



CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Boletín

DE INFORMACIÓN ESPECIAL

Boletín de Información Especial No. 3
1 de diciembre de 2015
Cuenta de Alto Costo (CAC)

Autores

Lizbeth Acuña Merchán

Directora Ejecutiva

Patricia Sánchez Quintero

Coordinadora Gestión del Conocimiento

Luis Alberto Soler Vanoy

Coordinador de Gestión del Riesgo

Luisa Fernanda Alvis

Epidemióloga

Alejandro Niño Bogoya

Communications Chief Officer

Unidad de Comunicación y Difusión

Diseño y diagramación

Cuenta de Alto Costo

Carrera 45 # 103-34 Oficina 401

PBX (+571) 6021820

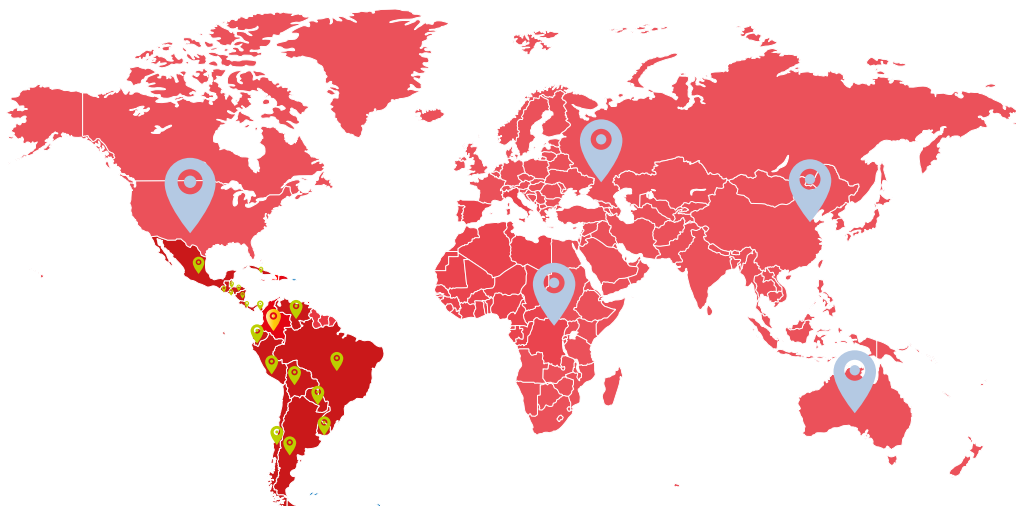
Bogotá D.C., Colombia

DÍA MUNDIAL DEL SIDA 2015

La Respuesta Rápida para acabar con el sida

Desde 1988 el mundo conmemora cada 1º de diciembre el Día Mundial de la Lucha contra el SIDA para generar consciencia respecto a esta enfermedad. La Organización Mundial de la Salud OMS ha informado que “desde ese año las nuevas infecciones se han reducido en un 35% y las muertes por sida en un 25%. Unos 16 millones de personas reciben actualmente tratamiento antirretroviral, más de 11 millones de ellas en África.

Contexto Mundial del VIH



En el mundo, **36,9 millones** (34,3 – 41,4 millones) de personas viven con VIH (1).

1,7 millones [1,4 millones–2 millones] viven con VIH en América Latina (1).

61 mil personas viven con VIH en Colombia

Poner fin a la epidemia de sida como parte
de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

www.cuentadealtocosto.org

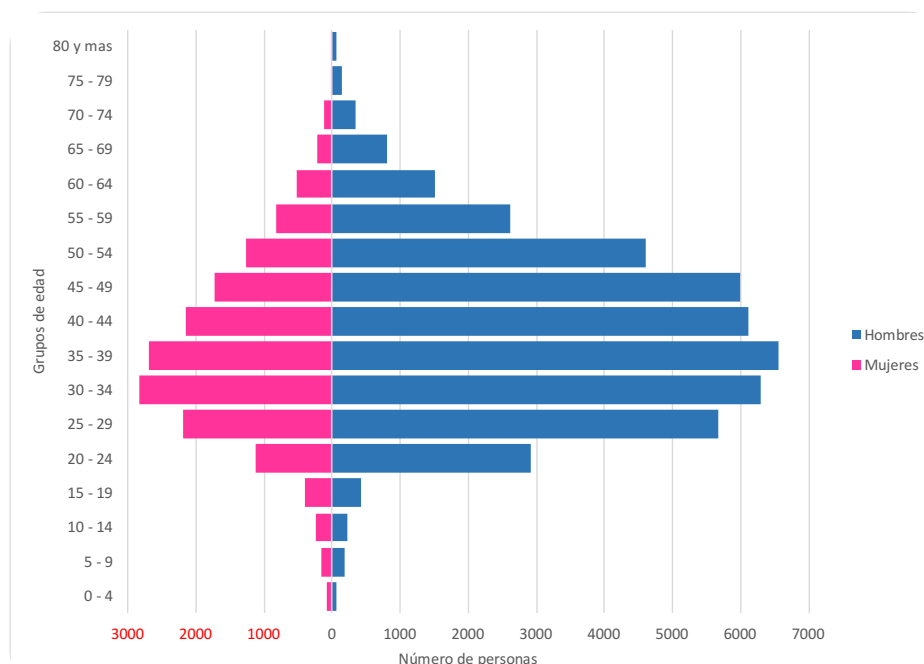


¿Qué se está haciendo para controlar el VIH en Colombia?

¿Cómo estamos en Colombia?

Según la información reportada a la Cuenta de Alto Costo con corte al 31 de enero de 2015, se identificaron en el país un total de **61.162** personas viviendo con VIH (PVVIH), de los cuales el **1,7%** son menores de 15 años. El **72,8%** son hombres. El **2,3%** de las mujeres con VIH se encontraron en estado de embarazo; y habiéndolo estado en los últimos 6 meses, aproximadamente 3 de cada 100 mujeres con VIH. En Colombia por cada mujer con VIH, hay 2,7 hombres con esta enfermedad. El promedio de edad de las PVVIH es de 39,5 años (DE 12,3). Teniendo al menos el 50% de las personas con VIH menos de 39 años.

Ilustración 1. Personas viviendo con VIH según edad y sexo. Colombia 2015.



Personas con VIH en el país

16.615

Mujeres con VIH en Colombia

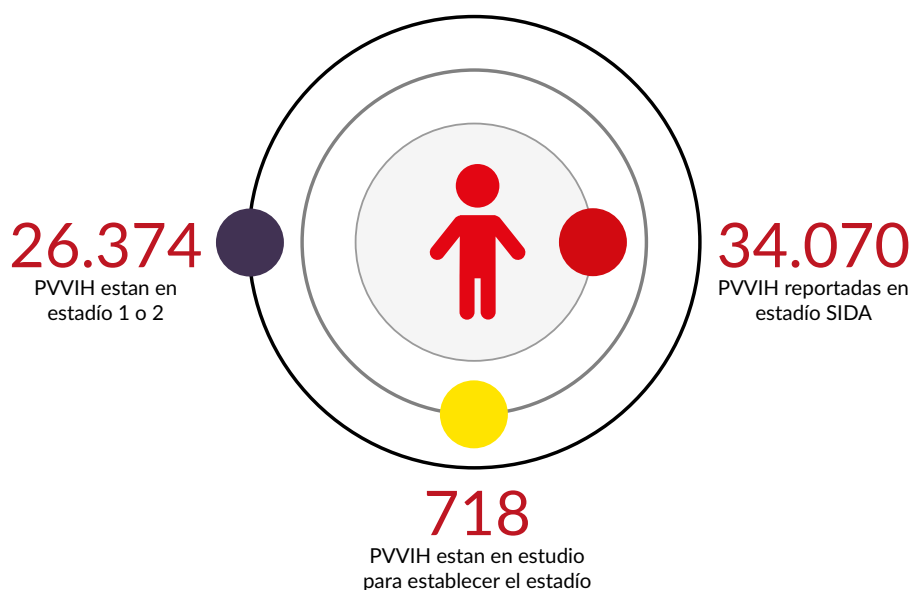


44.547

Hombres con VIH en Colombia



Estadío clínico actual de las PVVIH en Colombia



Mecanismos de contagio

De cada

100 personas
viviendo con VIH,
aproximadamente

15 desconocen el mecanismo
por medio del cual
contrajeron la infección.

El **83,2%**
la adquirieron a través de la
transmisión sexual.



Prevalencia

La prevalencia de VIH en el país (presentada en detalle en la tabla 1), es de **0,14 personas por cada 100 afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, siendo 0,13 por cada 100 habitantes**. Al realizar la diferenciación por sexo, se encontró una prevalencia de infección por VIH mucho más alta en hombres respecto las mujeres. La prevalencia de SIDA en el país es de 0,08 por cada 100 afiliados a la BDUA, disminuyendo a 0,07 cuando se toma como denominador la población del país.

Tabla 1. Prevalencia del VIH x 100 personas en Colombia¹.

Condición clínica	BDUA				DANE		
	Población	Tasa ajustada	IC (95,0%)		Tasa ajustada	IC (95,0%)	
PVVIH	Hombres	0,21	0,21	0,21	0,19	0,19	0,20
	Mujeres	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07
	Total	0,14	0,14	0,14	0,13	0,13	0,13
PVVIH en estadío clínico actual 1, 2 o por establecer según la clasificación CDC 2008	Hombres	0,09	0,09	0,09	0,08	0,08	0,08
	Mujeres	0,04	0,04	0,04	0,04	0,03	0,04
	Total	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06
PVVIH en estadío clínico actual 3 (SIDA) según la clasificación CDC 2008	Hombres	0,13	0,13	0,13	0,11	0,11	0,12
	Mujeres	0,04	0,04	0,04	0,03	0,03	0,03
	Total	0,08	0,08	0,08	0,07	0,07	0,07

Fuente: Elaboración propia a partir de la información reportada por las EAPB en cumplimiento de la Resolución 4725 de 2011 y Resolución 783 de 2012. Fecha de medición: 31 de enero de 2015.

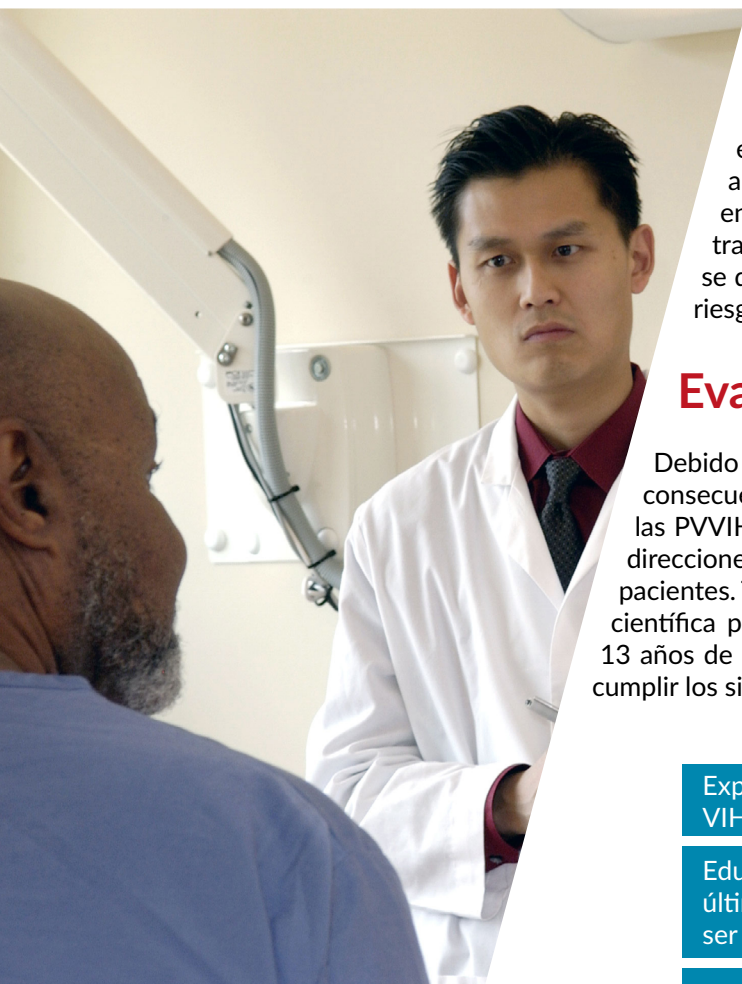
BDUA: Base de datos única de afiliados.

DANE: Departamento administrativo nacional de estadística.

CDC: Centros de control y prevención de enfermedades.

1. Se realizaron 2 mediciones de la prevalencia: por un lado, la medición realizada con la BDUA, excluye los casos de PVVIH reportados a la Cuenta de Alto Costo por parte de las EAPB del régimen especial y de excepción, por no contarse con la población afiliada a estas EAPB. Por otro lado, la medición realizada con información DANE, reúne todos los casos de PVVIH en el país y toma como referencia la población colombiana estimada para Junio 30 del año 2015.

¿Qué se sabe de la atención de los pacientes con VIH en Colombia?



By National Cancer Institute [Public domain], via Wikimedia Commons

Con el objetivo de evaluar la atención brindada por las instituciones que atienden pacientes con VIH, los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el país, en el año 2014, definieron a través de un consenso basado en evidencia los indicadores para evaluar resultados de gestión y clínicos en instituciones que atienden a PVVIH en el país (2). Estos indicadores fueron estructurados teniendo en cuenta los aspectos más relevantes del diagnóstico, seguimiento, tratamiento y prevención específica de la enfermedad. A continuación se describen los resultados de algunos de los indicadores de gestión de riesgo definidos.

Evaluación inicial y seguimiento

Debido a la complejidad en el manejo de la infección por VIH y las consecuencias derivadas de la misma, se ha considerado que la atención de las PVVIH, debe estar a cargo de un médico experto que lidere la atención y direcciona de forma adecuada, los servicios a los cuales deben acceder estos pacientes. Teniendo en cuenta la “Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años de edad o más) y adultos” (3) para Colombia, un médico experto debe cumplir los siguientes 3 criterios:

Experiencia en el manejo de por lo menos 25 pacientes con VIH en los últimos 3 años.

Educación médica continuada mínima de 40 horas en los últimos 3 años de las cuales por lo menos 10 horas han debido ser en el último año.

Certificación de especialista en Medicina Interna, Pediatría, Medicina Familiar o médico general (u otra especialidad médica) con por lo menos 5 años de experiencia en manejo de pacientes con infección por VIH/Sida.

Proporción de PVVIH que reciben atención por médico experto.

Para el año 2014, el 93,3% de las PVVIH en el país recibían atención por un médico experto, y para el año 2015 el 94%.

Por otro lado, se identificó la realización de un recuento de CD4, carga viral y linfocitos totales para la evaluación inicial de las PVVIH y para su seguimiento, como indicadores importantes para medir la gestión realizada, siendo esto, reafirmado por la Asociación de Enfermedades Infecciosas de América, quien considera que la realización de un recuento de células CD4 con porcentaje debe ser obtenida al inicio de la atención (4) de estos pacientes.

Ford y colaboradores, refieren que “las mediciones de recuento de células CD4 son un importante predictor de la progresión de la enfermedad y la muerte en las personas que viven con el VIH y han sido el medio principal para evaluar la elegibilidad para el inicio de la terapia antirretroviral, el uso de la profilaxis para las infecciones oportunistas y el seguimiento de la respuesta al tratamiento (5).

La Organización Mundial de la Salud considera la carga viral, como la prueba de elección para el diagnóstico y para confirmar el fracaso del tratamiento, además considera el recuento de CD4 como aspecto para iniciar la terapia antirretroviral (6). La frecuencia de la realización del recuento de CD4 y carga viral para el seguimiento de los pacientes es variable dependiendo del país, principalmente por las condiciones económicas de los mismos realizándose en algunos casos, cada 3 - 4 meses, cada 6 meses, cada año (5).

Según la información reportada a la Cuenta de Alto Costo, al 65,7% de personas que fueron diagnosticadas con infección por VIH durante el último año se les realizó un recuento de CD4, y al 52,2% la valoración de linfocitos totales.

Respecto al seguimiento de las PVVIH que tienen el diagnóstico más de 6 meses en nuestro país, se conoce que al 72,8% se les realizó seguimiento de CD4 y carga viral en los últimos 6 meses, porcentaje que se observa superior a lo identificado respecto al año 2014, en donde se reportó un 69,5%.

Proporción de PVVIH con realización de PPD (anual)

- Otro aspecto para el seguimiento de las PVVIH es la realización de la PPD anual (Purified Protein Derivative – PPD) o tuberculina, como estrategia para vigilar la tuberculosis latente.
- En Colombia, solo el 22,5% de las personas con VIH se les realizó la prueba de PPD, esto es un aspecto que debe considerarse como parte del seguimiento en estos pacientes ya que puede identificarse de forma precoz la presencia de esta patología e intervenir oportunamente en virtud de las múltiples complicaciones y consecuencias para el paciente que el desarrollo de una infección oportunista puede tener en el desenlace de la enfermedad. A pesar de que este indicador es uno de los más bajos en la población con VIH reportada, es de resaltar que aumento en un 8% respecto al año 2014.

Proporción de PVVIH con realización de recuento de CD4 / linfocitos totales en la valoración inicial.

Proporción de PVVIH con seguimiento de CD4 y CV en los últimos 6 meses

Tratamiento

La terapia antirretroviral hace referencia a la combinación de tres o más medicamentos antirretrovirales. Diferentes esquemas han sido establecidos y son utilizados en los pacientes teniendo en cuenta las características clínicas de los mismos. En Colombia, la indicación de inicio de terapia antirretroviral, según la guía de práctica clínica, sugiere que se debe iniciar en pacientes 1) con infección grave o avanzada por VIH (etapa clínica 3 o 4 de la OMS, categoría B o C del CDC), independiente del recuento de Linfocitos Totales y CD4, 2) cuando el recuento de LT CD4 sea menor o igual ≤ 500 células/mm³, en pacientes asintomáticos y 3) cuando el recuento de LT CD4 mayor > 500 células/mm³ frente a algunas enfermedades concomitantes o situaciones especiales (coinfección con tuberculosis, hepatitis B o C, mayor de 60 años, gestantes, entre otros) (3).

El establecimiento de la terapia antirretroviral en gestantes, se ha planteado con el objetivo de tener un control sobre la enfermedad en la mujer por un lado, y en prevenir la transmisión de la infección por VIH en los niños, por otro. La Organización Mundial de la Salud planteó en el 2010, la importancia de realizar en este grupo poblacional una diferenciación respecto a la terapia: profilaxis y tratamiento teniendo en cuenta el recuento de CD4. Sin embargo, un nuevo enfoque plantea el establecimiento de la TAR independiente del recuento de CD4, iniciándose tan pronto como se conoce el diagnóstico (7).

Proporción de TAR en PVVIH gestantes.





Según la información reportada y auditada para el año 2014, el 82,5% de las mujeres gestantes con VIH tenían terapia antirretroviral. En el año 2015, 94 de cada 100 mujeres con VIH se encuentran recibiendo terapia. Este aspecto es fundamental para reducir la transmisión de la infección a los neonatos y resalta como la gestión de esta patología puede a futuro generar un gran impacto en los resultados de salud en el país.

Al 67% de las PVVIH que iniciaron TAR durante el último año, se les indicó e inició su terapia siguiendo las pautas de elección de tratamiento antirretroviral con medicamentos de primera línea, de acuerdo con la guía de práctica clínica colombiana para la atención de la infección por VIH/Sida.

Otro de los indicadores seleccionado como parte la gestión en estos pacientes, se relaciona con el tratamiento de las infecciones oportunistas, habiendo documentado la literatura a la tuberculosis como una de las más frecuentes en los pacientes con infección por VIH (8). Con el objetivo de curar a los pacientes de tuberculosis y minimizar la transmisión hacia otros individuos, el tratamiento de esta enfermedad debe ir de la mano con el tratamiento antirretroviral. En Colombia, el 54,4% de los pacientes con TB activa tenía tratamiento de forma concomitante para TB y VIH, pasando a 86,3%, para el año 2015. Esto puede reflejar dos situaciones: por un

Proporción de PVVIH con TB activa en tratamiento simultáneo para TB y con TAR.

lado, el mejoramiento en la identificación de los casos de tuberculosis en los pacientes con VIH, y por otro, la prescripción del tratamiento simultáneo tras la identificación. Lo anterior, muestra como paulatinamente se puede ir controlando los diferentes factores que afectan la condición de estos pacientes.

Es importante mencionar que este indicador hace referencia al porcentaje de pacientes a quienes se les prescribe la terapia para ambas patologías. A los pacientes restantes es posible que no se les haya prescrito ambas terapias, desconociéndose los motivos por los cuales se presenta esta situación, convirtiéndose esto en un aspecto a revisar y monitorear por parte de cada una de las aseguradoras e instituciones encargadas de la atención.

Teniendo en cuenta además que se pueden presentar interacciones entre los medicamentos utilizados para estas dos patologías y toxicidad (9;10).

Proporción de PVVIH con carga viral indetectable a las 48 semanas o más de TAR.

Por otro lado, como resultado del tratamiento antirretroviral, se espera que los pacientes después de recibir 48 o más semanas de tratamiento, logren obtener una carga viral indetectable, es decir menor a 50 copias/ml (3), lo que se interpretaría como un adecuado manejo terapéutico, adherencia al tratamiento y éxito desde la perspectiva del paciente. Para el año 2015, se encontró que 55% de los pacientes con terapia antirretroviral en el país, tenían una carga viral indetectable. Esto plantea la necesidad de hacer un análisis más acucioso del tratamiento que se está prescribiendo a estos pacientes no solo desde el punto de vista farmacológico sino en el contexto de las comorbilidades, los efectos adversos, las interacciones medicamentosas, la adherencia al tratamiento, la percepción del paciente frente a la enfermedad y demás factores que influyen en el éxito de la terapia.

En los pacientes con VIH que se encuentran recibiendo terapia antirretroviral, se considera fracaso virológico cuando se encuentra una carga viral detectable después de máximo 6 meses de terapia antirretroviral, o cuando después de lograr una carga viral indetectable (<50 copias/ml), ésta se hace detectable en 2 determinaciones consecutivas.

Proporción de PVVIH con genotipificación primer fallo.

Para el establecimiento de un nuevo régimen de tratamiento, las potenciales causas del fracaso virológico deben ser consideradas incluyendo los efectos adversos, la exacerbación de las comorbilidades, las interacciones medicamentosas, la frecuencia de la dosis, o las relacionadas con la adherencia (11). De igual forma, la genotipificación para interpretar las mutaciones del virus ha sido reconocida como una acción importante para direccionar el nuevo tratamiento de los pacientes (11). La literatura también sugiere la realización de pruebas de resistencia para guiar la modificación de la terapia antirretroviral (4). Según el análisis de la información fueron reportados 4.481 casos de pacientes con fracaso virológico para el año 2015, realizándosele estudio de genotipificación solo al 22,1%.

Prevención específica

Las acciones de prevención específica están encaminadas a evitar el progreso de la enfermedad y la presentación de complicaciones asociadas a la presencia de la misma.

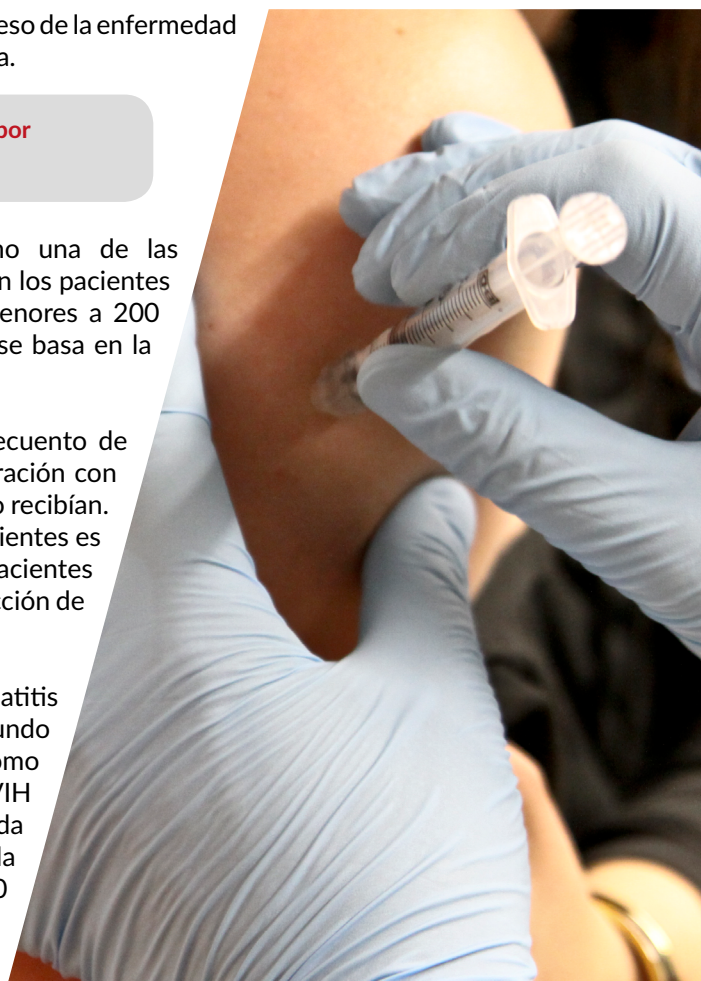
Proporción de PVVIH con profilaxis para neumonía por *Pneumocystis Jiroveci*

La neumonía por *Pneumocystis Jiroveci* ha sido identificada como una de las enfermedades oportunistas que se presentan de forma más frecuente en los pacientes con VIH principalmente en aquellos que tienen recuentos de CD4 menores a 200 CD4/ml, por lo cual, la recomendación para este grupo de pacientes se basa en la instauración del tratamiento profiláctico (10;12).

En nuestro país para el año 2015, 50 de cada 100 PVVIH con un recuento de CD4<200/ml reciben profilaxis para *Pneumocystis Jiroveci*, en comparación con lo reportado para el año 2014, en el cual solo 43 personas de cada 100 lo recibían. El incorporar este concepto de profilaxis específica en este grupo de pacientes es una estrategia exitosa desde diferentes puntos de vista, por un lado, los pacientes estarán protegidos ante una posible infección oportunista, con una reducción de impacto social y económico.

La infección por el virus de la hepatitis B, es la principal causa de hepatitis crónica, cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular alrededor del mundo (13).por lo cual, la vacunación contra la hepatitis B ha sido reconocida como una estrategia para controlar esta enfermedad en los pacientes con VIH (9;14) y evita las consecuencias de la misma. La vacunación está indicada en todos los pacientes VIH, en los cuales no se haya documentado la existencia de inmunidad previa y tengan un recuento CD4 mayor a 200 CD4/ml (13;15). De acuerdo con los datos reportados, se identificaron 1.044 pacientes con VIH que además tienen hepatitis B; de los PVVIH reportados con CD4>200/ml el 39,3% de tienen esquema completo de la vacuna para la hepatitis B.

En VIH/Sida, enfermedad de alto riesgo e impacto social y económico para nuestro sistema de salud, se ha avanzado significativamente en las inclusiones en el plan de beneficios para garantizar el acceso a lo que los pacientes requieren y a través del seguimiento y monitoreo de los indicadores determinados para la evaluación de gestión de riesgo en esta enfermedad se está mejorando en el proceso de atención; sin embargo, se requiere un mayor esfuerzo de aseguradores y prestadores para garantizar no solo que los pacientes tengan acceso a sus terapias sino que reciban una atención integral e integrada y por parte de los pacientes el autocuidado, sensibilización y participación de las estrategias que realiza el gobierno nacional a través de las diferentes políticas públicas para el beneficio de todos y la sostenibilidad del sistema de salud.



Referencias

- (1) ONUSIDA. Estadísticas Globales. Hoja Informativa 2015. 28-11-0205.
Ref Type: Online Source
- (2) Acuña L, Soler L, Sánchez P, Cuenta de Alto Cos. Consenso Basado en Evidencia: Indicadores mínimos para evaluar resultados de gestión y clínicos en instituciones de atención a personas viviendo con VIH en Colombia. 2014.
- (3) Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años de edad o más) y adultos. 2014.
- (4) Aberg JA, Gallant JE, Ghanem KG, Emmanuel P, Zingman BS, Horberg MA, et al. Primary care guidelines for the management of persons infected with HIV: 2013 update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2014 Jan;58(1):1-10.
- (5) Ford N, Meintjes G, Pozniak A, Bygrave H, Hill A, Peter T, et al. The future role of CD4 cell count for monitoring antiretroviral therapy. Lancet Infect Dis 2015 Feb;15(2):241-7.
- (6) Organización Mundial de la Salud. Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública. 2014.
- (7) Organización Mundial de la Salud. Uso de antirretrovirales para tratar a las embarazadas y prevenir la infección por el VIH en los lactantes. 2012.
- (8) Masur H, Brooks JT, Benson CA, Holmes KK, Pau AK, Kaplan JE. Prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: Updated Guidelines from the Centers for Disease Control and Prevention, National Institutes of Health, and HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2014 May;58(9):1308-11.
- (9) Pozniak AL, Coyne KM, Miller RF, Lipman MC, Freedman AR, Ormerod LP, et al. British HIV Association guidelines for the treatment of TB/HIV coinfection 2011. HIV Med 2011 Oct;12(9):517-24.
- (10) Thoden J, Potthoff A, Bogner JR, Brockmeyer NH, Esser S, Grabmeier-Pfistershammer K, et al. Therapy and prophylaxis of opportunistic infections in HIV-infected patients: a guideline by the German and Austrian AIDS societies (DAIG/OAG) (AWMF 055/066). Infection 2013 Sep;41 Suppl 2:S91-115.
- (11) Gunthard HF, Aberg JA, Eron JJ, Hoy JF, Telenti A, Benson CA, et al. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2014 recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel. JAMA 2014 Jul 23;312(4):410-25.
- (12) Bower M, Palfreeman A, Alfa-Wali M, Bunker C, Burns F, Churchill D, et al. British HIV Association guidelines for HIV-associated malignancies 2014. HIV Med 2014 Mar;15 Suppl 2:1-92.
- (13) Sun HY, Sheng WH, Tsai MS, Lee KY, Chang SY, Hung CC. Hepatitis B virus coinfection in human immunodeficiency virus-infected patients: a review. World J Gastroenterol 2014 Oct 28;20(40):14598-614.
- (14) Phung BC, Sogni P, Launay O. Hepatitis B and human immunodeficiency virus co-infection. World J Gastroenterol 2014 Dec 14;20(46):17360-7.
- (15) von Wichmann MÅn, Locutura J, Blanco JR, Riera M, SuÅrez-Lozano I, Saura RMa, et al. Indicadores de calidad asistencial de GESIDA para la atención de personas infectadas por el VIH/sida. Enfermedades Infecciosas y MicrobiologÅa Clínica 2010;28(Supl.5):6-88.

DÍA MUNDIAL DEL SIDA 2015

Para contactar a los autores de este boletín y para obtener mayor información, puede enviar un correo electrónico a lalvis@cuentadealtocosto.org.

Si desea ponerse en contacto con la Directora Ejecutiva de la Cuenta de Alto Costo para entrevistas en medios de comunicación, puede contactar a Alejandro Niño Bogoya en la Unidad de Comunicación y Difusión en el correo alejandro.nino@cuentadealtocosto.org.

El eslogan y la imagen oficial del Día Mundial del SIDA 2015 son parte de la campaña de ONUSIDA

Algunas imágenes utilizadas en este boletín, bajo licencia gratuita de <http://www.freepik.com/>.