

# Adherencia a las terapias antirretrovirales y al cuidado de la salud: experiencia de un programa de apoyo entre pares

Recibido: 17/03/2011 Aceptado: 23/03/2011

Eduardo Warley\*, Mónica Salas†, María Inés Vieni†, Edgardo Szyld‡.

**Resumen** Presentamos los resultados de un programa de apoyo entre "pares" diseñado para incrementar la adherencia a las terapias antirretrovirales y al cuidado clínico de pacientes infectados por VIH/sida. **Metodología:** Luego de una etapa de entrenamiento se seleccionaron 5 pvvs para participar como pares. Los pacientes a ser acompañados se eligieron evaluando situaciones de vulnerabilidad clínica, psicológica y/o social. El rol del par incluyó contactos telefónicos, entrevistas domiciliarias y facilitación del acceso a medidas de apoyo. Un equipo coordinador aportó estructura, flexibilidad y supervisión. **Resultados:** Se incorporaron 26 pacientes. Mujeres 74% Hombres 26%. Media de edad 35 años. Estadio clínico C 82%. Modo primario de transmisión: Sexual 64% UDI 35% y perinatal 4%. El 54% de los pacientes presentaba Tuberculosis activa y el 73% un evento oportunista reciente. El período de seguimiento fue de 14 meses (rango 05 a 14 meses). Al finalizar el programa el 81% de los pacientes incluidos continuaban en seguimiento. Hubo 4 muertes y 1 pérdida de seguimiento. En el 65% de los pacientes se observó una adecuada adherencia. El 55% de los casos presentó CV por debajo de 400 cop/ml. La media de CD4 fue de 106 en el inicio y de 296 al finalizar el seguimiento. **Conclusiones:** El programa se mostró efectivo para sostener a los pacientes en cuidado clínico y mejorar la adherencia a la terapia antirretroviral. La elevada demanda de tiempo así como las dificultades para un financiamiento sostenido aparecen como las mayores barreras para extender éste tipo de programas en nuestro medio

**Palabras clave:** Adherencia, terapia antirretroviral, cuidado de la salud, pares.

\*Dr. Jefe Unidad de Infectología.

†Lic. en Psicología. Asistente Unidad de Infectología. Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Diego Paroissien". Isidro Casanova, Pcia. de Buenos Aires, Argentina.

‡Dr. Médico. Director ejecutivo, Fundación para la Salud Materno Infantil (FUNDASAMIN).

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Dr. Eduardo Warley. Unidad de Infectología HIGA Dr Diego Paroissien. Ruta 3 Km 21. Isidro Casanova, Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: eduwarley@yahoo.com.ar

FINANCIAMIENTO

Estudio parcialmente financiado por el Fogarty International AIDS Training and Research Program. (Grant # 5D43 TW0010137-09).

Los avances en el área biomédica especialmente en lo relacionado a la existencia de regímenes terapéuticos más simples y con mayor potencia, de mejores estudios diagnósticos y más accesibles y de nuevas opciones ante los fallos terapéuticos así como resultados aportados por estudios de cohorte, han llevado a la mayoría de las agencias relacionadas al VIH/sida a recomendar un inicio más temprano de las terapias antirretrovirales (1-5).

Al momento actual, siguiendo a dichas guías, solo una limitada proporción de personas infectadas por VIH quedaría sin que le debamos recomendar el inicio de las terapias.

Además, dado el impacto de la disminución de la carga viral en la reducción del riesgo de transmisión del VIH, se ha propuesto recientemente el uso de las terapias para la prevención y control de la epidemia (6-8).

La adherencia a las terapias y las pérdidas de seguimiento de los pacientes son entonces dos aspectos centrales para el logro de los objetivos propuestos.

Diversos estudios describieron dificultades para el logro de una adecuada adherencia y elevada frecuencia de pérdida de seguimiento de pacientes infectados por VIH (9-11)

En Argentina nuestro grupo describió, para los pacientes que logran sostener las terapias al menos por 3 meses un elevado nivel de adherencia a ellas, pero por otro lado, para la población de pacientes recientemente diagnosticados como infectados por VIH encontramos pérdidas de seguimiento al año cercanas al 50%. De los pacientes que iniciaron terapia un 30% había discontinuado la misma al año de seguimiento (12,13).

Los logros en investigación en el área biomédica no se acompañan de avances en el mismo sentido en otras áreas vinculadas al desarrollo de la epidemia. Como lograr que las personas viviendo con VIH/sida (pvvs) incorporen las terapias a los requerimientos de la vida cotidiana y puedan sostener altos niveles de adherencia tanto a las terapias como al cuidado clínico sigue siendo un dilema, especialmente cuando existen situaciones que aumentan la vulnerabilidad por motivos de índole clínico, psicológico y/o social.

La incorporación de "pares" (personas de características y experiencias similares) ha sido propuesta para mejorar los logros en el cuidado de la salud. Podemos identificar al "par" como aquella persona que comparte con una determinada población una serie de

características que, desde la experiencia personal, lo vinculan de un modo privilegiado con los integrantes de la misma. A partir de ese lugar, consigue desarrollar un lazo que permite un trabajo en relación a los cuidados de la salud, que no pueden ser realizados con la misma eficacia, por otros integrantes del equipo asistencial (14). En Latinoamérica existen experiencias publicadas de proyectos centradas en la educación sanitaria, la comunicación y el apoyo psico-social para promover conductas consideradas positivas para la prevención de la infección, como conocimientos en relación a las prácticas sexuales, uso de preservativos, uso de drogas ilícitas, etc. (15,16,17).

El hospital Dr. Diego Paroissien es el hospital de referencia del distrito de La Matanza ubicado en la región oeste del conurbano bonaerense. Altas tasas de desempleo y elevados niveles de pobreza caracterizan a la población general del distrito y a los pacientes infectados por VIH/sida que se atienden en el centro (12-18).

El propósito de este artículo es presentar los resultados de un programa de apoyo entre "pares" diseñado para incrementar la adherencia a las terapias antirretrovirales y al cuidado clínico de los pacientes infectados por VIH/sida desarrollado en dicho hospital entre Marzo de 2006 y Febrero de 2008.

## Material y métodos

Luego de una primera etapa de discusión y análisis se conformó un grupo coordinador constituido por dos psicólogas y un médico que tuvo la responsabilidad de elaborar y producir los lineamientos del proyecto y documentos de registro. Este grupo fue el encargado de seleccionar a los pares acompañantes entre los participantes de un primer proceso de capacitación realizado con pvvs que concurrían al centro. Posteriormente se dio inicio a una segunda etapa de formación focalizada en las personas seleccionadas que tenía como objetivo específico promover el desarrollo en los pares acompañantes de capacidades que permitan proveer información personalizada y apoyo emocional a los pacientes infectados por VIH, así como ayudar a los mismos a integrar las estrategias de adherencia a su rutina diaria y por otro lado aportar una devolución a los miembros del equipo de salud.

La etapa inicial de capacitación y selección de pares duró aproximadamente 6 meses luego de los cuáles se iniciaron las acciones de acompañamiento en terreno.

Las actividades desarrolladas por los pares incluyeron: contactar a los pacientes al menos una vez a la semana, mantener un registro de todos los contactos con instrumentos diseñados para tal fin, asistir a reuniones semanales de discusión sobre progresos y necesidades de los pacientes, facilitar la comunicación entre estos y el equipo de salud, ayudándoles a comprender las indicaciones médicas y a comunicar al médico los efectos colaterales de la medicación y a plantear todas las dudas e interrogantes que el tratamiento les presentaba. Actuaron también como facilitadores para el acceso a recursos existentes en el distrito como pases de transporte gratuitos y ayuda alimentaria. A cada par se le asignó un número limitado de pacientes para efectuar las tareas de acompañamiento de manera personalizada. Los pacientes a ser acompañados fueron seleccionados de acuerdo a criterios de vulnerabilidad clínica, psicológica y/o social según la evaluación del equipo coordinador.

La metodología de trabajo se implementó a través de reuniones semanales que incluían el seguimiento de las visitas de los pares acompañantes y la elaboración de las intervenciones para los encuentros siguientes

Los datos de registro incluyeron datos demográficos, epidemiológicos y clínicos. La adherencia se midió siguiendo los registros de retiro de medicación en el consultorio. Se consideraron adherentes a los pacientes que retiraron su medicación mensualmente en la fecha prevista.

Los pares acompañantes recibieron un estipendio reducido en dinero para transporte, refrigerio y gastos operativos. Los pacientes incorporados al programa de acompañamiento no recibieron monto de dinero alguno.

La medicación antirretroviral y los estudios de recuento de células CD4 y carga viral fueron provistos por el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS dependiente del ministerio de salud de la República Argentina.

Para el análisis estadístico de los datos cuantitativos se utilizó distribución de frecuencias de las variables categóricas y estadística descriptiva de las continuas.

La realización del estudio fue aprobada por el comité de ética y revisión de estudios clínicos del hospital Dr. Diego Paroissien. Todos los pacientes incorporados al estudio firmaron previamente un consentimiento informado aprobado por dicho comité.

## Resultados (Tablas 1y 2)

**Tabla 1. Características de la población al ingreso al programa\*.**

Variable	No.	%
Hombres	7	27
Mujeres	19	73
Modo primarios de transmisión: sexual	16	61
Modo primarios de transmisión: UDI	9	35
Modo primarios de transmisión: Perinatal	1	4
Media de edad en años	35	NA
Media de CD4 cel/mm	106	NA
Rto de CD4 < 100 cel/mm	13	50
Estadio Clínico C	21	81
Tuberculosis en tratamiento	14	54
Enfermedad oportunista activa	19	73
Empleo formal	0	0
Cobertura social de salud	0	0
Nivel de educación primario incompleto	8	19,2
Nivel de educación primario completo	11	42,3
Nivel de educación secundario incompleto	5	30,7
No escolarizados	2	7,7
Total de pacientes incorporados	26	100%

\*NA: No aplica

**Tabla 2. Resultados al final del período de seguimiento\*.**

Variable	No.	%
Media de tiempo de seguimiento en meses	10	NA†
Continuaban en el programa	21	81
Perdidas de seguimiento	1	4
Fallecidos	4	16
Fallecidos por progresión de la enfermedad HIV/sida	2	8
Fallecidos por causas no relacionadas al VIH/sida	2	8
Adecuada adherencia	17	65
Media de CD4 cel/ mm	296	NA
Carga viral < a 400 copias / ml	15	58

\*Período de tiempo de seguimiento: 14 meses (mínimo 5 meses. máximo 14 meses)

†NA: No aplica

Del proceso inicial de capacitación participaron 20 pvvs. De esos participantes se seleccionaron 8 para realizar las actividades de acompañamiento de pacientes como "pares", de los cuales 3 rechazaron la propuesta de participar del programa. De los 5 pvvs seleccionados que aceptaron participar 3 fueron mujeres y 2 varones.

A 29 pacientes se les propuso participar del programa. De esos pacientes 3 rechazaron participar y 26 se incorporaron al programa de acompañamiento. De ellos 73% fueron mujeres y 27% hombres. La Media de edad fue de 35 años.

La incorporación de pacientes tuvo un ritmo progresivo siendo más lenta al inicio aumentando su frecuencia a medida que se desarrollaba el programa.

El 81% de los pacientes presentaban estadio clínico C de acuerdo a la definición del CDC (19) siendo el modo primario de transmisión el sexual en 61% de los pacientes, el uso de drogas intravenosas (UDI) en el 35% y perinatal en 4% de los mismos.

La Media de recuento de CD4 era de 106 cel/mm presentando un recuento de CD4 menor a 100 cel/mm el 50% de los pacientes.

El período de tiempo de seguimiento fue de 14 meses con un mínimo de tiempo de seguimiento de 5 meses (media: 10 meses).

De los 26 pacientes incorporados un 54% de ellos presentaba diagnóstico de Tuberculosis activa en tratamiento y el 73% presentaba una patología oportunista de diagnóstico reciente.

El 100% de los pacientes incorporados se encontraban en situación de pobreza. El nivel máximo de escolaridad era secundario incompleto en 19,2%, primario completo en 42,3%. y primario incompleto en 30,7% de los pacientes. Un 7,7% de los pacientes no tenía escolarización. Ninguno de los pacientes tenía empleo formal registrado ni cobertura de salud por el sistema de obras sociales de salud de la república Argentina.

A los 14 meses de evaluación observamos que el 81% de los pacientes incluidos continuaban en seguimiento. Hubo 4 muertes y 1 pérdida de seguimiento. Se registró una adecuada adherencia en el 65% de los pacientes incluidos. El 58% de los casos presentó CV por debajo de 400 cop/ml. La media de CD4 se incrementó de 106 cel/mm al inicio a 296 al finalizar el período.

El fallecimiento de 4 pacientes se debió a progresión de la enfermedad por VIH/sida en 2 casos y a eventos no relacionados en los otros 2 casos.

## Discusión

Una considerada elevada proporción de pacientes incorporados al programa de acompañamiento entre pares logró sostener su cuidado clínico y alcanzar adecuados niveles de adherencia.

El nivel de adherencia alcanzado es levemente inferior al reportado en otros centros y por nuestro grupo para la población general de pacientes infectados

por VIH que sostienen las terapias mientras que la frecuencia de pérdida de seguimiento es marcadamente inferior a la reportada (9-13).

La muy baja proporción de pacientes en pérdida de seguimiento creemos es un logro significativo dado la vulnerabilidad de la población incluida en el estudio de acuerdo con las características clínicas y sociales descriptas.

La relación de la adherencia con el éxito de las terapias es conocida. La falta de una adecuada adherencia se vincula con el aumento de la carga viral, la aparición de formas resistentes del virus y el aumento de la morbi-mortalidad (9-11). El impacto de la pérdida de seguimiento y el abandono de las terapias sin embargo se describió de manera más reciente. Giordano y col, mostraron en una población de 2619 pacientes seguidos por 4 años tasas estadísticamente significativas menores de supervivencia en aquellos pacientes que no logran sostener su cuidado clínico (20,21). De manera similar Mugavero y col, mostraron un aumento de riesgo de muerte entre aquellos pacientes que pierden sus vistas de control (22) y Ndiaye B. y col, en una cohorte de 1007 pacientes seguidos entre 1997 y 2006 en el Norte de Francia que, tras ajustar por CD4 inicial y diagnóstico de sida, aquellos pacientes que se pierden de seguimiento y luego retornan al control médico tienen un riesgo de muerte cinco veces superior que aquellos que mantienen el control programado (23). Recientemente investigadores Suizos reportaron menor aumento de recuento de células CD4, y mayor riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas al VIH y de morir en aquellos pacientes que suspenden las terapias respecto de aquellos que sostienen sus terapias sin interrupciones. Dicho aumento de riesgo continuaría por al menos 8 años luego de interrumpir la terapia (24).

Otros estudios observaron que los pacientes que no mantienen un adecuado control médico suelen también suspender la terapia antirretroviral y con más frecuencia desarrollan cepas virales resistentes y menos frecuentemente logran una adecuada supresión viral (25,26).

Diversas publicaciones describieron el éxito de programas basados en el apoyo en el hogar (27,28) y el incremento de la adherencia al cuidado médico y a las terapias desarrollando programas de apoyo social personalizado e incorporando "Pares" dentro de las tareas de promoción en la comunidad (29,30).

Chang *et al*, en una investigación realizada en clínicas de Rakai Uganda evalúan el efecto de incorporar pares sobre el cuidado de los pacientes. Ellos observan una

disminución de la frecuencia de fallo virológico en seguimientos superiores a las 86 semanas así como una disminución de la tasa de pérdidas de seguimiento sin un incremento de las mediciones sobre adherencia ni en los resultados a corto plazo (29). En otro estudio efectuado en Vancouver, Canada, en un proyecto de intervención incorporando pares que incorporó trabajadoras sexuales que consumían drogas ilegales y que presentaban adherencia subóptima describen reportes de adherencia superiores al 90% con un incremento en la adherencia entre visitas (30).

Los estudios como el efectuado por nuestro grupo presentan dificultades de implementación y de diseño, en ese sentido es interesante mencionar un trabajo de revisión efectuado con la base de datos Cochrane, que incluyó 19 estudios desarrollados para evaluar la eficacia de proyectos de educación y apoyo de pacientes en promover la adherencia a las terapias antirretrovirales en el cuál no fue posible efectuar un metanálisis debido a la heterogeneidad de las poblaciones, intervenciones, grupos de comparación, tiempo de seguimiento y resultados esperados en los estudios. En esa revisión se observó que las intervenciones no fueron exitosas en incrementar la adherencia cuando involucraron poblaciones marginalizadas (31).

Nuestro estudio tiene algunas limitaciones relacionadas especialmente con el tiempo de seguimiento y el

número relativamente escaso de pacientes incorporados al programa que es por otro lado demostrativo del alto requerimiento de recurso humano medido en tiempo efectivo de dedicación requerido tanto para los pares como para el equipo coordinador. El carácter prospectivo del programa con una baja pérdida de seguimiento y el estrecho monitoreo del desarrollo del mismo son sus principales fortalezas.

Concluimos que el programa se mostró efectivo para sostener a los pacientes en cuidado clínico y promover la adherencia a la terapia antirretroviral. La elevada demanda de tiempo de dedicación al recurso humano involucrado en las actividades así como las dificultades para un financiamiento sostenido en el tiempo aparecen como las mayores barreras para extender éste tipo de programas en nuestro medio.

Dado el alto impacto sobre la salud de los pacientes, los programas de prevención y control del VIH/sida deberían adoptar medidas concretas para el desarrollo de acciones focalizadas en mantener a los pacientes en cuidado clínico, evitar las pérdidas de seguimiento e incrementar la adherencia a las terapias.

### Agradecimientos

Este trabajo ha sido realizado con el apoyo del Fogarty International AIDS Training and Research Program, (Grant # 5D43 TW0010137-09).

### Referencias

1. Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group. Emery S, Neuhaus JA, Philiou AN, Babiker A, Cohen CJ, Gatell JM, et al. Major Clinical Outcomes in Antiretroviral Therapy (ART)-Naive Participants and in Those Not Receiving ART at Baseline in the SMART Study. *J Infect Dis*. 2008; 197(8):1133-44.
2. Kitahata MM, Gange SJ, Abraham AG, Merriman B, Saag MS, Justice AC, et al. Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival. *N Engl J Med*. 2009. 360(18):1815-2.6.
3. Funk M, Fusco J, Cole S, Thoms J, Porter K, Kauffman J, et al. HAART initiation and clinical outcomes: insights from the CASCADE cohort of HIV-1 seroconverters on "when to start" XVIII International AIDS Conference. Viena. Julio 18-23 2010. Abstract THLB201.
4. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. January 10, 2011; 1-166. Available at <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>. Accessed [February 12, 2011].
5. Thompson MA, Aberg JA, Cahn P, Montaner JS, Rizzardini G, Telenti A, et al. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2010 recommendations of the International AIDS Society. USA panel. *JAMA*. 2010; 304(3):321-33.
6. Padian N, Buvé A, Balkus J, Serwadda D, Ward Cates Jr. Biomedical interventions to prevent HIV infection: evidence, challenges, and way forward. *THE LANCET HIV Prevention* 2008:21-35.
7. Montaner J, Wood, E, Kerr T, Yip B, Lima V, Shannon K, Harrigan R, and Hogg R. Association of Expanded HAART Coverage with a Decrease in New HIV Diagnoses, Particularly among Injection Drug Users in British Columbia, Canada. 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infection. San Francisco. Febrero 16.19 2010. Abstract 88LB.
8. Donnell d, Kiarie U, Thomas K, Baeten J, Lingappa J, Cohen C, and Celum C. ART and Risk of Heterosexual HIV-1 Transmission in HIV-1 Serodiscordant African Couples: A Multinational Prospective Study. 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infection. San Francisco. Febrero 16.19 2010 Abstract 136.
9. Lucas MG. Antiretroviral adherence, drug resistance, viral fitness and HIV disease progression: A tangled web is woven. *J Antimicrob Chemother* 2005; 55:413-416.
10. Maher K, Klimas N, Fletcher M, Cohen V, Maggio M, Triplett J et al. Disease progression, adherence, and response to protease inhibitor therapy for HIV infection in an Urban Veterans Affairs Medical Center. *JAIDS* 1999; 22:358-363.
11. Harrigan PR, Hogg SR, Dong YW, Yip B, Winhoven B, Woodward J, et al. Predictors of HIV drug-resistance mutations in a large antiretroviral-naive cohort initiating triple antiretroviral therapy. *J Infect Dis* 2005; 191:339-347.
12. Warley E; Shield D; Salas M, Vieni I, Monetti S, Belforte M, et al. Adherencia a las terapias antirretrovirales en una población de bajos recursos económicos de la región suburbana de Buenos Aires. *Rev Panam Infectol* 2008; 10(3):43-47.

13. Warley, E, Tamayo Antabak N, Desse J, De Luca A, Warley F, Salas M, et al. Características de la infección por HIV/sida según sexo en una región del Gran Buenos Aires. Períodos 1998-2002/2003-2005. MEDICINA (Buenos Aires) 2009; 69:305-310.
14. Harris GE, Larsen D. HIV peer counseling and the development of hope: perspectives from peer counselors and peer counseling recipients. AIDS patient care STDS. 2007 Nov; 21(11):843-60.
15. Benzaken AS, Galbán García E, Sardinha JC, Pedrosa VL, Paiva V. Community-based intervention to control STD/AIDS in the Amazon region, Brazil. Rev Saude Publica. 2007. Dec; 41 Suppl 2:118-26.
16. Manji A, Peña R, Dubrow R. Sex, condoms, gender roles, and HIV transmission knowledge among adolescents in Leon, Nicaragua: Implications for HIV prevention. AIDS Care 2007 Sep; 19(8) 1989-95.
17. Aldridge R, Iglesias D, Cáceres C, Miranda J. Determining a cost effective intervention response to HIV/AIDS in Perú. BMC Public Health 2009 Sep 18; 9:352.
18. Instituto nacional de estadísticas y censo de la República Argentina, Censo 2001. En: [http://www.indec.mecon.gov.ar/censo2001s2\\_2/ampliada\\_index.asp?mode=04](http://www.indec.mecon.gov.ar/censo2001s2_2/ampliada_index.asp?mode=04); consultado el 03/11/2010.
19. Centers for Disease Control 1993. Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992; 41:1-19.
20. Giordano T, Gifford A, Clinton White jr A, Suarez Almazor M, Rabeneck L, Hartman C, et al. Retention in Care: A Challenge to Survival with HIV Infection. CID 2007:44. 1499.
21. Cheever L. Engaging HIV-Infected Patients in Care: Their Lives Depend on It. CID 2007:44. 1501.
22. Mugavero M, Lin H, Willig J, Wesfall A, Ulett K, Routman J, et al. Missed visits and mortality among patients establishing initial outpatient HIV treatment. Clin Infect Dis 2008; 48:248.
23. Ndiaye B, Ould-Kaci K, Salleron J, Bataille P, Bonnevie F, Cochonat K, et al. Characteristics of and outcomes in HIV-infected patients who return to care after loss of follow-up. AIDS. 2009 Aug 24; 23(13):1786-9.
24. Kaufmann GR, Elzi L, Weber R, Furrer H, Giulieri S, Vernazza P, et al. Interruptions of cART limits CD4 T-cell recovery and increases the risk of opportunistic complications and death. AIDS 2011; 25(4):441-451.
25. Kleeberger CA, Buechner J, Palella F, Detels R, Riddler S, Godfrey R et al. Changes in adherence to highly active antiretroviral therapy medications in the Multicenter AIDS Cohort Study. AIDS 2004; 18:683-8.
26. Giordano TP, White AC Jr, Sajja P, Suarez-Alamazor M, Rabeneck L, Hartman C, et al. Factors associated with the use of highly active antiretroviral therapy in patients newly entering care in an urban clinic. J Acquir Immune Defic Syndr 2003; 32:399-405.
27. Lehrman S, Gimbel R, Freedman J, Svick K, Tackley L. Development and Implementation of an HIV/AIDS case management outcomes assessment programme. AIDS CARE, (2002), VOL 14, No 6, 751-761.
28. Celentano, DD, Sirvaram S. Training Outreach Workers in Rural India: is it Sustainable? Health Policy and Planning; (18)4; 411-420; 2003.
29. Chang L, Kagaayi J, Nakigozi G, Ssempijja V, Packer AH, 29Serwadda D, et al. Effect of peer health workers on AIDS care in Rakai, Uganda: a cluster-randomized trial. PLoS One. 2010 Jun 2; 5(6):e10923.
30. Deering K, Shannon K, Sinclair H, Parsad D, Gilbert E, Tyndall M. Piloting a peer-driven intervention model to increase access and adherence to antiretroviral therapy and HIV care among street-entrenched HIV-positive women in Vancouver. AIDS Patient Care STDS. 2009 Aug; 23(8):603-9.
31. Rueda S, Park-Wyllie LY, Bayoumi A, Tynan AM, Antoniou T, Rourke S, et al. Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD001442. DOI: 10.1002/14651858.CD001442.pub2.

## Adherence to the antiretroviral therapies and health care: Experience of a peer support program

**Summary** We present the results of a "peer" support program designed to increase adherence to antiretroviral therapy and clinical care of HIV / aids infected patients. **Methodology:** After a training period 5 PLWHA were selected as peers. The patients were selected according with clinical, psychological and social vulnerability issues. The role of the "peers" included telephone contacts, home interviews and providing access to support resources. A coordinating team provided structure, flexibility and supervision. **Results:** 26 patients were incorporated. Of them 74% were women and 26% men. Mean of age 35 years. 82% of patients presented clinical stage C. Active TB was observed in 54% of patients an a recent opportunistic event in 73% The primary mode of transmission: was sexual in 64%, IDUI in 35% and perinatal in 4% of cases.. The monitoring period was of 14 months (range 05 to 14 months). At the end of the program 81% of patients ongoing in follow-up. There were 4 deaths and 1 lost to follow-up. 65% of patients showed good adherence and 55% a viral load below 400 cop / ml. The mean of CD4 was 106 at the beginning and 296 at the end of the program. **Conclusions:** The program was effective to retain patients in clinical care and improving adherence to antiretroviral therapy. The high demand of time and the difficulties to sustain funding appear as major barriers to expand this kind of programs.

**Key words:** Adherence, antiretroviral therapy, health care, peers.