

**Presentación realizada en el taller
PREVENCIÓN DE VIH Y OTRAS INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SANGUÍNEA O SEXUAL EN
INYECTORES DE DROGAS.**

**1-3 de septiembre, 2004
Asunción, Paraguay**



**Programa Nacional del Sida, Paraguay
Agencia Española de Cooperación Internacional
Ministerio de Sanidad y Consumo de España
Organización Panamericana de la Salud**

CONSUMIDORES DE DROGAS VIVIENDO CON VIH/SIDA

Dr. Marcelo E. Vila

**TALLER DE CAPACITACIÓN SOBRE
PREVENCIÓN DE VIH Y OTRAS
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN
SANGUÍNEA O SEXUAL
EN INYECTORES DE DROGAS
Asunción, 1-3 setiembre 2004**

Problemas de salud asociados al UD

SUSTANCIA



*INTOXICACION
AGUDA Y
CRÓNICA*

*DEPENDENCIA /
SINDROME DE
ABSTINENCIA*

FORMA DE
ADMINISTRACIÓN



*VIH/SIDA.
HBV.
HCV.
ITS.
INFECCIONES
DE LA PIEL,
ENDOCARDITIS,
ETC*

Países con Uso de Drogas Inyectables

	1992	1995	1996	1998	1999
UDI	80	118	121	128	136
VIH	52	78	81	103	114

Fuente: OMS, ONUSIDA, NIDA; 2000

Seroprevalencia en Usuarios de Drogas Inyectables

Bs. As. 2000 N=174

INFECTADOS POR AL MENOS 1 VIURS: 63%

VIH: 44.3%

VHB: 45.4%

VHC: 54.6%

HTLVI: 2.3%

HTLVII:14.5%

Mayor riesgo de infección asociado a compartir equipo de
inyección

- 61% Se había realizado el test para VIH previamente.
- 27% Se había realizado el test para VHC previamente.
- 63% NO SABIA NADA DE VHC.

Seroprevalencia en Usuarios de Drogas Inyectables

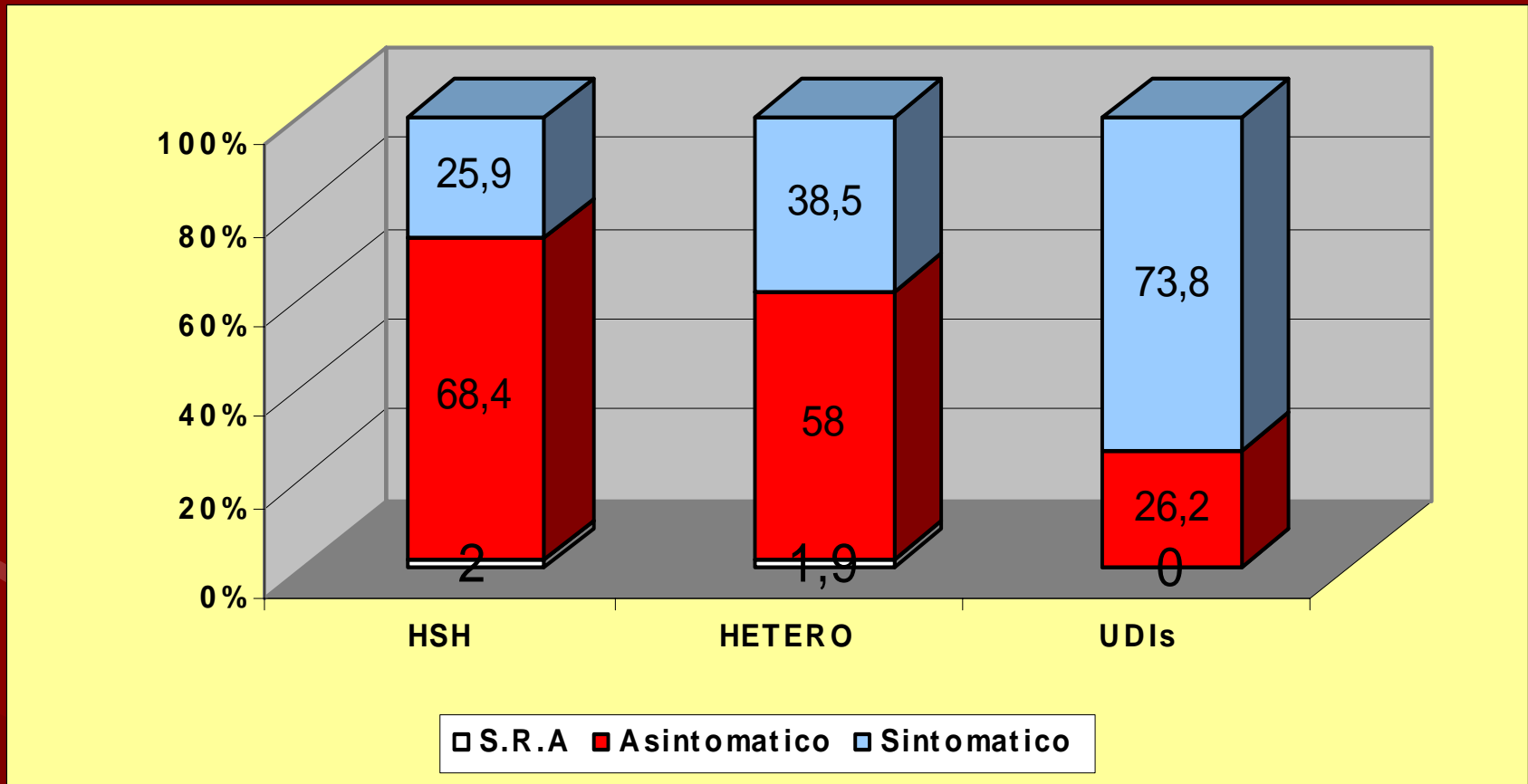
Bs. As. 2000 N=174

COINFECCIONES.

- 1 VIRUS: 23%
- 2 VIRUS: 26%
- 3 VIRUS: 39%
- 4 VIRUS: 12%

**•88,3% (55/77) de personas VIH+ ESTAN
COINFECTADAS CON VHC.**

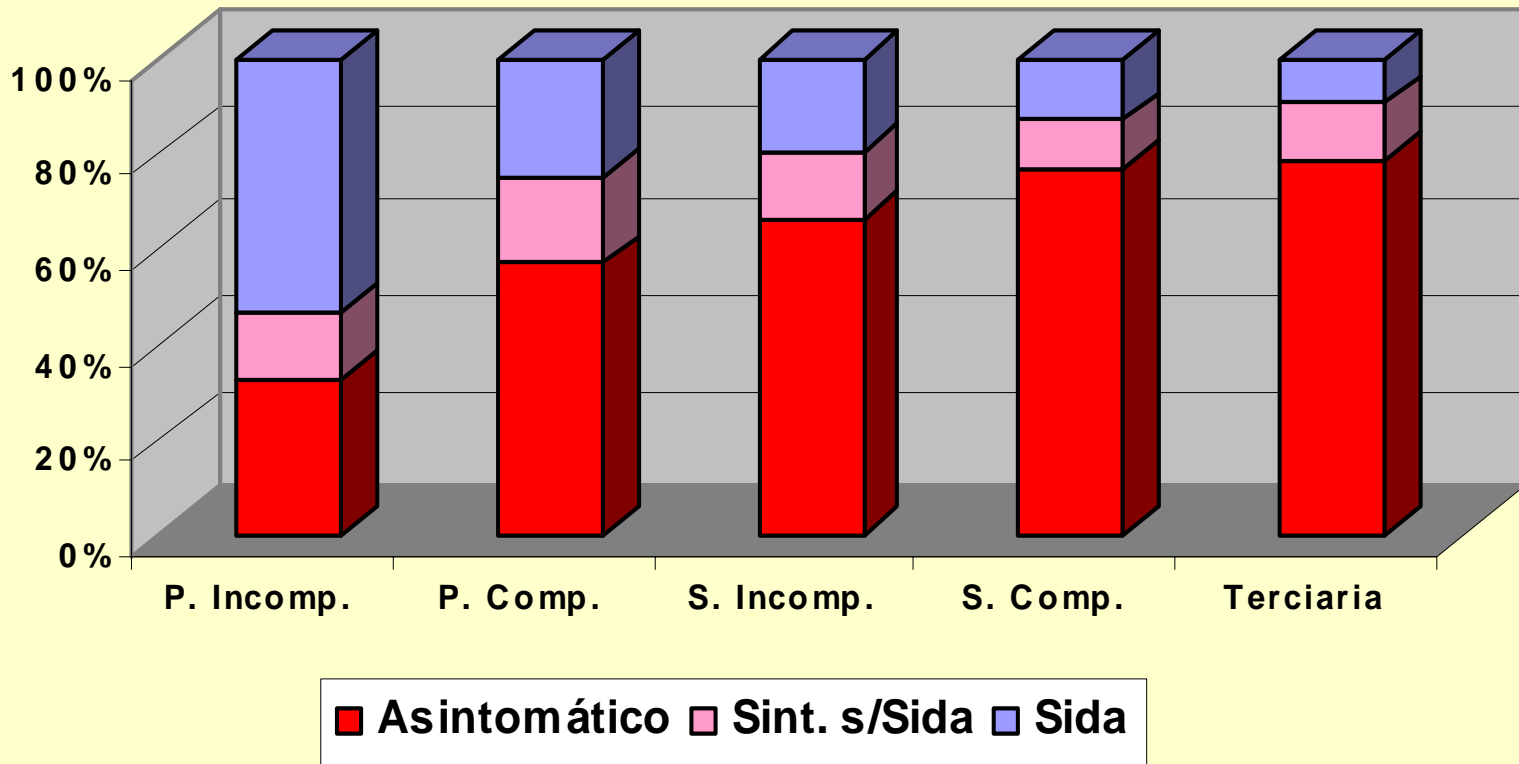
Estadio Clínico al momento del diagnóstico de Infección por VIH Según Vía de transmisión Buenos Aires. Año 2003. N= 1.125*



*Situación Epidemiología del VIVH/Sida en la ciudad de Buenos Aires. Revista Infosida N° 4. Coordinación Sida. GCBA. Septiembre 2004. En prensa.

Dr. Marcelo E. Vila. "Taller de capacitación sobre prevención de VIH y otras infecciones de transmisión sanguínea o sexual en inyectores de drogas." Asunción, 1-3 setiembre 2004

Estadio Clínico al momento del diagnóstico de Infección por VIH Según Nivel Educativo Buenos Aires. Año 2003. N= 1.125*



*Situación Epidemiología del VIVH/Sida en la ciudad de Buenos Aires. Revista Infosida N° 4. Coordinación Sida. GCBA. Septiembre 2004. En prensa.

Dr. Marcelo E. Vila. "Taller de capacitación sobre prevención de VIH y otras infecciones de transmisión sanguínea o sexual en inyectores de drogas." Asunción, 1-3 setiembre 2004

PRACTICA PROFESIONAL ATRAVESADA POR ESTEREOTIPOS

- *LA DROGA* vs las drogas.
- *EL Fetichismo de la sustancia.*
- **LA DROGA** como expresión de *oposición a la sociedad*, de no aceptación de las normas sociales.
- *Usuario de drogas* = Adicto

Estadificación de Drogas

Jack Henningfield (NIDA)

Droga	Dependencia	Abst.	Tolerancia	Refuerzo	Intoxicación
Nicotina	6	4	5	3	2
Heroína	5	5	6	5	5
Cocaína	4	3	3	6	4
Alcohol	3	6	4	4	6
Cafeína	2	2	2	1	1
Marihuana	1	1	1	2	3

*Un valor mas alto indica un efecto mas grave

Jack E. Henningfield, PhD for NIDA, Reported by Philip J. Hilts, New York Times, Aug. 2, 1994
 "Is Nicotine Addictive? It Depends on Whose Criteria You Use."

Dr. Marcelo E. Vila. "Taller de capacitación sobre prevención de VIH y otras infecciones de transmisión sanguínea o sexual en inyectores de drogas." Asunción, 1-3 setiembre 2004

USUARIOS DE DROGAS Y ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE LOS SERVICIOS

- Sistema de salud basado en estereotipos: expulsivo para los UD.
- Programas de tratamiento basados en la abstinencia: le suelen otorgar poca relevancia a los problemas de salud asociados.
- Oportunidades perdidas para la asistencia y prevención de enfermedades infecciosas.
- Servicios de salud poco flexibles para escuchar la demanda de la población.

DE LOS USUARIOS DE DROGAS

- Son en su mayoría pobres y con menor nivel educativo.
- Largo tiempo de latencia entre el inicio del consumo y solicitud de atención.
- La ilegalidad de las sustancias, y el temor a la pena alejan a estos de los servicios.
- El VIH es sólo uno de los muchos problemas que estas personas tienen.

Usuarios de Drogas y Terapia Antiretroviral

- Toda persona debe ser tratada en las mismas condiciones y no deben ser excluida del derecho a la salud, independientemente de sus prácticas.
- Los servicios deben adoptar buenas prácticas, adaptadas a los usuarios de los mismos.
- Es posible que los UD adhieran a la terapia antiretroviral?
- Hay Interacciones medicamentosas entre drogas ARV y drogas de abuso.?

ADHERENCIA

“...la baja adherencia nunca ha sido un motivo para considerar la no indicación de un tratamiento: “La pobre adhesión es común entre los pacientes con hipertensión, asma o diabetes y no por ello se les niega tratamiento. No se les niega a los fumadores cirugía de bypass coronario o tratamiento para el enfisema...”^[i]

^[i] Brian R.Edlin, et al. Is It Justifiable to Withhold Treatment for Hepatitis C from Illicit-Drug Users? N Engl J Med, 2001;345: 211-214.

Factores que influyen en la adherencia

Factores que se relacionan con pobre adherencia:

1. Mala relación médico-paciente.
2. Enfermedad mental activa, en particular depresión.
3. Falta de educación del paciente e incapacidad para identificar los medicamentos.
4. Falta de acceso confiable a la atención médica o a la medicación.
5. Violencia doméstica y discriminación.
6. Los efectos adversos de la medicación.

Predictores de buena adhesión:

1. Disponibilidad de apoyo emocional y acompañamiento.
2. La habilidad de los pacientes en incorporar los medicamentos a su rutina diaria.
3. La comprensión que la baja adherencia lleva a la resistencia.
4. El reconocimiento que es importante tomar todas las dosis de la medicación.
5. Sentirse cómodo tomando la medicación delante de otras personas.
6. Óptima supresión viral.

Es posible que los UD adhieran a la terapia antiretroviral?

- Estudio EuroSIDA/ de 6 mil pacientes/ entre los pacientes que comenzaron TARV no había ninguna diferencia en los niveles de CD4 o la carga viral como respuesta a la terapia, entre UDIs, homosexuales y heterosexuales no-UDIs. [i]

[i] Mocroft A, Madge S, Johnson AM, Lazzarin A, et al. A comparison of exposure groups in the euroSIDA study: starting highly active antiretroviral therapy (HAART), response to HAART, and survival. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1999; 22(4):369-378.

- Estados Unidos,, N= 273 pacientes, muchos de los cuales eran usuarios de drogas inyectables: El uso de drogas inyectables estaba asociado con fallas en el tratamiento en análisis bi-variante. En análisis multivariantes sólo las altas proporciones de ausencia en las consultas médicas predijeron fracaso del tratamiento. los usuarios de drogas que pueden asistir a sus consultas médicas obtienen iguales resultados que otros pacientes. [i]

[i] Samet JH, Libman H, Steger KA, et al. Compliance with ziduvodine therapy in patients infected with human immunodeficiency virus, type 1: a cross-sectional study in a municipal hospital clinic. *American Journal of Medicine* 1992;92:495-502.

ESTRATEGIAS POSIBLES

- Diseñar programas para poblaciones vulnerables: personas de escasos recursos, personas en situación de calle, travestis, UD, etc, que enfrenten las barreras comunes para acceder la atención médica.
- Deben incluir: estrategias de reducción de daños, operadores comunitarios y equipos profesionales interdisciplinarios.
- Los usuarios deben conocer sus posibilidades de realizar tratamiento y formar parte de la toma de decisión de iniciarlo junto con el equipo médico.
- Adaptar los regímenes antiretrovirales a las necesidades de las personas. En el caso de UD activos y con dificultades de sostener horarios contar con aliados en su entorno familiar/amigos.

Interacciones medicamentosas entre drogas de abuso y drogas ARV

DROGA	INTERACCIONES	SUGERENCIAS
ALCOHOL	DDI: riesgo de pancreatitis	No consumir con DDI. Consumo social si no coinfección con VHC
COCAÍNA	Aumenta replicación viral in vitro. Sin efectos clínicos comprobados.	
METADONA	Nevirapina disminuye metadona en sangre. También lo disminuyen efavirenz, lopinavir y ritonavir	No utilizar o aumentar dosis de metadona
CANNABIS	Disminuye concentración ARV? IP aumentarían niveles en sangre.	Sin efecto clínico demostrado. Aumento de efectos de Cannabis con IP?
EXTASIS	Ritonavir aumenta efectos de éxtasis. 1 muerte notificada.	No consumir éxtasis con ARV.

Interacciones medicamentosas entre drogas de abuso y drogas ARV

CANNABIS	Disminuye concentración ARV?	Sin efecto clínico demostrado.
EXTASIS	Ritonavir aumenta efectos de éxtasis.	No consumir éxtasis con ARV.
BENZODIAZEPINAS	Alprazolam, diazepam, fluorazepam, midazolam, triazolam, aumentan en sangre con IP: aumento de sedación.	Contraindicadas. Consumir BZP bajo supervisión médica. Cuidado con el uso de Bzp en la calle por los usuarios.
GHB	Aumenta niveles de GHB con utilización de IP.	No consumir con ARV.
KETAMINA	Aumenta nivel en sangre con AZT/3TC/ABACAVIR. Con IP aumenta riesgo de hepatitis.	Disminuir o eliminar el consumo.

CONCLUSIONES

- Utilizar los espacios de los tratamientos de dependencia a drogas para trabajar mensajes de RRDD respecto a uso de drogas y sexo seguro, con énfasis en la reinfección: recordar la alta tasa de recaída de estas personas.
- Muchos usuarios de drogas pueden adherir a las terapias antirretrovirales, aún sin abandonar el consumo.
- Es imposible aislar un único factor como un predictor definido de baja adherencia.

- Los usuarios de drogas con VIH que inician tratamiento ARV con estrategias de apoyo adecuadas obtienen resultados clínicos similares a otros pacientes.
- Los usuarios deben conocer sus posibilidades de realizar tratamiento y formar parte de la toma de decisión de iniciarlo junto con el equipo médico.

Muchas Gracias