

■ ORIGINALES

Impacto de la intervención farmacéutica en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima (Perú)

Pharmacist intervention in the improvement of adherence in HIV/AIDS patients with antiretroviral treatment in Lima (Peru)

E.J. Tafur Valderrama¹, C. Ortiz Alfaro², E. García-Jiménez³, M.J. Faus Dader⁴, F. Martínez Martínez⁵

¹Doctora en Farmacia. Coordinadora de la Unidad de Farmacia Clínica. Departamento de Farmacia. Hospital Nacional «Edgardo Rebagliati Martins». EsSalud-Perú.

²Doctor en Farmacia. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima (Perú).

³Doctor en Farmacia. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR). España.

⁴Doctora en Farmacia. Responsable del GIAF-UGR.

⁵Doctor en Farmacia. Responsable del GIAF-UGR.

Centro Médico Naval «Cirujano Mayor Santiago Távara». Lima (Perú).

ABREVIATURAS:

CEAT-VIH: cuestionario para evaluar la adhesión al tratamiento antirretroviral; INNTR: inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa; INTR: inhibidor nucleósido de la transcriptasa reversa; IP: inhibidor de la proteasa; PRM: problemas relacionados con los medicamentos; RNM: resultado negativo de la medicación; SFT: seguimiento farmacoterapéutico.

RESUMEN

Introducción: La atención farmacéutica mejora la adherencia del paciente al tratamiento, por lo que es necesario que el farmacéutico cuente con instrumentos para evaluarla y mejorarla mediante su intervención en el seguimiento farmacoterapéutico (SFT).

Objetivos: Evaluar el impacto de la intervención farmacéutica en la mejora de la adherencia de los pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y sida, e identificar los factores que influyen en ella y que pueden ser modificados por la intervención farmacéutica en el SFT.

Métodos: Se realizó SFT durante 23 meses a 52 pacientes mayores de 18 años de edad, con tratamiento antirretroviral durante más de 3 meses, que dieron su consentimiento informado. La adherencia se evaluó con el CEAT-VIH (cuestionario para evaluar la adhesión al tratamiento antirretroviral) al inicio y al final de 6 meses de SFT.

Resultados: La puntuación total del CEAT-VIH ($p < 0,05$; intervalo de confianza del 95%), el cumplimiento del tratamiento ($p < 0,001$) y la percepción del paciente respecto a su enfermedad y tratamiento antirretroviral ($p < 0,001$) incrementaron significativamente su valor. La educación al paciente para incrementar la adherencia al tratamiento (46%) fue la intervención farmacéutica más frecuente.

Conclusiones: Se demuestra que la intervención del farmacéutico, mediante el SFT, mejora la adherencia al tratamiento antirretroviral. El farmacéutico mejoró los aspectos de cumplimiento y percepción del paciente sobre su tratamiento y enfermedad. Los farmacéuticos pueden utilizar el CEAT-VIH como instrumento para evaluar la adherencia en la práctica del SFT.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, tratamiento antirretroviral, seguimiento farmacoterapéutico, VIH/sida.

Fecha de recepción: 10/05/2012. Fecha de aceptación: 10/07/2012.

Correspondencia: Edith J. Tafur Valderrama

Correo electrónico: edith.tafur@essalud.gob.pe, edith_tafur@yahoo.com

ABSTRACT

Introduction: Pharmaceutical care improves medication adherence that is why is important that the pharmacist uses instruments to evaluate and improves it through pharmaceutical intervention at pharmaceutical care.

Objective: To evaluate the impact of the pharmaceutical intervention in the improvement of the medication adherence of the patients with HIV and AIDS, and to identify the factors that influence on medication adherence and which one could be modified by the pharmaceutical intervention during pharmaceutical care.

Methods: Pharmacotherapeutic follow-up was realized for 23 months to 52 patients, older than 18 years, with antiretroviral treatment for up to three months, consent informed was obtained from patients. Medication adherence was evaluated with CEAT-HIV (questionnaire to evaluate the adhesion to the antiretroviral treatment) at the beginning and at the end of the study (6 months).

Results: The final score from CEAT-HIV ($p < 0.05$; 95% IC), treatment compliance ($p < 0.001$) and patient's beliefs to the disease and antiretroviral treatment ($p < 0.001$) improved significantly with the pharmaceutical intervention. The more frequent pharmaceutical intervention was education to the patient to increment the adherence to the treatment (46%).

Conclusion: These results demonstrate that the pharmacists' intervention through pharmacotherapeutic follow-up improves the adherence to the antiretroviral treatment. The pharmacist was able to improve aspects of compliance and patient's beliefs about the treatment and disease. The pharmacist could utilize CEAT-VIH as an instrument to evaluate the adherence in HIV/AIDS patients.

Keywords: Medication adherence, antiretroviral therapy, highly active, pharmaceutical care, HIV/AIDS.

Introducción

La adherencia del paciente en el contexto de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se ha estudiado ampliamente, así como su resultado en la carga viral¹. El principal problema es la baja adherencia del paciente al tratamiento antirretroviral, con el riesgo de aparición de problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos de la medicación². Muchos estudios³⁻⁷ han demostrado que la provisión de atención farmacéutica mejora la adherencia del paciente a su tratamiento. Los farmacéuticos en el seguimiento farmacoterapéutico (SFT) necesitan identificar los factores que influyen en la adherencia para elaborar un plan para cada paciente, por lo que se necesitan instrumentos validados para evaluar la adherencia en la práctica profesional.

La adherencia requiere un plan individual, ya que una única estrategia no funciona para todos los pacientes por igual⁸. La medición de la adherencia a la terapia constituye un reto, porque no existe una regla estándar. Los autoinformes tienden a sobrestimar la adherencia, pero se usan frecuentemente porque son más baratos, están disponibles en gran variedad y son clínicamente aplicables⁹. Los factores que influyen en la adherencia se agrupan de la forma siguiente¹⁰:

- Características del paciente: edad, sexo, raza, nivel cultural y situación económica; disponer de domicilio fijo, soporte social y familia estructurada¹¹; la ansiedad, la depresión y el estrés¹²; por último, las actitudes y las percepciones de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial son factores indiscutibles.
- Características de la enfermedad: sintomatología, gravedad y duración.
- Características del tratamiento: la adherencia al tratamiento antirretroviral disminuye cuando aumenta su complejidad¹³.
- Características de la atención sanitaria: la relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia.

La utilidad de los cuestionarios para valorar la adherencia radica en que informan sobre las causas de la falta de cumplimiento terapéutico, son baratos y muy fiables si el paciente confiesa su incumplimiento¹⁴. Para su uso, en España están validados los instrumentos SMAQ, SERAD¹⁵ y CEAT-VIH¹², este último validado para su uso en

Perú¹⁶ y en Brasil (en portugués)¹⁷. También se han utilizado algunos instrumentos en inglés, como la Adherence Self-Efficacy Scale (HIV-ASES)¹⁸, el Adult AIDS Clinical Trials Group (AACTG)¹⁹ y el Patient Medication Adherence Questionnaire (PMAQ)²⁰, entre otros.

El Ministerio de Salud del Perú implementó, en el año 2004, el programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) gratuito para la población en general, con el objetivo de disminuir la morbilidad y la mortalidad de las personas infectadas por el VIH/sida²¹, lo que incrementó el porcentaje de pacientes que recibían tratamiento antirretroviral.

Los objetivos de este estudio fueron evaluar el impacto del SFT en la adherencia al tratamiento antirretroviral de los pacientes (VIH/sida) del Centro Médico Naval «Cirujano Mayor Santiago Távara» (Callao, Perú), identificar las características de la población que tienen relación con la adherencia al tratamiento farmacológico, determinar los factores de la adherencia que pueden ser modificados por el farmacéutico en el SFT, y proponer el CEAT-VIH[®] como instrumento para la evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral en el SFT de los pacientes con diagnóstico de VIH/sida.

Materiales y métodos

Estudio casi experimental, antes-después, sin grupo control, realizado en el Servicio de Enfermedades Transmisibles del Centro Médico Naval «Cirujano Mayor Santiago Távara», en pacientes con diagnóstico de infección por el VIH, mayores de 18 años, en tratamiento antirretroviral durante más de 3 meses, que no habían consumido drogas adictivas y que no presentaban deficiencia cognitiva que les imposibilitase completar cuestionarios autoadministrados. Hasta el momento de la investigación, en el citado centro médico se atendían 74 pacientes con diagnóstico de infección por el VIH, de los cuales 54 recibían terapia antirretroviral. En este centro de salud se atiende a personal que pertenece a la Marina de Guerra del Perú y sus familiares directos.

El periodo de estudio fue de 23 meses, con un mínimo de 6 meses de SFT por paciente. La adherencia se evaluó mediante el CEAT-VIH²², que consta de 20 ítems, de los cuales 17 están medidos en una escala tipo Likert del 1 al 5 (ítems del 1 al 4 y del 6 al 18); el ítem 5 puede tomar tres valores (0, 1 o 2), y los ítems 19 y 20 pueden tomar dos valores (0 o 1). Abarca los factores moduladores (FM) de la adherencia: cumplimiento del tratamiento (FM1), antecedentes de la falta de adherencia (FM2), interacción médico-paciente (FM3), percepciones del paciente (FM4) y utilización de estrategias para recordar la toma de fármacos (FM5). La puntuación total de la suma de los ítems da 89 como valor máximo y 17 como valor mínimo; el tiempo promedio para completar el cuestionario fue de 15 minutos por paciente. El estudio fue autorizado por el comité de ética de la institución. Se utilizó el método Dáder de SFT. En la primera entrevista y a los 6 meses de SFT se realizó la evaluación de la adherencia.

La codificación de las variables del estudio se efectuó utilizando el paquete estadístico SPSS 15.0. Se realizó un análisis descriptivo univariante de toda la información. Se utilizaron las medidas de tendencia central (media, mediana, moda y desviación estándar) y las medidas de dispersión para las variables cuantitativas. En el análisis de las variables cualitativas se utilizaron medidas de frecuencia. Se realizó la prueba de la t de Student para muestras relacionadas con las variables: puntuación total del CEAT-VIH antes y después del SFT. Se utilizó el ANOVA para determinar la capacidad discriminadora del CEAT-VIH, atendiendo a la clasificación según el nivel de carga viral y los valores de linfocitos TCD4, incluyendo, por una parte, los FM de la adherencia y, por otra, la puntuación global de la escala. El nivel de significación utilizado en todo el análisis fue de 0,05 y los contrastes fueron bilaterales.

Resultados

El 90,4% de los pacientes eran varones. Las características de la población del estudio se muestran en la tabla 1. Al final del SFT la carga viral disminuyó de manera significativa ($p < 0,05$).

Tabla 1. Características de la población. Medidas de tendencia central y de dispersión (n= 52)

Variable	Media (mínimo-máximo)	DE	Media (mínimo-máximo)	DE
Edad (años)	41,54 (24-70)	11,50	–	–
Tiempo de infección (años)	5,66 (0,5-11)	2,83	–	–
Número de comprimidos	5,10 (2-11)	3,32	–	–
Tiempo de tratamiento (meses)	10,80 (0,5-72)	15,82	–	–
	Inicial		Final	
Células TCD4/mm ³ en sangre	309,29 (2-981)	213,47	311,04 (37-662)	148,65
Puntuación CEAT-VIH	74,29 (58-86)	7,23	78,54 (66-89)	5,63

DE: desviación estándar.

Tabla 2. PRM causa de ineffectividad cuantitativa (n= 61)

PRM	Frecuencia (%)
Incumplimiento parcial	42,86
Conservación inadecuada	23,81
Interacciones	19,05
Dosis, pauta y/o duración inadecuada	9,52
Administración errónea del medicamento	4,76

PRM: problema relacionado con el medicamento.

La ineffectividad cuantitativa fue el resultado negativo de la medicación (RNM) más frecuente en la población (el 34,4% del total); los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) que la causaron se muestran en la tabla 2. La mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico fue la estrategia utilizada con mayor frecuencia, y la educación en la forma de uso y administración del medicamento ocupó el segundo lugar (figura 1). El nivel de adherencia se incrementa con la edad, pero no de manera significativa; el sexo, el recuento de linfocitos TCD4, el número de comprimidos al día, el tiempo de tratamiento y los años de diagnóstico no mostraron relación con la adherencia de manera significativa. La carga viral mostró una relación significativa con la adherencia (ANOVA: $p < 0,005$). Se prescribieron cuatro esquemas terapéuticos diferentes a los pacientes: a) 2 inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR) + inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa (INNTR) (67,3%); b) 2 INTR + 2 inhibidores de la proteasa (IP) (28,9%); c) 2 INTR + IP, y d) 2 INTR + 2 IP + INNTR. Al final del periodo de

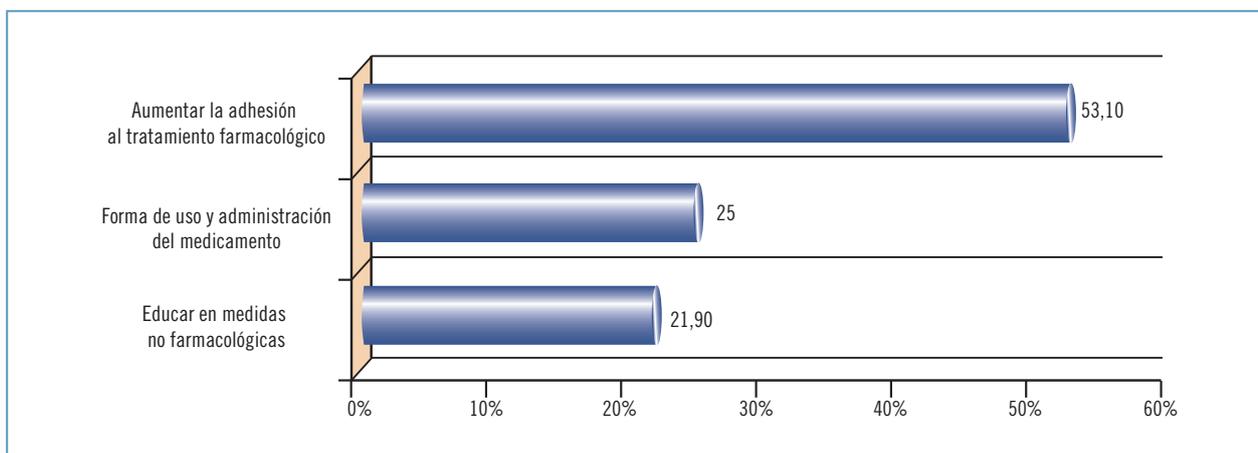
**Figura 1.** Estrategias de intervención farmacéutica en la educación al paciente (n= 28)

Tabla 3. Puntuación del CEAT-VIH al inicio y al final del SFT por esquema de tratamiento antirretroviral

Tipo de esquema antirretroviral	Inicio		Final		p
	Media	DE	Media	DE	
2 INTR + 1 INNTR (n= 33)	74,85	7,23	77,92	6,23	<0,001
2 INTR + 2 IP (n= 17)	72,69	7,45	79,86	3,80	–
2 INTR + 1 IP (n= 1)	73		77		–
2 INTR + 2 IP + 1 INNTR (n= 1)	82		84		–
Total (n= 52)	74,29	7,24	78,54	5,63	

DE: desviación estándar; INTR: inhibidor nucleósido de la transcriptasa reversa; INNTR: inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa; IP: inhibidor de la proteasa; SFT: seguimiento farmacoterapéutico.

SFT todos los esquemas incrementaron el valor de la adherencia (tabla 3). El análisis de los estadísticos descriptivos de cada uno de los ítems del CEAT-VIH al inicio y al final del estudio obtuvo una relación significativa para los ítems 5, 6, 8, 10, 11, 12 y 19 ($p < 0,05$) (tabla 4). Los factores de la adherencia que obtuvieron diferencias significativas al inicio y final del SFT fueron el cumplimiento del tratamiento (FM1) ($t = -3,08$; $p < 0,001$) y las percepciones del paciente (FM4) ($t = -4,40$; $p < 0,001$) (tabla 4).

La mejora de la adherencia medida por el CEAT-VIH después del SFT fue significativa (prueba de la t para muestras relacionadas: $t = -6,02$; $p < 0,001$) (tabla 4).

Discusión

En esta población, la adherencia mejora significativamente ($p < 0,001$) con la intervención farmacéutica. En otros estudios se ha demostrado que la intervención del farmacéutico mejora la adherencia²³, valorado mediante el MEMS y el autoinforme del paciente, y el recuento de la medicación sobrante³. El uso de instrumentos para valorar la adherencia dependerá de los recursos sanitarios disponibles y de la adecuación de los instrumentos de valoración de la adherencia a la práctica profesional del farmacéutico; por este motivo, los cuestionarios autoadministrados, adaptados en este caso a la población peruana, en la que no se dispone de los recursos para utilizar un método como el MEMS, pueden ser un instrumento muy indicado.

Según los resultados, el SFT mejora los niveles de carga viral en esta población. En este contexto, Rathbun et al. señalan que el nivel indetectable se alcanzó en el 94% de los pacientes después de 28 semanas de intervención farmacéutica²⁴. Según DeFino et al.²⁵, el 51,7% de los pacientes incluidos en un programa de adherencia alcanzaron niveles de carga viral indetectable después del periodo de seguimiento (531 días). Codina et al.³, mediante un programa de atención farmacéutica a pacientes con VIH, lograron que la carga viral se mantuviera a un nivel indetectable en el 75% de los pacientes después de los 12 meses de seguimiento, lo que demuestra que la intervención del farmacéutico mediante el SFT en esta población ha contribuido a lograr el objetivo terapéutico a los 6 meses de seguimiento.

En la población estudiada el valor de la adherencia estuvo inversamente relacionado con la carga viral de manera significativa ($p < 0,005$), al inicio y después de los 6 meses de seguimiento. En el mismo entorno, Lui et al.²⁶, con el objetivo de examinar la relación entre una escala compuesta de la adherencia (MEMS, *pill count* y entrevista) y la respuesta virológica en pacientes con VIH, encontraron que el promedio de la adherencia difiere entre las distintas medidas (MEMS: 0,63; *pill count*: 0,83; entrevista: 0,93; CAS: 0,76), pero están significativamente asociadas a niveles de carga viral indetectables dentro de los 6 meses de iniciada la terapia. Entre ellas, la que mostró la relación positiva más fuerte fue la escala compuesta de adherencia. Remor¹² obtuvo una correlación inversa significativa entre la puntuación total del CEAT-VIH y la carga viral en una población española ($r = -0,243$; $p < 0,05$). Maggiolo et al.²⁷ encontraron que, a medida que se incrementan los niveles de adherencia, el porcentaje de pacien-

Tabla 4. Prueba de la t para muestras relacionadas para cada ítem, factor modulador de la adherencia y puntuación total del CEAT-VIH

Ítem	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bil)	
	Media	DE	Error típ.	IC del 95%					
				Inferior	Superior				
1	-0,192	0,817	0,113	-0,420	0,035	-1,696	51	0,096	
2	-0,019	0,671	0,093	-0,206	0,168	-0,207	51	0,837	
3	-0,096	0,409	0,057	-0,210	0,018	-1,696	51	0,096	
4	-0,077	0,388	0,054	-0,185	0,031	-1,428	51	0,159	
5	-0,373	0,979	0,137	-0,648	-0,097	-2,718	50	0,009	
6	-0,208	0,617	0,089	-0,388	-0,029	-2,338	47	0,024	
7	-0,250	0,947	0,131	-0,514	0,014	1,903	51	0,063	
8	-0,306	0,871	0,124	-0,556	-0,056	-2,460	48	0,018	
9	0,020	0,845	0,119	-0,220	0,260	0,167	49	0,868	
10	-0,481	0,828	0,115	-0,711	-0,250	-4,186	51	0,000	
11	-0,200	0,670	0,095	-0,390	-0,010	-2,111	49	0,040	
12	-0,212	0,667	0,092	-0,397	-0,026	-2,288	51	0,026	
13	-0,163	1,161	0,166	-0,497	0,170	-0,984	48	0,330	
14	-0,154	0,607	0,084	-0,323	0,015	-1,829	51	0,073	
15	-0,180	0,941	0,133	-0,447	0,087	-1,353	49	0,182	
16	-0,077	0,710	0,098	-0,275	0,121	-0,782	51	0,438	
17	-0,140	0,783	0,111	-0,362	0,082	-1,265	49	0,212	
18	-0,135	0,595	0,083	-0,300	0,031	-1,631	51	0,109	
19	-0,192	0,561	0,078	-0,349	-0,036	-2,470	51	0,017	
20	0,100	0,505	0,071	-0,044	0,244	1,400	49	0,168	
Factores de la adherencia	Cumplimiento	-1,23	2,33	0,32	-1,88	-0,58	-3,80	51	0,00
	Antecedentes de la falta de adherencia	-0,19	0,99	0,13	-0,46	0,08	-1,39	51	0,16
	Interacción con el médico	-0,41	2,10	0,29	-1	0,18	-1,39	50	0,16
	Percepciones del paciente	-1,98	3,24	0,45	-2,88	-1,07	-4,40	51	0,00
	Estrategias para mejorar la adherencia	-0,10	0,50	0,07	-0,24	0,04	-1,40	49	0,16
CEAT-VIH puntuación global	-4,25	5,09	0,71	-5,67	-2,83	-6,02	51	0,00	

DE: desviación estándar; Error típ.: error típico; gl: grados de libertad; IC: intervalo de confianza; Sig. (bil): significancia bilateral.

tes con fallo virológico disminuye. Estos datos indican la utilidad del CEAT-VIH para distinguir a los pacientes con carga viral alta, cuando no se tiene este valor clínico. La relación inversa entre la adherencia y la carga viral pone de manifiesto la importancia de mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral para lograr la supresión virológica en los pacientes. Utilizar instrumentos en la práctica del SFT para la identificación de los factores que afectan a la adherencia reviste una gran importancia en la elaboración del plan de intervención farmacéutica.

Un aspecto importante en el tratamiento antirretroviral es la adherencia al esquema terapéutico, es decir, si el paciente toma adecuadamente el medicamento: no sólo en el horario adecuado, sino también de la manera adecuada. La adherencia al esquema terapéutico se evalúa también mediante el CEAT-VIH; así, los resultados del presente estudio demuestran que la intervención farmacéutica incrementa el porcentaje de pacientes que manifiesta que siempre toma la medicación a la hora correcta ($p < 0,05$). Según un estudio realizado por Sherr et al.²⁸, en el Reino Unido, el 42,8% de los pacientes no toma su dosis en el horario correcto, y el 27,2% no la toma de acuerdo con los requerimientos dietéticos. De estos resultados se desprende que es importante adecuar el régimen terapéutico a la vida del paciente, para así facilitar la adherencia al régimen.

El CEAT-VIH identifica la percepción del esfuerzo que implica seguir con el tratamiento. La capacidad de hacerlo, la información sobre los antirretrovirales, los beneficios de tomarlos, la mejora en la salud, los efectos adversos y la dificultad para tomarlos son aspectos importantes que interfieren en la decisión de tomar los medicamentos por parte del paciente. Debe evaluarse cada uno de ellos en el paciente y trabajar para mejorar la adherencia.

Es importante reforzar esta conducta positiva sobre la toma de los medicamentos. Al inicio del presente estudio, el 53,8% de los pacientes consideraba que no tenía que realizar ningún esfuerzo para tomar los medicamentos; la intervención farmacéutica en estos pacientes incrementó este porcentaje al 65,4%. Puigventós et al.²⁹, en una revisión sistemática, encontraron relación entre el esfuerzo percibido por el paciente en la toma de la medicación y la adherencia al tratamiento antirretroviral.

La falta de información acerca del uso y los efectos de los antirretrovirales es muy común; asimismo, la información que se ofrece las páginas web, sin una adecuada orientación, puede llevar a un mal entendimiento de los efectos de los fármacos antirretrovirales. La falta de adherencia se produce frecuentemente debido a una falta de entendimiento de la terapia y a la dificultad de tomar los medicamentos; por tanto, los farmacéuticos, como parte del equipo de salud, deberán contribuir, mediante la provisión de consejo sobre los medicamentos, a asegurar la adherencia al tratamiento y lograr el éxito de la terapia antirretroviral. Al final del SFT la información del paciente sobre sus medicamentos se incrementa de manera significativa ($p < 0,005$), lo que demuestra el efecto positivo del SFT en este aspecto. Asimismo, el promedio de la puntuación en el ítem que valora si los pacientes se sienten muy capaces de seguir con el tratamiento antirretroviral se incrementó significativamente al final ($p < 0,05$). Esta situación pone de manifiesto la influencia de la intervención farmacéutica en la mejora del cumplimiento del tratamiento antirretroviral. La percepción de la mejora de la salud con el tratamiento antirretroviral fue favorecida por el SFT ($p < 0,001$). En otro estudio, el 25% de los pacientes denominaron que «verse saludable» es un logro muy importante del tratamiento antirretroviral³⁰.

En este estudio se ha demostrado la influencia positiva del SFT en cada uno de los factores de la adherencia. El incremento de la puntuación en los factores de cumplimiento del tratamiento y las percepciones del paciente sobre el mismo fue significativo ($p < 0,001$). Los otros factores que interfieren en la adherencia al tratamiento también incrementaron su valor mediante el SFT.

La intervención farmacéutica es significativa en la modificación de las conductas del paciente, como no dejar de tomar la medicación, el recuerdo de los medicamentos que toma, la frecuencia con la que cumple el horario correcto de la toma de antirretrovirales, y la autoevaluación del cumplimiento, además de influir en su percepción sobre el esfuerzo de seguir con el tratamiento, la información sobre los antirretrovirales, los beneficios que conlleva el uso de antirretrovirales en la mejora de la salud, la capacidad de seguir con el tratamiento, los efectos adversos, el tiempo y la dificultad de tomar los medicamentos.

La influencia del SFT en la mejora de la adherencia al tratamiento antirretroviral se ha demostrado en estudios previos, pero la metodología utilizada por el farmacéutico para valorar la adherencia difiere entre los distintos estudios. Por ejemplo, Codina et al.³ evaluaron el impacto de la atención farmacéutica en la adherencia mediante el recuento de la medicación sobrante, demostrando la tendencia al aumento de la adherencia en los pacientes. Por otro lado, Sandí y Arias⁴, en Costa Rica, evaluaron el impacto de la atención farmacéutica en pacientes con VIH/sida, determinando la adherencia mediante valores clínicos, como el CD4 y la carga viral, además de la presencia de enfermedades oportunistas. Foisy y Akai⁶ utilizaron la terapia directamente observada con el mismo objetivo. Como ya se ha mencionado anteriormente, existen muchas metodologías para valorar la adherencia, pero cada una de ellas tiene sus limitaciones, por lo que es necesario contar con un instrumento fiable y de fácil uso por parte del farmacéutico en el SFT, además de ser una medida cualitativa (informe sobre las causas de la adherencia) y cuantitativa (mide la magnitud de la adherencia); de esta manera, los resultados obtenidos en este estudio demuestran que el CEAT-VIH permite identificar los factores que influyen en el SFT que pueden ser modificados por el farmacéutico, además de cuantificar el valor de la adherencia.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en el presente estudio demuestran que el SFT mejoró significativamente la adherencia al tratamiento antirretroviral de los pacientes con VIH/sida del Centro Médico Naval «Cirujano Mayor Santiago Távara». Las características de la población que han demostrado tener relación con la adherencia al tratamiento farmacológico fueron la edad, la carga viral ($p < 0,005$) y el tipo de esquema antirretroviral; la adherencia fue mayor en los pacientes con esquema a base de INTR que en los pacientes con esquema a base de IP. El SFT mejoró significativamente el promedio del factor cumplimiento del tratamiento y el factor de percepción del paciente sobre su tratamiento y enfermedad.

Bibliografía

- Muñoz-Moreno JA, Fumaz CR, Ferrer MJ, Tuldrá A, Rovira T, et al. Assessing self-reported adherence to HIV therapy by questionnaire: the SERAD (Self-Reported Adherence) Study. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2007; 23(10): 1.166-1.175.
- Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131). Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). *Ars Pharmaceutica*. 2007; 48(1): 5-17.
- Codina C, Tuset M, Ibarra O, Delgado O, Morancho O, García B; Grupo VIH de la SEFH. Evaluación de un programa de atención farmacéutica dirigido a mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Farm Hosp (Madrid)*. 2004; 28 Supl 1: 19-26.
- Sandí J, Arias L. Impacto de la inducción farmacéutica sobre la adherencia de pacientes VIH/sida con tratamiento antirretroviral en el Hospital San Juan de Dios (Costa Rica). *Seguim Farmacoter*. 2003; 1(2): 43-48.
- Kitahata M, Reed SD, Dillingham PW, Van Rompaey SE, Young AA, Harrington RD, et al. Pharmacy-based assessment of adherence to HAART predicts virologic and immunologic treatment response and clinical progression to AIDS and death. *Int J STD AIDS*. 2004; 15(12): 803-810.
- Foisy M, Akai PS. Pharmaceutical care for HIV patients on directly observed therapy. *Ann Pharmacother*. 2004; 38(4): 550-556.
- Ventura J, Alós M. Programa de atención farmacéutica a pacientes VIH con tratamiento antirretroviral: metodología y documentación. *Farm Hosp (Madrid)*. 2004; 28 Supl 1: 72-79.
- Blake M, Renslow S. Management of the adverse effects of antiretroviral therapy and medication adherence. *Clin Infect Dis*. 2000; 30 Supl 2: 96-116.
- Chesney M, Ickovics J, Chambers, Gifford A, Neidig J, Zwickl B, et al. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the AACTG adherence instruments. *AIDS Care*. 2000; 12(3): 255-266.
- Knobel Freud H, Polo Rodríguez R, Escobar Rodríguez I. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral [actualización en junio de 2008] [citado en noviembre de 2008]. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/recomendacionesAdherenciaTrtoAntirretroviral062008.pdf>
- Escobar I, Knobel H, Polo R, Ortega L, Martín-Conde M, Casado J, et al. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. Disponible en: <http://www.msc.es/profesional/preProSalud/sida/asistencia/pdf/RECOADHjulio04Definitivo2.pdf>
- Remor E. Valoración al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*. 2002; 14(2): 262-267.
- Ammassari A, Trotta MP, Murri R, Castelli F, Narciso P, Noto P, et al. Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy: overview of published literature. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002; 31: 123-127.
- Pegueró E, Zorat M, Gené J. Cumplimiento y entrevista terapéutica. *Med Clin (Barc)*. 2001; 116 Supl 2: 52-55.
- Muñoz-Moreno JA, Fumaz CR, Ferrer MJ, Tuldrá A, Rovira T, et al. Assessing self-reported adherence to HIV therapy by questionnaire: the SERAD (Self-Reported Adherence) Study. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2007; 23(10): 1.166-1.175.
- Tafur Valderrama E, Ortiz Alfaro C, García-Jiménez E, Faus MJ. Adaptación del Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH) para su uso en Perú. *Ars Pharm*. 2008; 49(3): 183-198.
- Remor E, Milner-Moskovics J, Preussler G. Adaptação brasileira do Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(5).
- Johnson MO, Neilands TB, Dilworth SE, Morin SF, Remien RH, Chesney MA. The role of self-efficacy in HIV treatment adherence: validation of the HIV Treatment Adherence Self-Efficacy Scale (HIV-ASES). *J Behav Med*. 2007; 30: 359-370.
- Chesney M, Ickovics J, Chambers, Gifford A, Neidig J, Zwickl B, et al. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the AACTG adherence instruments. *AIDS Care*. 2000; 12(3): 255-266.
- Duong M, Piroth L, Grappin M, Forte F, Peytavin G, Buisson M, et al. Evaluation of the Patient Medication Adherence Questionnaire as a tool for self-reported adherence assessment in HIV-infected patients on antiretroviral regimens. *HIV Clinical Trials*. 2001; 2(2): 128-135.
- Norma técnica para el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Lima: Ministerio de Salud-Perú, 2004; Nt. N.º 124-2004-MINS/DGSP-V.01.
- Remor E. Manual del Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH). Versión 1.0. Madrid, 2002.
- Rathbun RC, Farmer KC, Stephens JR, Lockhart S. Impact of an adherence clinic on behavioral outcomes and virologic response in the treatment of HIV infection: a prospective, randomized, controlled pilot study. *Clin Ther*. 2005; 27(5): 199-209.

Impacto de la intervención farmacéutica en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima (Perú)

E.J. Tafur Valderrama, C. Ortiz Alfaro, E. García-Jiménez, M.J. Faus Dader, F. Martínez Martínez

Originales

24. Rathbun RC, Farmer KC, Stephens JR, Lockhart S. Impact of an adherence clinic on behavioral outcomes and virologic response in the treatment of HIV infection: a prospective, randomized, controlled pilot study. *Clin Ther.* 2005; 27(5): 199-209.
25. DeFino M, Clark J, Mogyoros D, Shuter J. Predictors of virologic success in patients completing a structured antiretroviral adherence program. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2004; 15(5): 60-67.
26. 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: 968-977.
27. 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 non nucleoside analogues or protease inhibitors. *Clin Infect Dis.* 2005; 40(1): 158-163.
28. Sherr L, Lampe F, Norwood S, Leake D, Harding R, Johnson M, et al. Adherence to antiretroviral treatment in patients with HIV in the UK: a study of complexity. *AIDS Care.* 2008; 20(4): 442-448.
29. Puigventós 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): 130-137.
30. Zuniga JM. State of HIV treatment: results of the International Association of Physicians in AIDS care surveys of HIV-positive patients and HIV-treating physicians in the United States. *J Int Assoc Phys AIDS Care (Chic Ill).* 2006; 5(2): 51-56.