

# Promoción de la Salud y Adherencia

---

## Tabla de Contenido

<b>Introducción</b>	página IV-3
<b>Sesión 1: Rompehielo (20 minutos)</b> Actividad: Ejercicio M & M	página IV-6
<b>Sesión 2: Una perspectiva amplia sobre la Adherencia: Parte 1 (20 minutos)</b> Actividad: Definición de Adherencia Presentación: Por qué tenemos que enfocar la adherencia al tratamiento de los usuarios de drogas	página IV-19 página IV-27
<b>Sesión 3: Por qué la adherencia a los medicamentos es tan importante? (10 minutos)</b> Presentación: La importancia de adherirse al tratamiento de los medicamentos antirretrovirales	página IV-32
<b>Sesión 4: Las políticas de la adherencia (15 minutos)</b> Actividad: ¿En acuerdo o en desacuerdo?	página IV-42
<b>Sesión 5: Una perspectiva amplia de la adherencia: Parte 2 (60 minutos)</b> Presentación: Evaluando la disposición para comenzar la terapia antirretroviral Actividad: Los factores que afectan la adherencia	página IV-47 página IV-52
<b>Sesión 6: Aspectos médicos específicos sobre los usuarios de drogas infectados con el VIH (40 minutos)</b> Presentación: Aspectos médicos	página IV-58 página
<b>Sesión 7: Hablando con los pacientes sobre el VIH y el uso de drogas? (55 minutos)</b> Actividad: Representación de roles de la comunicación entre el proveedor y el paciente  Presentación: Mejorando la comunicación entre el proveedor y el paciente	página IV-76 página IV-82
<b>Sesión 8: Qué podemos hacer para mejorar la adherencia en general? (30 minutos)</b> Actividad: Creando Intervenciones	página IV-91
<b>Sesión 9: Manejando el VIH en el contexto del uso de drogas (60 minutos)</b>	

Actividad: Ejercicios de estudios de casos	página IV-102
<b>Sesión 10: Conclusión (15 minutos)</b>	
Actividad: Puntos para llevar consigo	página IV-118
<b>Referencias</b>	página IV-119

# Introducción

## Trasfondo y propósito

El propósito de este módulo es proveer a los participantes estrategias y herramientas para promover la salud de los usuarios de drogas infectados con el VIH. Específicamente, este módulo se concentra en la importancia de la adherencia al tratamiento y enfatiza la necesidad de considerar la adherencia en el contexto más amplio de la promoción de la salud en general para esta población.

Cuando se provee cuidado médico para el VIH a personas que han utilizado o que utilizan drogas se encaran retos especiales. Primero, el uso de drogas y alcohol complica la planificación y la prestación de cuidado. Los proveedores deben ser conscientes de los asuntos biológicos, incluidas las interacciones entre los medicamentos para el VIH y las drogas de recreación, como también los cambios que el uso prolongado de drogas y alcohol pueden causar en la absorción y eficacia de los medicamentos. Además, los usuarios de drogas infectados con el VIH, muchas veces, tienen comorbilidades, como hepatitis C, que pueden complicar el manejo de la enfermedad del VIH y originar competencias entre las prioridades de cuidado de la salud. Los proveedores deben conocer el contexto social de las distintas clases de drogas de abuso. Los factores sociales pueden afectar el grado de compromiso del cuidado médico de las personas, la retención del cuidado y la adherencia al tratamiento.

El segundo reto principal al proveer cuidado médico para el VIH en esta población es que los proveedores pueden tener ideas preconcebidas sobre el uso de drogas y alcohol. Al igual que muchos, los proveedores se exponen y reciben influencia de las imágenes que presentan los medios sobre las personas que utilizan alcohol y drogas. Casi todas son negativas, aun las pocas imágenes que aparecen demostrando empatía o compasión, rara vez, presentan al usuario de drogas como un ser humano total y complejo. Los estereotipos y mitos sobre el uso de drogas y los usuarios de drogas pueden limitar la capacidad de los proveedores para apoyar la adherencia y proveer atención óptima.

Como adiestradores, tenemos la responsabilidad de ayudar a que las personas que adiestramos reconozcan y analicen sus ideas preconcebidas, y luego concientemente echarlas a un lado. Nosotros, y las personas que adiestramos, necesitamos reconocer que estas imágenes negativas pueden hacer sentir a los usuarios de drogas que no tienen el poder para adoptar cambios que promueven la salud. Consecuentemente, también necesitamos ayudar a los usuarios de drogas infectados con el VIH a reconocer que tienen la capacidad de proteger y mejorar su salud. Podemos realzar su nivel de conocimiento de los recursos de conducta y ambientales que promueven la salud. También, podemos trabajar con ellos para desarrollar estrategias dinámicas dirigidas a la adherencia del tratamiento del VIH que se ajusten al contexto de sus vidas.

Un tercer reto, y tal vez un reto aún mayor, es distinguir los verdaderos retos biológicos y sociales de los estereotipos negativos del uso de drogas y de los usuarios de drogas. En este módulo, tratamos, tanto la realidad como los mitos que afectan la calidad del cuidado que reciben los usuarios de drogas y su capacidad para adherirse al tratamiento del VIH. Sin embargo, es importante reconocer que aprender las distinciones ente las realidades y los mitos es

un proceso continuo y difícil, ciertamente no es algo que se pueda entender y dominar en un periodo tan corto como el de este adiestramiento. Lo que podemos lograr es ayudar a los participantes para que entiendan que los usuarios de drogas infectados con el VIH no se pueden ajustar a cualquier estereotipo. Podemos alentar a los participantes a explorar los retos de la adherencia de los usuarios de drogas y a considerar el amplio número de intervenciones posibles para lograr la adherencia al tratamiento para la promoción de la salud.

## **Materiales**

### **Diapositivas:**

En el currículo se incluye una presentación en PowerPoint para el módulo de adherencia. Esta presentación debe llevarse a cabo junto con el módulo. Para ayudar a los participantes a seguir la presentación, hemos incluido la lista de las diapositivas específicas que corresponden a cada sesión en el módulo.

### **Paquete de lecturas:**

También se ha preparado un paquete de lecturas para los participantes. Este paquete incluye las lecturas que aparecen a continuación. La cita completa se encuentra en las “Referencias” al final del módulo.

- *Emprendiendo los retos de la adherencia. Abordando los retos emergentes de la terapia del VIH a largo plazo*
- *Factores que afectan la adherencia a la terapia antirretroviral*
- *El reto de la adherencia*
- *Adherencia: Mantenerse al día con sus medicamentos*
- *Construyendo una relación de cooperación entre el médico y el paciente*
- *La mejoría de la condición médica: El cuidado médico de los usuarios de drogas inyectables que tienen la infección del VIH*

### **Impreso educativo :**

- Material educativo para el ejercicio de los M & M (4)
- Lista alfabética de los medicamentos para el VIH
- Paquetes *La Adherencia Ahora*
- Copia de artículo: *Indicaciones para iniciar la terapia antirretroviral en el paciente infectado crónicamente con el VIH*
- Gráfica de las características relacionadas con la adherencia
- Hoja para las notas de los participantes
- Hojas informativas de interacciones de drogas
- Material para actividades de representación de roles
- Hoja para el paciente anotar la adherencia al tratamiento
- Tabla de las intervenciones por categorías
- Hoja de rótulos (“stickers”) y recordatorios
- Hoja informativa sobre efectos secundarios de medicamentos
- Pictogramas que muestran la individualización de dosis
- *Positively Aware’s HIV Drug Guide*

- Resumen de presentación de casos

**Otros materiales necesarios:**

- Libretitas con hojas adhesivas
- Rotafolios
- Proyector LCD
- Pantalla de proyección

## **Objetivos**

Al finalizar el módulo, los participantes deberán poder:

- Definir adherencia en un sentido amplio y entender su significado
- Reconocer que los usuarios de drogas desarrollan complicaciones médicas de la infección del VIH distintas a las que desarrollan otros grupos de riesgo.
- Evaluar la disposición de las personas para comenzar y mantener la terapia antirretroviral
- Identificar técnicas efectivas y recursos útiles que brindan apoyo a la adherencia
- Desarrollar enfoques para ajustar las intervenciones de promoción de salud a las necesidades específicas de los pacientes que utilizan drogas.

## **Datos clave**

- La promoción de la salud es mucho más que sólo la adherencia a los medicamentos.
- Una visión amplia de la adherencia compromete activamente a los pacientes en el cuidado de la salud y el tratamiento y les provee más oportunidades para lograr el éxito.
- Para poder ser efectivo, los proveedores necesitan reconocer sus prejuicios sobre los asuntos de adherencia, especialmente con usuarios de drogas.
- Los usuarios de drogas no son una población homogénea, cada individuo tiene necesidades particulares y retos que vencer.
- Con servicios adecuados de apoyo y atención primaria, los usuarios de drogas pueden lograr un nivel de éxito igual que los no usuarios.

# Sesión 1: Rompiendo el hielo

## Actividad: Ejercicio de los M & M

**Propósito:** Obtener experiencia de primer orden sobre los retos de la adherencia al régimen de medicamentos

**Tiempo:** 20 minutos

### Materiales

- Impreso educativo IV-1, “Carta que acompaña el ejercicio de los M & M”
- Impreso educativo IV-2, “Descripción del Ejercicio: Receta médica de medicamentos antirretrovirales para el VIH ”
- Impreso educativo IV-3, “Recetas médicas”
- Impreso educativo IV-4, “Diario del tratamiento”
- Impreso educativo IV-5, “Lista alfabética de los medicamentos antirretrovirales utilizados en el tratamiento del VIH”
- Pecera o sombrero
- Tarjetas índice con suficientes ejemplos de aseveraciones para cada participante
- Diapositiva IV-1, “Módulo IV: Promoción de la salud y adherencia
- Diapositiva IV-2, “Simulación de un régimen con M & M”
- Diapositiva IV-3, “Discusión de la pecera”
- Diapositiva IV-4, “Metas del ejercicio”
- Diapositiva IV-5, “Trascendiendo el ejercicio”

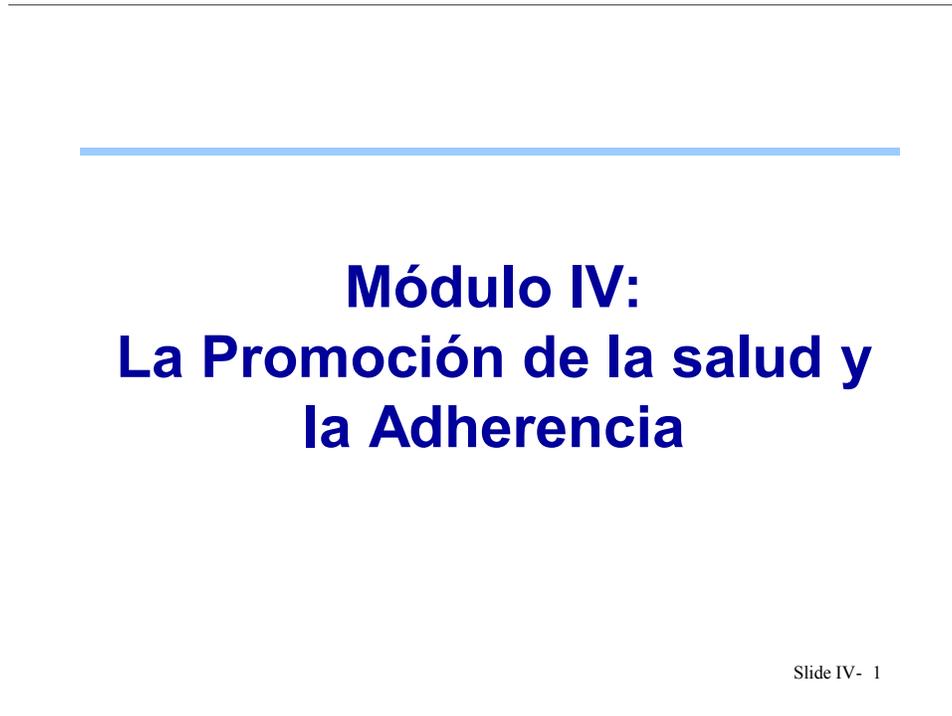
### Notas para el adiestrador

1. Envíe los primeros cinco Impresos educativos a participantes que hayan hecho una preinscripción como dos semanas antes del adiestramiento. Esto le dará la oportunidad de familiarizarse con la actividad. Los materiales proveen la información que los participantes necesitan para tomar el régimen simulado de medicamentos para una semana
2. Para prepararse para la sesión, escriba en una tarjeta índice los ejemplos de aseveraciones que aparecen a continuación (o algunas similares que usted elija). Asegúrese de que hay suficientes aseveraciones para cada persona en el grupo.
  - La parte más difícil del ejercicio de los M & M fue . . .
  - La dosis más difícil de tomar o de recordar fue . . .
  - Una manera de recordar tomarme mis “medicamentos” fue . . .
  - Tomar mis “medicamentos” me hizo sentir . . .
  - Cuando la gente me vio tomándome mis “medicamentos” sentí . . .

- Fue más fácil recordar tomar mis “medicamentos” cuando . . .
- La manera que escogí la fecha para iniciar mis “medicamentos” fue . . .
- La primera persona que le conté que estaba tomando “medicamentos” fue . . .
- Decidí guardar mis “medicamentos” en o con . . .

IV-6

3. Muestre La Diapositiva IV-1 antes de que los participantes lleguen.



4. Una vez los participantes hayan llegado, utilice tres o cuatro minutos para presentarse, hable brevemente sobre el estilo de la presentación, recuérdale a los participantes que comiencen el día con una mente receptiva, fomente la interacción y añádale el toque personal que entiende que es adecuado. Si desea, puede hablar brevemente sobre la terminología que usará en la presentación. Por ejemplo, el uso de las palabras “pacientes” versus “cliente”, terapia antirretroviral (ART, siglas en inglés) versus terapia antirretroviral altamente activa (HAART, siglas en inglés) y usuario de droga versus “que abusa de las drogas” o “adicto”.
5. Pida a los participantes que se presenten por su nombre, lugar de procedencia y tipo de empleo.
6. Presente un resumen breve del ejercicio de los M & M y del régimen que los participantes siguieron durante la pasada semana. Refiérase a los cinco impresos educativos que fueron enviados a los participantes, y permítales algunos minutos, de ser necesario, para revisar los impresos educativos. Note que el Impreso educativo IV-5 será útil durante el adiestramiento como referencia fácil sobre los distintos medicamentos antirretrovirales utilizados actualmente. Como los participantes pueden estar familiarizados con los distintos nombres para un solo medicamento, esta tabla les ayudará

a parear los nombres genéricos, los comerciales y las abreviaturas. Como regla, el currículo se referirá a los medicamentos por sus nombres genéricos. Sin embargo, si el producto es una combinación de dos o más medicamentos, el currículo incluirá el nombre de marca con los nombres genéricos en paréntesis.

7. Según discuta el régimen, tal vez deba enfatizar que, aunque el régimen pueda parecer “subóptimo” para algunas personas, en realidad sigue las guías de tratamiento actuales para el VIH. Este régimen fue seleccionado para el ejercicio debido a que los requerimientos de dosis y alimentos presentan un reto particular. La Diapositiva IV-2 resume el régimen y las dosis requeridas. Fíjese que el ejercicio es una manera para que los participantes experimenten en ellos mismos, por una semana, algunos aspectos del régimen de tratamiento del VIH.

## Régimen simulado de los M & M

- Una semana de “antirretrovirales” M&M.
- Combivir e indinavir
- Instrucciones para la dosificación:
  - Combivir: 1 tableta/2 veces al día
  - Indinavir: 2 cápsulas/ cada 8 horas
    - Estómago vacío - 1 hora antes ó 2 horas después de una comida
    - 8 a 10 vasos de agua de 8 oz. al día

Slide IV- 2

8. Presente la discusión de la “pecera”. Puede utilizar la Diapositiva IV-3 para ayudarlo a resumir las metas principales del ejercicio. Coloque las tarjetas índice preparadas en la pecera o en el sombrero, y luego pida a cada participante que saquen una tarjeta. Pida un voluntario para comenzar la discusión, éste debe leer la aseveración parcial que aparece en la tarjeta y completar la aseveración a partir de su experiencia con el ejercicio de los M & M. Pida a otros participantes que comenten sobre la respuesta y luego comparta esas respuestas. Pida a los participantes que sean breve, pero mantenga la discusión amena y abierta. Una vez la discusión de la primera tarjeta se complete, pida a otra persona que lea su tarjeta y que complete la aseveración (**oración**)parcial. Nuevamente, permita tiempo para que los participantes comenten y discutan sus respuestas a la aseveración. Continúe así, hasta que finalice el tiempo asignado para esta actividad. Dependiendo del tamaño del grupo y de cuánto cada persona aporte a la discusión, puede que sólo haya tiempo para discutir tres o cuatro tarjetas.

## Discusión de la Pecera

- Reflexione sobre el ejercicio de los M & M
- Discuta los retos y las preocupaciones de la adherencia
- Identifique las barreras y el apoyo
- Tome en cuenta las frustraciones y los éxitos



Slide IV- 3

IV-8

9. Las Diapositivas IV-4 y IV-5 explican las metas y las limitaciones del ejercicio.

## Metas del Ejercicio

- Tener una idea del significado de la adherencia al tratamiento del VIH
- Vivir algunas de las frustraciones y manejar los retos prácticos de la terapia antirretroviral en carne propia
- Ser conscientes del compromiso que requieren los regímenes de la terapia antirretroviral durante el período de una semana

Slide IV- 4

IV-9

## Trascendiendo el ejercicio

---

- Entender lo que significa estar infectado con el VIH
- Vivir las dificultades relacionadas con un tratamiento antirretroviral de por vida
- Experimentar los efectos secundarios o los problemas del metabolismo de los medicamentos
- Vivir la estigma y el discrimen relacionados con la infección del VIH y del uso de drogas

Slide IV- 5

## **Impreso educativo IV-1: Carta inicial para el ejercicio de los M & M**

Estimado participante del adiestramiento nacional:

Estamos muy emocionados con su participación en la Conferencia para el Adiestramiento Nacional. Aunque el adiestramiento no comenzará oficialmente hasta \_\_\_\_\_, le agradeceremos que comience su preparación para el programa ahora.

Dedicaremos parte del tiempo del adiestramiento que se avecina para hablar sobre los medicamentos antirretrovirales, la adherencia al tratamiento y los retos específicos de la adherencia para los usuarios de drogas. Para ayudarlo a entender mejor lo que significa tomar medicamentos antirretrovirales, le solicitamos que durante una semana simule estar tomando un régimen de tratamiento para el VIH.

Junto con este paquete encontrará una “receta médica” de medicamentos antirretrovirales para una semana. Para obtener la receta es necesario que compre un número adecuado de dulces M & M color verde y anaranjado para simular las dosis de un régimen antirretroviral real. El ejercicio ha sido diseñado para que un M & M sea igual a una pastilla del régimen antirretroviral. Si por razones de salud no puede comer M & M, sustitúyalos por algo similar, como algún dulce sin azúcar.

Le pedimos que haga un esfuerzo genuino de seguir el régimen de los M & M para que pueda aprovechar el ejercicio lo más posible. Aunque haya realizado este ejercicio, o uno similar anteriormente, le pedimos que participe. Las personas cambian de año a año, y se sorprenderá lo que aprenderá en esta ocasión. Se incluyen instrucciones detalladas para la dosificación. Preste atención especial al número de píldoras que deberá tomar en cada dosis, el horario, el almacenamiento de las píldoras y cualquier restricción de alimentos y líquidos y las recomendaciones. Al tomar este régimen simulado, podrá darse cuenta que a las personas infectadas con el VIH se les pide seguir regímenes de tratamiento similares, y en ocasiones mucho más complejos, diariamente y por muchos años. Es obvio que como este es un régimen simulado, usted no experimentará ninguno de los efectos secundarios que causan los medicamentos reales.

De tener alguna pregunta o preocupación en cuanto a cómo tomar sus medicamentos, haga la búsqueda de información requerida, como si realmente los estuviera tomando. Por ejemplo, se preguntará qué hacer si olvida tomar una dosis o toma demasiadas píldoras, o se preguntará qué otro tipo de medicamentos puede o no puede tomar mientras está en el régimen de tratamiento del VIH. Para obtener las contestaciones, usted puede contactar a su médico, llamar a alguien de confianza, buscar en el internet o llamar a la compañía farmacéutica.

Use los formularios incluidos para que lleve un registro diario. Este registro diario le ayudará a llevar cuenta de cuán bien se adhiere a su terapia de medicamentos, las dificultades que encuentra y cualquier otra preocupación que se pueda presentar. Anote en el registro diario cómo ha manejado las situaciones difíciles – como tomar sus medicamentos en público – y cómo encontró las respuestas a cualquier pregunta o preocupación surgida. Discutiremos las experiencias del ejercicio de los M & M en el taller del Retiro para el Adiestrador.

Nos veremos pronto.

## **Impreso educativo IV-2: Descripción del ejercicio: La receta médica para el tratamiento antirretroviral del VIH**

Trasfondo:

Recientemente, a usted se le diagnosticó la infección del VIH, aunque tenía la sospecha de haber adquirido el VIH hace más de cinco años cuando usaba heroína activamente. Usted ha estado limpio de heroína desde 1997, pero ocasionalmente ingiere mucho alcohol. Las pruebas de sangre demuestran que tiene un recuento de CD4 de 300/ mm<sup>3</sup> y que su carga viral es de 75,000 copias/mL. Durante las pasadas semanas, su médico y usted han discutido la posibilidad de comenzar la terapia antirretroviral. Su médico le recetó un régimen de Combivir (lamivudina más zidovudina) e indinavir. Como usted confía en su médico y valora su opinión, usted obtendrá sus medicamentos y escogerá una fecha para comenzar la terapia.

Siga las siguientes instrucciones al tomar su régimen de tratamiento. Preste atención a las instrucciones relacionadas con los alimentos y el requisito de líquidos, a cómo almacenar los medicamentos y a las interacciones de medicamentos. También fíjese que los medicamentos que se toman dos veces al día deben tomarse cada 12 horas, mientras que los que se toman tres veces al día, se toman cada 8 horas.

### **Combivir (M&M verdes) – una tableta dos veces al día**

Combivir contiene dos medicamentos antirretrovirales en una sola pastilla. Cada pastilla contiene 300 miligramos (mg) de zidovudina y 150 mg de lamivudina. Los efectos secundarios posibles del Combivir son iguales que el de los dos medicamentos que lo componen. Los efectos secundarios de la zidovudina son dolor de cabeza y malestar estomacal, pero estos usualmente desaparecen después de algunas semanas. Después de haber estado usando por mucho tiempo la zidovudina, ésta también puede causar anemia (glóbulos rojos bajos), neutropenia (glóbulos blancos bajos) y miopatía (daño de los músculos). La lamivudina puede causar dolores de cabeza e insomnio en algunas personas, pero usualmente desaparecen después de varias semanas. El uso del Combivir no conlleva restricciones ni requerimientos de alimentos o líquidos. Se debe almacenar a temperatura de salón.

### **Indinavir (M&M color anaranjado) – dos tabletas cada ocho horas**

Cada cápsula contiene 400mg de sulfato de indinavir. El indinavir puede causar disturbios estomacales, malestar general y piedras en el riñón. El indinavir hay que tomarlo con el estómago vacío – una hora antes o dos horas después de la comida – o con una merienda baja en grasa, que contenga menos de 300 calorías. Se debe usar con cuidado cuando se toman otros medicamentos. Es importante saber que el indinavir no se puede tomar con jugo de toronja, St. John's Wort o con bebidas que contengan cafeína, que causan deshidratación. Debe tomar de ocho a diez vasos (vasos de 8 onzas) de agua al día para evitar las piedras del riñón. El indinavir se debe almacenar a temperatura de salón en un lugar que no sea húmedo.

Impreso educativo IV-3: La receta

# Clínica Comunitaria

Licencia #  
4753659

DEA#  
VK59067

Jane Doe, MD  
111 E. 100<sup>th</sup> Street  
New York, NY 10012

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

Combivir (M&M verdes)

Tomar una píldora dos veces al día, por boca

14 píldoras en total (para una semana)

Repita 1 – 0 – 1 – 2 –

Firma \_\_\_\_\_

# **Clínica Comunitaria**

Licencia #  
4753659

DEA#  
VK59067

Jane Doe, MD  
111 E. 100<sup>th</sup> Street  
New York, NY 10012

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

**Indinavir (M&M anaranjadas)**

**Tomar dos píldoras cada 8 horas, por boca\***

**42 píldoras en total (para una semana)**

\*Tómese las píldoras con el estómago vacío o con una merienda baja en grasa que contenga menos de 300 calorías, una hora antes o dos horas después de las comidas. Tome de ocho a diez vasos de agua al día. (1 vaso = 8 oz.)

Repetir - 0 - 1 - 2 - 3 - 4 -

Firma \_\_\_\_\_

## Impreso educativo IV-4: Registro diario del tratamiento

### **Día Uno:**

Recordé tomarme \_\_\_\_ dosis (escriba el número, de cero a cinco)

Comentarios:

### **Día Dos:**

Recordé tomarme \_\_\_\_ dosis (escriba el número, de cero a cinco)

Comentarios:

### **Día Tres:**

Recordé tomarme \_\_\_\_ dosis (escriba el número, de cero a cinco)

Comentarios:

### **Día Cuatro:**

Recordé tomarme \_\_\_\_ dosis (escriba el número, de cero a cinco)

Comentarios:

### **Día Cinco:**

Recordé tomarme \_\_\_\_ dosis (escriba el número, de cero a cinco)

Comentarios:

**Día Seis:**

Recordé tomarme \_\_\_\_ dosis (escriba el número, de cero a cinco)

Comentarios:

**Día Siete:**

Recordé tomarme \_\_\_\_ dosis (escriba el número, de cero a cinco)

Comentarios:

**Comentarios generales:**

La parte más difícil al tomarme los medicamentos fue:

Lo que más me ayudó a recordar tomármelos fue:

## Impreso educativo IV-5: Listado alfabético de medicamentos antirretrovirales utilizados en el tratamiento del VIH

La tabla siguiente fue desarrollada para disminuir la confusión que pueden causar los distintos nombres de los medicamentos que se utilizan para el tratamiento del VIH. Ésta ha sido obtenida de la publicación “Nombres de Medicamentos Antirretrovirales”(Hoja Informativa 401) del New Mexico AIDS InfoNet.

Para mayor conveniencia, la tabla se ha dividido en dos partes. La primera es un listado de cada medicamento aprobado para el VIH por su nombre genérico en orden alfabético. La segunda parte es un listado de los mismos medicamentos en orden alfabético por su nombre de marca. Si se fija, encontrará fácilmente los nombres genéricos, los nombres de marca, otros nombres y las clasificaciones correspondientes para cada medicamento del VIH.

Fíjese que las siguientes abreviaturas han sido utilizadas en la columna para la clasificación: NRTI = nucleósido (o nucleótido) inhibidor de la transcriptasa inversa (conocidos como “nuke” en inglés), NNRTI = inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido (conocidos como “non-nuke” en inglés); y PI = inhibidor de proteasa.

### Parte 1: Listado de medicamentos por nombre genérico

<b>Nombre Genérico</b>	<b>Nombre de marca</b>	<b>Otros nombres</b>	<b>Clasificación</b>
Abacavir	Ziagen	1592U89	NRTI
Amprenavir	Agenerase	APV, 141W94	PI
Delavirdina	Rescriptor	DLV	NNRTI
Didanosina	Videx	DdI	NRTI
Efavirenz	Sustiva	EFV, DMP-266	NNRTI
Indinavir	Crixivan	IDV	PI
Lamivudina	Epivir	3TC	NRTI
Lopinavir	Kaletra	ABR-378/r	PI
Nelfinavir	Viracept	NFV	PI
Nevirapina	Viramune	NVP, BI-RG-587	NNRTI
Ritonavir	Norvir	RTV	PI
Saquinavir	Fortovase, Invirase	SQV	PI
Estavudina	Zerit	d4T	NRTI
Tenofovir	Viread	PMPA	NRTI
Zalcitabina	Hivid	ddC, dideoxicitidina	NRTI
Zidovudina	Retrovir	AZT, ZDV	NRTI

Además de los nombres anteriores para las píldoras que contienen un solo medicamento, existen píldoras en combinación que contienen dos o tres medicamentos: 1) lamivudina + zidovudina,

combinadas en una sola pastilla con el nombre de marca de Combivir; y 2) abacavir + lamivudina + zidovudina, combinadas en una sola pastilla con el nombre de marca Trizivir. También fíjese que, actualmente, lopinavir sólo viene en combinación con una dosis baja de ritonavir y se vende con el nombre de Kaletra.

## Parte 2: Listado de medicamentos por nombre de marca

Nombre de marca	Nombre Genérico	Otros nombres	Clasificación
Agenerase	Amprenavir	APV, 141W94	PI
Combivir	Lamivudina + zidovudina		NRTI
Crixivan	Indinavir	IDV	PI
Epivir	Lamivudina	3TC	NRTI
Fortovase	Saquinavir	SQV	PI
Hivid	Zalcitabina	ddC, dideoxycitidine	NRTI
Invirase	Saquinavir	SQV	PI
Kaletra	Lopinavir	ABR-378/r	PI
Norvir	Ritonavir	RTV	PI
Rescriptor	Delavirdina	DLV	NNRTI
Retrovir	Zidovudina	AZT, ZDV	NRTI
Sustiva	Efavirenz	EFV, DMP-266	NNRTI
Trizivir	Abacavir + lamivudina + zidovudina		NRTI
Videx	Didanosina	ddI	NRTI
Viracept	Nelfinavir	NFV	PI
Viramune	Nevirapina	NVP, BI-RG-587	NNRTI
Viread	Tenofovir	PMPA	NRTI
Zerit	Estavudina	d4T	NRTI
Ziagen	Abacavir	1592U89	NRTI

## Sesión 2: Una perspectiva amplia sobre la adherencia: Parte 1

### Actividad: Definición de Adherencia

#### Propósito

- Ilustrar que la adherencia *no se trata solamente* de tomarse los medicamentos; en algunos casos, aunque el paciente no está listo para comenzar un régimen, puede “adherirse” a un tratamiento de muchas otras maneras.
- Demostrar que la falta de adherencia a la terapia de medicamentos es un asunto que ocurre tanto en la población de usuarios de drogas como en la que no utiliza drogas.
- Presentar la amplia diversidad de factores psicológicos que afectan la adherencia
- Demostrar que tener una perspectiva amplia de la adherencia le ofrece al paciente más oportunidad de éxito.

**Tiempo:** 15 minutos

#### Materiales

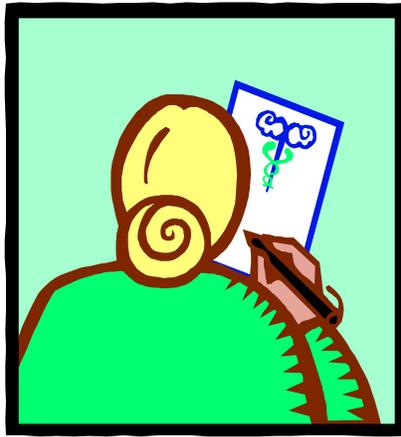
- Rotafolio, marcadores de colores y cinta adhesiva
- Diapositiva IV-6, “Definición de Adherencia”
- Diapositiva IV-7, “Cómo definimos adherencia”
- Diapositiva IV-8, “Definición médica de la adherencia”
- Diapositiva IV-9, “Los problemas de adherencia a los medicamentos del VIH son comunes”
- Diapositiva IV-10, “Razones comunes para no adherirse a la terapia de medicamentos del VIH”
- Diapositiva IV-11, “Otros factores relacionados con la falta de adherencia a los medicamentos del VIH”
- Diapositiva IV-12, “Definición ampliada de la adherencia”
- Diapositiva IV-13, “Los componentes de una visión más amplia de la adherencia”
- Diapositiva IV-14, “¿Por qué adoptar una visión más amplia de la adherencia?”

#### Notas para el adiestrador

1. Escriba la palabra “Adherencia” en la parte superior de un papel en blanco de un rotafolio.
2. Pida a los participantes que discutan sobre lo que piensan cuando escuchan la palabra adherencia. ¿Qué otras palabras o frases le vienen a la mente? ¿Cómo los participantes definirían el término adherencia? Pídales que compartan sus ideas, y anote las definiciones sugeridas en el papel. Pida al grupo sus comentarios. Si las personas responden con ideas dirigidas solamente a la adherencia de medicamentos, ínsteles a que piensen en un sentido más abarcador. Puede dar como ejemplo, cumplir con las visitas médicas, tratar un problema de uso de drogas, tratar alguna enfermedad mental o seguir las recomendaciones de tratamiento del médico.

3. Presente la diapositiva IV-6, que pide a los participantes que desarrollen una definición de una oración (dos oraciones, máximo) de adherencia específica para usuarios de drogas infectados con el VIH.

## Definición de Adherencia



¿Podríamos llegar a una definición de una oración sobre lo que es la adherencia, que tenga sentido dentro del contexto del ofrecimiento de cuidado al usuario de drogas infectado con el VIH?

Slide IV- 6

4. Pegue con cinta adhesiva esta definición en un lugar prominente, que se pueda ver durante el tiempo que se discuta este módulo.
5. Durante este ejercicio, puede utilizar las Diapositivas IV-7 a la IV-14 para promover la discusión de ideas o presentar ideas que los participantes no hayan considerado. Cuando muestre la Diapositiva IV-7, enfatice que queremos ir más allá de la definición estrictamente médica de adherencia.

## ¿Cómo definimos adherencia?

- Adherencia es
  - ¿el número de pastillas tomadas?
  - ¿el número de dosis recordadas?
  - ¿el por ciento de veces que los medicamentos se toman correctamente?
- ¿La adherencia siempre tiene que ver con tomar pastillas?
  - ¿Existen distintas maneras de adherirse a la terapia?
- ¿Cómo define adherencia en su vida?

Slide IV- 7

6. Las diapositivas IV-8 a la IV-11 brindan algunos datos sobre la adherencia y establecen el por qué es importante ver la adherencia desde una perspectiva amplia, especialmente al considerar las necesidades específicas de los usuarios de drogas.
  - La diapositiva IV-8 indica lo que la mayoría de las personas sabe sobre la adherencia a medicamentos. Enfatice que esto es sólo *una parte* de lo que es la adherencia. Aunque se discutirán asuntos específicos de la adherencia a medicamentos, estos no deben opacar el tema más amplio de la promoción de la salud.

## Definición médica de adherencia

---

- Tomar todos los medicamentos de un régimen, exactamente como indicado
  - A tiempo
  - Todos los días
  - Observar las restricciones de alimentos y líquidos

Slide IV- 8

- La diapositiva IV-9 presenta el punto de que la falta de adherencia a los medicamentos del VIH es una situación común, aun entre personas que no son usuarios de drogas. Recuérdele a los participantes las dificultades que enfrentaron durante el ejercicio de los M&M. Pida a los participantes que levanten la mano si tuvieron dificultad para completar el último curso de antibióticos que les prescribieron.

## Los problemas de la adherencia a los medicamentos para el VIH son comunes

- Se estima que la falta de adherencia alcanza entre un 20% a un 80%, con un promedio de 50%.
- Las tasas de la falta de adherencia a la terapia del VIH comparan con las observadas para los tratamientos de otras enfermedades crónicas.
- Los estudios de las tasas de adherencia al tratamiento del VHC en usuarios de drogas (40% a 80%) son similares a los que no son usuarios de drogas (30% a 70%).

Williams & Friedland, 1997; Chesney, 2000; Eldin, 2001.

Slide IV- 9

- La diapositiva IV-10 presenta las primeras ocho razones para la falta de adherencia, según un estudio de personas infectadas con el VIH que no usaban drogas. Imagínese cuantos de estos temas pueden ser especialmente problemáticos para los usuarios de drogas, que muchas veces tienen estilos de vidas caóticos. Por ejemplo, los usuarios de drogas muchas veces enfrentan retos, tales como enfermedad mental, depresión y falta de hogar, como también el efecto psicológico de las drogas.

## **Razones comunes informadas para la falta de adherencia a los medicamentos del VIH**

- Simplemente un olvido o estar muy ocupado(a) (66%)
- Estar fuera de la casa (57%)
- Cambio de rutina diaria (51%)
- Se quedó dormido (40%)
- Enfermedad (28%)
- Depresión (18%)
- Preocupaciones por su privacidad (14%)
- Efectos secundarios (12%)

Bamberger, 2000

Slide IV-10

- Finalmente, presente el listado de la diapositiva IV-11. Solicite a los participantes que tomen en cuenta cuántas otras preocupaciones adicionales al listado tocan las vidas de los usuarios de drogas. Realmente, no es el uso de drogas lo que causa el problema de adherencia, son las características personales y ambientales preexistentes de los usuarios de drogas que hacen de la adherencia un reto.

## **Otros factores relacionados con la falta de adherencia a los medicamentos para el VIH**

- Medicamentos interfieren con el estilo de vida
- Uso de alcohol o de drogas
- Estrés
- Pesimismo sobre la enfermedad del VIH
- Complejidad del régimen
- Dificultad para lidiar con eficacia
- Falta de ánimo

Chesney, 1999

Slide IV-11

7. La diapositiva IV-12 es una muestra de una definición ampliada de adherencia. La diapositiva IV-13 es una lista de una variedad de elementos que los participantes pueden presentar al discutir las ideas sobre la adherencia. A pesar de que es importante percatarse de que todos los elementos de la lista componen una visión amplia de lo que es la adherencia, hay que darse cuenta de que no todos los componentes son pertinentes para la situación particular de las personas. Utilice la diapositiva IV-14 para resumir la importancia de adoptar una visión amplia de la adherencia.

## **Definición Ampliada de Adherencia**

---

Cualquier acción que mejora, apoya o promueve la salud de una persona que vive con el VIH, respecto al tratamiento del VIH y al cuidado de la condición, incluidos el bienestar físico, mental y psicológico.

Slide IV-12

## Componentes de la Adherencia

- Tomar todos los antirretrovirales a tiempo, según prescritos
- Tomar los medicamentos para prevenir infecciones oportunistas
- Llevar un estilo de vida “saludable dentro de la condición del VIH”
- Asistir a las citas médicas con regularidad
- Llevar una dieta nutritiva
- Ejercitarse con regularidad
- Participar en un programa de tratamiento de drogas
- Controlar el uso de drogas o mantenerse sobrio
- Practicar seguridad en cuanto al sexo y al uso de drogas inyectables
- Tomar multivitaminas
- Dejar de fumar
- Conectarse con una red de apoyo

Slide IV-13

## ¿Por qué adoptar una visión más amplia de la adherencia?

- Una visión más amplia de la adherencia
  - Reconoce que la adherencia no se trata sólo de tomarse los medicamentos
  - Compromete activamente el paciente en el cuidado de la salud y el tratamiento
  - Valora la importancia sobre la salud de las intervenciones no médicas, incluidos el uso controlado de drogas, vivienda estable, apoyo social, reducción de daños y nutrición adecuada
  - Mejora la autoeficacia del paciente
  - Provee más oportunidades de ser exitoso

Slide IV-14

## **Presentación: ¿Por qué tenemos que enfocar la adherencia en los usuarios de drogas?**

**Propósito:** Establecer la necesidad de mejorar la adherencia, en un sentido amplio, para los usuarios de drogas infectados con el VIH

**Tiempo:** 10 minutos

### **Materiales:**

Diapositiva IV-15, “Apoyo a la adherencia = Promoción de la salud”

Diapositiva IV-16, “¿Por qué enfocar la adherencia del VIH en los usuarios de drogas?”

Diapositiva IV-17, “El apoyo a la adherencia del VIH si importa”

Diapositiva IV-18, “Recuerde que . . .”

Diapositiva IV-19, “¿Cuánto sabemos sobre la adherencia y los usuarios de drogas?”

Diapositiva IV-20, “Factores que conducen a una adherencia insuficiente a la terapia antirretroviral”

### **Notas para el adiestrador**

1. Presente las diapositivas IV-15 a IV-20. Enfatique que muchas veces se discrimina contra los usuarios de drogas y estos tienen:

- Menos accesibilidad a recibir cuidado y atención
- Menos accesibilidad a la terapia antirretroviral
- Una disminución más lenta de la morbilidad y la mortalidad

Parte de la razón por la cual los usuarios de drogas tienen menos accesibilidad a recibir cuidado y una respuesta menor es que los proveedores carecen de adiestramiento para atender esta población especial y una actitud negativa hacia los usuarios de drogas.

## **Apoyo a la adherencia = Promoción de la salud**

---

*“..ayudar al paciente que usa drogas a que se adhiera a un régimen médico complejo puede apoyar el aumento de la autoestima y la adopción de prácticas más saludables.”*

Eldin, 2001

Slide IV-15

## **¿Por qué enfocar la adherencia del VIH en los usuarios de drogas?**

---

- Los sistemas discriminan contra los usuarios de drogas
  - Menos accesibilidad al cuidado y atención
  - Menos accesibilidad a la terapia antirretroviral
  - Disminución más lenta de la morbilidad y la mortalidad
- Los proveedores muchas veces carecen de adiestramiento para atender esta población especial y tienen una actitud negativa hacia los usuarios de drogas

Slide IV-16

## **El apoyo a la adherencia del VIH si importa**

---

“Se ha demostrado que los UDI (usuarios de drogas intravenosas) tienen iguales resultados clínicos que los no UDI cuando se comprometen a un cuidado primario estable con un médico experimentado y a servicios de apoyo adecuados”.

Sherer, 1998

Slide IV-17

## **Recuerde...**

---

“Si la poca adherencia fuera una contraindicación a la terapia, la mayor parte de las condiciones médicas no se tratarían ”.

Eldin, 2001

Slide IV-18

2. Dígale a los participantes que con el apoyo adecuado los usuarios de drogas pueden lograr mejores resultados.

3. La diapositiva IV-19 provee estadísticas que demuestran que los usuarios de drogas reciben menos atención médica y tienen menos accesibilidad a las terapias antirretrovirales.

## ¿Qué sabemos sobre la adherencia y los usuarios de drogas?

- Vancouver, BC (Strathdee et al) n = 177
  - Sólo el 17% recibía terapia antirretroviral altamente activa (HAART)
  - El 40% recibía cualquier terapia antirretroviral (66% recibía doble terapia)
  - Los UDI que no recibían terapia probablemente tampoco recibían tratamiento para el uso de drogas
- Baltimore (Celentano et al) n=404
  - Sólo el 14% recibía terapia antirretroviral
  - El 49% no recibía terapia
  - El 14% recibía la terapia inadecuada
- SUDIS (Dawson-Rose) n=162
  - El 97% recibía cuidado para el VIH, pero sólo el 47% recibía HAART
  - La terapia antirretroviral estaba indicada en el 26%, pero ésta no recibía tratamiento

Sherer, 1998

Slide IV-19

4. La diapositiva IV-20 contiene una lista de algunos factores relacionados con la poca accesibilidad a la terapia antirretroviral y al cuidado general del VIH. Estos factores también pueden estar relacionados con la percepción de algunos proveedores médicos de que ciertas personas no pueden adherirse al tratamiento del VIH. Percátense de cuántos de los factores que afectan la accesibilidad a la terapia, también pueden complicar la adherencia. Recalque que no matricularse en un tratamiento de drogas y el uso activo de drogas inyectables encabezan la lista de los factores que reducen la accesibilidad a la terapia antirretroviral.

## **Factores que conducen a una adherencia insuficiente a la terapia antirretroviral**

---

- No estar en tratamiento de drogas
- Uso activo de drogas inyectables
- Falta de cuidado médico primario
- No tener seguro
- Médicos con poca experiencia del VIH
- Ser mujer
- Ser joven

Strathdee, 1998

Slide IV-20

## **Sesión 3: ¿Por qué la adherencia a la terapia antirretroviral es tan importante?**

### **Presentación: La importancia de la adherencia a los medicamentos antirretrovirales**

**Propósito:** Ilustrar por qué la adherencia a los medicamentos antirretrovirales es tan importante cuando la persona está lista para tomarlos

**Tiempo:** 20 minutos

#### **Materiales**

- Impreso educativo IV-6, “Tarjetas educativas ‘La adherencia ahora’” (del paquete “La Adherencia ahora”)
- Diapositiva IV-21, “¿Por qué la adherencia a los medicamentos antirretrovirales es tan importante?”
- Diapositiva IV-22, “Los problemas de una adherencia insuficiente”
- Diapositiva IV-23, “Las metas médicas de la adherencia”
- Diapositiva IV-24, “La adherencia a los medicamentos no es fácil”
- Diapositiva IV-25, “¿Cuánta adherencia es suficiente?”
- Diapositiva IV-26, “El fracaso del tratamiento”
- Diapositiva IV-27, “La adherencia y la resistencia a los medicamentos”
- Diapositiva IV-28, “¿Qué se sabe de la resistencia a los medicamentos del VIH?”
- Diapositiva IV-29, “Los riesgos de la transmisión”
- Diapositiva IV-30, “La relación entre el nivel de adherencia y el riesgo de resistencia”
- Diapositiva IV-31, “¿Cuáles son las implicaciones prácticas?”
- Diapositiva IV-32, “Tome el control de la falta de adherencia”

#### **Notas para el adiestrador**

1. Presente las Diapositivas IV-21 a la IV-23.

## **¿Por qué la adherencia a los medicamentos antirretrovirales es tan importante?**

---

- Los medicamentos no funcionan si no se toman
- Un tratamiento del VIH exitoso requiere una terapia consecuente y prolongada

Slide IV-21

## **Los problemas de una adherencia insuficiente**

---

- Niveles subterapéuticos de medicamentos
- Menos supresión viral
- Más resistencia a los medicamentos, lo que limita las opciones de tratamiento futuras
- Morbilidad y mortalidad altas

Slide IV-22

## Las metas médicas de la adherencia

- Suprimir al máximo la carga viral
- ↓ resistencia de los medicamentos
- ↑ duración de la eficacia del régimen
- Todas las anteriores que conducen a ...
  - ↓ el progreso del VIH
  - ↑ supervivencia

Slide IV-23

2. Enfatice que la adherencia no es una tarea fácil y que el estándar alto de adherencia de 95%, establecido en investigaciones, es extremadamente difícil de alcanzar por la mayoría de las personas. Si esta meta de la adherencia no se les expone a los pacientes infectados con el VIH de una manera sensible podrían fracasar en su intento. Es importante notar que, aunque las personas alcancen una adherencia de un 95%, el tratamiento puede fracasar (Diapositiva IV-24 a la IV-25). Es necesario educar a los pacientes sobre la importancia de la adherencia, pero también dejarles saber que el fracaso del tratamiento no significa el fracaso del paciente (Diapositiva IV-26). Además, los pacientes necesitan saber que hay muchos tipos de apoyo disponibles para ayudarles a alcanzar los retos de la adherencia. En breve hablaremos sobre el apoyo.

## La adherencia a los medicamentos no es fácil

- La tasa de la falta de adherencia a la terapia antirretroviral, generalmente, es de 50% a 70%
- Las tasas de adherencia de los usuarios de drogas son más bajas (datos no consecuentes)
- Aun cuando la adherencia sea >95%, está relacionada con el fracaso del tratamiento en el 20% de las veces

Golin, 2002; Samet, 1992; Broers, 1994; Gordillo, 1999; Arnsten., 2002; Chesney, 2000

Slide IV-24

## ¿Cuánta adherencia es suficiente? (Después de 3 meses)

<u>% de la dosis tomada correctamente</u>	<u>% de supresión viral</u>
>95%	81%
90% - 95%	64%
80% - 90%	50%
70% - 80%	25%
<70%	6%

Chesney, 2000

Slide IV-25

## El fracaso del tratamiento

- Se define como
  - Aumento en la carga viral
  - Disminución del recuento de células T CD4+
  - Progreso de la enfermedad del VIH
- El fracaso del tratamiento no significa el fracaso del paciente—puede suceder aun en pacientes que se adhieren a la terapia.
- Evalúe por qué fracasó la terapia y siga adelante. No se deje llevar por el fracaso; en su lugar haga un plan nuevo para atender las razones subyacentes.

Slide IV-26

2.3. Presente los conceptos de la resistencia a los medicamentos antirretrovirales, de la transmisión de cepas resistentes del VIH y la relación entre la adherencia y la resistencia a los medicamentos (diapositivas IV-27 a la IV-32). Fíjese que uno de los argumentos principales contra prescribir la terapia antirretroviral a usuarios de drogas es que no se adhieren a la terapia y que, como resultado, la infección del VIH se hace resistente a los medicamentos. Esto a su vez, conduce a que se transmita a otras persona un VIH resistente. Asegúrese de cubrir los siguientes puntos:

- Si una persona no se adhiere totalmente a la terapia (no se toma ninguno de los medicamentos), la probabilidad de resistencia es extremadamente baja, debido a que el virus no está expuesto a ninguna sustancia a la que pueda desarrollar resistencia.
- Por el contrario, si la adherencia a la terapia es bien alta (se toma casi el 100% de sus medicamentos correctamente), entonces el riesgo de resistencia es bastante bajo. Esto ocurre debido a que un régimen efectivo suprime la replicación viral a tal grado que se produce muy poco virus.
- El riesgo de resistencia mayormente ocurre cuando una persona se toma sus medicamentos para el VIH intermitentemente. Tomar los medicamentos intermitentemente le ofrece al virus la oportunidad perfecta para desarrollar resistencia, debido a que tiene la oportunidad de multiplicarse en presencia de los medicamentos.
- En resumen, si no hay medicamento en el cuerpo, no hay nada en el cuerpo sobre cual el virus pueda actuar para que se haga resistente. Por el contrario, si hay un nivel de medicamento consistentemente alto, el virus tiene muy poca oportunidad de crecer y mutar. Use la Diapositiva IV-30 para ilustrar estos puntos gráficamente. El mensaje que deben llevarse es, que si las personas comienzan a utilizar nuevamente drogas de recreación o sienten que por alguna razón no pueden adherirse al régimen, deben dejar de tomarse todos los medicamentos de una vez en lugar de dejarlos poco a poco. Note que pueden haber excepciones a esta regla, como cuando el medicamento tiene una vida

media prolongada, como el efavirenz. Si una persona con ese régimen suspende todos los medicamentos de una vez, habrá un periodo de días en que tendrá una cantidad significativa del medicamento con una vida media prolongada, pero no de otros medicamentos. Esto puede causar resistencia a medicamentos.

## **La adherencia y la resistencia a los medicamentos**

- La resistencia a medicamentos puede ocurrir cuando el VIH tiene una oportunidad de replicarse en presencia de medicamentos antirretrovirales.
- *Cualquier factor que contribuya a la presencia de niveles subterapéuticos de medicamentos antirretrovirales puede crear las condiciones para el desarrollo de resistencia a medicamentos.*

Slide IV-27

## **¿Que se sabe sobre la resistencia a los medicamentos del VIH?**

- Alrededor de 78% de las personas en tratamiento contra el VIH experimentan resistencia a, por lo menos, un medicamento antirretroviral.
- Alrededor del 50% de todas las personas que viven con el VIH (irrespective del tratamiento actual) tienen evidencia de resistencia a, por lo menos, un agente.

Richman, 41st ICAAC, 2001

Slide IV-28

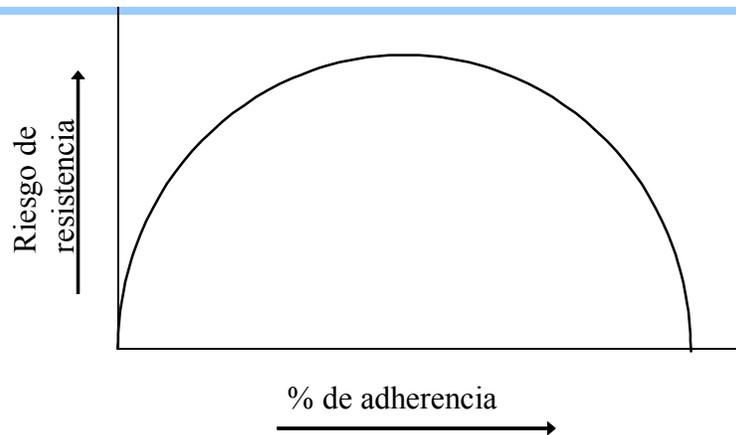
## Los riesgos de la transmisión

- Los investigadores inicialmente creían que la resistencia al VIH no se podía transmitir.
- Sin embargo, actualmente hay suficiente evidencia de que la resistencia al VIH se convierte en una infección nueva, al igual que mediante la superinfección.
- Entre 10% y 30% de las infecciones nuevas del VIH implican cepas resistentes a, por lo menos, un medicamento antirretroviral.

Horn, 2001

Slide IV-29

## La relación entre el nivel de adherencia y el riesgo de resistencia



Adaptado de Fig. 1: Williams & Fiedland, 1997

Slide IV-30

## ¿Cuáles son las implicaciones prácticas?

- Los usuarios de drogas enfrentan circunstancias de vida dinámicas que pueden hacer de la adherencia un reto en ciertos momentos.
- Los pacientes deben entender que cuando la adherencia se hace muy difícil de llevar, es *mejor suspender los medicamentos totalmente, que tomarlos intermitentemente*.

Slide IV-31

## Tome el control de la falta de adherencia

- Recuérdle a los pacientes, que aunque no puedan adherirse a la terapia, *pueden tomar una decisión a favor de la promoción de la salud* para minimizar la resistencia, suspendiendo todos los medicamentos de una vez.
- Algunas situaciones en que los pacientes podrían querer hacer esto, incluyen
  - Durante encarcelamiento (si no hay medicamentos disponibles)
  - Al regresar al uso de drogas, después de un periodo libre de drogas (conocido como, “recaída”)
  - Durante la pérdida súbita de vivienda, viajes o relocalización.

Slide IV-32

3-4. Pase alrededor del salón los paquetes de “La adherencia ahora” y demuéstrela a los participantes las tarjetas educativas dentro de los paquetes. Los participantes pueden utilizar este tipo de herramientas para ayudarles a educar pacientes sobre el beneficio que provee un alto grado de adherencia.

4.5. Finalmente, recuérdelo a los participantes que es fundamental tener en mente una perspectiva más amplia de la adherencia, según discutido anteriormente, cuando pensamos en la adherencia a los medicamentos antirretrovirales. Cada elemento del plan de tratamiento tendrá un efecto directo sobre la capacidad del paciente para adherirse a los medicamentos. Tomar los medicamentos contra el VIH es sólo parte del bienestar general. *Comenzar la terapia antirretroviral es, rara vez, una emergencia.* De hecho, podría ser más perjudicial que otra cosa prescribir medicamentos antirretrovirales cuando la persona no está lista para tomarlos.

**Impreso educativo IV-6: Tarjetas educativas ‘Adherencia Ahora’” del paquete “La Adherencia Ahora”.**

(El adiestrador repartirá lo siguientes)

Esta serie de tarjetas laminadas pueden ayudarles a ilustrar los beneficios de la adherencia a los pacientes. La parte de enfrente de cada tarjeta contiene una imagen gráfica que muestra los beneficios de la adherencia, mientras que al dorso aparecen los puntos importantes que el proveedor puede enfatizar. Copias adicionales de los materiales “La adherencia ahora” se pueden obtener libre de costo:

World Health CME  
41 Madison Ave  
New York, NY 10010-2202  
Tel: (800) 433-4584, ext. 1776  
e-mail: [erivera@whcom.com](mailto:erivera@whcom.com)

## Sesión 4: Las políticas de adherencia

### Actividad: ¿De acuerdo o en desacuerdo?

**Propósito:** Traer temas controvertibles y permitir que los participantes expresen su opinión sobre estos temas

**Tiempo:** 15 minutos

#### Materiales

- Marcadores de colores, rollo de papel y cinta adhesiva
- Diapositiva IV-33, “Las políticas de adherencia”
- Diapositiva IV-34, “¿De acuerdo o en desacuerdo?”
- Diapositiva IV-35, “¿De acuerdo o en desacuerdo? (continuación)”
- Diapositiva IV-36, “Funciones de los proveedores no médicos”
- Diapositiva IV-37, “¿De acuerdo o en desacuerdo? (continuación)”
- Diapositiva IV-38, “La abstinencia y la terapia antirretroviral”

#### Notas para el instructor

1. Al prepararse para la sesión, escriba tres rótulos que digan “De acuerdo”, “En desacuerdo”, y “Tanto de acuerdo como en desacuerdo”. Coloque los tres rótulos en tres partes distintas del salón.
2. Prepare hojas de papel de estraza con las siguientes oraciones:
  - “Los proveedores no médicos deben aconsejar a los usuarios de drogas infectados con el VIH sobre la terapia antirretroviral”.
  - “Las conversaciones sobre la adherencia al tratamiento del VIH pertenecen al ambiente de tratamiento de uso de drogas”.
  - “Una persona debe estar libre de drogas por \_\_\_ antes de comenzar la terapia antirretroviral”. Solicite que los participantes llenen el blanco con la cantidad de tiempo que estimen apropiada, como por ejemplo un mes, tres meses o seis meses.
3. Presente la actividad. Reconozca que algunos de los temas relacionados con la adherencia y el uso de drogas son controvertibles y que este ejercicio le ofrece a los participantes un foro para discutir sus opiniones. Puede usar la Diapositiva IV-33 para resumir los puntos principales.

## Las políticas de la adherencia

- ¿Cuáles son su opiniones de estos temas controvertibles sobre la adherencia?
- Decida si usted está
  - De acuerdo
  - En desacuerdo
  - Tanto en acuerdo como en desacuerdo
- Déjenos saber su opinión.



Slide IV-33

4. Dígame a los participantes que usted va a colocar en el salón una serie de afirmaciones. Cuando ellos lean cada afirmación, deberán colocarse en la parte del salón que describa su opinión – de acuerdo, en desacuerdo o tanto de acuerdo como en desacuerdo. Una vez los participantes se hayan movido a sus respectivas posiciones, facilite una discusión, pidiendo a las personas en cada posición que expliquen algunas de las razones por las cuales se colocaron ahí. Déjeles saber que la posición que escogieron no tiene que ser permanente, eso es, que pueden cambiar de opinión, y luego y colocarse en otra posición.
5. Las diapositiva IV-34 y IV-35 están diseñadas para que los participantes expresen sus opiniones sobre las funciones y calificaciones de los proveedores no médicos. La diapositiva IV-36 puede ser utilizada para facilitar la discusión de este tema.

## ¿De acuerdo o en desacuerdo?

---

“Los proveedores no médicos deben aconsejar a los usuarios de drogas infectados con el VIH sobre la terapia antirretroviral”.

Slide IV-34

## ¿De acuerdo o en desacuerdo? (continuación)

---

“Las conversaciones sobre la adherencia al tratamiento del VIH pertenecen al ambiente del uso de drogas”

Slide IV-35

## Funciones de los proveedores no médicos

- No existe respuesta correcta respecto a la función de los proveedores no médicos
- Es la responsabilidad de cada proveedor mejorar la salud del paciente. Esto incluye
  - Proveedores médicos
  - Trabajadores sociales
  - Proveedores de tratamiento de abuso de drogas
  - Manejadores de caso
  - Proveedores de salud mental
- El tipo de asistencia para la adherencia ofrecida dependerá de la relación individual del proveedor con el paciente y de cuán cómodo se sienta el proveedor .
- Todos somos intercesores de nuestros pacientes.

6. La diapositiva IV-37 trata sobre las prioridades en los lugares de tratamiento del uso de drogas. ¿Deberán los asuntos del VIH ser primordiales en la recuperación temprana o se debe enfocar mínimamente la preocupación del uso de drogas? Use la diapositiva IV-38 para facilitar su discusión.

### ¿De acuerdo o en desacuerdo? (continuación)

“Una persona debe estar libre del uso de drogas por *un mes* antes de poder comenzar la terapia antirretroviral”.

“Una persona debe estar libre del uso de drogas por *tres meses* antes de poder comenzar la terapia antirretroviral”.

“Una persona debe estar libre del uso de drogas por *seis meses* antes de poder comenzar la terapia antirretroviral”.

Slide IV-37

## La abstinencia y la terapia antirretroviral

---

- No hay respuesta correcta.
- Los estudios demuestran que el uso activo de drogas está relacionado con un grado menor de adherencia.
- ¿Qué influencia tienen la selección de medicamentos, la vivienda, la red de apoyo y otros?
- La decisión de comenzar la terapia antirretroviral depende de las circunstancias específicas de la persona.
- Tanto los proveedores como los pacientes deben tomar decisiones informadas sobre la terapia antirretroviral.

Golin, 2002; Stone, 2001

Slide IV-38

## Sesión 5: Una perspectiva amplia de la adherencia: Parte 2

Presentación: Evaluando la disposición para comenzar la terapia antirretroviral

**Propósito:** Enfatizar que, *muy raras veces, comenzar la terapia antirretroviral es una emergencia*, y que se deben considerar las necesidades específicas del paciente al evaluar su disposición para comenzar el tratamiento

**Tiempo:** 15 minutos

### Materiales

- Impreso Educativo IV-7, la Tabla 6 de las *Guías para el uso de agentes antirretrovirales en adultos y adolescentes infectados con el VIH*
- Diapositiva IV-39, “Disposición para el tratamiento”
- Diapositiva IV-40, “Guías para el tratamiento del VIH”
- Diapositiva IV-41, “Consideraciones al evaluar la disposición para el tratamiento”
- Diapositiva IV-42, “Disposición centrada en el paciente”

### Notas para el adiestrador

1. Distribuya el Impreso Educativo IV-7 y la Tabla 6 de las *Guías para el uso de agentes antirretrovirales en adultos y adolescentes infectados con el VIH*.
2. Presente las Diapositivas IV-39 a la IV-42 y repase el Impreso educativo.

## Disposición para el tratamiento



### Recuerde...

- El tratamiento del VIH con los antirretrovirales, rara vez, se considera una emergencia.
- Siempre hay tiempo para considerar la decisión de tratamiento antes de comenzar la terapia.

Slide IV-39

3. Muestre la diapositiva IV-40 y déjele saber al grupo que es un resumen del Impreso educativo IV-7. Enfatice que el tiempo óptimo para comenzar el tratamiento del VIH en personas asintomáticas no se ha establecido, pero que hay algunas guías generales. La diapositiva IV-41 indica que las guías de tratamiento son sólo uno de varios factores que se deben considerar al tomar la decisión de comenzar la terapia antirretroviral.

## Guías para el tratamiento del VIH

No se ha establecido el momento óptimo para iniciar la terapia en personas asintomáticas con un recuento de CD4 >200. Estas son algunas guías generales:

Sintomático (SIDA)	Tratar
Asintomático, CD4<200	Tratar
Asintomático, 200<CD4<350	Ofrezca tratamiento, pero es controvertible
Asintomático, CD4>350, CV>55,000	Algunos recomiendan tratar, otros recomiendan aplazar la terapia y ofrecer seguimiento continuo
Asintomático, CD4>350, CV<55,000	La mayoría de los expertos recomiendan aplazar la terapia y ofrecer seguimiento continuo del recuento del CD4

CDC, MMWR 2002 Slide IV-40

4. Recuérdele a los participantes que rara vez se considera una emergencia el inicio de la terapia antirretroviral.
5. El adiestrador también debería resaltar que evaluar la posibilidad de adherencia (Diapositiva IV-41) es un asunto controvertible. Los investigadores han desarrollado una variedad de métodos distintos para predecir la adherencia al régimen. Los proveedores también han desarrollado distintas estrategias para ayudar a las personas – incluso a usuarios de drogas infectados con el VIH – a adherirse al tratamiento del VIH. Atenderemos estos temas más adelante.

## Consideraciones al evaluar la disposición para el tratamiento

---

- Grado de inmunodeficiencia (recuento de CD4, carga viral, síntomas de SIDA)
- Actitud y creencias del cliente sobre el tratamiento (disposición, capacidad y espontaneidad para comenzar la terapia)
- Retos de los estilos de vida y el apoyo
- Riesgo de progreso de la enfermedad (por ejemplo, comorbilidades)
- Preocupaciones sobre la salud mental
- Riesgos y beneficios potenciales de iniciar la terapia
- Posibilidad de adherencia

Slide IV-41

6. La Diapositiva IV-42 recalca la importancia de la evaluación de la disposición para el tratamiento centrada en el paciente.

## **Disposición centrada en el paciente**

---

*“El paciente debe tomar la decisión final con relación a aceptar el tratamiento, después de discutir con el proveedor de cuidado de la salud los asuntos pertinentes a su situación clínica”.*

CDC, MMWR 2002

Slide IV-42

**Impreso educativo IV-7: Tabla 6 de las *Guías para el uso de agentes antirretrovirales en adultos y adolescentes infectados con el VIH*. Este documento se puede acceder en línea del sitio en la internet [http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/default\\_db2.asp?id=50](http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/default_db2.asp?id=50))**

(El adiestrador entregará la versión actualizada de estas guías.)

## Actividad: Los factores que afectan la adherencia

**Propósito:** Ayudar a los participantes a identificar qué factores facilitan o impiden la adherencia del paciente

**Tiempo:** 45 minutos

### Materiales

- Libretitas con hojas adhesivas (al menos 5 hojitas por participante)
- Tres o cuatro rotafolios y marcadores de colores
- Impreso educativo IV-8, “Los factores que influyen sobre la adherencia”
- Impreso educativo IV-9, “Hojas de papel para las notas de los participantes”
- Diapositiva IV-43, “Los factores que afectan la adherencia”
- Diapositiva IV-44, “Los factores que afectan la adherencia (continuación)”
- Diapositiva IV-45, “El rompecabezas de la adherencia”
- Diapositiva IV-46, “Asuntos de adherencia a considerar para los usuarios de drogas”
- Diapositiva IV-47, “La adherencia a los medicamentos y la droga de preferencia”

### Notas para el adiestrador

1. Presentar el ejercicio. Utilice la Diapositiva IV-43 para ayudarle a resumir.

## Los factores que afectan la adherencia



- Tome en cuenta algunos asuntos especiales de la adherencia que pueden enfrentar los usuarios de drogas infectados con el VIH.
- Presente de 3 a 5 temas distintos y escriba cada uno en una hojita de papel con adhesivo.

Slide IV-43

2. Asegúrese de discutir los siguientes puntos en su presentación:
  - La terapia antirretroviral es valiosa pero presenta un reto en el plan de tratamiento del paciente. Sólo se debe comenzar cuando el paciente esté listo para la terapia.
  - Los medicamentos no son la única parte importante del plan de tratamiento del paciente. (Refiérase a la definición amplia de adherencia desarrollada por el grupo.)
3. Este ejercicio estimula a los participantes a pensar sobre los factores que pueden facilitar o impedir la adherencia y otras conductas que promueven la salud. Tome otra hoja de papel del rotafolio y escriba en la parte superior “Los factores que influyen sobre la adherencia”.
4. Reparta libretitas con hojas adhesivas a los participantes. Traiga el tema de los retos de la adherencia, y pida a los participantes que escriban en las hojas adhesivas cualquier cosa que entiendan que facilita o impide la adherencia. Indíqueles que se limiten a de tres a cinco barreras o facilitadores específicos. Cada idea se debe escribir en un papel adhesivo individual.
5. Pídales que hagan anotaciones sobre el ejercicio en la hoja de papel de trabajo del Impreso educativo IV-9.
6. Pida a los participantes que coloquen en el rotafolio los papelitos adhesivos. Los temas que regularmente se presentan están relacionados con: vivienda, empleo, ingreso económico, seguro médico, apoyo familiar y social, uso de drogas, encarcelamiento, etapa de la enfermedad, aislamiento, violencia doméstica, efectos secundarios, número de pastillas en el régimen, barreras culturales, preocupaciones sobre confidencialidad, enfermedad mental, relación con el proveedor y desconfianza en los medicamentos y las instituciones médicas. Una vez los participantes hayan colocado las notas en el rotafolio, reflexione sobre los temas y resuma las respuestas, señalando los temas comunes.
7. Durante el resumen, agrupe las respuestas por categorías. Utilice un rotafolio para cada categoría y rotule las categorías en la parte superior de la hoja de papel del rotafolio según están identificadas. Regularmente, las respuestas caen en las siguientes tres categorías amplias (véase Impreso educativo IV-8 y la Diapositiva IV-44 para ejemplos):
  - Factores de los pacientes (incluidos factores ambientales y de conducta)
  - Factores de los proveedores y del cuidado clínico
  - Factores del régimen

## Los factores que afectan la adherencia (continuación)

- **Factores de los pacientes:** apoyo social y aislamiento, conocimiento, creencias y actitudes, autoconfianza en la capacidad para adherirse al tratamiento, uso de drogas y estado de salud mental
- **Factores del cuidado clínico/del proveedor:** acceso al cuidado, cuidado interdisciplinario, prejuicios del proveedor, comunicación y confianza
- **Factores del régimen :** complejidad del régimen, itinerario de dosificación, efectos secundarios, tamaño de la pastilla, restricciones de agua y alimentos e interacciones de medicamentos

Slide IV-44

8. Coloque los papeles en un lugar prominente del salón, con estas categorías escritas en ellos, de manera que los participantes puedan verlos durante el tiempo dedicado a este módulo. Tendrá que referirse a ellos más tarde en la Sesión 8, “¿Qué podemos hacer para mejorar la adherencia total?”
9. Además, presente los siguientes datos, utilizando la diapositiva IV-45 como referencia:
  - Las investigaciones han demostrado que las características demográficas, como la raza, el género, la edad y la condición socioeconómica, generalmente *no* predicen la adherencia del paciente (Stone, 2001; CDC, 2002).
  - La mayoría de las características relacionadas con una adherencia subóptima pueden ser modificadas. Discutiremos este tema en detalle cuando repasemos distintas intervenciones que apoyan la adherencia.
  - *El uso activo de drogas* ha estado vinculado con un nivel subóptimo de adherencia (Stone, 2001; Ferrando, 2001). Sin embargo, esto no significa que los usuarios de drogas no pueden adherirse al tratamiento del VIH. Por el contrario, es indicativo de que los usuarios de drogas necesitan apoyo e intervenciones específicamente adaptadas a sus necesidades.
  - Una historia de uso de drogas o de alcohol, encontrarse en una etapa de recuperación temprana o participar en un tratamiento para el uso de drogas no son elementos que están directamente vinculados con la falta de adherencia al VIH. (Stone, 2001).

## El rompecabezas de la adherencia

El uso activo de drogas está vinculado con la falta de adherencia, *pero...*

- Una historia de uso de drogas o alcohol, estar en una etapa de recuperación temprana o estar matriculado en un tratamiento de drogas no se puede vincular directamente con la adherencia.

La depresión, la falta de hogar, un estilo de vida caótico y la falta de apoyo médico y personal también están vinculados a la falta de adherencia, *pero...*

- Las características demográficas, como la raza, el género, la edad y la condición socioeconómica, generalmente, *no* predicen la adherencia.

Stone, 2001

Slide IV-45

10. También recalque que los factores que influyen sobre la adherencia varían de persona a persona (Diapositiva IV-46). Eso es, distintas personas tienen distintos factores que facilitan y barreras. Un factor importante que influye sobre la adherencia es la droga o las drogas seleccionadas. La Diapositiva IV-47 muestra algunas de las maneras en que la droga seleccionada puede afectar la adherencia. En esta discusión, se puede hacer referencia a un estudio (Arnsten, 2002) en el cual el uso activo de cocaína estuvo relacionado con una reducción de un 41% de la adherencia promedio y pudo predecir con certeza el fracaso de poder mantener un nivel de supresión viral continuo. En este estudio, los usuarios activos de heroína se adherían menos al tratamiento que los que no usaban drogas, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa.

## **Asuntos de adherencia a considerar para los usuarios de drogas**

---

- Relación con el aspecto médico
  - Acceso al cuidado
  - Acceso a la terapia antirretroviral
  - Discrimen
- Interacción de medicamentos
- Efectos secundarios y dolor
- Variaciones en la selección de medicamentos
- Itinerario de dosificación

Slide IV-46

## **La adherencia a los medicamentos y la droga de preferencia**

---

- Heroína
  - Su uso tiene un régimen mayor
  - La adherencia es más de fácil manejar
- Cocaína/Crack
  - El uso es más esporádico
  - Los cambios anímicos son más intensos y pueden interferir con la adherencia
- Alcohol
  - Un efecto más negativo sobre la adherencia debido a los episodios de inconciencia y pérdida de memoria

Slide IV-47

**Impreso educativo IV-8: Los factores que influyen sobre la adherencia**

<b>Factores del paciente</b>	<b>Factores del cuidado clínico y del proveedor</b>	<b>Factores del régimen</b>
Apoyo social versus el aislamiento (familiares, amigos y pares)	Disponibilidad de servicios y acceso a cuidado y servicios	Efectos secundarios
Conocimiento, creencias y actitudes relacionadas con la terapia	Cuidado interdisciplinario (alcance comunitario, educación, salud mental, manejo de caso, etc.)	Interacción de medicamentos
Cultura y estigmas	Prejuicios o discrimen del proveedor	Complejidad del régimen
Salud mental	Comunicación entre el proveedor y el paciente	Restricciones alimentarias
Uso de drogas y la droga de preferencia	Relación entre el proveedor y el paciente (seguridad y confianza)	Itinerario de dosis y claves
Vivienda		

## **Sesión 6: Aspectos médicos específicos para los usuarios de drogas infectados con el VIH**

### **Presentación: Aspectos médicos**

**Propósito:** Conocer las complicaciones médicas pertinentes cuando se tratan usuarios de drogas infectados con el VIH

**Tiempo:** 30 minutos

### **Materiales**

- Impreso educativo IV-10, “Interacciones entre los medicamentos para el VIH y la metadona”
- Impreso educativo IV-11, “Interacciones entre medicamentos antirretrovirales y drogas de recreación”
- Impreso educativo IV-12, “Drogas comúnmente usadas y las posibles interacciones con los medicamentos para el VIH”
- Diapositiva IV-48, “Aspectos médicos: el VIH y el uso de drogas”
- Diapositiva IV-49, “Interacciones de medicamentos: ¿Cuánto sabemos?”
- Diapositiva IV-50, “¿Cómo las interacciones de medicamentos afectan la adherencia a la terapia de medicamentos?”
- Diapositiva IV-51, “Interacciones de la metadona con los PI”
- Diapositiva IV-52, “Interacciones de la metadona con los NNRTI”
- Diapositiva IV-53, “Interacciones de la metadona con los NRTI”
- Diapositiva IV-54, “Interacciones de las drogas de recreación con la terapia antirretroviral”
- Diapositiva IV-55, “Interacciones de las drogas de recreación con la terapia antirretroviral (continuación)”
- Diapositiva IV-56, “Comorbilidad”
- Diapositiva IV-57, “La infección de la Hepatitis C (VHC)”
- Diapositiva IV-58, “El VHC y el VIH”
- Diapositiva IV-59, “Aspectos del tratamiento del VHC”
- Diapositiva IV-60, “Aspectos del tratamiento del VHC (continuación)”
- Diapositiva IV-61, “Tuberculosis (TB)”
- Diapositiva IV-62, “La TB y el VIH”
- Diapositiva IV-63, “LA TB y las interacciones de medicamentos del VIH”
- Diapositiva IV-64, “El VIH y la enfermedad mental”
- Diapositiva IV-65, “Otras complicaciones del uso de drogas”
- Diapositiva IV-66, “Otras complicaciones del uso de drogas (continuación)”
- Diapositiva IV-67, “Prioridades y motivaciones”

## Notas para el adiestrador

1. Presente el tema, recalcando que los usuarios de drogas infectados con el VIH pueden sufrir complicaciones médicas específicas para el tipo de droga que utilizan. Como hemos podido ver, hay muchos factores que considerar cuando se evalúa la disposición del paciente para la terapia antirretroviral. El uso de drogas no necesariamente excluye al paciente de recibir, o de adherirse, a la terapia antirretroviral, especialmente si ha desarrollado una relación adecuada con un proveedor y está preparado para enfrentar el reto.
2. Reconozca que otras prioridades de salud que compiten pueden complicar la accesibilidad a la terapia antirretroviral y la adherencia si la persona se siente enferma o si tiene otras condiciones de salud que requieren tratamiento urgente. Algunos ejemplos de estas condiciones se presentan a continuación:
  - La coinfección con la Hepatitis C (VHC) es común entre los usuarios de drogas inyectables infectados con el VIH. En esta población, la infección del VIH ha estado vinculada a un progreso más agresivo de la infección del VHC (Lauer, 2001; Soto, 1997; Bruno, 2002; Landau, 2001; Nasti, 2001).
  - La enfermedad mental también puede crear barreras significativas para la adherencia, si la condición mental de la persona interfiere con la memoria o la motivación. Por ejemplo, la depresión, que es la condición mental más común entre los usuarios de drogas, puede afectar la memoria y la motivación (Stone, 2001; Sherer, 1998; Elliot, 1997).
3. Presente el material en las Diapositivas IV-48 a la IV-67, y refiera a los participantes a los Impresos educativos IV-10 al IV-12 como buenas fuentes de información adicionales adecuadas.

### **Aspectos médicos relacionados con el VIH y el uso de drogas**

- Interacciones de las drogas
- Comorbilidades
- Relaciones complejas con los proveedores médicos

4. En general, las investigaciones han demostrado que los usuarios de drogas activos se adhieren menos a la terapia que los que han abandonado el uso o los que no consumen drogas. Consecuentemente, puede ser prudente aplazar la terapia antirretroviral [ IV-59 se establezca el uso de drogas y la condición psicológica. Sin embargo, esto no significa que la persona tiene que abandonar el uso antes de comenzar la terapia antirretroviral. Si una persona utiliza drogas y desea comenzar a utilizar la terapia antirretroviral, estabilizar su situación puede ser útil para promover la adherencia. La situación de la persona debe ser evaluada individualmente. La flexibilidad es esencial cuando se diseña el plan de tratamiento para alcanzar las necesidades de un usuario de drogas activo.
5. Comience la discusión de las interacciones, refiriéndose a la información pertinente en los Impresos educativos IV-10 al IV-12 y las Diapositivas IV-49 a la IV-55. Es importante recalcar que hay muchas drogas que no se han estudiado aún y que también muchos de los estudios han sido realizados en un número pequeño de pacientes, lo que hace más difícil que se pueda generalizar.
  - Explique cómo las interacciones de las drogas pueden afectar la adherencia, y hable sobre el mecanismo básico de las interacciones. Enfóquese en algunas interacciones comunes y luego refiera a los participantes a los Impresos educativos para más información.
  - Recalque que la administración conjunta de la metadona con los inhibidores de proteasa (PI) y los inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (NNRTI) muchas veces disminuyen los niveles de metadona.
  - También es importante destacar que la administración conjunta de la metadona con los nucleósidos inhibidores de la transcriptasa inversa (NRTI), generalmente, no afecta los niveles de metadona, aunque los efectos de muchos NRTI no han sido determinados aún. La metadona también puede afectar los niveles de algunos NRTI, pero en la práctica clínica el único cambio de dosificación requerido es con la didanosina. (Si los participantes preguntan sobre el aumento en la depuración de la metadona causada por el abacavir, indíqueles que en la práctica clínica no se ha demostrado que sea necesario hacer cambios en la dosis de la metadona.)

### Interacción de drogas/medicamentos: ¿Cuánto sabemos?

- La mayoría de las interacciones ocurren en el hígado
- La mayoría de las interacciones ocurren por los siguientes factores:

Aumenta el  
metabolismo de la  
droga/medicamento



El medicamento/droga  
se elimina más rápido  
del cuerpo

Disminuye el  
metabolismo de la  
droga/medicamento



Los niveles de la  
droga/medicamento se  
acumulan en la sangre

Slide IV-49

### ¿Cómo las interacciones de drogas/medicamentos afectan la adherencia a la terapia?

- La preocupación sobre los niveles de metadona conducen a una adherencia menor
- Si los niveles de los medicamentos son muy bajos, es igual que no adherirse a la terapia
- Si el paciente no le informa a su proveedor que utiliza drogas, puede ser difícil determinar por qué los tratamientos fracasan en un paciente que de otra forma se adhiere a la terapia.

Slide IV-50

## Interacciones de la metadona con los PI

Inhibidor de Proteasa	Efecto sobre la metadona
Indinavir	Ningún cambio
Ritonavir	? 37%
Saquinavir	No hay datos
Nelfinavir	? nivel
Amprenavir	? 35%
Lopinavir/Ritonavir	? 36%-53%

Slide IV-50

## Interacciones de metadona con los NNRTI

NNRTI	Efecto sobre la metadona
Nevirapina	↓ en un 46%
Efavirenz	↓ en un 48-52%
Delavirdina	No hay datos (se espera ↑ o ningún cambio)

Altice, 1999; Staszewski, 1998; Gourevitch, 2000; Antoniou, 2002; Clarke, 2001

Slide IV-52

## Interacciones de metadona con los NRTI

NRTI	Efecto sobre el NRTI
Zidovudina	↑ 40%
Estavudina	↓ 18-27%
Didanosina	↓ 41-60% *
Tenovovir	No hay datos
Lamuidina	No hay datos
Abacavir	↓
Zalcitabina	No hay datos

Rainey, 2000; Gourevitch, 2000; Antoniou, 2002; McCance-Katz, 1998

Slide IV-53

## Interacciones de las drogas de recreación con los antirretrovirales

- Las interacciones son complejas, inconsecuentes y difíciles de predecir.
- Las interacciones pueden variar dependiendo de la pureza de la droga, el modo de ingestión y el nivel de función inicial del hígado y el riñón.
- Las interacciones con los medicamentos para el VIH pueden ser extremadamente peligrosas o mortales.
- “Presten atención, amantes de la aventura, no hay mapa para estos viajes”. (Horn, 1998)

Slide IV-54

## Interacciones de las drogas de recreación con los antirretrovirales (continuación)

Droga	Efecto
Anfetaminas	puede ↑ el nivel de 2 a 3 veces con el ritonavir
Cocaína	↑ en la replicación del VIH, ↓ función del sistema inmune
Ecstasy (MDMA)	Sobredosis o muerte con el ritonavir
GHB (liquid X)	↑ niveles con el ritonavir o el saquinavir
Heroína	niveles pueden ↓ en un 50% o ↑ con el ritonavir

Slide IV-55

Antoniou, 2002; Henry, 1998; Harrington, 1999

6. Es muy poco lo que se conoce sobre las interacciones de los medicamentos del VIH y las drogas de recreación. Sin embargo, la mayor parte de las interacciones se han informado con el ritonavir.
7. El punto más importante para enfatizar sobre las interacciones es que se conoce muy poco. Una de las razones es que es muy difícil llevar a cabo estudios clínicos controlados con drogas de recreación, así que sólo se puede llegar a una conjetura tomando en cuenta lo que se conoce de las pocas investigaciones que existen, los expedientes médicos e información anecdótica. Es importante saber que alguna de la información sobre interacciones es conflictiva. Afortunadamente, se conoce mucho más sobre las drogas usadas legalmente, como la metadona y el alcohol. El mensaje que debe recordar es que la información sobre interacciones no siempre está clara. Además, las interacciones pueden variar, tomando en cuenta factores, como el metabolismo de la persona, el modo de inyectarse y la pureza de la droga.
8. Presente el tema de la comorbilidad, haciendo referencia a la información en las diapositivas IV-56 a la IV-64. Explique cómo las comorbilidades, como la tuberculosis (TB) y las hepatitis B y C, son bastantes comunes entre los usuarios de drogas y deben tenerse en cuenta en el plan de tratamiento. Estos son otros puntos que debe presentar:
  - La infección del VHC es muy común entre los usuarios de drogas – mucho más común que el VIH.
  - Enfatice los retos del tratamiento actual del VHC. Por ejemplo, algunos medicamentos para el VHC se administran por inyección, que puede ser problemático para algunos usuarios de drogas. Además, la tasa de éxito del tratamiento para el VHC es de baja a moderada, y los efectos secundarios son difíciles de tolerar.

- Enfatice que el medicamento rifampín para la TB tiene interacciones significativas con los PI y los NNRTI, al punto que está contraindicado con casi todos estos medicamentos antirretrovirales. El rifampín reduce dramáticamente los niveles de la metadona. El rifabutín es el tratamiento preferido para el tratamiento de la TB, debido a que tiene menos interacciones con los PI y los NNRTI y no causa cambios en los niveles de metadona.

## Comorbilidades

- Hepatitis B
- Hepatitis C (VHC)
- Tuberculosis (TB)
- Enfermedad mental

Slide IV-56

## La infección del VHC

---

### Epidemiología

- 5 veces más dispersa que el VIH
- Causa principal de enfermedad hepática en los E.U.
- Hasta el 88% de los usuarios de drogas inyectables están coinfectados con el VHC

Lauer, NEJM 2001

Slide IV-57

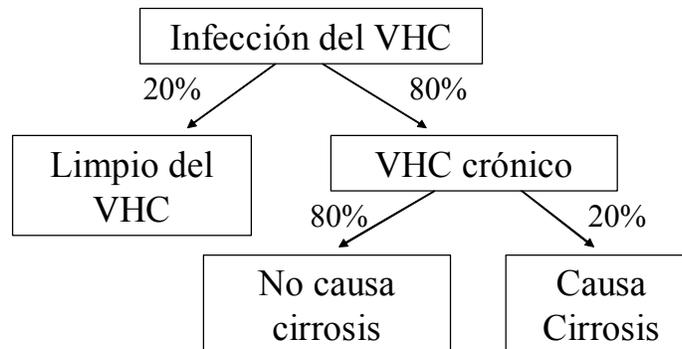
## El VHC y el VIH

---

- Efecto del VIH sobre el VHC
  - Acelera la hepatitis C
  - Produce cirrosis más rápidamente
  - No hay diferencia en la respuesta al tratamiento del VHC
- Efecto del VHC sobre el VIH
  - Datos conflictivos sobre el progreso del VIH
  - La enfermedad hepática puede complicar la terapia antirretroviral

Slide IV-58

## Aspectos del tratamiento del VHC



No hay manera de predecir quién desarrollará cirrosis

No hay manera de predecir quién se beneficiará más del tratamiento

Slide IV-59

Lauer, NEJM 2001

## Aspectos del tratamiento del VHC (continuación)

- Inyecciones semanales de peginterferón por 6 a 12 meses
- Tasa de curación un total de aproximadamente 56%
- Efectos secundarios severos—síntomas tipo influenza, depresión, irritabilidad, inestabilidad emocional, anemia severa
- Hasta 1/3 de los pacientes suspenden el tratamiento debido a intolerancia

Fried, 2002

Slide IV-60

# Tuberculosis (TB)

## Epidemiología

- La TB es más común entre los usuarios de drogas inyectables que el VIH.
- Hasta el 23% de los usuarios de drogas inyectables han estado expuestos a la TB (PPD+).
- La coinfección con la TB y el VIH es mayor entre los usuarios de drogas inyectables y los grupos minoritarios.
- La infección del VIH es el factor de riesgo mayor para que la exposición de la infección de la TB se desarrolle de una enfermedad activa.

CDC, 2002; Selwyn, 1989

Slide IV-61

## La TB y el VIH

- El efecto de la TB sobre el VIH
  - ↑ replicación del VIH
  - Acelera el progreso del VIH
  - ↑ el riesgo de infecciones oportunistas y de muerte
- Efecto del VIH sobre la TB
  - La presentación clínica de la TB puede ser distinta
  - La respuesta temprana a la terapia de la TB no varía
  - Se desconocen las tasas de recaídas de la TB

CDC, 2002; Whalen, 1995

Slide IV-62

## La TB y las interacciones de los medicamentos para el VIH

Numerosas interacciones complejas entre los medicamentos antirretrovirales y los usados para la TB

- Rifampín
  - *Nos se puede utilizar en la mayoría de los pacientes que utilizan los NNRTI y los PI*
  - ↓ niveles de los NNRTI y los PI, haciéndolos inefectivos
  - ↓ niveles de metadona
- Rifabutín
  - Uso más favorable con los medicamentos para el VIH
  - Requiere modificación de dosis con muchos NNRTI y PI
  - Ningún efecto sobre los niveles de metadona

Slide IV-63

9. Enfaticé la prevalencia de enfermedad mental, y discuta brevemente las implicaciones para la terapia. Aunque este módulo no considera este tema en detalle, es esencial mencionar la importancia de evaluar la posibilidad de una enfermedad mental y de referir al paciente y ofrecer tratamiento cuando sea necesario. (Diapositiva IV-64).

## El VIH y la enfermedad mental

- De un 50% a un 80% de las personas infectadas con el VIH están afectadas mentalmente.
- El diagnóstico triple de VIH, uso de drogas y enfermedad mental es común.
  - Hasta un 80% de los pacientes infectados con el VIH que reciben terapia de mantenimiento con metadona requieren consultas psiquiátricas debido a enfermedades mentales.
- Una depresión no tratada puede impedir la adherencia a los medicamentos y hacer del VIH una infección más incapacitante.

Sherer, 1998; Elliot, 1997, Ferrando, 2001

Slide IV-64

10. Presente las otras complicaciones del uso de drogas, refiriéndose a la información en las Diapositivas IV-65 a la IV-66.
- Discuta algunas maneras específicas en las que el uso de drogas puede afectar el sistema inmune. Enfatique, sin embargo, que la información sobre este tema es muy limitada. Por ejemplo, que la información sobre la cocaína proviene de estudios en ratones.
  - Discuta las maneras en las que el uso de drogas puede aumentar los factores de riesgo para las complicaciones médicas en general.
  - Hable sobre cómo se correlacionan el ambiente y la conducta con el uso de drogas. Estos pueden ser inmunosupresores en sí y contribuir a otros resultados negativos sobre la salud.

## Otras complicaciones del uso de drogas

- Drogas inyectables
  - ↑ el riesgo de infecciones bacterianas (endocarditis, abscesos, pulmonía)
- Cocaína
  - ↑ la replicación del VIH
  - ↓ células T CD4+
- Alcohol
  - ↑ el riesgo de infecciones bacterianas (pulmonía)

Slide IV-65

## Otras complicaciones del uso de drogas (continuación)

En general, el uso de drogas está relacionado con

- Vivienda inestable
- Enfermedad mental
- Menor acceso a recibir cuidado primario para el VIH
- Menor acceso para la terapia antirretroviral
- Retraso en el inicio de la terapia antirretroviral

Todos estos factores afectan la salud y la adherencia.

Shapiro, 1999; Stein, 1997

Slide IV-66

11. La implicación más importante de los asuntos médicos discutidos en esta sesión puede resumirse como sigue: *los proveedores deben prestar más atención para que los medicamentos y los regímenes de tratamiento se ajusten a la situación y necesidades específicas de cada paciente.*
12. Los proveedores también deben estar al tanto de la disposición del paciente para comenzar, continuar o resumir la terapia antirretroviral, a la luz de sus otras prioridades personales y de salud. Por ejemplo, un paciente que está considerando obtener una vivienda segura, resolver una enfermedad aguda y reconectarse con su médico de la hepatitis C como sus tres prioridades principales, puede que no esté listo para comenzar la terapia antirretroviral. Después que haya atendido alguna de estas prioridades, el paciente podrá sentirse más preparado para comenzar la terapia antirretroviral. Similarmente, la educación y el apoyo, con frecuencia, pueden ayudar a los pacientes que aún no están considerando la terapia antirretroviral, o que sólo comienzan a contemplarla, a moverse hacia el próximo nivel de disposición. El modelo de los Estados de Cambio sirve de guía para hablar con los pacientes sobre su grado de disposición y los pasos que pueden tomar, a pesar de que no estén listos para comenzar la terapia antirretroviral ahora. Respecto a esto, cada paso hacia la disposición de tratamiento es visto como un cambio de conducta saludable. Los pacientes no están dispuestos al “fracaso” si aún no están listos o en la disposición para adherirse a la terapia. Por el contrario, se les brindan más oportunidades para el “éxito” en sus esfuerzos de promoción de la salud (Diapositiva IV-67).

## Prioridades y motivaciones

---

Las metas de la adherencia no se pueden considerar fuera del espectro de las necesidades de servicios psicosociales y médicos.

- Planificación de servicio, metas a corto y largo plazo, necesidades del paciente y recursos
- Espectro de las oportunidades de promoción de salud
- Aplicación de las Etapas de Cambio

Slide IV-67

## Impreso educativo IV-10: Interacciones entre los medicamentos para el VIH y la metadona

Medicamento para el VIH	Efecto sobre la metadona	Efecto sobre los medicamentos para el VIH	Efecto clínico
<b>PI</b>			
Indinavir Ritonavir	Ningún cambio ↓niveles en un 37%		Vigilar y titular la dosis de metadona, de ser necesario, puede requerir aumentar la dosis de metadona
Saquinavir <sup>§</sup> Nelfinavir	- ↓ niveles		Efecto mínimo sobre la dosis de mantenimiento, vigilar y titular la dosis, de ser necesario, puede requerir aumento en la dosis de metadona
Amprenavir	↓ en un 35%		Vigilar y titular la dosis de ser necesario; puede requerir aumento en la dosis de metadona
Lopinavir	↓ ABC en un 36%, nivel en un 53%		Vigilar y titular la dosis de ser necesario; puede requerir aumentar la dosis de metadona.
<b>NNRTI</b>			
Nevirapina	↓ en un 46%	Ningún cambio	Ocurren síntomas de retirada si no se ajusta la dosis; titular la dosis de metadona hasta lograr efecto; Puede requerir aumento en la dosis de metadona
Efavirenz	↓ en 48-52%		Titular la dosis de metadona hasta lograr efecto; puede requerir aumento en la dosis de metadona
Delavirdina	No se ha estudiado		
<b>NRTI</b>			
Zidovudina	Ningún cambio	↑ ABC en un 40%	No está claro; la metadona puede aumentar la toxicidad relacionada con la zidovudina
Estavudina	Ningún cambio	↓ ABC en un 18%, nivel en un 27%	No requiere ajuste en la dosis
Didanosina	Ningún cambio	↓ ABC en un 41%, nivel en un 60%	Considerar aumento en la dosis de la didanosina
Tenofovir Lamivudina Abacavir Zalcitabina	No estudiado Ningún cambio ↑ aclaramiento No estudiado	↓ concentración máxima	
<b>Otros medicamentos utilizados algunas veces por personas infectadas con el VIH</b>			
Rifampín	↓ niveles marcadamente		Titular la dosis de metadona hasta lograr efecto; puede requerir aumento en la dosis de metadona
Rifabutín Fluconazol	Ningún cambio ↑ nivel en un 30%		Significado clínico desconocido
Fenitoína	↓ niveles marcadamente		Titular la dosis de metadona hasta lograr efecto; puede requerir aumento en la dosis de metadona
Fenobarbital	↓ niveles marcadamente		Titular la dosis de metadona hasta lograr efecto; puede requerir aumento en la dosis de metadona
Carbamazepina	↓ niveles		Titular la dosis de metadona hasta lograr efecto; puede requerir aumento en la dosis de metadona

<sup>§</sup>Se han realizado estudios de interacciones con la formulación de Invirase del saquinavir, por lo tanto, las observaciones y recomendaciones puede que no apliquen a la formulación de Fortovase de saquinavir.

ABC = Área bajo la curva

Adaptado de las fuentes siguientes:

Centers for Disease Control and Prevention, 2002

Gourevitch, M.N., Friedland, G.H., 2000

## Impreso educativo IV-11: Interacciones entre medicamentos antirretrovirales y drogas de recreación

<b>Droga</b>	<b>Efecto</b>	<b>Comentario</b>
Alcohol	↑ nivel del abacavir	Significado desconocido
Anfetaminas	Ritonavir puede ↑ de dos a tres veces el nivel de amfetamina	Evitar combinar con el ritonavir; como alternativa, use una cuarta parte o la mitad de la cantidad de la amfetamina
Cocaína	Posible ↑ en la replicación del VIH y ↓ en el sistema inmune <sup>1,2,3,4</sup>	Estudios sólo en tubos de ensayo y ratones
Ecstasy (MDMA)	Sobredosis y muerte con el ritonavir <sup>12</sup> Posible ↑ en los niveles con otros PI y NNRTI	Evite combinar con el ritonavir; como alternativa, use una cuarta parte o la mitad de la cantidad del MDMA y vigile síntomas de toxicidad
GHB (liquid X)	↑ niveles y toxicidad con ritonavir/saquinavir <sup>5</sup> , posible ↑ con la delavirdina	Use con cuidado con los PI, al igual que con la delavirdina y el efavirenz
Heroína	Ritonavir puede ↓ niveles en un 50%; Ritonavir y otros PI también pueden ↑ niveles	
Ketamina	Posible ↑ en los niveles con el ritonavir, la delavirdina y el efavirenz	Use con cuidado con el ritonavir, el nelfinavir y el efavirenz
LSD	Desconocido	Use con cuidado con los PI, la delavirdina y el efavirenz
Marihuana	PI pueden ↑ niveles	Efavirenz puede causar falso positivo en la prueba de detección para la marihuana
PCP	Posible ↑ en los niveles con los antirretrovirales	Use con cuidado con los PI, la delavirdina y el efavirenz

Adapted from: Antoniou, T., Tsemg, A.L., 2002

<sup>1</sup> Roth, M.D., Tashkin, D.P., Choi, R, et al., 2002

<sup>2</sup> Bagasra, O., Pomerantz, R.J., 1993

<sup>3</sup> Peterson, P.K., Gekker, G., Chao, C.C., et al., 1991

<sup>4</sup> Peterson, P.K., Gekker, G., Chao, C.C., et al., 1992

<sup>5</sup> Harrington, R.D., Woodward, J.A., Hooton, T.M., et al., 1999

<sup>6</sup> Henry, J.A., Hill, I.R., 1998

**Impreso educativo IV-12: Drogas comúnmente usadas y posibles interacciones con los medicamentos para el VIH**  
**(From STATSCRIPT – The Boston Living Center Medication Adherence Program and the Treatment Information Clinic, Septiembre,2000)**

(El adiestrador entregará el impreso educativo.)

## **Sesión 7: Hablando con los pacientes sobre el VIH y el uso de drogas**

### **Actividad: Representación de roles de la comunicación entre el proveedor y el paciente**

**Propósito:** Practicar y discutir las técnicas de comunicación efectiva mediante la representación de roles

**Tiempo:** 35 minutos

#### **Materiales**

- Impreso educativo IV-13, “El rol del paciente – Patricia”
- Impreso educativo IV-14, “El rol del proveedor”
- Diapositiva IV-68, “La comunicación entre el proveedor y el paciente”
- Diapositiva IV-69, “Las actitudes del proveedor hacia el usuario de drogas”
- Diapositiva IV-70, “La representación de roles de la comunicación entre el proveedor y el paciente ”

#### **Notas para el adiestrador**

1. Presente el tema de la comunicación entre el proveedor y el paciente (Diapositiva IV-68) y haga una reflexión de la cita (Diapositiva IV-69).

## **La comunicación entre el proveedor y el paciente**

- Cómo hablamos sobre
  - La adherencia
  - El uso de drogas
- Mejorar la relación entre el proveedor y el paciente

Slide IV-68

## **La actitud del proveedor hacia el usuario de drogas**

“A pesar de que existe prueba sobre la efectividad del tratamiento del uso de drogas, muchos médicos ven al paciente adicto como incurable y moralmente culpable. Al igual que otros pacientes “odiosos”, los médicos pueden mirar al adicto como personas manipuladoras, desmotivadas e inmerecedoras de atención...estas actitudes contribuyen a la retención injustificada del tratamiento y a una interacción insatisfactoria mutua entre el paciente y el médico”.

O'Connor, 1994

Slide IV-69

2. Presente el ejercicio y permita a los participantes algunos minutos para leer sobre los roles del paciente y del proveedor (Diapositiva IV-70 y los Impresos educativos IV-13 y IV-14).

## La representación de roles de la comunicación entre el proveedor y el paciente



¿Cómo podemos tener una comunicación efectiva el uno con el otro?

Slide IV-70

3. Solicite dos voluntarios para representar los roles del paciente y del proveedor. Pida al resto del grupo que observe la representación de roles.
4. Facilite una discusión sobre la representación de roles. Comience haciendo preguntas específicas a los participantes sobre la adherencia y el uso de drogas. Termine la actividad con una serie de preguntas generales sobre la naturaleza de la interacción. A continuación algunas preguntas sugeridas:

### Adherencia

- ¿Cómo exactamente es que el proveedor le pregunta a Patricia sobre la adherencia?
- ¿El proveedor va a lo específico o mantiene la discusión general?
- Aliente al proveedor a hacer preguntas bien específicas, incluidas las siguientes:
  - ¿Cuáles son los nombres de las pastillas que está tomando?
  - ¿Cuántas pastillas toma de cada una y cuándo se toma las dosis?
  - ¿Cuántas dosis se tomó ayer, en los últimos tres días y en los pasados siete días?
  - Si no se tomó alguna de las dosis, ¿puede explicar por qué?
  - ¿Puede relacionar la hora en que toma sus dosis con alguna actividad de su rutina diaria? De ser así, ¿con qué actividades?
  - ¿Qué efectos secundarios, si alguno, ha tenido?
- ¿Trajo el proveedor algún plan concreto para ayudar a Patricia a adherirse a su terapia?
- ¿Sugirió el proveedor que Patricia relacionara sus dosis con actividades diarias que pudieran recordarle tomar sus medicamentos?
- ¿Abordó el proveedor el tema de la interacción entre la metadona y la nevirapina?
- ¿Identificó el proveedor los apoyos disponibles en la vida de Patricia que pueden ayudarle con la adherencia?

- ¿Mencionó Patricia los retos y preocupaciones que enfrenta con la adherencia?
- ¿Qué preguntas debe hacerle Patricia a su proveedor durante la entrevista? ¿Qué debe esperar Patricia de su proveedor en respuesta a su situación actual?

#### Uso de drogas

- ¿Enfoca el proveedor el tema del uso de drogas? De hacerlo, ¿cómo lo hace?
- ¿Le pregunta el proveedor a Patricia sobre factores externos que pueden afectar su uso de drogas (por ejemplo, la relación de Patricia con su novio y su participación en una organización para la reducción de daños)?
- ¿Pregunta el proveedor sobre el interés de Patricia de cambiar su Patriciarón de uso de drogas?
- Al hablar con Patricia sobre el uso de drogas, ¿enfoca el proveedor los problemas relacionados con el uso de drogas (la filosofía de la reducción de daños) y no el uso de drogas en sí?
- ¿Intenta el proveedor ofrecer a Patricia opciones que se ajustan a sus intereses y a su situación?
- ¿Discute el proveedor cómo el uso de drogas puede afectar la adherencia y discute las interacciones potenciales de medicamentos?
- ¿Divulga Patricia su uso actual de drogas?
- ¿Qué factores hacen más o menos probable que el paciente divulgue su uso de drogas?

#### Preguntas generales

- ¿Tiene el proveedor una actitud no crítica?
- ¿Pudieron Patricia y su proveedor desarrollar metas dirigidas hacia el paciente que fueran razonables y aceptables para Patricia?
- ¿Pudieron desarrollar un plan para dar pasos pequeños en un periodo de tiempo largo?
- ¿Puede Patricia interceder por ella misma?
- ¿Qué factores hacen más o menos posible que Patricia juegue un papel activo durante su visita médica?

### **Impreso educativo IV-13: Rol del paciente – Patricia**

Usted es una mujer de 43 años, infectada con el VIH durante seis años. Ha estado en distintos regímenes antirretrovirales, que ha suspendido por varias razones. Entre las razones se incluyen, efectos indeseables y sentirse agobiada por tener que tomar todos los medicamentos a tiempo, día tras día. Tomar medicamentos para el VIH le recuerda que está enferma y eso la deprime, que a su vez la hace sentirse vulnerable al uso de drogas.

Tiene un apartamento, y su novio, que fuma crack diariamente y está infectado con el VIH, se queda en el apartamento de vez en cuando. Usted olía heroína, pero lo dejó hace un año. Actualmente usted fuma crack dos o tres veces al mes, casi siempre los fines de semana y siempre con su novio. Usted participa en una organización de reducción de daños, la cual visita varias veces a la semana. También está en un programa de metadona. Usted recoge su metadona diariamente y toma 80 mg diarios.

Usted comenzó la terapia antirretroviral nuevamente hace tres semanas con un régimen de estavudina, lamivudina y nevirapina. Al principio, podía tomarse los medicamentos como indicado, una pastilla de cada medicamento dos veces al día. Sin embargo, cerca de diez días después de comenzar este régimen, se sintió como si estuviera en retirada de metadona. Para sentirse mejor, comenzó a oler heroína nuevamente, pero sólo de vez en cuando. Como sintió que los medicamentos para el VIH le estaban ‘comiendo’ la metadona, ocasionalmente omitía las dosis para sentirse mejor. No le ha contado a nadie sobre su preocupación de sentirse como en retirada de metadona ni del uso de heroína. Teme que si habla sobre estas preocupaciones con su consejera de metadona, ella podría pensar que está buscando usar drogas nuevamente.

En este ejercicio de representación de roles, usted visita a su proveedor regular para solicitar una cita. A usted se le olvidó la última cita de hace una semana, pero pudo conseguir una cita para hoy. Esta es su primera visita con su proveedor desde que comenzó a tomar el régimen antiviral actual. Usted necesita repetir sus medicamentos.

### **Impreso educativo IV-14: Rol del proveedor**

Usted ha estado atendiendo a Patricia por siete meses. Ella es una mujer de 43 años, infectada con el VIH que utiliza cocaína esporádicamente. También, recién comenzó a usar heroína nuevamente debido a que tenía síntomas de retirada del tratamiento de metadona. Patricia ha recibido varios regímenes antirretrovirales en el pasado, pero ha suspendido los medicamentos por distintas razones. Hace alrededor de un mes, usted y Patricia decidieron que debía comenzar la terapia antirretroviral. Usted le recetó estavudina, lamivudina y nevirapina en la última visita hace 3 semanas. Usted le indicó a Patricia que tomara una pastilla de cada medicamento dos veces al día. Ella perdió su última cita de seguimiento la semana pasada, pero obtuvo una nueva cita para hoy. Esta es la primera vez que ve a Patricia desde que comenzó los medicamentos para el VIH.

Como proveedor de Patricia, usted quiere saber cómo le va con sus medicamentos para el VIH. La receta indica que Patricia debe tomar una pastilla de cada medicamento dos veces al día. ¿Se ha estado tomando Patricia los medicamentos como indicado? ¿Ha tenido Patricia algún problema al tomarse los medicamentos o algún efecto secundario? Además, como usted sabe que Patricia recién ha comenzado a usar heroína otra vez y que esporádicamente utiliza cocaína, usted debe comentar con ella sobre el uso de drogas.

## Presentación: Mejorando la comunicación entre el proveedor y el paciente

**Propósito:** Mejorar la comunicación entre el proveedor y el paciente en general, como también en las áreas específicas de uso de drogas y de adherencia a medicamentos

**Tiempo:** 15 minutos

### **Materiales**

- Impreso educativo IV-15, “Cuestionario previo a la cita obtenido de los materiales de ‘La adherencia ahora’
- Diapositiva IV-71, “Hablando sobre la adherencia”
- Diapositiva IV-72, “Hablando sobre la adherencia (continuación)”
- Diapositiva IV-73, “Evaluando la adherencia en los usuarios de drogas”
- Diapositiva IV-74, “¿Cuán útil es la información que brindan los propios usuarios de drogas?”
- Diapositiva IV-75, “Distintas perspectivas sobre la adherencia”
- Diapositiva IV-76, “Hablando sobre el uso de drogas”
- Diapositiva IV-77, “Hablando sobre el uso de drogas (continuación)”
- Diapositiva IV-78, “Hablando sobre las interacciones de las drogas de recreación”
- Diapositiva IV-79, “La relación entre el proveedor y el paciente”
- Diapositiva IV-80, “La relación entre el proveedor y el paciente (continuación)”
- Diapositiva IV-81, “Consejos de comunicación para los pacientes”

### **Notas para el adiestrador**

1. Utilice esta presentación (Diapositivas IV-71 a la IV-81) para resumir los puntos sobre la comunicación expuestos en la representación de roles
2. Explique por qué es importante que los proveedores hablen con sus pacientes sobre la adherencia. Concéntrese en que evaluar la adherencia es una forma importante para los proveedores ajustar las intervenciones a las necesidades de los pacientes. (Diapositivas IV-71 a la VI-72).

## Hablando sobre la adherencia

---

### Haga preguntas específicas

- ¿Cuántas pastillas se tomó ayer?
  - ¿Como se llaman? ¿Cómo son? (muestre retratos de los medicamentos si tiene problemas para recordarlos)
- ¿A qué hora se las tomó?
- ¿Usted relaciona los medicamentos con alguna actividad?
- ¿Cuántas veces omitió una dosis de sus medicamentos en los pasados tres días? ¿En la última semana?

Slide IV-71

## Hablando sobre la adherencia (continuación)

---

### Investigue por qué se omitieron las dosis

- ¿Por qué entiende que no se tomó las dosis?
- ¿Está usando drogas otra vez?
- ¿Cuánto está usando?
- ¿Se lleva los medicamentos cuando sale de la casa?
- ¿Puede relacionar sus medicamentos con las actividades de su vida diaria?

Slide IV-72

3. Además, refiera a los participantes a los Impresos educativos como recursos adicionales. Enfatice que no existe una regla para medir la adherencia del paciente. Se han utilizado varios métodos en distintos estudios, cada uno con sus elementos particulares, a favor y en contra (Diapositiva IV-73). Estos métodos incluyen el recuento de pastillas, revisar los expedientes de la farmacia, dispositivos electrónicos (como el *Medication Electronic*

*Monitoring System – MEMS*), la información provista por el paciente y la evaluación del proveedor. También destaque que la evaluación del proveedor sobre la adherencia es muy importante, pues es uno de los métodos más factibles para vigilar la adherencia. Sin embargo, las investigaciones han demostrado que los estimados de los proveedores sobre la adherencia son sólo 50% precisos (Adherence Now, 2001). Se ha demostrado que la información que proveen los pacientes sobrestiman el nivel de adherencia, como muestra la Diapositiva IV-74 (Arnsten, 2001; Stone, 2001).

## **Evaluando la adherencia en los usuarios de drogas**

Métodos múltiples disponibles para evaluar la adherencia:

- El recuerdo del paciente
- Recuento de pastillas
- Medication Event Monitoring System (MEMS)
- Revisión de los expedientes de la farmacia

Slide IV-73

## ¿Cuán útil es la información que brindan los propios usuarios de drogas?

	Adherencia Promedio 1 Día	Adherencia Promedio 1 Semana
Información del usuario	79%	78%
MEMS	57%	53%

Arnsten, 2001; Stone, 2001

Slide IV-74

4. Observe que los proveedores pueden mejorar la forma de evaluar la adherencia de las siguientes maneras:
  - Aprenda a conocer sus pacientes antes de prescribirles la terapia antirretroviral. Por lo regular, toma algunas visitas para establecer una relación de confianza con un paciente nuevo. Así podrá estimar mejor el nivel de adherencia.
  - Al hablar con los pacientes sobre la adherencia, recuerde preguntarles sobre asuntos específicos y haga un sondeo para obtener información sobre las dosis que omiten.
  - Utilice herramientas de medición que le ayuden a evaluar la adherencia. Refiera a los participantes al Impreso educativo IV-15, como ejemplo de una herramienta para ayudarlos a hacer preguntas específicas sobre la adherencia. Este cuestionario también es parte del material “La adherencia ahora” que se repartió al comienzo de este módulo.
  
5. La Diapositiva IV-75 indica que es importante tener presente que muchas veces los pacientes y los médicos tienen preocupaciones distintas.

## Distintas perspectivas sobre la adherencia

- Muchas veces, los médicos y los pacientes están en desacuerdo en cuanto a las razones para la falta de adherencia al tratamiento.
- Los pacientes, por lo regular, identifican los efectos negativos de la terapia antirretroviral sobre sus estilos de vida: restricciones dietarias, falta de privacidad, itinerarios complejos y costos.
- Los médicos hacen más hincapié en asuntos médicos y del régimen: número de dosis y efectos secundarios.

Slide IV-75

6. Luego, enfatice en hablar del uso de drogas y de conocer más de los patrones de uso del paciente (Diapositivas IV-76 a la IV-78).

## Hablando sobre el uso de drogas

- No criticar es una actitud esencial.
- Qué preguntar
  - ¿Cuándo fue la última vez que usó drogas? (Y no, “¿Está usando drogas?”—distintos puntos de vista)
  - ¿Qué patrón de uso tiene?
  - ¿Por qué cree que usa drogas?
  - ¿Cómo las usa—se inyecta, huele, inhala, come o toma?
  - ¿Comparte agujas o parafernalia?
  - ¿De dónde obtiene el dinero?

Slide IV-76

## Hablando sobre el uso de drogas (continuación)

---

### Trabajando con el uso de drogas

- ¿El uso le está causando algún problema?
- ¿Quiere atender estos problemas?
- ¿Cómo cree que puede atender estos problemas?
- Ofrezca opciones
  - Enfoque interdisciplinario
  - Programas de tratamiento de drogas
  - Uso de una red de apoyo social
  - Apoyo del proveedor

Slide IV-77

## Hablando sobre las interacciones de las drogas de recreación

---

- No hay manera de identificar cuáles son las “drogas seguras” para usar con los medicamentos para el VIH.
- Las recaídas no necesariamente son un motivo para suspender la terapia antirretroviral.
- Comience poco a poco con las drogas que selecciona mientras está en tratamiento con los antirretrovirales.
- Comparta información y recursos, pero enfatice que nuestro conocimiento sobre las interacciones de medicamentos es una ciencia *inexacta*.

Slide IV-78

7. Finalice la presentación con algunos puntos generales sobre cómo establecer buenas relaciones entre el proveedor y el paciente (Diapositivas IV-79 a la IV-81). La Diapositiva IV-81 incluye una lista de consejos para los pacientes cuando estos hablan con sus proveedores sobre sus preocupaciones del tratamiento y de las necesidades del cuidado de la salud. Tenga presente que algunos usuarios de drogas tienen una dificultad extraordinaria

para comunicarse con sus proveedores, como resultado de experiencias pasadas negativas en los sistemas de salud. Los proveedores pueden ayudar a los pacientes a que intercedan por ellos mismos más efectivamente en los lugares que ofrecen servicios de salud, proveyéndoles acceso a la información médica, revisando las opciones de tratamiento y alentando a los pacientes a discutir sus preguntas y preocupaciones.

## **La relación entre el proveedor y el paciente**

---

- Ofrezca información de salud del VIH precisa y actualizada.
- Anticipe el tema de la adherencia
  - Efectos secundarios
  - Manejo de dolor
- Anticipe el tema del uso de drogas
- Enfoque la depresión y otros temas de salud mental.
- Pregunte sobre temas no médicos.
  - Apoyo e intercesión
  - Vivienda

Slide IV-79

## **La relación entre el proveedor y el paciente (continuación)**

---

Metas del cuidado “médico”

- Que estén centradas en el paciente
- Que sean metas razonables y aceptables
- Que estén dirigidas a ir paso a paso en el tiempo
- Que esté todo puesto sobre la mesa (sin agendas escondidas)
- Que se pueda redefinir el “éxito”

Este enfoque conduce a menos frustraciones por parte del proveedor y del paciente.

Slide IV-80

## **Consejos de comunicación para los pacientes**

---

- Comience el proceso educativo en el hogar.
- Escoja un estilo para relacionarse.
- Prepárese para las citas.
- Comunique las solicitudes de tratamiento en un espíritu de respeto mutuo.
- Comparta las metas de salud con su proveedor.
- Sea su propio intercesor.
- Juegue un papel activo en el cuidado de su salud y en las decisiones de tratamiento.

Slide IV-81

Impreso educativo IV-15: Cuestionario previo a la cita obtenido de los materiales de “La adherencia ahora” (Este impreso educativo está incluido en los materiales de “La adherencia ahora” distribuidos anteriormente.)

**LA ADHERENCIA AHORA**

**Cuestionario previo a la cita**

Complete este cuestionario antes de su cita con el proveedor con el propósito de atender asuntos importantes sobre su cuidado que hayan ocurrido desde su última visita

**SECCIÓN 1**

¿Actualmente está tomando medicamentos para el VIH? (Haga un círculo) **Si** **No**  
 Si no, por qué \_\_\_\_\_

**Si no toma medicamentos, pase a la Sección 2**

¿Encuentra que los medicamentos para el VIH son fáciles de tomar? (Haga un círculo) **Si** **No**  
 Si no, por qué \_\_\_\_\_

Anote los medicamentos para el VIH que usa:

Nombre de marca	Nombre genérico	Número de pastillas por dosis	Número de dosis por día	A qué hora se toma sus dosis (12 am/12 pm)	Instrucciones especiales (con/sin comidas)

Estime el número de dosis que ha omitido, si alguna.

Hoy \_\_\_\_\_ Ayer \_\_\_\_\_ Semana pasada \_\_\_\_\_ Mes pasado \_\_\_\_\_

¿Por qué omitió la dosis?

Por olvido \_\_\_\_\_ Se quedó dormido \_\_\_\_\_ Efectos secundarios/enfermedad \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

¿Qué cantidad del medicamento para el VIH estima usted que se toma? (haga un círculo)

Ninguno (0%)    Alguno (10%-30%)    Menos de la mitad (30%-50%)    Cerca de la mitad (50%)    Más de la mitad (60%-75%)    La mayor parte (80%-85%)    Casi todo (90%-95%)    Todo (100%)

Algunas personas olvidan tomar su medicamento durante el fin de semana. ¿Olvidó el suyo en el fin de semana?

**Si** **No**

¿Tiene algún familiar o amigo que le recuerde tomar su medicamento para el VIH?

**Si** **No**

¿Tiene usted transportación o medios para llegar a la farmacia para repetir su receta?

**Si** **No**

¿Le gustaría tener una alarma o un dispositivo para ayudarle a recordar tomar su medicamento?

**Si** **No**

¿Le gustaría tener una caja de píldoras con divisiones para cada dosis y día para ayudarle a recordar tomar sus medicamentos?

**Si** **No**

¿Le gustaría conocer maneras para ayudarle a tomar mejor sus medicamentos?

**Si** **No**

**Sección 2 PREGUNTAS OPCIONALES**

¿Ha tenido sexo sin protección desde su última visita?

**Si** **No**

¿Cuántas bebidas alcohólicas (latas de cerveza, copas de vino, tragos) ha tomado en la última semana?

**Si** **No**

¿Ha usado alguna droga desde su última visita?

**Si** **No**

¿Cree que está deprimido?

**Si** **No** **Tal vez**

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor \_\_\_\_\_ Firma del proveedor \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# ADHERENCE NOW

## PREAPPOINTMENT QUESTIONNAIRE



Please complete this questionnaire prior to seeing your provider, to address important issues about your care that have come up since your last visit.

### SECTION ONE

Are you currently taking HIV medications? (please circle)      Yes      No

If no, why not? \_\_\_\_\_

**If you are not taking medications, please proceed to Section Two.**

Do you find your HIV drugs easy to take? (please circle)      Yes      No

If no, why not? \_\_\_\_\_

Please list your HIV medications below:

Trade name	Generic name	Number of pills per dose	Number of doses per day	What times do you take your doses? (ie. 12 AM / 12 PM)	Special instructions (eg. with/without food)

Please estimate the number of doses you have missed (if any):

Today \_\_\_\_\_ Yesterday \_\_\_\_\_ Last week \_\_\_\_\_ Last month \_\_\_\_\_

Why did you miss the dose?

Forgot \_\_\_\_\_ Sleeping \_\_\_\_\_ Side effects/felt sick \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

How much of your HIV medications do you estimate that you take? (circle one)

None (0%)	Some (10%-30%)	Less than half (30%-50%)	About half (50%)	More than half (60%-75%)	Most (80%-85%)	Almost all (90%-95%)	All (100%)
--------------	-------------------	-----------------------------	---------------------	-----------------------------	-------------------	-------------------------	---------------

Some people forget to take their pills on the weekends. Did you forget a dose last weekend?      Yes      No

Do you have family or friends who remind you to take your HIV medications?      Yes      No

Do you have transportation or any means of getting to the pharmacy to fill a prescription?      Yes      No

Would you like an alarm or reminder device to help you to remember to take your medications?      Yes      No

Would you be interested in receiving a pillbox with dividers for each dose and day to help you to remember to take your medications?      Yes      No

Would you be interested in learning about ways to take your medications better?      Yes      No

### SECTION TWO OPTIONAL QUESTIONS

Have you had unprotected sex since your last visit?      Yes      No

How many alcoholic drinks (can of beer, glass of wine, mixed drink) have you had in the past week?

Have you used any drugs to get high since your last visit?      Yes      No

Do you think you might be depressed?      Yes      No      Maybe

Comments: \_\_\_\_\_

Provider name: \_\_\_\_\_ Provider signature: \_\_\_\_\_

Patient name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## **Sesión 8: ¿Qué podemos hacer para mejorar la adherencia en general?**

### **Actividad: Creando intervenciones para la adherencia**

#### **Propósito**

- Ilustrar los siguientes puntos:
  - El que el paciente acepte la información sobre los riesgos a la salud de la falta de adherencia no es suficiente para asegurarse de que tomarán sus medicamentos apropiadamente. El proveedor también debe tener el conocimiento, las destrezas y la credibilidad para persuadir al paciente de que el tratamiento vale la pena. El proveedor también debe demostrar que sinceramente se preocupa por el paciente.
  - Hay muchos tipos distintos de intervenciones que pueden ajustarse a los retos específicos que enfrenta el paciente.
  - El mejor enfoque para una adherencia óptima es utilizar una estrategia de múltiples modos centrada en el paciente, el régimen y el proveedor.
- Fomentar en los participantes la creatividad, pero siendo realistas al desarrollar intervenciones para la adherencia. Cuando se trabaja con usuarios de drogas, los proveedores tienen que prestar atención particular a las conductas de uso de drogas y reconocer tanto los retos como las oportunidades para integrar el uso continuo de drogas a la adherencia de la terapia antirretroviral.
- Crear intervenciones para promover la salud que mejoren la adherencia haciendo uso de los apoyos ambientales y de conducta que existen en las vidas de los usuarios de drogas.

**Tiempo:** 30 minutos

#### **Materiales**

- Rotafolios, marcadores y cinta adhesiva
- Hoja para colocar las notas de los participantes de la Sesión 5
- Impreso educativo IV-16, “Gráfica de intervenciones con el enfoque hacia el paciente, el proveedor y el régimen”
- Impreso educativo IV-17, “Ejemplos de sellos adhesivos (sticker sheets) que sirven de recordatorios”
- Impreso educativo IV-18, “Hoja Informativa sobre dosificación de medicamentos, almacenamiento y efectos secundarios”
- Impreso educativo IV-19, “Hojas de instrucciones de dosificación individualizadas con retratos de los medicamentos”
- Impreso educativo IV-20, “Positively Aware’s 2002 HIV Drug Guide.”
- Diapositiva IV-82, “Creando intervenciones para la adherencia”
- Diapositiva IV-83, “Intervenciones de apoyo”
- Diapositiva IV-84, “Itinerario e Indicaciones”
- Diapositiva IV-85, “Intervenciones de apoyo (continuación)”
- Diapositiva IV-86, “Intervenciones de apoyo (continuación)”

- Diapositiva IV-87, “Intervenciones para la adherencia”

### **Notas para el adiestrador**

1. Pida a los participantes que repasen sus notas de la Sesión 5, en particular la discusión de ideas sobre los “Factores que afectan la adherencia”. Reflexione sobre las categorías identificadas por los participantes en esa discusión de ideas.
2. Rotule la parte de arriba de dos o tres papeles del rotafolio con las categorías sugeridas por los grupos durante la discusión de ideas. Estas categorías deben ser similares a un enfoque del paciente, el proveedor y el régimen. Resuma la información que aparece en la Diapositiva IV-82.

## Creando intervenciones para la adherencia

---

- Los retos de la adherencia muchas veces
  - Enfocan el paciente
  - Enfocan el régimen
  - Enfocan el cuidado clínico o el proveedor
- Se pueden diseñar intervenciones adaptadas que respondan a las preocupaciones individuales del paciente.
- ¿Qué intervenciones pueden ser útiles para pacientes que enfrentan distintos tipos de retos?

Slide IV-82

3. Coloque en un lugar visible los papeles del rotafolio descritos anteriormente. Pida a los participantes que piensen sobre posibles intervenciones de apoyo para pacientes que enfrentan los distintos tipos de retos, y haga una lista en el papel correspondiente.
  - El Impreso educativo IV-16 provee un resumen de las intervenciones para la adherencia organizadas de acuerdo con el enfoque del paciente, del proveedor y del régimen.
  - Las Diapositivas IV-83 a la IV-86 resaltan algunos ejemplos por área de enfoque.

## Intervenciones de apoyo

---

### Intervenciones enfocadas en el paciente

- Apoyo social (pares, familia y otras personas significativas)
- Tratamiento de drogas
- Intercesión para la adquisición de vivienda
- Cuido de niños
- Cuidado para la salud mental
- Conocimiento, actitudes y creencias (educación e información)
- Itinerario e indicaciones
- Artefactos para la adherencia

Slide IV-83

## Itinerario e indicaciones

---

Los itinerarios y las indicaciones son particularmente importantes debido a que

- El éxito de la adherencia requiere seguir un itinerario de dosificación estricto.
- Un itinerario de dosificación es más fácil de seguir si se puede integrar a un itinerario de actividades diarias.
- Una adherencia adecuada está apoyada en un itinerario consecuente y predecible.
- La adherencia presenta un reto mayor cuando las actividades diarias son impredecibles, inconsecuentes o están sujetas a cambios sin aviso alguno.

Slide IV-84

## Intervenciones de apoyo (continuación)

---

### Intervenciones enfocadas en el régimen

- Cambio de medicamentos
- Reducción en el número de pastillas
- Manejo de efectos secundarios
- Intervenciones dietarias
- Nuevas formulaciones de medicamentos
- Proveer hojas informativas de medicamentos y con instrucciones sobre dosificaciones
- Destrezas o mañas desarrolladas con el tiempo
- Apoyo de pares
- Manejo de dolor

Slide IV-85

## Intervenciones de apoyo (continuación)

---

### Intervenciones enfocadas en el cuidado clínico o el proveedor

- Equipo de cuidado multidisciplinario
- Políticas o protocolos relacionados con la adherencia
- Seguimiento temprano y frecuente
- Intercesoría médica
- Clínicas convenientes (local, horario y transportación)
- Establecer acuerdos; construir una relación con el paciente
- Rol activo del paciente
- Médico con conocimiento y sin prejuicios

Slide IV-86

4. Permita a los participantes de cinco a diez minutos para que por su cuenta consideren intervenciones útiles para los pacientes que enfrentan estos diferentes tipos de retos. Déjele saber al participante que no tiene que desarrollar un plan de servicio abarcador durante el

ejercicio. Sino que aliéntelo a que identifique algunas herramientas y estrategias prácticas que apoyen la adherencia. Estos son algunos ejemplos:

- Las personas que con frecuencia olvidan tomar sus medicamentos pueden beneficiarse de un “bíper” o de un reloj con vibrador.
  - Las personas que olvidan tomar las dosis por estar muy ocupados con las actividades de sus hijos pueden utilizar los compromisos regulares de los hijos como señales para recordarles tomar los medicamentos.
  - Las personas que se sienten agobiadas con el número de pastillas que toman pueden solicitar una conferencia con su proveedor para discutir las opciones de tratamiento y los regímenes de dosificación.
5. Instruya a los participantes a pensar específicamente sobre los retos únicos que enfrentan los usuarios de drogas infectados con el VIH. Estos son algunos ejemplos:
- Los usuarios de heroína que no pueden recordar tomarse sus medicamentos para el VIH y que utilizan heroína a intervalos regulares durante el día, podrían considerar relacionar las dosis de medicamentos con el uso de heroína. Para asegurarse que se adhieren a la terapia de medicamentos, se pueden tomar sus medicamentos para el VIH *antes* de usar heroína.
  - Los pacientes que reciben metadona pueden tomar sus medicamentos para el VIH antes de recibir la dosis de metadona. Sin embargo, hay que recordar que los pacientes deben conversar con el médico antes de adoptar este enfoque para determinar la posibilidad de interacciones entre la metadona y el medicamento para el VIH y dar pasos para evitar problemas.
  - Los pacientes que tienen dificultad con la adherencia debido a los efectos secundarios podrían beneficiarse de un referido a un especialista en medicina complementaria.
6. Después de resumir las intervenciones, presénteles a los participantes algunas herramientas que puedan utilizar para mejorar la adherencia del paciente.
- Refiera a los participantes al Impreso educativo IV-17 que es una herramienta útil para hacer el itinerario de medicamentos y para identificar algunas señales que le recuerden tomar las dosis. Sin embargo, es importante recordar que las vidas de algunas personas son tan agitadas que pueden estar muy ocupadas para llevar y usar un calendario.
  - Refiera a los participantes a los Impresos educativos IV-18 y IV-20 para más información sobre medicamentos antirretrovirales específicos, incluso los efectos secundarios y las restricciones dietarias.
  - Indíquele a los participantes que las *Guías para el uso de agentes antirretrovirales en adultos y adolescentes infectados con el VIH* que aparecen en la “Guía de Recursos” (Apéndice B) del currículo tienen información detallada sobre medicamentos, interacciones y efectos secundarios específicos.
  - Refiera a los participantes al Impreso educativo IV-19 como una herramienta útil para ayudar a los pacientes a recordar qué medicamentos están tomando y para ayudarles a formular un itinerario de dosis.
7. La Diapositiva IV-87 resume los puntos importantes que se deben considerar al diseñar cualquier intervención para la adherencia.

## **Intervenciones para la adherencia**

---

- Hay muchos tipos diferentes de intervenciones que se pueden adaptar a los retos específicos que enfrentan los pacientes.
- Para optimizar la adherencia, lo mejor es una estrategia múltiple, que enfoque el paciente, el régimen y el proveedor.

Slide IV-87

## Impreso educativo IV-16: Gráfica de intervenciones por paciente, proveedor y régimen

Enfocando el paciente	Realice una evaluación completa de los recursos ambientales y sociales del paciente a intervalos regulares.
	Provea citas flexibles a las clínicas, incluido un horario nocturno y tiempo para visitas de urgencia.
	Fomente en el paciente el desarrollo de estrategias activas de adaptación. Deben incluir obtener apoyo social o profesional durante momentos de angustia y desarrollar destrezas para la solución de problemas y toma de decisiones.
	Evalúe el paciente para enfermedad mental y fomente el tratamiento, si es necesario.
	Evalúe el paciente para el uso de drogas o alcohol y aliéntelo a buscar tratamiento o a dar pasos para reducir el daño. Si el paciente utiliza drogas activamente y comienza en terapia antirretroviral, se deben implementar las estrategias adecuadas para propiciar la adherencia.
	Trabaje con el paciente para estabilizar su situación de vida y los sistemas de apoyo social. Colabore con un manejador de caso o trabajador social.
	Evalúe las creencias y las percepciones del paciente sobre el régimen de tratamiento. Aliente al paciente a trabajar con un grupo de apoyo, educadores pares o un 'pana' que esté en tratamiento para promover una actitud positiva hacia la terapia.
	Evalúe el conocimiento, el compromiso y la disposición del paciente para comenzar el régimen. Retrase la terapia antirretroviral hasta que el paciente esté listo.
	Provea materiales educativos sencillos dirigidos al paciente, teniendo en cuenta su nivel de escolaridad y su idioma primario. Los itinerarios de dosificaciones con dibujos de los medicamentos, muchas veces, son útiles.
	Estructure sesiones individuales o en grupos para enfocar los planes de tratamientos y la importancia de la adherencia. Enfermeras, educadores en salud, farmacéuticos y otro personal del equipo de adherencia pueden dirigir estas sesiones.
	Involucre a los pacientes en la elección del régimen que mejor se ajusta a sus necesidades personales.
Enfocando el cuidado clínico y el proveedor	Desarrollar una política o protocolo sobre adherencia que incluya evaluar la disposición, educar sobre la importancia de la adherencia (que incluya material educativo), evaluar estructuradamente el seguimiento y solución de problemas relacionados con las dificultades de la adherencia.
	Utilizar un equipo de cuidado multidisciplinario y adiestrarlo en asuntos relacionados con la adherencia. Delegar responsabilidades dentro del equipo de cuidado para coordinar actividades relacionadas con la adherencia.
	Evaluar la disposición del paciente para comenzar el tratamiento, y luego monitorizar la adherencia en cada cita. Utilice cada visita como una oportunidad para discutir asuntos de adherencia. Al realizar estas evaluaciones, siempre tome en cuenta el efecto de nuevos diagnósticos y de los eventos de vida sobre la adherencia.
	Programar seguimientos rutinarios e intensivos. Enfocar la solución de problemas de todas las dificultades relacionadas con la adherencia, evaluando la adherencia del paciente y enfatizando el itinerario de dosificación correcto.
	Hacer de su clínica un lugar agradable. Ubicar los servicios clínicos de VIH cerca de áreas de mayor importancia, siempre que sea posible, facilitar transportación al paciente y proveer acceso fuera de horas de servicio y durante los fines de semana.
	Considerar referir los pacientes con retos especiales de adherencia, tales como uso activo de drogas o falta de vivienda, a programas de terapia de observación directa (DOT, siglas en inglés).
	Servir de intercesor ante los desarrolladores de políticas, a nivel federal y estatal, para exigir que los servicios de manejo de casos para personas infectadas con el VIH estén vinculados, de ser posible, a los programas de cuidado clínico. Las necesidades médicas y de manejo de casos de las personas infectadas con el VIH son dependientes una de la otra.
	Desarrollar programas para educar y certificar médicos y otros profesionales de la salud como especialistas en el VIH.
	Ser conscientes de que las creencias personales, los prejuicios, la sensibilidad cultural y las destrezas de comunicación pueden afectar la adherencia del paciente.
	Construir una relación de apoyo, confianza y de ofrecimiento de cuidado con sus pacientes.
Enfocando el régimen	Negociar un plan de tratamiento individualizado, tomando en cuenta la potencia del régimen, al igual que las preferencias, estilos de vida y tolerancia para tomar medicamentos y para el potencial de efectos secundarios del paciente.
	Recomendar un régimen potente y sencillo basado en las características médicas, sicosociales y fisiológicas del paciente. Construir un régimen que contenga el menor número de dosis y de pastillas y que minimice las restricciones dietarias.
	Tomar en cuenta las condiciones de comorbilidad, como la hepatitis o la disfunción de la médula ósea, al diseñar y monitorizar la terapia antirretroviral.
	Proveer herramientas que se ajusten al paciente para ayudarles a recordar la adherencia a los medicamentos. Estas herramientas pueden incluir retratos de los medicamentos con los itinerarios de dosificación, organizadores de pastillas, relojes de alarma, máquinas de mensaje y otros. Asegúrese de que el paciente entiende <i>exactamente</i> cómo tomarse sus medicamentos.
	Anticipar y educar a los pacientes sobre los efectos secundarios de los medicamentos. Considere tratamiento preventivo de efectos secundarios predecibles. Sea receptivo a las solicitudes de cambio de régimen del paciente si los efectos secundarios son muy difíciles de tolerar.

## **Impreso educativo IV-17: Ejemplo de sellos adhesivos (sticker sheets) que sirven de recordatorio**

(Serán provistos por el adiestrador)

Este Impreso educativo contiene sellos adhesivos con las fotografías de los medicamentos más comunes para el VIH, al igual que sellos adhesivos con instrucciones de hidratación, restricciones dietarias e itinerarios de dosificaciones. Los pacientes pueden colocar estos sellos en el calendario o agenda de planes como recordatorio para tomar los medicamentos como indicado. Los sellos también se pueden usar como ayudas visuales para enseñar a los pacientes sobre los medicamentos para el VIH. Aunque los pacientes no se lleven los sellos, puede ser útil hacer el ejercicio de crear un itinerario de tratamiento individualizado y aprender de las fotografías sobre los regímenes, en lugar de depender estrictamente de información escrita u oral.

Estos son algunas descripciones de los sellos:

- Hay dos tipos de sellos de indinavir (Crixivan), una fotografía de dos pastillas blancas de 400 mg y otra fotografía de sólo una pastilla de 400 mg.
- Ritonavir (Norvir) tiene una fotografía de un líquido color anaranjado brillante rotulado como una dosis de 5.0 mL y otra fotografía de un líquido color anaranjado más claro rotulado como una dosis de 7.5 mL.

Estos son algunos ejemplos de sellos sobre hidratación y alimentos:

- Una hamburguesa indica que el medicamento se debe tomar con una comida.
- Un “pretzel” indica que el medicamento se debe tomar con una merienda ligera.
- Una hamburguesa con una línea atravesada indica que el medicamento se toma con el estómago vacío.
- Un vaso de agua sirve de recordatorio para que el paciente se mantenga hidratado.

Estos son algunos ejemplos de sellos con itinerarios:

- Las llaves indican que el medicamento se debe tomar antes de salir.
- El reloj de alarma es una señal para que el paciente ponga una alarma como recordatorio para tomar el medicamento.

Algunas compañías farmacéuticas prestigiosas proveen estas hojas con sellos adhesivos. Las hojas presentadas en esta actividad pueden obtenerse sin costo alguno, llamando a Merck’s National Service Center al (800) 672-6372 o escribiendo al correo electrónico de Mark Mossey a la siguiente dirección: [mark\\_mossey@merck.com](mailto:mark_mossey@merck.com)

MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES ACTUALES

	Medicamento	PASTILLAS DIARIAS (ADULTOS)*	CÓMO TOMAR Y ALMACENAMIENTO	EFFECTOS SECUNDARIOS	NOTAS
Inhibidores de la transcriptasa inversa nucleosídicos y nucleótidos (Nukes)	3TC (Epivir®)	2 (150 mg: 1, 2x/día) o 1 (300 mg; 1, 1x/día)	No tiene restricciones dietarias.	Náusea, vómitos, cansancio, dolor de cabeza.	Puede reducir la resistencia al AZT.
	Abacavir (Ziagen®)	2 (300 mg: 1, 2x/día)	No tiene restricciones dietarias.	Reacción de hipersensibilidad en el 5% de los pacientes	
	AZT (Retrovir®)	6 (100 mg: 2, 3x/ día) o 2 (300 mg: 1, 2x/ día)	No tiene restricciones dietarias	Anemia, náusea, vómitos, dolor de cabeza, cansancio, dolor muscular, toxicidad de la médula ósea	No combine con d4T
	Combivir®	2 (150 mg 3TC + 300 mg AZT: 1, 2x/ día)	No tiene restricciones dietarias	Véase AZT y 3TC.	Combina el AZT y el 3TC en una sola pastilla para tomar dos veces al día.
	d4T (Zerit®)	2 (40 mg para personas con más de 60 kg/132 lbs de peso, 30 mg si menos; 1, 2x/ día)	No tiene restricciones dietarias	Neuropatía periférica, dolor de cabeza, escalofríos y fiebre, diarrea y náusea.	No combine con el AZT.
	ddC (Hivid®)	3 (0.75 mg: 1, 3x/ día)	Tomar con el estómago vacío, No tomar antiácidos.	Neuropatía periférica, erupción, úlceras orales, dolor de garganta, tos.	No combine con el ddl.
	ddl (Videx®) ddl (Videx-EC®)	4 (100 mg: 2, 2x/ día or 4, 1x/ día) Videx-EC: 1 pastilla diaria; 400 mg para personas con más de 60 kg/132 lbs; 250 mg si menos.	Masticar o disolver en agua; tomar con el estómago vacío; tomar una hora antes o después del indinavir ó 2 horas antes o después del ritonavir	Diarrea, pancreatitis, dolor abdominal, neuropatía, náusea y vómitos	No combine con el ddC.
	Tenofovir (Viread®)	1 (300 mg: 1, 1x/ día)	Tomar con la comida. Tomar 2 horas antes, o una hora después del ddl.	Efectos secundarios leves; un poco de náusea, vómito, pérdida de apetito.	
	Trizivir®	2 (150 mg 3TC + 300 mg AZT + 300 mg abacavir: 1, 2x/ día)	No tiene restricciones dietarias	Véase AZT, 3TC y abacavir arriba.	Combina el AZT, el 3TC y el abacavir en una sola pastilla para tomar dos veces al día.
Non-nukes (NNRTs)	Delavirdina (Rescriptor®)	12 (100 mg; 4, 3x/ día) o 6 (200 mg; 2, 3x/ día)	No tiene restricciones dietarias. Las pastillas de 100 mg se pueden disolver en agua. Tome con una hora de diferencia del ddl o de antiácidos.	Erupción en la piel, náusea, diarrea, vómitos, dolor de cabeza, cansancio	<b>Los inhibidores de proteasa y los NNRTI se metabolizan en el hígado, igual que muchos otros medicamentos comunes. Las interacciones de medicamentos pueden causar aumento o disminución significativa en los niveles sanguíneos de los medicamentos que usted toma, lo que puede causar dosis menores no efectivas o sobredosis mortales. Asegúrese de que su médico conoce todos los medicamentos que usted toma.</b>
	Efavirenz (Sustiva®)	3 (200 mg; 3, 1x/ día) or 1 (600 mg; 1, 1x/ día)	No tiene restricciones dietarias, pero evite comidas altas en grasa. Tomar antes de acostarse.	Sueños vívidos, ansiedad, erupción, náusea, mareo, diarrea, dolor de cabeza e insomnio.	
	Nevirapina (Viramune®)	1 (200 mg; 1, 1x/ día durante las primeras dos semanas) luego 2 (200 mg; 1, 2x/day)	No tiene restricciones dietarias.	Erupción en la piel, fiebre, dolor de cabeza, náusea.	
Inhibidores de proteasa	Amprenavir (Agenerase®)	16 (150 mg; 8, 2x/ día); también aprobada en combinación con ritonavir	Tomar con o sin comidas. Evite comidas altas en grasa. Tome una hora antes o después de antiácidos.	Náusea, diarrea, vómitos, erupción, adormecimiento alrededor de la boca, dolor abdominal.	
	Indinavir (Crixivan®)	6 (400 mg: 2, every 8 hrs, no 3x/ día) or 9 (333 mg; 3 cada 8 horas)	Tome con mucha agua, con el estómago vacío o con una merienda baja en grasa. Almacene en un lugar fresco y seco.	Dolor de cabeza, náusea, dolor abdominal, cálculos renales.	
	Lopinavir/ritonavir (Kaletra®)	6 (133 mg lopinavir + 33 mg ritonavir: 3, 2x/ día)	Tome con comida. Almacene a temperatura de salón.	Diarrea, cansancio, dolor de cabeza, náusea.	

Nelfinavir (Viracept®)	<b>9</b> (250 mg; 3, 3x/ día) or <b>10</b> (5, 2x/ día)	Tome con las comidas o una merienda.	Diarrea, náusea, gas, dolor abdominal, debilidad.
Ritonavir (Norvir®)	<b>12</b> (100 mg; 6, 2x/ día); dosis bajas para potenciar otros inhibidores de proteasa	Tome con una comida completa. Tome con 2 horas de diferencia del ddl. Azlmanece en el refrigerador.	Náusea, vómitos, diarrea, hormigueo y adormecimiento alrededor de la boca.
Saquinavir (Invirase® y Fortovase®)	Invirase se combina con ritonavir Fortovase: <b>18</b> (200 mg; 6, 3x/ día)	Tome con 2 horas de diferencia de una comida completa o de una merienda fuerte. En climas calientes, almacene en nevera	Náusea mínima, diarrea, disturbios abdominales.

\*Los números de pastillas reflejan el uso "normal" de cada medicamento. Sin embargo, los médicos actualmente combinan medicamentos antirretrovirales de maneras distintas. Las dosis de cada medicamento pueden ser más altas o bajas en estas nuevas combinaciones.

## **Impreso educativo IV-19: Hojas de instrucciones de dosificación individualizada con retratos de medicamentos**

(El adiestrador hará entrega.)

Los proveedores pueden ofrecer estas hojas de información a los pacientes. Las hojas de información de medicamentos incluyen fotografías de los medicamentos, al igual que descripciones, itinerarios de dosificaciones y notas de cómo tomar cada medicamento, ya sea con las comidas, con el estómago vacío y otros.

Las hojas se pueden obtener gratuitamente de muchas compañías farmacéuticas, entre ellas:  
Gilead Sciences, Inc. – página web: [www.gilead.com](http://www.gilead.com); número de teléfono: (800) 939-9009  
Roxane Laboratories – página web: [www.roxane.com](http://www.roxane.com); número de teléfono: (800) 520-1631

Las siguientes compañías también proveen hojas de dosificación por un costo mínimo:  
Community Research Initiative of New England – sitio en la red: [www.crine.org](http://www.crine.org); número de teléfono: (800) 253-2712 (las primeras 25 son gratis; \$1.00 por cada una adicional)  
Mountain-Plains AIDS Education and Training Center, University of Colorado Health Sciences Center – página web: [www.uchsc.edu/sm/aids](http://www.uchsc.edu/sm/aids); número de teléfono: (202) 315-2516 (\$4.00 por 50 hojas)

**Impreso educativo IV-20: Positively Aware's 2002 HIV Drug Guide  
(disponibles en inglés y en español)**

(Será entregado por el adiestrador.)

Probablemente la Guía de Medicamentos de 2003 estará disponible en enero de 2003. La versión de 2002 está disponible en línea en: [www.tpan.com](http://www.tpan.com)

Esta guía fácil de leer contiene descripciones de medicamentos comunes para el VIH. Cada medicamento se presenta con una ilustración y una descripción de la dosificación, el nombre de marca, el nombre común, la clasificación, el costo y el número de asistencia para el paciente. La guía también contiene información sobre efectos secundarios potenciales, interacciones de medicamentos potenciales y consejos sobre cómo tomar los medicamentos. Además, contiene comentarios del fabricante, del médico y del consumidor para cada medicamento. La guía está disponible gratuitamente en línea y en papel por el costo de \$0.25 por copia, más el costo de franqueo.

## **Sesión 9: Manejando el VIH en el contexto del uso de drogas**

### **Actividad: Ejercicios de estudios de casos**

#### **Propósito:**

- Sintetizar lo que los participantes han aprendido en este módulo
- Ilustrar que la adherencia es un reto multidimensional para todas las partes involucradas y requiere un enfoque interdisciplinario

**Tiempo:** 60 minutos

#### **Materiales**

- Impreso educativo IV-21, “Ejercicio de estudios de casos para grupos pequeños”
- Diapositiva IV-88, “Algunas estrategias para mejorar la adherencia”
- Diapositiva IV-89, “Manejando el VIH y el uso de drogas: Estudios de casos”
- Diapositiva IV-90, “Estudio de caso 1: Melissa”
- Diapositiva IV-91, “Estudio de caso 2: Raymond”
- Diapositiva IV-92, “Estudio de caso 3: Krista”
- Diapositiva IV-93, “Estudio de caso 4: Marlon”
- Diapositiva IV-94, “Estudio de caso 5: Rosanna”

#### **Notas para el adiestrador**

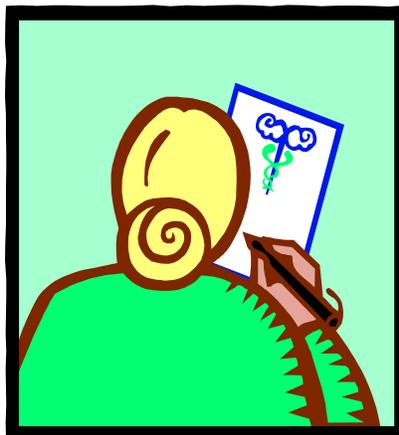
1. Comience revisando algunas estrategias para mejorar la adherencia y luego presente el ejercicio (Diapositiva IV-88 a la IV-89). Indíquelo a los participantes que estarán trabajando con una serie de presentaciones de casos. Esta actividad les ayudará a sintetizar el conocimiento y las destrezas que han adquirido en este módulo y aplicarlos a situaciones de pacientes hipotéticos. Pida a los participantes que consideren cuál es la mejor manera de desarrollar un plan de promoción de salud para el paciente. Recuérdele a los participantes que tomen en cuenta los estilos de vida, el uso de drogas e información médica al determinar un plan adecuado para cada persona en los casos.

## Algunas estrategias para mejorar la adherencia

- Clarificar el régimen
- Identificar la motivación del paciente
- Hacer de los medicamentos parte de la rutina diaria
- Manejar los efectos secundarios
- Atender el uso de alcohol y de drogas
- Construir una buena comunicación entre el proveedor y el paciente
- Identificar los apoyos sociales

Slide IV-88

## Manejando el VIH y el uso de drogas: Estudio de casos



- Identifique asuntos clave de la adherencia
- Considere las barreras y los apoyos de la adherencia
- Establezca metas realistas
- Enfatique las preocupaciones de salud del VIH
- Desarrolle un plan adaptado a la salud y a la adherencia del VIH

Slide IV-89

2. Divida los participantes en grupos de cinco a siete personas. Al formar los grupos, asegúrese de que cada grupo incluye personas de distintas disciplinas, como médicos, enfermeras, proveedores de tratamiento de uso de drogas, manejadores de casos y otros. Así le dará a los participantes la oportunidad de practicar en un trabajo de equipo interdisciplinario. Solicite

que cada grupo trabaje en un estudio de caso distinto. Dependiendo del tamaño y el número de los grupos, puede ser posible que no se cubran todos los casos.

3. Permita a los participantes 20 minutos para trabajar en los casos, y cinco minutos a cada grupo para que presenten sus casos al grupo completo. Para economizar tiempo, debe utilizar las diapositivas IV-90 a la IV-94 para ofrecer una sinopsis breve de los casos, y pida que los participantes se enfoquen principalmente en la información y los temas contenidos en las diapositivas.

## **Estudio de caso 1: Melissa**

---

- 25 años
- Trabajadora de sexo comercial
- Se inyecta heroína 3-4 veces al día
- Encarcelada intermitentemente
- Pérdida reciente de 15 libras de peso
- Historia de enfermedades de transmisión sexual y respiratorias.
- Fumadora - 1 cajetilla diaria
- Recuento de CD4 = 480/mm<sup>3</sup>
- Carga viral = 45,000 copias/mL

Slide IV-90

## Estudio de caso 2: Raymond

---

- 50 años
- Gerente corporativo
- Casado, tiene hijos adolescentes
- Alcohólico y usa cocaína ocasionalmente
- Coinfectado con el VHC
- Limpio de drogas y alcohol por 6 meses
- Recuento CD4 = 350/mm<sup>3</sup>
- Carga viral = 85,000 copias/mL

Slide IV-91

## Estudio de caso 3: Krista

---

- 35 años
- Sin hogar
- Fuma crack diariamente
- Alcohólica
- Participa de programas de vivienda y comidas
- Conectada previamente con el Departamento de Salud Mental
- Recuento CD4 = 50/mm<sup>3</sup>
- Carga viral = 380,000 copias/mL

Slide IV-92

## Estudio de caso 4: Marlon

---

- 21 años
- Tiene sexo con hombres (MSM, siglas en inglés) y su pareja está infectada con el VIH
- Asiste a fiestas de circuito y tiene sexo anónimo
- Diagnosticado a los 17 años
- Un estudio de genotipo reciente indica resistencia
- Se siente “fracasado”
- Recuento CD4 = 300/mm<sup>3</sup>
- Carga viral = 90,000 copias/mL

Slide IV-93

## Estudio de caso 5: Rosanna

---

- 60 años
- Tiene SIDA y VHC
- Recuperada del uso de heroína hace 8 años
- Actualmente en un programa de mantenimiento de metadona (120 mg)
- Cría nietos que no conocen su condición de salud
- Participa activamente en la iglesia
- Asiste a la universidad para obtener un grado
- Carga viral = no detectable mientras en tratamiento
- Le interesa recibir terapia para el VHC

Slide IV-94

4. En cada uno de los cinco casos, los participantes deberán tratar de identificar los siguientes tipos de temas:
  - *Asuntos de estilos de vida y psicosociales* que presentan barreras o apoyos a la adherencia a los medicamentos y a la salud del VIH.

- *Asuntos médicos* que pueden afectar la accesibilidad de la persona al cuidado de salud, su estado de salud de inicio o las recomendaciones de tratamiento adecuadas o la terapia actual para la situación particular.
- *Asuntos específicos relacionados con el uso de drogas*, incluidos la droga de selección, las interacciones de droga/medicamentos, el horario de uso de los medicamentos y la etapa de recuperación.

Después de cada caso, encontrará una lista de preguntas y temas sugeridos para ayudar a facilitar la discusión.

5. Observe que los estudios de casos no contienen información de raza o grupo étnico de las personas mencionadas. Esto se hizo intencionalmente para permitir que los instructores adapten los escenarios de acuerdo a las circunstancias de las distintas poblaciones. Sin embargo, los estudios de casos incluyen información sobre la edad, género, sexualidad, historia de encarcelamiento, vivienda y droga de preferencia. Para cada caso, se debe alentar a los participante a que consideren cuales son los temas pertinentes sociales y culturales a la adherencia del VIH y a la promoción de salud.
6. Tenga presente que estos casos no necesariamente reflejan las guías modelo de prescripción de medicamentos para el VIH, como tampoco el horario de administración de la terapia ni los medicamentos específicos seleccionados por el proveedor de cuidado de cada escenario. Parte del reto de este ejercicio es determinar el rol que tiene el proveedor de servicio social al responder a la información médica.
7. Además, cada caso tiene notas específicas para el adiestrador que los participantes no deben recibir.

## **Impreso educativo IV-21: Ejercicio de estudios de casos para grupos pequeños**

### **Estudio de caso 1: Melissa**

Melissa es una mujer de 25 años que tiene el VIH. Es usuaria de heroína, nunca ha participado en un programa de mantenimiento de metadona, ha estado encarcelada intermitentemente y fuma cerca de una cajetilla de cigarrillos diaria. Es trabajadora de sexo comercial y comparte un apartamento pequeño con varias personas. Sólo uno de sus compañeros de apartamento sabe de su condición de VIH. Usa heroína de tres a cuatro veces al día. Melissa recibe cuidado para el VIH en un centro de salud comunitario de su localidad y visita al médico cada ciertos meses cuando no está en la cárcel. La mayoría de sus visitas al médico están relacionadas con síntomas de enfermedades de transmisión sexual o con infecciones respiratorias del trayecto superior. Melissa tiene cubierta de seguro médico a través del programa de Medicaid..

El recuento de CD4 más reciente que tuvo Melissa fue de 480/mm<sup>3</sup> y su carga viral fue de 45,000 copias/mL. Actualmente, sus problemas de salud incluyen herpes genital e infecciones respiratorias del trayecto superior. Melissa ha tomado antibióticos una y otra vez durante el pasado año debido a pulmonías, y toma aciclovir para su infección de herpes. Melissa visitó su médico la semana pasada, pues estaba preocupada porque había bajado 15 libras durante el mes pasado. En esa visita, el médico le sugirió que “comenzara a comer más y que tratara de que no la encarcelaran”. El doctor también le recomendó que comenzara la terapia antirretroviral “de inmediato” y le dio una receta de efavirenz y Combivir (lamivudina más zidovudina). Ella piensa que el médico pudiera estar molesto con ella, debido a que comenzó a usar heroína nuevamente. Melissa tampoco está segura si debe confiar en la recomendación del médico. Por esta razón, viene a reunirse con usted para preguntarle qué usted cree de su situación.

### **Discuta las siguientes preguntas**

- ¿Será apropiado que el proveedor le prescriba la terapia antirretroviral ahora?
- ¿Qué factores le harían pensar que Melissa no debe comenzar los medicamentos para el VIH?
- ¿Qué factores harían que usted le recomendara comenzar los medicamentos?
- ¿De qué maneras podría usted ayudar a Melissa a que se adhiera al tratamiento (en el sentido amplio de la palabra).

### **Los planteamientos**

- Sexo más seguro con los “clientes” de trabajadores de sexo
- La confidencialidad y la divulgación de la condición de Melissa en su hogar
- El contacto con el sector médico inducido por los síntomas
- Asuntos de comunicación entre el médico y el paciente, incluidos la confianza y la accesibilidad al cuidado
- Plan de cuidado de salud durante el encarcelamiento
- La conexión con programas de mantenimiento de metadona

## Notas del adiestrador para Melissa

La meta en este caso es facilitar una discusión sobre una serie de temas concernientes a Melissa. Algunos de los asuntos principales de estilo de vida y psicológicos incluyen el encarcelamiento intermitente y el trabajo de sexo comercial de Melissa. Ambos asuntos pueden tener implicaciones de salud serias. El encarcelamiento puede interferir con la adherencia tanto de la terapia antirretroviral como de los medicamentos preventivos si se suspende la terapia o no hay terapia disponible durante los periodos de encarcelamiento. Como Melissa es trabajadora de sexo, su proveedor debe tratar de discutir con ella sobre la prevención en personas infectadas con el VIH (también conocida como “prevención positiva”). También el proveedor debe tratar de discutir con Melissa sobre los riesgos específicos a la salud que ella puede enfrentar como trabajadora sexual comercial (evidenciado por sus infecciones de transmisión sexual recurrentes) al igual que sobre sus opciones de negociar un sexo seguro.

También es importante notar que, según el análisis sanguíneo más reciente, Melissa no cumple con las guías recientes de terapia antirretroviral: su recuento de CD4 es mayor de 350/mm<sup>3</sup> y la carga viral menor de 55,000 copias/mL. Se debe alentar a los participantes a que discutan por qué el médico de Melissa piensa que es adecuado comenzar la terapia en este momento, incluso la posibilidad de que el proveedor de Melissa no sea un especialista en el VIH y puede que no esté familiarizado con las recomendaciones clínicas actuales.

Otros temas médicos que los participantes deben considerar incluyen los medicamentos antirretrovirales seleccionados para Melissa, la importancia de su pérdida de peso, el continuo fumar y su historia de infecciones respiratorias. Se debe alentar a los participantes a ser críticos en cuanto a la relación entre el proveedor y el paciente en este caso, debido a que Melissa puede estar recibiendo un cuidado que no es óptimo. Además, pida a los participantes que identifiquen las oportunidades y las barreras para tener acceso a un cuidado de alta calidad para el VIH.

Además, del caso sabemos que Melissa ha tomado antibióticos en el pasado y que actualmente utiliza aciclovir para el herpes. Al evaluar la disposición de Melissa para comenzar los medicamentos para el VIH, sería útil preguntarle cual ha sido su experiencia con la adherencia a la terapia de antibióticos y del aciclovir. También sería útil preguntarle si el uso continuo de drogas afecta su capacidad para adherirse a los medicamentos y para obtener cuidado médico. Sabemos que Melissa utiliza heroína de tres a cuatro veces a la semana. Los participantes pueden tener en cuenta que Melissa puede utilizar el uso de heroína como indicio para tomar sus medicamentos para el VIH. También, deberán examinar cómo se siente Melissa de tener que comenzar la terapia con antirretrovirales, al igual que su disposición de considerar un tratamiento de drogas como parte de su plan de salud y adherencia al VIH.

## Estudio de caso 2: Raymond

Raymond es un hombre de 50 años con el VIH y hepatitis C (VHC). Trabaja a tiempo completo como gerente corporativo, está casado y tiene dos hijos adolescentes. Su familia conoce su condición del VIH. Es alcohólico y ocasionalmente utiliza cocaína. Fue diagnosticado con el VHC por primera vez en 1990, cuando se conocía como hepatitis no A, no B. La primera vez que dio positivo para el VIH fue estando internado para recibir tratamiento de drogas en 1995.

Raymond tiene un seguro médico excelente en su empleo, pero en su trabajo nadie conoce su condición del VIH o del VHC. Es susceptible a recurrencias, especialmente durante momentos de tensión en el hogar y el trabajo y, muchas veces, se pierde el contacto con él durante varios días. Durante los últimos seis meses ha estado sobrio de alcohol y cocaína. En su última cita, el médico le sugirió que comenzara la terapia antirretroviral debido a que los resultados de laboratorio apuntaban a que su condición había empeorando. Su recuento más reciente de CD4 fue de 350/mm<sup>3</sup>, y la carga viral de 85,000 copias/mL. Su función renal está dentro del nivel normal. Raymond quiere comenzar la terapia, pues tiene muchos deseos de mantenerse saludable para su esposa e hijos, pero tiene la preocupación de no poder llevar el régimen. Su médico le ha prescrito indinavir, ritonavir, lamivudina y estavudina. Raymond viene a reunirse con usted y le pregunta si usted cree que él puede llevar el régimen antirretroviral sugerido. Le confía que se ha sentido “muy vulnerable últimamente” y que “realmente quiere beber”.

### Discuta las siguientes preguntas

- ¿Es adecuado que el proveedor le recete los medicamentos antirretrovirales ahora?
- ¿Qué factores le harían pensar a usted que Raymond *no* debe comenzar los medicamentos para el VIH?
- ¿Qué factores le harían pensar que debe comenzar la terapia de medicamentos?
- ¿Cómo hablaría con Raymond sobre sus preocupaciones de poder manejar el régimen del VIH?
- ¿De qué maneras puede ayudar a Raymond a adherirse al tratamiento?

### Los planteamientos

- Coinfección con el VHC
- Uso de alcohol y la adherencia
- Uso de cocaína y la adherencia
- Planes para la recaída
- Sobriedad y decisiones sobre la terapia antirretroviral
- Selección del médico de un régimen que contiene indinavir y ritonavir; preocupaciones sobre los requerimientos de líquidos del indinavir y almacenamiento del ritonavir en el refrigerador
- Estilo de vida y adherencia inestables

## **Notas del adiestrador para Raymond**

El caso de Raymond es complejo debido a las situaciones psicosociales y médicas que enfrenta, incluido el uso de múltiples drogas (alcohol y cocaína). Como adiestrador, es importante tener una expectativa realista y reconocer que no todos los asuntos de Raymond se podrán atender en el corto tiempo disponible. En lugar de esto, este caso debe verse como una gran oportunidad para explorar una amplia variedad de temas.

Los participantes deben prestar atención especial a la situación de trabajo y familiar de Raymond y considerar el efecto que puede tener su decisión de no divulgar sus condiciones del VIH y del VHC sobre su capacidad de poder adherirse a la terapia de medicamentos. Los participantes también deben considerar los retos singulares relacionados con su vida como ejecutivo corporativo, las barreras para la adherencia en relación con su empleo a tiempo completo y las estrategias que Raymond deberá adoptar para ayudarlo a adherirse a la terapia antirretroviral en un lugar de trabajo donde nadie conoce su condición.

Claramente, uno de los asuntos principales que enfrenta Raymond es la naturaleza de su uso de drogas. La cocaína y el alcohol tienen efectos negativos sobre las tasas de adherencia debido a la manera en que se utilizan, esporádica e inconsecuentemente. Además, ingerir mucho alcohol puede causar pérdida de memoria y momentos de inconsciencia. Aunque Raymond ha estado libre de drogas por seis meses, los participantes deben prestar atención especial al riesgo de recaídas, la importancia del estrés como factor desencadenante para el uso de drogas y su tendencia a desaparecer cuando usa drogas. Los participantes deben discutir las estrategias para determinar otros aspectos de la disposición de tratamiento de Raymond.

Se debe alentar a los participantes a que consideren la variedad de temas médicos que Raymond enfrenta. Está coinfectado con el VHC y el VIH, que lo ponen a riesgo de que la infección del VHC progrese aceleradamente. El consumo de alcohol representa un riesgo de salud mayor. Otro punto para atender es la selección del ritonavir como parte de su régimen de tratamiento. Se sabe que el ritonavir es especialmente fuerte para el hígado y probablemente no es una selección ideal para alguien con enfermedad hepática preexistente e historia de abuso de alcohol.

Por otro lado, el ritonavir es un antirretroviral poderoso en términos de su eficacia, y puede ser más aceptable que otros inhibidores de proteasa en cuanto a las dosis omitidas y al riesgo de resistencia viral. Aunque algunos proveedores elegirían comenzar la terapia antirretroviral cuando el recuento de CD4 y la carga viral alcancen los niveles observados en Raymond, otros no. Las guías más recientes indican que el tratamiento debe ofrecerse, pero aún existe controversia. Los participantes deben considerar cuidadosamente la decisión del proveedor de Raymond de prescribir la terapia en este momento y podrían cuestionarse si el proveedor conoce el grado de uso de drogas de este paciente.

### **Estudio de caso 3: Krista**

Krista es una mujer de 35 años de edad que tiene el VIH. Actualmente no tiene vivienda, y usualmente duerme en la calle, en casas de crack o en albergues disponibles para personas que están usando drogas o alcohol y necesitan un lugar para estar sobrios. Algunas veces, Krista se queda en casa de su madre, pero sólo puede ir allí si está sobria. Krista usa crack y es alcohólica. Toma lo que aparezca, y por lo regular usa crack en las noches cuando está aburrida o sola y sale a la calle. Krista se considera una persona solitaria, pero está conectada con un programa de alcance comunitario local que provee almuerzo gratis y albergue diurno durante el invierno. En un momento dado, también estaba conectada con el Departamento de Salud Mental donde le diagnosticaron bipolarismo, pero no continuó el seguimiento para el tratamiento de apoyo de salud mental. No utiliza medicamentos psicotrópicos.

Krista recibe cuidado para el VIH de la clínica de salud pública conectada con un centro médico urbano principal. Ella visita al médico con frecuencia, pues piensa que es muy amable, le agrada al personal médico y agradece poder pasar un rato en la sala de espera y ver televisión. El médico de Krista está muy preocupado porque su recuento de CD4 bajó de manera dramática, actualmente está en  $50/\text{mm}^3$ , y su carga viral en 380,000 copias/mL. El año pasado, el médico le prescribió trimetoprim/sulfametoxazol, comúnmente conocido con el nombre comercial de Bactrim, y ahora quiere añadirle los antirretrovirales. Le dio una prescripción para nelfinavir y Combivir (lamivudina más zidovudina), además del antibiótico azitromicina. También le dijo que continuara tomando el trimetoprim/sulfametoxazol. Krista está asustada y no entiende por qué necesita este tratamiento. Ella le pide ayuda.

#### **Discuta las siguientes preguntas**

- ¿Será apropiado que el proveedor le prescriba la terapia antirretroviral ahora?
- ¿Qué factores le harían pensar que Krista no debe comenzar los medicamentos para el VIH?
- ¿Qué factores le harían pensar que Krista debe comenzar los medicamentos?
- ¿De qué maneras podría usted ayudar a que Krista se adhiera al tratamiento (en el sentido amplio de la palabra)?

#### **Los planteamientos**

- Los retos de la falta de vivienda
- La enfermedad mental y la adherencia
- El potencial de construir relaciones positivas con su médico y otro personal médico
- La urgencia de la profilaxis debido al recuento bajo de CD4
- El potencial de incorporar el apoyo de la calle al plan de adherencia
- Es necesario manejar el miedo, la ansiedad y la falta de conocimiento sobre el tratamiento

## Notas del adiestrador para Krista

En este caso, el reto es identificar tanto las barreras como, más importante aún, los apoyos para la adherencia a la terapia del VIH y para la promoción de la salud en la vida de Krista. Por ejemplo, sabemos que Krista mantiene una relación con su madre, está conectada con los servicios de alcance comunitario y de albergue, tuvo una conexión con el Departamento de Salud Mental y parece tener una relación positiva y abierta con su proveedor médico. Sin embargo, ambas condiciones, la falta de vivienda y la salud mental, son retos psicosociales importantes que los participantes necesitan reconocer y discutir.

Krista, también, tiene algunos asuntos médicos complejos y urgentes: el recuento bajo de CD4 ( $50/\text{mm}^3$ ) y la carga viral elevada (380,000 copias/mL). Como sabemos que el médico de Krista le prescribió trimetoprim/sulfametoxazol el año pasado, podemos presumir que el recuento de CD4 ha estado bajo desde entonces. Anime a los participantes a tomar en cuenta por qué el médico de Krista decidió prescribir la terapia antirretroviral ahora, a pesar de no haberla prescrito anteriormente. También pídale que piensen sobre los enfoques para determinar la disposición de Krista para la terapia antirretroviral. Por ejemplo, ¿cuán bien se ha adherido a la terapia de trimetoprim/sulfametoxazol? Guíe a los participantes para que se asegure de que dedican algún tiempo a diseñar estrategias para apoyar los esfuerzos de Krista de mantenerse saludable y a determinar si la terapia antirretroviral es correcta para ella en esta etapa. Además, pida a los participantes que piensen sobre qué intervenciones pueden ayudar a Krista a adherirse a sus medicamentos si decide comenzar la terapia antirretroviral ahora. Por ejemplo, podrían sugerir enlazar las señales de adherencia con la participación de Krista en programas de alcance comunitario, y ayudarla a reconectarse con los servicios del Departamento de Salud Mental y alentarla a que practique con un régimen simulado. Al practicar el régimen, la persona puede darse cuenta de si está lista para iniciar el tratamiento y aprender maneras para mejorar la adherencia antes de comenzar los medicamentos reales.

Los participantes podrían perder de vista el uso de drogas de Krista, al considerar todos los otros asuntos que ella enfrenta. Aliente a los participantes a hablar sobre la naturaleza del uso de drogas de ella, a discutir si el tratamiento para las drogas sería adecuado para ella, si debería iniciar tratamiento psiquiátrico y a considerar retos específicos de salud y de adherencia que podrían surgir si Krista continúa usando alcohol y crack. Recuérdeles que el enfoque debe estar en los retos de la adherencia, los apoyos y las intervenciones.

## Estudio de caso 4: Marlon

Marlon es un hombre de 21 años que tiene sexo sin protección con otros hombres infectados con el VIH. Él trabaja en un restaurán de comida rápida. Asiste a fiestas de circuito, le gusta tener sexo anónimo y usa drogas de recreación sólo cuando asiste a fiestas. Tiene un novio fijo que también está infectado con el VIH y toma terapia antirretroviral. Viven juntos en un estudio. A Marlon le diagnosticaron el VIH cuando tenía 17 años. En ese momento tenía un recuento de CD4 de  $180/\text{mm}^3$  y una carga viral de 80,000 copias/mL.

Su médico lo comenzó en terapia, casi inmediatamente, con zidovudina, lamivudina y nevirapina, y con trimetoprim/sulfametoxazol. Hasta hace poco, el tratamiento de Marlon para el VIH fue muy exitoso. Su carga viral no se detectaba y su recuento de CD4 había subido a  $400/\text{mm}^3$ . De hecho, Marlon estaba tan bien que su médico le dijo que podía suspender el trimetoprim/sulfametoxazol. Desafortunadamente, sus últimas pruebas de sangre indican que su carga viral está aumentando. La carga viral más reciente fue de 90,000 copias/mL, y el recuento de CD4 fue de  $300/\text{mm}^3$ . El médico de Marlon le realizó una prueba de genotipo, que demostró que ahora la infección del VIH es resistente a la nevirapina y a la lamivudina. El médico le sugiere un cambio de terapia a estavudina, abacavir, ritonavir e indinavir. Marlon está destrozado y se siente fracasado, especialmente cuando se compara con su pareja, al que los medicamentos le siguen funcionando muy bien. Marlon no entiende qué es lo que está haciendo mal.

### Discuta las siguientes preguntas

- ¿Cómo abordaría a Marlon cuando discuta sobre la adherencia con él?
- ¿Cómo evaluaría la adherencia de Marlon?
- ¿Qué preguntas específicas le preguntaría?
- ¿De qué maneras podría ayudar a Marlon a mejorar su adherencia al tratamiento?

### Los planteamientos

- Interacciones de medicamentos entre las drogas de recreación y el ritonavir
- Sentimientos por el fracaso del tratamiento
- La respuesta individual a la terapia
- La posibilidad de superinfección con el VIH y la importancia de tener sexo seguro entre parejas infectadas con el VIH.
- El significado de las pruebas de genotipo

## Notas del adiestrador para Marlon

La discusión sobre la adherencia en el caso de Marlon podría estar dirigido a su experiencia tomando medicamentos durante los pasados cuatro años. Como Marlon pudo mantener niveles no detectables de carga viral hasta hace poco, probablemente fue porque se había adherido a la terapia de medicamentos. Los participantes deben considerar qué factores pueden haber contribuido al fracaso actual del tratamiento. Las posibilidades incluyen la falta de adherencia reciente al régimen o el desarrollo de resistencia viral a pesar de una adherencia perfecta. Es importante que los participantes discutan la última posibilidad, que aun una adherencia perfecta no conduce a una supresión viral el 100% de las veces.

De ser necesario, se debe instruir a los participantes a que discutan otros asuntos médicos de importancia del caso de Marlon. El médico de Marlon suspendió el tratamiento con trimetoprim/sulfametoxazol cuando su recuento retornó a un nivel seguro, por lo general, más de 300/mm<sup>3</sup> o 400/mm<sup>3</sup>. Él puede que no entienda por qué se suspendió este medicamento para luego reiniciarlo cuando disminuyó su recuento de CD4. El aumento rápido y abrupto en la carga viral de Marlon es prueba de que su infección del VIH ha desarrollado resistencia a los medicamentos actuales, algo que fue comprobado más aún con los resultados de la prueba de genotipo. Asegúrese de que todos los participantes entienden qué es una prueba de genotipo, que es una prueba de sangre que analiza la estructura genética del virus para identificar mutaciones que se cree que confieren resistencia a medicamentos antirretrovirales específicos.

Marlon también está enfrentando algunos asuntos psicosociales, incluida la relación con su pareja y sus sentimientos de fracaso personal, debido a que los medicamentos han dejado de funcionarle. Esta es una oportunidad para que los participantes identifiquen información importante para comunicarle a Marlon, como, por ejemplo, la forma en que las personas responden a los medicamentos de maneras distintas (su experiencia versus la de su pareja), y cómo es que los medicamentos fallan, no las personas que los toman. Además, la divulgación de Marlon sobre el sexo anónimo y el uso de drogas de recreación deben propiciar una discusión sobre los posibles riesgos a la salud de estas conductas.

El médico de Marlon está proponiendo un nuevo régimen de tratamiento que incluye el ritonavir, un medicamento que se conoce que tiene un potencial peligroso de interacciones con drogas de recreación. Debido a que Marlon también tiene sexo sin protección con personas las cuales se desconoce su condición de VIH, se arriesga a transmitir el virus a otros y a reexponerse potencialmente al VIH, lo que puede resultar en una superinfección y la posible aceleración del progreso de la enfermedad del VIH. Recuérdele a los participantes que, aunque la información es limitada sobre la superinfección y la interacción entre la terapia antirretroviral y las drogas de recreación, estas son posibilidades importantes que hay que considerar.

## **Estudio de caso 5: Rosanna**

Rosanna tiene 60 años y tiene el SIDA y el VHC. Es adicta a la heroína y ha estado en recuperación por ocho años. Actualmente, está en un programa de mantenimiento de metadona y se dosifica cada mañana a las 7:00 a.m. El año pasado fue necesario aumentarle la dosis de metadona a 120 mg cuando comenzó a sentirse mal a causa de la droga. Rosanna cría tres nietos desde que su hija murió hace dos años. Ella recibe un cheque mensual por incapacidad del Seguro Social y subsidio del Plan 8 para ayudarle a pagar el alquiler de su espacioso apartamento de tres habitaciones.

Rosanna se mantiene ocupada con las actividades escolares y de otro tipo de sus nietos, manteniendo la casa y sirviendo de voluntaria en la iglesia. Además, ha estado tomando clases en un colegio universitario comunitario con el propósito de obtener un grado asociado. Rosanna espera poder regresar al trabajo como profesional de servicios sociales o como organizadora comunitaria. Ella mantiene muy privada su condición del VIH, especialmente en la iglesia y con los nietos. Sin embargo, el personal de la clínica de metadona conoce bien su condición y también ella se lo ha comentado a algunos compañeros de clases. Rosanna comenzó a tomar medicamentos antirretrovirales el año pasado, pero le ha costado mucho mantenerse fiel al régimen complejo de didanosina, estavudina, ritonavir y amprenavir. A pesar de que no tiene una carga viral detectable, le agradecería cambiar a un régimen del VIH más sencillo, pero tiene temor de pedirle esto al médico. Rosanna también piensa que el médico no le está prestando atención a su condición del VHC. Ella ha escuchado sobre las combinaciones con el interferón para tratar el VHC, pero el médico nunca se lo ha mencionado. Rosanna le pide consejo a usted.

### **Discuta las siguientes preguntas**

- ¿Cómo le hablaría a Rosanna cuando discuta con ella sobre la adherencia?
- ¿Cómo evaluaría la adherencia de Rosanna?
- ¿Qué preguntas específicas le haría?
- ¿Cuáles son algunas de las barreras potenciales que tiene Rosanna para la adherencia?  
¿Qué apoyos tiene para la adherencia?
- ¿Qué podría sugerirle para simplificarle la adherencia a los medicamentos del VIH?

### **Los planteamientos**

- Las interacciones entre la metadona y los antirretrovirales
- La coinfección con el VHC
- Los retos y apoyos de la adherencia relacionados con una vida ocupada (atender las demandas de los niños, el trabajo y la casa)
- El apoyo y la confidencialidad en distintos escenarios, y el impacto sobre la adherencia
- La comunicación entre el médico y el paciente sobre la complejidad del régimen y las opciones de cambio

## Notas del adiestrador para Rosanna

Hay muchos temas que discutir en este caso. No espere que los participantes puedan discutir todos los asuntos en el tiempo limitado que tienen. De ser necesario, se debe dirigir a los participantes para que discutan algunos de los asuntos psicosociales principales, incluso la divulgación de su condición del VIH y del VHC: lo ha comentado en la clínica de metadona y en la escuela con algunas amistades, pero no con sus nietos ni en la iglesia. Asegúrese de que los participantes discutan cómo la divulgación de Rosanna puede afectar su adherencia actual y futura. Tenga presente que su régimen actual parece irle bien (tiene una carga viral no detectable), indicativo de que probablemente se adhiere bien, pero que quiere cambiar a uno más sencillo.

Los participantes podrían cuestionar, primeramente, por qué Rosanna toma un régimen tan complejo de medicamentos para el VIH, pues el caso indica que ésta ha sido la primera combinación de terapia que recibe. Además, los participantes deben prestar atención especial a la relación entre el proveedor y la paciente. El caso indica que Rosanna tiene temor de hablar con el médico sobre cambiar los medicamentos, y también piensa que el médico no le está prestando suficiente atención a la coinfección con el VHC. Otros temas médicos de este caso incluyen los siguientes: evaluar la necesidad de educar sobre la coinfección con el VIH y el VHC, las interacciones entre los antirretrovirales y la metadona y las estrategias para comunicarse con el médico sobre los próximos pasos a seguir. En cuanto a las interacciones, es importante saber que el aumento en la dosis de metadona que tuvo Rosanna, pudo haber estado provocado por las interacciones de drogas con el ritonavir y el amprenavir. Aliente a los participantes a desarrollar estrategias para ayudar a Rosanna a que interceda por ella misma en el escenario médico, tal vez mediante la interpretación de roles o ayudándola a desarrollar una lista de preguntas para llevarla a su próxima cita.

Aparte de la participación de Rosanna en el programa de mantenimiento de metadona, el uso de drogas no es significativo en este caso. Sin embargo, los participantes pueden considerar las maneras de relacionar las conductas de Rosanna que promueven la salud del VIH y del VHC con su exitoso programa de recuperación. Los participantes deben percatarse de que la vida de Rosanna es bien activa, incluidos sus compromisos con sus nietos, escuela, mantenimiento de metadona, terapia antirretroviral, y, ahora, que está considerando un cambio en la terapia de antirretrovirales y comenzar la terapia con el interferón para tratar el VHC. De ser necesario, incite a los participantes a considerar cuáles barreras para la adherencia podría enfrentar Rosanna en el futuro, qué apoyo tiene actualmente y qué intervenciones podrían proveer apoyo adicional a sus esfuerzos para promover su salud.

## Sesión 10: Conclusión

### Presentación: Puntos para llevar consigo

**Propósito:** Resumir los puntos principales de este módulo

**Tiempo:** 15 minutos

**Materiales:** Diapositiva IV-95, “Puntos para llevar consigo”

#### Notas para el adiestrador

Resuma brevemente los temas principales concernientes a la adherencia en los usuarios de drogas infectados con el VIH. Asegúrese de incluir los siguientes puntos:

- Individualice los planes de tratamiento según las necesidades de cada paciente.
- Reconozca que hay retos específicos cuando se trabaja con usuarios de drogas infectados con el VIH, pero que estos retos se pueden vencer.
- Tome en cuenta los límites que los proveedores no médicos enfrentan cuando ofrecen consejo sobre la adherencia y la promoción de salud a pacientes con el VIH.
- Explore las oportunidades para unirse a proveedores de otras disciplinas para fortalecer el apoyo a la adherencia en pacientes que usan drogas.

### Puntos para llevar consigo

- Individualice los planes de tratamiento según las necesidades del paciente.
- Reconozca los retos específicos de trabajar con usuarios de drogas infectados con el VIH.
- Utilice el conocimiento y las herramientas para vencer estos retos y para interceder por los pacientes.
- Tome en cuenta los límites de los proveedores no médicos que ofrecen consejo sobre adherencia en el VIH y la promoción de salud.
- Explore las oportunidades de unirse con proveedores de otras disciplinas para fortalecer el apoyo a la adherencia.

Slide IV-95

## Referencias

- Altice, F.L., Friedland, G.H., Cooney, E.L. (1999). Nevirapine induced opiate withdrawal among injection drug users with HIV infection receiving methadone. *AIDS*, 13(8), 957-962.
- Antoniou, T., Tseng, A.L. (2002). Interactions between recreational drugs and antiretroviral agents. *Annals of Pharmacotherapy*, 36(10), 1598-1613.
- Arnsten, J.H., Demas, P.A., Farzadegan, H., et al. (2001). Antiretroviral therapy adherence and viral suppression in HIV-infected drug users: Comparison of self-report and electronic monitoring. *Clinical Infectious Diseases*, 33(8), 1417-1423.
- Arnsten, J.H., Demas, P.A., Grant, R.W., et al. (2002). Impact of active drug use on antiretroviral therapy adherence and viral suppression in HIV-infected drug users. *Journal of General Internal Medicine*, 17(5), 377-381.
- Bagasra, O., Pomerantz, R.J. (1993). Human immunodeficiency virus type 1 replication in peripheral blood mononuclear cells in the presence of cocaine. *Journal of Infectious Diseases*, 168(5), 1157-1164.
- Bamberger, J., Bangsberg, D., Chamber, D., et al. (June 2000). Adherence to HIV therapies: Critical issues. *Science to Community, Clinical #1*. University of California-San Francisco, San Francisco, California.
- Broers, B., Morabia, A., Hirschel, B. (1994). A cohort study of drug users' compliance with zidovudine treatment. *Archives of Internal Medicine*, 154(10), 1121-1127.
- Beauverie, P., Taburet, A. M., Dessalles, M. C., et al. (1998). Therapeutic drug monitoring of methadone in HIV-infected patients receiving protease inhibitors. *AIDS*, 12(18), 2510-2511.
- Bruno, R., Sacchi, P., Puoti, M., et al. (2002). HCV chronic hepatitis in patients with HIV: Clinical management issues. *American Journal of Gastroenterology*, 97(7), 1598-1606.
- Carmona, A., Knobel, H., Guelar, A., et al. (2000). Factors influencing survival in HIV-infected patients treated with HAART [Abstract TuOrB417]. Presented at 13<sup>th</sup> International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000.
- Cedars-Sinai Medical Center. (2001). *Adherence Now: Best Practices and Practical Tools. Proceedings of a roundtable symposium in November 2001*. World Health CME, New York, New York.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2002). Guidelines for using antiretroviral agents among HIV-infected adults and adolescents: Recommendations of the Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV. *MMWR*, 51(RR-7), 1-55.  
(<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5107a1.htm>)

Centers for Disease Control and Prevention. (1998). Prevention and treatment of tuberculosis among patients infected with human immunodeficiency virus: Principles of therapy and revised recommendations. *MMWR*, 47(RR-20), 1-58.

(<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00055357.htm>)

Chesney, M.A. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. (2000). *Clinical Infectious Diseases*, 30(Suppl 2), 171-176.

Chesney, M. (January 1999). The challenge of adherence. *Bulletin of Experimental Treatments for AIDS* 12(1), 10-13.

(<http://www.sfaf.org/treatment/beta/b39/b39adhere.html>)

Clarke S., Mulcahy F., Bergin C., et al. (2002). Absence of opioid withdrawal symptoms in patients receiving methadone and the protease inhibitor lopinavir-ritonavir. *Clinical Infectious Diseases*, 34(8), 1143-1145.

Clarke, S., Mulcahy, F., Tija, J., et al. (2001). The pharmacokinetics of methadone in HIV-positive patients receiving the non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor efavirenz. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 51(3), 213-217.

Eldin, B.R., Seal, K., Lorvick, J., et al. (2001). Is it justifiable to withhold treatment for hepatitis C from illicit injection drug users? *New England Journal of Medicine*, 345(3), 211-214.

Elliot, A. Depression and HIV. (1997). Retrieved December 2002 at the Project Inform website at <http://www.projectinform.org>.

Ferrando, S.J. (2001). Substance abuse and HIV infection. *Psychiatric Annals*, 31(1), 57-62.

Fried, M.W., Shiffman, M.L., Reddy, K.R., et al. (2002). Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection. *New Journal of Medicine*, 347(13), 975-982.

Gordillo V., del Amo, J., Soriano, V., et al. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13(13), 1763-1769.

Golin, C.E., Liu, H., Hays, R.D., et al. (2002). A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. *Journal of General Internal Medicine*, 17(11), 756-765.

Gourevitch, M.N., Friedland, G.H. (2000). Interactions between methadone and medications used to treat HIV infection: A review. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 67(5-6), 429-436.

Henry, J.A., Hill, I.R. (1998). Fatal interaction between ritonavir and MDMA. *Lancet*, 352(9142), 1751-1752.

Harrington, R.D., Woodward, J.A., Hooton, T.M., et al. (1999). Life-threatening interactions between HIV-1 protease inhibitors and the illicit drugs MDMA and  $\gamma$ -hydroxybutyrate. *Archives of Internal Medicine*, 159(18), 2221-2224.

Horn, G. (1998). Party favors – Do yourself one: Get the dope on the protease effect. *POZ*, 36. Available on the *POZ* web site at <http://www.poz.com/archive/june1998/partner/warning.html>

Horn, T. (2001). HIV drug resistance and drug resistance testing: Just the FAQ's. *CRIA Update*, 10(4).

Landau, A., Batisse, D., Piketty, C., et al. (2001). Long-term efficacy of combination therapy with interferon-alpha 2b and ribavirin for severe chronic hepatitis C in HIV-infected patients. *AIDS*, 15(16), 2149-2155.

Lauer, G.M., Walker, B.D. (2001). Hepatitis C virus infection. *New England Journal of Medicine*, 345(1), 41-51.

McCance-Katz, E.F., Rainey, P.M., Jatlow, P., et al. (1998). Methadone effects on zidovudine disposition (AIDS Clinical Trials Group 262). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome Human Retrovirology*, 18(5), 435-443.

Murphy, E.L., Collier, A.C., Kalish, L.A., et al. (2001). Highly active antiretroviral therapy decreases mortality and morbidity in patients with advanced HIV disease. *Annals of Internal Medicine*, 135(1), 17-26.

Nasti, G., DiGennaro, G., Tavio, M., et al. (2001). Chronic hepatitis C in HIV infection: Feasibility and sustained efficacy of therapy with interferon alfa-2b and ribavirin. *AIDS*, 15(14), 1783-1787.

O'Connor, P.G., Selwyn, P.A., Schottenfeld, R.S. (1994). Medical progress: Medical care for injection-drug users with human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*. 331(7), 450-459.

Paterson, D.L., Swindells, S., Mohr, J., et al. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133(1), 21-30.

Peterson, P.K., Gekker, G., Chao, C.C., et al. (1991). Cocaine potentiates HIV-1 replication in human peripheral blood mononuclear cell cocultures. *Journal of Immunology*, 146(1), 81-84.

Peterson, P.K., Gekker, G., Chun, C.C., et al. (1992). Cocaine amplifies HIV-1 replication in cytomegalovirus-stimulated peripheral blood mononuclear cell cocultures. *Journal of Immunology*, 149(2), 676-680.

Project Inform. (May 1996). Building a cooperative doctor/patient relationship. Retrieved December 2002 at the Project Inform website  
<http://www.projectinform.org/pdf/doctorpatient.pdf>.

Rainey, P.M., Friedland, G., McCance-Katz, E.F., et al. (2000). Interaction of methadone with didanosine and stavudine. *Journal of AIDS*, 24(3), 241-248.

Reiter, G.S., Stewart, K.E., Wojtusik, L., Hewitt, R., Segal-Maurer, S., Johnson, M., et al. (2000). Elements of success in HIV clinical care: Multiple interventions that promote adherence. *Topics in HIV Medicine*, 8(5), 21-30.

Richman, D. D., Bozette, S., Morton, S., Chien, S., Wrin, T., Dawson, K., Hellmann, N. "The Prevalence of Antiretroviral Drug Resistance in the U.S." (Abstract LB-17), 41st Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, 2001.

Roth, M.D., Tashkin, D.P., Choi, R., et al. (2002). Cocaine enhances human immunodeficiency virus replication in a model of severe combined immunodeficient mice implanted with human peripheral blood leukocytes. *Journal of Infectious Diseases*, 185(5), 701-705.

Samet, J.H., Libman, H., Steger, K.A., et al. (1992). Compliance with zidovudine therapy in patients infected with human immunodeficiency virus, type 1: A cross-sectional study in a municipal hospital clinic. *American Journal of Medicine*, 92(5), 495-502.

Selwyn, P.A., Hartel, D., Lewis, V.A., et al. (1989). A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*, 320(9), 545-550.

Selwyn, P.A., Feingold, A.R., Hartel, D., et al. (1988). Increased risk of bacterial pneumonia in HIV-infected intravenous drug users without AIDS. *AIDS*, 2(4), 267-272.

Shapiro, M.F., Morton, S.C., McCaffrey, D.F., et al. (1999). Variations in the care of HIV-infected adults in the United States: Results from the HIV Cost and Services Utilization Study. *JAMA*, 281(24), 2305-2315.

Sherer, R. (1998). Adherence and antiretroviral therapy in injection drug users. *JAMA*, 280(6), 567-568.

Soto, B., Sanchez-Quijano, A., Rodrigo, L., et al. (1997). Human immunodeficiency virus infection modifies the natural history of chronic parenterally-acquired hepatitis C with an unusually rapid progression to cirrhosis. *Journal of Hepatology*, 26(1), 1-5.

Strathdee, S.A., Palepu, A., Cornelisse, P.G., et al. (1998). Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users. *JAMA*, 280(6), 547-549.

Staszewski, S., Haberl, A., Gute, P., et al. (1998). Nevirapine/didanosine/lamivudine once daily in HIV-1-infected intravenous drug users. *Antiviral Therapy*, 3(Suppl 4), 55-56.

Stein, J.A., Gelberg L. (1997). Comparability and representativeness of clinical homeless, community homeless, and domiciled clinic samples: Physical and mental health, substance use, and health services utilization. *Health Psychology*, 16(2), 155-162.

Stone, V.E. (2001). Strategies for optimizing adherence to highly active antiretroviral therapy: Lessons from research and clinical practice. *Clinical Infectious Diseases*, 33(6), 865-872.

Walsh, J.C., Hertogs, K., Gazzard, B. (2000). Viral drug resistance, adherence and pharmacokinetic indices in HIV-1 infected patients on successful and failing protease inhibitor (PI) based highly active antiretroviral therapy (HAART) [Abstract 699]. Presented at the 40<sup>th</sup> Interscience Conference of Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Toronto, Canada, September 17-20, 2000, 294.

Whalen, C., Horsburgh, C.R., Hom, D., et al. (1995). Accelerated course of human immunodeficiency virus infection after tuberculosis. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 151(1), 129-135.

Williams, A., Friedland, G. (1997). Adherence, compliance, and HAART. *AIDS Clinical Care*, 9(7), 51-54, 58.

## Lista de lecturas

University of California San Francisco. (2002). *Addressing the challenges of adherence. Navigating emerging challenges to long-term HIV therapy*. World Health CME, New York, New York.

Chesney, M.A. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. (2000). *Clinical Infectious Diseases*, 30(Suppl 2), 171-176.

Chesney, M. (January 1999). The challenge of adherence. *Bulletin of Experimental Treatments for AIDS* 12(1), 10-13.

(<http://www.sfaf.org/treatment/beta/b39/b39adhere.html>)

O'Connor, P.G., Selwyn, P.A., Schottenfeld, R.S. (1994). Medical progress: Medical care for injection-drug users with human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*. 331(7), 450-459.

Project Inform. (October 2002). Adherence: Keeping up with your meds. Retrieved December 2002 from the Project Inform website at <http://www.projectinform.org/pdf/adherence.pdf>.

Project Inform. (May 1996). Building a cooperative doctor/patient relationship. Retrieved December 2002 from the Project Inform website at <http://www.projectinform.org/pdf/doctorpatient.pdf>