

Tratamiento antiretroviral: la adherencia como tema de debate

**Javier Martínez
Lacasa**

Unidad
de Enfermedades
Infecciosas.
Hospital Mútua
de Terrassa.
Terrassa

Desde que en 1997 se acuñó claramente el concepto de HAART "Highly active antiretroviral therapy" que en Español podría resumirse como "Tratamiento intensivo, potente o de gran actividad", mucho ha cambiado el escenario de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se ha considerado desde entonces que los pacientes deben ser tratados al menos con tres fármacos, preferentemente de familias o grupos de antiretrovirales diferentes siendo la asociación de dos análogos de nucleósido y un inhibidor de la proteasa hasta hace pocos meses la terapia estándar. Con la aparición de los no análogos de nucleósido, que han demostrado una eficacia similar a los inhibidores de la proteasa, se han ampliado las combinaciones iniciales. El tratamiento antiretroviral en pacientes "naive" alcanza una efectividad de alrededor del 70-80% respecto a conseguir cargas virales por debajo de los límites de detección (en la mayoría de las técnicas estándares, por debajo de 40-80 copias) manteniendo durante meses a los pacientes en esta situación^{1,2}.

No obstante, es frecuente que debido a diversos factores, el VIH pueda escapar al control del tratamiento al desarrollar cepas resistentes lo que obliga al clínico a diseñar nuevas pautas de tratamiento que casi siempre supone incrementar el número de fármacos o de pastillas que toma el paciente^{3,4}. Se habla en estos casos, sobre todo después de varios fracasos de tratamiento, de la utilización de MEGA-HAART, que quiere decir la utilización de entre 5 y 7 fármacos a la vez.

Intentemos después de esta introducción de terapia antiretroviral acordarnos de nuestro paciente, en muchos casos traumatizado por el diagnóstico y enfrentado (a veces todo ello en una misma sesión o en un corto lapso de tiempo) al inicio de una pauta de tratamiento compleja. Los tratamientos actuales hasta hace poco y aún en la actualidad suponen para el paciente la toma de un mínimo de 4 pastillas y un máximo difícil de precisar pero que podría llegar a

las 20 pastillas diarias. Estos fármacos pueden provocar (como cualquier fármaco en general) ciertos efectos secundarios que en ocasiones pueden alterar la calidad de vida de dichos pacientes.

El concepto de adherencia o cumplimiento (ya que ahora se aplican de manera indiferenciada) ha tomado en la actualidad una importancia tan notable como el de eficacia^{10,11}. Algunos estudios publicados recientemente han encontrado tasas de cumplimiento inferiores al 40-50% en pacientes infectados por el VIH^{5,6}, lo que ha planteado un problema de primer orden: ¿qué estrategias deben seguirse para mejorar la adherencia de los pacientes?

Conviene en primer lugar valorar los diferentes factores que influyen en la adherencia y que hacen referencia tanto *al paciente*, a *la situación de la enfermedad*, a *el régimen terapéutico* escogido en cada momento como a *las relaciones* que se establecen con el equipo asistencial.

En relación con el individuo la adicción a drogas de forma activa, el alcoholismo, así como las condiciones económicas y sociales deficientes se han relacionado con una falta de cumplimiento del tratamiento sin olvidar los factores psicológicos como el estrés, la ansiedad o incluso un franco cuadro depresivo que puede aparecer en estos pacientes cuando han de iniciar el tratamiento por primera vez o bien cuando se ha de cambiar la pauta por aparición de efectos secundarios o por fracaso en el control de la replicación viral⁷.

La situación de la enfermedad con frecuencia conlleva que los pacientes con peor situación inmunológica y con mayor percepción de su estado de salud tiendan a aceptar el tratamiento como necesario a pesar de que puedan aparecer efectos secundarios. Los enfermos asintomáticos con buen estado inmunológico, en ocasiones, no tienen una clara percepción de enfermedad lo cual puede llevarles a cansarse de

Correspondencia:
Xavier Martínez Lacasa
E-mail:
24327jml@comb.es

una medicación compleja y de la cual no tienen una noción subjetiva de mejoría^{8,9}.

Las pautas de tratamiento pesan de una manera especial sobre nuestros pacientes ya que es fácil entender la dificultad para el paciente de acomodar su vida social y/o laboral a la toma de los fármacos, algunos de los cuales requieren además ciertas condiciones como su toma en ausencia de alimentos o bien su conservación en nevera etc. Hemos hablado también del número de pastillas y conviene volver a recalcar este punto ya que es una de las principales quejas de nuestros pacientes¹⁰.

Finalmente la relación entre médico-paciente y en general con el equipo asistencial parece decisiva. La correcta información sobre la enfermedad, la situación clínica del paciente y de las opciones de tratamiento permite consensuar con el paciente la actitud a seguir, ya que se ha demostrado que plantear un tratamiento cuando el paciente no lo entiende o se ve incapacitado de llevarlo a cabo se acompaña de un índice de abandonos elevados. Knobel, et al.¹⁰ basan este punto en las características: confianza, accesibilidad y confidencialidad.

Es preciso dedicar una atención especial al individuo y su percepción de la enfermedad. La implantación de programas de deshabituación, especialmente de metadona en nuestro País, se hace necesaria de manera preferente en pacientes infectados por el VIH que deban iniciar tratamiento antiretroviral. También la deshabituación alcohólica es necesaria y con frecuencia olvidada¹¹.

La simplificación de las pautas de tratamiento es hoy en día un tema de máxima actualidad. El uso de los no análogos de nucleósido y algunas pautas con tres análogos han simplificado la dosificación, manteniendo en muchos casos la eficacia¹¹⁻¹³.

Finalmente, se requiere una asistencia multidisciplinar a nuestros enfermos, donde participen varios profesionales sanitarios que engloban al clínico pero también a psicólogos o psiquiatras, enfermeras, asistentes sociales, farmacéuticos, equipos de deshabituación de drogas, etc. La actuación coordinada de todo el grupo ayuda a favorecer la necesaria confianza en el tratamiento antiretroviral y su correcto cumplimiento.

La adherencia al tratamiento es hoy por hoy otra de las preocupaciones, junto a la potencia, los efectos secundarios, las interacciones entre fármacos o las resistencias, que el clínico se lleva a diario a la consulta. La capacidad de articular todos esos conceptos y plantear una pauta de tratamiento antiretroviral es, a mi juicio, lo que constituye en nuestra práctica diaria una actividad apasionante.

Bibliografía

1. Carpenter CC, Cooper D, Fischl MA, Gatell JM, Gazzard MA, Hammer SM, et al. Antiretroviral therapy in adults. Updated recommendations of the International AIDS Society-USA panel. *JAMA* 2000;283:381-91.
2. Fischl MA. Antiretroviral therapy in 1999 for antiretroviral-naive individuals with HIV infection. *AIDS* 1999;13(Suppl 1):S49-59.
3. Domingo Solans E, López Galindez D, coords. *Resistencia a los fármacos antiretrovirales*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997.
4. Ledesma E Soriano V. Spanish consensus conference on drug resistance testing in clinical practice. HIV drug resistance Spanish panel. *AIDS* 1999;13:14, 1998-2001.
5. Singh N, Squier C, Sivek C, Wagener M, Nguyen MH, Yu VL. Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance. *AIDS Care* 1996;8(3):261-9.
6. Friedland GH, Williams A. Attaining higher goals in HIV treatment: the central importance of adherence. *AIDS* 1999;13(Suppl 1):S61-72.
7. Gordillo V, del Amo J, Soriano V, González Lahoz J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS* 1999;13(13):1763-9.
8. Haubrich RH, Little SJ, Currier JS, Forthal DN, Kemper CA, Beall GN, Johnson D, Dubé MP, Hwang JY, McCutchan JA. The value of patient-reported adherence to antiretroviral therapy in predicting virologic and immunologic response. California Collaborative Treatment Group. *AIDS* 1999;13:1099-107.
9. Knobel H, Carmona A, López JL, Gimeno JL, Saballs P, González A, Guelar A, Díez A. Adherencia al tratamiento antiretroviral de gran actividad: impacto de una intervención de asesoramiento individualizado. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1999;17(2):78-81.
10. Knobel H, Codina C, Miró JM, Carmona A, García B, Antela A, et al. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antiretroviral. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000;18:27-39.
11. Sorensen JL, Mascovich A, Wall TL, Philippis D, Batki SL, Chesney M. Medication adherence strategies for drugs abusers with HIV/AIDS. *AIDS care* 1998;10:297-312.
12. Bassetti S, Battegay M, Furrer H, Rickenbach M, Flepp M, Kaiser L, Telenti A, Vernazza PL, Bernasconi E, Sudre P. Why is highly active antiretroviral therapy (HAART) not prescribed or discontinued? Swiss HIV Cohort Study. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1999;21(2):114-9.
13. Watson DC, Farley JJ. Efficacy of and adherence to highly active antiretroviral therapy in children infected with human immunodeficiency virus type 1. *Pediatr Infect Dis J* 1999;18(8):682-9.