

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON ANTI-RETROVIRALES: LECCIONES SACADAS DE LA TUBERCULOSIS Y LA LEPRO

INSPIRADO EN EL ARTÍCULO: Reid SE et al. Antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: adherence lessons from tuberculosis and leprosy (Review). International Journal of STD & AIDS 2004; 15: 713-716

PREMISAS:

La tuberculosis (TB) y la lepra son dos enfermedades crónicas cuyos tratamientos consisten en varios fármacos administrados de forma ininterrumpida durante 6 a 12 meses.

En el caso de la TB y la lepra, la poliquimioterapia ha conseguido acortar mucho la duración total del tratamiento.

No completar el tratamiento tiene como consecuencia la recaída de la enfermedad, la aparición de resistencias, el contagio de estas formas resistentes y la necesidad de un tratamiento diferente, más caro, menos disponible y habitualmente con más efectos secundarios.

En el caso del tratamiento ARV, para reducir el virus a niveles indetectables y minimizar el desarrollo de resistencias se necesita una adherencia del 95% de por vida.

No existen muchos fármacos de reserva en caso de fracaso de la “primera línea” de tratamiento, por lo que a veces se propugna el “tratamiento directamente observado” (DOT).

Estas terapias sólo son aplicables en contextos fuera de la urgencia, para garantizar la continuidad.

Las rupturas de stock, es decir, la interrupción del abastecimiento del medicamento, tiene las mismas consecuencias.

Cuanto más largos son los tratamientos, más posibilidades de dejarlos antes de tiempo.

Los síntomas de la enfermedad mejoran o desaparecen a los pocos meses de empezar el tratamiento, pero la enfermedad no está aún curada. En contextos culturales menos desarrollados, es frecuente que el tratamiento se interrumpa “cuando uno se encuentra bien”.

En general se trata de medicamentos caros, imposibles de suministrar por una ONG (tal vez se pueda complementar), que deben ser proporcionados desde programas verticales o específicos.

Según los precios del mercado, pueden disponerse de más o menos tratamientos para tratar a más o menos enfermos (en relación con el problema de los genéricos, patentes, etc).

Incluso en los países industrializados, sólo el 40-50% de los pacientes alcanzan los objetivos óptimos de adherencia al tratamiento.

Algunos gobiernos creen que el tratamiento directamente observado resulta demasiado caro y coarta la libertad del individuo.

“AGRAVANTES” ESPECÍFICOS DEL VIH/SIDA

El tratamiento con antirretrovirales (ARV) es un tratamiento de por vida.

Los diferentes fármacos se toman en diferente pauta horaria, con o sin comidas, pueden tener mal sabor. El tratamiento puede ser difícil de entender para las personas afectadas.

Las combinaciones a dosis fijas son aún raras, especialmente para los niños.

Enfermedad estigmatizada: el que toma el tratamiento revela su estatus y puede ser rechazado por su entorno social.

Ninguna ONG se queda en el terreno de por vida, por lo que debe preverse el relevo en la colaboración, ya sea gubernamental o privado.

PREGUNTA: ¿CÓMO FAVORECER LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON ARV? (Discusión por grupos y puesta en común)

ELEMENTOS POSIBLES PARA LAS RESPUESTAS

Plantear el programa sólo en contextos estables.

Gratuidad del tratamiento.

Dar los fármacos en bolsitas “fáciles de entender” (Ver **Figura**)

Limitar el tratamiento en sus fases iniciales a pacientes bien motivados que vivan cerca de los puntos de distribución de medicamentos.

Descentralizar estos puntos de distribución.

Aplicar el “tratamiento directamente observado” o exigir que el-la paciente vaya siempre acompañado por un compañero/a, pariente o amigo, que actúa de garante o supervisor.

Captación activa de los abandonos para que retomen el tratamiento lo antes posible.

Garantizar la continuidad del abastecimiento: favoreciendo la logística, ayudando a llevar las fichas de stock, completando alguno de los fármacos según la experiencia de carencias previas,...

Favorecer la utilización de medicamentos baratos, efectivos y a dosis combinadas fijas, que permitan tomar el menor número posible de pastillas al día, y con pocos efectos secundarios.

Incentivos (suplementos de alimentación por ejemplo) durante las fases en las que el paciente debe estar lejos de sus actividades cotidianas: fases iniciales del tratamiento, controles de laboratorio, etc.

Formación continuada.

Asesoramiento permanente.

Personal sanitario amable, comprensivo, discreto, sin prejuicios.

Figura: Bolsitas de plástico para explicar la forma de tomar los medicamentos. En el ejemplo, se indica que hay que tomar dos comprimidos del medicamento XXX por la mañana y otros dos por la tarde-noche, es decir, cada 12 horas, o puede indicarse “a las 6 de la mañana (cuando amanece) y a las 6 de la tarde (cuando anochece)”.

