
Experiencias Exitosas en el Manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Experiencias Exitosas en el Manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica

Revisión Científica

Gustavo Kasparas

Revisión de Experiencias

Pilar Ramón Pardo

Giovanni Ravasi

Derek Sedlacek

Tamara Coqui

Coordinadores

Omar Sued

José Luis Castro

Junio del 2011



ÁREA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA
PROYECTO VIH/SIDA

ÁREA DE SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
PROYECTO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES Y TECNOLOGÍAS PARA LA SALUD

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud.

"Experiencias Exitosas en el Manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica"
Washington, D. C.: OPS, © 2011.

ISBN 978-92-75-33217-7

I Título

1. INFECCIONES POR RETROVIRIDAE - terapia
 2. ESTUDIOS DE EVALUACIÓN
 3. EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS - métodos
 4. MANEJO DE LA ENFERMEDAD
 5. LATINOAMÉRICA
 6. REGIÓN DEL CARIBE
- NLM WC 502

© Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2011

Se reservan todos los derechos. Esta publicación puede solicitarse a: Pan American Health Organization, *Area of Family and Community Health, Project on VIH/SIDA, 525 23rd Street, NW, Washington, DC 20037, USA* [tel.: +(202) 974-3553; fax: +(202) 974-3553; email: suedomar@paho.org]. Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OPS, ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales, deben dirigirse a: *Knowledge Management and Communication*, a la dirección precitada [fax: +(202) 974-3652; email: pubrights@paho.org].

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseño y diagramación: Matilde E. Molina

Índice

SIGLAS Y ABREVIATURAS	1
INTRODUCCIÓN	3
DEFINICIÓN DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	4
IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	5
EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TARV	7
Evaluación del profesional sanitario	7
Cuestionarios	7
Concentraciones plasmáticas de fármacos antirretrovirales	8
Evolución clínica y datos de laboratorio	8
Sistemas de control electrónico	8
Recuento de medicación	9
Registros de retiro de medicación	9
Combinación de métodos	10
FACTORES QUE AFECTAN LA ADHERENCIA - CÓMO DETECTARLOS.....	11
Factores relacionados con el paciente.....	11
Factores relacionados con la enfermedad	11
Tratamiento.....	12
El equipo asistencial y sistema de salud	13
INTERVENCIONES PARA PROMOVER LA ADHERENCIA AL TARV	14
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA ADHERENCIA AL TARV	17
EMPLEO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	18
EXPERIENCIAS EXITOSAS EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE.....	20
1. Alerta informática y estrategias de apoyo telefónico orientadas a mejorar la adhesión al tratamiento antirretroviral, Argentina.....	20
2. Atención farmacéutica para pacientes HIV-positivos con ARV, Brasil	24
3. Experiencia en la implementación del alcance y mantenimiento de la adherencia en pacientes con tratamiento ARV que viven con el VIH/SIDA en EPS/SURA, Colombia.....	27

4. Manejo de la adherencia al tratamiento antirretroviral en la clínica de enfermedades infecciosas del hospital Roosevelt utilizando la metodología DADER, Guatemala.....	30
5. Perfil del paciente VIH/SIDA en TARV y su adherencia, Venezuela.....	33
6. Experiencia Interdisciplinaria de apoyo al TARV en PVVS, familiares y amigos en el ámbito de la Provincia de Córdoba, Argentina.....	36
7. Programa integral de promoción de la adherencia a los antirretrovirales para personas con VIH/SIDA, Argentina	39
8. Trabajo de adherencia, Colombia	42
9. La educación terapéutica para preparar y mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral, Bolivia.....	45
10. GIRA positiva (Grupo de integración, recreación y aprendizaje para adolescentes positivos), Colombia	47
RESUMEN DE LAS EXPERIENCIAS	51
Características e intervenciones	51
Marcadores de adherencia utilizados.....	52
Resultados claves y lecciones aprendidas.....	52
COMENTARIOS FINALES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

SIGLAS Y ABREVIATURAS

/r	Dosis baja de ritonavir
AF	Atención farmacéutica
ALT	Alanino aminotransferasa
ARV	Antirretroviral
CAGE	Escala de evaluación de consumo de alcohol
CD4	linfocitos T CD4 positivos
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (del inglés: <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>)
CV	carga viral
DOT	Tratamiento directamente observado (del inglés: <i>directly observed therapy</i>)
ECCA	estudios clínicos controlados aleatorizados
ESE LCGS	Empresa Social del Estado Luis Carlos Galán Sarmiento
ET	Educación terapéutica
EVA	Escala visual analógica
GESIDA	Grupo de Estudio del SIDA
INNTI	inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa
IP/r	inhibidor de proteasa reforzado
LPV/r	lopinavir/ritonavir
MEMS	Sistemas de control electrónico de apertura de los envases (del inglés: <i>Medication Event Monitoring System</i>)
MOS	Estudio de Calidad de Vida en SIDA (del inglés: <i>Medical Outcomes Study HIV Health Survey</i>)
MPPS	Ministerio de Poder Popular para la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNSIDA	Programa Nacional de SIDA
PRM	problemas relacionados con los medicamentos
PVVS	personas viviendo con SIDA
QF	químico farmacéutico
SADI	Sociedad Argentina de SIDA
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SFT	seguimiento fármaco-terapéutico
SMS	sistema de mensajes cortos (del inglés: <i>Short Message System</i>)
TARV	tratamiento antirretroviral
TDO	tratamiento directamente observado
VIH	virus de la inmunodeficiencia

INTRODUCCIÓN

La adherencia al tratamiento representa, probablemente, el factor más importante a nivel individual que asegura una adecuada respuesta al tratamiento antirretroviral. Mucho se ha escrito sobre este tema. Se ha establecido el umbral de adherencia asociada a mejor respuesta, se han identificado las variables asociadas con mayor frecuencia a falta de adherencia y se han descrito intervenciones específicas para mejorarla. Sin embargo, la información de cómo evaluar y apoyar la adherencia a nivel de servicios o programas en nuestra Región es escasa.

En junio de 2009 la OPS lanzó un concurso de buenas prácticas para recolectar experiencias exitosas para el manejo de la adherencia a nivel de servicios o programas. Se recibieron 28 experiencias, y después de una evaluación se seleccionaron 10 que son presentadas en este informe.

El objetivo de este reporte es mostrar un panorama ampliado de los diversos factores que condicionan la adherencia, y que por tanto tienen impacto en el éxito de las terapias antirretrovirales en nuestra Región.

La parte inicial de este informe representa un resumen técnico sobre los conceptos fundamentales relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral. Se discuten las definiciones, importancia y forma de medir. También se comenta la evidencia disponible sobre intervenciones para mejorar la adherencia, tanto a nivel individual como programática.

En la segunda parte hemos recopilado las diez experiencias seleccionadas, como ejemplos de intervenciones factibles, revisando las lecciones aprendidas y los desafíos para implementarlas. Nuestra intención es proporcionar una herramienta de discusión para ser utilizada por todos los integrantes del equipo de salud de atención de pacientes con VIH interesados en implementar intervenciones para mejorar la adherencia. Esperamos que este documento les permita identificar las recomendaciones que más se adecuen al medio en el que diariamente realizan su práctica médica y faciliten su puesta en funcionamiento.

DEFINICIÓN DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Aunque no existe una definición única, universalmente aceptada de adherencia a los tratamientos médicos, existe consenso en incorporar en este concepto el compromiso activo y voluntario del paciente en su tratamiento.

En la publicación de la OMS del año 2004 “Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción”¹, se amalgaman las definiciones de Haynes² y Rand³ entendiendo como adherencia: “El grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a tomar los medicamentos, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.” Se trata de un constructo teórico amplio que no solo contempla la toma de medicamentos. Este documento hizo un fuerte hincapié en la necesidad de diferenciar la adherencia, del cumplimiento u observancia. Señalando que la principal diferencia es que la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones del personal de salud y además, considerando a los pacientes como socios activos de los profesionales de la salud en su propia atención.

El documento de consenso del Grupo de Estudio del SIDA sobre el tratamiento antirretroviral del adulto de enero de 2010^{4, 5} define adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV) como la capacidad del paciente para implicarse correctamente en la elección, inicio y cumplimiento del mismo a fin de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral.

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

La buena adherencia al TARV es un factor decisivo para el éxito del tratamiento y la no adherencia puede tener importantes implicancias en la salud pública.

Cuando comenzaron a utilizarse 3 drogas en TARV, muchos investigadores creyeron inicialmente que se erradicaría completamente el virus del huésped^{6, 7}. Sin embargo, poco tiempo después se supo que persiste replicación viral en reservorios aun cuando las cargas virales son indetectables.

El control de la replicación viral depende de múltiples factores pero la adherencia incorrecta es la primera causa de fracaso terapéutico relacionándose con mala respuesta al tratamiento, peor reconstitución inmune y mayor riesgo de mortalidad^{8, 9}. Por estos motivos, es muy importante que los pacientes sean conscientes de su enfermedad, entiendan claramente el objetivo del TARV, participen activamente en la decisión de iniciarlo, se sientan capaces de cumplir con su tratamiento y comprendan la enorme importancia que tiene una toma continua y correcta de la medicación.

Las características virológicas del VIH determinan que cuando existen niveles sub-terapéuticos de TARV el virus puede replicarse y desarrollar resistencia. Los datos obtenidos durante los primeros tratamientos combinados, basados en IP sin potenciar constataron que la máxima eficacia requería una adherencia prácticamente perfecta, clásicamente >95%¹⁰. Estudios recientes sugieren que con niveles menores se pueden alcanzar los objetivos terapéuticos en regímenes basados en INNTI o IP/r, especialmente en pacientes que consiguen viremias indetectables^{11, 12}.

Debe destacarse que no sólo es importante el porcentaje de dosis omitidas sino también los patrones de adhesión subóptima. Las interrupciones de tratamiento (más de dos días sin tomar ningún fármaco) presentan mayor repercusión en la respuesta viral que la omisión ocasional de dosis¹³.

Existe evidencia que muestra que entre un 20% y un 50% de pacientes bajo TARV presentan una adherencia inadecuada¹⁴⁻¹⁹. Por ello, la falta de adherencia al TARV debe ser contemplada por los prestadores de salud como un problema de ineficiencia, que impide alcanzar la efectividad clínica y que puede conseguirse con los recursos disponibles para tratar la infección por el VIH. La adherencia al tratamiento no es un objetivo en sí misma, sino que lo que interesa es la eficacia terapéutica, medida por parámetros clínicos y biológicos. Relacionada con estos parámetros debe preocupar también la prevención de la aparición de cepas virales resistentes a los fármacos.

Cabe mencionar que la relación entre adherencia y desarrollo de resistencias es más compleja que la idea establecida de que “la no adherencia aumenta el riesgo de resistencias”. Se han encontrado además diferencias en función de las familias de fármacos²⁰⁻²³.

Virus fármaco-resistentes pueden transmitirse a otras personas durante actividades de alto riesgo, que luego puede limitar las opciones terapéuticas para otros²⁴⁻²⁶.

Dado que la adherencia a los medicamentos antirretrovirales de las personas que viven con VIH es esencial tanto para la efectividad clínica como para la salud pública, la investigación en este ámbito ha aumentado durante los últimos años.

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TARV

La evaluación correcta de la adherencia es necesaria para planificar tratamientos efectivos y eficientes y para poder determinar si los cambios en los resultados de salud pueden atribuirse al régimen de tratamiento recomendado.

Durante el TARV es fundamental evaluar periódicamente la adherencia y ser tomada en cuenta en las decisiones terapéuticas.

El método ideal de medida de la adherencia debería cumplir con las normas psicométricas básicas de validez y confiabilidad aceptables, ser altamente sensible y específico, permitir una medida cuantitativa y continua, ser reproducible, aplicable en diferentes situaciones, además de rápido y económico²⁷⁻²⁹.

No existe un “patrón de oro” para medir adherencia terapéutica³⁰, en la bibliografía se ha informado el empleo de una variedad de estrategias que se resumen a continuación.

Evaluación del profesional sanitario

La valoración de la adherencia por parte de los agentes de salud debe ser una práctica habitual. Es recomendable que el profesional sanitario realice preguntas abiertas respecto de la adherencia, aconsejando sin juzgar y estableciendo un lazo de confianza mutua con los pacientes. Profesionales con mayor experiencia, que dedican más tiempo a las consultas, obtienen mejores resultados tanto en la valoración como en una mejor adherencia al TARV. Una buena relación entre el personal sanitario y los pacientes facilita la obtención de información sobre la adherencia. En este sentido se ha publicado un metanálisis que sustenta esta afirmación³¹.

Por otra parte, diferentes experiencias publicadas han demostrado que la evaluación del personal sanitario arroja valores superiores de adherencia cuando se la compara con otros métodos³²⁻³⁴, probablemente porque durante la consulta los pacientes pueden tener el deseo de complacer al prestador (deseabilidad social) o de evitar la crítica.

El principal problema derivado de esta sobrevaloración es que no se identifica a muchos pacientes no adherentes, perdiéndose así la oportunidad de intervenir sobre su conducta.

Un método sencillo para complementar la evaluación clínica de rutina puede ser implementar una escala visual analógica (EVA) para medir la adherencia al tratamiento antirretroviral³⁵.

Cuestionarios

Son métodos sencillos y económicos, especialmente útiles si el individuo se identifica como no adherente. Es recomendable utilizarlos combinados con otros métodos, siempre que se haya procedido a su validación y adaptación transcultural en el ámbito donde se van a implementar³⁶.

Se ha demostrado una correlación entre la adherencia auto-referida y la efectividad antirretroviral^{37, 38, 39}. Existe evidencia de relativa baja sensibilidad de los cuestionarios, muy variable según los estudios, al compararlos con métodos más objetivos^{40, 41} pero con una especificidad aceptable. La correlación observada al comparar resultados obtenidos de sistemas electrónicos es mejor con cuestionarios que estiman la adherencia en periodos cortos (3 o 4 últimos días)⁴².

Dentro de las principales limitaciones se pueden mencionar la subjetividad inherente a los propios cuestionarios. Por otro lado, puede afirmarse que hay casi tantos cuestionarios como estudios de investigación publicados y que la inmensa mayoría no han sido validados ni adaptados transculturalmente a las poblaciones bajo estudio.

Al aplicar a la misma población diferentes cuestionarios se han obtenido resultados absolutamente dispares⁴³. Esto da cuenta de que tanto clínicos como investigadores deben tener especial cuidado al comparar las tasas de adherencia entre estudios que utilizan diferentes métodos de evaluación.

Concentraciones plasmáticas de fármacos antirretrovirales

Se considera el método más objetivo a pesar de sus importantes limitaciones. Este método requiere técnicas de laboratorio por el momento caras y complejas, por lo que no es aplicable de rutina en la amplia mayoría de los centros asistenciales.

Puede ser de utilidad en alguna situación individualizada y debe considerarse en base a su objetividad, en los ensayos clínicos destinados a evaluar la eficacia de nuevos fármacos o esquemas terapéuticos⁴⁴.

Evolución clínica y datos de laboratorio

La evolución clínica, la carga viral y el estado inmunológico deben analizarse siempre que se estudie la adherencia, pero no debe considerarse como un método de estimación de ésta, sino como una consecuencia.

Sistemas de control electrónico

Los sistemas de control electrónico de apertura de los envases (MEMS, del inglés *Medication Event Monitoring System*) son dispositivos que contienen un microprocesador que registra la hora y día en que se ha abierto el envase. Por el momento están considerados entre los métodos más objetivos y fiables, teniendo una alta correlación con la efectividad del tratamiento. Por este motivo, se ha utilizado como comparador de referencia en algunas investigaciones para establecer la validez de otros métodos^{38, 45-47}.

No obstante, la utilidad de los MEMS ha sido cuestionada no solamente por su elevado costo económico. Estos dispositivos sólo son aplicables a determinados envases, exigen una disposición favorable del paciente y la apertura del envase no garantiza necesariamente la toma de la medicación, ni puede excluirse la toma a pesar de no quedar registrada en el dispositivo⁴⁸.

Recuento de medicación

Ha sido utilizado con éxito en otras patologías crónicas. Sin embargo, cuando este método se ha aplicado al cálculo de la adherencia al TARV, se pusieron de manifiesto una serie de limitaciones que dificultan su aplicación rutinaria⁴⁹. Recontar la medicación resulta complejo para los profesionales sanitarios, por requerir tiempo y personal.

Se trata de un método indirecto que consiste en aplicar la siguiente fórmula:

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

Esta medida es fácilmente manipulable y más aún cuando se solicita a los pacientes que colaboren aportando la medicación sobrante para proceder a su recuento.

Aunque el recuento de medicación produce una sobreestimación de la adherencia cuando se ha comparado con el sistema MEMS⁵⁰ o incluso combinándolo con los registros del Servicio de Farmacia⁴⁰, es un método que por sus características se ha usado frecuentemente como patrón.^{51, 52}

Su uso rutinario exige disponibilidad de tiempo y personal, por lo que su introducción debería ir precedida de un estudio de factibilidad.

Registros de retiro de medicación

Se ha visto una buena correlación con los resultados virológicos⁵³ junto con una aceptable especificidad y sensibilidad^{54, 55}. Exige que el suministro de la medicación se realice de forma centralizada. Sus principales limitaciones son que la entrega de la medicación no es sinónimo de cumplimiento correcto y por otra parte, que la movilidad de los pacientes y el compartir medicación con sus allegados puede inducir sesgos en la valoración.

La tendencia de muchos pacientes a acumular medicación produce una importante sobreestimación de la adherencia con este método. Por el contrario, el uso de medicación de familiares o allegados produce infraestimación.

Por ejemplo, en España los fármacos antirretrovirales son dispensados en las farmacias de los hospitales públicos en donde se pudo establecer registros de forma rutinaria e informatizada con un seguimiento longitudinal de los pacientes habiéndose demostrado una buena correlación, entre la adherencia medida por este método y la evolución virológica de los pacientes⁵⁶.

Este método indirecto de medición de la adherencia es relativamente objetivo. Contando con los sistemas informáticos necesarios, los registros se pueden realizar de forma rutinaria para evaluar prospectivamente la adherencia.

Combinación de métodos

Existen diferentes métodos para valorar la adherencia y cada uno de ellos tiene sus fortalezas y debilidades^{40, 52}. Por este motivo tiene vigencia la recomendación de combinar varios de ellos para obtener información de la situación real con la mayor exactitud posible^{1, 45, 57}.

Puede considerarse como un mínimo aceptable la asociación de un cuestionario validado y el registro de retiro de farmacia en forma periódica.

En el contexto de un estudio clínico que pueda también incluir intervenciones para la mejora de la adherencia, es recomendable utilizar al menos uno de los métodos más objetivos: sistema MEMS, determinación de concentraciones plasmáticas de fármacos o recuento de medicamentos.

En la publicación de la OMS del año 2009 “*HIV testing, treatment and prevention. Generic tools for operational research*” se expone un instrumento (*The Adherence Module of the Client Instrument*) que ha sido diseñado para facilitar la investigación operativa en adherencia al TARV, a fin de informar a los programas y mejorar las prestaciones⁵⁸. Es necesario para contar con información válida y confiable de diferentes países, adaptar este instrumento a la comunidad donde vaya a ser utilizado, mediante un proceso de adaptación cultural cuyo objetivo principal es preservar el contenido semántico en el uso habitual del lenguaje de la nueva traducción, logrando de este modo la equivalencia de significados entre ambas culturas. El proceso de adaptación cultural debe realizarse de acuerdo a estándares científicos que garanticen la equivalencia de las dos versiones (original y nueva versión en otro idioma) en términos lingüísticos y de contenido, siendo inadecuada la utilización de traducciones libres del instrumento original. El paso posterior es evaluar sus propiedades psicométricas (aceptabilidad, viabilidad, validez, confiabilidad y sensibilidad al cambio entre otras) para ser ampliamente utilizado en la Región.

FACTORES QUE AFECTAN LA ADHERENCIA - CÓMO DETECTARLOS

.....

No existe un factor o rasgo estable único que prediga de manera fiable la adherencia terapéutica. En los últimos años se dispone de abundante información sobre los diversos factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral⁵⁹⁻⁶⁶.

Factores relacionados con el paciente

.....

Las creencias, actitudes y prejuicios de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo médico-asistencial son factores categóricos a la hora de aceptar el tratamiento y realizarlo de forma correcta^{54, 67-72}. La capacidad del paciente para comprender la relación entre adherencia y resistencia a la medicación, también ha mostrado predecir una mejor adherencia⁷³. Aportar información es una condición necesaria pero insuficiente para que los pacientes realicen el tratamiento de forma adecuada.

La comorbilidad con trastornos psiquiátricos juega un papel clave en el cumplimiento del tratamiento⁷³⁻⁷⁶. Por ejemplo, en los primeros años de la epidemia la depresión era considerada con frecuencia una “reacción emocional esperable”, en consecuencia, como en muchas otras enfermedades crónicas, era sub-diagnosticada y por lo tanto sub-tratada. En la actualidad múltiples estudios demostraron la eficacia de la medicación antidepresiva y de la psicoterapia en los trastornos del estado de ánimo en PVVS y se conoce las interacciones entre fármacos y medicación ARV.

Existe evidencia de que el tratamiento de la depresión se asocia a una mejor adherencia al TARV y de que la asociación mala adherencia y depresión se ha relacionado con una mayor mortalidad⁷⁷⁻⁸⁰. Dada la elevada prevalencia de los trastornos psiquiátrico-psicológicos en las PVVS es necesario considerar la intervención psicológica y psiquiátrica como parte importante de la asistencia habitual.

La dependencia y el abuso de sustancias como drogas ilegales o el alcohol, constituyen una barrera importante en la obtención de una buena adherencia al tratamiento^{73, 75, 81-87}.

En general, determinadas características sociodemográficas (edad, sexo, raza, nivel cultural y situación económica) no han demostrado ser buenas predictoras del nivel de adherencia o han mostrado hallazgos contradictorios^{73, 74, 88, 89}. Otras características como disponer de un domicilio fijo, de soporte social o familiar y una buena calidad de vida relacionada con la salud han mostrado una relación más sólida con una mejor adherencia^{51, 73, 88, 90, 91-95}.

Factores relacionados con la enfermedad

.....

Pasada la época de la monoterapia, a partir del año 1996 cuando se iniciaron los tratamientos con terapia combinada, los resultados se tornaron esperanzadores, las expectativas, el grado de confianza, la aceptación y la adherencia volvieron a recuperarse lentamente⁹⁶.

La infección por VIH puede cursar de forma asintomática o sintomática. Estudios que evalúan la relación entre el estadio CDC de la enfermedad y la adherencia han obtenido resultados contradictorios y en la mayoría no se ha encontrado asociación^{54, 75, 89, 90}. En un estudio observó que los pacientes en estadio B o C presentan una mejor adherencia que los pacientes en estadio A, debido a que asocian el mal cumplimiento con un mayor riesgo de complicaciones en su salud⁵⁵.

Tratamiento

Muchos estudios han demostrado que la adherencia al tratamiento antirretroviral disminuye cuando aumenta su complejidad⁹⁶⁻⁹⁹.

Se asocian con mayor prevalencia de fallas en la adherencia las pautas de tratamiento dificultosamente adaptables al estilo de vida del paciente o que demanden requerimientos dietéticos¹⁰⁰.

La aparición de efectos adversos constituye un factor claramente relacionado con la adherencia. Un elevado porcentaje de pacientes abandona el tratamiento para evitar las reacciones adversas, independientemente de la relevancia clínica que puedan tener^{36, 54, 74, 75, 81, 82, 95, 97, 101}.

El “medicamento” mas estudiado de la historia es el placebo, “una sustancia inerte sin efecto farmacológico alguno”. La relevancia del concepto placebo radica en cómo las creencias, las expectativas, los aprendizajes y lo simbólico es capaz de influir, a veces de manera espectacular, en procesos fisiológicos complejos. Los efectos no deseados más frecuentes del placebo son: malestares digestivos, nerviosismo, insomnio y cefaleas entre otros¹⁰². Muchos de estos “efectos adversos” del placebo coinciden con efectos indeseables de la medicación ARV. Es recomendable tener en cuenta en la práctica cotidiana que pacientes que ingieren sus medicamentos con aversión pueden tener una mayor intolerancia, siendo aconsejable trabajar sobre este tema y dar información de cómo la sugestión puede influir tanto de manera positiva como negativa.

El efecto placebo es independiente del nivel educativo, la inteligencia o la gravedad de la enfermedad¹⁰³⁻¹⁰⁵. En la práctica diaria lo que realmente vemos es la suma de los efectos farmacológicos más el efecto placebo, las interacciones inconscientes entre el médico y el paciente.

Varios estudios han establecido una relación estadísticamente significativa entre la percepción del paciente de síntomas de lipodistrofia y el fracaso en el mantenimiento de la adherencia^{106, 107}; con el agravante de que una mejor adherencia al tratamiento antirretroviral se asocia con un mayor riesgo de lipodistrofia.

Un estudio reciente relaciona la disminución del nivel de adherencia con un tratamiento prolongado en el tiempo, al igual que ocurre en otras enfermedades crónicas¹⁰⁸. Utilizar la sentencia “tratamiento de por vida” puede ser abrumador para muchas personas que viven con VIH, particularmente si no se completa esa frase con las palabras “por ahora” o “hasta el momento actual de la evolución de los tratamientos”.

El equipo asistencial y sistema de salud

Profesionales con mayor experiencia y capacitación que le dedican más tiempo a la consulta, capaces de establecer lazos de confianza con sus pacientes, que pueden ofrecer continuidad en la asistencia y facilidades para ser contactados, obtienen mejores resultados en la adherencia⁵⁵.

Son factores importantes la provisión de información detallada y comprensible, acorde al nivel cultural del paciente y la toma de decisiones conjuntas en un marco de confidencialidad^{94, 109}.

Factores relacionados con el sistema de salud como la inexistencia de trabas burocráticas para el acceso a la medicación, la accesibilidad al centro asistencial, disponibilidad de transporte y flexibilidad de horarios también pueden influir en la adherencia¹¹⁰.

Es recomendable detectar factores predictores de mala adherencia para planificar intervenciones específicas adecuadas a cada paciente. Trabajar en forma multidisciplinaria, donde el médico infectólogo pueda contar con el apoyo de psicólogos, psiquiatras, farmacéuticos, trabajadores sociales, enfermeros y PVVS capacitados en consejería, permita divisar barreras para la adherencia y aportar soluciones posibles.

Además de las entrevistas previas a la prescripción de la medicación ARV que tienen el objetivo de informar, educar, consensuar y detectar factores psicosociales que podrían interferir con la adherencia, disponemos en la actualidad de cuestionarios³⁶ que, adaptados transculturalmente y validados en cada medio, pueden aportar información de gran utilidad para planificar las intervenciones necesarias.

Consensos de diversas agencias, organismos y sociedades científicas plantean que en ningún caso, ante una predicción de posible adherencia inadecuada al tratamiento por parte del paciente, se le negará el acceso y la posibilidad de realizarlo (OPS/OMS, GESIDA, SADI).

INTERVENCIONES PARA PROMOVER LA ADHERENCIA AL TARV

Numerosos estudios han sido realizados para probar la eficacia de intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARV). Los mejores niveles de evidencia proceden de estudios aleatorizados y controlados, siendo la intervención más frecuente y sencilla la basada en la información y educación del paciente para lograr el máximo consenso y compromiso¹¹¹⁻¹²⁵.

Las revisiones sistemáticas y metanálisis de ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECCA) permiten a los profesionales de atención de salud tomar decisiones basadas en pruebas. Sin embargo, mientras que las intervenciones para mejorar la adherencia se describen y analizan habitualmente en detalle, la calidad de la atención prestada al grupo control recibe una atención mucho menor (es decir, a lo que normalmente se denomina atención estándar o atención habitual). Por otro lado, las prácticas de cuidado estándar respecto de la adherencia al TARV pueden variar considerablemente en diferentes centros de atención, lo cual implica que su evaluación y reporte es esencial para la interpretación y comparación de los efectos de una intervención bajo investigación. Teniendo en cuenta este tema, De Bruin y cols¹²⁶ desarrollaron un instrumento válido y confiable para evaluar la calidad del cuidado estándar.

Las características del cuidado habitual afectan las conductas relacionadas con la salud. Metanálisis no controlados respecto al cuidado estándar pueden subestimar o sobreestimar los resultados de una intervención. Esto puede explicar la existencia de hallazgos contradictorios o el hecho de que se llegue a afirmar que no existe evidencia de ningún método de intervención superior a otro para mejorar la adherencia al TARV¹²⁷.

Existen múltiples estrategias publicadas, algunas basadas en teorías psicológicas, muchas dirigidas a atenuar los condicionantes sociales o individuales de los pacientes. Entrevistas motivacionales, visitas domiciliarias, intervención con la pareja del paciente¹²⁸. Estas intervenciones, relativamente complejas, que no han mostrado resultados definitivos ni grandes diferencias frente al grupo control asesorado acorde a una buena práctica clínica.

Han demostrado eficacia intervenciones sencillas de educación y apoyo en aspectos prácticos del tratamiento¹²⁹. Estrategias de soporte interpersonal estructurado, llevado a cabo por agentes de salud entrenados empleando intervenciones individualizadas trabajando en equipo parece ser la práctica más recomendada.

En relación al tratamiento directamente observado (TDO) los estudios controlados arrojan resultados contradictorios. En general han demostrado beneficio en poblaciones especiales (usuarios de drogas o personas privadas de su libertad) pero no han demostrado diferencias a largo plazo respecto de la práctica clínica habitual^{130, 131}.

Las principales causas de mala adherencia y las posibles intervenciones se resumen en el cuadro 1.

En los primeros años del TARV, algunos autores observaron una estabilización en la adherencia al año de tratamiento. Estudios posteriores muestran que es importante tener presente que la adherencia tiende a caer con el tiempo y por tanto las estrategias diseñadas para optimizarla deben dirigirse no sólo a incrementarla sino a mantenerla constante¹³².

En 1984, Prochaska y DiClemente (Prochaska 1984) formularon la hipótesis de que los cambios de conducta siguen una serie de etapas parcialmente estandarizadas. Este modelo fue inicialmente utilizado para predecir el abandono del tabaquismo en fumadores. En los últimos años, el modelo de las etapas de cambio ha ido ganando adeptos y ha sido aplicado en un amplio espectro de cambios de conducta: disminución de prácticas de riesgo para la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (Prochaska 1994), promoción del ejercicio físico (Marcus 1994) y adopción de una dieta saludable (Glanz 1994).

Este modelo teórico también puede ser aplicado al constructo “adherencia al TARV” (cuadro 2).

Cuadro 1. Causas de mala adherencia y estrategias posibles de intervención

	Causas de mala adherencia	Posibles Intervenciones
Factores relacionados con el paciente	Rechazo al diagnóstico. Rechazo del tratamiento (creencias y actitudes disfuncionales). Olvidos y barreras. Insuficiente comprensión de la enfermedad y su tratamiento. Insuficiente entendimiento de la relación riesgo/beneficio. Comorbilidad psiquiátrica. Uso y abuso de drogas o alcohol	Consejería para promover la aceptación. Entrevistas motivacionales. Consensuar el plan terapéutico. Reforzar conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento. Informar sobre beneficios y efectos adversos del tratamiento. Adaptar el tratamiento a las actividades cotidianas. Alentar el uso de dispositivos de alarma o recordatorios (diarios de medicación, alarmas, teléfonos, pastilleros, etc.). Adecuar la comunicación paciente – profesional sanitario. Brindar información referente a la enfermedad y el tratamiento, motivos, riesgos del incumplimiento o abandono. Aportar información oral y escrita. Estar alerta a detectar disfunción psicológica, comorbilidad psiquiátrica, abuso de sustancias u otros problemas psicosociales que requieran apoyo especializado.
Factores socioeconómicos	Escasos recursos. Falta de apoyo social y/o familiar. Bajo nivel educativo.	Intervención de trabajador social. Promover alianzas con la familia y allegados, ofrecer grupos de autoayuda, contacto con ONG y PVVS. Ayuda respecto a la vivienda, el desempleo y cuestiones jurídicas. Emplear lenguaje acorde al nivel cultural; verificar la comprensión.
Factores del equipo asistencial	Falta de recursos. Atención masificada e impersonal. Síndrome de burnout. Ausencia de coordinación entre diferentes servicios de apoyo a la asistencia. Insuficiente formación en terapia antirretroviral. Falta de accesibilidad. Deficiente formación en relación agente de salud-paciente.	Disponer del recurso humano necesario para asegurar el acceso y continuidad de la asistencia. Desarrollar habilidades y recursos para trabajar en equipo interdisciplinario. Implementar estrategias para prevenir el síndrome de burnout. Promover posibilidades de capacitación profesional continua. Estimular relaciones estables y de confianza mutua con los agentes de salud. Incluir el apoyo de pares PVVS. Llamadas telefónicas de apoyo y seguimiento estrecho ante dificultades en la adherencia.

Cuadro 2. Modelo de fases de cambio de conducta y estrategias de intervención en las diferentes fases del proceso de cambio

Fases	Estrategias
Pre-contemplación El paciente no se plantea la necesidad tomar medicación ARV	▪ Proporcionar información ▪ Promover un vínculo de confianza mutua ▪ Diluir prejuicios, creencias erróneas y “pensamiento mágico” respecto del VIH y sus tratamientos
Contemplación Es consciente de la necesidad de iniciar TARV. Algunas personas pueden permanecer en esta durante mucho tiempo en esta etapa.	▪ Proporcionar información sobre los beneficios de iniciar el TAR, explicar los riesgos y posibles consecuencias de postergarlo ▪ Ayudar al paciente a desarrollar habilidades para iniciar y sostener su TARV y contrarrestar posibles efectos adversos ▪ Ofrecer apoyo ▪ Proporcionar material escrito
Preparación Ya está dispuesto a iniciar TARV.	▪ Brindar entrevistas consejería adicional para definir aspectos finales ▪ Consensuar el tratamiento y estimular su compromiso ▪ Fortalecer los aspectos positivos ▪ Ayudar al paciente a creer en su capacidad de adherir al TARV (autoeficacia)
Acción Inició TARV	▪ Ofrecer apoyo, información y consejería adicional ▪ Ayudar al paciente a prepararse ante posibles problemas ▪ Monitorear la adherencia con regularidad, identificar barreras y brindar soluciones posibles
Mantenimiento Más de 6 meses de TARV	▪ Ayudar al paciente a prepararse ante posibles problemas ▪ Evaluar dificultades en la adherencia en cada consulta ▪ Monitorear la adherencia con regularidad, identificar barreras y brindar soluciones posibles
Recaída	▪ Ayudar al paciente a comprender los motivos de la recaída ▪ Proporcionar información sobre el proceso de cambio ▪ Ayudar al paciente a hacer planes para retomar su tratamiento ▪ Facilitar la confianza del paciente en su capacidad de cambiar ▪ Ofrecer apoyo necesario según las causas de mala adherencia ▪ Ofrecer soporte adicional particularmente frente a un cambio de TARV

La revisión de investigaciones en esta área sugiere que las intervenciones que adoptan un enfoque multifactorial, teniendo en cuenta las percepciones del paciente, así como los aspectos prácticos del tratamiento tienen mayor probabilidad de eficacia en la mejora de la adherencia al TARV.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA ADHERENCIA AL TARV

La participación comunitaria fue y es un actor importante en la lucha contra la discriminación y la estigmatización de las personas que viven con el VIH, en la lucha por la inclusión, el respeto de la diversidad y el acceso universal a los tratamientos médicos; Así como también en la promoción de la implementación de diferentes estrategias que han llevado a la consolidación de políticas de salud.

La sociedad civil ha favorecido la implementación de acciones por parte de los Ministerios de Salud de los países de América Latina y el Caribe, como así también de los Gobiernos Regionales y locales, trabajando con poblaciones de difícil acceso para las instituciones de gobierno, tales como usuarios de drogas por vía intravenosa, población trans, personas en situación de encierro, trabajadoras sexuales, entre otras.

La inclusión de PVVS, apropiadamente capacitadas, en los equipos interdisciplinarios ha resultado de gran valor en el desarrollo de grupos de autoayuda, formando parte de comités de ética independientes y realizando talleres o asesoría sobre adherencia al tratamiento.

Respecto al trabajo de PVVS en adherencia al TARV existen referencias en las páginas Web de diversas organizaciones no gubernamentales de la Región describiendo formas de intervención (talleres, asesoramiento, material escrito informativo, videos). Se recomienda la inclusión de pares PVVS en el trabajo en adherencia y aportarles el apoyo metodológico para poder documentar la eficacia de estas intervenciones.

EMPLEO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El uso de las nuevas tecnologías, como los teléfonos móviles e internet ha aumentado ostensiblemente en los últimos años. Los teléfonos móviles han transformado sensiblemente las comunicaciones en entornos de recursos limitados, influyendo en asuntos personales y comunicaciones a gran escala en las regiones en desarrollo¹³³. También tienen un importante potencial para su uso en salud, pero muy poca investigación sistemática se ha publicado sobre este tema en la literatura médica¹³⁴.

Los “Sistema de mensajes cortos” (SMS, del inglés *Short Message System*) o mensaje de texto ofrecen un nuevo método de promoción de la salud que ha sido utilizado en distintas áreas. Las ventajas de las telecomunicaciones móviles en la salud se han considerado sobre todo en países desarrollados. Se ha demostrado que la asistencia clínica de los pacientes mejora con recordatorios de texto SMS¹³⁵. Una intervención dirigida por teléfono móvil fue muy eficaz en promover el abandono del hábito de fumar en una población de infectados por el VIH en Texas, EE.UU.¹³⁶. En el sur de África, recordatorios de telefonía móvil se han propuesto para mejorar la adherencia medicamento para la tuberculosis¹³⁷ y recordatorios telefónicos para tomar medicamentos antirretrovirales han mostrado una cierta mejora en la adherencia autoreportada en pacientes de Estados Unidos, Italia y Puerto Rico¹³⁸.

Como promoción de conductas sexuales saludables en jóvenes los hallazgos indican que el SMS parece ser una opción factible, un método popular y eficaz de promoción de la salud sexual, con una tasa de retiro relativamente baja, una retroalimentación positiva y una mejoría observada en el conocimiento sobre salud sexual¹³⁹.

Los SMS también han sido utilizados en ensayos como estrategias de promoción de la actividad física¹⁴⁰, para incrementar la adherencia en el tratamiento del asma¹⁴¹, protección de sobreexposición al sol¹⁴², entre otras intervenciones de promoción de conductas saludables o de autocuidado.

En un ECCA realizado en Kenia los pacientes que recibieron el apoyo por medio de SMS mejoraron significativamente tanto su adherencia al TARV como las tasas de supresión viral en comparación con los individuos de control¹⁴⁴, lo cual muestra un primer indicio de evidencia respecto a la utilización de los teléfonos móviles como herramientas eficaces para mejorar la evolución de los pacientes en entornos con recursos limitados.

Al momento de la realización de este documento se publicaron dos ensayos clínicos respecto del uso de SMS como estrategia para sostener la adherencia al TARV^{138, 144} y por lo tanto, ninguna revisión sistemática. Se halló un protocolo en curso, uno procedente de España “Estudio VIH-SMS”¹⁴³.

También se han empleado otras nuevas formas de comunicación como el correo electrónico¹⁴⁵ o videoconferencias como estrategias para poder interactuar con los pacientes a distancia.

Son necesarios más estudios de investigación para poder determinar la aceptabilidad y viabilidad en diferentes contextos socioculturales sin dejar de tener en cuenta que el resguardo de la confidencialidad del diagnóstico es un punto crítico para su implementación.

EXPERIENCIAS EXITOSAS EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

1. Alerta informática y estrategias de apoyo telefónico orientadas a mejorar la adhesión al tratamiento antirretroviral, Argentina

Lugar: Helios Salud, Argentina

Profesionales de salud en el servicio: médicos 20, enfermeros 4, farmacia 5, 1 consejero, psiquiatras 3, psicólogos 2, trabajador social 1

Financiamiento de la atención/TARV: las Obras Sociales con la intervención de Estado Nacional (APE)

Nº de pacientes en TARV: 3.395

Financiamiento de la intervención: Helios Salud

Fecha de inicio/fin de la experiencia: 2006 a la fecha

Autores:

Gustavo G. Kasparas, Médico especialista en Psiquiatría y Psicología Médica

María del Carmen Iannella, Estadística

Gabriela Bugarin, Médica especialista en Infectología

Hugo Visciglio, Lic. en Sistemas

Roxana Miro, Lic. en Psicología

Marcela Belforte, Lic. en Trabajo Social

Rosa Bologna, Médica especialista en Infectología

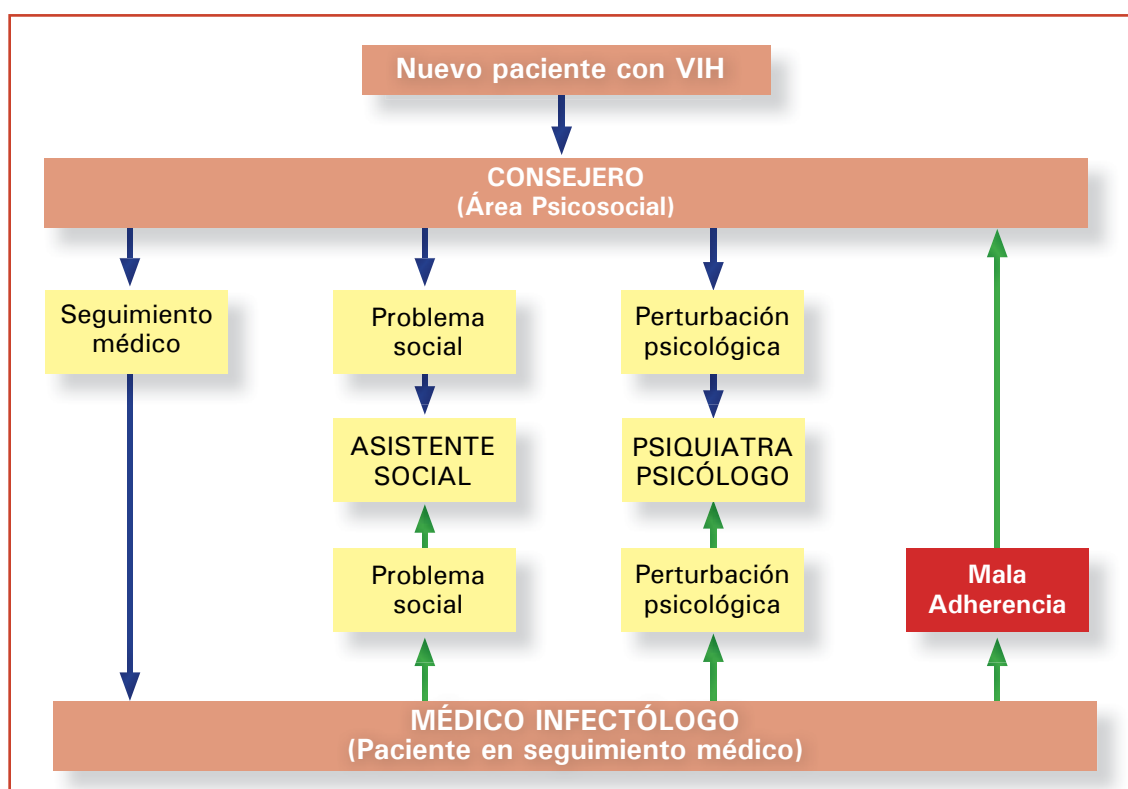
Isabel Cassetti, Médica especialista en Infectología

Antecedentes

Esta experiencia se realizó en un centro médico especializado, con sede central en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y filiales en el interior de la República Argentina, que brinda atención interdisciplinaria en VIH/SIDA.

Como parte del cuidado estándar, antes del inicio del tratamiento se les aportaron a los pacientes pautas educativas respecto al TARV apoyadas con material escrito. Se evaluaron antes y durante el tratamiento potenciales factores predictores de mala adherencia (por ejemplo, abuso activo de sustancias, dificultad para identificar sus medicamentos, trastornos psicopatológicos, desconfianza en el tratamiento, autoeficacia y grado de esfuerzo percibidos en el cumplimiento, efectos adversos, disfunciones familiares y sociales, problemas laborales y/o económicos entre otros). En función de las dificultades detectadas se realizaron las derivaciones pertinentes para implementar las estrategias interdisciplinarias adecuadas para mejorar y sostener la adherencia al TARV (ver gráfico 1.1 y cuadro 1.1).

Gráfico 1.1: Antecedentes



Cuadro 1.1: Población en seguimiento médico: Año 2006-2009

	2006 ^a	2007 ^b	2008	2009
No. de pacientes	3319	3430	4040	4584
Edad (media en años)	37.0 (DS11.5)	37.3 (DS11.3)	37.7 (DS11.2)	38.4 (DS11.4)
Con TARV, %	73.2	75.5	76.5	77.2
Sin TARV, %	26.8	24.5	23.5	22.8
Varones, %	67.2	66.9	67.7	67.5

^a Año 2006: Línea de base-comparador.

^b Año 2007: Inicio del alerta informático y apoyo telefónico de la adherencia al TARV.

A partir del año 2007 se puso en funcionamiento un sistema de alerta informático que detecta en forma automática los pacientes que se han demorado en retirar su medicación generando un listado para ser contactados telefónicamente.

Se partió de una línea de base en el año 2006 (comparador de referencia) con 2431 pacientes en tratamiento ARV con una tasa de retiros de TARV de 78.1% (IC95%: 77.58 - 78.59).

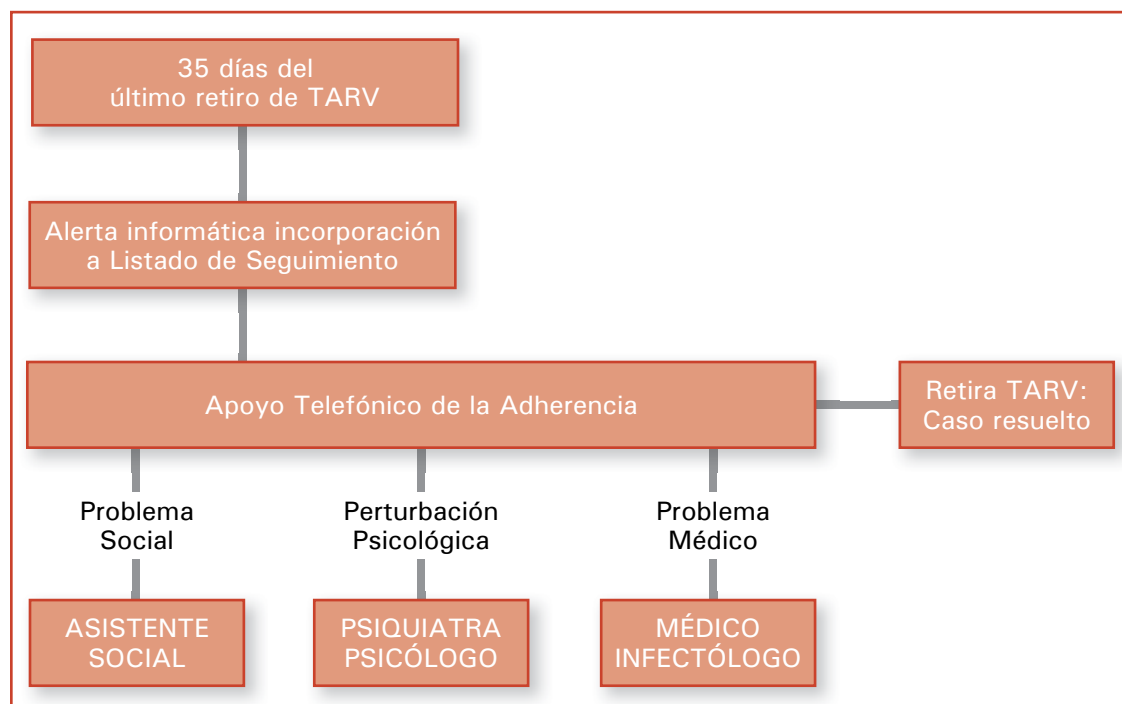
Objetivo

- Implementar estrategias de apoyo telefónico orientadas a mejorar y sostener la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes en quienes se detecta una demora en el retiro de medicación ARV mediante un alerta informático.

Principales actividades

- Se implementó un programa de computación que genera un alerta informático ante la demora del retiro de medicación ARV. La gerencia, el área de sistemas, el área médica, el área psicosocial de la institución trabajó en equipo para este desarrollo.
- Se entrenaron psicólogos, trabajadores sociales y consejeros (PVVS) para contactar telefónicamente a los pacientes demorados en retirar su medicación para optimizar la adherencia al TARV. El entrenamiento consistió en: técnicas de comunicación asertiva, estrategias para mejorar la adherencia, consejería en VIH/SIDA, resguardo de la confidencialidad, manejo del sistema informático y desarrollo de habilidades para trabajo en equipo.
- Un seguimiento posterior aseguró el control del retiro de la medicación y el caso solo se cerró cuando el paciente retiró la medicación (ver gráfico 1.2).

Gráfico 1.2: Flujo de intervención



Resultados

- La tasa de retiro de farmacia presentó un aumento estadísticamente significativo en los años 2007 (81.4%; IC95%: 80.97 - 81.88, $p = 0.001$), 2008 (81.0%; IC95%: 80.52 - 81.37, p

= 0.004) y 2009 (83.2%; IC95%: 82.85-83.60, $p < 0.001$) y primer cuatrimestre de 2010 (88.9%; IC95%: 88.33 - 89.40, $p < 0.0001$) respecto de la línea de base.

- Las tasas de estudios con resultados de CV < 50 copias/mL presentaron un crecimiento estadísticamente significativo (2007: 59.6 IC95% 58.24-60.88, $p = 0.001$; 2008: 62.7 IC95% 61.52-63.95, $p < 0.001$; 2009: 69.3 IC95% 68.17-70.36, $p < 0.0001$). (ver grafico 4).
- Los estudios de recuento de células CD4 se mantuvieron estables o con un aumento sin diferencias estadísticamente significativas (ver cuadro 1.2).
- Los hallazgos indican que disponer de información centralizada de registros de farmacia que permitan originar alertas informáticas y a partir de ellos implementar estrategias de apoyo telefónico mejora la adherencia al TARV a largo plazo.

Cuadro 1.2: Tasa de retiro de TARV, tasa de estudios con CV < 50 copias/mL y mediana de recuentos de células de CD4

Año	Retiro de TARV, %, (IC95%)	CV < 50 copias/mL, %, (IC95%)	CD4, cel/mL, mediana (RIC)
2006 ^a	78.1 (77.58 - 78.59)	53.7 (52.25 - 54.99)	436 (292 - 615)
2007 ^b	81.4 (80.97 - 81.88)	59.6 (58.24 - 60.88)	422 (285 - 593)
2008	81.0 (80.52 - 81.37)	62.7 (61.52 - 63.95)	447 (306 - 616)
2009	83.2 (82.85 - 83.60)	69.3 (68.17 - 70.36)	476 (327 - 651)
2010 (primer cuatrimestre)	88.9 (88.33 - 89.40)	...	...

^a Año 2006: Línea de base-comparador.

^b Año 2007: Inicio del alerta informático y apoyo telefónico de la adherencia al TARV.

Lecciones aprendidas y desafíos

- Implementar políticas que permitan a los centros que dispensan medicación antirretroviral establecer registros de forma rutinaria e informatizada y capacitar personal pueden permitir la reproducción de estas intervenciones adaptadas a cada medio cultural.
- El desarrollo de esta experiencia requiere del trabajo de integrantes de distintas áreas, lo cual implica ineludiblemente desarrollar buenas habilidades para trabajar en equipo.
- Es necesaria la supervisión, coordinación y capacitación permanente de los ejecutores de esta práctica con el objetivo de evitar que se desvirtúe su esencia de “intervención en salud” y corra el riesgo de transformarse en una tarea meramente administrativa perdiendo su eficacia.
- La telefonía móvil está ampliamente difundida inclusive en los estratos más pobres de la sociedad en América Latina y el Caribe. Esto nos brinda a los agentes de salud otra oportunidad de comunicación con los pacientes y de fortalecer también por este medio la adherencia al tratamiento.

2. Atención farmacéutica para pacientes HIV-positivos con ARV, Brasil

Lugar: Servicio de Asistencia Especializada en HIV/AIDS de Pelotas, Brasil

Número de participantes: 332 individuos con VIH, > 18 años, independiente del tiempo de tratamiento

Financiamiento del estudio: Universidad de California

Autores:

Marysabel Pinto Telis Silveira
Cezar Arthur Tavares Pinheiro
Marília Cruz Guttier
Tatiana Vanessa Silveira Pereira
Leila Beltrami Moreira

Antecedentes

El Servicio de Asistencia Especializada en HIV/AIDS de Pelotas, Brasil, es un servicio de referencia de la Región para TARV. Un estudio previo de los mismos autores demostró una adherencia de 56% en los pacientes atendidos en el servicio. Como la entrega de información adecuada sobre los medicamentos es uno de los pilares para favorecer una buena adherencia, se inició esta experiencia que consiste en una intervención farmacoterapéutica en el momento de distribución de los medicamentos (seguimiento fármaco-terapéutico o SFT).

Objetivos

- Evaluar y mejorar la adherencia al TARV a través de una intervención farmacoterapéutica.
- Identificar, prevenir y resolver Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM), errores de medicación y
- aumentar la satisfacción de los pacientes con el servicio.

Principales actividades

- Para este estudio se propuso un método de SFT basado en el Método DADER.
- Se realizó un ensayo clínico aleatorizado, abierto.
- Se entrenaron estudiantes voluntarios de Farmacia en adherencia de VIH mediante un curso de 16 horas impartido por el médico responsable por el servicio y por la farmacéutica responsable por el estudio.
- Durante la primera entrevista, al recoger los ARV, se recolectaban los datos socio-demográficos, un cuestionario de depresión y una evaluación sobre consumo de alcohol (escala CAGE); y se repetían estos cuestionarios cada 3 meses durante un año.
- En cada retiro de medicamentos (1vez/mes) y utilizando la metodología DADER se preguntaba sobre la prescripción mediante colores asignados a cada medicamento para el mejor entendimiento del paciente (ver gráfico 2.1), se les entregaba a los pacientes una

tarjeta con la descripción de como usar sus ARV, se daba información oral sobre efectos adversos.

- Los pacientes que no recogían ARV por más de dos meses se buscaban a domicilio.

Cuando era necesario, se daban colores a cada pastilla para que el paciente pudiera identificar mejor las diferentes drogas y como tomarlas.

Gráfico 2.1: La receta para el paciente

Remedio / Horas		Antes			Hora de acostarse
	BIOVIR Zidovudina + Lamivudina				
	STOCRIN Efavirenz				

Resultados

- Se observó una satisfacción elevada con la intervención por parte de los pacientes y de los profesionales del servicio.
- Se observó un mejor conocimiento sobre los diferentes aspectos de TARV por parte de los pacientes.
- Se identificaron como factores asociados con una carga viral indetectable a la edad, años de estudio, estado inmunológico y tiempo de tratamiento.
- Hubo asociación inversa entre adherencia al TARV y trabajo fijo, síntomas depresivos, carga viral y número de comprimidos por día.
- No se observaba diferencia en la adherencia, la CV y el CD4 entre los dos grupos (ver gráfico 2.2).
- Se identificaron 94 PRM de los que se resolvieron 41 casos. En 50 casos los PRM se relacionaban con la necesidad (en el 21,3% de los casos no se usan los medicamento que se necesitan y en el 31,9% se usan medicamentos que no se necesitan), 40 PRM relacionados con seguridad y 4 PRM con no efectividad (ver gráfico 2.3).
- Mejoró el uso racional de medicamentos.

Gráfico 2.2: La adherencia antes y después de la intervención

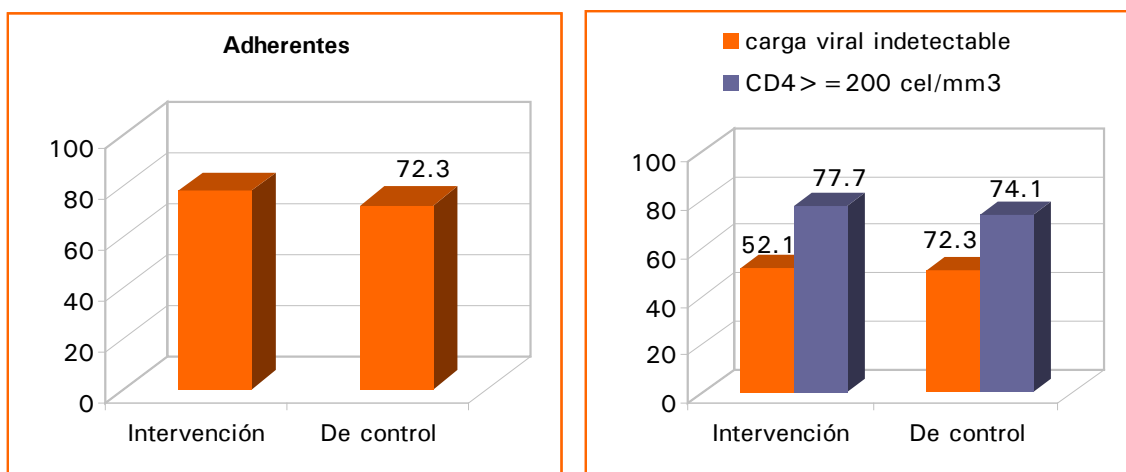
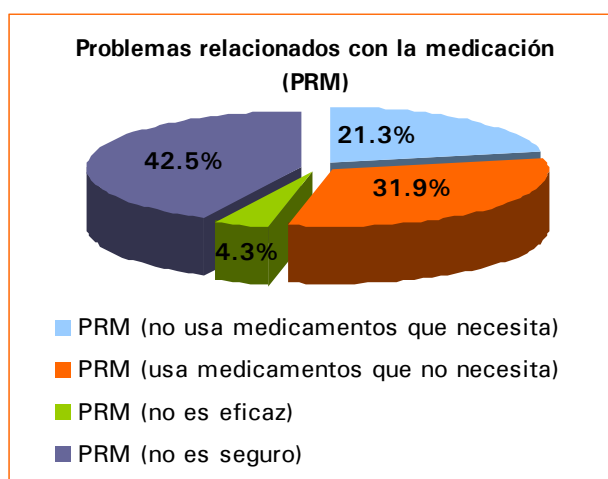


Gráfico 2.3: Problemas relacionados con la medicación



Lecciones aprendidas y desafíos

- Se demostró la importancia de la Atención Farmacéutica (AF) para asegurar una adherencia óptima y se mostró el valor del equipo de Farmacia en este trabajo, aumentando la confianza en el servicio y sus profesionales.
- La intervención farmacéutica es una herramienta útil: no necesita mucho tiempo ni recursos, puede ser fácilmente adoptada por los servicios, tiene un buen retorno económico y es una parte importante en el proceso de promoción de la adherencia al tratamiento y del uso racional de medicamentos.
- Constituye un desafío de encontrar tiempo para capacitar a los voluntarios en la metodología DADER.
- Esta intervención se discontinuó debido a la falta de farmacéuticos disponibles.

3. Experiencia en la implementación del alcance y mantenimiento de la adherencia en pacientes con tratamiento ARV que viven con el VIH/SIDA en EPS/SURA, Colombia

Lugar: EPS/SURA, Medellín, Colombia

Profesionales de salud en el servicio: médico coordinador, dos médicos asistenciales, enfermera, psicóloga, trabajadora social y químico farmacéutico

Financiamiento de la atención/TARV: EPS/SURA

N° de pacientes en TARV: 1300

Fecha de inicio/fin de la experiencia: 02/2006 a la fecha.

Autores:

Claudia Patricia Velásquez Castaño. Médica, Maestría en SIDA

Jorge Iván Estrada Acevedo, Qco. farmacéutico

Luisa Fernanda Guerrero Santander, Médica

Hugo León Ortiz Acosta. Médico

Hilda Elena Maya. Enfermera

Olga Lucía Salazar. Psicóloga

Línea de base

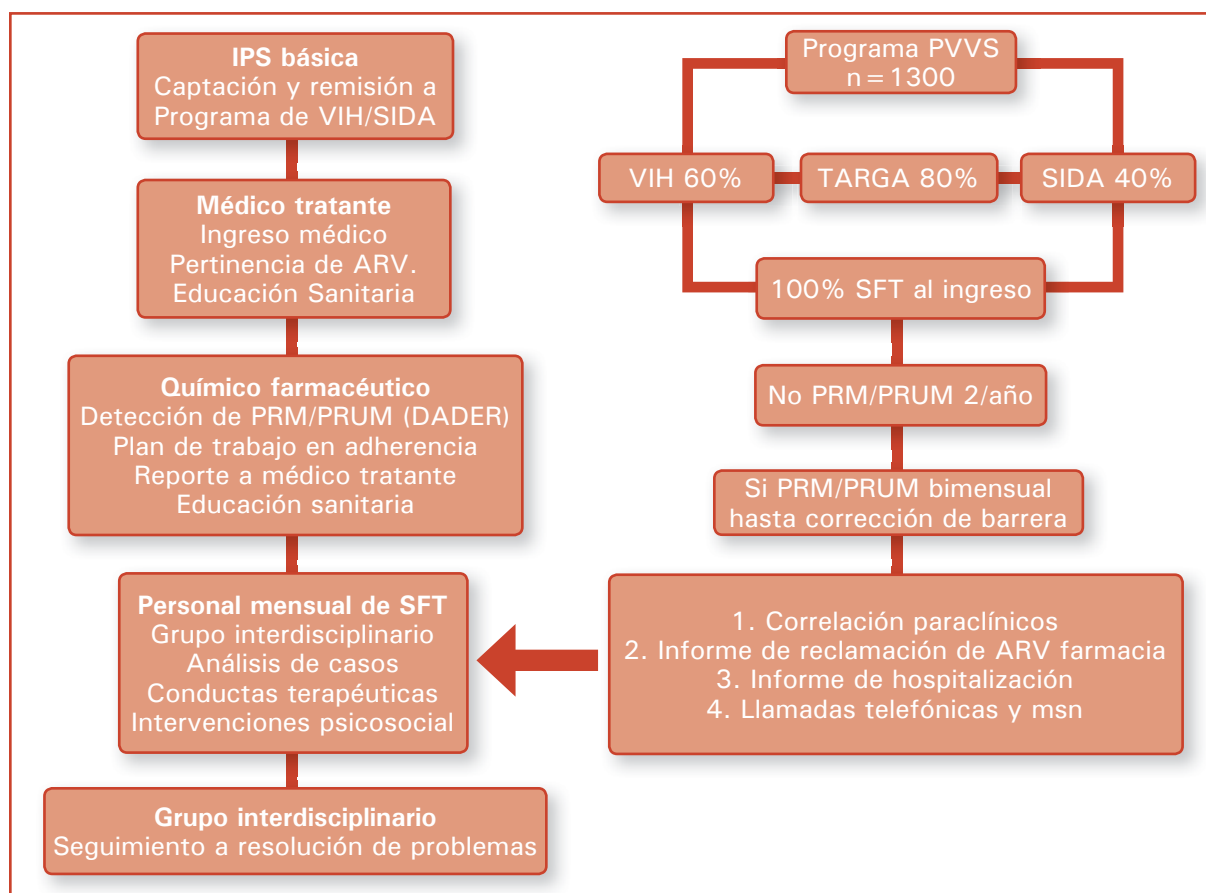
En 2005, se contaba con un médico tratante, una enfermera y una psicóloga para el manejo integral de PVVS en EPS SURA. No se contaba con un subprograma de cumplimiento terapéutico ni se generaban cifras cuantitativas de dicho proceso (adherencia). El personal implicado tenía como base la percepción clínica y los estudios como la CV y el CD4 para determinar mediante el fallo clínico, virológico o inmunológico la posible causalidad que se relacionaba con el no cumplimiento farmacológico.

En el año 2005, se incluye al equipo interdisciplinario un químico farmacéutico (QF), y se diseña la primera aproximación de seguimiento fármaco-terapéutico (SFT) y fármaco-vigilancia.

Objetivo

- Evaluar y mejorar la adherencia al TARV con un programa de farmacovigilancia con ARV e intervenciones fármaco-terapéuticas (ver gráfico 3.1).

Gráfico 3.1: Algoritmo general



Principales Actividades

- Se formó un grupo interdisciplinario para la atención integral de PVVS (3 médicos, 1 químico farmacéutico, 1 enfermera, 1 trabajadora social, 1 psicóloga).
- Se generaron guías de manejo de la EPS. Se diseñó un protocolo de manejo en el que se establecen varios aspectos a trabajar:
 - Ingreso médico: duración 1.5 horas, se evalúa condición clínica, criterios clínicos, inmunes y virológicos para inicio TARV, educación sanitaria e importancia de adherencia, interconsulta con Químico Farmacólogo y psicología, ya que ambos profesionales buscan desde su punto de vista, impactar favorablemente al paciente en su adherencia farmacológica desde el inicio de su TARV.
 - Controles Médicos, control por enfermería y psicología: Se impacta en cada intervención de profesionales salud sobre la importancia de adherencia y de no suspender los ARV.
 - Evaluación por SFT: Se crea un subprograma de adherencia, dirigido por un trabajador encargado del cumplimiento terapéutico, actividad desarrollada por el químico farmacéutico. Se generan protocolos de adherencia y SFT en PVVS con algoritmos

de remisión y se realizan diversos formatos de gestión para cualificar y cuantificar el porcentaje de adherencia.

- Además se definió que todos los individuos en TARV deben ser remitidos al programa SFT donde se evaluaba el uso adecuado de medicamentos, posibles efectos farmacológicos, interacciones farmacológicas (medicamento/medicamento, medicamento/alimento) e importancia de adherencia.
- Se determinó la frecuencia de atenciones, considerando que los pacientes con problemas de adherencia deberían ser evaluados mensualmente por SFT hasta la corrección de las barreras de incumplimiento y una vez corregida dicha acción, la evaluación continuaría trimestral.
- Monitoreo de la dispensación: Se estableció realizar un informe de dispensaciones realizadas mensualmente para verificar la continuidad en la reclamación y posible toma de la terapia, además de la anamnesis en cuanto a la toma, olvidos, efectos indeseables del TARV. Con la información recopilada se generaba un informe de gestión por paciente que se discutía con el médico tratante para toma de decisiones.
- En las discusiones de casos específicos en grupos multidisciplinarios de seguimiento fármaco-terapéutico y de adherencia se buscaban soluciones integrales a problemas como intolerancia a los medicamentos, fallas virológicas o barreras de incumplimiento.

Resultados

- El 66% (2/3) pacientes intervenidos por el programa mejoraron su adherencia (>95%), lo cual se evidenciaba en estado clínico, virológico e inmunológico y se consiguió sostener una alta adherencia al TARV.
- Se obtuvo mayor estabilización clínica de los pacientes, menor número de hospitalizaciones y una menor morbilidad lo que tuvo impactos económico directos e indirectos positivos.
- La experiencia fortaleció procesos internos, lo que mejoró el compromiso de la gestión administrativa de la compañía y la selección de proveedores de ARV para asegurar la dispensación de los medicamentos sin faltantes en el suministro.
- Debido a las experiencias exitosas, se incorporaron el seguimiento fármaco-terapéutico en el programa de tratamiento de otras enfermedades crónicas de este centro.

Lecciones aprendidas, limitaciones y propuestas para mejorar

- Una capacitación continua de los profesionales de salud es importante para garantizar el éxito de los procesos.

El principal desafío para el programa de SFT fue su implementación, donde se encontraba resistencia por parte de algunos miembros del equipo, debido al temor al cambio por extensión del conocimiento a otras áreas de la salud diferentes al médico.

Es necesario tener un conocimiento básico de gestión y una capacitación continua para dar continuidad y poder implementar los procesos desarrollados.

4. Manejo de la adherencia al tratamiento antirretroviral en la clínica de enfermedades infecciosas del hospital Roosevelt utilizando la metodología DADER, Guatemala

Lugar: Clínica de Enfermedades Infecciosas Hospital Roosevelt, Guatemala

Profesionales de salud en el servicio: 15 médicos, 80 personas de apoyo

N° de pacientes en TARV: 2745 adultos, 209 niños

Financiamiento del servicio: Visión Mundial, UNICEF

Financiamiento de TARV: Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, Visión Mundial

Autores:

MSc. Claudia María Rodríguez García, Coordinadora de Farmacia Clínica de Enfermedades Infecciosas Hospital Roosevelt

Licda. Ericka Marisol Boror Química Farmacéutica encargada de pacientes VIH positivos ingresados en el encamamiento del Hospital Roosevelt

Dr. Carlos Rodolfo Mejía Villatoro Jefe de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt

Antecedentes

La dispensación de los ARV en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt se estandariza en base a las fechas de reconsulta del paciente y en la disponibilidad de los mismos. Se esperaba una adherencia de 100% en los pacientes internados pero el valor oscilaba entre 70-90%. Debido a que muchos pacientes ambulatorios y hospitalizados mostraban fallos virológicos, el equipo de farmacia determinó que la adherencia era un problema a abordar involucrando profesionales de salud de diferentes áreas.

Objetivos

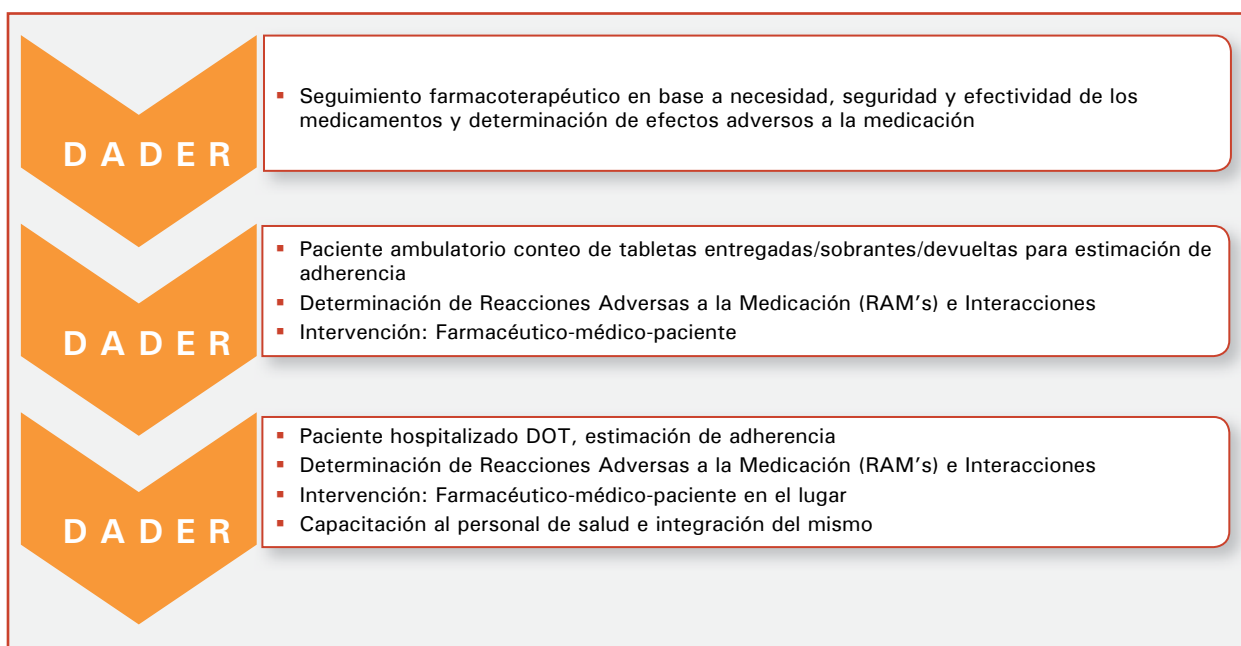
- Mejorar la adherencia al TARV con intervenciones farmacéutico-paciente-medico usando la metodología DADER.
- Determinar las interacciones de los medicamentos antirretrovirales y para infecciones oportunistas por el equipo de Farmacia con el fin de determinar los resultados negativos asociados a la medicación y transmitir esta información al equipo multidisciplinario.

Principales actividades

- Utilización de la metodología DADER para mejorar el seguimiento fármaco-terapéutico (ver gráfico 4.1): esta refiere criterios de necesidad, seguridad y efectividad de la medicación determinándose así resultados negativos a la misma, de manera que se realice posteriormente una intervención farmacéutico-médico-paciente para la resolución de los problemas reportados.
- Cuantificación indirecta del porcentaje de adherencia (utilizando número de pastillas entregadas, devueltas o sobrantes y CD4, CV).

- En pacientes ambulatorios: el personal de farmacia estimó la adherencia mediante el conteo de tabletas, además utilizó la metodología DADER para resolver resultados negativos asociados a la medicación.
- En pacientes hospitalizados: se determinaron las razones de una adherencia subóptima y se intervino remitiendo a los pacientes para otros servicios, p. e. (por olvido: atención farmacéutica y educación por las educadoras de la clínica/farmacia; en caso de depresión: consulta con psicología y eventualmente con psiquiatría; vómitos: el médico intenta prescribir otro medicamento; si hay alteración de la conducta/desorientación: el personal de enfermería o cuidador se encarga del suministro del medicamento)
- Capacitación en el tema de adherencia a todo el personal de salud involucrado: enfermería, médicos residentes, estudiantes de medicina, etc.

Gráfico 4.1: La metodología DADER y su uso. DOR RAM



Resultados

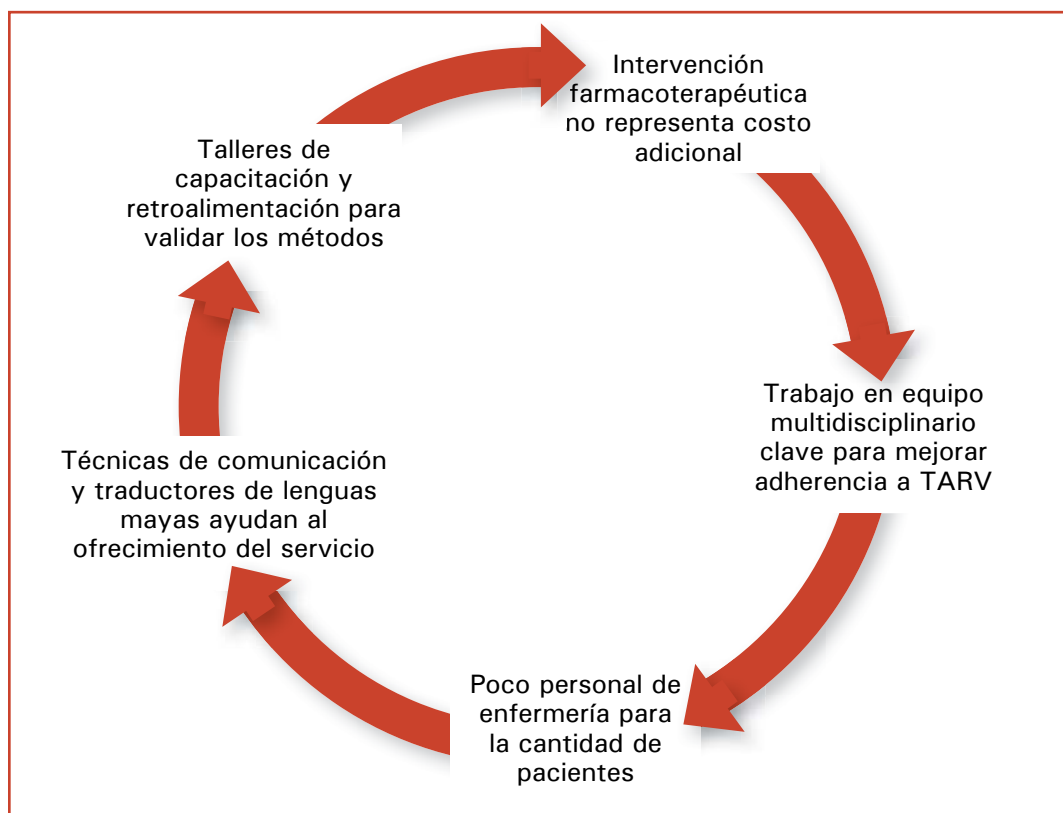
- La intervención farmacoterapéutica ayudó a prevenir los efectos negativos asociados a la medicación.
- Las intervenciones farmacéuticas-pacientes fueron bien aceptadas por los pacientes en 98%. Razones para un rechazo del seguimiento fármaco-terapéutico por algunos pacientes incluyen temor a sentirse vigilados o controlados, explicación incorrecta de los objetivos del seguimiento, falta de interés, sentimiento de ya ser bien atendidos, interpretación de la actividad como una intromisión en la labor del médico y dificultad de comunicación con pacientes que hablen lenguas mayas.

- Los médicos aceptaron todas las intervenciones propuestas por el equipo de Farmacia en cuanto a prescribir u omitir un medicamento.
- Cuando el personal de enfermería obtuvo una capacitación adecuada en DOT, la adherencia de los pacientes hospitalizados mejoró a niveles de 95-100% y en pacientes ambulatorios de un 98 a 100%.

Lecciones aprendidas y desafíos

- La intervención farmacoterapéutica no representa un costo adicional y es muy efectiva en prevenir efectos negativos de TARV que influyen en la adherencia.
- El trabajo del equipo multidisciplinario es clave para lograr una mejoría en la adherencia al TARV (ver gráfico 4.2).
- El DOT tiene el inconveniente de que el personal de enfermería atiende a una cantidad elevada de pacientes lo que imposibilita el cumplimiento de los medicamentos a horas exactas.
- Se necesita continuar los talleres de capacitación al personal de diferentes servicios basándose en el círculo de calidad.
- Las técnicas de comunicación y en algunos casos traductores de lenguas mayas ayudan a hacer el seguimiento fármaco-terapéutico más eficaz.

Gráfico 4.2: Lecciones aprendidas y desafíos



5. Perfil del paciente VIH/SIDA en TARV y su adherencia, Venezuela

Lugar: Programa Nacional de SIDA/ITS, Venezuela.

Profesionales de salud en el servicio: 105 especialistas a nivel nacional, cerca de 200 personas de apoyo (enfermeras, trabajadores sociales, PVVS)

Nº de pacientes en TARV: 33,801 (para el 21/03/2010)

Financiamiento de la atención y TARV: Estado Venezolano, Ministerio de Poder Popular para la Salud (MPPS).

Financiamiento del estudio: MPPS

Autores:

Marbelys Hernández Pérez Programa Nacional de SIDA/ITS, MPPS, Venezuela

Deisy Matos. Programa Nacional de SIDA/ITS, MPPS, Venezuela

Antecedentes

Durante el 2006-07 el PNSIDA/ITS constató errores en la indicación médica de inicio de TARV y cambios frecuentes de TARV. Se observaba que en el 17% de los cambios no se señalaban las causas y que en 40% de los resultados de las pruebas de resistencia de pacientes con falla virológica se evidenciaba sensibilidad a los ARV. Estas observaciones generaban preocupación e indicaban problemas en la adherencia al TARV, pero no se disponía de datos nacionales sobre el perfil de adherencia al TARV del paciente VIH/SIDA en el país.

Objetivos

- Averiguar el perfil de adherencia al TARV en los pacientes VIH/SIDA en Venezuela y las principales razones de incumplimiento de los ARV.
- Basado en los resultados obtenidos, establecer estrategias para conseguir, mantener o mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Principales actividades

- Se diseñó una encuesta basada en los principales cuestionarios validados del mundo. Se hizo la encuesta en 1805 pacientes en 22 estados (coordinaciones regionales) y Caracas durante abril y mayo del 2008.
- Se solicitó información en las farmacias o depósitos de ARV sobre la dispensación para usar estos datos conjuntamente con los datos de la encuesta para medir la adherencia

Resultados

- El 64% de los pacientes estaban entre los 26-45 años (ver gráfico 5.1), 95% (1709) tomando TARV.
- La adherencia se estimó entre 65-84%. El grupo con menor adherencia era el de 18-25 años (ver gráfico 5.2).

- El 38% dejaron de tomar algún ARV en los últimos 7 días, las mujeres más que los hombres (41% versus 37%).
- El 38% de los pacientes había olvidado tomarse alguna tableta en los últimos 7 días.
- 12% de los casos olvidó 10 tabletas por semana y el 60% dejó de tomar los ARV 1-2 días por semana.
- En el 30% de los casos las familias desconocían el diagnóstico de VIH.
- De las personas que consumían alcohol (24%), 48% tuvieron una menor adherencia que el promedio y de los consumidores de drogas ilícitas el 37% tenía una adherencia baja.
- Se organizaron 3 talleres para socializar estos datos y discutir estrategias locales y regionales para mejorar la adherencia agrupando personal de salud (coordinadores regionales, médicos, jefes de servicios, enfermeras, farmaceutas, trabajadores sociales) de todos los estados y representantes de principales organizaciones de pacientes con VIH.
- Se hicieron guías del tema y material informativo para ser entregados en consultas y en las farmacias.

Gráfico 5.1: Perfil de los pacientes entrevistados

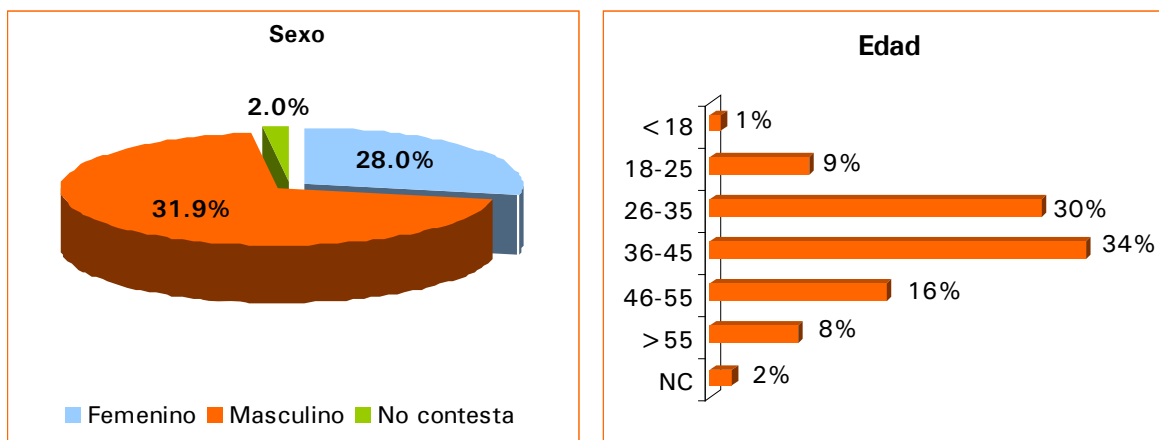
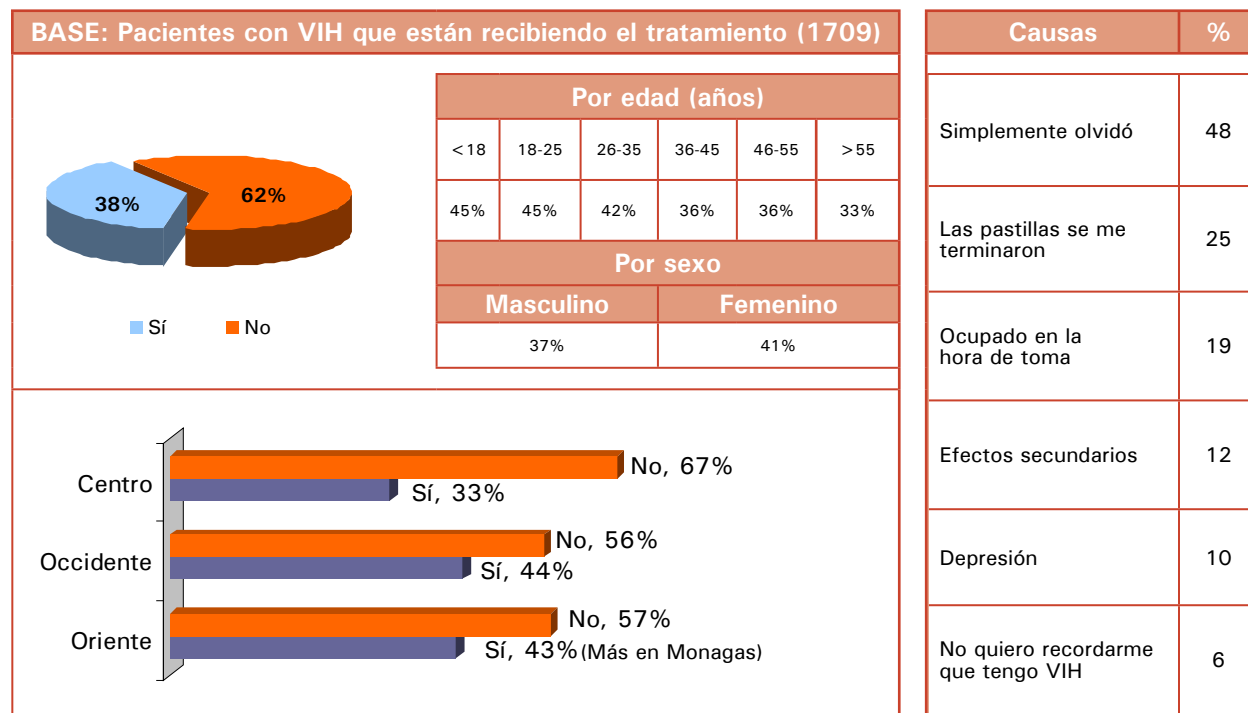


Gráfico 5.2: Porcentaje de pacientes que han olvidado de tomarse alguna pastilla de tratamiento en los últimos siete días y las principales razones



Lecciones aprendidas y desafíos

- Existen desafíos estructurales en los estados para que las estrategias planteadas se monitoreen, para hacer seguimiento de este tipo de encuestas y de las intervenciones propuestas.
- Para obtener buena adherencia debe trabajarse con los médicos para recibir apoyo, ayuda y contribución de otro personal de salud y mediante la participación de la familia y otros pacientes.
- Los coordinadores regionales de SIDA deben desempeñar un papel activo en la supervisión e implementación de las estrategias.
- Se propone realizar una detección del perfil de adherencia ARV cada tres años con el fin de conocer las repercusiones e impacto generado por el cumplimiento de las estrategias en el control y seguimiento de los pacientes en TARV del país.

Agradecimientos

A los médicos especialistas tratantes de pacientes VIH/SIDA de Venezuela que han participado en este estudio voluntariamente de los 22 estados/regiones del país y a los de las consultas de Caracas: Hospital Universitario de Caracas, Hospital Vargas, Hospital José Ignacio Baldó, Hospital Militar “Carlos Arvelo”, Instituto de Inmunología UCV, Medicina Tropical UCV, Hemato-oncología UCV, Hospital “Miguel Pérez Carreño”, IVSS “San Bernardino” y Maternidad Concepción Palacios.

A los pacientes que en forma anónima y voluntaria han participado.

A todos los que contribuyeron a la realización de este estudio.

6. Experiencia Interdisciplinaria de apoyo al TARV en PVVS, familiares y amigos en el ámbito de la Provincia de Córdoba, Argentina

Lugar: Hospital Rawson, Córdoba, Argentina.

Profesionales de salud en el servicio: 40 médicos, personal de apoyo 200.

Financiamiento de la atención/TARV: Ministerio de la Salud de la Provincia de Córdoba/
Dirección Nacional de SIDA e ITS – Obra Social Provincial (APROSS)

N° de pacientes en TARV: 1799

Financiamiento de las actividades: Fondo mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria; Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba y del Programa Provincial de VIH/SIDA e ITS de Córdoba

Fecha de inicio/fin de la experiencia: 03/2006 continúa

Autores:

Dr. Miguel Diaz
Fca. Fernanda Silva
Fca. Sandra Lemos
Lic. T. Social Carolina Ortega
Lic. T. Social Verónica Ambach
Lic. T. Social Claudia Cabrera
Lic. Nutrición Liliana Dabbas
Lic. Comunicación Social María Laura González
Lic. Psicología Jimena Cattaneo
Lic. Psicología Liliana Ramos
Lic. Docencia Luis Vega
Lic. Arte Roberto Roca

Antecedentes

El Hospital Rawson de la Ciudad de Córdoba (Argentina) es un centro público, dependiente del Ministerio de Salud para la asistencia de personas adultas con patología infecciosa, VIH/SIDA ITS. Desde este centro se realiza la gestión de la medicación para todas la PVVS de la Provincia. No había experiencias previas locales en adherencia al TARV.

Objetivos

- Sensibilizar y capacitar al equipo de salud al respecto de adherencia en VIH (ver gráfico 6.1).
- Conocer el perfil de adherencia al TARV en los pacientes VIH/SIDA en la Región y las principales razones de incumplimiento de los ARV.

- Evaluar adherencia en terreno en población trans, para sensibilizar y evaluar los factores que influyen.
- Desarrollar actividades y talleres sobre diferentes aspectos de VIH involucrando PVVS, familiares y amigos.

Gráfico 6.1: Sinopsis de la experiencia



Principales actividades

- Diseño de un programa informático que permita la gestión de medicación desde la farmacia del Hospital para cuantificar y saber cuales eran los esquemas recetados por los profesionales, criterios de inicio o cambio, reacciones adversas y la frecuencia de retiro de medicación por parte de los pacientes.
- Dirigido al equipo de salud:
 - Talleres de capacitación sobre diferentes aspectos de adherencia para todos los profesionales de salud.
 - Talleres de casos de TARV/adherencia para médicos, cada quince días, para discutir diferentes temas de adherencia y el uso de esquemas de TARV óptimos (menores efectos colaterales e intolerancia, menor número de unidades de toma y menor número de dosis).
- Dirigido a PVVS, familiares, amigos y la población trans:
 - Talleres con diferentes temáticas (factores de adherencia, calidad de vida, proyectos de vida, sexualidad, procreación), cine debate.
 - Materiales gráficos de difusión: almanaques, folletos, afiches, señaladotes.
 - Grupo de reflexión coordinado por una persona con VIH/SIDA, una psicóloga y una comunicadora social.

- Muestras artísticas anuales con participación de todos actores involucrados.
- Dirigido a poblaciones vulnerables con enfoque en la población trans:
 - Formación de 32 Promotores Pares.
 - Actividades en la sala de espera, internación, farmacia, hospital y otros centros asistenciales de adultos y pediátricos.
 - En terreno, en la Capital y en el Interior de la provincia.
- Trabajo especial en farmacia de consejería y asesoría: evaluación de factores psicológicos y de personalidad, evaluación de factores nutricionales y alimentación; cuestionario MOS para 100 pacientes evaluando la calidad de vida.

Resultados

- El 20% de las personas bajo TARV no retira adecuadamente la medicación y el 50% se atrasa por 1-3 días (atraso en el retiro como una medida indirecta de una adherencia subóptima).
- Alta participación en los talleres ofrecidos: 800 parientes y amigos asistieron a las actividades, 1200 personas fueron alcanzadas por los promotores, 350 personas del equipo de salud participaron en los talleres, 300 pacientes no adherentes fueron alcanzados por las actividades.
- Se logró la sensibilización del equipo de salud en el tema de adherencia.
- Se implementó en forma exitosa un sistema informático de farmacia: los informes sobre retrasos en el retiro de la medicación permitieron una interacción rápida y efectiva entre los médicos, trabajo social, la farmacia y PVVS.
- Los talleres para los médicos permitieron reflexionar sobre la racionalidad en los criterios de indicación, de inicio y de cambio de TARV.
- Se involucró al equipo de farmacia: se elaboró un diario de medicación para la persona asistida que era controlado mensualmente, dando así la oportunidad de aclarar dudas y preguntas.

Lecciones aprendidas y desafíos

- Un desafío grande es lograr un trabajo interdisciplinario en torno a la adherencia involucrando todo el equipo de salud, involucrando a las PVVS respetando su autonomía.
- Se reconoce que el trabajo entre pares, la inclusión de diversidad sexual, de género, social, étnica en las diferentes actividades son esenciales para mejorar la adherencia.
- Se reconoce la necesidad de continuar con los médicos talleres sobre uso racional de antirretrovirales y acceso universal, considerando el papel que ejerce la industria farmacéutica en la elección del TARV.
- La sistematización y el registro completo de información, vinculado a los pacientes y su adherencia, es una herramienta eficaz para el abordaje de este tema.

- Se continúan el grupo de reflexión, las actividades en trabajo social con personas no adherentes y la población trans, el trabajo desde y en farmacia, el abordaje interdisciplinario de las PVVS, la articulación con ONG y la publicación del boletín de “InfoAdherencia”.
- Algunas de las actividades, como por ejemplo el trabajo de los promotores se discontinuaron por falta de financiamiento.

7. Programa integral de promoción de la adherencia a los antirretrovirales para personas con VIH/SIDA, Argentina

Lugar: Fundación Huésped, Argentina

Profesionales de salud en el servicio: 25 médicos, 14 personas de apoyo

Financiamiento de la atención/TARV: Ministerio de la Salud de la Nación

N° de pacientes en TARV: 2200

Fecha de inicio/fin de la experiencia: diseño en 2008, en 2009 entrenamiento, de 05/09 a 05/10 levantamiento de datos

Autores:

Lic. Raquel Pemoff. Directora del Área de Salud Mental. Servicios a la Comunidad. Fundación Huésped.

Lic. Florencia Ameal. Psicóloga del equipo de Salud Mental de Fundación Huésped y coordinadora del Equipo de Adherencia del Servicio de Infectología del Hospital Fernández

Lic. Mar Lucas Gómez. Directora del Área de Servicios a la Comunidad. Fundación Huésped.

Antecedentes

El Servicio de Infectología del Hospital Fernández es uno de los principales centros de referencia en VIH/SIDA en Argentina. Desde 1997 se vienen desarrollando distintas acciones para mejorar la adherencia a los ARV con la participación de voluntarios y efectores de salud. Paralelamente, desde Fundación Huésped, se han implementado y probado varios proyectos bajo la estrategia de prevención entre pares. A raíz de los problemas detectados por el grupo de voluntarios y voluntarias sobre las dificultades para llegar a los pacientes con las estrategias que se venían desarrollando hasta entonces, en 2008 se conformó un equipo interdisciplinario en esta institución para la prevención y atención de problemas de adherencia de las PVVS.

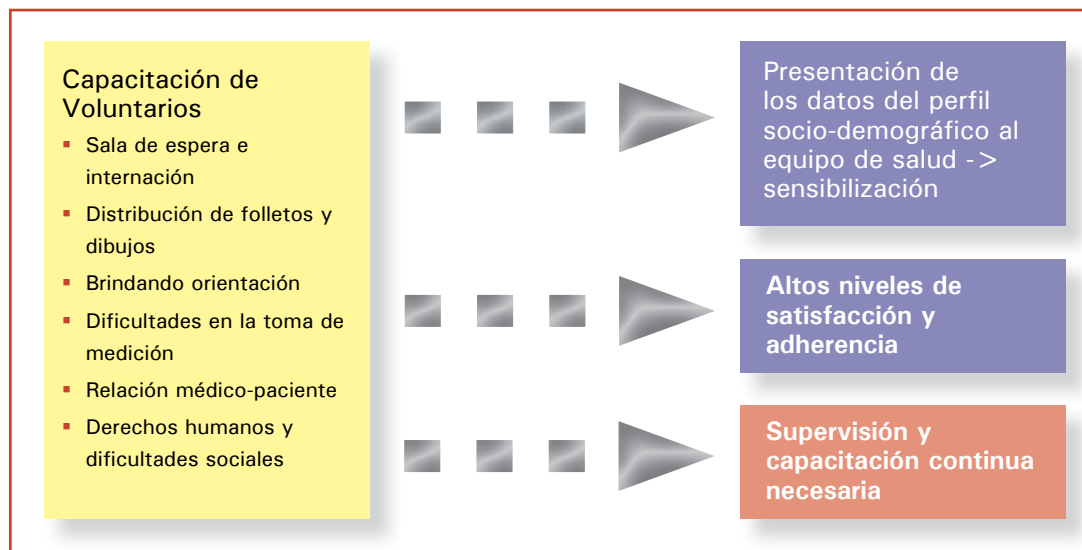
Objetivos

- Sensibilizar y capacitar el equipo de salud sobre el tema de adherencia.
- Mejorar la adherencia al TARV de los pacientes con la ayuda de voluntarios entre pares y un equipo multidisciplinario sensibilizado para el tema.

Principales actividades

- Ateneo de sensibilización para profesionales de salud y presentación sobre distintos datos del perfil socio-demográfico de las PVVS atendiendo el hospital.
- Capacitación estructurada de voluntarios sobre temas relacionados al VIH/SIDA (adherencia, derechos humanos, consejería y prueba voluntaria).
- Los voluntarios trabajaban en la sala de espera e internación en acuerdo a los distintos momentos del paciente en relación al tratamiento y la adherencia, brindando orientación y seguimiento en relación a:
 - Dificultades en la toma de medicación (folleto con recomendaciones para tomar ARV, dibujos para PVVS analfabetos);
 - Problemas en la relación médico – paciente (se trabaja para identificar dichas dificultades y desarrollar estrategias para resolverlas);
 - Conflictos relativos a sus derechos (dificultades en la atención en obras sociales y medicina prepagas así como situación laboral)
 - Demandas sociales: viáticos para acudir a las consultas, alimentación inadecuada o insuficiente, desempleo, vivienda inadecuada o inexistente, etc.
- Las personas voluntarias tienen como parte de sus actividades una supervisión mensual de 3 horas de duración, coordinada por una psicóloga miembro del equipo de Salud Mental de Fundación Huésped, con el apoyo de la Directora del área y la Coordinadora de voluntarios de la institución.

Gráfico 7.1: Sinopsis de la experiencia



Resultados

Se ha logrado sistematizar la tarea a partir de la incorporación de fichas que luego son cargadas en bases de datos. Los datos recabados en cada actividad y el análisis de los mismos a partir

de las entrevistas realizadas fortalecen el desarrollo del programa, permitiendo establecer una metodología de trabajo.

Después de la capacitación inicial que incluyó 15 voluntarios (6 PVVS) se capacitaron 65 voluntarios más. Esto permite actualmente un total de 15 personas asesoradas por semana en adherencia para mejorar y fortalecer el sostenimiento del tratamiento y un promedio de 10 pacientes en seguimiento por semana en contacto telefónico con cada uno de los voluntarios que realiza esta tarea. Se distribuyeron 6000 folletos sobre medicación ARV y Derechos en las PVVS que fueron diseñados por los voluntarios para favorecer la información y orientación de cada persona atendida. Actualmente en la sala de espera del hospital se cuenta diariamente con al menos 2 voluntarios para cada espacio de trabajo (sala de espera e internación) de acuerdo con su perfil y capacidades.

La base de datos de internación indica entre mayo del 2009 y mayo del 2010 se han realizado visitas en 95 casos con problemas de adherencia. La mayor parte de los casos son varones, 40 años promedio, el 61,05% vive en el Conurbano Bonaerense y no poseen cobertura social de salud en el 71,57%. El 60% de estos pacientes ya estuvo internado antes y ha conocido su serología positiva en esta internación el 40%. El 69% está en tratamiento ARV y dicen conocer la medicación que están tomando en un 59%. El 66% refiere que habla el tema con alguien (familia, amigos, etc.) y el 83% es acompañado por algún familiar.

Cabe destacar que la información recogida permite identificar aspectos específicos que pueden implicar nuevas acciones en el corto o mediano plazo en el espacio de sala de espera y en internación del hospital para mejorar las distintas estrategias y seguir promoviendo la adherencia y la calidad de vida de las personas que viven con VIH.

Además se realizó una evaluación diseñada para ser auto administrada a todo el equipo de adherencia. Luego de su administración, cada voluntario tuvo una entrevista individual para poder evaluar de manera conjunta logros, obstáculos y futuras metas de cada uno de ellos con respecto al trabajo desarrollado. También se realizó una evaluación conjunta a fin de año con todo el equipo de trabajo.

Lecciones aprendidas y desafíos

- En sala de espera hubo dificultades en la adaptación y comprensión de la ficha de recolección de datos, que supone una herramienta guía. Hubo un periodo de adaptación comprensible, que una vez superado dio resultados altamente positivos. Con ello se consiguió identificar: a) en qué momento se encuentra el paciente en relación al tratamiento y b) las estrategias de trabajo y derivación más convenientes.
- Ambos equipos de trabajo (internación y ambulatorio) articularon las actividades: cuando un paciente tiene alta en internación le ofrecen seguir acompañándolo ambulatoriamente cuando lo requiera en sala de espera. La supervisión mensual compartida y las evaluaciones individuales y grupales han facilitado este proceso, así como redistribuir las funciones de acuerdo a las potencialidades de cada sujeto.

- Se busca sostener la metodología de intervención personalizada, basada en un enfoque integral que da cuenta de la diversidad de experiencias subjetivas y de situaciones de desigualdad a nivel socio-económico, cultural y social. Necesitamos mejorar nuestros instrumentos de medición pero vemos que este enfoque mejora la adherencia para el tratamiento ARV con acciones a corto y mediano plazo.

8. Trabajo de adherencia, Colombia

Lugar: Empresa Social del Estado (ESE) Luis Carlos Galán Sarmiento (LCGS), Bogotá, Colombia.

Profesionales de salud en el servicio: 5 médicos, 10 de apoyo.

Financiamiento de la atención/TARV: EPS Seguro Social.

Nº de pacientes en TARV: 946.

Autores:

Licenciada en Ciencias de la Educación Mariana Esperanza Mora Jiménez

Licenciado en Ciencias de la Educación Germán Ricardo Reyes Urrutia

Antecedentes

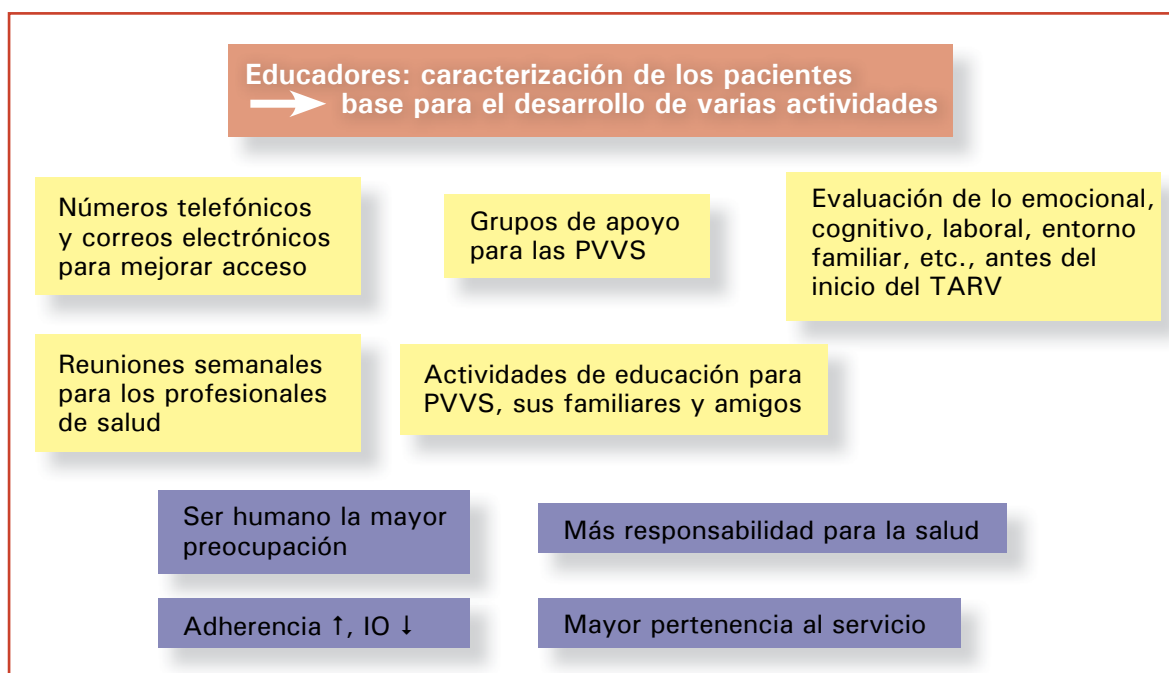
La ESE LCGS tenía un Programa Interdisciplinario para la atención Integral de las Personas afectadas por la infección del VIH o en etapa SIDA, pertenecientes a la EPS Seguro Social. Los educadores del programa establecieron una base de datos ingresando 1.117 personas (178 mujeres), de los cuales 946 recibían TARV.

Al inicio la información sobre factores que pudieran afectar la adherencia se recolectaba en forma intuitiva (anecdótica), posteriormente se enlistaron los motivos de inasistencia a la consulta y se identificaron las barreras de acceso, y se pudo confeccionar una tabla de chequeo que permitiera una información diagnóstica o línea de base para evaluar intervenciones sobre adherencia.

Objetivos

- Mejorar la adherencia al TARV por varias intervenciones educativas comenzando desde antes de iniciar el TARV y asegurando un acompañamiento continuo e integral del paciente durante la toma del tratamiento.

Gráfico 8.1: Sinopsis de la experiencia



Principales actividades

- Elaboración de formularios estandarizados para recabar información que permitiera la caracterización de la población, facilitando la identificación de las necesidades y la adaptación de estrategias.
- En la evaluación inicial, es decir, antes de emprender la medicación del TARV, las personas eran valoradas desde lo emocional, entorno familiar, social, laboral, cognitivo, toma de medicamentos y manejo de posibles efectos adversos, para prevenir fallas en adherencia.
- Se entregaban a los participantes los números telefónicos y correos electrónicos, de los profesionales del equipo interdisciplinario, para facilitar el contacto y mejorar la accesibilidad al servicio.
- Se clasificaban las personas (con base al conteo de linfocitos CD4) para definir la necesidad de atención por el equipo interdisciplinario en forma mensual, bimensual o trimestralmente. Cada mes recibían sus medicamentos antirretrovirales y tenían seguimiento para actividades de educación.
- Se diseñó un formulario que permitía verificar los aspectos personales que se consideraban como influyentes en la no toma de medicamentos y otro formulario que permitía verificar y realizar seguimiento e intervenciones en los aspectos más importantes de inasistencia, lo que disminuía la adherencia. Se identificaban las personas con mayor riesgo de adherencia a quienes ofrecerles intervenciones de prevención individual y a sus familias. Estos formularios también permitían identificar personas con problemas activos y referirlos a la atención.

- Se realizaban consultas individuales y en grupos lo que permitía compartir experiencias y socializar con otras personas con similares dificultades y alternativas de solución.
- Los marcadores de adherencia incluían: Autoevaluación de cumplimiento, perfil inmunológico y virológico (recuento de linfocitos CD4 y CV), asistencia regular a las consultas, reducción de hospitalización y estancia hospitalaria, descenso en la aparición de infecciones oportunistas y comorbilidades.
- Se realizaban reuniones educativas grupales de dos horas semanales con la participación de diferentes profesionales del programa, abordando diferentes aspectos del VIH, tales como: Generalidades del VIH y el SIDA, aspectos legales (Derechos Sexuales y Reproductivos), fisiopatología, ciclo de replicación viral, historia natural de la infección, sistema inmunológico, clasificación de la infección según el CDC, infecciones oportunistas, tratamiento antirretroviral, tipos de medicamentos, intolerancia, resistencia, identificación de posibles factores que afectan la adherencia, alternativas de prevención, uso consistente de preservativos (masculino y femenino), etc., bajo el liderazgo de los educadores.
- Semanalmente, todo el equipo interdisciplinario, participaba en Junta o Clínica de ARV, donde se exponían los casos difíciles y se planteaban intervenciones a necesidad (apoyo psicológico, social, médico, etc.) en búsqueda de soluciones efectivas.

Resultados

- Se generaron ambientes amigables donde el ser humano era la mayor preocupación del equipo interdisciplinario.
- Mejoraron las relaciones entre los profesionales y aumentó la confianza de las personas asistentes al programa (pertenencia), reportado por ellos mismos.
- Se observó un aumento en la adherencia a la toma de los medicamentos (por autoevaluación), correcta identificación de los esquemas de medicamentos, capacidad de control de posibles efectos adversos.
- Se disminuyó el cambio innecesario de esquemas de tratamiento y por tanto el riesgo de resistencia.
- En la clínica se observó una disminución de Infecciones Oportunistas y de estancias hospitalarias.
- Las personas afectadas por la infección del VIH y el SIDA se formaron corresponsables y comprometidos en el manejo de su salud y bienestar.

Lecciones aprendidas y desafíos

- Desafíos experimentados: incluyen el tipo de contratación laboral por prestación de servicios profesionales, la falta de liderazgo y compromiso de los encargados o directores del Programa, la inestabilidad para dar continuidad a los procesos, los bajos niveles de comunicación y apoyo entre los miembros de equipo interdisciplinario y el desconocimiento en la dinámica de la infección por VIH con una pobre sensibilización.

- Los educadores y licenciados en educación, recibieron poco reconocimiento por parte de otros profesionales de la salud (médicos, psicólogos), que no consideraban relevante su quehacer profesional, no fueron incluidos como trabajadores en el área de la salud.
- Es preciso orientar el trabajo interdisciplinario a la evaluación y mitigación de las causas de mala adherencia, desde diferentes puntos de vista.
- Comprometer y compartir la responsabilidad de la atención con las personas afectadas, les permite participar activamente en la elección y mantenimiento de su propia salud.
- Es necesario tener la visión de un equipo calificado con mucha sensibilidad frente a las necesidades de las personas, con identidad, liderazgo y compromiso, en constante interacción y disponibilidad, con la meta de responder al derecho de la salud, con respeto por los derechos humanos, sexuales y reproductivos, una buena formación pedagógica y un abordaje respetuoso y digno hacia las PVVS.

Continuidad e impacto

- La ESE LCGS, fue liquidada y otros convenios entraron en servicio. Los miembros del equipo se dispersaron, pero actualmente emplean sus experiencias en los nuevos sitios de trabajo (otras empresas e instituciones promotoras de salud).
- El impacto se puede reconocer en el bienestar, sobrevida saludable y digna de muchas de las personas atendidas por el programa, sus parejas, sus familias y en su entorno.
- Estas experiencias influyeron la Guía para el manejo de VIH/SIDA Basada en la Evidencia Colombia 2006.

9. La educación terapéutica para preparar y mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral, Bolivia

Lugar: Instituto para el Desarrollo Humano, Bolivia

Profesionales de salud en el servicio: dos médicos, una psicóloga, un consejero par

Nº de pacientes en TARV: 77

Financiamiento de la atención/TARV: Pan para el Mundo de Alemania/Fondo Global para Bolivia y donación del Gobierno de Brasil

Autores:

Lic. Anne Saudan

Lic. Karina Rojas Gómez

Dr. Andrés Vargas Caballero

Dra. Gacet Macarena Apaza Alcaraz

Luis Fernando Cáceres Pozo

Antecedentes

El Instituto para el Desarrollo Humano en Bolivia brinda atención médica para PVVS desde el año 1996. En 2005, una encuesta a 32 pacientes reveló que una tercera parte no cumplía con el TARV en la última semana y la mitad no cumplía durante el último mes, indicando como ra-

zonas olvido en 56%, consumo de bebidas alcohólicas en 27%, y efectos secundarios en 19%. Se observaba la dificultad del paciente de incluir la TARV en su vida diaria y la necesidad de brindar atención multidisciplinaria (psicólogos, educadores pares) para acompañar al paciente en las modificaciones que debía realizar para llevar una vida saludable.

Se integró la metodología de Educación Terapéutica (ET), un modelo pedagógico, dentro de la consulta habitual de cada paciente. La ET se desarrolla en dos fases y tiene la ventaja de poder ser utilizado por cualquier profesional de salud:

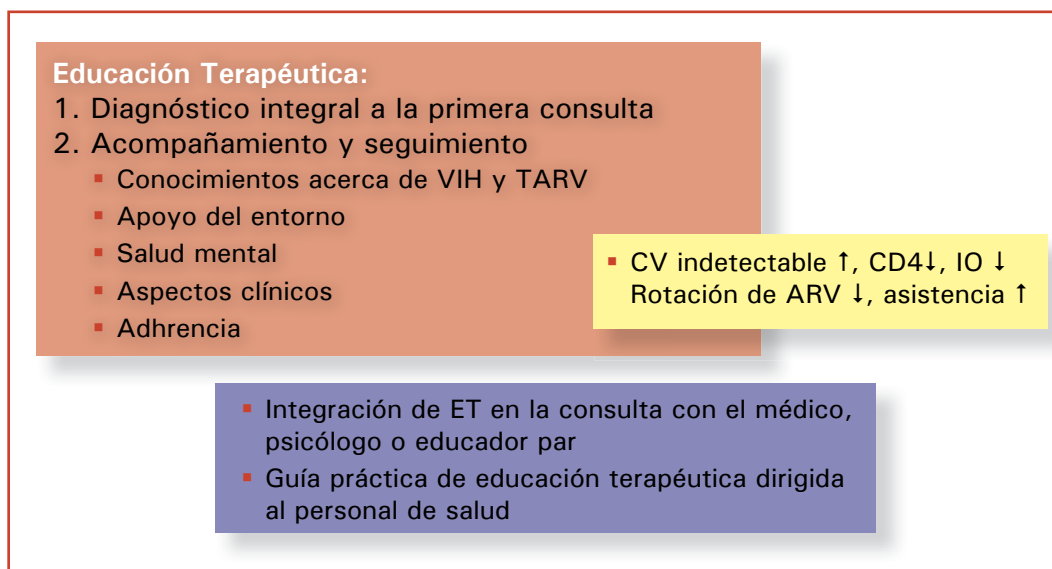
En una primera fase se hace el diagnóstico integral del paciente abordando las áreas de conocimientos (acerca del VIH, TARV), de apoyo del entorno, de aspectos psicológicos y de salud mental, aspectos clínicos y diagnóstico rápido de la adherencia.

En la 2ª fase de seguimiento y acompañamiento se busca una posible solución de los problemas utilizando fichas que profundizan los temas del diagnóstico integral y se dan herramientas para posibles soluciones.

Objetivos

- Evaluar la efectividad de la ET en asegurar una adherencia óptima al TARV utilizando marcadores de buena adherencia como cambio de un fármaco o todo el esquema ARV, asistencia a controles regulares, enfermedades oportunistas, CV y CD4 en la última consulta.

Gráfico 9.1: Sinopsis de la experiencia



Principales actividades

- Se revisaron 100 historias clínicas de PVVS de los cuales 38 se han incorporado al proceso de ET, 17% iniciaron pero la abandonaron y 45 que no iniciaron ET.

Resultados

- Con ET se disminuyó el número de cambios de esquema ARV (3% vs. 0%) y de rotaciones de un medicamento del esquema (70% vs. 20%).
- Con ET aumentó la asistencia a controles regulares (86% vs 44%), disminuyó el número de última consulta sin enfermedades oportunistas (81% vs. 94%) y aumento el porcentaje de CV indetectable (83% vs 76%).
- Los médicos observaron una mayor motivación y predisposición en los pacientes, en general los pacientes están contentos con el servicio de este centro.

Lecciones aprendidas y desafíos

- Como la educación terapéutica no es una necesidad sentida por el paciente y como en este medio, el paciente no está habituado a llegar a una consulta sólo para prevención o preparación al TARV, es difícil contar con la asistencia a consultas exclusiva de educación terapéutica.
- Por estas razones es necesario integrar la ET dentro de la consulta con el médico, psicólogo o educador par.
- La elaboración de la guía “Guía práctica de educación terapéutica dirigida al personal de salud para preparar y mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral”, que puede ser utilizado por cualquier profesional de salud, permite al médico delegar ciertos aspectos de la conserjería a otros profesionales de salud.
- Las fichas de la guía abordan las dificultades más comunes, pero el equipo multidisciplinario tiene que contemplar las particularidades de cada paciente.
- Cuando el inicio del TARV es urgente, el acompañamiento del paciente debe ser más frecuente y cuidar que no se sienta hostigado por la cantidad de información.

10. GIRA positiva (Grupo de integración, recreación y aprendizaje para adolescentes positivos), Colombia

Lugar: Clínica de VIH Pediátrico, Cali, Colombia

Profesionales de salud en el servicio: 12 personas

Financiamiento de la atención/TARV: Entidades prestadores de salud

N° de pacientes en TARV: 130

Financiamiento del estudio: Apoyo de la gerencia de la clínica, la industria farmacéutica, diversas entidades de la ciudad de Cali

Fecha de inicio/fin de la experiencia: 2006 continuando

Autor: Laura Juliana Valderrama Orbegozo

Antecedentes

La clínica de VIH pediátrico existe desde 1998 para brindar atención especializada para niños diagnosticados con VIH. Se observó que la adherencia al tratamiento está sujeta a múltiples

cambios que provienen no solo del ciclo vital, si no de todos los factores asociados a la enfermedad, a la persona y el contexto (social, económico, familiar, personal, académico), por lo cual la adherencia no es permanente, si no que puede fluctuar a través del tiempo, especialmente cuando los niños entran en la adolescencia. A lo largo de los años se ha observado que se requieren de intervenciones continuas y de un seguimiento permanente del paciente para lograr la adherencia.

Objetivos

Formación de un grupo de apoyo liderado por psicología para mayores de 9 años que conocen su diagnóstico:

- Brindar conocimientos y desarrollar habilidades y estrategias de afrontamiento para la vida.
- Generar espacios de integración, recreación y reflexión.

Principales actividades

- Sesiones de intervenciones una vez por mes los sábados en la mañana.
- Acompañamiento por psicólogos, y talleres con expertos invitados para fortalecer los aprendizajes y generar espacios de reflexión que lleven al cambio conductual.
- Visitas a parques y museos de la ciudad.
- Campamento de 3 días una vez al año para trabajar temáticas más profundas como la muerte, proyecto de vida etc.
- Evaluación periódica, junto con los adolescentes, de aspectos débiles a mejorar dentro del grupo desde lo estructural, hasta lo conceptual, así como las fortalezas que se están teniendo para reforzarlas.
- Desarrollo de actividades basadas en la promoción del liderazgo de los adolescentes que pertenecen al grupo, para promover el tema de VIH/SIDA en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados (campañas, obras de teatro, talleres).

Gráfico 10.1: Sinopsis de la experiencia



Resultados

- Mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes.
- Identificación con sus pares y creación de una red, sentido de pertenencia y lazos de amistad.
- Generación de estrategias para sobreponerse a las dificultades de adherencia: el apoyo del grupo ha sido fundamental para contribuir a mejorar la adherencia en niños con dificultades de adherencia.
- Detección de fallas en la adherencia en actividades grupales con pares que no se identificaban en consulta médica o psicológica.
- Desarrollo de liderazgo en los jóvenes donde estos apoyan otras actividades relacionadas con la adolescencia y el VIH a nivel nacional e internacional (participación en foros y congresos).
- El grupo de apoyo se ha convertido para los adolescentes en su espacio de crecimiento personal y de mejoramiento en aspectos biopsicosociales, en algunos casos siendo necesario un apoyo psicológico individual.

Lecciones aprendidas y desafíos

- Un acompañamiento continuo y constante es de suma importancia teniendo en cuenta que la adherencia no se mantiene en el tiempo.

- Para que exista una sostenibilidad es necesario la diversidad de temáticas y espacios y permitir que los adolescentes se sientan parte fundamental del grupo pudiendo participar activamente del diseño de sesiones y de creación de estrategias de mejoramiento.
- Más que brindar información, se requiere construir desde las necesidades de los adolescentes creando espacios de integración y reflexión como la etapa de la adolescencia se caracteriza por la identificación con otros.

RESUMEN DE LAS EXPERIENCIAS

Entre las 10 experiencias presentadas en este reporte muchas presentaron varias intervenciones simultáneas para promover la mejor adherencia. El siguiente cuadro muestra un resumen de algunas características e intervenciones propuestas en cada una.

Características e intervenciones

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estudio transversal					x	x			x	
Pacientes incluidos	2431	332	600	ND	1803	2650	ND	946	100	ND
Inicio de la experiencia	2007	2009	2006	2006	2008	2006	2009	2004	2006	2006
Intervención telefónica/correos	X					X		X		
Intervención farmacoterapéutica/DADER		X	X	X		X				
Educación terapéutica para la PVVS brindada por un profesional de salud	X		X			X		X	X	
Educación y evaluación por trabajo social, psicología o educadores	X		X			X		X	X	X
Talleres para PVVS incluyendo parejas, familiares y amigos						X		X		X
Educadores pares						X	X			X
Talleres regulares de capacitación para todos los profesionales de salud	X		X		X	X		X		
Taller de sensibilización para los profesionales de salud	X		X	X	X	X	X	X		
Discusión de casos específicos			X			X		X		

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Guías, folletos		X	X		X	X		X	X	
Utilización de sistemas de computación/ Creación de una base de datos	X		X			X		X		
Actividades recreacionales										X

Marcadores de adherencia utilizados

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Retiro puntual de medicamentos en la farmacia	X	X	X	X	X	X		X		
CD4, CV (y otros paraclínicos)	X	X	X					X	X	
Cambio de un medicamento de ARV, cambio de esquema		X							X	
Asistencia regular a controles								X	X	
Infecciones oportunistas		X						X	X	
Número de hospitalizaciones								X		
Observaciones personales por los entrevistadores	X							X	X	X

Resultados claves y lecciones aprendidas

- Intervenciones simples como identificar y llamar a los pacientes que no retiran la medicación a tiempo puede permitir identificar individuos que requieren una atención específica y evitar suspensiones reiteradas que se asocian a mayor carga viral, bajos conteos de CD4 y riesgo de emergencia de resistencia.
- Además, la recolección de los factores de riesgo de mala adherencia en formularios estandarizados y su posterior digitalización permite la identificación temprana de personas a mayor riesgo y evaluar el seguimiento, a la vez que implementar intervenciones en forma oportuna.
- Las intervenciones educativas son generalmente bien recibidas, tienen un impacto directo en la relación del individuo con su centro sanitario, y permiten identificar oportunidades de mejora de la toma del TARV, aunque pueden ser difíciles de sostener en centros grandes o sin presupuesto.
- Los servicios de atención farmacéutica donde se revisa la medicación que los pacientes reciben, se brinda información y se hacen recomendaciones específicas han demostrado que se pueden reducir los errores de prescripción, mejorar la habilidad de los pacientes para manejar los efectos adversos y motivar a los pacientes a no suspender los tratamientos.

- La inclusión de varias disciplinas (enfermería, farmacia, trabajo social, educadores, promotores, pares, familia) permite mejores resultados y reduce costos.
- Las actividades por medio de individuos de la comunidad afectada facilitan el contacto de poblaciones difíciles de alcanzar, y es una estrategia que debería ser promovida a nivel de los centros de atención a fin de disminuir el estigma y facilitar el acceso.
- Los grupos de apoyo son habitualmente bien aceptados, y han tenido una importancia fundamental en niños y adolescentes, incluso para detectar fallas en la adherencia que no se identificaban ni en la consulta médica o psicológica, logrando corregir errores y evitar resistencia a los medicamentos. En adolescentes, la promoción de actividades lúdicas grupales juegan un papel muy importante para la favorecer la socialización y favorecer la adherencia.
- Al evaluar estas intervenciones se debería intentar asociarlas con marcadores subrogantes de eficacia de tratamiento, como carga viral, CD4, morbilidad y hospitalizaciones.
- En la atención se debe fomentar la perspectiva de la salud como un derecho humano, y promover un enfoque inclusivo de todas las personas, ya que el estigma del personal de salud es una de las variables con mayor frecuencia.

Entre los desafíos identificados se mencionaron:

- La posibilidad de conflictos al intentar implementar programas de mejora de la adherencia debido a la falta de claridad en los roles y responsabilidades, sobrecarga de actividades, rechazo a trabajar en forma interdisciplinaria.
- Se necesitan fortalecer los sistemas de gestión y gerencia de los servicios, idealmente en base a indicadores de eficacia (como los indicadores de alerta temprana de la fármaco-resistencia propuestos por la OPS/OMS).
- Es fundamental promover las oportunidades de capacitación de recurso humano.
- La necesidad de identificar aquellas intervenciones que el estado o la institución pueden implementar y financiar en forma continua.

COMENTARIOS FINALES

La adherencia al tratamiento es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la enfermedad y 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 falta de adherencia es la principal causa de fracaso terapéutico. Se correlaciona con el aumento de los ingresos hospitalarios, una mala evolución clínica y aumento de la mortalidad. Desde una perspectiva de economía de la salud, la baja adherencia resulta también en un mayor uso de regímenes de tratamiento de segunda línea y de rescate, que son en general más caros que los regímenes iniciales. La potencial emergencia de virus resistentes en pacientes bajo tratamiento, y el riesgo de transmisión de estas cepas resistentes a otras personas representan algunas de las consecuencias de la falta de adherencia que mayor impactan en el costo de los programas de tratamiento.

En función de los múltiples factores que influyen en la calidad de vida y en la adherencia al TARV el trabajo en equipo es el modo más eficaz de asistir a PVVS. Es deseable que los programas nacionales de la Región promuevan la consolidación y capacitación de equipos interdisciplinarios conformados por médicos infectólogos, enfermeros, psicólogos, psiquiatras, farmacéuticos, trabajadores sociales, educadores y PVVS.

Antes de comenzar el TARV se debe preparar a todos los pacientes e identificar y corregir las causas que pueden limitar la adherencia al mismo. En los que no están preparados la identificación de estos pacientes permite proporcionar medidas proactivas de apoyo, o incluso demorar un poco el inicio del TARV si la situación clínica del paciente lo permite.

Por ello es recomendable detectar factores predictores de mala adherencia y prestar especial atención a esos pacientes implementando mecanismos específicos y estándares. Esta tarea debe estar a cargo de profesionales sanitarios con experiencia en el manejo de pacientes con infección VIH, conocimiento exhaustivo sobre farmacoterapia del TARV 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 TARV.

Es altamente recomendable facilitar desde los programas nacionales de América Latina y el Caribe que en cada centro asistencial y de entrega de fármacos ARV se disponga de información, rutinaria y computarizada, respecto a demoras en el retiro de medicación, ausencias a consultas médicas y datos de laboratorio que permitan un seguimiento longitudinal de los pacientes. Disponer de un sistema informático que origine un listado de alerta de pacientes que se demoran en retirar su medicación y de agentes de salud debidamente capacitados para contactarlos telefónicamente, brinda la oportunidad de adelantarse a la consulta médica programada para sostener la adherencia al TARV. Los hallazgos en uno de los trabajos presentados proporcionan evidencia de mejora en la adherencia al TARV a largo plazo con esta intervención.

El monitoreo de la adherencia y las dificultades para sostenerla deben formar parte del seguimiento rutinario del paciente. Debe procurarse un acceso fácil para el paciente al equipo asistencial (médicos, farmacéuticos, profesionales de enfermería, PVVS capacitadas, educadores, psicólogos y psiquiatras) para resolver las dudas y problemas que presente a lo largo del tratamiento. El monitoreo de la adherencia no debe utilizarse para explicar un fracaso o el desarrollo de resistencias, sino para prevenir que éstos se produzcan mediante la detección precoz de los problemas e implementar rápidamente medidas correctoras.

En el monitoreo de la adherencia tiene vigencia la recomendación de combinar varios métodos para obtener información de la situación real con la mayor exactitud posible. En el seguimiento de la adherencia, deben utilizarse métodos factibles, adaptados a la realidad de cada centro asistencial y lo más universalmente aplicables. Puede considerarse un mínimo aceptable la asociación de un cuestionario validado y el registro de retiro de farmacia en forma periódica.

En la publicación de la OMS del año 2009 *“HIV testing, treatment and prevention. Generic tools for operational research”* se expone un instrumento (*“The Adherence Module of the Client Instrument”*) que ha sido diseñado para facilitar la investigación operativa en adherencia al TARV, a fin de informar a los programas y mejorar las prestaciones⁵⁸ que puede adaptarse y validarse en la comunidad donde vaya a servirse de él para contar con información válida y confiable.

En los pacientes en los que no se alcancen niveles de adherencia considerados adecuados, se deben intentar estrategias de intervención acorde a las causas de mala adherencia. Según las raíces del problema pueden implementarse intervenciones basadas en aspectos psicoeducativos y de asesoramiento personal, en intervenciones farmacoterapéuticas, con capacidad para adaptar el esquema del tratamiento antirretroviral a los hábitos de vida del paciente y proporcionando estrategias de resolución de problemas. Si se detectan problemas psicológicos, trastornos psiquiátricos o psicosociales, las intervenciones no deberán ser tan sólo educacionales sino centradas en mejorar el estado emocional del paciente y proporcionar apoyo social. Deberán ser llevadas a cabo por profesionales especializados en las áreas en cuestión.

El tratamiento directamente observado (TDO) no puede recomendarse de forma generalizada. Sin embargo, puede tener interés y ser efectivo en pacientes con situaciones especiales (reclusos, marginación social extrema, trastornos cognitivos severos o demencia asociada al SIDA y usuarios de drogas en programas de recuperación).

Las nuevas tecnologías, como mensajes de texto (SMS), correo electrónico e internet, están brindando a los agentes de salud una oportunidad de comunicación adicional con los pacientes. Existe evidencia de la eficacia del uso de SMS en intervenciones para mejorar la adherencia¹⁴⁴. Son necesarios más estudios de investigación empleando nuevas tecnologías de comunicación en intervenciones sobre la adherencia para poder determinar la aceptabilidad, viabilidad y eficacia en diferentes contextos socioculturales. Puntos críticos en el empleo de nuevas tecnologías son el resguardo de la confidencialidad y el riesgo de despersonalización de la práctica médica.

Existe la necesidad de estandarización y mayor rigor metodológico en la realización de ensayos clínicos controlados aleatorizados y estudios de cohorte sobre adherencia al TARV¹²⁹. Los ECCA y metanálisis permiten a los profesionales de atención de salud tomar decisiones basadas

en pruebas. El cuidado estándar puede variar ampliamente en distintos centros de atención. Es importante que en los estudios de investigación se consigne de manera sistemática las características del cuidado habitual en el grupo control. Metanálisis no controlados respecto al cuidado estándar pueden subestimar o sobreestimar los resultados de una intervención¹²⁶.

Las intervenciones para sostener la adherencia deben ser multidisciplinarias, teniendo en cuenta la mejor evidencia científica disponible en la actualidad y las necesidades, expectativas, preferencias y preocupaciones del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud; 2004. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>.
2. Haynes RB. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1979.
3. Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. American Journal of Cardiology, 1993, 72:68D-74D.
4. Documento de consenso de Gesida y PNS sobre el tratamiento antirretroviral del adulto (enero 2010). Disponible en: http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/gesidadcyrc2010_DocconsensoTARGESIDA-PNS-verpc.pdf.
5. Knobel H, Polo R, Escobar I, (Coordinadores). Recomendaciones Gesida / SEFH / PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral (Actualización junio de 2008). Disponible en: http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/Gesida_dcyrc2008_adherenciaTAR.pdf (Acceso 8.12.09).
6. Ho DD et al. Rapid turnover of plasma virions and CD4 lymphocytes in HIV-1 infection. Nature, 1995, 373:123–126.
7. Perelson AS et al. HIV-1 dynamics in vivo: virion clearance rate, infected cell life-span, and viral generation time. Science, 1996, 271:1582–1586.
8. Wood E, Hogg RS, Yip B, Harrigan PR, O'Shaughnessy MV, Montaner JS. The impact of adherence on CD4 cell count responses among HIV-infected patients. J Acquir Immune Defic Syndr 2004; 35(3):261-268.
9. Garcia de Olalla P, Knobel H, Carmona A, Guelar A, Lopez-Colomes JL, Cayla JA. Impact of adherence and highly active antiretroviral therapy on survival in HIV-infected patients. J Acquir Immune Defic Syndr 2002; 30(1):105-110.
10. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. Ann Intern Med 2000; 133(1):21-30.
11. Bangsberg DR. Less than 95% adherence to nonnucleoside reverse-transcriptase inhibitor therapy can lead to viral suppression. Clin Infect Dis 2006; 43(7):939-941.
12. Maggiolo F, Ravasio L, Ripamonti D, Gregis G, Quinzan G, Arici C et al. Similar adherence rates favor different virologic outcomes for patients treated with nonnucleoside analogues or protease inhibitors. Clin Infect Dis 2005; 40(1):158-163.
13. Knobel H, Urbina O, Gonzalez A, Sorli ML, Montero M, Carmona A et al. Impact of different patterns of nonadherence on the outcome of highly active antiretroviral therapy in patients with long-term follow-up. HIV Med 2009; 10(6):364-369.
14. Bedell SE et al. Discrepancies in the use of medications: their extent and predictors in an outpatient practice. Archives of Internal Medicine, 2000, 160:2129–2134.
15. Lerner BH, Gulick RM, Dubler NN. Rethinking nonadherence: historical perspectives on triple-drug therapy for HIV disease. Annals of Internal Medicine, 1998, 129:573–578.
16. Stephenson BJ et al. Is this patient taking the treatment as prescribed? Journal of the American Medical Association, 1993, 269:2779–2781.

17. Muñoz-Moreno JA, Fumaz CR, Ferrer MJ, Tuldrà A, Rovira T, Viladrich C, Bayés R, Burger DM, Negredo E, Clotet B and The SERAD validation team. Assessing self-reported adherence to HIV therapy by questionnaire: The SERAD (self-reported adherence) study. *Aids Research and human retroviruses* 2007; 23 (10):1166-75.
18. Wiener L, Riekert K, Ryder C, Wood LV. Assessing medication adherence in adolescents with HIV when electronic monitoring is not feasible. *AIDS Patient Care STDS*. 2004; 18 (9):527-38.
19. Nieuwkerk PT, Oort FJ. Self-reported adherence to antiretroviral therapy for HIV-1 infection and virologic treatment response: a meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005; 38 (4):445-8.
20. Boden D et al. HIV-1 drug resistance in newly infected individuals. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1135–1141.
21. Hecht FM et al. Sexual transmission of an HIV-1 variant resistant to multiple reverse-transcriptase and protease inhibitors. *New England Journal of Medicine*, 1998, 339:307–311.
22. Little SJ et al. Reduced antiretroviral drug susceptibility among patients with primary HIV infection. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1142–1149.
23. Little SJ et al. Antiretroviral drug susceptibility and response to initial therapy among recently HIV-infected subjects in North America. En: *Program and Abstracts of the 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*. Alexandria, VA, Foundation for Retrovirology and Human Health, 2001:273.
24. Parienti JJ, Das-Douglas M, Massari V, Guzman D, Deeks SG, Verdon R et al. Not all missed doses are the same: sustained NNRTI treatment interruptions predict HIV rebound at low-to moderate adherence levels. *PLoS ONE* 2008; 3(7):e2783.
25. Bangsberg DR, Kroetz DL, Deeks SG. Adherence-resistance relationships to combination HIV antiretroviral therapy. *Curr HIV/AIDS Rep* 2007; 4(2):65-72.
26. Maggiolo F, Airolidi M, Kleinloog HD, Callegaro A, Ravasio V, Arici C et al. Effect of adherence to HAART on virologic outcome and on the selection of resistance-conferring mutations in N. HIV *Clin Trials* 2007; 8(5):282-292.
27. Argimon Pallas JM, Jiménez Villa J, Validación de cuestionarios. *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica*. 2nd ed. Madrid: Harcourt 2000; 167-75.
28. Nunnally JC, Bernstein IH., 3.a ed. Nueva York, McGraw-Hill, 1994.
29. Knobel H. Cómo y por qué debe monitorizarse la adherencia al tratamiento antirretroviral en la actualidad. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 20 (10):481-3.
30. Farmer KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutics*, 1999, 21:1074-1090.
31. Nieuwkerk PT, Oort FJ. Self-reported adherence to antiretroviral therapy for HIV-1 infection and virologic treatment response: a meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005; 38 (4):445-8.
32. Murri R, Antinori A, Ammassari A, Nappa S, Orofino G, Abrescia N, et al. AdICoNA Study Group. Physician estimates of adherence and the patient-physician relationship as a setting to improve adherence to Antiretroviral Therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002.31 Suppl 3:S158-62.
33. Bangsberg DR, Hecht FM, Clague H, Charlebois ED, Ciccarone D, Chesney M, et al. Provider assessment of Adherence to HIV Antiretroviral therapy. *J Acquir Def Synd* 2001; 26 (5):435-42.

34. 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):1-11.
35. Giordano TP, Guzman D, Clark R, Charlebois ED, Bangsberg DR. Measuring adherence to antiretroviral therapy in a diverse population using a visual analogue scale. *HIV Clin Trials*. 2004; 5 (2):74-9.
36. Badia X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en salud. 3° ed. Barcelona: Edimac; 2002.
37. Duong M, Piroth L, Peytavin G, Forte F, Kohli E, Grappin M, et al . Value of patient self-report and plasma human immunodeficiency virus protease inhibitor level as markers of adherence to antiretroviral therapy: relationship to virologic response. *Clin Infect Dis* 2001; 33 (3):386-92.
38. Howard AA, Arnsten JH, Lo Y, Vlahov D, Rich JD, Schuman P, et al. A prospective study of adherence and viral load in a large multi-center cohort of HIV-infected women. *AIDS* 2002; 16 (16):2175-82.
39. Turner BJ. Adherence to antiretroviral therapy by human immunodeficiency virus-infected patients. *J Infect Dis*. 2002; 15; 185 Suppl 2:S143-51.
40. Codina C, Martínez M, Tuset M, Del Cacho E, Martín MT, Miró JM, et al. Comparación de tres métodos de cálculo de adherencia en pacientes con tratamiento antirretroviral. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 20 (10):484-90.
41. Martín J, Escobar I, Rubio R, Sabugal G, Cascón J, Pulido F. Study of validity of a questionnaire to assess the adherence to therapy in patients infected by HIV. *HIV Clinical Trials* 2001;2(1):31-37.
42. Levine AJ, Hinkin CH, Marion S, Keuning A, Castellon SA, Lam MM, et al. Health Psychol. Adherence to antiretroviral medications in HIV: differences in data collected via self-report and electronic monitoring. 2006; 25 (3):329-35.
43. Gao X, Nau DP. Congruence of three self-report measures of medications adherence among HIV patients. *Ann Pharmacother* 2000; 34 (10):1117-22.
44. Csajka C, Marzolini C, Fattinger K, Décosterd LA, Fellay J, Telenti A, et al. Population pharmacokinetics and effects of efavirenz in patients with human immunodeficiency virus infection. *Clin Pharmacol Ther* 2003; 73 (1):20-30.
45. Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, Gonzalez J, Ruiz I, et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS* 2002; 16 (4):605-13.
46. Arnsten JH, Demas PA, Farzadegan H, Grant RW, Gourevitch MN, Chang CJ, et al. Antiretroviral therapy adherence and viral suppression in HIV-infected drug users: comparison of self-report and electronic monitoring. *Clin Infect Dis* 2001 Oct 15; 33 (8):1417-23.
47. Hugen PW, Langebeek N, Burger DM, Zomer B, Van Leusen R, Schuurman R, et al. Assessment of Adherence to HIV Protease Inhibitors: Comparison and Combination of Various Methods, Including MEMS (Electronic Monitoring), Patient and Nurse Report, and Therapeutic Drug Monitoring. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 30 (3):324-34.
48. 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 (9):1010-5.
49. García B. Medición de la adherencia al tratamiento antiretroviral. En: Codina C, Delgado O. Jornadas de adherencia de los pacientes con VIH al tratamiento antirretroviral. Ed. SEFH-GlaxoSmith-Kline (2001).

50. Liu H, Golin CE, Miller LG, Hays RD, Beck CK, Sanandaji S, et al. A comparison study of multiple measures of adherence to HIV protease inhibitors. *Ann Intern Med* 2001; 134 (10):968-77.
51. Miller LG, Hays RD. Measuring adherence to antiretroviral medications in clinical trials. *HIV Clin Trials* 2000; 1 (1):36-46.
52. Puigventos F, Riera M, Delibes C, Peñaranda M, De la Fuente L, Boronat A. Estudios de adherencia a los fármacos antirretrovirales. Una revisión sistemática. *Med Clin (Barc)* 2002; 119 (4):130-7.
53. Pérez-Simón MR, Cuevas MJ, Ortega L, Carro JA, Mostaza JL, Martín V. Valoración de la adherencia al tratamiento antirretroviral: papel de la determinación de la concentración plasmática de los fármacos no análogos de nucleósidos. *Med Clin (Barc)* 2003; 120 (18):701-3.
54. Murri R, Ammassari A, Gallicano K, De Luca A, Cingolani A, Jacobson D, et al. Patient-reported nonadherence to HAART is related to protease inhibitor levels. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000; 24 (2):123-8.
55. 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 (4):387-98.
56. Gross R, Yip B, Lo Re V 3rd, Wood E, Alexander CS, Harrigan PR, et al. A simple, dynamic measure of antiretroviral therapy adherence predicts failure to maintain HIV-1 suppression. *J Infect Dis* 2006; 194:1108-1114.
57. Cuevas González MJ, Ortega-Valín L, Pérez-Simón MD, Mostaza Fernández JL, Alcoba Leza M, Martín -Sánchez V-A Prospective Study of Adherence and Virologic Failure in HIV-Infected Patients: Role of a Single Determination of Plasma Levels of Antiretroviral Medications. *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic Ill)*. 2007; 6 (4):245-50.
58. WHO (2009). HIV testing, treatment and prevention. Generic tools for operational research. Geneva: World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/hiv/pub/operational/generic/en/index.html>.
59. Ruiz Perez I, Olry de Labry Lima A, Lopez Ruz MA, del Arco Jimenez A, Rodriguez Bano J, Causse Prados M, Pasquau Liano J, Martin Rico P, Prada Pardal JL, de la Torre Lima J, Lopez Gomez M, Marcos M, Muñoz N, Morales D, Muñoz I. Clinical status, adherence to HAART and quality of life in HIV-infected patients receiving antiretroviral treatment. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005; 23 (10): 581-5.
60. Inciardi JF, Leeds AL. Assessing the utility of a community pharmacy refill record as a measure of adherence and viral load response in patients infected with human immunodeficiency virus. *Pharmacotherapy* 2005; 25 (6):790-6.
61. French T, Weiss L, Waters M, Tesoriero J, Finkelstein R, Agins B. Correlation of a brief perceived stress measure with nonadherence to antiretroviral therapy over time. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005 15; 38 (5):590-7.
62. Yun LW, Maravi M, Kobayashi JS, Barton PL, Davidson AJ. Antidepressant treatment improves adherence to antiretroviral therapy among depressed HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005; 38 (4):432-8.
63. Bottonari KA, Roberts JE, Ciesla JA, Hewitt RG. Life stress and adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive individuals: a preliminary investigation. *AIDS Patient Care STDS* 2005; 19 (11): 719-27.
64. Navarro G, Bernaus M, Segura F, Fernández L. Adherencia al tratamiento antirretroviral. Estudio de prevalencia en un hospital general. *Enf Infecc Microbiol Clin* 2003; 21(6):321-6.

65. Phillips KD, Moneyham L, Murdaugh C, Boyd MR, Tavakoli A, Jackson K, Vyavaharkar M. Sleep disturbance and depression as barriers to adherence. *Clin Nurs Res* 2005; 14 (3): 273-93.
66. Samet JH, Horton NJ, Meli S, Dukes K, Tripps T, Sullivan L, Freedberg KA. A randomized controlled trial to enhance antiretroviral therapy adherence in patients with a history of alcohol problems. *Antivir Ther.* 2005; 10 (1):83-93.
67. Ammassari A, Murri R, Pezzotti P, Trotta MP, Ravasio L, De Longis, P, et al. Self-reported symptoms and medications side effects influence adherence to highly active antiretroviral therapy in persons with HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001; 28:445-449.
68. Kleeberger CA, Phair JP, Strathdee SA, Detels R, Kingsley L, Jacobson LP. Determinants of heterogeneous adherence to HIV-antiretroviral therapies in the multicenter AIDS cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001; 26 (1):82-92.
69. Chesney MA, Ickovics JR, Chambers DB, Gifford AL, Neidig J, Zwickl B, et al. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the AACTG Adherence Instrument. *AIDS Care* 2000;12 (3):255-66.
70. Eldred LJ, Wu AW, Chaisson RE, Moore RD. Adherence to antiretroviral and Pneumocystis prophylaxis in HIV disease. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1998;18 (2):117-25.
71. Mostashari F, Riley E, Selwyn PA, Altice SL. Acceptance and adherence with antiretroviral therapy among HIV-infected women in a correctional facility. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998;18: 341-8.
72. Moralejo L, Ines S, Marcos M, Fuertes A, Luna G. Factors influencing adherence to highly active antirretroviral therapy in Spain. *Curr HIV Res* 2006;4 (2): 221-7.
73. Martín-Sánchez V, Ortega-Valín L, Pérez-Simón MR, Mostaza-Fernández JL, Ortiz de Urbina-González JJ, Rodríguez Marín M, y col. Factores predictores de no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002;20 (10):491-7.
74. Altice FL, Mostashari F, Friedland GH. Trust and acceptance of and adherence to antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001; 28 (1):47-58.
75. Catz SL, Kelly JA, Bogart LM, Benotsch EG, McAuliffe TL . Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. *Health Psychol* 2000; 19 (2):124-33.
76. Ahdieh-Grant L, Tarwater PM, Schneider MF, Anastos K, Cohen M, Khalsa A, et al. Factors and temporal trends associated with highly active antiretroviral therapy discontinuation in the Women's Interagency HIV Study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005; 38 (4):500-3.
77. Carrieri MP, Leport C, Protopopescu C, Cassuto JP, Bouvet E, Peyramond D et al. Factors associated with nonadherence to highly active antiretroviral therapy. A 5-year follow-up analysis with correction for the bias induced by missing data in the treatment maintenance phase. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; 41 (4):477-85.
78. Cook JA, Grey D, Burke-Miller J, Cohen MH, Anastos K, Gandhi M, Richardson J, Wilson T, Young M. Effects of treated and untreated depressive symptoms on highly active antiretroviral therapy use in a US multi-site cohort of HIV-positive women. *AIDS Care* 2006;18 (2):93-100.
79. Lima VD, Geller J, Bangsberg DR, Patterson TL, Daniel M, Kerr T, Montaner JS, Hogg RS. The effect of adherence on the association between depressive symptoms and mortality among HIV-infected individuals first initiating HAART. *AIDS* 2007;21 (9):1175-83.

80. Ammassari A, Antinori A, Aloisi MS, Trotta MP, Murri R, Bartola L et al. Depressive symptoms, neurocognitive impairment, and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected persons. *Psychosomatics* 2004;45 (5):394-402.
81. Malta M, Strathdee SA, Magnanini MM, Bastos FI. Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: A systematic review. *Addiction* 2008;103:1242–1257.
82. Moatti JP, Carrieri MP, Spire B, Gastaut JA, Cassuto JP, Moreau J . Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. *AIDS* 2000;14 (2):151–5.
83. Haubrich RH, Little SJ, Currier JS, Forthal DN, Kemper CA, Beall GN , et al. The value of patient reported adherence to antiretroviral therapy in predicting virologic and immunologic response. *AIDS* 1999;13 (9):1099–107.
84. Aloisi MS, Arici C, Balzano R, Noto P, Piscopo R, Filice G, et al. . Behavioural correlates of adherence to antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;31 Suppl 3:S145-8.
85. Bouhnik AD, Chesney M, Carrieri P, Gallais H, Moreau J, Moatti JP, et al. . Nonadherence among HIV-infected injecting drug users: the impact of social instability. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;31 Suppl 3:S149-53.
86. Holmes WC, Bilker WB, Wang H, Chapman J, Gross R. HIV/AIDS-specific quality of life and adherence to antiretroviral therapy over time. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007;46 (3):323-7.
87. Lazo M, Gange SJ, Wilson TE, Anastos K , Ostrow DG, Witt MD et al. Patterns and predictors of changes in adherence to highly active antiretroviral therapy: longitudinal study of men and women. *Clin Infect Dis* 2007;45 (10):1377-85.
88. Escobar I, Campo M, Martin J, Fernandez-Shaw C, Pulido F, Rubio R. Factors affecting patient adherence to highly active antiretroviral therapy. *Ann Pharmacother*. 2003; 37 (6):775-81.
89. Gao X et al. The relationship of disease severity, health beliefs and medication adherence among HIV patients. *AIDS Care*, 2000, 12:387–398.
90. Duran S, Spire B, Raffi F, Walter V, Bouhour D, Journout V, et al. Self-reported symptoms after initiation of a protease inhibitor in HIV-infected patients and their impact on adherence to HAART. *HIV Clin Trials* 2001; 2 (1):38-45.
91. Glass TR, De Geest S, Weber R, Vernazza PL, Rickenbach M, Furrer H et al. Correlates of self-reported nonadherence to antiretroviral therapy in HIV-infected patients. The Swiss HIV cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; 41 (3):385-92.
92. Mannheimer SB, Matts J, Telzak E, Chesney M, Child C, Wu AW. Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence. *AIDS Care* 2005; 17 (1):10-22.
93. Carballo E, Cadarso-Suárez C, Carrera I, Fraga J, de la Fuente J, Ocampo A et al. Assessing relationships between health-related quality of life and adherence to antiretroviral therapy. *Qual Life Res* 2004;13 (3):587-99.
94. Metha S, Moore RD, Graham NM. Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS* 1997; 11:1665-70.
95. Parruti G, Manzoli L, Marani Toro P, D'amico G, Rotolo S, Graziani V, et al. Long-Term Adherence to First-Line Highly Active Antiretroviral Therapy in a Hospital-Based Cohort: Predictors and Impact on Virologic Response and Relapse. *AIDS Patient Care and STDS* 2006;20 (1):48-56.

96. Balestra P, Zaccarelli M, Tozzi V, Galgani S, Sebastiani G, Narciso P. Increasing compliance to HIV treatments in the era of protease inhibitors [resumen]. Hamburgo, 6th European Conference on Clinical Aspects and Treatment of HIV-Infection, 1997.
97. 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 Suppl 3:S128-31.
98. 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 (2):124-31.
99. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther*. 2001;23 (8):1296-310.
100. Grimes RM, Lal L, Lewis ST. Frequency and medical history items, drug interactions, and lifestyle characteristics that may interfere with antiretroviral medications. *HIV Clin Trials* 2002;3 (2):161-7.
101. Carrieri MP, Leport C, Protopopescu C, Cassuto JP, Bouvet E, Peyramond D et al. Factors associated with nonadherence to highly active antiretroviral therapy. A 5-year follow-up analysis with correction for the bias induced by missing data in the treatment maintenance phase. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;41 (4):477-85.
102. Pérez G, Morer A, Martín-Santos R. El efecto placebo. *JANO* 2003; VOL. LIX N.º 1.459.
103. Moerman DE, Jonas WB. Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response. *Ann Intern Med*. 2002;52:332-42.
104. Nies AS. Principles of therapeutics. En: Hardman JG, Limbird LE, Gilman AG, editores. Goodman & Gilman's. *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 10.^a ed. New York: McGraw-Hill; 2001. p. 56.
105. Brown JB, et al. The first component: exploring both the disease and the illness experience. En: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWinninney R, Mc William CL, Freeman TR, editores. *Patient-centered Medicine. Transforming the Clinical Method*. 2.^a ed. Abingdon: Radcliffe Med Press; 2003. p. 3-52.
106. Ammassari A, Murri R, Pezzotti P, Trotta MP, Ravasio L, De Longis, P, et al. Self-reported symptoms and medications side effects influence adherence to highly active antiretroviral therapy in persons with HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001;28 (5):445-9.
107. Duran S, Savès M, Spire B, Cilleton V, Sobel A, Carrieri P, et al. Failure to maintain long-term adherence to highly active antiretroviral therapy: the role of lipodystrophy. *AIDS* 2001;15 (8):2441-4.
108. Södergard B, Halvarsson M, Tully MP, Mindouri S, Nordström M, Lindbäck S et al. Adherence to treatment in Swedish HIV-infected patients. *J Clin Pharm Ther* 2006;31 (6):605-16.
109. Schneider J, Kaplan SH, Greenfield S, Li W, Wilson IB. Better physician-patient relationships are associated with higher reported adherence to antirretroviral therapy in patients with HIV infection. *J Gen Intern Med* 2004;19 (11):1096-103.
110. Ickovics JR, Meade CS. Adherence to antiretroviral therapy among patients with HIV: a critical link between behavioural and biomedical sciences. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;31:S98-S102.
111. Knobel, H., Carmona, A., Lopez, J. L., Gimeno, J. L., Saballs, P., Gonzalez, A., et al. (1999). Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad: Impacto de una intervencion de asesamiento individualizado. *Enfermedades Infecciosas Microbiologica y Clinica*, 17, 78-81.

112. Andrade, S. A., McGruder, H. F., Wu, A. W., Celano, S. A., Skolasky, R. L., Selnes, O. A., et al. (2005). A programmable prompting device improves adherence to highly active antiretroviral therapy in HIV-infected subjects with memory impairment. *Clinical Infectious Diseases*, 41, 875–882.
113. Bruin, M., Hospers, H. J., van den Borne, H. W., Kok, G., & Prins, J. M. (2005). Theory- and evidence-based intervention to improve adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected patients in the Netherlands: A pilot study. *AIDS Patient Care and STDs*, 19, 384–394.
114. Dilorio, C., Resnicow, K., McDonell, M., Soet, J., McCarthy, F., & Yeager, K. (2003). Using motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications: A pilot study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 14, 52–65.
115. Fairley, C. K., Levy, R., Rayner, C. R., Allardice, K., Costello, K., Thomas, C., et al. (2003). Randomized trial of an adherence programme for clients with HIV. *International Journal of STD & AIDS*, 14, 805–809.
116. Goujard, C., Bernard, N., Sohier, N., Peyramond, D., Lanc, on, F., Chwalow, J., et al. (2003). Impact of a patient education program on adherence to HIV medication: A randomized clinical trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 34, 191–194.
117. Holzemer, W. L., Bakken, S., Portillo, C. J., Grimes, R., Welch, J., Wantland, D., et al. (2006). Testing a nurse-tailored HIV medication adherence intervention. *Nursing Research*, 55, 189–197.
118. Levy, R. W., Rayner, C. R., Fairley, C. K., Kong, D. C. M., Mijch, A., Costello, K., et al. (2004). Multidisciplinary HIV adherence intervention: A randomized study. *AIDS Patient Care and STDs*, 18, 728–735.
119. Pradier, C., Bentz, L., Spire, B., Tourette-Turgis, C., Morin, M., Souville, M., et al. (2003). Efficacy of an educational and counselling intervention on adherence to highly active antiretroviral therapy: French prospective controlled study. *HIV Clinical Trials*, 4, 121–131.
120. Rathbun, R. C., Farmer, K. C., Stephens, J. R., & Lockhart, S. M. (2005). Impact of an adherence clinic on behavioral outcomes and virologic response in the treatment of HIV infection: A prospective, randomized, controlled pilot study. *Clinical Therapeutics*, 27, 199–209.
121. Remien, R. H., Stirratt, M. J., Dolezal, C., Dognin, J. S., Wagner, G. J., Carballo-Diequez, A., et al. (2005). Couple-focused support to improve HIV medication adherence: A randomized controlled trial. *AIDS*, 19, 807–814.
122. Tuldra, A., Fumaz, C. R., Ferrer, M. J., Bayes, R., Arno ´, A., Balague ´, M., et al. (2000). Two-arm controlled study to determine the efficacy of a specific intervention to improve long-term adherence to highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 25, 221–228.
123. Van Servellen, G., Nyamathi, A., Carpio, F., Pearce, D., Garcia-Teague, L., Herrera, G., et al. (2005). Effects of a treatment adherence enhancement program on health literacy, patient-provider relationships, and adherence to HAART among low-income HIV-positive Spanish speaking Latinos. *AIDS Patient Care and STDs*, 19, 745–759.
124. Wagner, G. J., Kanouse, D. E., Golinelli, D., Miller, L. G., Daar, E. S., Witt, M. D., et al. (2006). Cognitive– behavioral intervention to enhance adherence to antiretroviral therapy: A randomized controlled trial. *AIDS*, 20, 1295–1302.
125. Wohl, A. R., Garland, W. H., Valencia, R., Squires, K., Witt, M. D., Kovacs, A., et al. (2006). A randomized trial of directly administered antiretroviral therapy and adherence case management intervention. *Clinical Infectious Diseases*, 42, 1619–1627.

126. De Bruin M, Viechtbauer W, Hospers HJ, Schaalma HP, Kok G. Standard Care Quality Determines Treatment Outcomes in Control Groups of HAART-Adherence Intervention Studies: Implications for the Interpretation and Comparison of Intervention Effects. *Health Psychology*. 2009, Vol. 28, No. 6, 668–674.
127. 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.
128. Golin CE, Earp J, Tien HC, Stewart P, Porter C, Howie L. A 2-arm, randomized, controlled trial of a motivational interviewing-based intervention to improve adherence to antiretroviral therapy (ART) among patients failing or initiating ART. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; 42(1):42-51.
129. Rueda S, Park-Wyllie LY, Bayoumi AM, Tynan AM, Antoniou TA, Rourke SB 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.
130. Wohl AR, Garland WH, Valencia R, Squires K, Witt MD, Kovacs A et al. A randomized trial of directly administered antiretroviral therapy and adherence case management intervention. *Clin Infect Dis* 2006; 42(11):1619-1627.
131. Gross R, Tierney C, Andrade A, Lalama C, Rosenkranz S, Eshleman SH et al. Modified directly observed antiretroviral therapy compared with self-administered therapy in treatment-naïve HIV-1-infected patients: a randomized trial. *Arch Intern Med* 2009; 169(13):1224-1232.
132. 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(4):683-688.
133. The real digital divide. *The Economist* 10 March 2005.
134. Kaplan WA. Can the ubiquitous power of mobile phones be used to improve health outcomes in developing countries? *Global Health* 2006; 2:9.
135. Downer SR, Meara JG, Da Costa AC. Use of SMS text messaging to improve outpatient attendance. *Med J Aust* 2005; 183:366–368.
136. Vidrine DJ, Arduino RC, Lazev AB, Gritz ER. A randomized trial of a proactive cellular telephone intervention for smokers living with HIV/AIDS. *AIDS* 2006; 20:253–260.
137. Testing the use of SMS reminders in the treatment of tuberculosis in Cape Town, South Africa. 29 March 2005. Available at: www.bridges.org. Accessed: September 2006.
138. Collier AC, Ribaudo H, Mukherjee AL, Feinberg J, Fischl MA, Chesney M. A randomized study of serial telephone call support to increase adherence and thereby improve virologic outcome in persons initiating antiretroviral therapy. *J Infect Dis* 2005; 192:1398–1406.
139. Lim M, Hocking JS, Hellard ME, et al. SMS STI: A review of the uses of mobile phone text messaging in sexual health. *Int J STD AIDS* 2008; 19:287–290.
140. Fjeldsoe BS, Miller YD, Marshall AL. MobileMums: A randomized controlled trial of an SMS-based physical activity intervention. *Ann Behav Med* 2010; 39:101–111.
141. Strandbygaard U, Thomsen SF, Backer V. A daily SMS reminder increases adherence to asthma treatment: A three-month follow-up study. *Respiratory Medicine* 2010; 104:166-171.

142. Armstrong AW, Watson, AJ, Makredes M, Frangos JE, et al. Text-Message Reminders to Improve Sunscreen Use: A Randomized, Controlled Trial Using Electronic Monitoring. *Archives of Dermatology* 2009; 145(11):1230-1236.
143. Conselleria de Salut i Consum en el Plan de Salut 2003-2007, Illes Balear, España. Estudio VIH-SMS. Estudio comparativo, aleatorizado del efecto de los mensajes SMS en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH. Disponible en: <http://www.elcomprimido.com/PDF/Infome%20VIH-SMS%20elcomprimido.pdf>.
144. Lester RT, Ritvo P, Mills EJ, Kariri A et al. Effects of a mobile phone short message service on anti-retroviral treatment adherence in Kenya (WelTel Kenya1): a randomised trial. *The Lancet* 2010; 376(9755):1838-1845.
145. Llibre JM. Domingo P. del Pozo MA. Miralles C. Galindo MJ. Viciano I. Moreno S. Schapiro JM. Clotet B. Long-distance interactive expert advice in highly treatment-experienced HIV-infected patients. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 61(1):206-9, 2008.

ISBN 978-92-75-33217-7



9 789275 332177