

## Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes seropositivos

### Adherence to antiretroviral treatment in seropositive patients

**Johan Betancourt Gambino**

Instituto Superior de Ciencias Médicas. Isla de la Juventud, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** La terapia antirretroviral de gran actividad ha mejorado significativamente las expectativas de vida de los pacientes y su esperanza de vida final. Una terapia exitosa depende de una sólida adherencia al tratamiento.

**Objetivo:** Profundizar sobre los aspectos esenciales para lograr una buena adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes seropositivos.

**Métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica sobre los principales aspectos relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes seropositivos donde se consultaron varios sitios web certificados, revistas electrónicas, libros, haciendo uso de buscadores. Los resultados se presentaron mediante programas de paquete office 2007 tales como power point, Microsoft Word.

**Conclusiones:** Al finalizar la revisión bibliográfica encontramos que la adherencia al tratamiento antirretroviral es fundamental para los pacientes viviendo con VIH/SIDA.

**Palabras clave:** Atención primaria; adherencia; VIH; SIDA; tratamiento.

---

#### ABSTRACT

**Introduction:** High activity antiretroviral therapy has significantly improved the life expectancy of patients and their final life expectancy. Successful therapy depends on a solid adherence to treatment.

**Objective:** To deepen on the essential aspects to achieve good adherence to antiretroviral treatment in seropositive patients.

**Methods:** A literature review was carried out on the main aspects related to adherence to antiretroviral treatment in seropositive patients. Several certified websites, electronic journals, books, and search engines were consulted. The results were presented through 2007 office package programs such as power point, Microsoft Word.

**Conclusions:** At the end of the literature review, we found that adherence to antiretroviral treatment is essential for patients living with HIV/AIDS.

**Keywords:** primary care; adherence; HIV; AIDS; treatment.

---

## INTRODUCCIÓN

No existe una definición universalmente aceptada para definir la adherencia; se propone la siguiente para los pacientes con infección por VIH: "adherencia es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral (TAR), que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral".

Algunos autores prefieren el término "adherencia", considerando que define una actitud del paciente, refleja un compromiso con respecto a la medicación prescrita por el médico con una participación activa en la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico. El cumplimiento o la adherencia incorrecta incluyen aspectos como la omisión de tomas, reducción de la dosis prescrita, no respetar los intervalos o frecuencias de administración correctas, no ajustarse a los requerimientos de administración en relación con las comidas u otras circunstancias.<sup>1</sup>

Uno de los progresos más significativos en el enfrentamiento a la epidemia del VIH/sida ha sido el desarrollo de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), la que previene o retarda la progresión de la enfermedad, con el impacto positivo de disminuir la carga viral circulante, restaurar el sistema inmunológico y mejorar la calidad de vida.<sup>2</sup>

La realidad es que más de 80 % de los enfermos de SIDA en la mayoría de las naciones fallecen severamente inmunodeprimidos, padeciendo múltiples infecciones oportunistas y neoplasias en extremo agresivas. La tuberculosis y otras micobacteriosis, la neumonía por *Pneumocystis carinii*, la citomegalovirus diseminada, formas graves de infecciones bacterianas y micóticas, linfomas linfocíticos de alto grado de malignidad y sarcomas de Kaposi viscerales, matizan la abigarrada morbilidad de estos enfermos.<sup>2</sup>

A pesar de lo controvertido que aún resulta este tema, existen sólidas evidencias de que la terapia antirretroviral altamente activa (TARGA) ha revolucionado los horizontes de estos enfermos. Sistemáticamente se conoce de mejoras notables en el pronóstico y la calidad de la vida, también de importantes reducciones en la morbilidad y mortalidad relacionada con el SIDA, sobretodo en Norteamérica y Europa.<sup>2</sup>

En Cuba se inició la terapia antirretroviral de manera sistemática para los enfermos SIDA a mediados de 2001. Con anterioridad múltiples estudios han analizado el comportamiento clínico y el perfil inmunológico de las enfermedades oportunistas más frecuentemente asociadas al VIH/SIDA.<sup>3</sup>

En el año 2005, la atención médica a las pacientes viviendo con VIH (PVV) se descentralizó, lo que mejoró el control de la TARGA, según el área de residencia de los pacientes. En el Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras", según el Protocolo de trabajo para la infección y la enfermedad por retrovirus humano, aprobado por la Comisión de Aplicación del Manual de Prácticas Médicas del hospital, se atienden en Consulta Externa de Infectología, un grupo de PVV. La atención hospitalaria se realiza en colaboración con la atención primaria descentralizada que se brinda según su área de residencia, lo que les ha permitido comenzar la TARGA cuando lo han requerido. Sin embargo, esta terapia no es capaz de erradicar el VIH del organismo y se debe mantener de por vida, por lo tanto, se hace necesario controlar factores que pueden entorpecer el éxito del tratamiento a corto o largo plazo, tales como la pobre adherencia a la terapia, la intolerancia a la medicación, las interacciones medicamentosas, las variaciones individuales de la farmacocinética y la emergencia de mutaciones asociadas a resistencia (MAR) a los ARV. Precisamente, la resistencia a los ARV es una de las principales causas de fallo de los esquemas de tratamiento.<sup>3</sup>

Existe un amplio número de variables que pueden repercutir en la adherencia, como los asociados al paciente, los relacionados con la medicación, los asociados a factores socioeconómicos, a factores psicológicos y sociodemográficos, al grado de conocimiento de la enfermedad y del propio tratamiento. La complejidad del régimen de tratamiento, los cuales pueden tener una alta carga de comprimidos incluyendo múltiples tomas diarias, y la frecuencia de efectos adversos hacen que el HAART sea difícil de tolerar, siendo muchas las personas infectadas por el VIH las que fracasan en la adherencia, incluso aquellos con una adherencia terapéutica muy buena. Este fenómeno es conocido como "cansancio de las pastillas" o "cansancio del tratamiento" pudiendo incluso hacer abandonar el tratamiento por completo al paciente.<sup>4</sup>

El objetivo de este trabajo es profundizar sobre los aspectos esenciales para lograr una buena adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes seropositivos.

## **MÉTODOS**

Se realizó una revisión bibliográfica sobre los principales aspectos relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes seropositivos donde se consultaron varios sitios web certificados tales como Hinary, Scielo, INFOMED, GPSIDA, ONUSIDA, entre otros, se revisaron además dos tesis sobre el tema, las revistas electrónicas de medicina familiar, de promoción de salud y del centro nacional de lucha contra el sida, 3 libros perteneciente a la bibliografía de trabajos de los consultorios médicos, y se hizo uso de buscadores como Yahoo, y Google. Los resultados se presentaron mediante programas de paquete office 2007 tales como power point, Microsoft Word.

## DESARROLLO

La adherencia incorrecta no es solamente un porcentaje determinado a partir de las dosis de medicación no tomadas. 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 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.

La adherencia terapéutica constituye un potente predictor de respuesta tanto en el contexto de ensayos clínicos como en estudios de cohortes. Por este papel trascendental, se ha calificado a la falta de adherencia como el "talón de Aquiles" de la terapia antirretroviral. En definitiva, la adherencia al tratamiento constituye una conducta compleja individual en la que intervienen numerosos factores concomitantes.<sup>2</sup>

### Factores que influyen en la adherencia

El tratamiento de la infección por el VIH presenta todos los factores que dificultan la adherencia: más de un fármaco, más de una toma al día, presencia de efectos adversos y tratamientos prolongados, por lo que alcanzar el objetivo de un cumplimiento óptimo representa un auténtico desafío para el paciente y para el personal sanitario. Existen las categorías establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004).<sup>4</sup>

Factores sobre las barreras para la adherencia al tratamiento se identificaron cinco tipos de factores:

#### 1. Enfermedad

En los años noventa, al inicio de la monoterapia con zidovudina, las expectativas de los pacientes eran altas y la mayoría de estudios reflejaban un grado de adherencia de alrededor del 60 %-80 % 69,70. Pasados 2-3 años, el grado de aceptación y de adherencia bajó de forma considerable al 40 %-60 % debido, en parte, a los continuos fracasos del tratamiento antirretroviral, con lo que las expectativas bajaron considerablemente. Pero a partir de 1996, cuando aparecen los inhibidores de la proteasa 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.<sup>5</sup>

#### 2. Tratamiento

En numerosos estudios se ha demostrado que la adherencia al tratamiento antirretroviral disminuye cuando aumenta la complejidad del mismo. En los últimos años, es probable que se haya alcanzado el máximo de la sencillez en cuanto a los esquemas posológicos. Un aspecto importante del régimen terapéutico, estudiado en los últimos años, es si en caso de omisión de dosis el riesgo de fracaso virológico es similar con todas las pautas. Algunos estudios parecen demostrar que con similares niveles de adherencia el riesgo de fracaso virológico es mayor con inhibidores de proteasa no potenciados, que con IPs potenciados y con NN. También se ha sugerido que los regímenes basados en

no nucleósidos presentan menor riesgo de mala adhesión en comparación con regímenes basados en IPs.<sup>5</sup>

### *3. Régimen terapéutico*

Cuando la interferencia con los hábitos, bien en el horario de trabajo o en ciertos momentos englobados en el contexto de la vida social del paciente, motiva que algunos de ellos dejen de tomar la medicación o que lo hagan en un horario incorrecto. La absorción de determinados fármacos (didanosina, ritonavir, saquinavir, nelfinavir, indinavir) se encuentra altamente condicionada a la presencia o ausencia de alimentos en el momento de la toma y requieren una pauta muy estricta de dosificación.<sup>6</sup> Otro aspecto a considerar, con posibles implicaciones prácticas, es la relación entre la adhesión y el desarrollo de resistencias, que es más compleja que la idea establecida de que "la no adherencia aumenta el riesgo de resistencias".

### *4. Entorno asistencial*

La adherencia al tratamiento antirretroviral está influida por la relación que se establezca entre el equipo asistencial y el paciente. La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad con el médico y el resto del equipo son factores que influyen de manera favorable. La toma de decisiones conjuntas entre el médico y el paciente en un marco de confianza, así como el adecuado flujo de información acerca de la enfermedad entre ambos, es fundamental para favorecer la adherencia y conseguir un nivel óptimo de calidad asistencial. La calidad de esta relación es un factor importante de intervención para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral.<sup>7</sup>

### *5. Sistema sanitario*

Factores relacionados con el sistema sanitario como la accesibilidad al centro, disponibilidad de transporte, disponibilidad de guarderías y conveniencia con los horarios también pueden influir en la adherencia.

## Individuo

Las características demográficas (edad, sexo, raza, estudios, ocupación, así como el nivel cultural y la situación económica estable, la disponibilidad de un hogar, y depresión, y en los otros extremos aquellos como el abuso de sustancias, consumo de alcohol, que están relacionados con la no adherencia).<sup>7</sup>

## **Métodos para valorar la adherencia**

Debido a la elevada importancia del grado de adherencia al tratamiento antirretroviral, se han desarrollado a lo largo de los años diversos métodos de medida de la misma. Todos ellos presentan limitaciones, por ello, lo ideal es utilizar combinaciones de los mismos a fin de compensar sus carencias. Los métodos para la valoración de la adherencia se clasifican en directos e indirectos.<sup>8</sup>

### *Métodos directos*

Están basados en parámetros bioquímicos cuantificables. La determinación de concentraciones plasmáticas de antirretrovirales es la única medida objetiva y específica.

- A) Los indicadores de salud: entre ellos están las pruebas en sangre, estas no han podido documentar la correspondencia 1:1 entre la adherencia al régimen y el control que muestran las pruebas del laboratorio. Su elevado coste y sofisticación limita su aplicación en la práctica clínica diaria. Por otro lado, existen muchas variables intra e interindividuales que condicionan el comportamiento cinético de los fármacos antirretrovirales, por lo que el establecimiento de un umbral estándar para clasificar a los pacientes como adherentes o no resulta cuestionable.
- B) Los informes proporcionados por el personal médico: en este caso tienden a clasificar a los pacientes como adherentes o no adherentes y no suelen especificar en qué conductas las personas tienen más dificultades para cumplir con el tratamiento. La evolución clínica y el resultado virológico e inmunológico no deberían considerarse métodos de estimación de la adherencia, sino más bien la consecuencia de esta. Este sistema tiende a sobreestimar la adherencia a los tratamientos frente a otros métodos. La sensibilidad es muy baja, no identificándose a muchos pacientes no adherentes, por lo que no se recomienda su utilización.<sup>8</sup>

#### *Métodos indirectos*

Son los más utilizados por su sencillez, aunque no son totalmente objetivos y por tanto, son menos fiables.

- A) Las observaciones conductuales: estos son los instrumentos que han mostrado mayor eficacia tanto por su especificidad como por su habilidad de detectar si la persona tiene algún déficit en la habilidad o falta de conocimientos para seguir su tratamiento.
- B) El recuento de la medicación sobrante: por otro lado el recuento de la medicación sobrante, requiere de un alto nivel de inversión. *Recuentos de medicación* Este método consiste en calcular la adherencia mediante la siguiente fórmula:

$$\% \text{ adherencia} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de unidades prescritas} - \text{N}^{\circ} \text{ de unidades dispensadas}}{\text{N}^{\circ} \text{ de unidades devueltas}} \times 100$$

Se ha utilizado con éxito en otras enfermedades crónicas debido a su bajo coste y sofisticación, pero presenta importantes limitaciones cuando se aplica al cálculo de la adherencia al TAR, porque devolver la medicación sobrante es molesto y aparatoso para el paciente, y recontarla resulta complejo para los profesionales sanitarios. Además, es una medida fácilmente manipulable por parte del paciente. Actualmente se considera un método aceptable, pero en combinación con:

- C) La entrevista personalizada: finalmente en los informes personalizados, en ocasiones son alterados pues las personas están preocupadas por la imagen que quieren dejar al médico sobre su cumplimiento.
- D) Cuestionarios: en la actualidad son unos de los métodos más utilizados, tanto por su sencillez como por su economía. El procedimiento consiste en solicitar al paciente que conteste unas preguntas previamente definidas para, en función de sus respuestas, poder valorar el grado de adherencia. Es un sistema que requiere pocos recursos, asequible y adaptable a las características de cada

centro. Existe una escasa homogeneidad entre ellos y son muy subjetivos, aunque se ha demostrado una correlación entre la adherencia auto-referida y la eficacia antirretroviral. El cuestionario diseñado por Knobel, et al., del grupo GEEMA, fue el primero validado en población española para estimar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Se trata de un cuestionario tipo Morinsky denominado SMAQ (*Simplified Medication Adherence Questionnaire*) que incluye seis puntos. Integra el carácter multidimensional de la adherencia al tratamiento y la medida de las dosis olvidadas, aunque tiene como limitaciones la predisposición del paciente a omitir aquellos aspectos negativos de su cumplimiento, así como su carácter retrospectivo, lo que hace que dependa del recuerdo.<sup>9</sup>

- E) La monitorización electrónica o Sistemas de control electrónico: los sistemas de control electrónico de apertura de envases tipo MEMS (*Medication Event Monitoring System*) o EDEM (*Electronic Drug Exposure Monitor*) son, hasta el momento, los métodos indirectos más objetivos y fiables para medir la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con infección por VIH, pero actualmente su uso está prácticamente restringido al ámbito de la investigación clínica. Son dispositivos a modo de tapa que contienen un microprocesador que registra la hora y día en que se ha abierto el envase. Por el momento se han convertido en el sistema más parecido al "gold standar". No obstante, la utilidad de los MEMS ha sido cuestionada, no sólo por su alto coste económico, sino por otras limitaciones, como la posibilidad de que el paciente extraiga del dispositivo más de una dosis cada vez.
- F) Registros de dispensación: el control de la dispensación en los centros de salud puede ser manipulado, pues el usuario puede desechar los medicamentos en vez de ingerirlos o incluso venderlos. Se basan en la asunción de que un paciente no puede tomar la medicación que no le es dispensada y de que toma de forma adecuada aquella que se le dispensa. Así, un paciente no será adherente si no recoge a los intervalos adecuados la medicación necesaria para cubrir el periodo de tratamiento para el que se dispensa la misma, que habitualmente suele ser de 1 o 2 meses. Este método suele ser empleado de forma rutinaria por los farmacéuticos implicados en la atención farmacéutica a los pacientes VIH, porque el sistema de dispensación de medicación establecido en nuestro país permite aplicarlo fácilmente. Pero también posee limitaciones, como que la dispensación de la medicación no es sinónimo de cumplimiento correcto, o la subestimación de la adherencia cuando el paciente está hospitalizado, puesto que no recoge la medicación durante el ingreso. Sin embargo, desde la óptica del Servicio de Farmacia el estudio de los registros de dispensación se alza como preferente en combinación con la aplicación de cuestionarios.<sup>9</sup>

Como se ha mencionado con anterioridad, es difícil establecer un solo sistema o método que determine con fiabilidad el grado de adherencia, por lo que se aconseja combinar varios de ellos. Se proponen los siguientes:

- Entrevista con el paciente
- Comprobación de la asistencia a las dispensaciones / visitas programadas
- Recuento medicación sobrante
- Evolución de la carga viral

## Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral

Las recomendaciones publicadas por GESIDA/SEFH/PNS resumen las estrategias para mejorar la adherencia al TAR en tres tipos:

### a) Apoyo y ayuda

Estas deben estar dirigidas al paciente, independientemente de su nivel de adherencia, y estar centradas en la educación sanitaria, la comunicación y el apoyo psicosocial. La capacidad de trabajo en equipo de todos los integrantes del equipo pluridisciplinar de atención al paciente con VIH resulta fundamental. El inicio del TAR debe posponerse hasta que el paciente esté preparado para afrontar la responsabilidad del mismo. El paciente debe estar informado, motivado y preparado antes de comenzar el TAR, y deben haberse resuelto los posibles trastornos concomitantes, si los hubiere (alcoholismo, depresión, adicción a drogas, etc.). Es imprescindible que conozca con detalle el tratamiento que se le prescribe, proporcionándole información oral y por escrito de forma clara y comprensible y procurando la máxima disponibilidad posible del equipo asistencial para resolver las dudas y problemas que el paciente presente a lo largo del tratamiento.

### b) De intervención

Las estrategias de intervención individualizadas son basadas en estrategias psicoeducativas y de asesoramiento personal, con capacidad para adaptar el esquema terapéutico a los hábitos de vida del paciente y proporcionar estrategias de resolución de problemas han demostrado ser eficaces para incrementar la adherencia al tratamiento y mejorar la respuesta del mismo. La intervención más frecuente y sencilla es la basada en la información y educación del paciente, haciéndole comprender el objetivo del tratamiento propuesto y los motivos e importancia de la adherencia. El tratamiento directo observado es otra estrategia de intervención que consiste en la observación directa del tratamiento, en la cual una persona entrenada y supervisada observa al paciente mientras este ingiere los comprimidos. Aunque esta estrategia no puede recomendarse de forma generalizada.

### c) 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 teniendo en cuenta la complejidad del régimen terapéutico constituye una barrera importante para conseguir una adherencia óptima durante periodos prolongados en el tiempo. La simplificación del TAR se entiende como el cambio de un régimen con el que se ha conseguido una adecuada respuesta virológica e inmunológica por otro que mantenga esta eficacia y permita reducir la complejidad del tratamiento, proporcionando así un beneficio en la calidad de vida del paciente que pueda traducirse en una mayor adherencia. Las razones para modificar y simplificar un tratamiento pueden ser: reducir el número de comprimidos o la frecuencia de administración, eliminar las restricciones alimentarias, mejorar una toxicidad actual o posible, reducir el riesgo de interacciones y aprovechar la conveniencia de las nuevas formulaciones, de las nuevas indicaciones o de los nuevos fármacos.

- *Reducción en el número de fármacos tras un tratamiento de inducción*
- *Reducción en el número de comprimidos o de dosis*
- *Reducción en la frecuencia de dosificación<sup>10</sup>*

## **Estrategias de impacto en la adherencia al tratamiento antirretroviral**

Cada centro hospitalario debe adaptarse a su realidad asistencial según el número de pacientes que atiende, recursos de personal y servicios de apoyo.

### **1. Organización del equipo asistencial**

#### ***Papel del médico. Recomendaciones para la prescripción de medicamentos***

Antes de iniciar la prescripción el médico debe tener en cuenta unas premisas básicas: la mejor oportunidad para conseguir una supresión máxima de la carga viral la constituye el primer tratamiento. La prescripción de fármacos antirretrovirales pasa por tres fases diferenciadas:

##### *Fase informativa*

A lo largo de esta fase, el médico debe conocer la situación social, laboral y familiar del paciente, su estilo de vida, horarios y actividades cotidianas, situación psicológica (ansiedad, depresión) y actitudes o creencias acerca de la enfermedad y su tratamiento.

##### *Fase de consenso y compromiso*

Teniendo en cuenta información obtenida en la primera fase, el paciente y el médico realizan un consenso respecto a la pauta terapéutica. La pauta de tratamiento debe ser individualizada según los hábitos y necesidades del paciente.

##### *Fase de mantenimiento y soporte.*

Una vez instaurado el tratamiento, requiere una correcta programación de las visitas de control. Primera visita de control se debe programar a los 15 días o, a lo sumo, al mes de iniciado.<sup>10</sup>

#### ***Papel del farmacéutico. Recomendaciones para la dispensación de medicamentos***

##### *Etapas de Presentación*

En esta primera etapa y coincidiendo con la primera visita, el farmacéutico, además de presentarse al paciente, le indicará el procedimiento a seguir en el futuro para la dispensación de medicamentos. Asimismo, insistirá sobre los beneficios que representa el disponer este servicio de atención farmacéutica y sobre la relevancia de adherirse a la terapia prescrita por el médico.

##### *Etapas de Prospección*

El farmacéutico a través de una simple conversación ha de tener la habilidad suficiente para averiguar el nivel de conocimientos que el paciente tiene sobre su enfermedad y concretamente sobre su tratamiento.

#### *Etapa de Información*

En esta fase el farmacéutico debe transmitir al paciente los conocimientos suficientes para conseguir una correcta utilización de los medicamentos y, por tanto, obtener el máximo beneficio, optimizando así, la terapia antirretroviral.

#### *Etapa de Dispensación y cita próxima visita*

La medicación debe dispensarse para períodos no superiores a dos meses (preferiblemente entre 1-2 meses) coincidiendo, a ser posible, con la visita médica.

#### **Papel de enfermería**

La actuación de enfermería se centra en el apoyo al paciente, complementando la actuación del médico.

#### **Papel del equipo de soporte psicológico y el entorno familiar y social**

El apoyo psicológico es importante para aquellas personas que sufren una enfermedad crónica en la cual los cuidados continuados son necesarios. El caso de la infección por el VIH se acompaña, además, de connotaciones sociales que, unidas a las físicas, agravan la situación psicológica de los pacientes.<sup>11</sup>

### **Costos de la falta de adherencia Terapéutica en VIH/SIDA**

Otro aspecto relevante es la eficiencia (relación coste/efectividad) de la terapia antirretroviral. Los estudios realizados muestran que entre un 20 % y un 50 % de pacientes con TAR activo presentan una adherencia inadecuada al mismo. Por ello, la falta de adherencia al TAR debe ser contemplada, en el seno de un Sistema Público de Salud, como un problema de ineficiencia que impide alcanzar la efectividad clínica que puede conseguirse con los recursos de que se dispone para el tratamiento de la infección por el VIH.<sup>12</sup>

El coste de los fármacos antirretrovirales en nuestro país se ha valorado alrededor de 1,2-1,5 millones de pesos por paciente y año, el gasto para años futuro puede haber alcanzado los 50 000 millones. En una sociedad como la nuestra donde los recursos son limitados y en la que se aplican medidas, no se cumplen los programas que garanticen el uso correcto de los mismos. En primer lugar, el trabajador comienza a ausentarse por presentar complicaciones de la enfermedad, lo que es seguido de una discapacidad que lo dejará al auspicio de su familia o su red social cercana.<sup>12</sup>

### **Requerimientos mínimos para el desarrollo e implantación de un programa de atención al paciente en tratamiento antirretroviral**

- Ofrecer en la visita médica un entorno agradable y confortable para atender adecuadamente a los pacientes.
- Disponer de personal médico y de enfermería suficientes.
- Adecuación de los servicios de farmacia para atender de forma individualizada a los pacientes.

- Disponibilidad de personal farmacéutico y de soporte especializado en la atención a pacientes VIH (psicólogos y psiquiatras).
- Programa informático para ofrecer información de los medicamentos a los pacientes.
- Programa informático para el registro y seguimiento de las dispensaciones de medicación.
- Material de soporte en la atención a los pacientes.<sup>12</sup>

## **CONCLUSIONES**

Al finalizar la revisión bibliográfica se encontró que la adherencia al tratamiento antirretroviral es fundamental para los pacientes viviendo con VIH/SIDA, los problemas en este sentido se relacionan con el aumento de los ingresos hospitalarios, la evolución a SIDA y la mortalidad del paciente con infección por el VIH, siendo además por su elevado coste, una causa de ineficiencia de los recursos públicos.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan estratégico nacional para la prevención y el control de las ITS y el VIH/Sida 2014-2018. 2013 [citado 24 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/sida/>
2. Díaz HM. Infección y enfermedad por retrovirus humanos. Manual de Prácticas Médicas del Hospital "Hermanos Ameijeiras". 2a ed. La Habana: Hospital "Hermanos Ameijeiras"; 2008 [citado 26 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/mpm/>
3. Margulies S, Barber N, Recoder M L. VIH-SIDA y "adherencia" al tratamiento enfoques y perspectivas. 2013 [consultado 11 Oct 2016]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-54072006000200013&script=sci\\_arttext&tlnq=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-54072006000200013&script=sci_arttext&tlnq=es)
4. Vargas A, Flores W, Valdez E, Caballero V. La adherencia a los antirretrovirales de las personas que viven con el VIH O SIDA en Bolivia. Rev Bolivianas. 2017 [citado 11 Oct 2016];18(28):[aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2074-46092007002800011&lng=pt&nrm=iso](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-46092007002800011&lng=pt&nrm=iso)
5. Crecientes indicios de resistencia a los medicamentos contra el VIH. 2013 [consultado 8 Nov 2016]. Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2013/07/23/crecientes-indicios-de-resistencia-a-los-medicamentos-contra-el-vih/>
6. Díaz Torres H, Machado Zaldívar L, Martínez Fernández L, Ruiz Gutiérrez N, Nibot Sánchez C, Valdés de Calzadilla N, et al. Comportamiento de la resistencia a drogas antirretrovirales en una consulta externa de La Habana durante el año 2012. 2014 [ciltado 8 Nov 2016];53(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232014000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232014000400008)

7. Díaz Torres H, Ruibal Brunet I, Sánchez Ruiz J. Fracaso del tratamiento antirretroviral y terapias de salvamento. 2014 [consultado 8 Nov 2016]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232003000400007&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232003000400007&nrm=iso)
8. La adherencia al tratamiento antirretroviral: un adecuado control del VIH. 2012 [consultado 27 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.amigosdenyumbani.es/sida-vih/la-adherencia-al-tratamiento-antirretroviral-un-adecuado-control-del-vih/>
9. La importancia de una buena adherencia en el tratamiento del VIH. Abril, 2013 [consultado 27 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.infosida.es/que-es-el-tratamiento-arv/convivir-con-el-vih/la-importancia-de-una-buena-adherencia>
10. Roca B. Adherencia al tratamiento antirretroviral en la Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General de Castellón. 2014 [consultado 27 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-adherencia-al-tratamiento-antirretroviral-13028045>
11. Rodríguez Torné G, Iranzu Aperte M, Berrocal Javato M, Gómez-Serranillo Reus M. Adherencia al tratamiento antirretroviral: repercusión del número de toma diaria. 2012 [consultado 27 Sep 2016]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75152009000100008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152009000100008)
12. Pautas para medir una buena adherencia del tratamiento del VIH. 2013 [consultado 27 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.infosida.es/que-es-el-tratamiento-arv/convivir-con-el-vih/pautas-medir-buena-adherencia>

Recibido: 2 de febrero de 2017.

Aprobado: 6 de junio de 2017.

*Johan Betancourt Gambino*. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Isla de la Juventud, Cuba.

Dirección electrónica: [ybetancourt@infomed.sld.cu](mailto:ybetancourt@infomed.sld.cu)