



Semana Virtual 2009: VIH y el sector salud

Propósito

Presentar aspectos novedosos sobre la respuesta del sector salud, recibir comentarios y contestar preguntas del personal de salud, representantes de la sociedad civil Y socios de la cooperación.

Temas

HOY 26 octubre – Intervenciones para mejorar la adherencia del tratamiento ARV

27 octubre – Implicaciones de la pandemia H1N1 para personas con VIH

28 octubre – Plan para aumentar acceso de HSH a servicios de salud

29 octubre – Necesidad urgente de abordar la TB-MDR en pacientes con VIH

30 octubre – El uso de los instrumentos de derechos humanos como una herramienta en la respuesta VIH

Presentadores

26 octubre – Omar Sued, Asesor en Atención y Tratamiento del VIH

27 octubre – Pilar Ramón-Pardo, Asesora en Enfermedades Transmisibles

28 octubre – Rafael Mazín, Asesor Regional en Prevención y Atención Integral de VIH

29 octubre – Mirtha Del Granado, Asesora de Tuberculosis

30 octubre – Javier Vásquez, Asesor para Derechos Humanos

11 AM - 12 PM

Washington D.C.

Asuncion

Santiago

Santo Domingo

10 AM - 11 AM

Bogota

Ciudad de Mexico

Ciudad de Panama

Lima

12 PM - 1PM

Brasilia

Buenos Aires

10:30 – 11:30 AM

Caracas

9 AM – 10 AM

San Salvador

San José

ADHERENCIA Y VIH



Omar Sued
Asesor en Atención y
Tratamiento del VIH
OPS

Adherencia

OBJETIVOS

- **Problema complejo y multifactorial**
- **Discriminar que individuos en mayor riesgo de adherencia**
- **Como medir adherencia**
- **Intervenciones para mejorarla**



Definiciones

Compliance: “grado en el cual la conducta de la persona sigue el consejo medico”

Adherencia: “grado en el cual el paciente acepta y tiene un rol activo en un tratamiento determinado”

Prevalencia de no-adherencia

En enfermedades crónicas los pacientes toman solo un 50% de las dosis indicadas

TB: 48% pts pierden dosis en 2 o mas meses. Pablos-Mendez, Am J Med, 1997.

Hipertension: 50-60% de adherencia. Rudd P, Am H J. 1995.

Dislipidemia: 50% de los pacientes toman 1/4 a 1/2 de la dosis. LRCP. JAMA 1984.

ARV: Los pacientes toman entre 53-79% de las dosis.

- Bangsberg AIDS 2000
- Arnsten CID 2001
- McNabb CID 2001

- Gross AIDS 2001
- Liu Annals Int Med 2001
- Paterson AIM 2000

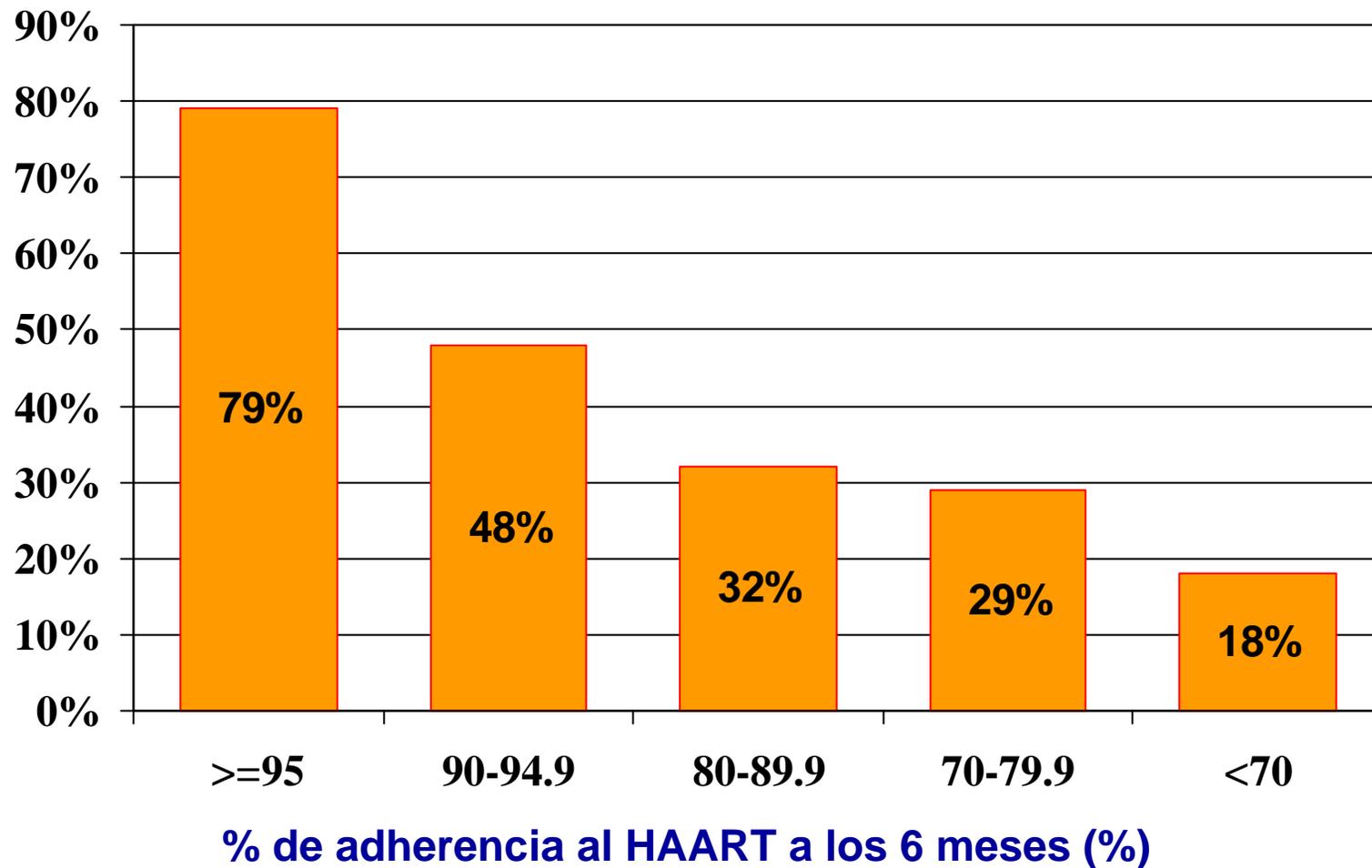
Porque importa?

Falta asociada a:

- Menor duración del esquema
- Aumento de carga viral y caída de CD4
- Progresión de enfermedad
- Mayor riesgo de hospitalización
- Mayor mortalidad

Cuanta adherencia se necesita?

% de CV no detectable

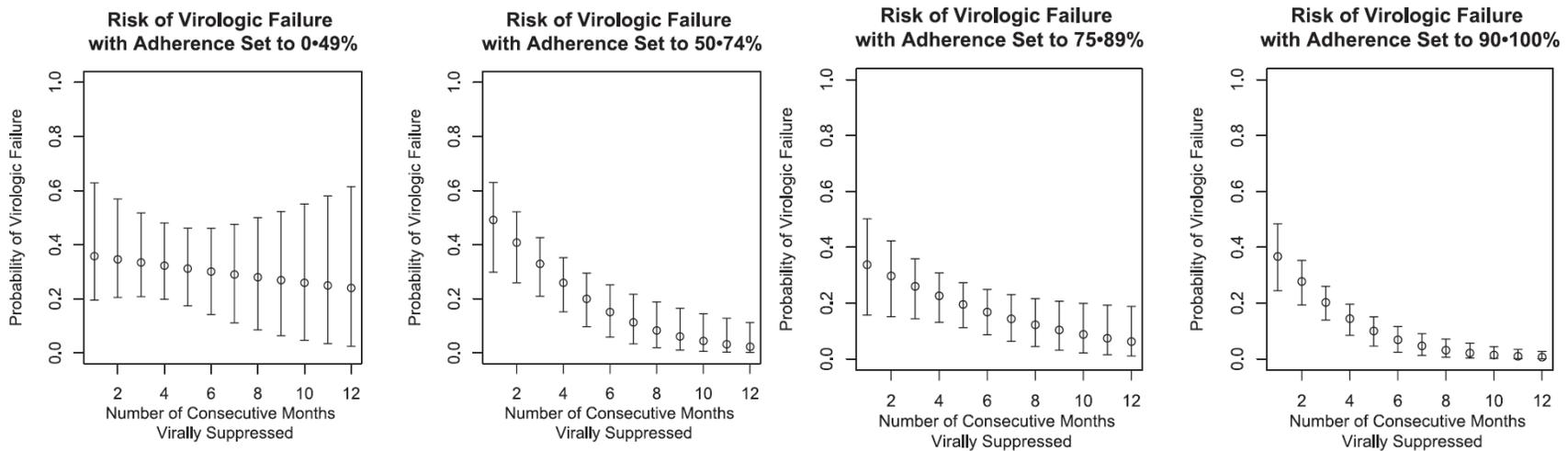


Paterson DL et al. *Ann Intern Med.* 2000;133:21-30.

The Risk of Virologic Failure Decreases with Duration of HIV Suppression, at Greater than 50% Adherence to Antiretroviral Therapy

Michael Rosenblum¹, Steven G. Deeks¹, Mark van der Laan², David R. Bangsberg^{3*}

¹ Department of Medicine, University of California San Francisco, San Francisco, California, United States of America, ² Division of Biostatistics, School of Public Health, University of California, Berkeley, California, United States of America, ³ Massachusetts General Hospital Center for Global Health, Harvard Medical School, Harvard Initiative for Global Health, Boston, Massachusetts, United States of America



	>50	50-74	75-89	90-100
Mes 1	36%	49%	34%	37%
Mes 12	24%	2%	6%	1%

Potencial riesgo de seleccion



Tipos de adherencia

- Abandono de seguimiento
- De retirar las dosis
- De tomar las dosis
- Respetar los horarios
- Respetar las dietas
- Adherencia a un solo fármaco del esquema
- Adherencia a lo largo del tiempo

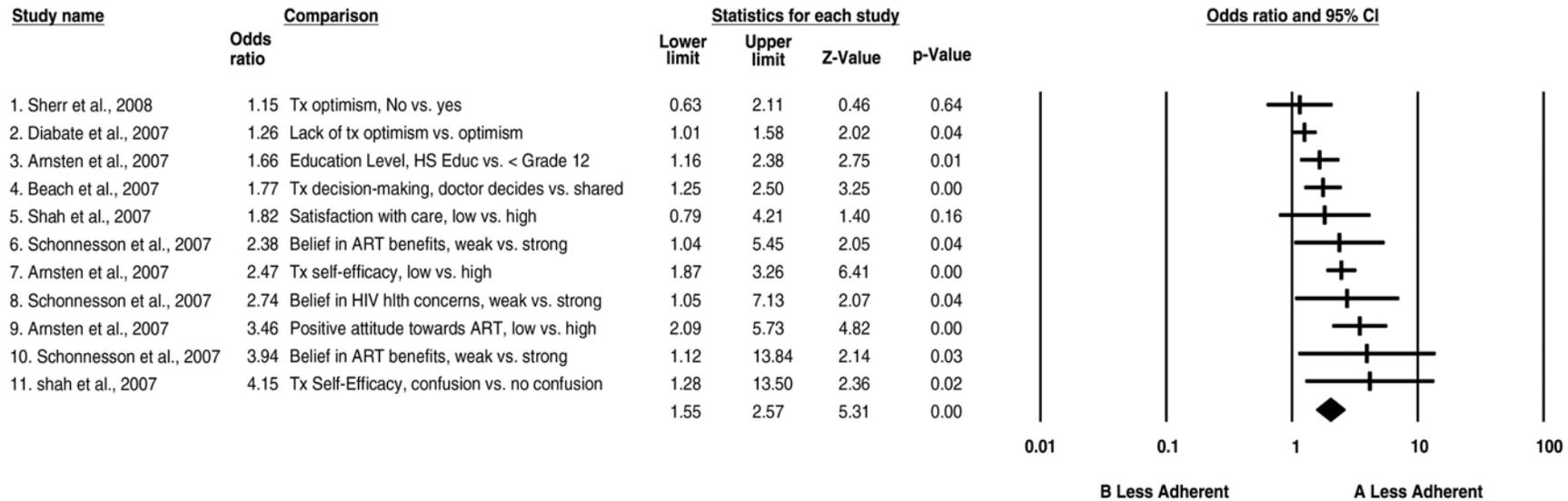
Factores asociados

Estudio de cohorte N=1010

- Efectos adversos
- Regimenes \geq dosis
- Estadio B o C vs. A
- Diagnostico VIH <6 meses
- Jóvenes europeos con hijos
- Depresión
- Consumo de alcohol
- Falta de soporte familiar

(Protopopescu 2009)

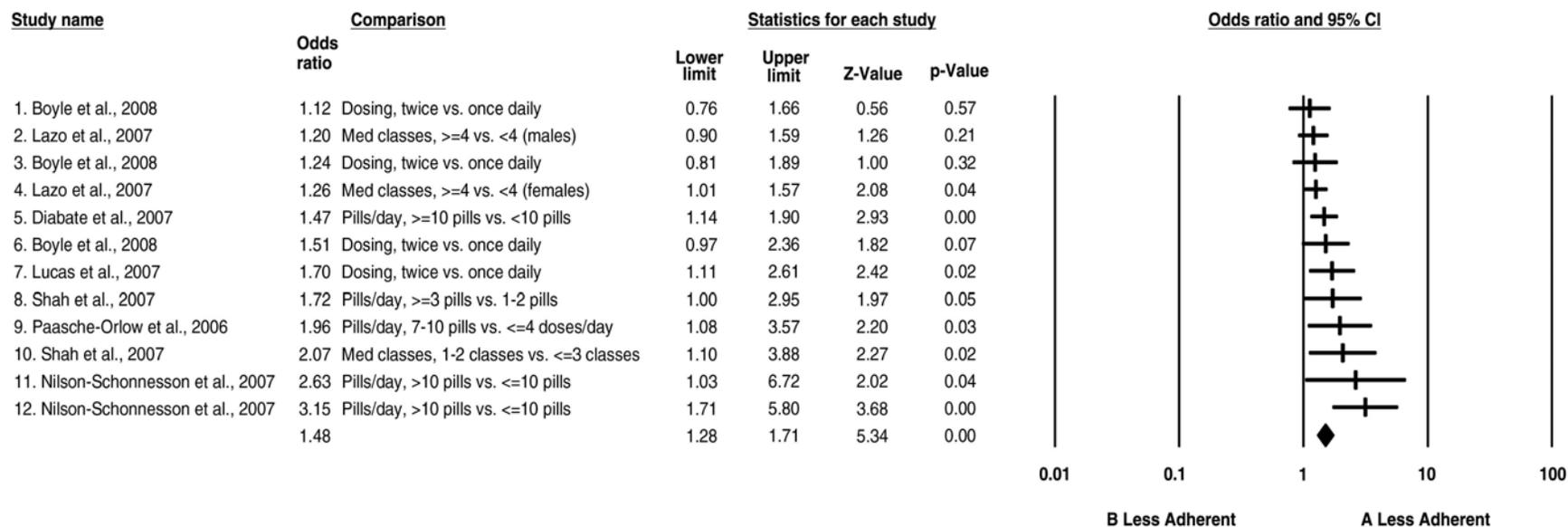
Competencias para el tratamiento



Poco conocimiento de la medicación, poca confianza en el tratamiento: OR 2,4 (2-3)

Entender beneficios, compartir las decisiones con el medico, etc.

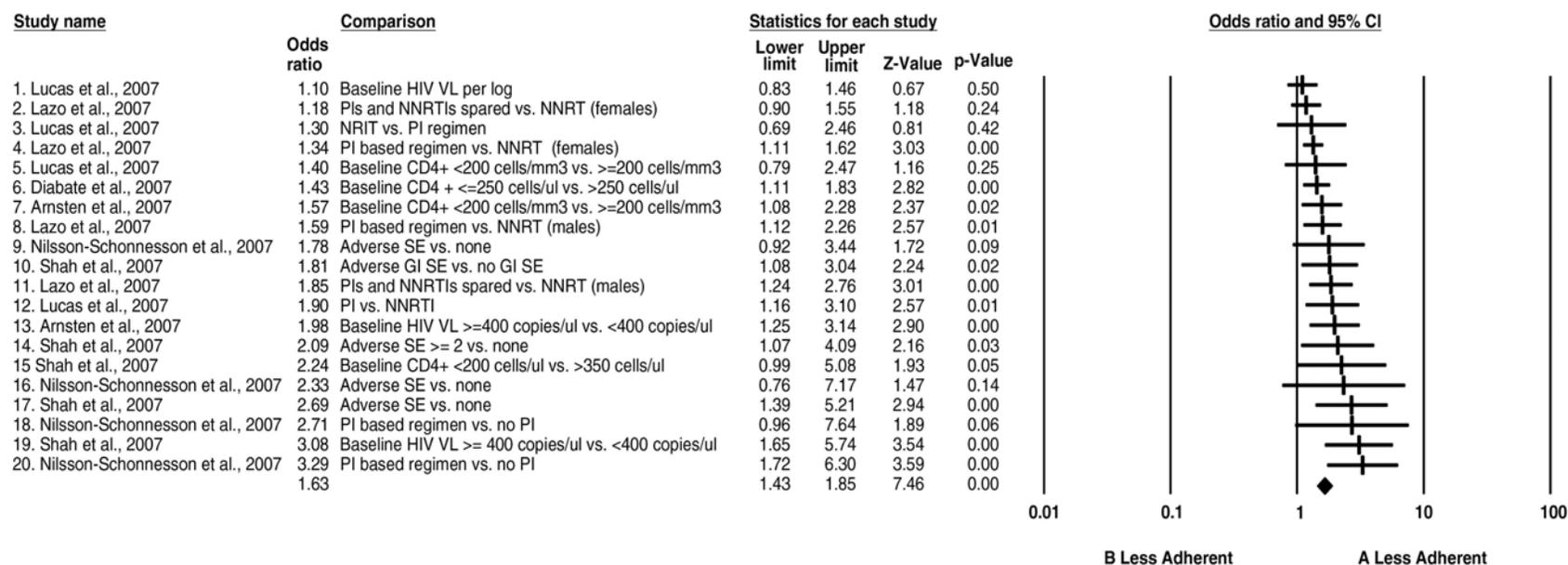
Dosis y adherencia



Mas de 10 comprimidos: OR 2 (1,4-3)

Mas de dos dosis por dia, aunque pocas diferencias entre una y dos dosis.

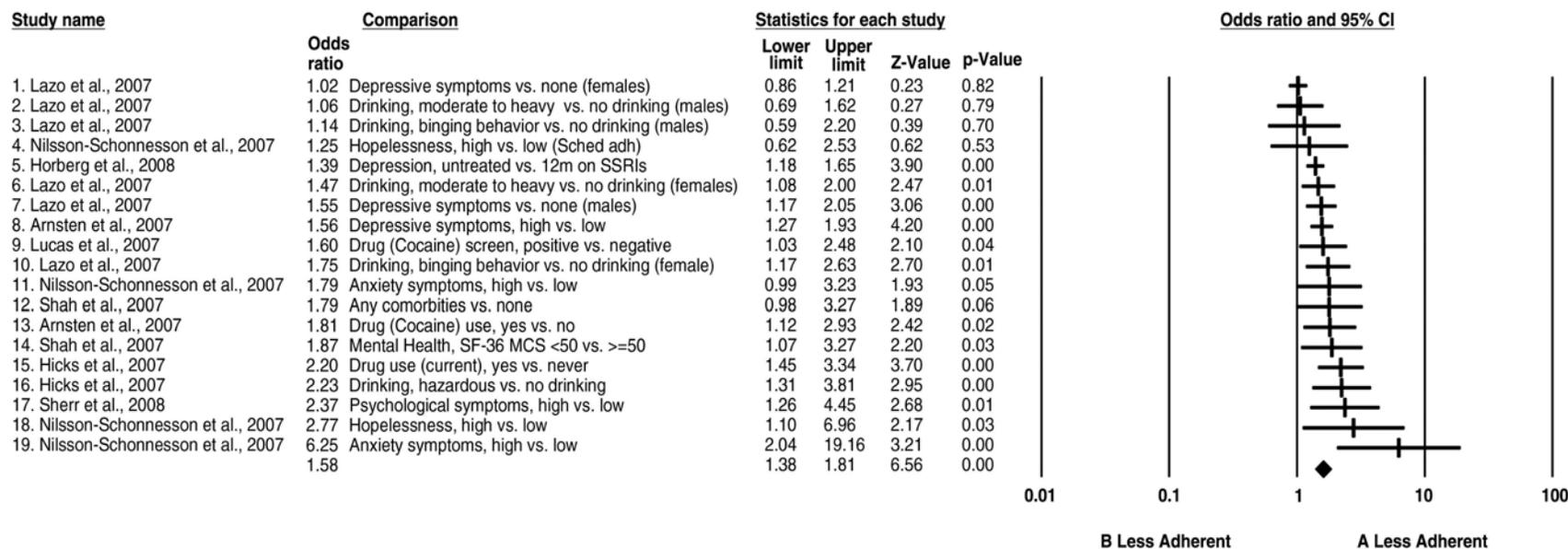
Determinantes clínicos



Efectos adversos frecuentes o graves:
 OR 1,9 (1,4-2,7)

Mayor carga viral, y peor CD4, o el uso
 de inhibidores de proteasa

Comorbilidades



Ansiedad o depresión: 1,6 (1,3-1,9)

Alcohol o drogas: 1,6 (1,4-1,8)

Uso de drogas y adherencia

Bassetti 1999;
Ding 2005;
Escaffre 2000;
Gross 2002.



Mocroft 1999;
Wood 2008;
Montaner 2004

- Enfoque de ambiente de riesgo con múltiples determinantes que requiere una valoración en conjunto y no solo un trabajo con el individuo (Krusi 2009)

Drogas y VIH

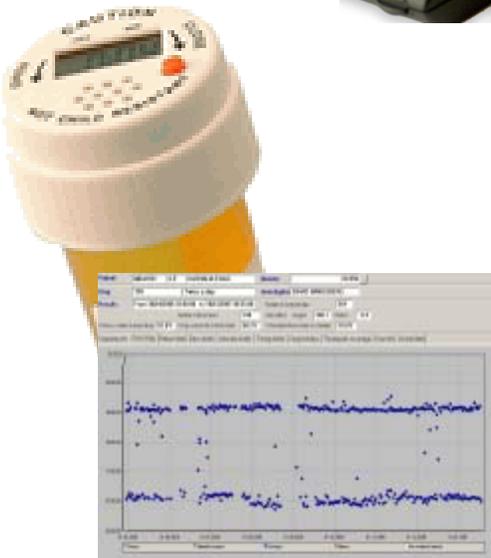


Evaluación

Métodos

- Valoración subjetiva
- Evolución de los parámetros biológicos
- Referencia del paciente o familiares
- Sistemas electrónicos
- Diarios y cuestionarios
- Escalas analógicas
- Conteo de pastillas
- Control de farmacia
- Determinación de niveles de drogas en sangre, orina o cabello

Sistemas electrónicos



- Incluyen alertas electrónicos, pastilleros con alarma o tapas que registran cuando se abren.
- Recolectan información mensual.
- Costosos y requieren un software para el análisis.
- Se usan en estudios

Diarios y conteo de pastillas

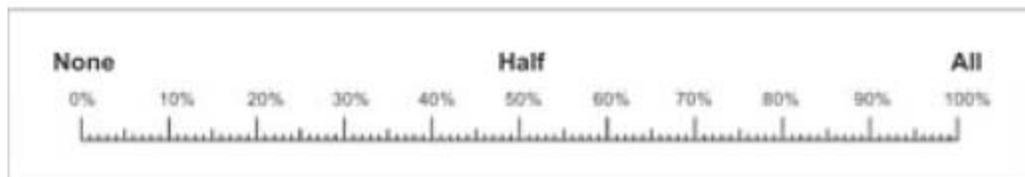
- Consumen tiempo y energía
- Complejidad y costo
- Poco efectivos a largo plazo
- Dependiente de los patrones de relación entre medico y paciente e influenciado por la comunidad
- Conteo, coercitivo



Cuestionarios y escalas analógicas

Cuestionarios sobre 3 o 7 últimos días

- Fácil interpretación
- Simples y rápidos
- Validados en varios estudios
- Se pueden utilizar como tamizaje para explorar cualitativamente
- Requieren validación local



Value Recorded (All): _____ %

Chesney 2000, Simoni 2007

Mannheimer AIDS care 2006

Mannheimer AIDS care 2008



- Explicar brevemente porque se pregunta
- Incluir los últimos días sin olvidar los fines de semana
- Preguntar sobre **dosis** y no pastillas
- Utilizar escalas, o “notas”
- Preguntar si alguna vez interrumpió el tratamiento >1 día desde la última visita

Control de farmacia

Bisson (Plos 2008)

- A los 3 meses el control de farmacia predicen fallo inmunologico y virologico

Rougemont (AIDS Research 2009)

- Auto-reporte no efectivo
- Ni los CD4 a los 6 meses ni los factores socio-económicos basales identificaron riesgo de FV (67% < 127\$).

El control de farmacia es una medida confiable y económica de detectar individuos en riesgo inminente de fallo del tratamiento. Debería integrarse a la practica cotidiana junto con intervenciones tempranas para reiniciar el tratamiento



- Involucrar a farmacia
- Considerar provisión extra
- Considerar retiros antes de tiempo
- Utilizar softwares o planillas de calculo
- Discutir con el paciente incongruencias
- No utilizar en intervalos cortos ni en la fase inicial
- Retiro a tiempo no significa adherencia

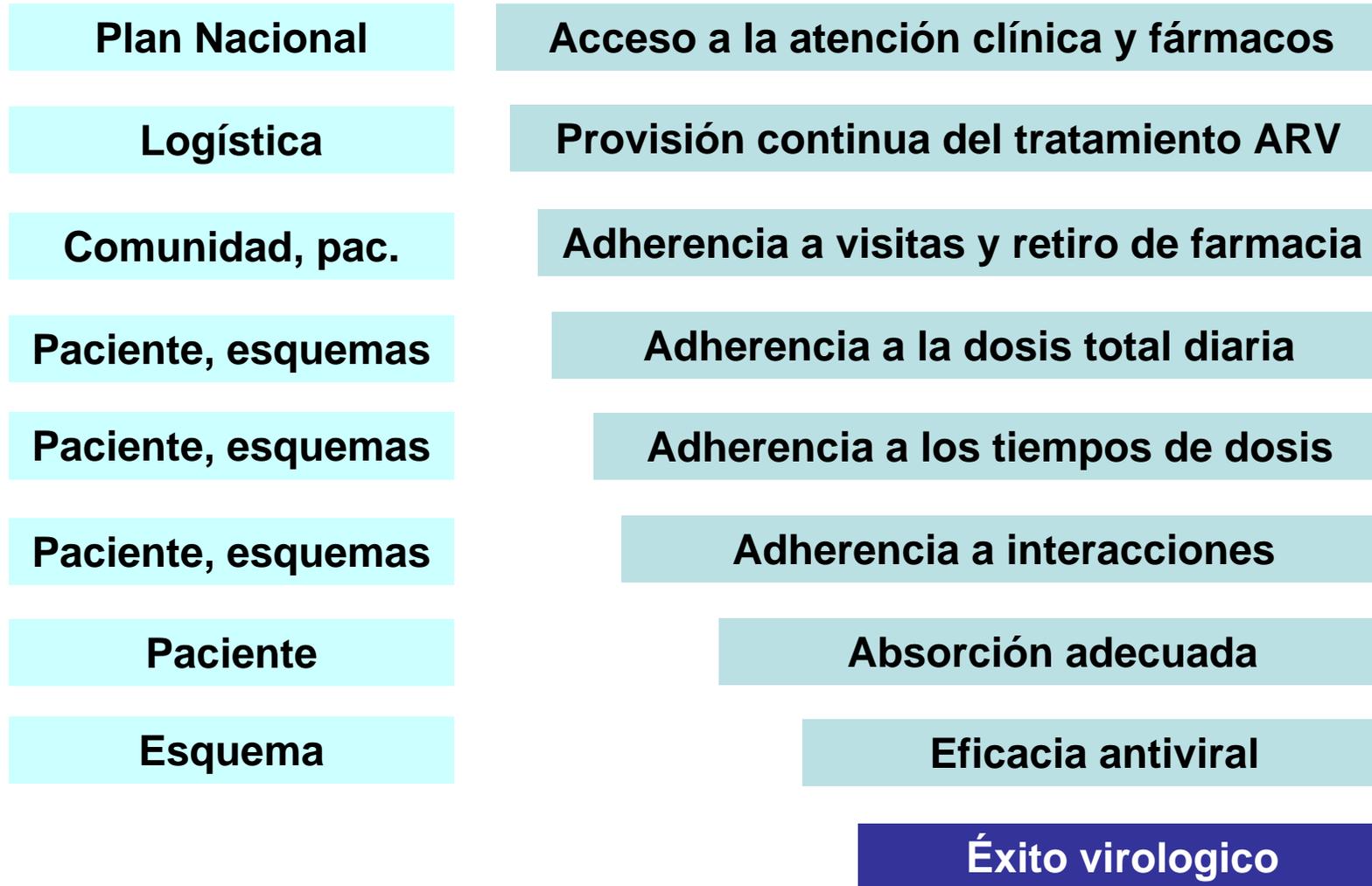
Recomendaciones GESIDA

Puede considerarse un mínimo aceptable la asociación de un cuestionario validado y el registro de dispensación, obtenidos con una frecuencia trimestral (Nivel B).

- En un contexto de estudio clínico que pueda incluso incluir intervenciones para la mejora de la adherencia, utilizar al menos uno de los métodos más objetivos: sistema MEMS, determinación de concentraciones plasmáticas de fármacos o recuento de medicamentos (Nivel C).

Recomendaciones

Cascada del éxito del tratamiento



A nivel de programa

- Asegurar la provisión continua
- Incorporar combinaciones fijas
- Evaluar formas alternativas de distribución
- Incorporar confidencialidad y reducción de estigma como prioridades en los programas
- Establecer estándares de calidad
- Incorporar los indicadores de alerta temprana en la vigilancia

A nivel de la Institución

- Facilitar el acceso a visitas y farmacias
- Evitar colas y demoras innecesarias
- Identificar pacientes con mayor riesgo
- Identificar tempranamente los que pierden visitas clínicas o de farmacia y establecer mecanismos de contacto
- Incorporar enfoques multidisciplinarios
- Fomentar el trabajo con pares desde la primera visita

Con el paciente

- Proporcionar entrenamiento (pares)
 - Evaluar la aceptación del VIH
 - Comprender la necesidad de TARV
 - Explicar beneficios
 - Informar posibles efectos adversos
 - Como integrar ARV a la rutina
- Considerar el estilo de vida
- Utilizar el esquema con menor dosis y comprimidos posible

Visitas

Primera visita:

- Charla franca e información escrita
- Proporcionar forma de contacto
- Agendar un control entre 1-2 semanas

Visitas siguientes:

- Evaluar adherencia, tolerancia, dificultades.
- Determinar si requiere apoyo social, pares o familiares
- Establecer objetivos en termino de CV, CD4
- Si no vino contactarlo

Ayuda especial

- Desde el inicio del tratamiento en pacientes con alto riesgo
- Al momento del primer fallo

Que hacer?

- Trabajo con pares
- Grupos de apoyo
- Intervenciones psicosociales

Que se hace?

Entrevistas de 15 a 60 minutos

- Investigación de causas
- Apoyo emocional
- Orientación a servicios
- Re-educación de riesgos y beneficios
- Evaluación de consumo de alcohol, drogas o sustancias
- Familia
- Salud mental
- Servicios sociales
- Promoción de capacidades individuales
- Tutoría y plan de seguimiento
- Grupos de apoyo

Nuevos enfoques

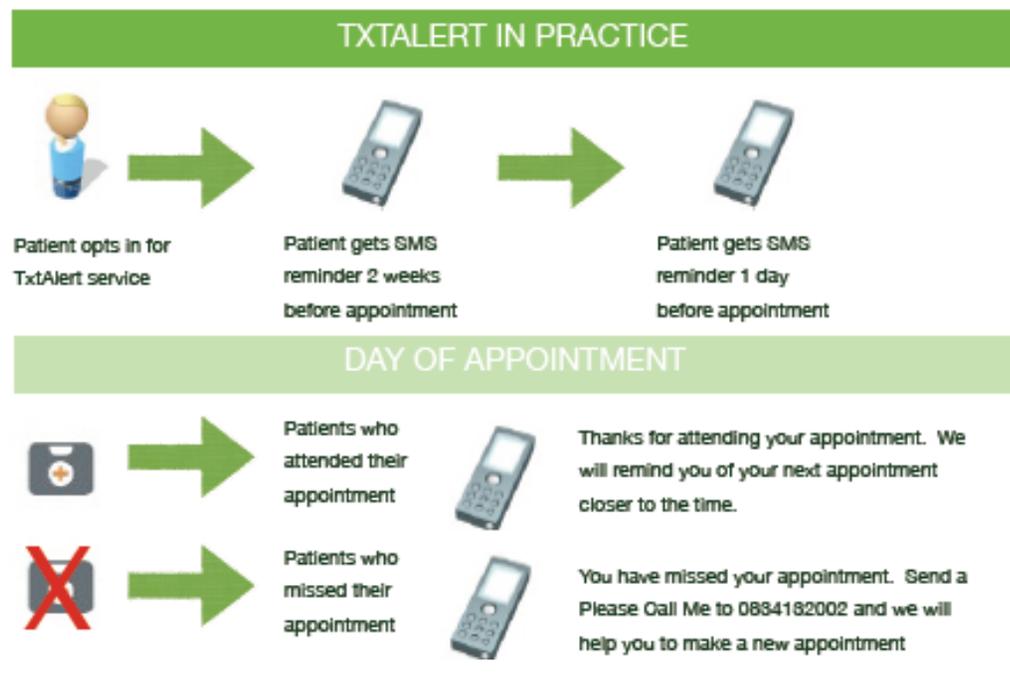
Correo electrónico

Foros virtuales

Grupos de apoyo virtuales

Llamadas telefónicas

SMS



Masquew. IAS2009

Consideraciones especiales

Trabajo multidisciplinario

Addiciones

Salud Mental

Servicio Social

Pastilleros o alarmas

Esquemas complejos, deficit neurologico

DOT

Coinfeccion con TB.

Otras: incentivos, SMS.



Muchas gracias por tu tiempo!

Omar Sued
suedomar@paho.org

Más información

Sección de VIH de la web de OPS

<http://www.paho.org/vih>