas, como también la oferta del apoyo social, espiritual y psicológico y de la atención familiar, comunitaria y domiciliar del paciente (14).

Relacionado con estas directrices internacionales del VIH/SIDA, se creó en el 2016 el documento HIV Atención y Apoyo por parte de ONUSIDA, en el que se reafirma que el acceso y adherencia a la TARV, los servicios básicos de enfermería, la atención de pacientes terminales, acceso a los subsidios sociales, el apoyo psicosocial y de salud mental, el fortalecimiento de los medios de vida y la seguridad alimentaria, son los pilares esenciales para la atención y el apoyo como respuesta al VIH (3).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el 2016, publicó el Plan de Acción para la prevención y el control del VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021, para lograr una respuesta rápida, innovadora, efectiva y sostenible al VIH y las ETS. Se planteó desde un enfoque en salud pública, derechos humanos, igualdad de género e intercultural, centrado en la persona y en la comunidad, con el objetivo de conseguir el acceso universal a la salud y a la prestación de servicios integrales de prevención, atención y tratamiento.

En este documento se exhorta a los Estados miembros a continuar con la prioridad al VIH y las ETS, por medio de estrategias y planes nacionales con objetivos y metas para el 2020 y 2030. Además, sugiere realizar intervenciones en el proceso continuo de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, manejo y tratamiento de estas enfermedades, a través de equipos multidisciplinarios, con el

fin de lograr la equidad, maximizar el impacto y eliminar el estigma y la discriminación (15).

Después, en el 2017 se realizó un Análisis de Salud en América Latina y el Caribe, por parte de ONUSIDA, OPS y la OMS, en el cual se implanta el concepto de prevención combinada, que comprende intervenciones biomédicas de promoción de conductas saludables, con base en la evidencia y los derechos humanos y enfocado en satisfacer las necesidades de las personas y las comunidades, en el que se involucra al sector privado, al gobierno y a la comunidad. Se seleccionaron varios indicadores que brindaron resultados como: el no logro en la disminución del número de nuevas infecciones, con un estancamiento desde el 2010 y fue hasta el 2015-2016 que se observó una ligera disminución.

En este punto Costa Rica tuvo un incremento mayor al 10 % de nuevas infecciones del 2010 al 2016. Otro de los resultados fue que no se ofrece el conjunto completo de intervenciones recomendadas para la prevención, con base en los derechos y necesidades de la comunidad, en el que se menciona la terapia PrEP y PEP, la distribución de preservativos y la TARV para todos, independientemente de las cifras de CD4 y el estadio clínico del paciente. Además, se registraron mejoras en el acceso a la prueba de VIH, en la prevención y control de ETS y en las barreras estructurales. En este informe se recomienda que la prevención combinada puede servir como estrategia para alcanzar las metas para el 2020 (16).

En el 2016, la OMS y la OPS emitieron las directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave, en el cual se incluyen los hombres que tienen sexo con hombres, los trabajadores sexuales tanto hombres como mujeres, los transgénero, los que utilizan drogas inyectables y las personas privadas de libertad. Este enfoque específico se basa en que estas poblaciones son un punto importante por intervenir para lograr una respuesta eficaz a la epidemia (17).

En Costa Rica, según datos del Ministerio de Salud, en el periodo 2002-2015 se diagnosticaron 8124 casos de VIH y se registraron 2405 casos de SIDA (18) (19) La Caja Costarricense de Seguro Social cuenta con 7 clínicas especializadas en la

atención de los pacientes con VIH, todas centralizadas en el segundo y tercer nivel de atención, las cuales se ubican en el Hospital Calderón Guardia, Hospital San Juan de Dios, Hospital México, Hospital Monseñor Sanabria, Hospital San Rafael de Alajuela, Hospital Max Peralta y los menores infectados por transmisión vertical madre-hijo en el Hospital Nacional de Niños.

2.2. Adherencia

En el abordaje del VIH la adherencia desempeña un papel fundamental para garantizar el éxito de la terapia y su efectividad a lo largo de la vida de la persona infectada. Sin embargo, cabe señalar que al hablar de adherencia no se circunscribe al acto de cumplir con las tomas del tratamiento farmacológico. En una publicación en 2004 de la Organización Mundial de la Salud, la adherencia se define como el grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a tomar los medicamentos, sigue un régimen alimentario, realiza ajustes en su estilo de vida y acata las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia en salud. En el 2010 el Grupo de Estudio del SIDA estableció la adherencia al TARV como la capacidad del paciente para involucrarse correctamente en la elección, inicio y cumplimiento del tratamiento, con el fin de lograr la supresión del virus (20).

Cuando se comenzaron a utilizar 3 fármacos en la TARV se pensó que se podría erradicar el virus, pero tiempo después se supo que la replicación persistía en reservorios del huésped, incluso con cargas virales indetectables, por lo que la adherencia es un reto continuo tanto para los pacientes como para los servicios de salud. El control de la replicación viral depende de distintos elementos, pero la no adherencia al tratamiento es el principal aspecto del fracaso terapéutico, lo que genera una mala respuesta a este, con una deficiente reconstitución inmune y, como consecuencia, una mayor mortalidad (20).

Por esto, se requiere que el paciente tenga completo entendimiento de su enfermedad, comprenda cuál es el objetivo de la TARV, participe activamente del inicio del tratamiento y sea consciente de la importancia que tiene iniciar el tratamiento y tomar, de forma continua y correcta, los fármacos (21).

La adherencia es el pilar en el manejo del paciente VIH, ya que es fundamental para el éxito del tratamiento, mientras que la no adherencia puede generar repercusiones en la salud pública. Una no adherencia a la TARV da como resultado niveles subterapéuticos del medicamento, replicación viral y la capacidad de desarrollar resistencia por parte del virus. Adicionalmente, los virus resistentes al tratamiento base, junto con actividades de riesgo, pueden limitar las opciones de tratamiento a otros pacientes (20).

Generalmente, se acepta que una adherencia mayor al 95 % evita el fracaso virológico, sin embargo, una adherencia exitosa es muy difícil de lograr y mantener. El régimen de un menor número de pastillas prescritas y un menor número de tomas al día son factores que favorecen la adherencia. Variables como la depresión, el uso de drogas y alcohol, horarios de trabajo, cambios en la rutina diaria y disminución de la función cognitiva del paciente, pueden influir en la habilidad de un individuo para mantener la adherencia al tratamiento (9).

Los factores que influyen en la adherencia se han estudiado ampliamente, en los cuales se tienen los relacionados con el individuo, con el tratamiento y con el equipo asistencial y el sistema de salud.

En cuanto a los que relacionan con el individuo se encuentra su recurso emocional, el autocuidado, la autopercepción del estigma social y el recurso de apoyo social y familiar que tenga el paciente, el nivel socioeconómico y académico. Además, influyen las creencias y prejuicios del paciente respecto a la medicación, a la enfermedad y del equipo de salud. Lograr un mejor entendimiento de la enfermedad, del tratamiento y la importancia de la adherencia por parte del paciente, mediante el seguimiento, educación e intervención, ha ayudado en este aspecto (21) (22).

El apoyo social también ha demostrado mejorar el cumplimiento de la TARV y mejorar la calidad de vida de las personas con VIH, en las cuales se incluye el fortalecimiento económico, suministro de alimentos, el apoyo emocional y asesoramiento psicosocial y la conexión con grupos de apoyo.

Estudios han determinado la relación entre la depresión y el tener una pareja estable con la sobrevida, en el que el tener el apoyo de una pareja es un factor protector, más que el solo estar en una relación estable. Asimismo, el tratamiento de la depresión mediante asistencia psicológica y psiquiátrica, logra mejorar la adherencia y, de esta forma, aumenta la sobrevida (23) (21).

Entre los factores asociados con el tratamiento se ha tratado de implantar estrategias que van desde la creación de un fármaco de una única administración al día, hasta distintas intervenciones psicosociales para mejorar la adherencia en estos pacientes. Los efectos adversos de los medicamentos son un factor directamente relacionado con la no adherencia al tratamiento y los nuevos medicamentos se dirigen a mejorar la tolerancia de estos. Estudios recientes han demostrado que el VIH presenta niveles de baja adherencia, similares a las enfermedades crónicas, en los que esta disminuye en el tiempo.

Es importante tener presente que la adherencia es un proceso dinámico que puede variar a largo plazo y según las circunstancias que se puedan presentar en el diario vivir de los pacientes, por lo que su evaluación constante y su reforzamiento por parte de un equipo interdisciplinario, es necesario para garantizar la adherencia correcta al tratamiento. De esta forma, la adherencia requiere intervención desde distintas perspectivas de abordaje (21) (24) (25) (26).

Finalmente, en los factores relacionados con el equipo asistencial y el sistema de salud, se debe trabajar en la continuidad, accesibilidad, flexibilidad, confidencialidad, suministro de información específica, participación en la toma de decisiones, satisfacción y confianza del paciente (21).

La adherencia correcta a la TARV es esencial tanto para la buena efectividad clínica del paciente, como para la salud pública, lo que lo hace de gran relevancia en el manejo del paciente con VIH y uno de los retos más importantes y complejos en el abordaje, por lo que su evaluación periódica y su intervención por distintas disciplinas debe tomarse en cuenta para la toma de decisiones terapéuticas.

2.3. Atención Primaria

Para entender la atención del VIH desde una perspectiva de atención primaria en salud, es importante definir esta estrategia. Según la conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata en 1978, se definió la atención primaria de salud como la asistencia esencial con base en métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su participación, a un bajo costo, con autorresponsabilidad y autodeterminación.

Es parte del sistema nacional de salud, como el primer contacto de los individuos, las familias y comunidades con el sistema de salud y es el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. Se caracteriza por ser accesible, con una capacidad de adaptación a las posibilidades y necesidades de cada país, enfocado en la atención de las familias y la comunidad (27).

La atención primaria de salud se caracteriza por ser integral, integrada, continuada, longitudinal, activa, accesible, desarrollada por equipos sanitarios y no sanitarios, comunitaria y participativa, programada, evaluable, docente e investigadora.

En esta se define atención integral como el abordaje de los problemas y necesidades de las personas desde una perspectiva biopsicosocial, que considera los componentes biológicos, psicológicos y sociales como actores continuos del proceso de salud-enfermedad (27).

2.4. Medicina Familiar y Comunitaria

Bajo este contexto se afirma que la Medicina Familiar y Comunitaria es la especialidad que responde a la estrategia de atención primaria en salud, a partir de que esta se define como una especialidad horizontal, que comparte conocimiento y destrezas de otras especialidades, la cual comprende ciencias biomédicas, conductuales y sociales.

El médico de familia debe ser capaz de solucionar problemas del individuo,

su familia y su comunidad, además de abarcar todas las edades, sexos, enfermedades, enfocarse desde la medicina humanística, la relación médico-paciente, aspectos preventivos, la medicina integrada y la medicina costo-efectiva, centrada en el paciente (28).

El médico de familia aborda simultáneamente problemas médicos agudos y crónicos de manera individual, se ocupa de complicaciones en la salud física, psicológica, social, cultural y existencial. Se define como el gestor de los recursos de salud, con amplio liderazgo, interesado en entender el contexto de los problemas y buscar soluciones, experto en la relación médico-paciente-familia-comunidad, comprometido con la persona con un alto nivel profesional, técnico, investigativo y académico, permanentemente actualizado (29).

Sudáfrica se ha sumado al movimiento internacional hacia el fortalecimiento de los servicios de atención primaria en salud y, de esta forma, ha optimizado la prestación de servicios a un menor costo. La especialidad de medicina familiar fue reconocida en Sudáfrica en el 2007 y para el 2014 había 42 médicos de familia ejerciendo, con una expectativa de que este número de especialistas aumentará a 60-80 en los próximos 5 años (30).

En Estados Unidos, Barbara Starfield demostró que los médicos de familia tienen un impacto positivo en los resultados de salud (31). Tanto Australia como el Reino Unido han establecido un rol centrado en el entrenamiento de los médicos de familia y en Brasil los equipos de cuidado en salud familiar están conformados por un especialista en medicina familiar, una enfermera, una auxiliar de enfermería y trabajadores en salud comunitaria. De esta manera, se puede comprobar cómo en el ámbito internacional cada vez más los sistemas de salud se apoyan en la atención primaria a través de los especialistas en medicina familiar (30).

Tabla 1. *Principios de Medicina Familiar*

1. El médico de familia está comprometido con la persona.
2. El médico de familia se esfuerza por comprender el contexto de enfermedad.
3. El médico de familia ve cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención y educación para la salud.
4. El médico de familia ve su práctica como una población en riesgo.
5. El médico de familia se considera a sí mismo como parte de una red comunitaria de atención en salud.
6. Idealmente, el médico de familia comparte el mismo hábitat que sus pacientes.
7. El médico de familia visita a sus pacientes en el hogar.
8. El médico de familia les da importancia a los aspectos subjetivos de la medicina.
9. El médico de familia es el administrador de los recursos.

Fuente: Mc Whinney I.R Medicina Familiar.

2.5. Manejo del VIH en Costa Rica

Desde el 20 de mayo de 1998 se publicó en la Gaceta la Ley No. 7771 “Ley General sobre el VIH- Sida”, en la cual se decreta el derecho a la atención integral de estos pacientes, el derecho a los medicamentos antirretrovirales, la confidencialidad, medidas contra la discriminación, entre otros. En este documento se establece el derecho de toda persona portadora del VIH a ser atendida por un equipo multidisciplinario, quienes se encuentran establecidos en cada hospital del país y deben estar conformados por profesionales de la salud y su organización dependerá de la complejidad de cada centro de salud (32).

Como respuesta a esta ley, desde 1999 se creó el Consejo Nacional de Atención Integral al VIH-SIDA, el cual es una instancia adscrita al Ministerio de Salud como el máximo ente en el ámbito nacional encargado de recomendar las

políticas y los programas de acción en el sector público para el VIH-SIDA (33).

En la política nacional de VIH y SIDA del 2007, entre las líneas de acción se determinó garantizar un abordaje interdisciplinario y multisectorial a las personas con VIH en el proceso de diagnóstico, seguimiento, rehabilitación y servicios de apoyo (19).

En la CCSS, como la encargada de brindar la atención en salud de los costarricenses, se han atendido a las personas infectadas por el VIH desde inicios de los años 80 con la detección de los primeros casos, pero fue hasta 1998 que se brindó la TARV de forma general a todos los asegurados (19). El acceso a la TARV y el tratamiento profiláctico para proporcionar la calidad de vida de paciente y la supervivencia, se garantiza a través del seguro social.

En pacientes terminales la atención se ofrece gracias a organizaciones no gubernamentales (ONG) mediante la oferta de albergues para las personas con dificultad económica. Desde el punto de vista de gastos, el país ha hecho grandes esfuerzos por responder a la cobertura universal de la TARV, desde disminuir el costo unitario del tratamiento, hasta reducir los gastos hospitalarios asociados a la morbilidad por el SIDA (18).

La atención de estos pacientes se brinda de manera centralizada, a través de equipos interdisciplinarios especializados ubicados en siete hospitales: Hospital San Juan de Dios, Hospital Calderón Guardia, Hospital México, Hospital Nacional de Niños, Hospital San Rafael de Alajuela, Hospital Max Peralta y Hospital Monseñor Sanabria.

En el 2016 se creó el Plan Estratégico Nacional VIH y SIDA 2016-2021, que surgió como una herramienta en la que se definen las líneas de acción nacionales en la lucha contra el virus. En este se parte del análisis del contexto y la problemática actual, el marco jurídico y las probabilidades de respuesta en el país, para así responder a los acuerdos en el ámbito internacional de ONUSIDA.

En este documento se analiza la situación actual epidemiológica en el ámbito nacional, el marco normativo, la respuesta nacional y el abordaje estratégico. En las

estrategias se establece: la coordinación de la gestión y de la respuesta nacional, la atención integral, el monitoreo y la evaluación, los derechos humanos y la mitigación de impacto, la educación y academia y la sostenibilidad de la respuesta. En el abordaje se incluye la dimensión política, económica, social y cultural, para generar un cambio en el aspecto laboral, educativo, familiar y en servicios de salud (19).

Capítulo 3. Metodología de la Investigación

3.1. Tipo de Estudio

El presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica de la literatura científica relacionada con la relevancia del enfoque de la medicina familiar y comunitaria en el abordaje del VIH en atención primaria, adaptado a toda la población. Los documentos deben estar publicados en los idiomas español o inglés, con texto completo disponible, en los últimos 10 años, desde agosto 2018 hasta marzo 2019.

3.2. Palabras Claves

Se incluyeron artículos científicos que incluyeran las siguientes palabras:

- Family Physician and HIV.
- Family Doctor and HIV.
- Family Medicine and HIV.
- Medicina Familiar y VIH.
- Médico de Familia y VIH.
- Atención Primaria y VIH.
- Primary Care and HIV.

3.3. Criterios de Inclusión de Artículos

- Artículos comprendidos entre el año 2008 y 2018.
- Artículos indexados en Pubmed, Elsevier, Scielo, American Family Physician Journal y bases de datos de acceso, según el Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información de la Universidad de Costa Rica.

- Artículos en español e inglés.
- Artículos que incluyeran las palabras clave.

3.4. Criterios de Exclusión de Artículos

- Patología biológica o específica (por ejemplo: solo tuberculosis, enfermedades mentales o de salud mental).
- Atención primaria por enfermería.
- Artículos enfocados desde la perspectiva del paciente y no desde la atención primaria.
- Enfoque solo administrativo.
- Con enfoque dirigido a la negación por parte de los médicos de familia en atender a pacientes con VIH.
- Si la atención primaria estaba dirigida por otros especialistas que no fueran médicos de familia.
- Otros (por ejemplo: opinión del editor, carta al editor, revisión de tema, carta a la editorial, carta al director).

3.5. Procedimiento de Búsqueda Bibliográfica

1. Se realizó una búsqueda bibliográfica direccionada y centrada en Pubmed, Scielo y Elsevier y se optimizó con MESH, utilizando las palabras claves.
2. Se encontraron 391 artículos, de los cuales 65 cumplieron los criterios de inclusión.
3. Se realizó la técnica de “bola de nieve”, en la que se revisaron todos los artículos relacionados con las palabras claves.
4. Se revisaron los *abstract* y títulos de cada artículo para seleccionar los artículos y aplicar los criterios de exclusión.

5. Después de aplicar los criterios de exclusión, se obtuvieron 32 artículos que cumplían con los criterios.
6. Estos artículos se leyeron y catalogaron en una matriz de análisis (Anexo 1) para clasificarlos según el tipo de estudio y el nivel de evidencia.
7. Se realizó una descripción y análisis de los resultados obtenidos y se agruparon según cada uno de los apartados.
8. Con la información y categorización de estos resultados, se formularon conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación.

3.6. Artículos Encontrados y Nivel de Evidencia

Se tomó como referencia para el nivel de evidencia y grado de recomendación el CEBM de la Universidad de Oxford.

Tabla 2. Clasificación de los artículos, según nivel de evidencia y recomendación con base en el CEBM de la Universidad de Oxford

Nivel de Evidencia	Fuente	Grado de Recomendación	Artículos Indagados
1a	Revisión sistemática de un ensayo controlado aleatorizado, con homogeneidad, o sea, que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.	Grado A (extremadamente recomendable)	3
1b	Ensayo Clínico Aleatorizado individual.		6
1c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación.		3
2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea, que incluya estudios con resultados comparables en la misma dirección.	Grado B (recomendación favorable)	3
2b	Estudio de cohortes individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.		14
2c	Investigación de resultados en salud.		0
3a	Revisión sistemática de casos y controles, con homogeneidad, o sea, que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.		0
3b	Estudios de casos y controles individuales.		3
4	Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad.	Grado C (recomendación favorable, pero no concluyente)	0
5	Opinión de expertos sin evaluación crítica, con base en fisiología o investigación básica.	Grado D (No se recomienda ni se desaprueba)	0
	Total		32

Capítulo 4. Resultados y Discusión

4.1. Componentes Básicos del Abordaje del VIH

El abordaje del paciente con VIH es complejo e implica múltiples retos para abarcar todas sus necesidades. El VIH, al igual que las demás enfermedades crónicas, se debe analizar desde el contexto biológico, psicológico y social y el impacto que tiene para el paciente en cada una de esas esferas para, de esta manera, brindarle una atención integral.

4.1.1. Biológico

4.1.1.1. *Identificación de Condiciones de Riesgo*

Las conductas de riesgo del VIH surgen en el contexto de los determinantes socioeconómicos de la salud, como el entorno físico, familiar, organizativo, económico, político/legal y social en el que viven los pacientes (27).

En España, en el 2015 se realizó un estudio en el que se incluyó un total de 6039 personas con VIH que, en el análisis bivariado, un resultado reactivo en hombres que tienen sexo con hombres, se asoció con un origen extranjero y el antecedente de haber tenido varias ETS. En hombres que tenían sexo exclusivamente con mujeres se asoció tener una pareja seropositiva y el consumo de heroína. En mujeres se asoció al uso infrecuente del condón, tener una pareja sexual seropositiva, ser trabajadora sexual y al antecedente de haber tenido varias ETS.

Cuando las intervenciones para la detección del VIH se abordaron en poblaciones vulnerables, las tasas positivas fueron altas y, de esta manera, se concluyó que las intervenciones preventivas deben adaptarse y dirigirse a poblaciones de alto riesgo (45).

De esta forma, es importante que, en el momento de hacer la anamnesis de los pacientes, se debe preguntar directamente por la actividad sexual de este, ya que, de esta manera, se podrá identificar conductas de riesgo y brindar la

intervención correspondiente. Se debe recomendar evitar prácticas sexuales inseguras con personas que tienen múltiples parejas sexuales, que consuman drogas o si se desconoce la situación de la persona respecto a la infección, aconsejar el uso de preservativo y reducir el número de parejas sexuales (34).

4.1.1.2. Detección Oportuna del VIH

Al caracterizarse la atención primaria por su accesibilidad y ser el primer contacto de las personas con el sistema de atención en salud, es importante identificar algunos síntomas y signos que pueden ser sugestivos de una infección aguda del VIH y darles a estos pacientes un asesoramiento para realizarse la prueba del VIH.

Entre julio del 2002 y julio del 2012, en Ámsterdam se identificó la incidencia de enfermedades indicadoras de VIH antes del diagnóstico de la enfermedad, esto mediante un estudio de casos y controles. El 61 % de los casos consultó en atención primaria en comparación con un 38 % de los controles. En los 5 años previos al diagnóstico de VIH, la mitad de los casos tuvieron condiciones indicadoras a VIH en comparación con los controles. Del 2002 al 2012 la prevalencia promedio de VIH en personas entre los 15-59 años pasó de un 0.4 % a un 0.9 %.

La enfermedad *mononucleosis like* es una condición importante del indicador de VIH porque esta puede indicar una infección aguda por VIH y a estas personas se les debe asesorar para que se realicen una prueba del VIH. Este estudio reveló muchas oportunidades para la prueba guiada por condición de indicador de VIH en atención primaria. Las afecciones relacionadas con el VIH más comunes fueron la sífilis y la gonorrea. Los síntomas más comunes relacionados con el VIH fueron la pérdida de peso, las linfadenopatías y la neuropatía periférica (44).

4.1.2. Social

4.1.2.1. Consejería e Intervención

En un ensayo clínico en Boston en el 2010, se obtuvo evidencia de que, al ofrecer consejería para la reducción del riesgo sexual del VIH, la intervención es

generalmente aceptable para los pacientes infectados con VIH y esta se asocia con una disminución significativa en el riesgo de transmisión sexual (47).

En este estudio se incluyeron tanto médicos como trabajadores sociales y se implementó una intervención de 5 visitas en pacientes que tuvieran alguna conducta sexual de riesgo. En la primera cita se le pedía al paciente que contara su historia y la forma en que el VIH había impactado su vida. La segunda cita consistía en brindar educación sobre las formas de transmisión del VIH y se discutía sobre el deseo de cambiar el comportamiento. Para las siguientes tres sesiones se evacuaban dudas que tuviera el paciente respecto a su enfermedad.

Con este estudio se comprobó que ofrecerle al paciente la oportunidad de expresar su historia personal, dedicarle tiempo a la educación sobre el VIH y crear un espacio para evacuar dudas respecto a la enfermedad, con o sin la capacitación previa en habilidades de comportamiento, puede crear un impacto positivo en el paciente a través del tiempo y mejorar tanto la constancia de las visitas como la adherencia a la atención.

4.1.2.2. Relación Médico-Paciente

En un estudio que se realizó en Estados Unidos en el 2014, se incluyeron 1838 pacientes de 6 clínicas de atención primaria de VIH. El objetivo era determinar si el contacto personal mejorado con los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana a través del tiempo, mejoraba la retención de los pacientes en la atención, comparado con las prácticas estándar de atención existentes y si el entrenamiento breve de habilidades mejora la retención más allá del contacto mejorado. Se demostró que los contactos personales mejorados con los pacientes a través del tiempo mejoraron tanto la constancia de las visitas como la adherencia a la atención primaria.

Un esfuerzo concentrado para ayudar a los pacientes a resolver necesidades insatisfechas proporcionó un contexto en el que es más probable que mejore universalmente la retención en la atención, que una intervención conductual. La mejora de la relación médico-paciente junto con la educación básica sobre el VIH,

con o sin capacitación adicional en habilidades de comportamiento, mejoraron significativamente la adherencia y la constancia en las citas de control durante un periodo de intervención de 12 meses. Se comprobó que en personas con necesidades no satisfechas y con antecedentes de consumo de drogas ilícitas, tienen menos probabilidades de beneficiarse de la intervención y pueden requerir enfoques adicionales más intensivos (49).

Otro factor relevante en la relación médico-paciente, es la empatía sin juicio, que mejora el apego del paciente al tratamiento y a la atención. Además, la confidencialidad fue otro componente primordial para la buena adherencia del paciente con VIH (41). En este aspecto reluce el estigma que tiene el proveedor respecto a la enfermedad, por lo que es importante que las personas que se dedican a la atención de pacientes con VIH no presenten estas barreras, para no poner en detrimento la atención de estos.

Las intervenciones que se centran específicamente en comprometer y retener a los pacientes en la atención producen resultados más favorables. El uso de múltiples estrategias de retención parece ser necesario para abordar, de manera efectiva, las diversas barreras de acceso y, de forma constante, al utilizar la atención primaria del VIH. Intervenir con el personal de atención primaria e involucrar a otras personas importantes para mejorar la retención en la atención del VIH, puede ser una pieza fundamental para mantener a las personas diagnosticadas con VIH en la atención (48).

4.1.3. Psicológico

4.1.3.1. Identificar el Nivel de Educación y Salud Mental

El nivel de educación de los pacientes y su estado de salud mental son aspectos que se deben considerar en el abordaje del paciente con VIH. En un estudio realizado en Miami con pacientes haitianos, VIH positivos, en atención primaria, se identificó la importancia de estos y se comprobó que una vez que estas personas están vinculadas a un sistema de atención en salud y se les ofrece asistencia en sus desafíos diarios, existe una alta probabilidad de que mantengan

un nivel adecuado de cumplimiento en el tratamiento (46).

El estado mental fue significativamente o casi asociado con el uso regular de la atención del VIH en un estudio que se realizó en inmigrantes haitianos con VIH, por lo que debe evaluarse en el paciente con VIH (35). De igual forma, la depresión tiene una alta prevalencia en los pacientes con VIH, que puede estar generada por el aislamiento social, el estigma y la discriminación. De la misma manera, puede acompañarse de ansiedad, drogodependencia y un consumo dañino de alcohol. La importancia de identificar la depresión, es que esta aumenta las tasas de mortalidad, al disminuir la adherencia al TARV, aumentar conductas sexuales de riesgo y reducir la retención en la atención (3).

El estigma y la discriminación están influenciadas por miedos irracionales y el conocimiento insuficiente de la infección del VIH, los juicios sociales y los prejuicios y estereotipos que existen referentes a las personas que viven con el VIH; de igual forma influye la carencia de políticas y legislaciones que aborden el tema. Desde esta perspectiva, se debe apoyar a los pacientes con intervenciones, consejería y conexión con grupos de apoyo que ayuden al paciente a empoderarse frente a las actitudes negativas relacionadas con el VIH (3).

Tabla 3. *Recomendaciones sobre las Necesidades Básicas en el abordaje de la persona con VIH*

Meta con el paciente	Autor	Nivel de Evidencia
La empatía sin juicio mejora la adherencia al tratamiento.	Andrea Norberg et cols	1a
Consejería e intervención ante conductas de riesgo.	Steven A. Sartren et cols	1b
Tener un contacto mejorado con el paciente.	Lytt I. Gardner et cols	1c
Intervenciones para comprometer y retener al paciente en la atención.	Darrel H. Higa et cols	2a
Identificación de conductas de riesgo.	Esteban Vasallo et cols	2b
Identificar el nivel de educación y salud mental del paciente.	Gilbert Sannt-Jeana et cols	3b
Identificar condiciones indicadoras de VIH.	Ivon K. Joore et cols	3b

4.2. Enfoque de Medicina Familiar en el Abordaje del VIH

El médico de familia desempeña un papel muy importante en el manejo de los pacientes con VIH, por medio de aspectos como la consejería y el apoyo que requieren. Entre sus objetivos está la promoción de la salud, prevención, el diagnóstico precoz, el seguimiento y cuidado continuo del paciente y los cuidados del paciente terminal (36).

El especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, desde la atención primaria, tiene un papel fundamental en el manejo del paciente con VIH, desde prevenir la transmisión a terceros, identificar prácticas de riesgo, así como la continuidad y accesibilidad que caracteriza al médico de familia, acompañar al

paciente, mediante una comunicación empática, sin estigmas y comprender al paciente con VIH como un ente biológico, psicológico y social, desde un abordaje integral.

De la misma forma, está el asociar al paciente con recursos sociales disponibles, ayudar a comunicar su situación a sus contactos, abordar el miedo al rechazo social, identificar y ayudar con el estado emocional del paciente e integrarlo a grupos sociales de apoyo, si así lo desea (36).

En el contexto biológico, en un estudio realizado en Ontario en el 2015, en el que se comparó la calidad de atención del paciente con VIH entre el especialista en medicina familiar y el especialista en VIH, se comprobó que en la atención por parte del especialista en atención primaria se encontraron mayores tasas de tamizaje por distintos cánceres y menores admisiones hospitalarias (37).

En un estudio realizado en el Reino Unido en el 2015, se comprobó que, entre los grandes facilitadores para la atención del VIH por parte del médico de familia, estaban tener un fuerte liderazgo clínico en atención primaria, las buenas relaciones profesionales y de comunicación y la capacitación personalizada (38).

En otro estudio en Malawi, se determinó que el éxito dependía de varios factores, entre estos, un claro liderazgo por parte del clínico y la propiedad del equipo de trabajo de conocer sus tareas específicas con conversaciones deliberadas y regulares de los desafíos, lo que generaba una mejora en los procesos de atención (39).

El especialista en medicina familiar tiene la capacidad de trabajar en conjunto con otros profesionales en el ámbito de la atención primaria y gestionar la interrelación entre otros, con destrezas para trabajar en equipo y solucionar problemas, en un marco de referencia ética, con el fin de enfatizar la vocación de servicio, la sensibilidad social, la responsabilidad y compromiso por parte de los profesionales para generar una respuesta satisfactoria ante las necesidades sociales en materia de salud (28).

Tabla 4. *Actividades por parte del médico de familia en la atención del VIH*

Enfoque	Actividad	Autor	Nivel de Evidencia
Promoción de la Salud	Estilos de vida saludables	N. Hall et cols	2b
Prevención Primaria	Educación de sexo seguro. Educación del uso de drogas intravenosas. Prescripción de preservativos.	N. Hall et cols	2b
Prevención Secundaria	Tamizaje de cáncer colorrectal Tamizaje de cáncer de cérvix Tamizaje de cáncer de mama Tamizaje por depresión	Claire E. Kendall et cols	1b
Prevención Terciaria	Prescripción de la TARV Fomentar la adherencia a la TARV Seguimiento del paciente.	Claire E. Kendall et cols	1b

4.3. Relación del Rol del Médico de Familia con los Requerimientos en el Abordaje Integral del VIH desde la Atención Primaria

Mediante un estudio de cohortes en el 2014 en Sudáfrica, los gerentes de distritos evaluaron el impacto de los especialistas en medicina familiar en los procesos clínicos, el desempeño del sistema de salud y los resultados de salud en el sistema de salud del Cabo Occidental. Como resultado se demostró un impacto positivo en los procesos clínicos de VIH/SIDA, tuberculosis, traumatismos, enfermedades crónicas no transmisibles, la salud mental y la salud materna e infantil.

El desempeño del sistema de salud fue impactado positivamente en términos de acceso, coordinación, exhaustividad y eficiencia. Esto sugiere que cuando se emplean los especialistas en medicina familiar y funcionan de manera óptima, tienen un impacto significativo en el desempeño del sistema de salud y la calidad de los procesos clínicos (30).

Los médicos de familia tuvieron un impacto significativo en la atención de pacientes con VIH. Fueron vistos como parte de la naturaleza vertical del modelo de atención del VIH, lo que brinda un enfoque más holístico de la atención al paciente. Cuando la medicina familiar se acerca a las enfermedades crónicas, las aborda de manera sistémica y considera que todas tienen algo en común (30).

El especialista en medicina familiar también se desarrolla en el papel de la educación médica continua. En un estudio de cohortes, del año 2014, un médico de familia realizó una reunión trimestral sobre morbilidad y mortalidad con antirretrovirales y la utilizó para capacitar al personal de enfermería y médicos. Como resultado identificó la necesidad de asignación de recursos y las brechas de capacitación del personal en atención primaria (30).

Tabla 5. Rol del Médico de Familia en el VIH

Fortalezas	Autor	Nivel de Evidencia
Impacto positivo en el manejo del paciente VIH Abordaje Holístico Abordaje Sistemático Abordaje de Enfermedades Crónicas Prevención de la transmisión vertical Capacitación del personal de salud Coordinar los distintos niveles de atención Evaluar el sistema de referencias	Meyer Swanepoel et cols	2b
Identificación de factores de riesgo. Identificación de signos clínicos de la infección por VIH.	N. Hall et cols	2b

En un ensayo clínico aleatorizado del año 2015, en Ontario, se identificaron 13 417 pacientes VIH positivos que tenían algún tipo de atención por un médico de familia. De estos, un 52.8 % tenía un manejo exclusivamente por el especialista en medicina familiar y un 47.2 % tenía un manejo en conjunto del especialista en medicina familiar y el especialista de VIH. Los médicos de familia con más experiencia, tenían una alta prevalencia de prescripción de antirretrovirales y de los pacientes que manejaban se reportaban menores visitas al servicio de emergencias y menor admisión hospitalaria (37).

En este mismo estudio se encontró que el modelo de prestación de atención en salud (cantidades relativas del especialista en VIH y el especialista en medicina familiar) es importante para satisfacer las necesidades de atención evolutivas de las personas con VIH y, además, que la experiencia del VIH en especialistas en medicina familiar modifica la asociación entre el modelo de prestación de atención y mejora la calidad de los resultados para la atención relacionada con el VIH (37).

En el 2017, un estudio indicó la necesidad de un aumento en el ejercicio por parte del especialista en medicina familiar para pacientes nuevos con conductas sexuales de riesgo que fueran candidatos a terapia PrEP. El conocimiento limitado de las pautas de PrEP y su uso en la práctica clínica son factores limitantes significativos para aumentar las prácticas de prescripción en la comunidad de especialistas en medicina familiar.

Como resultado, se debe mejorar la educación médica continua sobre la PrEP, lo que podría aumentar significativamente su prescripción en la comunidad de especialistas en medicina familiar. (40) Asimismo, en otro estudio de atención primaria en salud de niños y adolescentes con VIH, se evidenció la necesidad de ampliar esta cobertura y de contar con un programa de perfeccionamiento en el personal de atención en salud, que reconozca la demanda del cuidado a los niños y adolescentes infectados por el VIH (41).

En Francia, en el 2015, se realizó un estudio de cohortes, en el cual se determinó que los especialistas en medicina familiar desempeñan un papel crucial en el tratamiento y manejo de los pacientes con VIH, aunque muy pocos están relacionados con esta población. Con el control inmune y virológico de la infección y con la simplificación de los tratamientos antirretrovirales, el VIH ahora es una enfermedad crónica, por lo tanto, la dinámica de la infección ha cambiado con el paso de los años y también lo hará la función del Médico de Familia en su manejo (42).

Un 77 % de especialistas en medicina familiar en Francia en el 2015, estuvieron a favor del uso de prueba rápida de VIH. Los tres impedimentos principales fueron: una mala interpretación del resultado de la prueba, la complejidad del control de calidad y la falta de capacitación del uso de la prueba. Entre las razones del poco uso de la prueba rápida se encuentran las pocas oportunidades o solicitudes de uso, lo complejo del manejo, dificultades para proponer la prueba, temor a informar la seropositividad y tener consultas significativamente más largas.

Aunque los médicos de familiar generalmente están a favor del uso de las

pruebas rápidas de VIH en la práctica diaria, la viabilidad y la contribución de estas son limitadas en la práctica de medicina familiar, por lo que es importante la capacitación en estas áreas. (43).

Uno de los aspectos más importantes en el manejo del paciente con VIH, es la búsqueda oportuna de la enfermedad. En un estudio realizado en España en 2014, el 91,9 % de los especialistas en atención primaria consideró la búsqueda oportuna del VIH aceptable y el 89,3 % factible de realizar. Esto mostró en el análisis multivariante una relación positiva con llevar a cabo actividad docente.

La aceptación de la prueba por parte de los pacientes fue del 93,1 % y esta se relacionó positivamente con el tiempo que el médico había trabajado en el mismo puesto, la cualidad de docencia y los años dedicados a la investigación. De esta forma, se evidencia que la búsqueda oportuna del VIH es un método aceptable y factible para los profesionales de atención primaria (37).

4.4. Hallazgos Secundarios a los Objetivos

Después de la revisión de artículos, en conjunto con el análisis de los objetivos planteados en el presente estudio, se encontró consistencia en dos temas importantes que destacaron, estos son la importancia y beneficios de la descentralización de la atención del VIH y la estrategia de atención compartida, por lo que se consideró de interés discutir ambos tópicos entre los resultados que se encontraron.

4.4.1. Descentralización de la Atención del VIH

Con el objetivo de responder a las necesidades y retos actuales en la atención de los pacientes con VIH y descongestionar la saturación de los servicios especializados, en el ámbito mundial países como Sudáfrica, Brasil, Canadá, Zambia y Tailandia han descentralizado esta atención y han creado modelos en la atención primaria para su control y manejo. Esto ha resultado en una serie de beneficios en la atención de estos pacientes (44) (45) (46) (47) (48).

En una revisión sistemática del 2018 en la que se quiso determinar las

características de atención que facilitaban el acceso a la atención primaria integral del VIH en mujeres en Canadá, con base en un marco socioecológico sobre la participación en la atención del VIH, se ubicaron los temas en tres niveles del sistema de atención médica: proveedores de atención, entornos de atención clínica y factores sociales e institucionales. En el proveedor de atención, las funciones que mejoran el acceso a la atención primaria integral incluyen relaciones positivas entre pacientes y proveedores y la disponibilidad de apoyo entre pares, administradores de casos y enfermeras.

Entre los entornos de atención clínica, los facilitadores de atención médica fueron sistemas de recordatorio de citas, signos clínicos no identificables, espacios para mujeres y familiares, servicios de transporte y coordinación de atención para satisfacer las necesidades de salud, comorbilidad y atención sexual y reproductiva de mujeres. Finalmente, los factores sociales e institucionales incluyeron el seguro de salud, la educación del paciente y el médico y la eliminación del estigma relacionado con el VIH (49).

4.4.1.1. Beneficios en Costos

En un estudio que se realizó en Malawi en el 2015, se identificó que se requería de soluciones innovadoras para abordar en un horizonte más amplio las enfermedades crónicas como el VIH; estas soluciones deben ayudar a maximizar la eficiencia y orientarse a un enfoque centrado en el paciente en el momento de diseñar modelos de prestación de servicios.

Se observó que al instaurar las citas de rutina, el asesoramiento farmacológico, el seguimiento de laboratorios y el monitoreo de la progresión de la enfermedad, con un enfoque centrado en el paciente desde la atención primaria, maximizaba la eficiencia y reducía las barreras para atender a los pacientes con VIH (39).

Sudáfrica, con más de 2.6 millones de personas en tratamiento para el VIH, ha tenido un éxito sin precedentes al implantar el manejo de estos pacientes en la atención primaria, lo que ha reducido sus costos en los servicios prestados.

Los costos se estimaron desde la perspectiva del proveedor a partir de los 12 meses posteriores al inicio de la TARV, a través de métodos de cálculo de costos estándar. Los recursos que se evaluaron incluyeron medicamentos, diagnósticos, personal clínico, espacio físico, equipo y otros. Se concluyó que el inicio y manejo de los pacientes con la TARV en la atención primaria producía resultados igualmente buenos en la atención de pacientes ambulatorios con VIH, que una atención en un hospital y a un costo mucho menor (44).

4.4.1.2. Beneficios en el Tratamiento

En el 2013 en Sudáfrica se creó el programa STRETCH, el cual significa Racionalización de tareas y roles para ampliar el tratamiento y la atención para el VIH, en el que se descentralizó el abordaje del VIH desde la atención primaria. Las intervenciones de este programa dieron como resultado una mayor integración de la atención del VIH, en particular la del tratamiento antirretroviral, al proporcionar atención del VIH en las clínicas de atención primaria (50).

Este programa comprobó resultados igualmente buenos como la atención desde un hospital y a un menor costo, con lo que se logró una estrategia que ayuda a alcanzar los objetivos en cobertura de tratamiento, con una mejor inversión en los recursos y expansión del programa de atención primaria del VIH (51).

4.4.1.3. Beneficios en el Paciente

Según una revisión de Cochrane, existe evidencia de que el manejo de los pacientes con VIH en atención primaria no disminuía la calidad de atención y que ser paciente de una clínica en atención primaria era un factor protector de mortalidad y había una disminución de la pérdida de la adherencia al control médico (47). En un estudio del 2015 en el Reino Unido, se encontraron mejoras significativas en el diagnóstico del VIH y un cambio en el diagnóstico del VIH desde la configuración del VIH a la práctica de la atención primaria y comunitaria, a partir de un aumento en la proporción de nuevos diagnósticos de VIH y una reducción en la tasa de diagnósticos tardíos (52).

En Estados Unidos, uno de los objetivos principales en el manejo del paciente con enfermedad por VIH, es ayudarlos a entrar y permanecer en la atención primaria. Los pacientes que se mantienen en su sistema de atención en salud disminuyen el riesgo de desarrollar enfermedades oportunistas, mayor supresión de la carga viral y aumento de la sobrevida (53).

En una revisión que se realizó en el 2015 del desempeño de la calidad de atención de los pacientes con VIH en atención primaria en Canadá, se determinó que la idoneidad de atender a las personas con VIH en el sistema de atención primaria de salud, es que se puede brindar una atención integral y continua durante toda la vida necesaria para las personas con VIH.

Los avances en los modelos de manejo de enfermedades crónicas en la última década, con base en el modelo de cuidado crónico, reconocen los conceptos de autocontrol y empoderamiento del paciente que requieren resultados informados por el paciente.

Con la atención integral como objetivo para las personas que viven con una enfermedad crónica compleja como el VIH, la actualización de los indicadores de rendimiento no solo debe centrarse en la evidencia emergente sobre la calidad técnica de la atención, sino también en el manejo de medicamentos o las prácticas óptimas de prevención secundaria (7).

Según uno de los estudios, se logró comprobar una mayor supresión virológica en los que estaban más comprometidos con su cuidado en comparación con los que abandonaron el seguimiento. Además, se comprobó que los que sabían de su diagnóstico se comprometían más con el cuidado de su salud y adoptaban conductas de sexo seguro, con un menor rango de transmisión. Por lo tanto, para lograr un mayor compromiso por parte del paciente, este debe conocer su diagnóstico y después tener una conexión con algún sistema de atención en salud (42).

De esta manera, se comprueba que, según distintos estudios, el abordaje integral que puede ofrecerse desde la atención primaria tiene grandes beneficios en

el manejo del paciente con VIH, al disminuir conductas sexuales de riesgo, educar al paciente respecto a la enfermedad, aumentar la adherencia a la TARV, evitar la aparición de otras comorbilidades o manejarlas en conjunto con el VIH, obtener la supresión del virus y reducir la morbimortalidad.

4.4.1.4. Beneficios en la Utilización de Recursos

La integración de la atención del VIH desde la atención primaria, no disminuye la atención en otros servicios, esto según un estudio realizado en Ruanda en el 2009, en el que se observaron aumentos estadísticamente significativos en la utilización y provisión de algunos servicios preventivos. Asimismo, la introducción de servicios para el VIH en atención primaria, aumentó la salud reproductiva y también hubo una disminución en las tasas de hospitalización de casos de VIH en los centros que ofrecían atención primaria para el VIH más una terapia antirretroviral altamente efectiva (54).

En Mozambique, el enfoque de integración ha permitido al sistema de atención primaria de salud evaluar a más pacientes para el VIH, iniciar el tratamiento antirretroviral en más pacientes, de manera más rápida y eficiente, reducir el abandono al tratamiento y lograr una mayor cobertura geográfica de la atención del VIH en comparación con el modelo vertical.

A través de los procesos de integración, los recursos de VIH se han utilizado para rehabilitar la infraestructura de atención primaria en salud, incluidos laboratorios y farmacias, fortalecer la supervisión, llenar los vacíos en la fuerza laboral y mejorar el flujo de pacientes entre servicios e instalaciones, de manera que se puedan beneficiar todos los programas. El uso adecuado de recursos ha ayudado a integrar y vincular mejor la atención del VIH con los servicios ya existentes, lo que fortalece los sistemas de atención primaria en salud (55).

4.4.1.5. Beneficios Administrativos y del Personal en Salud

La implementación del modelo integrado cambió sustancialmente la

organización de la prestación de servicios en una variedad de sistemas clínicos en Zambia. Se identificaron ventajas organizativas y de gestión, incluido un uso más eficiente del tiempo del personal y el espacio de la clínica, un mejor trabajo en equipo y responsabilidad y una prestación más equitativa de la atención a pacientes con y sin VIH.

Un hallazgo más importante fue el potencial demostrado del modelo de integración del VIH en atención primaria, para fortalecer la cultura organizacional y las relaciones con el personal, lo que, a la vez, facilita una prestación de servicios más colaborativa y motivada en clínicas de atención primaria en salud con insuficiencia de recursos (47).

4.4.1.6. Beneficios de Satisfacción en la Atención

En el 2015 en Tailandia, mediante un estudio se comprobó que los pacientes atendidos en atención primaria de VIH expresaron niveles significativamente más altos de satisfacción con la calidad técnica, la comunicación y el tiempo empleado por el proveedor del servicio y también experimentaron una mejora en la accesibilidad y comodidad del servicio (48). En Brasil se demostró que es probable que los profesionales en atención primaria brinden educación sobre el VIH y participen en actividades comunitarias de promoción de la salud (56).

Tabla 6. *Descentralización de la atención: Beneficios de la integración de atención del paciente con VIH desde la atención primaria*

Beneficio	Autor	Nivel de Evidencia
Disminución de costos.	Rebecca F Baggaley et cols	1c
Incremento de la adherencia a la TARV.	Kenny E. Uebel et cols	1b
Disminución de la mortalidad.	Lawrence et cols	2b
Atención integral.	Rahbel Rahmn et cols	2b
Acceso a visita domiciliar.	Rahbel Rahmn et cols	2b
Acceso a la educación del VIH y prevención.	Rahbel Rahmn et cols	2b
Alto nivel de satisfacción con la calidad técnica, la comunicación, la accesibilidad y el tiempo empleado.	Myo Nyein Aung et cols	2b
Mayor detección de casos nuevos de VIH.	Prini Mahendra et cols	2b
Disminución de la tasa de diagnósticos tardíos.	Prini Mahendra et cols	2b
Disminución de las hospitalizaciones.	Jessica E. Price et cols	2b
Actividades de promoción de la salud y prevención secundaria.	Sharon Johston et cols	2a

4.4.2. Atención Compartida como Estrategia de Abordaje

La atención compartida se define como la responsabilidad de la atención médica del paciente, compartida entre equipos que forman parte de entidades separadas. En distintos modelos de atención que se compararon entre sí, se concluyó que la participación conjunta del especialista en medicina familiar como médico de cabecera y demás especialistas como consultores, en la prestación planificada de la atención en salud para pacientes con una enfermedad crónica, con base en un intercambio de información y no solo en el alta de rutina y referencia,

funciona en beneficio del paciente.

Según las guías de este modelo, la atención se centra en compartir la atención del paciente, no solo el manejo de la enfermedad, con corresponsabilidad en la toma de decisiones para su atención (57).

En una revisión sistemática de ensayos clínicos en el 2015 de modelos de atención compartida del VIH, se indicó que estos son específicos, impulsados por las necesidades en el ámbito local, con características generalizables que podrían informar la entrega de servicios novedosos (57).

Varios autores han usado el término de *integración de servicios* para referirse a la atención integrada, la continuidad de la atención, la atención coordinada, la atención administrada, la atención integral y la atención centrada en el paciente. Se han realizado varios estudios que han confirmado la viabilidad de integrar diferentes servicios con la atención primaria, la salud mental y el tratamiento farmacológico. Se ha demostrado que la integración es una herramienta rentable con el potencial de mejorar la respuesta al tratamiento de la enfermedad, aumentar la probabilidad de remisión y mejorar el acceso a los servicios de salud (27).

Mediante un ensayo clínico aleatorizado en el Reino Unido en el 2015, se tuvo como objetivo describir modelos contemporáneos de atención compartida para el VIH en entornos relevantes del mundo desarrollado, para informar la futura atención compartida para el VIH. Hubo tres grandes categorías de atención compartida, con diferentes grados de participación de los especialistas en medicina familiar.

Los facilitadores más importantes para la atención del VIH fueron: tener un fuerte liderazgo clínico en atención primaria, buenas relaciones profesionales y comunicación y la capacitación personalizada de médicos de familia. Las barreras incluían el estigma, las preocupaciones de confidencialidad y la baja prevalencia del VIH fuera de las grandes aglomeraciones urbanas.

Los modelos contemporáneos de atención compartida del VIH han surgido orgánicamente y parecen funcionar cuando se basan en una buena colaboración

entre un pequeño número de especialistas de medicina familiar dedicados y unidades especializadas (38).

Tabla 7. *Atención Compartida*

Descripción del estudio	Resultados	Autor	Nivel de Evidencia
Se revisó literatura sobre la atención compartida del VIH para determinar la práctica actual y los resultados clínicos, económicos y de satisfacción del paciente.	Los modelos se impulsan según las necesidades locales, aunque algunas características generalizables podrían informar la entrega de servicios novedosos. Se necesita investigación adicional para determinar los componentes óptimos de la atención compartida del VIH.	Fiona Mapp et cols	1a
Se incluyeron especialistas en VIH y en medicina familiar que participaran en el cuidado compartido del VIH.	Los modelos contemporáneos de atención compartida en el que se involucra al especialista de medicina familiar como médico de cabecera y al especialista en VIH como consultor funcionan a favor del paciente con VIH.	Jane Hutchinson et cols	1b

4.4.3. Oportunidades de Mejora

En el 2014 en Estados Unidos, se determinó que a pesar del creciente número de pacientes infectados por el VIH, solo el 25 % de los directores de programas de medicina familiar consideraron que sus graduados recibieron la capacitación adecuada en atención primaria del VIH y la mayoría vio la necesidad de modificar sus programas de estudio del VIH.

Los programas de capacitación de residencia en medicina familiar tienen una importante oportunidad para desarrollar planes de estudio de residencia y aumentar la competencia de los docentes para capacitar a la próxima generación de clínicos en la atención primaria del VIH.

Al analizar el conocimiento de los residentes de medicina familiar sobre la infección por el VIH, las vías de transmisión y el diagnóstico del SIDA, se ha comprobado que se necesita una mayor capacitación del tema durante la formación en la residencia de medicina familiar (58).

Tabla 8. *Recomendaciones de la capacitación en VIH en residentes de Medicina Familiar*

Comentario	Autor	Nivel de Evidencia
Los programas de capacitación de residencia en medicina familiar tienen una importante oportunidad para desarrollar planes de estudio de residencia y aumentar la competencia de los docentes para capacitar a la próxima generación de clínicos en la atención primaria del VIH.	Ramarkris Prasad et cols	1b
Al analizar el conocimiento de los residentes de medicina familiar sobre la infección por el VIH, las vías de transmisión y el diagnóstico del SIDA, se ha comprobado que se necesita una mayor capacitación del tema durante la formación en la residencia de medicina familiar.	Wedza Lekarzy et cols	2b

En Costa Rica, el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, incluye en sus 4 años académicos, una rotación en la Clínica de VIH del Hospital San Juan de Dios, de una duración de 1 mes. En esta rotación el residente aprende herramientas

para el manejo integral del paciente con VIH de forma crónica, asimismo, participa de actividades por parte del equipo de Atención Farmacéutica, Trabajo Social y Psicología. Al final, se pretende que el residente adquiera habilidades para la atención integral del paciente con VIH (59).

Capítulo 5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- El VIH aún es un problema de salud pública en el ámbito mundial, con un gran impacto en la salud, economía y el aspecto sociocultural y psicológico y con repercusión en el individuo, la familia y la comunidad.
- La infección por VIH ha pasado de ser una enfermedad altamente mortal en semanas, a ser una enfermedad crónica, por lo que su manejo debe evolucionar a un modelo de atención continuo, que sea sostenible en el tiempo, accesible y compartido.
- En el ámbito mundial, en países con alta incidencia del VIH, la atención de esta pasó a ser impartida en la atención primaria de salud, lo que aumentó el éxito en el aumento del diagnóstico temprano y mejoró la adherencia al tratamiento y la supresión de la enfermedad.
- Las necesidades básicas en la atención del paciente con VIH se deben analizar desde un enfoque biológico, psicológico y social, el cual involucra la identificación de factores de riesgo, la detección oportuna del VIH, identificar el nivel de educación y salud mental del paciente, fortalecer la relación médico-paciente y dar consejería e intervención.
- En muchos países, el especialista en medicina familiar participa de forma activa en la atención del VIH, quien, según diferentes estudios, ofrece una mayor calidad en la atención integral del paciente.
- La atención compartida del VIH se encuentra encabezada por el especialista en medicina familiar y, solo en casos seleccionados, se interconsulta al especialista en VIH. Este modelo de atención ha demostrado tener mejoras evidentes en el manejo del VIH, al disminuir los costos y optimizar el uso de recursos.

- El manejo del VIH desde la atención primaria, ha demostrado mejorar la educación del VIH, disminuir la transmisión del virus mediante intervención en los factores de riesgo, incrementar la adherencia al tratamiento antirretroviral, reducir las complicaciones del VIH, prevenir la aparición de comorbilidades, optimizar la supervivencia y supresión del virus, así como una mejora en la calidad de vida de los pacientes.
- Desde la atención primaria del VIH, se ha logrado aumentar la aplicación de pruebas rápidas en poblaciones vulnerables de riesgo, lo que ha aumentado la detección temprana de la enfermedad.
- El rol del médico de familia ha llegado a innovar la atención del VIH en el ámbito mundial, desde una perspectiva biológica, psicológica y social.
- En distintos estudios se ha evidenciado la mejora en la calidad de atención del VIH por parte del especialista en medicina familiar, en la cual se atiende no solamente el VIH, sino que mediante la atención integral se ha mejorado el manejo en conjunto con enfermedades no transmisibles y la implementación de estilos de vida saludable a través de la promoción de la salud, la prevención primaria, secundaria y terciaria en cada consulta.
- Los especialistas en medicina familiar reconocieron una falta de conocimiento en el manejo del VIH y la necesidad de incluir programas de capacitación.

5.2. Recomendaciones

5.2.1. Recomendaciones para la Institución

- Fortalecer la atención primaria para abordar, de forma integral, enfermedades crónicas complejas como el VIH, mediante la capacitación no solo del personal médico, sino también en el asesoramiento farmacéutico, seguimiento de laboratorios, abordaje social y psicológico de los pacientes.
- Asignar a los médicos de familia el manejo crónico del paciente con VIH y sus comorbilidades, desde el enfoque de la atención primaria, en constante coordinación con los equipos especializados.
- Facilitar la educación médica continua de los especialistas en medicina familiar en temas de VIH.
- Descentralizar la atención del paciente con VIH del tercer y segundo nivel de atención.

5.2.2. Recomendaciones para los Profesionales en Salud

- El entrenamiento en VIH de los médicos de familia es importante para los resultados positivos en el abordaje, por lo que se enfatiza la necesidad de incluir un programa de capacitación para profesionales en la atención de pacientes que viven con esta enfermedad.
- Procurar capacitarse en el manejo y abordaje del paciente con VIH, de forma continua.
- Involucrarse más en la atención del paciente con VIH.
- Implementar actividades de promoción, prevención primaria, secundaria y terciaria en la población con VIH.

5.2.3. Recomendaciones para las Unidades Académicas

- Reforzar el sistema de estudios de posgrado en Medicina Familiar en el tema de VIH, para una mayor capacitación de los residentes, en el cual el residente se involucre en las actividades de Psicología y grupos de apoyo, atención farmacéutica y abordaje por parte del especialista en medicina familiar, como componentes del manejo crónico del paciente con VIH.
- Aumentar la rotación de posgrado en Clínica de VIH en el HSJD.
- Ampliar las rotaciones de posgrado en otras clínicas de VIH con médicos de familia, tanto en el tercer como segundo nivel de atención.
- Involucrar más al residente en las distintas actividades del equipo integral de atención del VIH.

Bibliografía

1. Rojas E, Serpa H, Gómez M, Quispe F. Mortalidad en pacientes con infección por VIH / SIDA en tratamiento antirretroviral en Huancayo, Perú 2008-2015. 2016; 33(2):119–25.
2. Yoshimura K. Current *status* of HIV/AIDS in the ART era. J Infect Chemother [Internet]. 2017; 23(1):12–6. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jiac.2016.10.002>
3. OMS. HIV atención y apoyo Atención y apoyo al VIH teniendo en cuenta las directrices unificadas de 2016. 2016.
4. Mapp F, Hutchinson J, Estcourt C. A systematic review of contemporary models of shared HIV care and HIV in primary care in high-income settings. 2015; 0(0):1–7.
5. Ubre NOCT, Canario B, Racional DEUSO, Medicamento DEL, Scs DEL, En F et al. Diagnóstico del VIH Diagnóstico precoz. 7:1–8.
6. Romanelli F, Matheny SC. HIV Infection: The Role of Primary Care [Internet]. 2009. Recuperado de: www.aafp.org/afp.
7. Johnston S, Kendall C, Hogel M, McLaren M, Liddy C. Measures of quality of care for people with HIV: A scoping review of performance indicators for primary care. PLoS One. 2015 Sep. 28; 10(9).
8. Feinberg MB. Changing the natural history of HIV disease. Lancet. 1996; 348(9022):239–46.
9. Maggiolo F, Ravasio L, Ripamonti D, Gregis G, Quinzan G, Arici C et al. Similar Adherence Rates Favor Different Virologic Outcomes for Patients Treated with Nonnucleoside Analogues or Protease Inhibitors. Clin Infect Dis. 2004; 40(1):158–63.
10. Onusida. 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida.

11. ONU-CEPAL. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. Publicación las Nac Unidas. 2016; mayo:50.
12. Ban K-M. Informe 2015 Milenio. Nac Unidas Nueva York. 2015; 1–72.
13. Los países preparan una *respuesta rápida* para acabar con la epidemia de sida para 2030 | ONUSIDA [Internet]. Recuperado de: https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/september/20140925_pr_fast_track
14. ONUSIDA. El VIH / SIDA y los derechos humanos Directrices internacionales Sexta Directriz Revisada Acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo. 2002; 29.
15. Organización Panamericana de la Salud. Plan De Acción Para La Prevención y El Control De La Infección Por El VIH y Las Infecciones De Transmisión Sexual 2016-2021. Resolución CD55R9 [Internet]. 2016;(September):3. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31438/CD55-14-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
16. Bau M, Pujol M, Rius A. La lupa. 2007; 304. Recuperado de: http://ccuc.cbuc.cat/record=b6685571~S23*cat
17. Organización Mundial de la Salud. Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave [Internet]. 2016. 162 p. Recuperado de: www.paho.org/permissions.
18. Rica C. La situación del VIH/SIDA en Costa Rica.
19. Ministerio de Salud de Costa Rica. Plan Estratégico Nacional (PEN) En VIH y SIDA, 2016-2021 [Internet]. 2016. 2016–2021 p. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/963-plan-estrategico-nacional-pen-vih->

- sida/file%0Ahttps://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/963-
20. Meauze G. Effets Des Ecoulements Secondaires Des Les Grilles D'Aubes Rectilignes. AGARD Conf Proc. 1977.
 21. Knobel-Freud H *et al.* Recomendaciones GESIDA/SEHS/PNS para mejorar la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral. 2008; 1–37.
 22. Moralejo L, Ines S, Marcos M, Fuertes A, Luna G. Factors Influencing Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy in Spain. *Curr HIV Res.* 2006; 4(2):221–7.
 23. Protopopescu C, Raffi F, Roux P, Reynes J, Dellamonica P, Spire B *et al.* Factors associated with non-adherence to long-term highly active antiretroviral therapy: a 10 year follow-up analysis with correction for the bias induced by missing data. *J Antimicrob Chemother.* 2009; 64(3):599–606.
 24. Anderson PL. Pharmacologic perspectives for once-daily antiretroviral therapy. *Ann Pharmacother.* 2004; 38(11):1924–34.
 25. Castillo Romera I, Ais Larisgoitia A, Trovato López AN, Escudero Villaplana V, Bellón Cano JM, Sanjurjo Saéz M. Indicación de uso de los antirretrovirales de última generación en la práctica clínica actual. *Farm Hosp.* 2011; 35(1):14–22.
 26. World Health Organization. A D H E R E N C E T O L O N G - T E R M T H E R A P I E S evidence for action. World Heal Organ [Internet]. 2003; 211. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf%5Cnwww.who.int/chp/knowledge/publications/adherence>
 27. Zurro A, Jodar Solá G. Atención familiar y salud comunitaria [Internet]. First Edit. Elsevier. Elsevier Espa8#241; a, S.L.; 2011. 0 p. Recuperado de: <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf>
 28. Davila J, Sagástegui M. Medicina familiar. Editor Alfil [Internet]. 2013;

Recuperado de:
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/uasuaysp/reader.action?docID=3221888&query=medicina+familiar>

29. Varela-Rueda CE, Reyes-Morales H, Albavera-Hernández C, Ochoa Díaz-López H, Gómez-Dantés H, García-Peña C. La medicina familiar en México: presente y futuro, Gaceta Médica de México SIMPOSIUM. 2016; 135–40. Recuperado de: www.anmm.org.mx
30. Swanepoel M, Mash B, Naledi T. Assessment of the impact of family physicians in the district health system of the Western Cape, South Africa. African J Prim Heal Care Fam Med. 2014; 6(1).
31. Mash RB, Reid S. Statement of consensus on Family Medicine in Africa. African J Prim Heal Care Fam Med. 2010; 2(1):4–7.
32. Ministerio de Salud. Reglamento de la Ley General sobre VIH-SIDA. 1998;(27894). Recuperado de: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos humanos/leyes/reglamentoleysida.pdf
33. Inicio [Internet]. Recuperado de: <http://www.conasida.go.cr/>
34. José M, Colominas C. Manejo del paciente con VIH en Atención Primaria. 2013; 9(tabla 1):306–15.
35. Saint-Jean G, Metsch L, Gómez-Marín O, Pierre C, Jeanty Y, Rodríguez A. Use of HIV primary care by HIV-positive Haitian immigrants in Miami, Florida. AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV. 2011 Apr; 23(4):486–93.
36. Figuero LSB, Luque PB, Bouza JME. Papel del médico de familia en el manejo de la infección por VIH. 2007; 24:399–403.
37. Kendall CE, Manuel DG, Younger J, Hogg W, Glazier RH, Taljaard M. A population-based study evaluating family physicians' HIV experience and care of people living with HIV in Ontario. Ann Fam Med. 2015 Sep. 1; 13(5):436–45.

38. Hutchinson J, Sutcliffe LJ, Williams AJ, Estcourt CS. Developing new models of shared primary and specialist HIV care in the UK: a survey of current practice. 2015; 0(0):1–8.
39. Wroe EB, Kalanga N, Mailosi B, Mwalwanda S, Kachimanga C, Nyangulu K et al. Leveraging HIV platforms to work toward comprehensive primary care in rural Malawi: The Integrated Chronic Care Clinic. *Healthcare*. 2015 Dec 1; 3(4):270–6.
40. Ojile N, Sweet D, Kallail KJ. A Preliminary Study of the Attitudes and Barriers of Family Physicians to Prescribing HIV Preexposure Prophylaxis. *Kansas J Med* [Internet]. 2017 May; 10(2):40–2. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29472966>
41. Nascimento L do, Paula CC de, Magnago TSB de S, Padoin SM de M, Harzheim E, Silva CB da. Quality of Primary Health Care for children and adolescents living with HIV. *Rev Lat A. m. Enfermagem*. 2016 Aug 30; 24(0).
42. Hall N, Crochette N, Bianchi S, Lavoix A, Billaud E, Baron C. Family physicians and HIV infection. *Med Mal Infect*. 2015 Nov 1; 45(11–12):456–62.
43. Poirier C, Aymeric S, Grammatico-Guillon L, Lebeau JP, Bernard L, Le Bret P et al. Rapid HIV *test* in family practice. *Med Mal Infect*. 2015 Jun 1; 45(6):207–14.
44. Long LC, Rosen SB, Brennan A, Moyo F. Treatment Outcomes and Costs of Providing Antiretroviral Therapy at a Primary Health Clinic *versus* a Hospital-Based HIV Clinic in South Africa. 2016; 1–12.
45. Rahman R, Pinto M, Wall MM. HIV Education and Welfare Services in Primary Care : An Empirical Model of Integration in Brazil' s Unified Health System.
46. Baggaley RF, Irvine MA, Leber W, Cambiano V, Figueroa J, McMullen H et al. Cost-effectiveness of screening for HIV in primary care: a health economics modelling analysis. *Lancet HIV*. 2017 Oct 1; 4(10):e465–74.
47. Topp SM, Chipukuma JM, Chiko MM, Matongo E, Bolton-Moore C, Reid SE.

- Integrating HIV treatment with primary care outpatient services: Opportunities and challenges from a scaled-up model in Zambia. *Health Policy Plan*. 2013 Jul; 28(4):347–57.
48. Aung MN, Moolphate S, Kitajima T, Siriwarothai Y, Takamtha P, Katanyoo C et al. Satisfaction of HIV patients with task-shifted primary care service *versus* routine hospital service in northern Thailand. *J Infect Dev Ctries*. 2015 Dec 30; 9(12):1360–6.
 49. O'Brien N, Hong QN, Law S, Massoud S, Carter A, Kaida A et al. Health System Features That Enhance Access to Comprehensive Primary Care for Women Living with HIV in High-Income Settings: A Systematic Mixed Studies Review. *AIDS Patient Care STDS*. 2018 Apr 9; 32(4):129–48.
 50. Uebel KE, Joubert G, Wouters E, Mollentze WF, van Rensburg DHCJ. Integrating HIV Care into Primary Care Services: Quantifying Progress of an Intervention in South Africa. *PLoS One*. 2013 Jan 29; 8(1).
 51. Long LC, Rosen SB, Brennan A, Moyo F, Sauls C, Evans D et al. Treatment outcomes and costs of providing antiretroviral therapy at a primary health clinic *versus* a hospital-based hiv clinic in South Africa. *PLoS One*. 2016 Dec 1; 11(12).
 52. Mahendran P, Soni S, Goubet S, Saunbury E, Roberts J, Fisher M. Testing initiatives increase rates of HIV diagnosis in primary care and community settings: An observational single-centre cohort study. *PLoS One*. 2015 Apr 17; 10(4).
 53. Tan K, Black BP, Carolina N. A Systematic Review of Health Care Provider-Perceived Barriers and Facilitators to Routine HIV Testing in Primary Care Settings in the Southeastern United States. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2017; 1–14.
 54. Price JE, Leslie JA, Welsh M, Binagwaho A. Integrating HIV clinical services into primary health care in Rwanda: A measure of quantitative effects. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV*. 2009 May; 21(5):608–14.

55. Pfeiffer J, Montoya P, Baptista AJ, Karagianis M, De Morais Pugas M, Micek M. Integration of HIV/AIDS services into African primary health care: lessons learned for health system strengthening in Mozambique-a case study [Internet]. 2010. Recuperado de: <http://www.jiasociety.org/content/13/1/3>
56. Rahman R, Pinto RM, Wall MM. HIV education and welfare services in primary care: An empirical model of integration in Brazil's unified health system. *Int J Environ Res Public Health*. 2017 Mar 14; 14(3).
57. Mapp F, Hutchinson J, Estcourt C. A systematic review of contemporary models of shared HIV care and HIV in primary care in high-income settings. Vol. 26, *International Journal of STD and AIDS*. SAGE Publications Ltd; 2015. p. 991–7.
58. Rogowska-Szadkowska D, Strumiło J, Chlabicz S, Lekarzy W, Hiv O, Aids I. Knowledge Of Family Medicine Trainers Concerning HIV/AIDS-Pilot Study. Vol. 71, *PRZEGL EPIDEMIOL*. 2017.
59. Estudios SDE, Posgrado EN, En E, Familiar M. Universidad de Costa Rica sistema de estudios en posgrado especialidad en medicina familiar y comunitaria. 2014.

Anexos

Anexo 1

Matriz para el análisis de los artículos

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
1								
Claire E. Kendall, Douglas G. Manuel, Jaime Younger, William Hogg, MD, Richard H. Glazier, MD, Monica Taljaard, (2015) <i>A Population-Based Study Evaluating Family Physicians' HIV Experience and Care of People Living With HIV in Ontario</i>	Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza estrecho. Evidencia 1b Recomendación A	El objetivo de este estudio fue explorar si la experiencia del médico de familia con el VIH modifica la asociación entre el modelo de prestación de atención y la calidad de la atención para las personas que viven con el VIH.	14282 pacientes fueron elegibles	Base de datos del Instituto de Ciencias Clínicas Evaluativas de Ontario, Canadá	Prescripción de Antirretrovirales. Medidas de prevención: tamizaje de Cáncer colorrectal, tamizaje de cáncer de mama y tamizaje de cáncer de cérvix. Cualquier visita al servicio de emergencias. Admisión hospitalaria.	Se generaron estadísticas descriptivas resumidas para comparar las características y los resultados de los pacientes entre las 3 categorías de experiencia de VIH de médicos de familia. Nos ajustamos a las características del paciente: edad, sexo, quintil de ingreso del vecindario, categoría de ruralidad, categoría de estatus de inmigrante, nivel de comorbilidad y presencia de afecciones de salud mental como	Para cada análisis, se determinaron los odds ratios ajustados y se obtuvieron los niveles previstos para cada nivel de experiencia y dentro de cada modelo de prestación de atención, junto con intervalos de confianza del 95%.	Se identificaron 13 417 pacientes VIH positivos que tenían algún tipo de atención por médico de familia. 52.8% tenían manejo exclusivamente por medicina familiar, y 47.2% manejo en conjunto de medicina familiar y el especialista de VIH. Los médicos de familia con más experiencia tenían una alta prevalencia de prescripción de antirretrovirales, y de los que se reportaban menores visitas al servicio de emergencias y admisión hospitalaria. Se encontró que el modelo de prestación de atención (cantidades relativas del especialista en VIH y atención de médicos de familia) es importante para satisfacer las necesidades de atención evolutivas de las personas con VIH y, además, que la experiencia del VIH en médicos de familia modifica la asociación entre el modelo de prestación de atención y la calidad

							covariables fijas en el modelo.		de los resultados de la atención para la atención relacionada con el VIH.
Referencia Bibliográfica 2	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones	
Rafael Carlos Puentes Torres, Cristina Aguado Tabernéb, Luis Ángel Pérula de Torresc, José Espejo Espejob, Cristina Castro Fernándezb y Luis Fransi Galianad (2014) <i>Aceptabilidad y factibilidad entre los médicos de atención primaria de la búsqueda oportunista</i>	Estudio observacional, transversal Nivel de Evidencia 2b Recomendación B	Valorar la aceptabilidad y la factibilidad de la búsqueda oportunista del VIH por parte de los profesionales de atención primaria. Conocer el perfil del médico que participa en este tipo de estudio.	Médicos de familia y residentes que participaron en el estudio VIH-AP para medir la aceptabilidad de la búsqueda oportunista del VIH por parte de los pacientes.	Mediante un e-mail masivo enviado a todos los socios de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y la divulgación del estudio entre los investigadores registrados en la base de datos de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba,	Se recogieron datos sociodemográficos (año de nacimiento y sexo) así como datos relacionados con su formación y experiencia que pudieran influir en la aceptación de los pacientes hacia el test de VIH (calidad de ser o no docente, número de años dedicados a la investigación y tiempo trabajando con el mismo	Los centros se dividieron según la población donde estos se ubicaban. Una vez terminado el trabajo con los pacientes, se pidió a los médicos rellenar un cuestionario donde se recogieron los datos. Se analizaron los resultados obtenidos mediante los programas estadísticos SPSS v. 17.0 y Epidat 3.1. Se utilizaron parámetros descriptivos (medidas de tendencia central, de dispersión y posición para las variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas, con cálculo de los	En este estudio se sugiere que la búsqueda oportunista del VIH desde atención primaria es un método de cribado que sería aceptado y considerado como factible por una mayoría de médicos de familia. Los pacientes que acuden al centro de salud para realizarse una analítica de sangre	El 91,9% consideró la búsqueda oportunista del VIH aceptable, el 89,3%, factible de realizar, mostrando el análisis multivariante relación positiva con el realizar actividad docente. La aceptación de la prueba por parte de los pacientes fue del 93,1%, y esta se relacionó positivamente con el tiempo que el médico	

<p>de VIH en los centros de salud de España</p>				<p>se reclutaron un total de 208 médicos de 150 diferentes centros de salud distribuidos por todo el territorio español, que llevaron a cabo el trabajo de campo entre noviembre de 2013 y marzo de 2014.</p>	<p>cupo de pacientes)</p>	<p>intervalos de confianza para el 95% de seguridad [IC 95%]), seguido de un análisis inferencial</p> <p>($p \leq 0,05$, contrastes bilaterales) para comprobar qué variables independientes del médico se hallaban asociadas a la aceptabilidad de la prueba, con la aplicación del test Ji-cuadrado (2) o test exacto de Fisher, el test de Mann-Whitney y la prueba de Kruskal-Wallis, y el coeficiente de correlación de Spearman, tras verificar con el test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov que las variables cuantitativas contempladas no seguían una distribución normal.</p> <p>Por último, se realizó un análisis multivariante, mediante regresión logística múltiple, para determinar de qué factores dependían la aceptabilidad y la factibilidad del cribado, creando una variable producto de ambas variables. Para ello, y siguiendo el método «enter» del programa SPSS, se elaboró un modelo de regresión logística</p>	<p>también lo aceptan mayoritariamente.</p>	<p>había trabajado en el mismo cupo, la cualidad de docente y los años dedicados a la investigación.</p> <p>Conclusiones: La búsqueda oportunista del VIH es un método aceptable y factible para los profesionales de atención primaria.</p>
---	--	--	--	---	---------------------------	---	---	--

						<p>múltiple. Las variables cualitativas ordinales fueron tratadas como variables «dummy». Se usó la prueba de Hosmer-Lemeshow para comprobar la bondad de ajuste del modelo de regresión.</p>		
Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
3								
<p>EmilyBWroe, Noel Kalanga, Bright Mailosi, Stanley Mwalwanda, Chiyembekezo Kachimanga, Kondwani Nyangulu, Elizabeth Dunbar, LilaKerr, Lawrence Nazimera, Luckson Dullie (2015)</p> <p><i>Leveraging HIV platforms to work toward comprehensive primary care in rural Malawi: the Integrated Chronic Care Clinic</i></p>	<p>Estudio de caso</p> <p>Nivel de Evidencia 3b</p> <p>Recomendación B</p>	<p>El objetivo es aumentar la cantidad de establecimientos de salud en Neno capaces de entregar por completo el paquete de salud esencial de Malawi, el conjunto de intervenciones rentables respaldadas por el Ministerio de Salud de Malawi para reducir la carga de la enfermedad y las principales causas de muerte.</p>	<p>6781 pacientes en terapia antirretroviral y 721 pacientes con ENT se están beneficiando, incluyendo 379 con hipertensión, 187 con asma, 144 con epilepsia y 76 con diabetes. Entre la población de pacientes con ENT, el 15,1% es VIH positivo.</p>	<p>Partners In Health (PIH), una ONG conocida en Malawi por su Chichewaname Abwenzi Pa Za Umoyo (APZU), se asoció con el Ministerio de Salud de Malawi en el año 2007 para fortalecer los servicios de salud en el distrito rural y empobrecido de Neno. Se incluyeron 2 hospitales y 1 centro de salud.</p>	<p>Recursos humanos limitados, resultados del cohorte del VIH, Desequilibrio de fondos y personal para VIH, intentos fallidos de integración parcial, descentralización</p>	<p>El éxito dependía de un liderazgo claro y la responsabilidad del propietario del personal de sus funciones específicas, y un proceso de flujo de pacientes bien definido y uniforme. Además, las conversaciones deliberadas y regulares sobre los desafíos permitieron una constante reiteración y mejora de los procesos. Hemos encontrado que un enfoque integrado y centrado en el paciente maximiza la eficiencia y reduce las barreras para atender a los pacientes más difíciles de alcanzar.</p>	<p>Las necesidades comunes entre el VIH y los pacientes con ENT: citas de rutina, asesoramiento sobre la adherencia, manejo de efectos secundarios, seguimiento de laboratorio y monitoreo de la progresión de la enfermedad.</p>	<p>La lección principal fue que, dado los recursos humanos y financieros, se requieren soluciones innovadoras para abordar un horizonte más amplio de enfermedades crónicas en Malawi. Estas soluciones deberían ayudar a maximizar la eficiencia y centrarse en un enfoque centrado en el paciente, aprovechando características similares de las enfermedades crónicas, al diseñar sistemas de prestación de cuidados.</p>

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
4								
Gilbert Saint-Jeana, Lisa Metscha, Orlando Gomez-Marina, Colbert Pierrea, Yves Jeantya, Allan Rodriguezb and Robert Malowc (2011) <i>Use of HIV primary care by HIV-positive Haitian immigrants in Miami, Florida</i>	Estudio de Casos Nivel de Evidencia 3b Recomendación B ¿?	Examinar las barreras y facilitadores del uso regular de la atención del VIH por parte de esta población.	La encuesta se realizó a 96 pacientes Haitianos con VIH.	Los participantes del estudio fueron reclutados en la Universidad de Miami / Jackson Memorial Medical Center. Los criterios de inclusión para este estudio fueron haber nacido en Haití, tener 18 años o más, haber sido diagnosticado con VIH y ser capaz de dar su consentimiento informado.	Características sociodemográficas, conocimiento del VIH / SIDA, uso de los servicios de atención primaria del VIH, percepciones y actitudes hacia la salud.	Utilizaron medios y frecuencias para examinar la distribución de las características sociodemográficas y psicológicas de la muestra. Emplearon un análisis logístico univariado para evaluar la asociación no ajustada de la variable dependiente con cada una de las variables predisponentes, habilitadoras y de necesidad.	No hubo diferencias en la distribución de la edad, el sexo, el estado de la relación, el estado de empleo, el número de niños atendidos y el estado de residencia entre los que tenían y los que no habían utilizado los servicios de atención primaria del VIH con regularidad. Hubo una asociación significativa entre el nivel de educación y el uso regular de la atención del VIH. El estado mental también fue significativamente o casi asociado con el uso regular de la atención del VIH.	Los resultados enfatizan la necesidad de que los profesionales de la salud presten mucha atención a los niveles de educación de sus pacientes haitianos, así como a su estado de salud mental. Los datos también sugieren que una vez que estas personas estén vinculadas a la atención y se les ofrezca asistencia con sus desafíos diarios, existe una alta probabilidad de que mantengan un nivel adecuado de cumplimiento de la atención.

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
5								
Andrea Norberg, John Nelson, Cheryl Holly, Sarah T. Jewell., Susan Salmond (2017) <i>Experiences of HIV-infected adults and healthcare providers with healthcare delivery practices influencing engagement in primary healthcare settings: a qualitative systematic review protocol</i>	Revisión sistemática de ensayos clínicos Nivel de Evidencia 1a Recomendación A	El objetivo de esta revisión sistemática cualitativa es examinar la experiencia y el impacto de la prestación de asistencia médica en el compromiso de asistencia médica para adultos infectados con el virus de inmunodeficiencia humana que recibe atención primaria.	Bases de datos, artículos y revisiones del tema. En este estudio se incluyeron 12 estudios cualitativos.	Se analizaron revisiones sistemáticas sobre distintos estudios que valoraban las experiencias de adultos infectados con el VIH en atención médica primaria	Esta revisión consideró los estudios que proporcionan datos cualitativos, incluidos, entre otros, diseños como la fenomenología, la etnografía, la teoría fundamentada, la investigación de la acción y la descripción cualitativa.	Se utilizaron los datos de CINAHL MEDLINE (PubMed) Scopus EBSCOhost Academic Search Premier TRIP Web of Science Embase.	Se analizó la información de las bases de datos y se agruparon según los criterios de búsqueda y posteriormente se determinaron los resultados y conclusiones.	Según uno de los estudios, se logró comprobar una mayor supresión virológica en los que estaban más comprometidos con su cuidado en comparación a los que habían abandonado el seguimiento. También se comprobó que los que sabían su diagnóstico estaban más comprometidos con el cuidado de su salud y adoptaban conductas de sexo seguro, con menor rango de transmisión. Para lograr un mayor compromiso por parte del paciente, este debe conocer su diagnóstico y luego tener una conexión con algún centro de salud. La empatía sin juicio, mejora el apego del paciente. Otro componente primordial es la relación médico paciente y la confidencialidad. Algunas de las barreras para el buen apego fueron la dificultad para agendar una cita, horarios inflexibles de las clínicas, largos tiempos de espera y comunicación irrespetuosa por parte del equipo de salud.

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
6								
Nicholas Ojile., Donna Swee, K. James Kallail, Ph.D. University of Kansas School of Medicine-Wichita, Department of Internal Medicine, Wichita, KS (2017) <i>A Preliminary Study of the Attitudes and Barriers of Family Physicians to Prescribing HIV Preexposure Prophylaxis</i>	Estudio Descriptivo Observacional Transversal Nivel de Evidencia 2b Recomendación B	El propósito de este proyecto fue evaluar las actitudes y las barreras percibidas de los médicos de familia en Kansas hacia la prescripción de PrEP a poblaciones de pacientes de alto riesgo.	Se enviaron correos a 85 miembros de la base de búsqueda de la red de médicos de familia de Kansas, de los cuales 20 respondieron a la encuesta.	El protocolo de estudio fue aprobado por la Junta de Revisión Institucional de la Escuela de Medicina de la Universidad de Kansas-Wichita. Se envió una encuesta confidencial por correo electrónico a los 85 miembros de una red de investigación basada en la práctica de médicos de familia en Kansas, la Oficina de Investigación de Medicina Familiar e Información de Datos (conocida como FM RADIO). La encuesta se envió con dos correos electrónicos de seguimiento para los que no respondieron. Las encuestas se enviaron a través de SurveyMonkey®, que proporcionaba un enlace a una encuesta en línea y permitía una respuesta anónima.	Las respuestas se categorizaron por género, edad, lugar de trabajo.	Este estudio fue una encuesta descriptiva, observacional y transversal de médicos de familia que responden a encuestas de correo electrónico emitidas a través de la Oficina de Investigación de Medicina Familiar e Información de Datos.	El cincuenta y tres por ciento de los médicos de familia tienen antecedentes sexuales en pacientes nuevos con menos frecuencia, y solo el 35% pregunta con frecuencia sobre el uso de prácticas sexuales seguras. Solo el 29% pregunta con frecuencia si el paciente tiene relaciones sexuales con hombres, mujeres o ambos. El setenta y seis por ciento de los encuestados estarían dispuestos a recetar PrEP a hombres que tienen sexo con hombres, y un porcentaje igual estaría dispuesto a prescribir a hombres y mujeres heterossexualmente activos que corren un riesgo importante de contraer el VIH. Mientras que el 59% de los participantes estuvo de acuerdo en que la PrEP pertenece al dominio de tratamiento de atención primaria, el 71% estuvo de acuerdo en que tenía un conocimiento limitado o nulo de las pautas de la PrEP.	Este estudio preliminar indicó la necesidad de un aumento en el examen médico de familia de nuevos pacientes para conductas sexuales de alto riesgo que serían elegibles para PrEP. El conocimiento limitado de las pautas de PrEP y su uso en la práctica clínica son factores limitantes significativos para aumentar las prácticas de prescripción en la comunidad de medicina familiar en lugar de un dilema ético percibido de prescribir PrEP a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Como resultado, un aumento en la educación médica continua sobre la PrEP podría aumentar significativamente su prescripción en la comunidad de medicina familiar.

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
7								
Fiona Mapp, Jane Hutchinson and Claudia Estcourt (2015) <i>A systematic review of contemporary models of shared HIV care and HIV in primary care in high-income settings</i>	Revisión Sistemática de ensayos Nivel de Evidencia 1 a Recomendación A	Revisar la literatura sobre la atención compartida del VIH para determinar la práctica actual y los resultados clínicos, económicos y de satisfacción del paciente	Las búsquedas de todas las fuentes de datos dieron como resultado 2621 resultados, de los cuales 428 se eliminaron. Después de un proceso de selección de dos etapas para excluir los estudios que no son relevantes para esta revisión según los criterios de elegibilidad, ocho estudios restantes detallaron nueve modelos de atención compartida de cinco países diferentes.	Se realizó una revisión sistemática de la literatura mediante el análisis de artículos sobre modelos de atención compartida del VIH.	Para selección de estudios se utilizaron variables como los marcos y el programa de habilidades de evaluación crítica, cobertura, objetividad, fecha, significación.	Se realizaron búsquedas en MEDLINE, EMBASE, NICE Evidence, colaboración Cochrane, Google y sitios web de la Asociación Británica de VIH, Aidsmap, Salud Pública de Inglaterra, Organización Mundial de la Salud y Terrence Higgins Trust usando los términos de búsqueda relevantes en agosto de 2014.	Se analizó la literatura obtenida mediante las variables ya establecidas, en las que se agruparon las conclusiones generales y específicas de cada una de las revisiones.	Una atención compartida del VIH no ha tenido evidencia de que exista una asociación consistente con mejores resultados clínicos, rentabilidad o aceptabilidad. Los modelos son específicos del contexto, impulsados por las necesidades locales, aunque algunas características generalizables podrían informar la entrega de servicios novedosos. Se necesita investigación evaluativa adicional para determinar los componentes óptimos de la atención compartida del VIH.

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
8								
Lawrence C. Long, Sydney B. Rosen, Alana Brennan, Faith Moyo, Celeste Sauls, Denise Evans, Shookdev L. Modi5, Ian Sanne, Matthew P. Fox (2016) <i>Treatment Outcomes and Costs of Providing Antiretroviral Therapy at a Primary Health Clinic versus a Hospital-Based HIV Clinic in South Africa</i>	Estudio de Cohortes Nivel de evidencia 2b Grado de Recomendación B	Comparar los resultados y los costos de NIMART entre los dos principales modelos de administración del tratamiento del VIH en el sector público que se utilizan actualmente en Sudáfrica, clínicas de atención primaria y clínicas de VIH en hospitales.	El estudio se realizó en una clínica ambulatoria de VIH para pacientes ambulatorios y en una clínica de salud primaria (APS) en la provincia de Gauteng.	Se construyó una cohorte retrospectiva de pacientes mayores de 18 años, con más de 15 meses de seguimiento a partir del 1ro de enero del 2011. La recopilación de datos inició el 15 de enero del 2014 en el PHC y el 1ro de marzo 2014 en la clínica ambulatoria de VIH. En el PHC se reclutaron 260 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Los datos clínicos se recopilaron de los archivos en papel y el registro electrónico nacional de VIH (Tier.net) en la clínica de salud primaria y de un registro electrónico separado del paciente (TherapyEdge™) en la clínica ambulatoria de VIH.	Las variables que se utilizaron fueron el género, la edad de inicio, el esquema de ARV, los niveles de CD4 de base. La carga viral no se usa como dato al inicio del tratamiento, por lo que no se utilizó como variable de inclusión.	El estudio se realizó en una clínica ambulatoria de VIH para pacientes ambulatorios y en una clínica de salud primaria. Ambos sitios están situados en el mismo municipio (pop. 360,000) en el distrito West Rand de la provincia de Gauteng, Sudáfrica. Los costos se estimaron desde la perspectiva del proveedor para los 12 meses posteriores al inicio del TAR.	Los costos se estimaron desde la perspectiva del proveedor para los 12 meses posteriores al inicio del TAR utilizando métodos de cálculo de costos estándar, y se describió en publicaciones anteriores. Los recursos que incurrieron en costos incluyeron medicamentos, diagnósticos, personal clínico, espacio, equipo y otros servicios compartidos (es decir, otro personal, servicios públicos, etc.). Ser paciente en la clínica de salud primaria parece ser un factor protector contra la muerte o la pérdida durante el seguimiento. Se comparo los recuentos de CD4 de referencia, la duración de la atención y la utilización de las visitas clínicas y las pruebas de laboratorio por sitio y categoría de resultados. Concluimos	El inicio y manejo de los pacientes con TAR en los PHC bajo NIMART está produciendo resultados igualmente buenos como la atención clínica del VIH en un hospital a un costo mucho menor. La evolución de las clínicas hospitalarias en centros de derivación que atienden a pacientes complicados, y la inversión de la mayoría de los recursos de expansión del programa en PHC, puede ser una estrategia para lograr los objetivos de cobertura de tratamiento.

							<p>que el inicio y manejo de los pacientes con TAR en las clínicas de atención primaria de salud bajo la política NIMART de Sudáfrica está produciendo resultados igualmente buenos como la atención ambulatoria de pacientes ambulatorios para el VIH en un hospital a un costo mucho menor.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	---	--

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
Sharon Johnston, Claire Kendall, Matthew Hogel, Meaghan McLaren, Clare Liddy (2015) <i>Measures of Quality of Care for People with HIV: A Scoping Review of Performance Indicators for Primary Care</i>	Revisión Sistemática Nivel de Evidencia 2a Nivel de Recomendación A	Identificar los indicadores de desempeño del VIH existentes que abarcarían las métricas específicas de la enfermedad y las medidas de atención integral de las personas con VIH que reciben atención en un entorno de APS	La búsqueda en la literatura identificó 221 publicaciones, de las cuales 47 cumplieron con los criterios de inclusión. Se extrajeron 1184 indicadores y la eliminación de los duplicados dejó 558 indicadores únicos. La mayoría de los 558 indicadores se incluyeron en los dominios "prevención secundaria" (12%) y "atención de enfermedades crónicas" (33%) cuando los indicadores se ajustaron al marco de desempeño de la Atención Primaria de Salud.	Se realizó una revisión de alcance consistente en búsquedas revisadas por pares y en la literatura gris. Dos revisores evaluaron la elegibilidad del estudio y los indicadores en los documentos que cumplían con los criterios de inclusión se extrajeron una base de datos. Los indicadores se ajustaron a un marco de medición del desempeño de atención primaria para determinar su aplicabilidad para evaluar la calidad de la atención en el entorno de atención primaria.	Casi todos los dominios de desempeño en el marco de la Atención Primaria de Salud estaban poblados por al menos un indicador con concentraciones significativas en dominios como la relación paciente-proveedor, la satisfacción del paciente, las características de la población y la comunidad, y el acceso a la atención.	Esta revisión se guio por la metodología desarrollada por Arksey y O'Malley para abordar la pregunta de investigación '¿Los indicadores de desempeño existentes destinados a evaluar la calidad de la atención del VIH miden la atención integral y longitudinal que se ofrece a las personas en un entorno de atención primaria de salud? ¿Vivimos con el VIH? 'Se adaptó la metodología PRISMA para guiar nuestra revisión. Se realizaron búsquedas en las bases de datos Medline y EMBASE el 15 de julio de 2013. Se realizó una búsqueda en la literatura gris el 16 de julio de 2013 utilizando los motores de búsqueda Google y Google Scholar. Treinta y uno de los 47 documentos incluidos se	La idoneidad de atender a las personas con VIH dentro del sistema de atención de salud, es que puede brindar una atención integral y continua durante toda la vida necesaria para las personas con VIH. Los avances en los modelos de manejo de enfermedades crónicas en la última década, basados en el modelo de cuidado crónico, reconocen los conceptos de autocontrol y empoderamiento del paciente que requieren resultados informados por el paciente. La difusión de indicadores en el marco de desempeño de la Atención Primaria de Salud mostró que las medidas a nivel de la población, como las características de la población y la comunidad, así como las medidas específicas de la práctica y el proveedor, son todas importantes	Los marcos de desempeño existentes para la atención de personas con VIH brindan un conjunto integral de indicadores que se alinean bien con un marco de desempeño de atención médica a pesar de algunos elementos importantes de atención que no están bien cubiertos por los indicadores existentes. A medida que se cuida a más personas con VIH en el sistema de atención primaria de salud, el marco creado por este estudio que organiza los indicadores de rendimiento por dominio de rendimiento

						<p>obtuvieron de la literatura revisada por pares, mientras que 16 se encontraron en la literatura gris. Ocho de esos 16 eran informes, 6 eran repositorios de sitios web y 2 eran presentaciones publicadas en línea.</p>	<p>para la atención primaria de alto funcionamiento para pacientes con enfermedades crónicas complejas como el VIH. Con la atención integral como objetivo para las personas que viven con una enfermedad crónica compleja como el VIH, la actualización de los indicadores de rendimiento no solo debe centrarse en la evidencia emergente sobre la calidad técnica de la atención, como el manejo de medicamentos o las prácticas óptimas de prevención secundaria.</p>	<p>de la atención primaria de salud puede servir de base para seleccionar indicadores para evaluar la atención de las personas con el VIH.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	--

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
<p>Darrel H. Higa & Gary Marks & Nicole Crepez & Adrian Liau & Cynthia M. Lyles (2012)</p> <p><i>Intervenciones para mejorar la retención en la atención primaria del VIH: una revisión sistemática de los estudios de los EE. UU.</i></p>	<p>Revisión Sistemática</p> <p>Nivel de Evidencia 2a</p> <p>Recomendación A</p>	<p>El objetivo principal de esta revisión fue sintetizar cualitativamente los estudios publicados de retención en las intervenciones de atención del VIH realizadas en los EE. UU. Y destacar los estudios más recientes no publicados sobre este tema.</p>	<p>Búsqueda sistemática y revisión cualitativa de 13 estudios publicados y tres presentaciones de conferencias recientes para identificar estrategias de retención basadas en la evidencia.</p>	<p>Se utilizó la Síntesis acumulativa de prevención de VIH / SIDA / ITS del proyecto de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) para identificar citas relevantes.</p> <p>Busque en MEDLINE, EMBASE, CINAHL y PsycINFO haciendo referencia cruzada a múltiples términos de búsqueda (es decir, términos de índice, palabras clave y términos de proximidad) en tres áreas: prevención / intervención / evaluación de personas VIH-positivas; y descriptores de utilización de la atención médica (por ejemplo, acceso a la atención médica, administración de casos, servicios de salud, enlace, retención) para citas disponibles en estas bases de datos electrónicas entre enero de 1996 y</p>	<p>Los estudios fueron seleccionados según el diseño del estudio, la metodología y la intervención.</p>	<p>Se proporcionó una revisión sistemática de los estudios basados en los EE. UU. que evaluaron las intervenciones para mejorar la retención en la atención primaria del VIH.</p>	<p>Once (85%) estudios informaron la retención en la atención como objetivo principal de la intervención y uno de estos estudios se centró principalmente en la entrada inicial en la atención, pero también evaluó si la intervención mejoró la asistencia clínica después de la vinculación inicial. Las intervenciones se llevaron a cabo en diversos entornos; el entorno más común fueron las clínicas médicas, seguidas por las organizaciones comunitarias (CBO) las residencias de pacientes, las oficinas de investigación y el alcance comunitario, no se excluyen mutuamente. Los estudios también informaron sobre diversos proveedores de intervención, incluidos administradores de casos, compañeros y proveedores de atención médica (por ejemplo, enfermeras, médicos). Las estrategias de intervención más comunes fueron los enfoques cognitivo-conductuales, el manejo de casos, la ubicación conjunta de los servicios y el acompañamiento de citas. Las estrategias menos comunes incluyeron coordinación de citas, servicios de transporte, servicios domiciliarios, servicios auxiliares, divulgación y medios de comunicación. Las estrategias efectivas de intervención relacionadas con pares incluyeron el contacto frecuente con la persona diagnosticada con VIH, el desarrollo de habilidades para la vida, el acompañamiento de citas, el asesoramiento y la educación relacionados con el tratamiento, y la evaluación integral y la ayuda con necesidades no satisfechas. Las clínicas de VIH indicaron que los pacientes que recibieron un mayor contacto durante un período de 12 meses (llamadas de recordatorio, visita de visita interina, llamada de visita perdida) tuvieron una adhesión a la cita de atención primaria significativamente mayor (proporción de citas programadas mantenidas) y constancia de visitas (visita de atención en cada una de tres periodos consecutivos de 4 meses) en comparación con los</p>	<p>Las intervenciones que se centran específicamente en comprometer y retener a los pacientes en la atención pueden producir resultados más favorables que las intervenciones que abordan múltiples problemas o incluyen objetivos de prevención más amplios, como la reducción del riesgo. El uso de múltiples estrategias de retención parece ser necesario para abordar de manera efectiva las múltiples barreras de acceso y de manera constante utilizando la atención primaria del VIH. encontramos una falta de estrategias de</p>

				<p>diciembre de 2011.</p> <p>Además, se realizaron búsquedas manuales en los resúmenes de las conferencias 2010-2012 presentados en la Conferencia internacional sobre el tratamiento y prevención de la infección por el VIH (en adelante, "Conferencia sobre el tratamiento y la adherencia") y en la Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas (CROI).</p>			<p>pacientes que recibieron el tratamiento estándar de la clínica.</p>	<p>intervención que intervinieron con los proveedores de atención médica y otras personas significativas diagnósticas con VIH (por ejemplo, familiares, parejas, amigos). Intervenir con los proveedores de atención médica e involucrar a otras personas importantes para mejorar la retención en la atención del VIH sigue siendo poco estudiado y puede ser una pieza fundamental para mantener a las personas diagnósticas con VIH en la atención.</p>
--	--	--	--	---	--	--	--	--

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
11								
Leticia do Nascimento Cristiane Cardoso de Paula Tania Solange Bosi de Souza Magnago Stela Maris de Mello Padoin Erno Harzheim Clarissa Bohrer da Silva (2016) <i>La calidad de la Atención Primaria de la Salud de niños y adolescentes que viven con HIV</i>	Práctica Clínica Nivel de Evidencia 1c Nivel de Recomendación A	Evaluar la calidad de la atención de la Salud del niño y adolescente que viven con el virus HIV entre los diferentes tipos de servicio de Atención Primaria de la Salud, de Santa María, Rio Grande do Sul.	Estudio transversal, desarrollado con 118 profesionales de la Atención Primaria de la Salud.	Fue aplicado el PCATool-Brasil, versión Profesionales, compuesto por 77 ítems, divididos en seis atributos, y aplicado en el formato de entrevista. Las respuestas son dadas en una escala tipo Likert, siendo: "con seguridad si" (valor=4), "probablemente si" (valor=3), "probablemente no" (valor=2), "con seguridad no" (valor=1) y "no sé/no recuerdo" (valor=9). Las respuestas marcadas con "no sé/no recuerdo" fueron consideradas "probablemente no". La recolección de datos se realizó en el período de enero a julio de 2013, por medio de auxiliares de investigación previamente capacitados.	Para caracterización de los profesionales, fue utilizado un instrumento con variables sociodemográficas, sobre formación académica y situación ocupacional (variables independientes). La evaluación de la calidad de la Atención Primaria de Salud (variable dependiente), en este estudio, fue considerada como presencia y extensión de los atributos esenciales y derivados.	Se utilizó el Instrumento de Evaluación de la Atención Primaria, versión Profesionales. Para verificar las variables asociadas a un alto puntaje, fue utilizada la Regresión de Poisson.	los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia cuando comparados a los de Unidades Básicas de Salud, obtuvieron mayor grado de orientación para la atención primaria, tanto por el puntaje general como por el derivado, así como en los atributos integralidad y orientación comunitaria. La especialización en Atención Primaria de la Salud, tener otro empleo y el vínculo institucional se mostraron asociados a la calidad de la atención.	Se destaca la Estrategia Salud de la Familia con mayor calidad de atención de la Salud del niño y adolescente que viven con el virus HIV, entre tanto, la cobertura todavía es baja. Fue puesta en evidencia la necesidad de ampliar dicha cobertura, así como hacer inversiones en la calificación profesional orientada para la Atención Primaria y en la contratación de los profesionales por medio de concurso público, además de contar con un programa de perfeccionamiento que reconozca la demanda del cuidado, en esos escenarios, a los niños y adolescentes infectados por el HIV.

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
12								
Nadia O'Brien, MPH, Quan Nha Hong, OT, MSc, Susan Law, PhD, Sarah Massoud, MD, Allison Carter, MPH, Angela Kaida, PhD, Mona Loutfy, MD, MPH, Joseph Cox, MD, MSc, Neil Andersson, MD, PhD, MPhil, MSc, and Alexandra de Pokomandy, MD, MSc (2018) <i>Health System Features That Enhance Access to Comprehensive Primary Care for Women</i> <i>Living with HIV in High-Income Settings: A Systematic Mixed Studies Review</i>	Revisión Sistemática Nivel de Evidencia 2a Recomendación A	Determinar las características de la atención que facilitan el acceso a la atención primaria integral, incluido el VIH, la comorbilidad y la salud sexual y reproductiva.	Se realizó una síntesis temática utilizando NVivo. Después de seleccionar 3466 registros, retuvimos 44 artículos e identificamos 13 temas.	Se utilizó un diseño de revisión sistemática de estudios mixtos, revisando los métodos cualitativos, mixtos y cuantitativos identificados en las bases de datos Ovid MEDLINE, EMBASE y CINAHL (enero de 2000 a agosto de 2017).	Los criterios de elegibilidad incluyeron a mujeres viviendo con VIH; países de altos ingresos; atención primaria; y accesibilidad sanitaria.	El diseño sistemático de la revisión de estudios mixtos permitió obtener evidencia tanto cualitativa como cuantitativa para identificar las características de la atención consideradas valiosas o deseables para las mujeres que buscan atención (cualitativa) y / o demostraron ser eficaces para mejorar el acceso a la atención (cuantitativa). Como tal, esta revisión incluye tanto los estudios en los que las entrevistas cualitativas semiestructuradas permitieron a las mujeres nombrar a las facilitadoras como a los cuidados, y los estudios cuantitativos, como los proyectos piloto y los esfuerzos de mejora de la calidad, en los que se evaluaron y midieron las características de la atención médica según las hipótesis existentes. Se adoptó una "síntesis	Basándose en un marco socio ecológico sobre la participación en la atención del VIH, se ubicaron los temas en tres niveles del sistema de atención médica: proveedores de atención, entornos de atención clínica y factores sociales e institucionales. A nivel del proveedor de atención, las funciones que mejoran el acceso a la atención primaria integral incluyen relaciones positivas entre pacientes y proveedores y la disponibilidad de apoyo entre pares, administradores de casos y / o enfermeras. Dentro de los entornos de atención clínica, los facilitadores de atención médica fueron sistemas de recordatorio de citas, signos	Esta revisión destaca varias características de la atención que son particularmente relevantes para la experiencia de búsqueda de atención de las mujeres que viven con el VIH. Mejorar su salud a través de la atención integral requiere una variedad de estrategias en el proveedor, la clínica y mayores niveles sociales e institucionales.

						<p>cuantitativa convergente", tal como lo describen Pluye y Hong, lo que significa que transformaron los hallazgos del estudio en temas cualitativos.</p>	<p>clínicos no identificables, espacios para mujeres y familiares, servicios de transporte y coordinación de atención para satisfacer las necesidades de salud, comorbilidad y atención sexual y reproductiva de mujeres. Finalmente, los factores sociales e institucionales incluyeron el seguro de salud, la educación del paciente y el médico y la eliminación del estigma relacionado con el VIH.</p>	
--	--	--	--	--	--	---	---	--

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
13 Rebecca F Baggaley, Michael A Irvine, Werner Leber, Valentina Cambiano, Jose Figueroa, Heather McMullen, Jane Anderson, Andrea C Santos, Fern Terris-Prestholt, Alec Miners, T Déirdre Hollingsworth, Chris J Griffiths (2017) <i>Cost-effectiveness of screening for HIV in primary care: a health economics modelling analysis</i>	Eficacia demostrada por la práctica clínica Nivel de evidencia 1c Nivel de Recomendación A	El diagnóstico temprano del VIH reduce la morbilidad, la mortalidad, la probabilidad de transmisión hacia adelante y sus costos asociados, pero puede aumentar el costo debido a un inicio más temprano del tratamiento antirretroviral (TAR). Investigamos este compromiso mediante la estimación de la rentabilidad de la detección del VIH en la atención primaria.	Las tasas de diagnóstico de VIH en la intervención (20 prácticas con 44 971 nuevos solicitantes de registro) y las prácticas de control (20 prácticas con 38 464 nuevos solicitantes de registro) durante los 28 meses de duración del ensayo informaron el modelo de rentabilidad.	Los costos de la intervención RHIVA2 se calcularon con métodos estándar, en los cuales el uso promedio de un recurso se multiplicó por el costo unitario de ese recurso para producir el costo promedio directo estimado incurrido por la intervención.	Los datos de costos de atención médica relacionados con el VIH utilizados en el modelo incluyeron los costos del tratamiento antirretroviral (TAR) y CD4, la carga viral y las pruebas de resistencia, así como el uso de servicios de atención médica	Se creó el efecto de la tasa de diagnóstico cuatro veces mayor observada en el brazo de intervención del ensayo controlado aleatorio RHIVA2 realizado en Hackney, Londres (Reino Unido), un municipio con una alta prevalencia de VIH ($\geq 0.2\%$ de prevalencia en adultos). Se construyó un modelo dinámico y compartimental que representa la incidencia de infección y el efecto de la detección del VIH en las prácticas generales en Hackney. Se evaluó la rentabilidad del ensayo RHIVA2 ajustando las tasas de diagnóstico del modelo a los datos del ensayo, parametrizando con datos epidemiológicos y de comportamiento de la literatura cuando fue necesario, utilizando los costos de las pruebas del ensayo y proyectando los costos futuros	Los costos son altos durante los primeros 10 años después del ensayo RHIVA2 debido a que los diagnósticos más tempranos de personas infectadas incurren en costos médicos. Sin embargo, este efecto disminuye con el tiempo porque se ve compensado por los beneficios de la reducción de la transmisión del VIH y la reducción de los costos de atención médica para las personas que viven con el VIH que se diagnostican antes. La detección del VIH en la atención primaria es rentable a mediano plazo en entornos de alta incidencia de VIH, como Hackney, debido a los menores costos de atención de salud de las personas	La detección del VIH en la atención primaria tiene importantes beneficios para la salud pública, así como beneficios clínicos. Se prevé que será rentable en el Reino Unido a medio plazo. Sin embargo, esta intervención podría ser rentable mucho antes, e incluso ahorrar costos, en entornos donde los costos de atención médica a largo plazo de los pacientes diagnosticados tardíamente en regiones de alta prevalencia son mucho más altos ($\geq 60\%$) que los de los pacientes diagnosticados antes. La detección del VIH en la atención primaria es rentable y debe promoverse.

						del tratamiento.	que viven con VIH si se diagnostican de forma temprana y reducciones continuas en la transmisión del VIH.	
--	--	--	--	--	--	------------------	---	--

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
14 Kelly Tan, BSN, RN Beth Perry Black, PhD, RN, FAAN (2017) <i>A Systematic Review of Health Care Provider-Perceived Barriers and Facilitators to Routine HIV Testing in Primary Care Settings in the Southeastern United States</i>	Revisión Sistemática Nivel de Evidencia 1a Recomendación A	Describir las barreras percibidas por los proveedores de atención médica y los facilitadores para realizar pruebas de detección del VIH en sitios de pruebas poco utilizados / novedosos en el sureste de los Estados Unidos.	De 708 documentos recuperados, 12 cumplieron con los criterios de inclusión y fueron analizados.	Se realizaron búsquedas en las bases de datos de PubMed, CINAHL y Embase en estudios revisados por pares de las barreras percibidas por los proveedores y facilitadores de las pruebas de VIH de rutina de enero de 2016 a abril de 2017, de acuerdo con la declaración de Elementos de informe preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA).	Las publicaciones fueron revisadas de la búsqueda por título y resumen. Los artículos se incluyeron para la revisión del texto completo si (a) eran empíricos o cualitativos o cuantitativos, (b) se centraron en pruebas de rutina / universales en lugares de atención primaria (por ejemplo, clínicas de uso de sustancias, prácticas de atención primaria, clínicas de salud comunitaria), (c) incluyó las perspectivas de los proveedores de atención médica sobre las intervenciones o las pruebas de VIH de rutina / universales en sus prácticas, y (d) incluyó al menos un estado de Deep South.	Esta revisión se realizó de acuerdo con los lineamientos de los Artículos de Reporte Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis (PRISMA), un protocolo bien establecido y ampliamente utilizado para guiar el proceso de realización de revisiones sistemáticas. Mediante el uso de las bases de datos Embase, Medline y el Índice acumulativo de enfermería y literatura relacionada con la salud (CINAHL), se realizó una búsqueda empírica en la literatura sobre las barreras percibidas y los facilitadores de las pruebas de VIH entre los proveedores de atención	Los hallazgos de este estudio se dividieron en el contexto social, organizacional e individual. A nivel social se percibió que el factor financiero, el estigma, y las redes de cuidado en salud, los recursos, las políticas. Dentro de los factores organizacionales se destacaron factores de protocolos, barreras de referencia, y factores del personal de la clínica y administrativo. Y en los factores individuales se identificó las actitudes del proveedor, disconformidad, y desconocimiento. Y como determinantes a favor se identificó actitud positiva para la prueba, entrenamiento específico en VIH y la experiencia personal, así como la relación médico paciente.	Las barreras para la prueba del VIH en la atención primaria existían a nivel social, organizativo e individual. Los proveedores necesitan educación continua en salud sexual, incluidas actualizaciones de pautas federales y de VIH, y los estudiantes deben tener experiencias clínicas para complementar el conocimiento sobre salud sexual. Los protocolos de la clínica deben actualizarse para cumplir con las políticas actuales.

						médica. La búsqueda se limitó a los estudios realizados en el sureste de los Estados Unidos y publicados entre enero de 2006 (año de publicación de la guía de los CDC) y abril de 2017.		
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
15								
James Pfeiffer1,2*, Pablo Montoya1,2, Alberto J Baptista3, Marina Karagianis4, Marília de Morais Pugas5, Mark Micek2, Wendy Johnson1,2, Kenneth Sherr1,2, Sarah Gimbel2, Shelagh Baird2, Barrot Lambdin2, Stephen Gloyd (2010) <i>Integration of HIV/AIDS services into African primary health care: lessons learned for health system strengthening in Mozambique - a case study</i>	Ensayo Clínico Nivel de Evidencia 1b Nivel de Recomendación A	El Ministerio de Salud trabajó estrechamente con varias ONG para integrar más eficazmente los programas de VIH en los servicios de APS existentes en el sector público.	Para 2008, el tratamiento estaba disponible en casi 67 establecimientos de salud en 23 distritos. Cerca de 30,000 adultos estaban en tratamiento antirretroviral. Más de 80,000 inscritos en el programa de VIH / SIDA.	Los datos se tomaron del Ministerio de Salud de Mozambique	Consejería y tamizaje, identificación y manejo de enfermedades oportunistas, prevención de la transmisión de madre a hijo, sistemas paralelos.	El Ministerio de Salud (MS) comenzó un esfuerzo por utilizar los recursos de tratamiento y atención del VIH / SIDA como un medio para fortalecer su sistema de APS. El Ministerio de Salud trabajó estrechamente con varias ONG para integrar más eficazmente los programas de VIH en los servicios de Atención Primaria en Salud existentes en el sector público.	Para 2008, el tratamiento estaba disponible en casi 67 establecimientos de salud en 23 distritos. Cerca de 30,000 adultos estaban en tratamiento antirretroviral. Más de 80,000 inscritos en el programa de VIH / SIDA. La pérdida de seguimiento de las pruebas prenatales y de TB a los servicios de TAR ha disminuido del 70% a menos del 10% en muchos sitios integrados. El tiempo promedio desde la prueba del VIH hasta el inicio de la TAR es significativamente más rápido y la adherencia a la TAR es mejor en clínicas periféricas más pequeñas que en los hospitales de día verticales. La integración también ha mejorado otros aspectos no relacionados con el VIH en la atención primaria de salud.	El enfoque de integración permite que el sistema de atención primaria de salud del sector público evalúe a más pacientes para el VIH, coloque a más pacientes en tratamiento antirretroviral de manera más rápida y eficiente, reduzca las pérdidas durante el seguimiento y logre una mayor cobertura geográfica de la atención del VIH en comparación con el modelo vertical. A través del proceso de integración, los recursos de VIH se han utilizado para rehabilitar la infraestructura de APS (incluidos laboratorios y farmacias), fortalecer la supervisión, llenar los vacíos en la fuerza laboral y mejorar el flujo de pacientes entre servicios e instalaciones de manera

								<p>que pueda beneficiar a todos los programas. El uso de recursos de ayuda para integrar y vincular mejor la atención del VIH con los servicios existentes puede fortalecer los sistemas de APS más amplios.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
16 N. Halla,*,1, N. Crochetteb,1, S. Blanchib, A. Lavoixc, E. Billauda,d, C. Baronc, P. Abgueuenb,P. Perrée, V. Rabierb (2015) <i>Family physicians and HIV infectionMédecins généralistes et infection par le VIH</i>	Estudio de Cohortes Nivel de Evidencia 2b Nivel de Recomendación B	El objetivo fue describir la participación actual y deseada de los médicos de familia (FP) en el tratamiento de pacientes con VIH (prácticas de detección, capacitación potencial y seguimiento del paciente) para reducir la duración y la frecuencia de su tratamiento hospitalario.	Un total de 871 Médicos de Familia completaron el cuestionario.	Enviaron un cuestionario de autoevaluación a los 2862 FP de los cinco departamentos de la región de PdL (de mayo a julio de 2011 en los departamentos de Maine y Loira y Sarthe; de abril a junio de 2012 en el departamento de Mayenne y de julio a septiembre de 2012 en el Loira - Departamento de Atlantique y Vendée).	Las preguntas se centraron en el papel del Médico de Familia en términos de atención primaria (capacitación, detección del VIH, actitudes al tratar con pacientes que participan en relaciones sexuales sin protección) y en si los Médicos de Familia querían participar más en el manejo de pacientes con VIH (tareas especializadas).	Se llevó a cabo una encuesta transversal descriptiva entre 2011 y 2012 con el apoyo de COREVIH (Comité Coordinador Regional sobre el VIH). Se envió un cuestionario de autoevaluación a todos los PF de la región de Pays de la Loire para preguntar sobre sus prácticas de detección del VIH y las expectativas para el manejo de los pacientes con VIH.	Los Médicos de Familia que respondieron brindan atención a muy pocos pacientes con VIH. Sin embargo, están dispuestos a participar más en el cuidado de rutina de estos pacientes. La capacitación médica provista por COREVIH ayudaría a mejorar la detección del VIH. El manejo de los pacientes con VIH podría, por lo tanto, tener que ver con Médicos de Familia dispuestos.	Los médicos de familia desempeñan un papel crucial en el tratamiento de los pacientes con VIH, aunque muy pocos de ellos están realmente confrontados con esa población de pacientes. Con el control inmune y virológico sostenido de la infección y con la simplificación de los tratamientos antirretrovirales, el VIH ahora se ha convertido en una infección crónica. Por lo tanto, la dinámica de la infección es probable que cambie en los próximos años, y también lo hará el papel del Médico de Familia.

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
17								
Ivo K Joore,1 Derk L Arts,1 Marjan JP Kruijer,1 Eric P Moll van Charante,1 Suzanne E Geerlings,2 Jan M Prins,2 Jan EAM van Bergen (2015) <i>HIV indicator condition-guided testing to reduce the number of undiagnosed patients and prevent late presentation in a high-prevalence area: a case-control study in primary care</i>	Estudio Transversal de Casos y Controles Nivel de evidencia 3b Nivel de Recomendación B	Identificar el número de consultas de pacientes en seis prácticas generales en el sureste de Ámsterdam y la incidencia de enfermedades indicadoras de VIH que se informaron en sus archivos médicos antes del diagnóstico .	Se incluyeron 102 casos de VIH diagnósticos desde 2002 hasta 2012, y se comparó con 299 controles.	La base de datos de práctica general 'HAG-net-AMC' contiene los registros electrónicos de pacientes de aproximadamente 46 000 pacientes. Estas personas están registradas en seis prácticas generales ubicadas en el sureste de Ámsterdam, un área culturalmente diversa y socioeconómicamente privada. La base de datos contiene información sobre resultados de laboratorio, diagnósticos médicos, recetas y tratamientos. La información estándar registrada en los archivos médicos de los pacientes no incluye detalles de orientación sexual, origen étnico y estatus socioeconómico.	Los criterios de inclusión para los casos fueron: infección por VIH recién diagnosticada en el período de estudio, edad ≥ 18 años y más de 1 año de información disponible en el expediente médico antes del diagnóstico de VIH. Los controles (proporción 1:3) se combinaron por edad, sexo, práctica, año en que los casos recibieron su diagnóstico y años de información en el archivo médico disponible antes del diagnóstico.	Se realizó una búsqueda de pacientes con infección por VIH que se diagnosticaron entre julio de 2002 y julio de 2012 utilizando el código B90 (infección por VIH) de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIPC) 16. Se utilizó un diseño de casos y controles para evaluar el número de consultas de pacientes y condiciones del indicador de VIH para cada paciente antes del diagnóstico de VIH. Se ajustaron los casos a los controles que se consideraron libres de VIH.	El 61% de los casos consultó en atención primaria en comparación a un 38% de los controles. En los 5 años previos al diagnóstico de VIH, la mitad de los casos tuvieron condiciones indicadoras a VIH en comparación a los controles. Del 2002 al 2012 la prevalencia promedio de VIH en personas entre los 15-59 años pasó de un 0.4% a un 0.9%. La enfermedad similar a la mononucleosis es una condición importante del indicador de VIH porque puede indicar una infección aguda por VIH. En entornos de atención primaria de la salud, se debe recomendar encarecidamente a las personas que presentan una enfermedad similar a la mononucleosis que se realicen una prueba del VIH.	Este estudio reveló muchas oportunidades para la prueba guiada por condición de indicador de VIH en atención primaria. Hasta ahora, sin embargo, las condiciones del indicador de VIH no se explotan como desencadenantes para las pruebas tempranas de VIH. Las afecciones relacionadas con el VIH más comunes fueron la sífilis y la gonorrea. Los síntomas más comunes relacionados con el VIH fueron pérdida de peso, linfadenopatía y neuropatía periférica.

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
18								
Lytt I. Gardner, Thomas P. Giordano, Gary Marks, Tracey E. Wilson, Jason A. Craw,1 Mari-Lynn Drainoni, Jeanne C. Keruly, Allan E. Rodríguez, Faye Malitz, Richard D. Moore, Lucy A. Bradley-Springer, Susan Holman, Charles E. Rose, Sonali Girde, Meg Sullivan, Lisa R. Metsch, Michael Saag, and Michael J. Mugavero;	Ensayo Clínico Aleatorizado Nivel de Evidencia 1c Nivel de Recomendación A	El objetivo del estudio fue determinar si el contacto personal mejorado con los pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a lo largo del tiempo mejora la retención en la atención en comparación con las prácticas estándar de atención existentes, y si el entrenamiento breve de habilidades mejora la retención más allá del contacto mejorado.	Se incluyeron 1838 pacientes de 6 clínicas de atención de VIH en Estados Unidos.	Participaron seis clínicas de VIH afiliadas académicamente: Boston University / Boston Medical Center, State University of New York / Downstate Medical Center, Johns Hopkins University Medical Center, University of Alabama en Birmingham, University of Miami / Jackson Memorial Hospital y Baylor College of Medicine / Centro de Salud Thomas Street. El coordinador del estudio en cada centro se acercó a los pacientes elegibles que habían perdido una o más visitas en los últimos 12 meses, tenían una brecha en la atención de al menos 6 meses en el año anterior o se consideraban pacientes nuevos.	Los pacientes elegibles pudieron entender y leer inglés o español, pudieron dar su consentimiento informado, ≥18 años de edad (19 en Alabama debido a las leyes de consentimiento), no planearon mudarse fuera del área por 12 meses y no fueron hospitalizados o el encarcelamiento o la razón de una visita perdida previa.	El estudio, llevado a cabo en 6 clínicas de VIH en los Estados Unidos, incluyó a 1838 pacientes con antecedentes recientes de asistencia clínica inconsistente y nuevos. Cada clínica asignó al azar a los participantes a 1 de 3 brazos y continuó brindando prácticas estándar de atención a todos los afiliados: mayor contacto con el intervencionista (breve reunión cara a cara al regresar para la visita de atención, visita de visita interina, llamada de recordatorio de cita, llamada de visita perdida); Capacidades de contacto + mejoradas (organización, resolución de problemas y habilidades de comunicación); o el estándar de cuidado solamente. La intervención	Se demostró que los contactos personales mejorados con los pacientes a lo largo del tiempo mejoraron tanto la constancia de las visitas como la adhesión a la atención primaria. La adición de un breve componente de habilidades conductuales centradas en el paciente no mejoró los resultados. Un esfuerzo concertado para ayudar a los pacientes a resolver necesidades insatisfechas proporcionaría un contexto en el que es más probable que una intervención conductual mejore universalmente la retención en la atención. Los contactos personales mejorados junto con la educación básica sobre el VIH, con o sin capacitación adicional en habilidades de comportamiento, mejoraron significativamente la adhesión y la constancia de las visitas durante un período de intervención de 12 meses. Aunque son muy eficaces en muchos subgrupos demográficos y clínicos, las	El contacto mejorado con los pacientes mejoró la retención en la atención primaria del VIH en comparación con las prácticas estándar de cuidado existentes. Un breve componente de desarrollo de habilidades del paciente no mejoró aún más la retención. Es posible que se necesiten elementos de intervención adicionales para los pacientes que informan el uso de drogas ilícitas o que tienen necesidades no satisfechas.

						<p>fue realizada por el personal del proyecto durante 12 meses después de la asignación al azar.</p>	<p>personas con necesidades no satisfechas y las personas con antecedentes de consumo de drogas ilícitas tienen menos probabilidades de beneficiarse de la intervención y pueden requerir enfoques adicionales y más intensivos.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
<p>19</p> <p>Myo Nyein Aung, Saiyud Moolphate, Tsutomu Kitajima, Yaowaluk Siriwarothai, Piyaporn Takamtha, Chitima Katanyoo, Hiroshi Okamura, Malcom Field, Osamu Noyama, Pongsak Wannakrairot 1, Virat Klinbuayaem</p> <p>(2015)</p> <p><i>Satisfaction of HIV patients with task-shifted primary care service versus routine hospital service in northern Thailand</i></p>	<p>Estudio de Cohortes</p> <p>Nivel de Evidencia 2b</p> <p>Nivel de Recomendación B</p>	<p>Este estudio tuvo como objetivo evaluar el servicio de TARV con desplazamiento de tareas en un enfoque centrado en el paciente.</p>	<p>El estudio incluyó una muestra de 198 pacientes.</p>	<p>El estudio se aplicó en la provincia de Chaing Mai, en el norte de Tailandia. Se incluyeron todas las personas que estuvieran recibiendo TARV en atención primaria. Los controles fueron seleccionados al azar.</p>	<p>Dentro de las variables se incluyó: edad, género, conteo de CD4, ingreso mensual, régimen de TARV, miembro de un club de VIH, tiempo de traslado.</p>	<p>El nivel de satisfacción de los pacientes se evaluó de forma transversal en una muestra de 198 pacientes, que incluyó a 66 personas que viven con VIH (PVVIH) que recibieron un servicio de TARV con cambio de tareas y controles pareados en una proporción de 1: 2. El resultado inmunológico del VIH se comparó en una cohorte retrospectiva de un año de seguimiento. Se utilizó la forma corta del cuestionario de satisfacción del paciente traducido transculturalmente (PSQ-18). El análisis multivariado de la varianza comparó siete dominios de los niveles de satisfacción de los pacientes.</p>	<p>Los pacientes del hospital comunitario expresaron niveles significativamente más altos de satisfacción con la calidad técnica, la comunicación y el tiempo empleado por el proveedor del servicio, mientras que los pacientes del modelo con cambio de tareas experimentaron una accesibilidad y comodidad del servicio significativamente mejores. En el seguimiento de un año, los recuentos de CD4 de los dos grupos no fueron significativamente diferentes.</p>	<p>Los futuros programas de investigación y capacitación deben apuntar a mejorar la calidad técnica y las habilidades de comunicación de los equipos de servicio de TARV dirigidos por enfermeras para cambiar la tarea de la atención del VIH y sostener la expansión del acceso a TARV en los entornos de atención primaria.</p>

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
M. D. Esteban-Vasallo, M. F. Domínguez-Berjón, C. García-Riolobos, M. Morán-Arribas, J. Rico-Bermejo, S. Collado-González, R. Aguirre Marti'n-Gil, G. López Arilla, J. Ultra-Berzosa, R. Jiménez-García (2015) <i>Factors Associated to a Reactive Result of Rapid-HIV Test in Socio-culturally Adapted Services in Primary Care in Spain</i>	Estudio de Cohorte Nivel de Evidencia 2b Nivel de Recomendación B	Los objetivos de este estudio fueron describir la población con la prueba rápida de VIH realizada por los Servicios, analizar los resultados de las pruebas en hombres que tienen sexo con hombres, hombres que tienen relaciones sexuales exclusivamente con mujeres y mujeres de acuerdo con las características sociodemográficas y de historia sexual, y para identificar los factores asociados a un resultado reactivo para cada uno de estos tres grupos.	Se incluyeron un total de 6039 personas.	Los servicios fueron promovidos a través de actividades de divulgación a nivel de calle por mediadores culturales, anuncios, folletos, a través del servicio de información telefónica de la Cruz Roja y por organizaciones gubernamentales. El acceso al servicio fue gratuito. Después de que un usuario solicitó una cita, se le dio una fecha para una entrevista, asesoramiento y pruebas de VIH. El resultado estaba disponible en 20 min. Aquellos con una prueba reactiva o indeterminada fueron informados y remitidos para una prueba de confirmación y seguimiento médico en el sistema de salud pública.	Las variables que se utilizaron fueron: sexo, edad, país de nacimiento, agrupados en grandes regiones geográficas, nivel de educación alcanzado y prueba de VIH realizada anteriormente. La historia sexual recopiló la siguiente información: existencia de parejas sexuales estables y casuales y su número de parejas sexuales en el último año, uso de condones (infrecuente: en la mitad de los encuentros sexuales o menos, y frecuente), serología de las relaciones sexuales actuales. pareja, trabajadora sexual, visitas a trabajadoras sexuales, tiempo	Estudio descriptivo de corte transversal. Se analizaron los datos de las consultas realizadas en los Servicios de Prevención y Diagnóstico Temprano del VIH, entre el 29 de abril de 2010 y el 30 de junio de 2014 (50 meses). Estos servicios se establecieron de manera selectiva en siete centros de atención primaria en Madrid, elegidos debido a su ubicación en áreas de nuevos diagnósticos de VIH y una mayor población de inmigrantes. No había restricciones de acceso, solo se ofrecía asesoramiento y pruebas rápidas de VIH, pero los niños menores de 13 años tenían que estar acompañado	De los 6039 pacientes, 1678 eran hombre sexo con hombres, 2489 eran hombres teniendo sexo exclusivamente con mujeres y 1872 eran mujeres. La edad promedio era de 34.8 años. De los que se hicieron la prueba rápida, 35.7% eran inmigrantes, de los cuales Latinoamérica era la región más representada. El nivel educativo era alto en la mayoría de pacientes (64% estudios universitarios). 55% tenía una pareja estable. La población de hombres que tenía sexo con hombres fue la que tenía más sexo casual (87%), y los que en su mayoría se habían realizado una prueba de VIH previamente (76.5%), y también los que en su	En el análisis bivariado, un resultado reactivo en hombres que tienen sexo con hombres se asoció a un origen extranjero, y el antecedente de varias ETS, en hombres que tenían sexo exclusivamente con mujeres se asoció a la pareja sexual seropositiva y al consumo de heroína, y en mujeres a edades más altas, el uso infrecuente del condón, pareja sexual seropositiva, ser trabajadora sexual e historia de varias ETS. Se han desarrollado múltiples estrategias para implementar modelos alternativos para diagnosticar infecciones por VIH fuera de los entornos médicos mediante la prueba rápida de VIH, aunque con una amplia gama de tasas de detección. Cuando las intervenciones para la detección del VIH se

					<p>transcurrido desde la última práctica de riesgo (relaciones sexuales sin protección, incluido el accidente con condón), historial de ETS y relaciones sexuales bajo la influencia de drogas.</p>	<p>s por un adulto responsable.</p>	<p>mayoría habían tenido una ETS. El uso de condón fue más infrecuente en las mujeres.</p> <p>La prueba rápida de VIH fue reactiva en 125 ocasiones e indeterminada en otras 10, lo que representa una tasa de positividad del 2,1%. Siendo la mayoría de resultados reactivos en la población de hombres que tenían sexo con hombres, del grupo de edad entre los 35 y 44 años, inmigrantes, con bajo nivel educativo, que no tenían una pareja estable. Así mismo fue mayor en los que tenían más número de parejas sexuales y no fue mayor si el uso de condón era infrecuente.</p>	<p>abordaron en poblaciones vulnerables, las tasas positivas fueron altas, alcanzando niveles similares a los de nuestro estudio en el caso de los centros de ETS. Los Servicios de Prevención y Diagnóstico Temprano del VIH ubicados socioculturalmente en centros de atención primaria lograron alcanzar una alta tasa de detección del VIH. Los factores predictivos de un resultado de prueba reactiva variaron entre los diferentes grupos analizados. Las intervenciones preventivas deben adaptarse y dirigirse a la población de alto riesgo.</p>
--	--	--	--	--	---	-------------------------------------	--	--

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
21 Ramakrishna Prasad, MD, MPH; Frank D'Amico, PhD; Stephen A. Wilson, MD, MPH; Linda Hogan, PhD; John A. Nusser, MD, MS; Peter A. Selwyn, MD, MPH; C. Randall Clinch, DO, MS (2014) <i>Training Family Medicine</i> <i>Residents in HIV Primary Care:</i> <i>A National Survey of Program Directors</i>	Ensayo Clínico Aleatorizado Nivel de Evidencia 1b Nivel de Recomendación A	A medida que aumenta la cantidad de personas que viven con el VIH, se proyecta una grave escasez en la fuerza laboral de los proveedores de VIH en los Estados Unidos. Con un mayor énfasis en la educación sobre el VIH durante la residencia, los médicos de familia podrían desempeñar un papel importante para satisfacer esta necesidad. Esta encuesta se realizó para aclarar las actitudes de los directores de programas, determinar la prevalencia de planes de estudio específicos para el VIH e identificar los enfoques preferidos para capacitar a los residentes en la atención del VIH. Esta encuesta también buscó comparar los resultados con una encuesta reciente de Directores de Programas de medicina interna sobre la	De 440, 224 (51%) directores de programas respondieron a la encuesta electrónica.	Este proyecto formó parte de una encuesta general de CERA (Consejo Académico de Medicina Familiar [CAFM] Alianza de Investigación para la Educación) realizada entre diciembre de 2012 y febrero de 2013.	Los participantes se categorizaron según género, tipo de programa de estudios de posgrado, la población de la comunidad, el porcentaje de residentes graduados fuera de Estados Unidos,	Se realizó una encuesta a nivel nacional de directores de programas de residencia de medicina familiar (PD) para determinar sus actitudes hacia la capacitación de residentes en la atención del VIH.	La enseñanza de la atención del VIH era una alta prioridad para el 20% de los directores de programas. El veinte por ciento de los directores de programas informaron que los residentes de su programa estaban brindando atención a al menos cinco pacientes infectados por el VIH. El por ciento de los directores de programas consideraron que sus graduados tenían las habilidades para ser proveedores de atención del VIH. Menos del 25% de los directores de programas informaron que tenían un plan de estudios formal sobre el VIH o una facultad con experiencia adecuada en VIH. Los enfoques	A pesar del creciente número de pacientes infectados por el VIH, solo el 25% de los directores de programas de medicina familiar consideraron que sus graduados recibieron la capacitación adecuada en atención primaria del VIH, y la mayoría vio la necesidad de modificar sus programas de estudio del VIH. Los programas de capacitación de residencia en medicina familiar tienen una importante oportunidad para desarrollar planes de estudio de residencia y aumentar la competencia de los docentes para capacitar a la próxima generación de clínicos en la atención del VIH.

		atención del VIH.					más favorecidos para fortalecer el plan de estudios sobre el VIH por parte de los directores de programas fueron: (1) un mini taller de medio día (30%) y (2) el desarrollo de la experiencia de un miembro de la facultad en la atención del VIH (17%). Un total del 79% de los directores vio la necesidad de modificar su programa de estudios existente.	
--	--	-------------------	--	--	--	--	--	--

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
22								
Jane Hutchinson, Loma J Sutcliffe, Andy J Williams and Claudia S Estcourt (2015) <i>Developing new models of shared primary and specialist HIV care in the UK: a survey of current practice</i>	Ensayo Clínico Aleatorizado Nivel de Evidencia 1b Nivel de Recomendación A	Describir modelos contemporáneos de atención compartida para el VIH en entornos relevantes del mundo desarrollado para informar la futura atención compartida para el VIH en el Reino Unido.	Se incluyeron a 12 informantes potenciales por correo electrónico.	En este estudio se incluyeron especialistas en VIH, médicos de cabecera que participan en cuidados compartidos, figuras clave de la Asociación de Británica de VIH y comisionados de VIH, para proporcionar una visión general del status quo, identificar más ejemplares de cuidados compartidos e identificar a nuestros a los informantes.	Se exploraron las siguientes áreas: (1) contexto en el que trabaja el informante clave; (2) puesta en marcha y financiación; (3) vías de atención que incluyen la división de la atención entre la atención primaria y los especialistas y el movimiento de los pacientes entre la atención primaria y la especializada; (4) los criterios de elegibilidad para que los médicos de familia y su personal participen en la atención compartida del VIH, incluidos los temas de capacitación y supervisión; (5) participación del paciente en la evaluación del modelo de atención; (6) viabilidad, para identificar las razones del éxito, las barreras percibidas, las preocupaciones sobre la viabilidad de los acuerdos y las mejoras sugeridas.	Entrevista encuesta de informantes clave para explorar experiencias y modelos de atención compartida, e identificar factores de promoción e inhibición.	Se entrevistaron a diez informantes clave de seis modelos de atención compartida. Hubo tres categorías amplias de atención compartida, con diferentes grados de participación de los médicos de familia. Los más grandes facilitadores para la atención del VIH fueron: un fuerte liderazgo clínico en atención primaria, buenas relaciones profesionales y comunicación, y capacitación personalizada de médicos de familia. Las barreras incluían el estigma, las preocupaciones de confidencialidad y la baja prevalencia del VIH fuera de las grandes aglomeraciones urbanas.	Los modelos contemporáneos de atención compartida del VIH han surgido orgánicamente y parecen funcionar cuando se basan en una buena colaboración entre un pequeño número de médicos de cabecera dedicados y unidades especializadas. Proponemos dos modelos para estudios posteriores que solo pueden ser factibles en las prácticas de alta carga de casos de VIH. Se debe considerar la aceptabilidad del usuario, la eficacia clínica y la rentabilidad.

37. Referencia Bibliográfica 23	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
<p>Kerry E. Uebel, Gina Joubert, Edwin Wouters, Willie F. Mollentze, Dingie H. C. J. van Rensburg. (2013)</p> <p><i>Integrating HIV Care into Primary Care Services: Quantifying Progress of an Intervention in South Africa</i></p>	<p>Ensayo Clínico Aleatorizado</p> <p>Nivel de Evidencia 1b</p> <p>Nivel de Recomendación A</p>	<p>Este fue un ensayo de un cambio de tareas e intervención de integración, que monitorea el resultado de los pacientes que necesitan tratamiento antirretroviral y se llama Racionalización de tareas y roles para ampliar el tratamiento y la atención para el VIH (STRETCH).</p>	<p>Los 31 sitios de evaluación de TARV existentes a fines de 2006, se asignaron al azar a 16 clínicas de intervención y 15 clínicas de control en 9 grupos de 2 a 7 clínicas.</p>	<p>La intervención de integración se desarrolló en consulta con el personal de las 31 clínicas en Sudáfrica.</p>	<p>Las variables que se consideraron en este ensayo fueron: el entrenamiento de las enfermeras, autorización para la prescripción de TARV, guías para el manejo de los pacientes, herramientas de implementación, equipo de apoyo de la clínica, y equipo de apoyo a la gestión del área local.</p>	<p>Se desarrolló un cuestionario semicuantitativo o en consulta con el personal de la clínica, se evaluó la consistencia interna utilizando los coeficientes alfa de Cronbach y se verificó la confiabilidad entre observadores. Se usó para realizar cuatro evaluaciones de la integración de la atención del VIH en las clínicas de atención primaria de referencia (integración del VIH) y en el trabajo de todas las enfermeras dentro de las clínicas de TARV (integración interna) y la integración de la atención pre-TARV y TARV durante las Tareas de Racionalización y Roles para ampliar el tratamiento y la atención para el VIH (STRETCH) en Sudáfrica. La integración</p>	<p>Los coeficientes alfa de Cronbach para la integración total, la integración pre-TARV y TARV y la incorporación del VIH y las puntuaciones de integración interna mostraron una buena consistencia interna. La integración total media, la incorporación de las puntuaciones de integración de VIH y TARV aumentó significativamente en las clínicas de intervención en la tercera evaluación. Las puntuaciones de integración pre-TARV fueron casi máximas en la primera evaluación y no mostraron cambios adicionales. No hubo cambios en la puntuación media de integración interna.</p>	<p>El cuestionario desarrollado en este estudio es una herramienta válida con potencial para monitorear la integración de la atención del VIH en otros entornos. Las intervenciones del ensayo STRETCH dieron como resultado una mayor integración de la atención del VIH, en particular la atención antirretroviral, al proporcionar atención del VIH en las clínicas de atención primaria de referencia, pero no tuvo ningún efecto en la integración de la atención del VIH en el trabajo de todas las enfermeras con la clínica TARV.</p>

						<p>total media y las puntuaciones de integración de cuatro componentes en las clínicas de intervención y control se compararon mediante un análisis de varianza de una vía (ANOVA). Se usaron medidas repetidas ANOVA para analizar los cambios en las puntuaciones durante el ensayo.</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
Prini Mahendran, Suneeta Soni, Stephanie Goubet, Emma Saunbury, Jonathan Roberts, Martin Fisher (2015) <i>Testing Initiatives Increase Rates of HIV</i> <i>Diagnosis in Primary Care and Community</i> <i>Settings: An Observational Single-Centre Cohort Study</i>	Estudio de Cohorte Nivel de Evidencia 2b Nivel de Recomendación B	El objetivo principal fue examinar las tendencias en los nuevos diagnósticos de VIH en un área del Reino Unido de alta prevalencia del VIH entre 2000 y 2012 con respecto al sitio de diagnóstico y el estadio de la infección por VIH.	1359 adultos infectados por el VIH.	Se recopiló información que ya se había recopilado de forma rutinaria como parte de la vigilancia de las notas de los pacientes, la base de datos de la clínica del VIH y el sistema de informes de resultados de laboratorio. Los datos recopilados incluyeron el sitio del diagnóstico inicial del VIH, el estadio de la infección por VIH, la edad, el sexo, el origen étnico y la orientación sexual.	Información demográfica (edad, sexo, origen étnico y orientación sexual), sitio de diagnóstico inicial de VIH (entornos de rutina como clínicas de VIH versus entornos no de rutina como atención primaria y centros comunitarios), etapa de la infección por VIH, recuento de CD4 y los síntomas de seroconversión para cada participante.	Los datos se analizaron utilizando el paquete estadístico SPSS (paquete estadístico para las ciencias sociales) 20. Las proporciones se compararon mediante la prueba de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher. Las tendencias en el tiempo se analizaron utilizando la prueba de Mann-Whitney.	Hubo un aumento significativo en la proporción de nuevos diagnósticos de VIH realizados en entornos no rutinarios (de 27.0% en 2000 a 58.8% en 2012; $p < 0.001$). En general, hubo una disminución en la tasa de diagnóstico tardío del 50.7% al 32.9% ($p = 0.001$). El diagnóstico de infección reciente aumentó de 23.0% a 47.1% ($p = 0.001$). De aquellos con infección reciente, un número significativamente mayor de pacientes presentaron síntomas compatibles con una enfermedad por seroconversión durante los 13 años (17.6% a 65.0%; $p < 0.001$).	Creemos que este es el primer estudio que demuestra mejoras significativas en el diagnóstico del VIH y un cambio en el diagnóstico del VIH desde la configuración del VIH a la práctica primaria y a la comunidad debido a múltiples iniciativas.

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
25								
Jessica E. Price a , Jennifer Asuka Leslie a , Michael Welsh b & Agnès Binagwaho c a Family Health International , Rwanda Country Office , Kigali, Rwanda b Applied Research Department , Family Health International , Raleigh, USA c Rwanda National AIDS Control Commission , Kigali, Rwanda (2009) <i>Integrating HIV clinical services into primary health care in Rwanda: a measure of quantitative effects</i>	Estudio de Cohorte Nivel de Evidencia 2b Nivel de Recomendación B	Este estudio evalúa la hipótesis de que la introducción de la atención básica del VIH en la cartera de servicios de APS no produce disminuciones en la prestación de atención relacionada con el VIH.	Comparamos el volumen de servicios relacionados con el VIH brindados en 30 centros de atención primaria de salud (PHC) antes y después de la introducción de la atención básica del VIH.	Se recolectaron datos de una muestra de conveniencia de PHC que recibían asistencia técnica financiada por PEPFAR de Family Health International (FHI) para introducir la atención del VIH. Incluímos todos los PHC asistidos por FHI que tenían al menos seis meses de experiencia ofreciendo atención básica del VIH como se define anteriormente. Treinta PHCs cumplieron con estos criterios. Debido a que estábamos preocupados por la prestación de atención médica primaria, excluimos a los hospitales. Los 30 PHC en la muestra representan	Nuestros puntos de datos incluyeron totales de servicio mensuales en pruebas de laboratorio, consultas ambulatorias, hospitalizaciones, salud reproductiva, servicios para niños, nutrición y educación para la salud. Dada la inconsistencia en el apoyo alimentario en los PHC y que los PHC estiman el indicador de educación para la salud, excluimos las dos últimas áreas de servicio de los análisis actuales.	Usando un diseño observacional retrospectivo, se comparó los datos de laboratorio, agregados en los centros de salud de Ruanda antes y después de la introducción de la atención del VIH en medidas seleccionadas de la atención primaria de salud. El estudio prueba la hipótesis de que la atención no relacionada con el VIH no disminuye después de la introducción de la atención básica del VIH	En general, no se observaron disminuciones en los servicios de salud reproductiva, servicios para niños, pruebas de laboratorio y atención curativa. Se encontraron aumentos estadísticamente significativos en la utilización y provisión de algunos servicios preventivos. La regresión multivariada, incluida la introducción de la atención del VIH y dos importantes iniciativas de financiamiento de la atención médica en Ruanda, reveló asociaciones positivas de todos con aumentos observados. La introducción de servicios para el VIH se asoció especialmente con aumentos en la salud reproductiva. Si bien las tasas de hospitalización aumentaron para toda la muestra, se observaron disminuciones	Nuestros resultados contrarrestan parcialmente los temores de que los programas de VIH están produciendo efectos adversos en la prestación de servicios que no son de VIH. Nuestros hallazgos sugieren que la integración de los servicios clínicos para el VIH puede contribuir a los aumentos, en lugar de provocar una disminución en otros servicios de atención primaria de salud.

				<p>cuatro provincias y 14 distritos en toda Ruanda. Además de la atención básica del VIH, nueve de estos centros también ofrecieron terapia antirretroviral altamente activa supervisada por un médico (TARGA) por un período de 2 a 6 meses durante el Tiempo 2.</p>			<p>en los centros de salud que ofrecían atención básica para el VIH más una terapia antirretroviral altamente activa.</p>	
--	--	--	--	---	--	--	---	--

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
Stephanie M Topp, Julien M Chipukuma, Matimba M Chiko, Evelyn Matongo, Carolyn Bolton-Moore and Stewart E Reid (2012) <i>Integrating HIV treatment with primary care outpatient services: opportunities and challenges from a scaled-up model in Zambia</i>	Estudio de Cohorte Nivel de evidencia 2b Nivel de recomendación B	Entre 2008 y 2011, el equipo de gestión de salud del distrito de Lusaka realizó una prueba piloto y amplió un modelo de servicios integrados del departamento de pacientes ambulatorios y de VIH en 12 clínicas de atención primaria de la salud. Este documento examina el efecto del modelo integrado en la organización de la clínica, servicios, y explora las percepciones de los proveedores de servicios del modelo integrado.	Este servicio se prestó a través de una red de clínicas descentralizadas específicas para el VIH ubicadas en más de 150 clínicas públicas de atención primaria de salud. Se realizó una encuesta de satisfacción en 12 clínicas. Los datos cualitativos sobre los beneficios relativos y los desafíos del modelo integrado se recopiló posteriormente durante 15 entrevistas semiestructuradas llevadas a cabo por el primer y segundo autores con cada uno de los 12 administradores clínicos y 3 oficiales médicos del distrito entre agosto y septiembre de 2011.	Entre 2008 y 2009, el Equipo de Gestión de Salud del Distrito de Lusaka, con el apoyo del Centro para la Investigación de Enfermedades Infecciosas en Zambia (CIDRZ), realizó un modelo piloto que integró la prestación de servicios de VIH y del departamento ambulatorio (OPD) en dos clínicas urbanas de atención primaria de salud	Dentro de las variables se midieron la consejería, pruebas de laboratorio, cuidado y tratamiento, farmacia/despacho de medicamentos, calidad de aseguramiento, formato médico, recursos generales.	Se utilizó un enfoque de métodos mixtos que incorpora encuestas de instalaciones y entrevistas con informantes clave con los gerentes de las clínicas y los funcionarios del distrito. Se realizaron encuestas en las instalaciones en 12 instalaciones integradas para recopilar datos sobre el alcance de los servicios integrados, y se realizaron 15 entrevistas semiestructuradas con 12 administradores de clínicas y tres funcionarios del distrito para explorar las fortalezas y debilidades del modelo. Los datos cuantitativos y cualitativos se triangularon para informar el análisis general.	La implementación del modelo integrado cambió sustancialmente la organización de la prestación de servicios en una variedad de sistemas clínicos. Se identificaron ventajas organizativas y de gestión, incluido un uso más eficiente del tiempo del personal y el espacio de la clínica, un mejor trabajo en equipo y responsabilidad, y una prestación más equitativa de la atención a pacientes con VIH y sin VIH. Sin embargo, la integración no solucionó la escasez de recursos humanos en curso o la infraestructura inadecuada, lo que limitó la eficacia del modelo y se consideró que socavaba la prestación de servicios.	Si bien las eficiencias de recursos y asignación están asociadas con este modelo de integración, un hallazgo más importante fue el potencial demostrado del modelo para fortalecer la organización y las relaciones con el personal, lo que a su vez facilita una prestación de servicios más colaborativa y motivada en clínicas de atención primaria de salud con insuficiencia de recursos.

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
27								
Rahbel Rahman, Rogério M. Pinto and Melanie M. Wall (2017) <i>HIV Education and Welfare Services in Primary Care: An Empirical Model of Integration in Brazil's Unified Health System</i>	Estudio de Cohortes Nivel de Evidencia 2b Nivel de Recomendación B	Proporcionar un marco explicativo dentro del cual construir una investigación adicional sobre la integración de servicios. Identificar factores predictivos significativos de integración de servicios a nivel de profesional y de organización, junto con las características de trabajo de los profesionales.	Inscribimos a 168 asistentes comunitarios de salud, 62 enfermeras y 32 médicos de Unidades Básicas de Saúde (UBS), también conocidos como clínicas de atención primaria de salud basadas en la comunidad, en dos municipios brasileños.	Ocho entrevistadores brasileños de nivel de maestría fueron capacitados en métodos y procedimientos de investigación, y administraron la encuesta utilizando computadoras móviles protegidas por contraseña. Los datos se descargaron en una base de datos protegida por contraseña, DatStat Illume 4.6 (DatStat, Seattle, WA, EE. UU.). Todos los datos se guardaron en archivos informáticos protegidos por contraseña, a los que solo tenía acceso el personal de investigación relevante. No había documentación que vinculara a los encuestados con números de identificación asignados a la UBS para los cuales trabajaron. La encuesta se realizó verbalmente y duró de 45 a 75 min.	Dentro de las variables a evaluar estaban: conocimiento y habilidades, confidencialidad, perseverancia, eficacia, familiarización con la comunidad, colaboración interprofesional, aportaciones del usuario, variedad de habilidades, autonomía laboral, autonomía para toma de decisiones, número de casos, experiencia en atención primaria, proximidad geográfica al trabajo, tiempo de traslado, condiciones laborales, recursos laborales.	Este estudio fue aprobado por las Juntas de Revisión Institucional de la Universidad de Columbia, Nueva York, NY, EE. UU., y la Universidad Católica, Río de Janeiro, RJ, Brasil. Este estudio siguió una estrategia comprometida con la comunidad que incluyó socios universitarios, administradores de atención médica y CHA que desarrollaron los objetivos y métodos del estudio y los planes para difundir los hallazgos.	De los 262 profesionales, 217 (83%) informaron que ofrecían servicios de prevención del VIH; 212 (81%) comprometidos en la movilización comunitaria; y 118 (41%) dedicados a servicios de documentación. De los 169 CHA, 142 (83%) informaron que ofrecen servicios de prevención del VIH; 138 (82%) reportaron movilización de comunidades; y 85 (51%) declararon que hacían servicios de documentación. Cincuenta y tres de las 62 enfermeras informaron que ofrecían servicios de prevención del VIH (85%); 51 (81%) declararon que movilizaron comunidades; y 14 (23%) dedicados a servicios de documentación.	La integración de la prevención del VIH al tiempo que ayuda a los consumidores a obtener documentación y participar en actividades comunitarias parece ser un lugar común entre los equipos del Servicio de Salud Familiar. Los resultados muestran que una mayor experiencia del Servicio de Salud Familiar puede predecir una mejor integración de la atención, ya que los profesionales que mantienen relaciones a largo plazo con los consumidores del Servicio de Salud Familiar son probablemente conscientes de sus necesidades y, por lo tanto, integran los servicios más necesarios. Cuanto más tiempo trabajen en el Servicio de Salud Familiar, mejores profesionales podrán

				<p>Aproximadamente el 85% del personal de todas las clínicas participaron.</p>			<p>n. De los 31 médicos, 22 (71%) ofrecieron servicios de prevención del VIH; 24 (77%) comunidades movilizadas; y 8 (26%) ofrecieron servicios de documentación.</p>	<p>identificar los patrones de comportamiento de los consumidores individuales que podrían conducir a la transmisión de la enfermedad, y más rápido actuarán para reducir esos comportamientos. Los asistentes de salud comunitaria son los más cercanos a los consumidores a los que sirven geográficamente y tienen un mayor conocimiento de los estilos de vida, las tradiciones y la cultura de su comunidad que los otros miembros del equipo del Servicio de Salud Familiar. Al realizar visitas domiciliarias, los asistentes de salud comunitaria estudian a sus pacientes en relación con sus prácticas socioculturales. Al hacerlo, los asistentes de salud comunitarios son los que mejor pueden identificar las conductas de riesgo de VIH individuales. Parecen estar constantemente involucrando a los residentes en actividades</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

								<p>comunitarias para aprender sobre la prevención del VIH. Este estudio muestra que es probable que los profesionales de los Servicios de salud familiares de Brasil brinden educación sobre el VIH al tiempo que ayudan a las personas a obtener documentación para recibir atención primaria y servicios de bienestar, y que participen en actividades comunitarias de promoción de la salud. Nuestra principal contribución es un modelo explicativo que puede adaptarse para examinar el impacto de otras variables que podrían influir en la integración de otros servicios. Este modelo también puede adaptarse para estudiar la integración de servicios en sistemas de atención primaria en otros países.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
28								
Meyer Swanepoel Bob Mash1 Tracey Naledi (2014) <i>Assessment of the impact of family physicians in the district health system of the Western Cape, South Africa</i>	Estudio de Cohortes Nivel de evidencia 2b Nivel de Recomendación B	El objetivo del presente estudio fue explorar las percepciones de los gerentes de distrito sobre el impacto de los médicos de familia en los procesos clínicos, el desempeño del sistema de salud y los resultados de salud en el sistema de salud del distrito (DHS) del Cabo Occidental.	Se realizaron nueve entrevistas en profundidad: siete con gerentes de distrito y dos con los directores principales del Sistema de Salud del Distrito metropolitano y rural. Las entrevistas se registraron, transcribieron y analizaron utilizando ATLAS-ti y el método de marco.	Los gerentes de cada uno de los distritos rurales y las subestructuras urbanas en el Cabo Occidental fueron seleccionados para participar en el estudio, en base a su amplio conocimiento del funcionamiento del DHS y la visión general del impacto que han tenido los médicos de familia. Además, también se seleccionó a los directores principales de las metrópolis (cuatro subestructuras) y áreas rurales (cinco distritos).	Las variables a considerar fueron género, edad, y experiencia laboral en la atención en salud.	El presente estudio se realizó en el sector público del DHS del Cabo Occidental. Las cuatro subestructuras metropolitanas se encuentran bajo un Director Principal del Metro DHS y los cinco distritos rurales se encuentran bajo un Director Principal del DHS Rural. El sector de salud pública de Western Cape ha alineado su Plan de servicio integral con el modelo de tener un médico de familia en cada hospital de distrito (> 50 camas) y en cada centro de salud comunitario (> 30 000 personas atendidas). Las entrevistas en profundidad se realizaron cara a cara en la oficina del entrevistado utilizando una guía de entrevista, y oscilaron entre 60 y 80 minutos. Las entrevistas fueron realizadas en inglés o en afrikáans por el investigador y	Hubo un impacto positivo en los procesos clínicos para el VIH / SIDA, la tuberculosis, los traumatismos, las enfermedades crónicas no transmisibles, la salud mental y la salud materna e infantil. El desempeño del sistema de salud fue impactado positivamente en términos de acceso, coordinación, exhaustividad y eficiencia. Se anticipó un impacto en los resultados de salud. El impacto no fue uniforme en toda la provincia debido a diferentes números de médicos de familia y diferentes habilidades para funcionar de manera óptima. También se percibió que el impacto positivo atribuido a los médicos de familia se encontraba en las primeras etapas de desarrollo. Los	Los comentarios iniciales de los gerentes de distrito sugieren que donde los médicos de familia están empleados y pueden funcionar de manera óptima, están teniendo un impacto significativo en el desempeño del sistema de salud y la calidad de los procesos clínicos. A más largo plazo, es probable que esto tenga un impacto en los resultados de salud.

					<p>fueron grabadas en audio. Las entrevistas tomaron la forma de un proceso abierto de exploración que hizo uso de preguntas abiertas, escuchas reflexivas, resúmenes y aclaraciones. La guía de la entrevista reflejó los objetivos del estudio y aseguró que todos los puntos relevantes fueran explorados. Los dos primeros autores revisaron la cinta de audio de la primera entrevista para asegurarse de que la guía se construyó adecuadamente y el entrevistador demostró las habilidades necesarias.</p>	<p>efectos no anticipados incluyeron preocupaciones con sus roles en la administración y capacitación de los estudiantes, así como tensiones con los oficiales médicos de carrera.</p>	
--	--	--	--	--	---	--	--

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
29								
Steven A. Safren Conall O' Cleirigh Margie R. Skeer Jeffrey Driskell Brett M. Goshe Charles Covahey Kenneth H. Mayer (2010) <i>Demonstration and Evaluation of a Peer-Delivered, Individually-Tailored, HIV Prevention Intervention for HIV-Infected MSM in their Primary Care Setting</i>	Ensayo Clínico Nivel de Evidencia 1b Nivel de Recomendación A	Evidenciar la capacidad de reclutar a los HSH infectados con VIH en un estudio de intervención basado en pares, y mostrar cómo se puede realizar una intervención basada en pares en el contexto de la atención del VIH.	Ciento noventa y cinco participantes se inscribieron entre 503 HSH infectados por el VIH	Los datos se tomaron de la base de datos del Centro de atención ambulatoria de Inglaterra, el Fenway Health.	Los criterios de elegibilidad para el estudio actual incluyeron ser (1) un hombre autoidentificado o que tiene sexo con hombres, (2) infectado con VIH, (3) mayores de 18 años y (4) un paciente que recibió su atención primaria en Fenway Salud durante al menos 3 meses.	Ciento noventa y cinco participantes se inscribieron entre 503 HSH infectados por el VIH que completaron una evaluación autoadministrada, asistida por computadora y con audio (ACASI) y recibieron atención primaria de VIH en Fenway Health en Boston, MA, la mayor atención ambulatoria para personas de minorías sexuales y de género en Nueva Inglaterra, que al momento del estudio tenía a su cuidado 1200 HSH infectados por el VIH. Dependiendo de los criterios de elegibilidad, después de completar el ACASI (la visita de inscripción), a los pacientes se les ofreció la participación en uno de dos ensayos. Uno fue un diseño aleatorizado que usaba trabajadores sociales médicos como interaccionistas y tenía criterios específicos de inclusión /	La edad promedio de los participantes era de 43.3 años, en su mayoría, un 77% eran blancos, al menos la mitad de los participantes tenía estudios universitarios, el ingreso era de al menos \$20000 al año. Tenían un promedio de 550 CD4, con una carga viral de 87.114 tenían el virus indetectable, 139 estaban con TARV y 151 nunca habían tomado TARV.	Los resultados de este estudio proporcionan evidencia inicial de que: (1) es factible ofrecer un programa de consejería para la reducción del riesgo sexual del VIH en el contexto de la atención primaria del VIH utilizando consejeros de pares como interaccionistas, (2) la intervención es generalmente aceptable para los infectados por el VIH HSH, y (3) la intervención está asociada con una reducción significativa en el comportamiento de riesgo de transmisión sexual entre los que informan sobre el riesgo al ingresar al estudio.

						exclusión de riesgo de VIH (por ejemplo, comportamiento de riesgo de transmisión requerido al inicio del estudio) y procedimientos de estudio intensivos (por ejemplo, que requieren un cambio del administrador de casos a un caso de estudio). gerente).		
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
30								
Rogério M. Pinto, Susan S. Witte, Prema L. Filippone, Karen L. Baird and Wendy R. Whitman (2017) <i>Factors That Influence Linkages to HIV Continuum of Care Services: Implications for Multi-Level Interventions</i>	Estudio de Cohortes Nivel de Evidencia 2b Nivel de Recomendación B	Identificar los factores clave que pueden mejorar la vinculación del paciente con VIH a la atención en salud y la adherencia al TARV..	Se encuestaron a 20 proveedores de una muestra de 250 participantes.	Los datos para este estudio provinieron de un estudio longitudinal de método mixto de padres, financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, con el objetivo de examinar la implementación de servicios de VIH de 250 proveedores en la ciudad de Nueva York. El estudio fue aprobado por las Juntas de Revisión Institucional apropiadas (Universidad de Michigan, Universidad de Columbia).	Dentro de las variables se tomó el género, la etnia, nivel educativo, puesto que ejerce.	Se realizaron entrevistas en profundidad con 20 proveedores seleccionados de una muestra de 250 participantes en un estudio longitudinal de método mixto realizado en la ciudad de Nueva York (2012–2017) para examinar la implementación de servicios de VIH para poblaciones en riesgo.	Siguiendo un marco socio médico, identificamos los factores a nivel de proveedor, interpersonal y ambiental que influyen en la forma en que los proveedores involucran a los pacientes en la continuidad de la atención al vincularlos con las pruebas de VIH, la atención del VIH y otros servicios de apoyo. Estos factores ocurrieron en cuatro dominios de referencia: la Base de conocimiento profesional de los proveedores; Colaboración interprofesional de los proveedores; Cambios relacionados con el trabajo de los proveedores; y Mejores Prácticas en un Entorno Competitivo.	Los hallazgos muestran que un entorno competitivo y el temor de perder pacientes frente a otras agencias pueden impedir que los proveedores participen en la creación de vínculos. Nuestros resultados sugieren relaciones entre factores dentro y en los cuatro dominios; recomendamos intervenciones para modificar los factores en todos los dominios para lograr el máximo efecto hacia la mejora de la formación continua de vínculos. Nuestros hallazgos pueden ser aplicables en diferentes áreas del mundo con alta prevalencia del VIH.

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
31								
C. Poiriera,*,b, S. Aymericb,c,d, L. Grammatico-Guillonb,c,d, J.P. Lebeaub,d,e, L. Bernarda,b, P. Le Bref, G. Le Moalg, G. Gras (2015) <i>Rapid HIV test in family practice Tests rapides d'orientation diagnostique pour le VIH (TROD) en médecine générale</i>	Estudio de Cohorte Nivel de Evidencia 2b Nivel de Recomendación B	Evaluar la aceptabilidad y viabilidad de la prueba de diagnóstico rápido en la práctica familiar en Francia.	El cuestionario fue enviado a 1000 médicos de familia y fue completado por 352 médicos.	Los PF seleccionaron al azar de los archivos informáticos de la Unión Regional de Profesionales de la Salud (URPS) del Centro de la región. Se excluyeron los médicos con un modo de práctica exclusivo (MEP) y los médicos de SOS. Los PF seleccionados enviaron un cuestionario de opción múltiple sobre su práctica relacionada con la prevención y la prueba del VIH. Las comparaciones fueron hechas con la prueba exacta de Fisher. Los datos fueron procesados con Microsoft Excel.	Los criterios de inclusión fueron: criterios para el ofrecimiento rápido de la prueba del VIH, pacientes adultos de 18 años o más y consentimiento o por escrito. Los criterios de exclusión fueron: seropositividad conocida, o paciente bajo tutela.	La primera parte de este estudio fue determinar las opiniones de los médicos de familia (PF) con respecto a las nuevas pautas para la detección y el posible uso de pruebas rápidas de VIH en su práctica. La segunda parte fue un estudio de viabilidad sobre el uso real de las pruebas rápidas de VIH administradas a PF durante seis meses. La tercera parte fue un análisis cualitativo de la retroalimentación de la experiencia para determinar los impedimentos para usar pruebas rápidas de VIH.	El setenta y siete por ciento de los 352 PF entrevistados fueron favorables al uso rápido de las pruebas de VIH. Los tres impedimentos principales fueron: la mala interpretación del resultado de la prueba, la complejidad del control de calidad y la falta de capacitación: 23 de los 112 FP que se ofrecieron como voluntarios para evaluar las pruebas rápidas de VIH siguieron la sesión de capacitación requerida. Se entregaron sesenta y nueve pruebas y se usaron tres pruebas rápidas de VIH; El estudio cualitativo incluyó 12FPs. Todos los participantes estuvieron de acuerdo en el difícil uso de las pruebas rápidas de VIH en la práctica diaria. Las razones principales fueron: muy pocas oportunidades o solicitudes de uso, manejo complejo,	Aunque los médicos de familia son generalmente favorables al uso rápido de pruebas de VIH en la práctica diaria, la viabilidad y la contribución de las pruebas rápidas de VIH son limitadas en la práctica familiar.

							dificultades para proponer la prueba, temor de tener que anunciar la seropositividad, consultas significativamente más largas.	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Referencia Bibliográfica	Nivel de Evidencia	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categorías	Métodos	Análisis de datos	Resultados y Conclusiones
<p>32</p> <p>WIEDZA LEKARZY O ZDOBYWAJĄCYCH, Z MEDYCYNY RODZINNEJ - BADANIE PILOTAŻOWE (2017)</p> <p>KNOWLEDGE OF FAMILY MEDICINE TRAINERS CONCERNING HIV/AIDS - PILOT STUDY</p>	<p>Estudio de Cohorte</p> <p>Nivel de Evidencia 2b</p> <p>Nivel de Recomendación B</p>	<p>El objetivo del estudio fue evaluar el conocimiento de los médicos durante su entrenamiento o de residencia en medicina familiar sobre la infección por el VIH, las vías de transmisión y el diagnóstico del SIDA.</p>	<p>Los cuestionarios fueron llenados por 42 personas que participaron en las sesiones de aprendizaje de posgrado durante su residencia en medicina familiar.</p>	<p>Antes de una de las conferencias celebradas dentro del protocolo de aprendizaje de posgrado para residentes de medicina familiar, se distribuyeron cuestionarios entre los médicos a quienes se les pedía que dieran su propia evaluación de la información que tenían sobre el VIH / SIDA.</p>	<p>Las variables fueron su conocimiento o de las rutas de transmisión de la infección, los síntomas basados en los cuales un médico general puede presentar una sospecha muy probable de infección por VIH, los problemas relacionados con la transmisión vertical de la infección, así como su conocimiento o de la profilaxis después de la exposición al VIH.</p>	<p>Desarrollamos un cuestionario anónimo con preguntas sobre el conocimiento de las vías de infección, la posibilidad de diagnóstico de infección por VIH en función de los síntomas que se presentan, el riesgo de transmisión vertical, el riesgo de contraer la infección por VIH durante las actividades profesionales.</p>	<p>Los resultados obtenidos revelaron un conocimiento insuficiente sobre las vías de transmisión, así como sobre los síntomas que deberían hacer que un médico general sospeche una infección por VIH. Mientras que el 10% de ellos declaró que se negaría a ayudar a un paciente con VIH o que no sabían qué harían en tales casos.</p> <p>La mayoría de los encuestados afirmaron que en los últimos 2 años habían realizado una capacitación sobre el VIH / SIDA.</p>	<p>Los resultados de nuestro estudio sugieren que aún se necesita más capacitación.</p>