



A-9. - ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

J. Blanch Falp¹, A. Soler Anaya², D. Blancas Altabella¹, J. García Pont¹, G. Alba Aranda², J. Torné Cachot¹, J. Baucells Azcona¹, H. Camell Hilari¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Farmacia. Hospital Residència Sant Camil. Sant Pere de Ribes (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Conocer el grado de adherencia al tratamiento antirretroviral (TARGA) de los pacientes infectados por el VIH en nuestro centro y analizar las variables que puedan influir en una mala adherencia.

Métodos: El estudio se realizó en el Hospital Sant Camil de San Pere de Ribes, durante los meses de septiembre a noviembre del 2012. Se incluyeron 285 pacientes, que representaban el total de pacientes con TARGA. Se excluyeron a los que habían iniciado el tratamiento en los últimos 6 meses. Diseño: observacional y transversal. Se definió como mala adherencia cuando el paciente había tomado menos del 90% de la dosis prescrita. Se midió el cumplimiento a través del registro informático de dispensación del Servicio de Farmacia, durante el periodo de 3 meses por cada paciente y fármaco. Análisis estadístico univariado, bivariado (test de Fisher y t de Student) y multivariado (regresión logística).

Resultados: La edad media fue de 48 años (22-89), el 74,3% fueron varones. El 33,7% tenían antecedentes de UDVP. La media de CD4 fue de 707 mm³ (22-2072), con una carga viral (CV) negativa en el 93,7%. La media de adherencia fue del 90% (22-100), en el 70,9% fue \geq al 90% y en el 82,1% \geq 80%. El 98,5% de los pacientes con una adherencia \geq al 90% tenían una CV negativa. La media de tiempo con el tratamiento actual fue de 41,12 meses (6-108). El 41,1% seguía una 1ª línea de tratamiento y como tercer fármaco el 58,2% tomaba un inhibidor no nucleótido de la transcriptasa inversa (INNTI), el 27% un inhibidor de las proteasas (IP) y el 14,7% otras combinaciones. La media de comprimidos diaria fue de 2,88 (1-12). El 63,9% seguía tratamiento con un intervalo de dosis de 24 horas y el 39,3% con una combinación fija una vez al día (CDF). La adherencia en las combinaciones no fijas, no era igual entre sus componentes en un 14,7%, destacando en un 30% el ritonavir como potenciador con una peor adherencia. En el análisis bivariado se relacionó con una buena adherencia: la 1ª línea de tratamiento 79,7 vs 64,7% (p 0,008), el número de comprimidos media 2,65 vs 3,43 (p 0,002), un INNTI como tercer fármaco 77,1 vs 61% (p 0,014), la CDF 80,4 vs 64,7% (p 0,005), la carga viral negativa 74,8 vs 16,7% (p 0,000) y en el límite de la significación el intervalo de dosis de 24 horas 74 vs 65% (p 0,068) y el factor de riesgo sexual 73,4% vs 63,3% (p 0,060). En el análisis multivariado mantuvieron la significación estadística: la carga viral OR 11,35 (p 0,000) y en el límite de la significación la CDF OR 1,73 (p 0,081) y la 1ª línea de tratamiento OR 1,83 (p 0,052).

Discusión: No existe un nivel de adherencia definido que implique fallo virológico con los INNTI y los

IP potenciados. Se estima que solo un 62% de los pacientes consiguen una adherencia $\geq 90\%$. Esta cifra es superior en nuestro estudio y llega al 80% en los pacientes tratados con CDF. Una adherencia inadecuada condiciona una mala respuesta virológica y una inadecuada respuesta inmunológica, con un aumento de la morbilidad y mortalidad. Por otra parte el coste elevado del TARGA se incrementa con el fracaso terapéutico, al pasar a otras líneas de tratamiento más complejas y caras. Probablemente la mayor adherencia que se observa en nuestra serie se relaciona con una elevada proporción de pacientes con CDF.

Conclusiones: 1. El 71% de nuestros pacientes tenían una adherencia $\geq 90\%$. 2. La carga viral negativa, la 1ª línea de tratamiento, el número de comprimidos, el intervalo entre dosis de 24 horas y las CDF se relacionan con una buena adherencia al TARGA. 3. El 15% de los pacientes con combinaciones no fijas tienen una adherencia desigual en especial con el ritonavir.