

Cuidados de enfermería y adherencia a los tratamientos en los pacientes V.I.H.

J Pérez-García

Centro Penitenciario de Jaén

RESUMEN

En este documento vamos a ver cual es la situación de los internos V.I.H. dentro de las prisiones, cual es el porcentaje de éstos en relación con la población reclusa en general y cuantos de éstos están en tratamiento antirretroviral. Todo esto nos debe de hacer ver la importancia de trabajar en la adherencia a los T.A.R.V. principalmente a través de los cuidados de enfermería que se dispensan a través de la consulta de enfermería, ya que una buena adherencia repercutirá tanto en una mejor situación inmunológica de los internos V.I.H. como en un menor gasto económico como de carga de trabajo para el personal sanitario.

Palabras clave: Cuidados, adherencia, tratamiento antirretroviral (T.A.R.V.), consulta de enfermería.

HIV TREATMENT COMPLIANCE AND NURSING CARE

ABSTRACT

In this article we shall be examining the situation with regard to H.I.V. prison inmates, their percentage of the overall prison population, and how many of them are receiving anti-retroviral treatment. All this will help us to appreciate the importance of adherence to different forms of A.R.T., mainly through the prison clinic, as proper adherence will bring about an improvement in the immunological situation of the inmates, as well as reducing the costs and work load of the healthcare staff.

Key words: Care, adherence, anti-retroviral treatment (A.R.T.), clinic.

Texto recibido: 15 de agosto de 2005

Texto aceptado: 15 de octubre de 2005

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PACIENTES V.I.H. EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

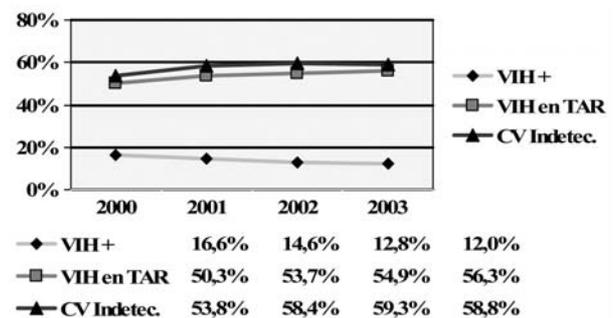
En la actualidad, según datos de la D.G.I.P. (memoria de 2004) en las prisiones existen 50.758 internos, de los cuales el 92,09% son hombres y un 7,91% mujeres. De éstos el 12% son V.I.H.+ de los cuales el 56,3% está en tratamiento antirretroviral, lo que supone un gasto farmacéutico anual alrededor de unos 20 millones de euros.

Concretamente en el C.P. Jaén, contamos con una población de 657 internos, de los cuales el 13% son V.I.H. y de éstos el 63% está en tratamiento antirretroviral (datos de septiembre de 2005).

Todo esto justifica el que se intervenga en la adherencia a los T.A.R.V., ya que un buen uso y aprovechamiento de estos tratamientos redundará tanto en un

menor coste económico y de trabajo para los sanitarios como en un mayor beneficio para los pacientes V.I.H.

Otros datos que nos deben de servir de incentivo para seguir trabajando en la adherencia de los tratamientos antirretrovirales es la situación de los V.I.H. en II.PP., que podemos ver en el siguiente gráfico:



LA CONSULTA DE ENFERMERÍA COMO PRINCIPAL HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA EN PACIENTES V.I.H.

En los últimos años los avances en la investigación en terapia antirretroviral han producido una auténtica revolución en la lucha de la infección por el V.I.H. permitiendo incrementar de forma significativa la supervivencia de los pacientes. Así se puede hablar ya de que la cronicación de la infección es ya un hecho.

Los objetivos del tratamiento antirretroviral son mejorar la calidad de vida del paciente durante el máximo tiempo posible y la prevención de la transmisión de nuevos casos, pero esto solamente se consigue con una adecuada adherencia.

Se define la **adherencia terapéutica**, como las actitudes, estilo de vida y comportamientos propios de la persona que favorecen que el cumplimiento terapéutico se lleve a cabo y/o sea mejor (A. González Sánchez, 1999). La adherencia incorrecta incluye aspectos como la omisión de tomas, reducción de la dosis prescrita, no respetar los intervalos o frecuencias de administración correctas y no ajustarse a los requerimientos de administración en relación con las comidas u otras circunstancias.

La falta de adherencia conlleva:

- Empeoramiento del estado del/a paciente.
- Aparición rápida de resistencia a los fármacos.
 - Reducción de las posibilidades terapéuticas futuras.
 - Posibilidad de transmitir cepas resistentes.
- Aumento del coste social y económico.

Desde la época hipocrática, es conocido que no todos los pacientes cumplen con las recomendaciones de su médico, en épocas más recientes se observó que las tasas de cumplimiento correcto en enfermedades crónicas que requieren auto-administración de los fármacos varían del 10 al 90%, situándose la media en un 50%. En el caso de los T.A.R.V. se considera que una adherencia entre el 85 y el 95% sería necesaria para lograr los objetivos del tratamiento.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA

I. EL INDIVIDUO

En nuestro medio, contamos con unos individuos de características muy concretas, las cuales hacen que la adherencia al T.A.R.V. sea más dificultosa, como un

bajo nivel de estudios, mala situación económica, el desempleo, marginación, alcoholismo, consumo de drogas, etc...

Los factores de carácter psicológico también influyen en el cumplimiento; la ansiedad y la depresión empeoran la adherencia así como las actitudes y creencias del paciente respecto a la medicación (su efectividad o no) y la enfermedad (la ausencia de manifestaciones clínicas agudas), por lo que hay que consensuar el tratamiento con el paciente, informando y educando a éste sobre el objetivo del tratamiento y los motivos de la adherencia.

En definitiva, la adherencia al tratamiento constituye una conducta compleja individual en la que intervienen numerosos factores concomitantes.

II. LA ENFERMEDAD

Las enfermedades agudas que se manifiestan con signos y síntomas (sobre todo dolor), tienen mayores tasas de adherencia mientras que las crónicas y sobre todo las asintomáticas su tasa es menor. Actualmente el T.A.R.V. se introduce cuando el individuo no presenta todavía la clínica de alguna de las enfermedades oportunistas, y si nota sin embargo los posibles efectos secundarios al inicio del T.A.R.V., lo que dificulta en gran manera la adherencia. Para evitarla hay que dar a los internos una información detallada y sencilla de cual es la historia natural de la enfermedad y la necesidad de tomar el tratamiento antes de que aparezcan los signos y síntomas.

III. EL RÉGIMEN TERAPÉUTICO

El hecho de que el T.A.R.V. sea para toda la vida y que actualmente no produce la curación completa del individuo, condiciona mucho una buena adherencia. Además la complejidad del tratamiento (actualmente se tiende a la simplificación de éste), los efectos secundarios y las molestias ocasionadas por éste, la interferencia con los hábitos de vida, las características de las pastillas (tamaño, sabor, características organolépticas...) así como el hecho de condicionar la toma a la presencia o ausencia de alimentos en el momento de ésta hace que la adherencia sea más dificultosa.

Para mejorar la adherencia hay que simplificar lo más posible la pauta, adaptándola de forma individualizada a cada paciente y adaptando la medicación lo más posible al ritmo de vida de éste y no al revés, los requisitos alimenticios deben de simplificarse y las

interacciones farmacológicas deben de conocerse y evitarse.

IV. EL EQUIPO ASISTENCIAL

Nuestros pacientes presentan como característica peculiar el hecho de encontrarse privados de libertad, lo que modifica de alguna manera la relación con el personal sanitario. Esta institucionalización de la relación sanitario-paciente puede condicionar negativamente la comunicación que se establece entre las dos partes, por lo tanto es esencial a la hora de prescribir el T.A.R.V. el hacerlo de forma consensuada con el paciente, ya que el sanitario no puede conocer o anticipar los valores del paciente (en nuestros pacientes el valor de la libertad puede prevalecer sobre el de la salud). Además la confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que hay que potenciar en la relación ya que influyen positivamente en ésta.

En definitiva, los factores más importantes en la relación sanitario-paciente son el suministro de una información detallada y sencilla y la toma de decisiones conjuntas en un marco de confianza mutua.

ESTRUCTURA DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES V.I.H. EN EL C.P. JAÉN

La consulta de enfermería en los pacientes V.I.H. se realizará con una periodicidad de una vez al mes, salvo circunstancias especiales.

En ella el enfermero/a deberá procurar un ambiente de tranquilidad y de confianza mutua entre ambos, para poder tratar todos los temas sin ningún tipo de barreras tanto físicas como psíquicas, dedicando al paciente el tiempo necesario para resolver todas sus dudas y problemas, este tiempo será en las primeras consultas mayor y a medida que vayamos trabajando con él, requerirá menos tiempo si todo funciona correctamente.

PRIMERA CONSULTA. Primera toma de contacto del paciente con el enfermero/a de su módulo, se realiza a los pocos días de su llegada al centro, derivado desde la consulta de ingresos, en ella veremos:

a) ANAMNESIS:

- Filiación.
- Prácticas de riesgo.
- Fecha probable de la infección.
- Estado vacunal.

- T.A.R.V. previos.
- Clínica de T.B.C.
- Hábitos higiénicos-alimenticios.

b) EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Control de la T.A.
- Control de la F.C.
- Control de la Temperatura.
- Control del peso.
- Examen de la piel y la boca.
- Búsqueda de adenopatías.

c) SITUACIÓN INMUNOLÓGICA:

- Fecha de la última analítica.
- C.V./ CD4.

d) REVISIÓN DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS SANITARIOS:

- *Programa vacunal.*
 - + Tétanos.
 - + Hepatitis B/A.
 - + Gripe.
 - + Neumococo.
- *Programa T.B.C.*
 - + Último MTX. / Cultivo y B.K. / R.X. Torax. / Q.M.P. T.B.C.
- *Metadona.*
 - + Dosis actual / descenso / S.A.O. aumento.
- *Tratamientos crónicos.*
 - + Adherencia.

SEGUNDA CONSULTA/SEGUIMIENTO. Se realiza con una periodicidad mensual salvo circunstancias excepcionales como podrían ser el inicio del T.A.R.V., mala adherencia a éste o patología orgánica. En ella nos centraremos en:

- a) Exploración física. (C.T.E.S. / PESO / MUGUET / ADENOPATIAS / HÁBITOS)
- b) Seguimiento analítico. (RESULTADOS, PRÓXIMA ANALÍTICA)
- c) Revisión de programas. (VACUNAS/T.B.C. / METADONA / Tratamientos crónicos)
- d) Inicio/Adherencia del T.A.R.V.

INICIO DEL T.A.R.V. (DECISIÓN MUY IMPORTANTE)

Debemos de valorar conjuntamente con el paciente:

1. Idoneidad de tomarlo. **MEDICACIÓN QUE NO CURA.**

- + Confío en el Tratamiento.
- + Lo necesito realmente.
- + Recompensará mis esfuerzos.
- + Soy capaz de hacerlo como me piden.
- + Estoy en un buen momento de mi vida.

- + Compatible con mis actividades diarias.
- 2. Conocimiento de los fármacos y sus problemas.
- + Medicación para toda la vida.
- + Cuales son todos los fármacos.
- + Número de pastillas y efectos secundarios más importantes.
- + Adaptarlas a la vida diaria / horarios estrictos.
- + Como debo de tomarla (comidas, ayunas,...)
- 3. Soluciones a problemas habituales para cuando inicie el tratamiento. *¿QUÉ HACER SI...?*

+ Se me olvida alguna toma.

* Si ya toca la toma siguiente, no tomar la dosis olvidada por riesgo a sobre dosificación. Si falta al menos ocho horas para la próxima toma se puede tomar la dosis olvidada. Para evitar olvidarlas poner alarmas, dejarlas cerca del lavabo o de la cama...

+ Vomito.

* Si hace menos de una hora de la toma, volver a repetir. Si hace más de una hora no volverla a tomar.

+ No llevo encima la medicación.

* Hay que incidir en la importancia de llevar siempre encima en un pequeño pastillero al menos una dosis de tratamiento, lo cual dará más libertad de movimientos al paciente.

+ Me cuesta tragar las pastillas.

* Procurar tomarlas con algún líquido espeso (zumo, yogurt...), disolverlos en agua si son comprimidos y/o no se pueden tomar con alimentos, tomarlos con alimentos de sabor intenso que evite su mal sabor como chocolate, chorizo, queso curado...

+ Tengo molestias en el estómago.

* Tomar la medicación después de comer, si no se puede tomar con alimentos, tomarla mejor dos horas después que tomarla antes, reposar unos minutos después de la toma...

+ Muchas pastillas de golpe.

* Redistribuir las durante la comida.

+ Mareos, vértigos.

* Tomarlas por la noche justo antes de acostarse.

ADHERENCIA AL T.A.R.V.

a) Buena adherencia.

— Refuerzo de ésta.

b) Mala adherencia.

— Detectar la causa y actuar sobre ella mediante educación sanitaria.

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA.

El método ideal es la observación directa, lo que es imposible en la práctica diaria.

MÉTODO	VENTAJAS	INCONVENIENTES
DETERMINACIÓN NIVELES DEL FÁRMACO.	OBJETIVO.	CARO, NO DISPONIBLE DE FORMA GENERALIZADA. PROBLEMAS FARMACOCINÉTICOS PUEDEN DIFICULTAR INTERPRETACIÓN.
ESTIMACIÓN PERSONAL SANITARIO.	ACCESIBLE, SENCILLO.	SUBJETIVO, BAJO VALOR PREDICTIVO.
INFORMACIÓN DEL PACIENTE.	ACCESIBLE, SENCILLO. APORTA INFORMACIÓN SOBRE MOTIVOS DE MALA ADHERENCIA.	SUBJETIVO, SOBREESTIMA ADHERENCIA. VALOR PREDICTIVO ANTE MALA ADHERENCIA REFERIDA.
ASISTENCIA A LA RECOGIDA DE LA MEDICACIÓN.	ACCESIBLE, SENCILLO.	INFORMACIÓN PARCIAL SOBRE EL PROBLEMA.
RECuento DE MEDICACIÓN SOBranTE.	INFORMACIÓN MÁS CUANTITATIVA QUE LA APORTADA POR EL PACIENTE.	MANIPULACIÓN SENCILLA. INFORMACIÓN POCO DETALLADA.
MONITORIZACIÓN ELECTRÓNICA.	RELATIVAMENTE OBJETIVO. INFORMACIÓN CUANTITATIVA Y DETALLADA.	NO DISPONIBLE, CARO. POSIBLE MANIPULACIÓN.
DATOS ANALÍTICOS. (VCM, ÁCIDO ÚRICO).	SENCILLO, ACCESIBLE.	INFORMACIÓN PARCIAL. OTROS FACTORES PUEDEN ALTERAR ESTOS PARÁMETROS.
EVOLUCIÓN DEL PACIENTE.	SENCILLO, ACCESIBLE.	OTROS FACTORES PUEDEN DETERMINAR LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO.

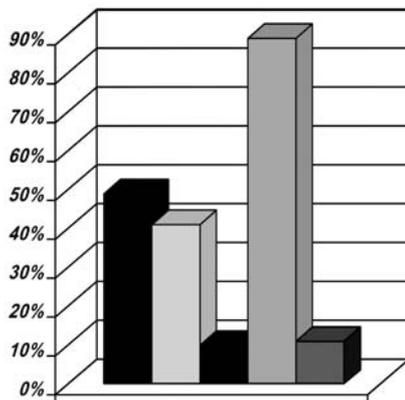
Es necesario medir la adherencia de la forma más precisa posible. Sin embargo, esto entraña una gran dificultad ya que no existe un solo método y la forma más óptima es la combinación de varios. Los métodos más frecuentemente usados son:

RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA EN C.P. JAÉN SOBRE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE ADHERENCIA:

- No tomo alguna vez la medicación por: 41,5%
- Simplemente se me olvida: 26,4%
- No me encuentro anímicamente bien: 3,8%
- Por falta de información (no se como tomármelo): 11,3%
- Por los efectos secundarios: 13,2%
- Por el número de pastillas: 18,9%
- Por los horarios de las tomas: 1,9%
- Por que me encuentro bien: 3,8%
- Por las características de las pastillas (grandes, mal sabor...): 3,8%

RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOBRE ADHERENCIA A LOS T.A.V.R. EN EL C.P. JAÉN:

1. Olvido alguna vez tomar la medicación:
 - SI: 34% - NO: 40% - A VECES: 26%
2. Tomo la medicación a la hora indicada:
 - SI: 75,5% - NO: - A VECES: 24,5%
3. Si me siento mal dejo de tomar la medicación:
 - SI: 28,3% - NO: 60,4% - A VECES: 11,3%



■ C.V. <50	49%
□ C.V. 50-50.000	41%
■ C.V. >50.000	10,00%
■ CD4 >200	89,00%
■ CD4 <200	11%

Situación inmunológica de los pacientes V.I.H. en el C.P. Jaén.

4. Cuántas veces he olvidado tomarla en la última semana:
 - NUNCA: 64,2% - 1-2: 35,8% - 3-5: - 6-10: - >10
5. Cuántos días completos no tomé la medicación en los últimos tres meses:
 - <2: 53% - >2: 47%

CONCLUSIONES

I. Los factores que influyen en la adherencia son el individuo, la enfermedad, el régimen terapéutico y el equipo asistencial.

II. La prescripción de Tratamiento no es una emergencia, meditar tranquilamente la decisión. Dar toda la información.

III. El tratamiento debe de ser individualizado según necesidades y posibilidades del paciente.

IV. El periodo de dispensación no debe ser superior a dos meses.

V. El equipo debe ser multidisciplinar y mantener un intercambio constante de información y una buena relación con el paciente.

VI. Todo el equipo debe enfatizar la importancia de la adherencia, las razones de la misma y las consecuencias de un tratamiento incorrecto con el fin de corregirlas.

VII. La evaluación de la adherencia debe ser parte de la asistencia en el seguimiento al paciente.

VIII. Si a pesar de todo no mejora la adherencia puede ser adecuado suspender temporalmente el T.A.V.R.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Memoria 2004 D.G.I.P.
2. Meth S, Moore RD y Graham NMH. Potential factors affecting adherence with HIV therapy. AIDS 1977; 11: 1665-1670.
3. Dobkin JF. You say "Adherence", I say "Compliance". Infect Med 1998; 15(1): 11, 65.
4. Sackett DL y Snow JC. The magnitude of compliant and non-compliance. In: Sckett DL, Hayness RB, eds. Compliance with therapeutic regimens. Baltimore: Johns Hopkins Univ Pr, 1976: 11-27.
5. Paella FJ, Delaney KM, Morman AC, Loveless MO, Fuhrer J y Satten GA. Declining morbidity and mortality among patients eith advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. N Engl J Med 1998; 338:853-860.

6. Moreno S, Arrizabalaga J, Gatell JM, Clotet B, Aguirrebengoa K, Antela A, et al. Recomendaciones sobre tratamiento antirretroviral. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 109-116.
7. Domingo EE y López D, coordinadores. Resistencia a los fármacos antirretrovirales. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997.
8. Sherer R. Adherence and Antiretroviral Therapy in Injection Drug Users. *JAMA* 1998; 280: 567-568.
9. Bangsberg D, Tulsy JP, Hecht FM y Moss AR. Protease inhibitors in the homeless. *JAMA* 1997; 278: 63-65.
10. Balestra P, Zaccarelli M, Tozzi, Galgani S, Sebastiani G. y Narciso P. Increasing compliance to HIV treatments in the era of protease inhibitors. (Abstract). In 6th European Conference on Clinical Aspects and Treatment of HIV-infection. Hamburg, 1997.
11. Williams A y Friedland G. Adherence, Compliance, and HARRT. *AIDS Clin Care* 1997; 9: 51-58.
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Madrid, marzo 1999.
13. Castilla J. Sida: ¿Más y mejor vida? *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 171-172.
14. Protocolo de actuación en la consulta de enfermería en pacientes V.I.H. en el C.P. Jaén. Jaén, marzo 2000.
15. Knobel LH, 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 Microbio Clin* (en prensa).

CORRESPONDENCIA

Talleres Editoriales Cometa, S.A.
Ctra. de Castellón, Km. 3,400
50013 Zaragoza