

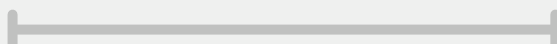
Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autor: Pablo Casado

NIVELES DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN VIH-SIDA E IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES QUE LA MODIFICAN EN LA POBLACIÓN DE AFILIADOS DE UNA OBRA SOCIAL

2009



Citar como: Casado, P. (2009). Niveles de adherencia a tratamiento antirretroviral en VIH-SIDA e identificación de los factores que la modifican en la población de afiliados de una obra social. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE

1-Introducción.....	3
2-Marco Referencial.....	6
Métodos para valorar adherencia al tratamiento.....	6
Factores que influyen en la adherencia al tratamiento.....	9
Estrategias para mejorar la adherencia.....	12
3- Aplicación de la encuesta de adherencia y resultados.....	20
4-Conclusiones.....	22
5-Bibliografía.....	25
6-Anexo.....	28

1. Introducción:

Este trabajo apunta a analizar los niveles de adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) de pacientes que padecen VIH-SIDA y toma como estudio de casos a la totalidad de los afiliados de una Obra Social Nacional que se encuentran bajo esta condición.

En los tiempos que corren asistimos a un impresionante avance de los métodos farmacológicos destinados al tratamiento de patologías crónicas. Las publicaciones en revistas especializadas internacionales nos traen a diario resultados de ensayos clínicos que dan cuenta de avances en materia de tiempo de sobrevida y reducción de la morbilidad. Pero por otra parte ha empezado a reconocerse que estos resultados beneficiosos, que se observan en los estudios que necesariamente utilizan poblaciones seleccionadas y altamente motivadas, no se trasladan a la población general. Desde hace algunos años diversos investigadores y la OMS, entre otros, han empezado a poner énfasis en un concepto un tanto relegado en la práctica clínica habitual: *la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas*. Este concepto puede definirse como el grado en que el paciente sigue las recomendaciones terapéuticas acordadas con el médico y el resto del personal de salud encargado de su asistencia. En pacientes infectados por VIH la adherencia ha sido definida como *"la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral"* (1). Hoy sabemos que estamos en condiciones; con el arsenal terapéutico disponible, de transformar una patología como el VIH-SIDA de una enfermedad mortal y con alta morbilidad en una condición crónica. Sabemos, también, que el principal escollo en la práctica para el logro de esta meta, son los bajos grados de adherencia al tratamiento que se observan en diversas poblaciones. La adherencia a tratamientos crónicos es un fenómeno complejo y multicausal con diversos factores que lo favorecen o lo deterioran que radican en el propio paciente, en el equipo de salud, en la institución a cargo de su cuidado o en el entorno social del enfermo. No existe consenso unánime sobre el significado de alta tasa de adherencia, pero en vih-

sida se considera satisfactorio un valor no inferior al 95 % para evitar la replicación viral y minimizar la aparición de resistencia (2). Las bajas tasas de adherencia (inferiores a 95%) han sido asociadas con aparición de resistencia viral, aumento del número de hospitalizaciones y presencia de infecciones oportunistas (2). La no adherencia a los esquemas antirretrovirales tiene importantes consecuencias para la salud pública. No alcanzar la supresión de la replicación viral se traduce en aumento del contagio de cepas resistentes (3) con la consiguiente limitación de las opciones terapéuticas. La baja adherencia a regímenes de medicamentos produce empeoramiento de las condiciones clínicas, muerte y aumentos significativos de los costos de salud (4).

La OMS recomienda la implementación en forma perentoria de programas destinados a reforzar la adherencia a tratamientos crónicos desde los efectores de salud en sus distintos niveles (5). En una Obra Social informes preliminares del Área de Auditoría de Medicamentos permiten inferir que la Adherencia de la población VIH-SIDA dista de ser adecuada. El logro de una adherencia óptima reduce el gasto sanitario haciendo más eficiente al sistema de salud.

La detección de factores ya reconocidos en la bibliografía que modifican la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) (complejidad del tratamiento, efectos colaterales, problemas psicológicos, adicción a drogas y/o alcohol, falta de soporte sociofamiliar, etc.) y la valoración del grado en el que impactan en nuestra población en particular permitirá desarrollar acciones concretas destinadas a modificarlos acercándonos a los niveles considerados adecuados.

A partir del caso de análisis que se seleccionó se analizarán los resultados de una encuesta llevada a cabo entre afiliados de una Obra Social que padecen HIV-SIDA y que se encuentran bajo tratamiento antirretroviral, buscando dar respuesta a los objetivos que orientan este trabajo:

Objetivos:

- Establecer niveles de adherencia en la población de acuerdo a cuestionarios validados para población española (SMAQ1).

- Identificar factores que modifican adherencia en forma significativa en la población de afilados portadores de vih-sida en tratamiento con antirretrovirales en la O.S.

Como se señaló se aplican encuestas a todos los afiliados en todo el país bajo tratamiento con antirretrovirales a cargo del personal de farmacia y del equipo de pares a lo largo del periodo marzo-octubre de 2007. La encuesta se llevó a cabo al momento del retiro de la medicación por farmacia dado que la provisión se hace de manera centralizada. Teniendo en cuenta la adherencia irregular la encuestas se realizaron desde el mes de marzo al mes de octubre de 2007 hasta completar la totalidad de afiliados en tratamiento antirretroviral (n=187).

Se utilizó cuestionario validado para población española (SMAQ) para medir niveles de adherencia y se elaboró un cuestionario que agrupa factores que modifican adherencia en cuatro categorías:

- 1) Factores relacionados al régimen terapéutico.
- 2) Factores relacionados al individuo.
- 3) Factores relacionados con el entorno social
- 4) Factores relacionados al equipo de salud y el sistema sanitario.

Como medida complementaria indirecta de adherencia se midió el porcentaje de retiro por farmacia.

Un aspecto considerado innovador en este caso fue la participación de pares en la elaboración de las encuestas, representados por afiliados que agrupados en una comisión (Comisión de Pacientes de Alta Complejidad – COPACO) trabajan desde el seno de la O.S. Dado el carácter nacional de la O.S. para el interior del país se enviaron los cuestionarios para ser completados por el paciente en presencia del médico tratante.

2. Marco referencial:

La adherencia a corto y largo plazo es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y el entrenamiento de habilidades para realizarlo, la capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo.

Si bien no existe una definición de adherencia aceptada universalmente, adoptamos para este trabajo como adherencia óptima la toma de más del 95 % de las dosis prescritas dado que estos niveles se asociaron con disminución significativa de la carga viral, aumentos de los linfocitos CD4 y disminución de los días de hospitalización (2).

2.1 Métodos para valorar adherencia.

La medición de adherencia en una población se basa en el empleo de dos clases de métodos: *directos e indirectos*.

De los métodos directos se ha considerado a la determinación de niveles plasmáticos de fármacos, que adolece de baja especificidad y alto costo que lo hace más adecuado para los ámbitos de investigación clínica y farmacológica.

Sin duda los de mayor empleo son los indirectos que comprenden:

- **Valoración del profesional de la salud:**

Se refiere a la valoración que realiza el profesional en la consulta con el paciente en forma subjetiva y no sistematizada. Se ha demostrado que los profesionales en esta situación sobreestiman la adherencia de los pacientes cuando se compara con otros métodos por lo que resulta inadecuado (7,8).

- **Sistemas de control electrónico:**

Se refiere al empleo de dispositivos, provistos de un microprocesador, que registran y guardan información sobre la apertura del envase que contiene los medicamentos, para su procesamiento posterior. Si bien ha sido considerado el método más exacto para medir adherencia y se lo

ha utilizado como referencia para establecer la validez de otros métodos, debido a su costo y a posibles sesgos su utilización debe reservarse para el ámbito de la investigación (9).

- **Recuento de medicación:**

La adherencia en este caso se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula.

$$\% \text{ adherencia} = \frac{\text{N.}^\circ \text{ de unidades dispensadas} _}{\text{N.}^\circ \text{ de unidades devueltas} \quad \times 100}$$

N. ° de unidades prescritas

Es un método de escaso costo, objetivo y poco sofisticado. Las dificultades de su aplicación surgen del lado de lo complejo que resulta para los profesionales sanitarios recontar la medicación que devuelven los pacientes dado que ello insume tiempo y personal (10). Depende también del grado de colaboración que los pacientes estén dispuestos a brindar. En todo caso este método produce sobreestimación de la adherencia cuando se compara a otros métodos.

- **Registros de dispensa:**

Este método parte de la premisa de que un paciente no puede consumir aquella medicación que no se le provee y que toma de manera adecuada la que se le dispensa. Exige que la provisión sea centralizada. Tiene como limitación que provisión de medicamentos no es sinónimo de toma adecuada de los mismos. La propia experiencia en la Obra Social nos recuerda que en momentos críticos del país, cuando la Seguridad Social se vio afectada al punto de verse amenazada la provisión de medicamentos de alto costo, los afiliados espontáneamente se agruparon en redes solidarias para compartirlos de acuerdo a sus necesidades lo que también es un factor reconocido de sesgo para este método. A pesar de las limitaciones señaladas constituye uno de los métodos más recomendados para medir adherencia en la práctica (6).

- **Cuestionarios:**

Consiste en solicitar al paciente que conteste una serie de preguntas previamente definidas para valorar la adherencia a partir de sus

respuestas. Si bien el método es sencillo las conclusiones pueden verse afectadas por un buen número de sesgos. Debe señalarse que entre sus limitaciones se destaca el hecho de que existe gran número de cuestionarios que se han ido diseñando para cada estudio en particular y la mayoría no han sido validados lo que obliga a ser muy cauteloso a la hora de establecer conclusiones. Entre los pocos cuestionarios validados para población española, se dispone del SMAQ (11).

TABLA 1. Cuestionario adherencia SMAQ

1. ¿Alguna vez olvida tomar la medicación?
_ Sí _ No
 2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?
_ Sí _ No
 3. ¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?
_ Sí _ No
 4. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?
_ Sí _ No
 5. En la última semana, ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?
_ A: ninguna
_ B: 1-2
_ C: 3-5
_ D: 6-10
_ E: Más de 10
 6. Desde la última visita, ¿cuántos días completos no tomó la medicación?
Días: _____
1. Se considera *no adherente*: 1: sí, 2: no, 3: sí, 4: sí, 5: C, D o E, 6: más de 2 días. El cuestionario es dicotómico; cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente.
2. La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa:
- A: 95-100% adhesión.
B: 85-94%.
C: 65-84%.
D: 30-64%.
E: < 30%.

- **Recomendaciones (6):** Para medir el nivel de adherencia, por lo tanto, se considera un mínimo aceptable el empleo combinado de un cuestionario validado y el registro de dispensa, obtenidos con frecuencia trimestral.

2.2 Factores que influyen en la adherencia.

El cumplimiento incorrecto del tratamiento antirretroviral (TAR) constituye el factor principal de fracaso terapéutico. Se ha reconocido que diversas situaciones relacionadas al paciente, al régimen terapéutico, a la propia enfermedad y al equipo de salud y el sistema sanitario actúan como factores que facilitan o dificultan constituyéndose barreras (12) a la adherencia óptima al tratamiento. Los factores que han demostrado estar relacionados en forma negativa con la adherencia de forma más relevante pueden ser agrupados en cuatro categorías (6) que incluyen:

- **Relacionados al régimen terapéutico:**

- a) **Complejidad del régimen:**

En forma similar a lo que sucede en otras patologías crónicas, la complejidad del tratamiento entendida como la prescripción de múltiples medicamentos en varios momentos del día dificulta una adherencia adecuada. Diversos estudios han demostrado que la adherencia disminuye a medida que aumenta la complejidad del mismo (13,14). Algunos trabajos han observado mejoría de la adherencia al emplear regímenes con reducido número de tomas.

- b) **Interferencia del tratamiento con el estilo de vida, con los hábitos dietéticos, con las actividades laborales y sociales:**

Algunos de los medicamentos empleados en el tratamiento del vih-sida exigen una pauta dietética muy estricta dado que su absorción en el tubo digestivo puede verse condicionada por la presencia de alimentos. Cuando la definición de adherencia contempla las pautas dietéticas el porcentaje de no adherentes se incrementa significativamente (15).

- c) **La aparición de efectos colaterales:**

Sin duda constituye uno de los principales factores que condiciona la adherencia. El TAR provoca síntomas transitorios tales como diarrea y náuseas y otros de mayor duración como neuropatía y lipodistrofia.

Con respecto a esta última provoca cambios morfológicos de importancia que además conllevan a alteraciones psicológicas con gran impacto sobre la calidad de vida agravando el incumplimiento del tratamiento. Un elevado número de pacientes incumple el tratamiento para evitar la aparición de efectos colaterales. Si bien el TAR provoca mejora general de la calidad de vida esto se observa más claramente en aquellos pacientes sintomáticos mientras que en los asintomáticos parecen prevalecer factores (como los efectos adversos) que tienen efecto negativo.

- Relacionados con el individuo.

a) Presencia de depresión u otros trastornos psiquiátricos:

De los factores relacionados al individuo los factores de índole psicológica y psiquiátrica han demostrado la mayor asociación con baja adherencia. La ansiedad, la depresión y el estrés condicionan notablemente el cumplimiento del tratamiento (16). Dada la alta prevalencia de este tipo de trastornos en los pacientes con infección por VIH, deben jerarquizarse las intervenciones psicológicas y psiquiátricas como parte central del proceso asistencial de esta población.

b) Adicción activa a drogas y alcohol:

La presencia de este tipo de factor también ha revelado una clara asociación con bajos niveles de adherencia.

c) Otros factores relacionados al individuo:

Las variables sociodemográficas no representan buenos predictores del nivel de adherencia. Sin embargo algunos estudios han relacionado adherencia con *situación económica* (2), *nivel educativo* (16), *edad* (reportándose menor tasa de adherencia en adolescentes), *sexo*, *raza*, *creencias personales negativas con respecto a la eficacia del tratamiento* e incluso *maternidad*.

- Relacionados con la enfermedad.

La infección por el VIH puede cursar de forma asintomática o sintomática y la aceptación y adherencia al tratamiento pueden ser diferentes en cada una de estas fases.

Los estudios que evalúan la relación entre el estadio de la enfermedad y adherencia han tenido diversos resultados Sin embargo, según los datos de uno de ellos (17) los pacientes en estadios avanzados de la enfermedad presentan una mejor adherencia que los pacientes en estadios iniciales, ya que asocian el mal cumplimiento con un mayor riesgo de complicaciones. Las percepciones del personal sanitario y de los pacientes ante una enfermedad en la que los conocimientos están en permanente cambio son importantes. Así, en los años 1990, al inicio de la monoterapia con zidovudina (AZT), las expectativas de los pacientes eran altas y la mayoría de estudios reflejaban un alto grado de adherencia. Pasados 2 o 3 años, el grado de aceptación y de adherencia bajó de forma considerable al debido, en parte, a los continuos fracasos del TAR, con lo que las expectativas bajaron de manera considerable. Pero a partir de 1996, cuando aparecen los inhibidores de la proteasa (IP) y se inician los tratamientos con terapia combinada, los resultados se tornan optimistas y esperanzadores, las expectativas mejoran y el grado de confianza, aceptación y adherencia vuelve a recuperarse lentamente. Por este motivo, algunos pacientes que no eran cumplidores con la monoterapia pueden ser buenos cumplidores con las nuevas terapias más complejas.

- Relacionados con el equipo de salud y el sistema sanitario.

a) Relación profesional de la salud-paciente: Una buena relación entre los profesionales sanitarios y pacientes es de suma importancia para superar las barreras a una adherencia óptima (18). Sin embargo muchos prestadores no interrogan ni brindan información sobre este tema (19). Una mala relación impide el suministro de información detallada y precisa y dificulta la toma de decisiones conjuntas en un marco de confianza mutua. La confianza, continuidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen favorablemente. Los pacientes suelen

frustrarse cuando se producen malos entendidos, los tratamientos se tornan complejos, se los señala como “malos pacientes” o la aparición de efectos adversos es subestimada o mal manejada. Dicha frustración genera sustancial deterioro de la adherencia al TAR.

b) Falta de capacitación de los integrantes del equipo salud:

Es frecuente la presencia el desconocimiento sobre conceptos de adherencia y carencia de entrenamiento para realizar tareas educativas por parte del equipo sanitario.

c) Fracaso en el enfoque multidisciplinario de la terapéutica:

El problema de la no adherencia ha sido ampliamente discutido, y existe un buen número de estudios que han explorado diversos aspectos de la misma. Sin embargo no se le ha dado desde los servicios de Atención Primaria la importancia que merece. Los esfuerzos para enfrentar el problema han sido fragmentarios y no han resaltado las contribuciones potenciales que las diversas disciplinas pueden brindar

d) Accesibilidad:

Las dificultades por parte del paciente para el acceso frecuente a la consulta con el equipo de salud, el tiempo prolongado entre consultas. Las dificultades para el acceso a los medicamentos por fallas del sistema sanitario para proveerlos, los altos costos para el paciente, copagos, etc., constituyen barreras habituales a subsanar con la utilización de herramientas de gestión que deberán desarrollarse adaptándolas al ámbito en que se desenvuelve el paciente (sistema de Salud Público, Seguridad Social, subsistema Privado).

2.3 Estrategias para mejorar la adherencia al TAR. (11)

Las estrategias para mejorar la adherencia al TAR se pueden resumir en tres tipos: de apoyo y ayuda, de intervención y en la pauta terapéutica.

- **Estrategias de apoyo y ayuda.**

Las estrategias deben estar dirigidas al paciente, independientemente de su nivel de adherencia, y estar centradas en la educación sanitaria, la comunicación y el

apoyo psicosocial. Cada centro de salud debe adaptarse a su realidad asistencial según el número de pacientes que atiende, los recursos de personal y los servicios de apoyo. En las estrategias de apoyo resulta fundamental la capacidad de trabajo en equipo de todos los integrantes del equipo multidisciplinario de atención al paciente con VIH: médicos, farmacéuticos, personal de enfermería y psicólogos y psiquiatras. La coordinación con la atención primaria, los servicios sociales, los grupos de pares y las organizaciones no gubernamentales debería ser un objetivo deseable en la atención global del paciente con VIH.

Prescripción del TAR

Tomada la decisión de iniciar el TAR, la prescripción pasa por tres fases diferenciadas: informativa, consenso y compromiso y, finalmente, mantenimiento y soporte.

Seguimiento del TAR

Papel del farmacéutico.

Tras la prescripción y a través del suministro, el servicio de farmacia puede actuar sobre los pacientes y desarrollar todas las actividades englobadas dentro del concepto de atención farmacéutica, y a través del seguimiento farmacoterapéutico, práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM), de forma continuada, sistemática y documentada, en colaboración con el propio paciente y con el resto de profesionales sanitarios.

La cantidad de cada medicamento que se dispense debe estar adaptada a las características del paciente en cuanto se refiere a adherencia; así, en pacientes con baja adherencia, la cantidad de medicación dispensada debe ser menor para facilitar el apoyo a la misma o evitar el derroche de medicación en estos pacientes que probablemente no será aprovechada (6). Al inicio de la terapia, este período no debería superar los 15-30 días, ya que se necesita una supervisión más estrecha. En función de la adherencia del paciente o de los problemas de cumplimiento que refiera, conjuntamente con su evolución clínica, los períodos de

dispensación pueden hacerse coincidir con las visitas de control clínico para facilitar la accesibilidad al medicamento.

Se puede proporcionar al paciente contenedores de medicación (pastilleros) que ayuden al paciente a identificar el medicamento, dosis y horario de la toma. Este tipo de dispositivos (diarios o semanales) son especialmente útiles en los inicios de la terapia.

El registro de la dispensación por el servicio de farmacia debe realizarse a través de sistemas informáticos que faciliten la posterior elaboración de los datos, permitiendo confeccionar informes indirectos de adherencia (a través del análisis de la medicación dispensada). Como se ha indicado con anterioridad, la valoración rutinaria de la adherencia durante el TAR es clave para la toma de decisiones; por ello, estos informes deben ser ofertados al médico como una herramienta diagnóstica.

Papel del profesional de enfermería. El profesional de enfermería desarrolla un papel esencial, con una dedicación plena a la atención integral del paciente infectado por el VIH. Es muy importante que entre el equipo asistencial y el enfermo llegue a conseguirse una relación de confianza, accesibilidad, confidencialidad y flexibilidad en todo momento. El profesional de enfermería debe centrar su participación en el apoyo al paciente. Los puntos clave consisten en informar, enfatizando sobre las dudas surgidas en la consulta médica y utilizando el *counselling* como herramienta de trabajo, y en detectar precozmente al posible incumplidor, planificando con el equipo asistencial las estrategias de intervención. Asimismo, profundizará en los hábitos de vida, recursos personales y familiares del paciente, analizará sus conocimientos acerca de la enfermedad y sobre el grado de concientización y confianza que tiene el paciente para iniciar el tratamiento. Con esta información planteará un plan de cuidados de enfermería, priorizando actividades, y comunicará al médico si pueden existir problemas de índole personal o social que recomienden retrasar el inicio del tratamiento hasta su resolución. Una vez decidido el inicio de tratamiento, se deberán analizar cuáles son las características habituales de un día cualquiera del paciente para poder “adaptar el tratamiento a la vida del enfermo”, realizando una *programación de la*

medicación. Es conveniente que esta programación quede reflejada esquemáticamente por escrito. Antes de concluir la entrevista se deberá comprobar que el paciente ha entendido las explicaciones e intentar solventar las posibles dudas. En ese momento se debería seleccionar un apoyo externo (familiar, pareja, etc.) próximo, que pueda servirle como refuerzo positivo y punto de apoyo, ofertándole un teléfono de contacto de la consulta para resolver cualquier tipo de duda y poder trasladar al médico aquellas situaciones que requieran una atención prioritaria.

Papel del psicólogo y/o psiquiatra.

La falta de adherencia en numerosos pacientes puede atribuirse a problemas emocionales, directa o indirectamente relacionados con la enfermedad en sí misma. Al tratarse de una enfermedad asintomática durante largos períodos, algunas personas infectadas por el VIH presentan una escasa percepción de su condición de enfermos y esto puede manifestarse en un cuidado insuficiente o inadecuado de su salud. El psicólogo puede intervenir ayudando al paciente a realizar un adecuado ajuste al proceso de enfermedad, asegurando así una correcta adherencia al tratamiento. Otras áreas de intervención son los cuadros de ansiedad y depresión, comunes no sólo en el paciente recién diagnosticado sino también en aquellos que llevan largo tiempo en tratamiento y que pueden presentar un lógico cansancio y abatimiento. Destacar también finalmente que la intervención psicológica resulta de gran utilidad en el manejo y adaptación a efectos adversos asociados al uso de los antirretrovirales que pueden disminuir la calidad de vida del paciente, convirtiéndose entonces en un obstáculo para el seguimiento de la medicación.

En cuanto al psiquiatra, su intervención será fundamental cuando se diagnostique patología psiquiátrica asociada o no a la enfermedad que requiera control farmacológico. Los pacientes psiquiátricos que no están debidamente controlados no podrán alcanzar ni mantener la necesaria adherencia al tratamiento.

El entorno familiar y social es también de suma importancia en la problemática del VIH. Una contribución positiva del entorno potenciará la adherencia. Siempre que

sea posible deberá intentarse implicar a las personas emocionalmente significativas para el paciente en el proceso de su enfermedad.

RECOMENDACIONES (6). (Estrategias de apoyo y ayuda)

Antes de comenzar el TAR se debe preparar al paciente e identificar y corregir las causas que pueden limitar la adherencia al mismo, valorando la posibilidad de retrasarlo si la situación clínica del paciente lo permite.

Se debe ofrecer a todo paciente que inicie o cambie el TAR un programa educativo, a cargo de profesionales sanitarios con experiencia en el manejo de pacientes con infección por el VIH, conocimiento exhaustivo sobre farmacoterapia del TAR y habilidades de comunicación, con objeto de que el paciente conozca, de forma completa, verbal y escrita, toda la información e instrucciones sobre los medicamentos que constituyen el TAR.

Debe procurarse la máxima disponibilidad posible del equipo asistencial (médicos, farmacéuticos, profesionales de enfermería, psicólogos y psiquiatras) para resolver las dudas y problemas que el paciente presente a lo largo del tratamiento.

- **Estrategias de intervención:**

No existe ningún método de intervención mejor que otros para mejorar la adherencia del paciente a cualquier tratamiento farmacológico y parece demostrado que las intervenciones que combinan los componentes cognitivos, conductuales y afectivos son más eficaces que los centrados en uno sólo de estos aspectos (20). En la tabla 2 se resumen las causas potenciales de mala adherencia y las posibles intervenciones. Los mejores niveles de evidencia proceden de estudios aleatorios y controlados. La intervención más frecuente y sencilla es la basada en la información y educación del paciente para tratar de lograr el máximo consenso y compromiso haciendo comprender al paciente el objetivo del tratamiento propuesto y los motivos e importancia de la adherencia (1, 21,22). El tratamiento directamente observado (TDO) es otra estrategia para mejorar la adherencia. Se ha empleado con éxito en el tratamiento de la tuberculosis y se han hecho intentos de adaptarlo a las características del TAR.

Causales de inadecuada adherencia y estrategias de intervención. Tabla 2

	Causas de incumplimiento	Intervenciones
Factores sociales, económicos, educativos	Falta de apoyo social y/o familiar. Escasos recursos. Bajo nivel educativo	Buscar alianza con familia y allegados. Conocer necesidades sociales. Reclutar organizaciones comunitarias. Educación intensiva, explicaciones claras y comprensibles y adaptadas
Factores del equipo asistencial	Falta de recursos. Atención masificada e impersonal. Ausencia de coordinación entre diferentes servicios de apoyo a la asistencia. Insuficiente formación en terapia antirretroviral. Falta de accesibilidad. Deficiente formación en relación personal sanitario-paciente	Accesibilidad y continuidad de la asistencia. Equipo multidisciplinar. Recursos materiales y humanos suficientes y coordinados. Formación sólida en TAR y en atención al paciente. Plantear terapia directamente observada en determinados ámbitos asistenciales
Factores relacionados con el tratamiento	Efectos adversos, tamaño y palatabilidad de las unidades galénicas, número de dosis diarias. Intromisión en la vida del paciente. Falta de adaptación a las preferencias y necesidades del paciente	Simplificar el régimen terapéutico. Individualizar tratamiento. Comorbilidad, preferencias, interacciones. Técnicas especiales para la toma de la medicación. Ayudar a desarrollar mecanismos de reacción (p. ej., anticipación y manejo de efectos adversos)
Factores relacionados con el paciente	No aceptación. Rechazo del diagnóstico. Rechazo del tratamiento (creencias y actitudes) Olvidos y barreras. Insuficiente comprensión de la enfermedad y su tratamiento. Insuficiente entendimiento de la relación riesgo/beneficio. Motivos de dosificación y cumplimiento. Coomorbilidad psiquiátrica. Uso y abuso de drogas.	Analizar relación paciente-profesional sanitario y mejorar la efectividad de la relación. Negociar y consensuar el plan terapéutico. Fomentar la percepción de indicadores de la necesidad de tratamiento. Informar sobre riesgos y beneficios del tratamiento. Asociar las tomas con actividades cotidianas. Técnicas especiales y ayudas para el cumplimiento (diarios de medicación, alarmas, teléfonos, etc.). Mejorar la comunicación paciente profesional sanitario. Información referente a la enfermedad y el tratamiento, motivo de la dosificación, riesgo del incumplimiento. Información oral y escrita. Verificar comprensión. Derivar para intervención psicológica en áreas disfuncionales o intervención psiquiátrica si se detecta patología psiquiátrica.

Origen: Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005;23(4):221-31.

Diversos estudios han proporcionado resultados preliminares favorables del TDO (23), a corto y largo plazo, pero aún no están bien definidos los programas que mejor se adaptan al TAR, siendo necesario, además, clarificar la duración óptima del mismo, cuáles son los mejores candidatos para ingresar en estos programas y si su relación coste-efectividad es favorable.

RECOMENDACIONES (6). (Estrategias de intervención)

Las estrategias de intervención individualizadas, basadas en estrategias psicoeducativas y de asesoramiento personal, con capacidad para adaptar el esquema del TAR a los hábitos de vida del paciente y proporcionando estrategias de resolución de problemas, han demostrado ser eficaces para incrementar la adherencia al tratamiento y mejorar la respuesta del mismo.

Deben implementarse dichas estrategias en los centros sanitarios, de forma multidisciplinaria, por parte de los profesionales sanitarios con responsabilidad en la atención a pacientes con infección por el VIH.

El TDO no puede recomendarse de forma generalizada. Sin embargo, puede tener interés y ser efectivo en pacientes en situaciones especiales (reclusos, marginación social extrema y programas de mantenimiento con metadona).

- **Estrategias en la pauta terapéutica.**

Recientemente se han producido avances en la terapia antirretroviral que han implicado la posibilidad de realizar tratamientos sencillos de alta potencia que favorecen de manera muy importante la adherencia al tratamiento. Estos avances son la coformulación de varios principios activos en una sola forma de dosificación, la disponibilidad de fármacos que pueden administrarse una vez al día y por consiguiente, la posibilidad de combinaciones en dosis única diaria (UD). Estas pautas UD han adquirido un creciente interés. No obstante, existen algunas cuestiones que deben ser resueltas de forma concluyente: interacciones, toxicidad, efectividad, relación con la adherencia y su impacto sobre la calidad de vida. Por otro lado, la simplificación del TAR viene definida como el cambio de un régimen con el que se ha conseguido una adecuada respuesta por otro que mantenga la misma eficacia permitiendo reducir su complejidad.

RECOMENDACIONES (6). (Estrategias en la pauta terapéutica)

El TAR debe individualizarse y adaptarse a las necesidades y preferencias de cada paciente. Son aconsejables las pautas más sencillas en cuanto a número de comprimidos y a dosis diarias.

En pacientes con supresión virológica mantenida, alcanzada con una pauta compleja, puede considerarse simplificar el TAR a pautas que hayan demostrado igual o mejor seguridad y eficacia.

3. Aplicación de la encuesta de adherencia y resultados:

Entre marzo y octubre de 2007 se llevó a cabo la encuesta en todo el país consistente en el desarrollo de los 2 cuestionarios (el cuestionario validado SMAQ y el elaborado en la Obra Social).

Los cuestionarios de adherencia fueron completados por 187 afiliados que padecen VIH-SIDA. El cuestionario elaborado en la Obra Social (ver anexo) en su formato original constaba de 23 preguntas, varias de ellas divididas en sub-ítems, lo que implicó un total de 55 preguntas (variables a analizar). En el análisis estadístico preliminar, en un intento de reducir la dimensión de variables que pudieran presentar escasa o nula trascendencia en relación a los objetivos planteados se desecharon 14 con lo que el cuestionario original se redujo a un total de 41 variables a analizar. Con posterioridad aplicando el Análisis Factorial Exploratorio se descartaron 6 variables adicionales que no mostraron significatividad con lo que se redujeron a 35.

Las variables (preguntas) a su vez fueron agrupadas en **factores** en un intento correlacionarlos con los factores modificadores de adherencia planteados en el marco referencial, quedando agrupadas de la siguiente manera:

- 1- Factor 1: Depresión y trastornos psicológicos.
- 2- Factor 2: Conocimiento del paciente sobre la importancia de la medicación en la evolución de la enfermedad.
- 3- Factor 3: Efectos colaterales.
- 4- Factor 4: Calidad de vida y toma de antirretrovirales.
- 5- Factor 5: Entorno Social.

De acuerdo al cuestionario SMAQ de los 187 bajo TAR, 79 (42,2 %) de ellos no alcanzaba una adherencia del 95 %. Es importante destacar que al intentar correlacionar los Factores con niveles de adherencia ninguno de ellos alcanzó significación estadística.

3.1 Procesos implementados en la Obra Social para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral entre sus afiliados:

Con la mente en los resultados de lo que consideramos altos niveles de no adherencia al TAR comenzaron a realizarse tareas conjuntas desde el Área

Patologías especiales y Farmacia de la Obra Social , desde la Comisión de Pacientes y el Centro Médico Huésped que consisten básicamente en :

- a) Individualización de los pacientes no adherentes a través de los cuestionarios y registros de farmacia.
- b) Derivación de los pacientes con problemas de adherencia desde el prestador (Centro Médico Huésped) al servicio de Salud Mental de la Obra Social.
- c) La Obra Social puso a disposición de la Comisión de pacientes un consultorio y una línea telefónica exclusiva para que los afiliados con problemas de adherencia al tratamiento pudieran realizar consultas y buscar contención en pares.
- d) Se trabajó junto al Área de Prensa y Difusión de La Obra Social en la elaboración de folletería de apoyo (ver anexo) y en la difusión de medidas de promoción de adherencia para su distribución entre nuestros afiliados al momento de la consulta o al retiro de los medicamentos en el Área Farmacia.
- e) Se comenzaron a programar, junto con la Comisión de Pacientes, cursos de capacitación con epicentro en cuestiones de adherencia a tratamientos crónicos para los integrantes del equipo de salud, aprovechando la fortaleza de contar en dicha Comisión la presencia de numerosos docentes.



4. Conclusiones:

La mala adherencia al TAR en pacientes que padecen VIH-SIDA es frecuente y es generadora de aumento de enfermedades marcadoras, muerte y aumentos de los costos para el sistema de salud.

Los integrantes del equipo de salud deben trabajar en forma multidisciplinaria para encarar este problema buscando la alianza del paciente y su entorno social. Los tratamientos deben ser individualizados, discutidos y acordados entre el médico prescriptor y el paciente, mientras que el resto del equipo de salud debe brindar asesoramiento permanente y estar alerta para detectar problemas de adherencia en un paciente individual. Los médicos tratantes deberán estar alertas a la aparición de depresión u otros trastornos psicológicos para su inmediata derivación a los profesionales de salud mental, así como también ante la presencia de efectos colaterales que obliguen a realizar modificaciones de las dosis o buscar esquemas terapéuticos alternativos. Los Profesionales farmacéuticos deben complementar la información brindada por el médico y deberán contribuir a superar las lagunas de información que pudiera el paciente tener. Realizarán la entrega de medicamentos en forma individualizada supervisando adherencia a través de los registros de dispensa. Los profesionales de enfermería tendrán un estrecho contacto con los pacientes alertando al médico de situaciones personales o del entorno social que atenten contra el cumplimiento adecuado de la terapéutica.

La inclusión de un grupo de pares que desarrolla su trabajo junto al equipo de salud resulta, además de un aspecto innovador, de suma utilidad dado que facilita el contacto con pacientes no adherentes aumentando su accesibilidad al sistema, informando, conteniendo, facilitando la realización de trámites administrativos y ayudando en la coordinación de las tareas.

Si bien se han publicado gran cantidad de estudios que han hecho foco sobre los factores que modifican la adherencia, prácticamente no se han llevado a cabo programas desde la seguridad social o desde otros sectores del sistema de salud para intervenir sobre ellos. Esto es particularmente llamativo, dado que existe abundante sostén bibliográfico que alentaría el desarrollo de estas intervenciones

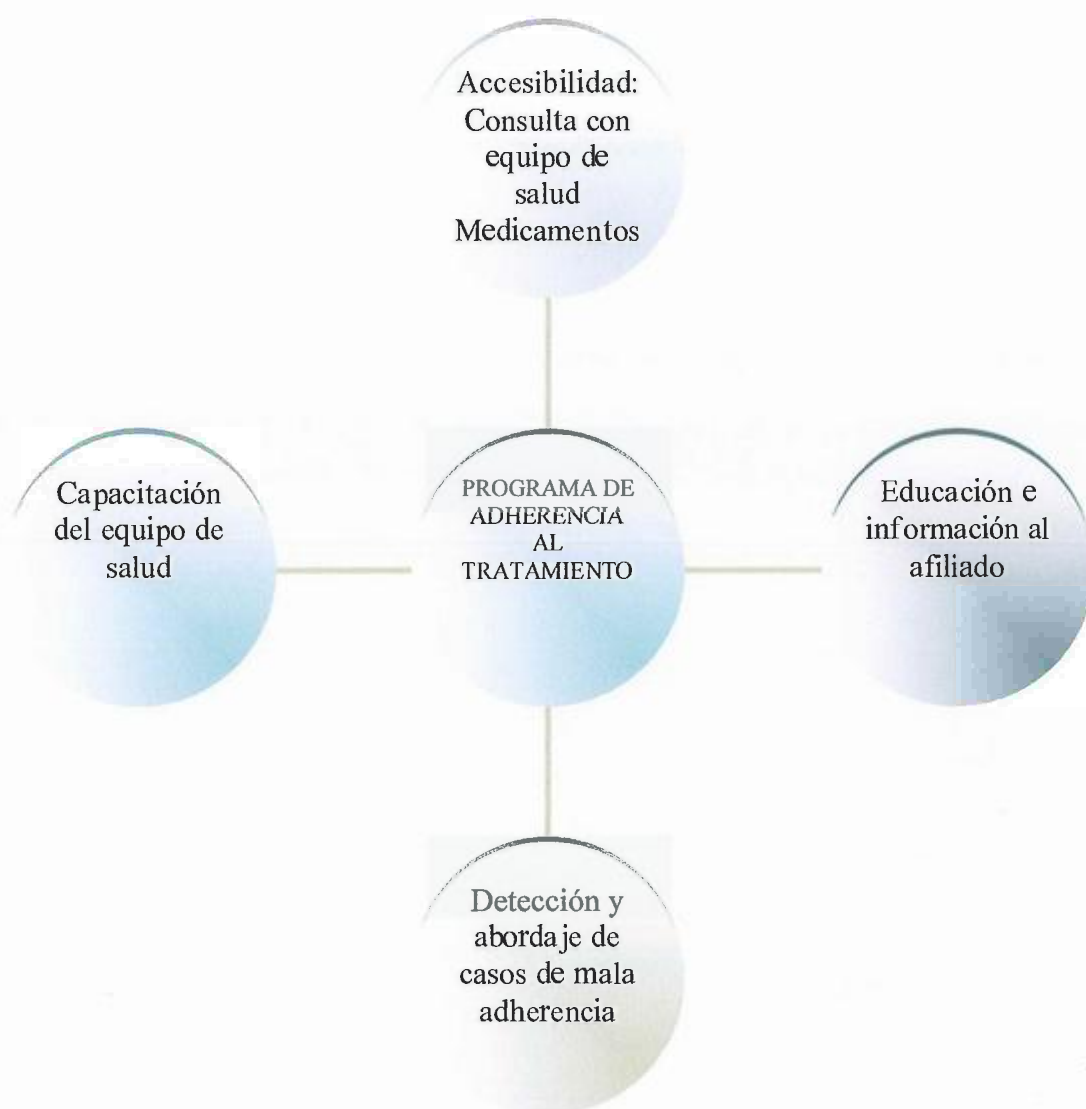
por parte de las instituciones con el objeto de reducir costos tornando más eficiente al sistema de salud.

La evaluación de los posibles factores de riesgo para conseguir una adherencia óptima al tratamiento deberá servir para planificar intervenciones específicas para cada paciente que generalmente serán de carácter multifactorial y multidisciplinar (20).

A modo de conclusión final surge la necesidad de coordinar estas acciones dentro de un **Programa de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral** para los afiliados de la Obra Social.

Dicho programa deberá diseñarse y ejecutarse sobre la base de cuatro ejes que consideramos básicos.

- 1) Accesibilidad del paciente a la consulta con el equipo de salud y a los medicamentos,
- 2) Educación y asesoramiento a los afiliados sobre cuestiones relacionadas con su enfermedad y su tratamiento.
- 3) Detección de casos con dificultades en la adherencia al tratamiento para su abordaje individual
- 4) Capacitación del personal en cuestiones relacionadas a adherencia a tratamientos crónicos y especialmente en VIH-SIDA.



La puesta en marcha de un programa de estas características representaría una de las primeras acciones concretas y sistematizadas implementadas desde una Obra Social para dar una respuesta a esta problemática que afecta a sus afiliados y aspiramos a que se constituya en un precedente a difundir en el universo de la Seguridad Social en la Argentina.

Bibliografía:

- 1- Evaluación de un programa de atención farmacéutica dirigido a mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. FARM HOSP (Madrid) vol. 28. supl. 1 pp. 19-26, 2004.
- 2- Paterson, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection, *Ann Intern Med.* 2000;133:21.
- 3- Little SJ et al. Antiretroviral drug susceptibility and response to initial therapy among recently HIV-infected subjects in North America. In: *Program and Abstracts of the 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections.* Alexandria,VA, Foundation for Retrovirology and Human Health, 2001:273.
- 4- Senst BL, Achusim LE, Genest RP, et al. Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network. *Am J Health Syst Pharm* 2001;58:1126-32.
- 5- Adherence to long term therapies. Evidence for action. World Health Organization report 2003.
- 6- Hernando Knobel, Ismael Escobar, Rosa Polo. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005;23(4):221-31.
- 7- Miller LG, Liu H, Hays RD, Golin CE, Beck CK, Asch SM, et al. How well do clinicians estimate patients' adherence to combination antiretroviral therapy? *J Gen Intern Med.* 2002;17:1-11.
- 8- Murri R, Antinori A, Ammassari A, Nappa S, Orofino G, Abrescia N, et al. AdICoNA Study Group. Physician Estimates of cAdherente and the Patient-Physician Relationship as a Setting to Improve cAdherente to Antiretroviral Therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2002;31:S158-62.
- 9- Wendel CS, Mohler MJ, Kroesen K, Ampel NM, Gifford AL, Coons SJ. Barriers to use of electronic adherence monitoring in an HIV clinic. *Ann Pharmacother.* 2001;35:1010-5.

- 10-García B. Medición de la adherencia al tratamiento antirretroviral. En: Codina C, Delgado O, editores. Jornadas de adherencia de los pacientes con VIH al tratamiento antirretroviral. Ed. SEFH-GlaxoSmithKline; 2001.
- 11-Recomendaciones de GESIDA/ Plan Nacional sobre el sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (actualización enero de 2007). *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2007; 25 (1): 32-53.
- 12-Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353: 487-97.
- 13-Trotta MP, Ammassari A, Melzi S, Zaccarelli M, Ladisa N, Sighinolfi L, et al. Treatment-related factors and highly active antiretroviral therapy adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;31:S128-S131.
- 14- Stone VE, Hogan JW, Schuman P, Rompalo AM, Howard AA, Korkontzelou C, et al. Antiretroviral regimen complexity, self-reported adherence, and HIV patients' understanding of their regimens: survey of women in the HER study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001;28:124-131.
- 15-Nieuwkerk PT, Sprangers MAG, Burger DM, Hoetelmans RM, Hugen PW, Danner SA, et al. Limited patient adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV-1 infection in an observational cohort study. *Arch Intern Med* 2001;161:1962-1968.
- 16-Gordillo V, del Amo J, Soriano V, González-Lahoz J . Sociodemographic and psychologic variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS* 1999;13:1763-1769.
- 17-Gao X, Nau DP, Rosenbluth SA, Scott V, Woodward C. The relationship of disease severity, health beliefs and medication adherence among HIV patients. *AIDS Care* 2000;12:387-398.
- 18- stone VE et al.HIV/AIDS patients' perspectives on adhering protease inhibitors. *Journal of General Internal Medicine*, 1998,13:586-593.
- 19-Hedge B, Petrak JA.Take as prescribed: a study of adherence behaviours in people taking anti-retroviral medications [abstract 32346].Abstract Book. *Presented at the 12th WorldAIDS Conference; 28 June-3 July, 1998. Geneva, 1998: 590-591.*
- 20-Roter D, Hall J, Merisca M, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance. A meta-analysis. *Med Care*. 1998;36:1138-61.

- 21-Knobel H, Carmona A, López J, Gimeno JL, Saballs P, González A, et al. Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad: impacto de una intervención de asesoramiento individualizado. *Enferm Infecc Microbiol Clin*.1999;17:78-81.
- 22-Martin J, Sabugal GM, Rubio R, Sainz-Maza M, Blanco JM, Alonso JL. Outcomes of a health education intervention in a sample of patients infected by HIV, most of them injection drug users: possibilities and limitations. *AIDS Care*. 2001;13:467-73.
- 23-Conway B, Prasad J, Reynolds R, Farley J, Jones M, Jutha S, et al. Directly observed therapy for the management of HIV-infected patients in a methadone program. *Clin Infect Dis*. 2004;38 Suppl 5:S402-8.
- 24- Panel on Antiretroviral Guidelines for Adult and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. October 10, 2006; 1-113. Available at <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentsGL.pdf>.

ANEXO

Material de folletería diseñado con Area de Prensa



TU INFECTÓLOGO
TU PSICÓLOGO
TU DERMATÓLOGO
TU ODONTÓLOGO
TU NUTRICIONISTA

**TODOS JUEGAN PARA VOS
ARMÁ TU EQUIPO**

PREGUNTA
COMUNICATE
ELEGÍ
ES TU DERECHO

RECORDÁ: ADHERIRTE A TU ESQUEMA
ES ADHERIRTE A LA VIDA.



Obra Social para el Accidentado de Tránsito
www.osplad.org.ar

**¡¡¡SE ME PASÓ LA HORA
DE LA TOMA!!!**
(no la tomo, por una vez...)

Si no pasó una hora, tomála.
Son 10 segundos,
el resto del día es tuyo.

Disfrutálo. VIVÍ.



Obra Social para el Accidentado de Tránsito
www.osplad.org.ar

COPACO

**COMISIÓN
DE PACIENTES**

Red solidaria
de medicamentos.
Acompañamiento
en general.
Consultas
sobre trámites.
Asesoramiento.

Tenés alguien a quien recurrir.



Obra Social para el Accidentado de Tránsito
www.osplad.org.ar

HIV/SIDA

La enfermedad cabalgó
sobre la falta de conocimiento.
Por eso recorrió tanto camino.
Podemos frenarla.
Hoy sabemos más que ayer.
Hoy sabemos menos que mañana.

INFORMÁTE

Pedí explicaciones.
Saber cómo actuar la medicación, ayuda.

**ES TU DEBER
ES TU DERECHO**



Obra Social para el Accidentado de Tránsito
www.osplad.org.ar