

Adherencia al tratamiento TBC/VIH. Papel del Clínico

H Knobel

Servicio Medicina Interna-Infeciosas. Hospital del Mar. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Desde la época hipocrática es conocido que no todos los pacientes cumplen con las recomendaciones de su médico. Una característica que comparten la tuberculosis y la infección VIH es que el cumplimiento incorrecto es el factor más importante de fracaso terapéutico, se desarrollan resistencias y si es importante desde el punto de vista individual es de una gran trascendencia para la comunidad por la posibilidad de transmisión de cepas con multirresistencia.

La incidencia y prevalencia de incumplimiento en estas infecciones es difícil de cuantificar, se han dado porcentajes de incumplimiento que varían del 89% al 5%; el problema es que no existe un método universalmente aceptado para evaluar el cumplimiento, varía según la población estudiada, los fármacos empleados y el tiempo de seguimiento, incluso en profilaxis con isoniacida se ha descrito incumplimiento en el 53% de los pacientes.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA

Los factores asociados a la adherencia pueden atribuirse al individuo, a la enfermedad, al tratamiento o al equipo asistencial.

A) *Individuo*. Las características demográficas (edad, sexo, raza, estudios, ocupación), así como el nivel cultural y la situación económica, no son factores predictores del nivel de adherencia de un individuo. Los factores psicológicos influyen en el cumplimiento, la ansiedad, la depresión, el alcoholismo empeoran la adherencia. Las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial son factores a tener en cuenta. La situación en indigentes, marginados y usuarios de drogas, es extraordinariamente compleja; en estudios transversales realizados en adictos activos, el 49-60% no recibían ningún tratamiento antirretroviral y sólo el 14-

17% recibían tratamiento de gran actividad. En cuanto a tuberculosis en población marginal se ha descrito que sólo el 11% completaba el tratamiento.

- B) *Enfermedad*. La infección por el VIH puede cursar de forma asintomática o sintomática y la aceptación y adherencia al tratamiento pueden ser diferentes en cada una de estas fases. El mal pronóstico que presenta la enfermedad en ausencia de tratamiento puede ser de ayuda para comprender la necesidad del mismo. Es conocido que muchos pacientes con tuberculosis dejan la medicación en ausencia de síntomas.
- C) *Régimen terapéutico*. En numerosos estudios se ha demostrado que la adherencia a un tratamiento disminuye cuando aumentan el número de fármacos y la frecuencia de administración, con la aparición de efectos adversos y cuando el tratamiento es prolongado en el tiempo.
- D) *Equipo asistencial*. La relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia. La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen favorablemente.

RECOMENDACIONES PARA LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIRRETROVIRALES

Antes de iniciar la prescripción el médico debe tener en cuenta unas premisas básicas: la mejor oportunidad para conseguir una supresión máxima de la carga viral la constituye el primer tratamiento. Por otra parte, el inicio del tratamiento antirretroviral excepcionalmente constituye una emergencia. Tan sólo en casos de primo-infección, profilaxis post exposición o profilaxis de transmisión vertical en el parto, el tratamiento debe iniciarse rápidamente. Es muy difícil predecir el grado de adherencia de un individuo antes de iniciar tratamiento, ya que además, la percepción de dificultad para realizar una pauta puede ser discor-

dante entre el paciente y el médico. La prescripción de fármacos antirretrovirales pasa por tres fases: informativa, consenso y mantenimiento, en la tabla 1 se resumen las principales características de estas fases, en la fig. 1 se resume el algoritmo de actuación en la prescripción del tratamiento antirretroviral.

Tabla 1. RECOMENDACIONES PARA LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIRRETROVIRALES

| |
|---|
| Fase informativa |
| Identificar los posible factores de riesgo del paciente sobre la adherencia |
| Averiguar la situación social, laboral, familiar |
| Conocer situación psicológica y patología concomitante (drogodependencia, alcoholismo) |
| Conocer preferencias y dificultades para el tratamiento |
| Explicar los objetivos, razones de dosificación, efectos adversos potenciales del tratamiento |
| Ofrecer las posibles alternativas de tratamiento |
| Resaltar la importancia de la adherencia en la eficacia del tratamiento |
| Fase de consenso y compromiso |
| Adaptar el tratamiento a la vida cotidiana del paciente |
| Consensuar los medicamentos, dosis y pauta con el paciente |
| Posponer el tratamiento hasta conseguir el consenso y el compromiso con el mismo |
| Tratar las situaciones concomitantes (depresión, ansiedad, alcoholismo, drogodependencia) |
| Solicitar el compromiso del paciente en la adherencia al tratamiento |
| Fase de mantenimiento y soporte |
| Evaluar la adherencia con el tratamiento |
| Conocer los problemas y ofrecer soluciones (efectos adversos, relación con las comidas, horarios) |
| Atención accesible (teléfono, hospital de día, consulta externa) |

PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS. MEDIDAS DE INTERVENCIÓN

Las fases de prescripción son las mismas descritas anteriormente, sin embargo el tratamiento de la tuberculosis no puede ser demorado y debe ser administrado aún en el caso de que el paciente no de su consentimiento; dado que se trata de un problema de salud pública. Otras diferencias sustanciales respecto al tratamiento del VIH es que el tratamiento es limitado en el tiempo, existe la posibilidad de tratamiento intermitente (2 ó 3 veces por semana) y están comercializadas combinaciones fijas de fármacos, lo que permite plantear el tratamiento directamente observado (DOT).

Diversas estrategias se han empleado para mejorar la adherencia al tratamiento, las que se han mostrado efectivas en ensayos clínicos controlados fueron: cartas recordatorias para los fallos en las visitas, ayuda suministrada por trabajadores sanitarios, incentivos económicos para pacientes, educación sanitaria a pacientes y familiares, supervisión intensiva del equipo sanitario.

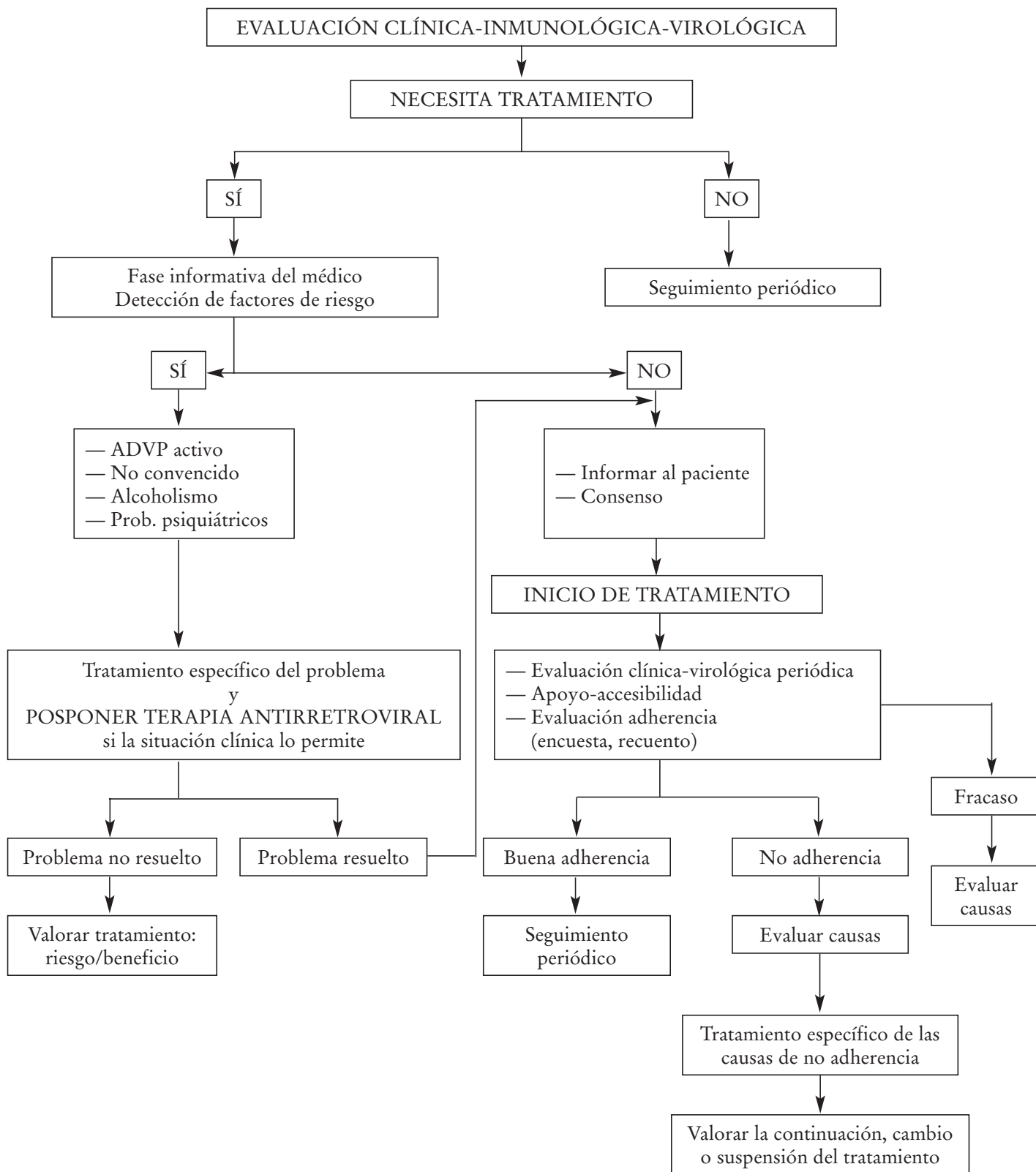
Paradójicamente una de las medidas universalmente recomendadas para el control de la tuberculosis como es el DOT, en un estudio randomizado no fue superior al tratamiento autoadministrado, aunque muy controvertido en cuanto a metodología y forma de aplicación del programa, pone de manifiesto que el DOT debe aplicarse correctamente y adaptarse a las necesidades de cada paciente individual y a los recursos sanitarios disponibles en cada área.

En el informe de 1998 de la OMS del control de la tuberculosis en zonas donde se aplicó el DOT la tasa de tratamiento exitoso fue del 78% y en las que no se aplicó fue del 45%. La experiencia en determinadas zonas evidenció mejorías espectaculares con programas con DOT.

CONCLUSIONES

La adherencia al tratamiento constituye un problema complejo y multifactorial, sólo un enfoque multidisciplinario puede tener resultados satisfactorios.

Figura 1. ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN EL INICIO Y MANTENIMIENTO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL



BIBLIOGRAFÍA

1. Metha S, Moore RD, Graham NMH. Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS* 1997; 11: 1665-1670.
2. Williams A, Friedland G. Adherence, Compliance, and HAART. *AIDS Clin Care* 1997; 9: 51-58.
3. Wainberg MA, Friedland GH. Public health implications of antiretroviral therapy and HIV drug resistance. *JAMA* 1998; 279: 1977-1983.
4. Altice FL, Friedland GH. The era of Adherence to HIV Therapy. *Ann Intern Med* 1998; 129: 503-505.
5. Sherer R. Adherence and Antiretroviral Therapy in Injection Drug Users. *JAMA* 1998; 280: 567-568.
6. Frieden TR, Fujiwara Pi, Washko RM, Hamburg MA. Tuberculosis in New York City: turning the tide. *N Engl J Med* 1995; 333: 329-333.
7. Volmink J, Garner P. Interventions for promoting adherence to tuberculosis treatment (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 1999*. Oxford: Update Software.
8. WHO. Global tuberculosis control: WHO report, 1998. Geneva: WHO, 1998. WHO/TB/98.237.
9. WHO. Treatment of tuberculosis, guidelines for national programmes. Geneva, WHO, 1997: WHO/TB/97. 220.
10. Knobel H, Codina C, Miró JM, Carmona A, García B, Antela A, et al. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Enf Infecc y Microbiol Clin* (en prensa).