PROYECTO ADHER

Problemas del presente y soluciones de futuro

Cuaderno de Adherencia en VIH: prevención y tratamiento

GRUPOOAT

Weber FUNDACIÓN

Con el patrocinio de:

ViiV Healthcare

PROYECTO ADHER

Problemas del presente y soluciones de futuro

Cuaderno de Adherencia en VIH: prevención y tratamiento

GRUPOOAT

Weber FUNDACIÓN

Con el patrocinio de:

ViiV Healthcare

Edita:

Grupo OAT Observatorio de la Salud, S.L.
C/Cólquide, 6. Edificio Prisma. Portal 2 - 3E
Las Rozas de Madrid. 28231 Madrid
secretaria.oat@oatobservatorio.com

Fundación Weber
C/Moreto, 17 - 5º Dcha.
28014 Madrid
weber@weber.org.es

© Grupo OAT y Fundación Weber 2025. Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación, así como la edición de su contenido, almacenamiento o transmisión en cualquier forma por medio de cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo, sin previa autorización escrita de los editores.

ISBN OAT: 978-84-09-79967-1
ISBN Weber: 979-13-990350-6-3
Depósito Legal: M-25913-2025

AUTORES

Juan Ambrosioni
Unidad VIH, Servicio de Infecciones, ICMID en el Hospital Clínic de Barcelona.

Alejandro Bertó
Educador en salud sexual de ADHARA (Asociación VIH/Sida).

Jose Canales
Coordinador del Comité Ciudadano Antisida Comunidad Valenciana.

Amaia Casteig
Directora del Grupo OAT- Observatorio de la Adherencia al Tratamiento.

Raúl Ferrando
Gerente del Departamento de Salud de Castelló.

Carlos García
Psicólogo sanitario responsable del programa de Atención Psicologica en Hospitales a personas con VIH del Comité Antisida de Valencia.

Jorge Garrido
Director ejecutivo de Apoyo Positivo

Laura Labajo
Consulta de Enfermería de la Unidad de Patología Infecciosa del Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo.

Roger Llobet
Coordinador de Enfermería de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínic de Barcelona.

Elena Mérida
Medical Education and Publishing. Weber.

María Luisa Montes
Especialista en la Unidad de VIH del Servicio de Medicina Interna del Hospital universitario La Paz de Madrid.

José Luis Poveda
Director Gerente del Hospital Universitario Politécnico la Fe de Valencia.

Miguel Ángel Rodríguez
Jefe de Sección en el Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

Alberto Romero
Coordinador de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Puerto Real de Cádiz.

Félix Rubial
Director Gerente. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla Servicio Cántabro de Salud.

Mireia Santacreu
Enfermera Coordinadora de Ensayos Clínicos en la Unidad de VIH del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

Pilar Taberner
Coordinadora del grupo AFVIH. Especialista en el Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida.

Pere Ventayol
Jefe de Sección en el Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Son Espases de Palma de Mallorca.

Javier Villaseca
Consultant Health Affairs and Policy Research. Weber.

Néboa Zozaya
Manager Health Affairs and Policy Research. Weber.

ÍNDICE

Abreviaturas **7**

Índice de tablas **8**

Introducción **9**

Análisis de datos y perspectivas actuales sobre el VIH 11
Importancia de la adherencia 12
Adherencia en el VIH: tratamiento y prevención 13
Abordaje multidisciplinar de la adherencia en personas con VIH y usuarios de prevención combinada 15
Rol activo de la persona con VIH y de su entorno 15
¿Para qué el Cuaderno de adherencia en VIH? 16
Referencias bibliográficas 18

1. Implicaciones clínicas y económicas de la falta de adherencia al tratamiento **23**

1.1. Implicaciones clínicas de la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral como tratamiento del VIH 25
1.2. Impacto de la adherencia al tratamiento antirretroviral como tratamiento del VIH en la calidad de vida 27
1.3. Impacto de la adherencia al tratamiento antirretroviral como tratamiento del VIH sobre los costes sanitarios 30
1.4. Implicaciones de la adherencia en la prevención del VIH 38
Conclusiones y recomendaciones 40
Referencias bibliográficas 41

2. La adherencia a los cuidados en VIH: perspectiva de la gestión sanitaria **49**

2.1. Introducción 51
2.2. Aspectos relevantes para la mejora de la adherencia a los cuidados en VIH 52
2.3. Modelo de prestación de cuidados 53
2.4. El papel del gestor en la mejora de la adherencia a los cuidados en VIH 59
Conclusiones y recomendaciones 61
Referencias bibliográficas 63

3. La adherencia a los cuidados en VIH: perspectiva del entorno comunitario **65**

3.1. Contexto actual. Aspectos relevantes para la mejora de la adherencia en VIH: necesidades individualizadas y participación activa de la persona en su cuidado 67
3.2. El papel del entorno comunitario en la mejora de la adherencia a los cuidados en VIH. Experiencia y aprendizajes de estrategias exitosas desarrolladas por el ámbito comunitario para cada paciente basadas en el sistema de estratificación de pacientes 70

Conclusiones y recomendaciones 78
Referencias bibliográficas 79

4. La adherencia a los cuidados en VIH: perspectiva del ámbito clínico 83
4.1. Introducción 85
4.2. Aspectos relevantes para la mejora de la adherencia a los cuidados en VIH: coordinación asistencial e importancia de la multidisciplinariedad 87
4.3. El papel del clínico en la mejora de la adherencia a los cuidados en VIH 88
Conclusiones y recomendaciones 91
Referencias bibliográficas 92

5. La adherencia a los cuidados en VIH: perspectiva de la farmacia hospitalaria 97
5.1. Introducción 99
5.2. Aspectos relevantes para la mejora de la adherencia a las intervenciones farmacológicas: métodos de medida, prevención y tratamiento 101
5.3. El papel del farmacéutico en la mejora de la adherencia a los cuidados en VIH 104
Conclusiones y recomendaciones 109
Referencias bibliografías 110

6. La adherencia a los cuidados en VIH: perspectiva de la enfermería 113
6.1. Introducción 115
6.2. Aspectos relevantes para la mejora de la adherencia a los cuidados en VIH: educación y comunicación efectiva 115
6.3. Impacto de los cuidados enfermeros en la prevención y la adherencia en las personas con VIH 118
Conclusiones y recomendaciones 122
Referencias bibliográficas 124

7. Recomendaciones para mejorar la adherencia a la prevención y tratamiento del VIH: resultados del estudio Delphi 127
7.1. Metodología 129
7.2. Resultados 131
Discusión y conclusiones 141
Anexo. Listado detallado de medidas propuestas 142

8. Conclusiones 147
Decálogo de recomendaciones para la mejora de la adherencia en el ámbito del VIH 148

Abreviaturas

AF: atención farmacéutica
CV: carga viral
CVRS: calidad de vida relacionada con la salud
DSS: determinantes sociales de la salud
GBHSH: gais, bisexuales y hombres que tienen sexo con hombres
GeSIDA: Grupo de Estudio del Sida
HSH: hombres que tienen sexo con hombres
IM: intramuscular
ITS: infecciones de transmisión sexual
MEMS: medication event monitoring system
MPR: medication posession ratio
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
PAI: proceso asistencial integrado
PDC: proporción de días cubiertos
PEP: profilaxis posexposición
PREM: patient reported experience
PrEP: profilaxis preexposición
PROM: patient reported outcome measure
PVIH: personas con VIH
QD: una toma al día
RCU: regímenes de comprimido
SEFH: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SMAQ: Simplified Medication Adherence Questionnaire
SNS: Sistema Nacional de Salud
SPNS: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida
TAR: tratamiento antirretroviral
TDO: terapia directamente observada
VIH: virus de inmunodeficiencia humana

Índice de tablas

Tabla 1. Correlaciones entre las dimensiones del WHOQOL-HIV-BREF español y la adherencia al TAR 28

Tabla 2. Prevalencia de salud autocalificada como muy buena/buena entre todas las personas que viven con el VIH, las que reciben TAR y las que reciben TAR con supresión viral 29

Tabla 3. Relación ajustada entre el número de veces que se omitió el TAR en el último mes y el estado de salud auto informado 30

Tabla 4. Características de los estudios encontrados sobre el impacto económico de la adherencia al TAR en el ámbito del VIH/SIDA 32

Tabla 5. Costes promedio por persona con VIH/SIDA adherente y no adherente al TAR (euros 2024)* 33

Tabla 6. Datos de partida sobre población (en número de personas) para los cálculos 36

Tabla 7. Supuestos asumidos para la evolución de la adherencia al TAR 36

Tabla 8. Datos de partida y cálculos sobre los costes sanitarios asociados a las PVIH adherentes y no adherentes al TAR 37

Tabla 9. Estimación del impacto de la mejora en adherencia al TAR en los CDS (excluyendo el coste del TAR) del SNS de España (en millones de euros), en función de la tasa de descuento aplicada 38

Tabla 10. Áreas de intervención y acciones 72

Tabla 11. Métodos de estimación de la adherencia y recomendaciones 103

Tabla 12. Objetivos de la consulta de AF 106

Tabla 13. Perfiles de los profesionales participantes en el Estudio Delphi 130

Tabla 14. Medidas de acción propuestas para mejorar la adherencia al VIH, ordenadas de mayor a menor relevancia 133

Tabla 15. Priorización, por consenso de los expertos sobre su relevancia y grado de implementación actual, de las 44 medidas de acción propuestas para mejorar la adherencia en VIH, agrupadas por área de acción 138

Introducción

Amaia Casteig
Directora del Grupo OAT- Observatorio de la Adherencia al Tratamiento.

Jorge Garrido
Director Ejecutivo de Apoyo Positivo.

Marisa Luisa Montes
Especialista en la Unidad de VIH del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

José Luis Poveda
Director Gerente del Hospital Universitario Politécnico La Fe de Valencia.

Mireia Santacreu
Enfermera Coordinadora de Ensayos Clínicos en la Unidad de VIH del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

Pilar Taberner
Coordinadora del grupo AFVIH. Especialista en el Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lérida.

Análisis de datos y perspectivas actuales sobre el VIH

En el año 2023, se registraron 3.196 nuevos diagnósticos de personas infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en España, con una tasa de incidencia de 6,65 por cada 100.000 habitantes[1]. Los hombres representan alrededor del 86,1 % de los nuevos diagnósticos de VIH, con una edad media, al momento del diagnóstico, de 36 años. La transmisión sexual fue la principal vía de contagio, siendo más común en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), seguido por la transmisión heterosexual y la transmisión entre personas que se inyectan drogas (PID). Se estima que el 80,7 % de los nuevos casos de VIH en 2023 fueron atribuidos a la transmisión sexual. Asimismo, el 27,2 % de los casos presentaron enfermedad avanzada, mientras que el 48,7 % fueron diagnosticados tardíamente. Se observó una mayor incidencia de diagnóstico tardío en mujeres en comparación con hombres (54,6 % frente a 47,7 %)[1].

El Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS en España, alineado con los objetivos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 95-95-95-95, representa un pilar fundamental en la respuesta integral contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) en nuestro país[2]. Este plan, respaldado por el compromiso gubernamental y la participación de diversos actores, no solo busca alcanzar las metas de diagnóstico, tratamiento y carga viral (CV) indetectable, sino que también se enfoca en la eliminación de la discriminación y el estigma[3]. Además, se integra con el Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato asociado al VIH, reflejando así un enfoque holístico y comprometido con la igualdad y la justicia social. Esta estrategia abarca desde la promoción de la conciencia pública sobre el VIH hasta la garantía de acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas afectadas, fortaleciendo así la respuesta nacional contra el VIH y las ITS, y la promoción de la igualdad de trato. Además, se integra con otras iniciativas relacionadas con la salud pública y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, lo que refleja un enfoque coordinado y multidisciplinario para abordar estos desafíos de manera efectiva.

Sin embargo, la incorporación de la profilaxis preexposición (PrEP) junto con algunas medidas como el uso del preservativo y la profilaxis posexposición (PEP), y con otras medidas fundamentales, ha contribuido significativamente a la reducción de la transmisión de la infección por VIH. Este avance ha fortalecido la estrategia de prevención del VIH y ha generado un impacto positivo en la salud pública[4].

El tratamiento antirretroviral (TAR) inhibe la replicación del VIH, logrando mantener la CV indetectable y preservar los linfocitos CD4, células clave del sistema inmunológico. La evolución del TAR, ahora con opciones orales simples e inyectables, ha contribuido a la mejora en el tratamiento y la atención integral del VIH, logrando que la epidemiología y el pronóstico de la infección por VIH hayan experimentado cambios significativos[5].

Los avances en la investigación de nuevos tratamientos para el VIH han contribuido a prolongar la supervivencia, ralentizando la progresión de la enfermedad y mejorando la calidad de vida de las personas que viven con el VIH (PVIH), al tiempo que reducen las complicaciones asociadas[6].

Por ello, gracias a los avances y evolución del TAR, la infección por VIH se ha transformado en una condición crónica, lo que ha llevado a una notable reducción en la mortalidad entre las PVIH. Sin embargo, este grupo poblacional tiende a experimentar un envejecimiento prematuro y a desarrollar una inflamación crónica, lo que aumenta el riesgo de fragilidad y comorbilidades a edades más tempranas que en la población general[4-6].

Importancia de la adherencia

Es necesario contextualizar y entender el concepto de adherencia desde una perspectiva global para llegar a valorar su importancia real. Curiosamente, el incumplimiento del paciente es una de las conductas de salud mejor documentadas y peor comprendidas[7].

La falta de adherencia a los tratamientos, sobre todo en patologías crónicas, es un grave problema de salud pública, tal como lo indica la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que afecta, de forma directa, a la efectividad de dichos tratamientos, al empeoramiento de la enfermedad y a la calidad de vida de los pacientes. Pero la falta de adherencia genera también impactos indirectos, en términos de costes de oportunidad por el desaprovechamiento de recursos o impacto medioambiental mediante la generación de residuos (por ejemplo, la no optimización de viales). Todo ello se traduce en un importante impacto económico para los sistemas de salud, por lo que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) señala a la adherencia como una de las cuatro patas clave para hacer sostenibles los sistemas nacionales de salud en los próximos años[8].

En España, la falta de adherencia terapéutica en enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia, entre otras, se ha estimado entre el 28 % y el 56 %, por ello, siendo menos adherentes los pacientes polimedicados[9-11]. Asimismo, se calcula que un aumento de 10 puntos porcentuales sobre las tasas de adherencia de 4 enfermedades (cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus tipo 2 y depresión mayor) supondría ahorros de más de 500 millones de euros en costes sanitarios directos[12]. El incumplimiento terapéutico incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad[13]. Se estima que la baja adherencia contribuye a unas 200.000 muertes prematuras[14]. Se espera que en 2050 las personas mayores de 65 años representen el 31,5 % de la población total. De mantenerse las altas tasas de incumplimiento terapéutico, la carga sociosanitaria podría ser altamente significativa[15].

En el capítulo 1 del presente cuaderno se profundizará en el impacto clínico y económico de la adherencia en el ámbito del VIH, pero, como una reflexión general, cabe destacar que, en el caso del VIH que se produce mediante infección, es fundamental considerar el papel de la adherencia no solo al tratamiento, sino también a las estrategias de prevención y a la adopción de hábitos saludables, ya que su efectividad repercute tanto a nivel individual como en la reducción de la transmisión dentro de la comunidad.

Durante los últimos años, hemos avanzado bastante en visibilizar la importancia de la adherencia y existe una mayor concienciación sobre la necesidad real de mejorarla. Sin

embargo, faltan estrategias claras basadas en una mayor investigación y acciones específicas multidisciplinares que se pongan en marcha para ofrecer soluciones. Mientras tanto, la baja adherencia es un hecho bastante extendido y, aunque son numerosos los factores determinantes de esta situación, es probable que su gravedad no esté suficientemente valorada, no solo por parte de los pacientes sino también por los profesionales implicados en su tratamiento y cuidado, y por la Administración Sanitaria.

Adherencia en el VIH: tratamiento y prevención

La adherencia al tratamiento en la infección por VIH y la profilaxis es crucial para conseguir el control en las personas diagnosticadas, reducir la transmisión y la aparición de resistencias[16].

En 2013, ONUSIDA y la OMS establecieron la ambición de los objetivos 90-90-90 con el propósito de que para el año 2020, el 90 % de las PVIH conozcan su estado virológico, el 90 % de los que tienen VIH diagnosticado reciban TAR y el 90 % de las personas en tratamiento estén virológicamente suprimidas[17]. En 2014, UNAIDS incorporó a esta estrategia nuevos parámetros fast-track para acabar con el SIDA en 2030, incrementando estos objetivos a 95-95-95[18].

Para conseguirlo, el Plan de Prevención y Control del SIDA destaca la importancia del seguimiento y apoyo a la adherencia a la profilaxis y al tratamiento de la infección por el VIH. Se pretenden desarrollar nuevas herramientas digitales orientadas a la mejora de la calidad de vida de las PVIH con el fin de disminuir las barreras de acceso al tratamiento, favorecer la adherencia y reducir el estigma y la discriminación[2].

La adherencia al tratamiento

En aquellas personas con infección conocida por VIH, la adherencia inadecuada sigue siendo la causa predominante del fracaso terapéutico. Se han destinado muchos esfuerzos para averiguar los principales factores que la fomentan. En este sentido, se han establecido criterios relacionados con las personas y sus actitudes (soporte social y familiar, nivel educativo y económico, hábitos poco saludables, presencia de comorbilidades, etc.), otros criterios relacionados con el propio tratamiento (frecuencia de administración, restricciones alimentarias, efectos adversos, etc.) y también criterios relacionados con el entorno sanitario (disponibilidad de recursos, actitud y comunicación con los pacientes, etc.)[16,19-22].

Las estrategias de fomento de la adherencia consisten en preparar al paciente con un abordaje multidisciplinar (informar sobre la enfermedad, describir el objetivo terapéutico, explicar los efectos adversos, las posibles consecuencias de un incumplimiento, etc.), identificar las situaciones que puedan dificultar la adherencia de manera individualizada e intentar corregirlas[16]. Conseguir que el paciente adopte un rol activo en la gestión de su salud e incremente su autocuidado, mejorará la adherencia[23].

Asimismo, se deberá evaluar periódicamente la adherencia durante el seguimiento del TAR y para ello se recomienda combinar al menos dos formas de medir la adherencia (métodos

directos o indirectos)[24]. El tratamiento directamente observado podría garantizar una correcta adherencia, ya que requiere una administración por personal sanitario especializado, y esta forma y frecuencia de administración es viable y cómoda para el paciente[25,26].

La adherencia en la prevención combinada

En aquellas personas que utilizan prevención combinada para la infección por VIH también es importante considerar la adherencia, tanto si es antes (PrEP) como después (PEP) de una exposición. De esta manera se podrían reducir los contagios de la infección y el riesgo de aparición de resistencias a los antirretrovirales[27]. Una correcta adherencia a la PrEP es el factor fundamental para la eficacia de esta profilaxis, tanto para prevenir nuevas infecciones como para evitar la aparición de resistencia a antirretrovirales, en caso de infección por el VIH[28].

Hay que considerar que el uso de la PEP se ha visto disminuido desde el momento en el que se dispone de la PrEP, no obstante, sigue siendo una herramienta muy útil para reducir el riesgo de contagio en personas que se han expuesto al VIH. Los datos indican que el porcentaje de cumplimiento del tratamiento profiláctico, que en este caso es de 28 días, está en torno al 50 %, observándose diferencias entre subgrupos. Los HSH lo completan en más ocasiones y es menor el cumplimiento en los casos de abusos sexuales[29,30]. Los efectos adversos del tratamiento de la PEP oral diaria son una de las principales causas de abandono, seguido de la pérdida de percepción de riesgo de contagio conforme pasan los días desde la exposición[31].

La PrEP, de reciente implantación en nuestro entorno, también requiere mantener una correcta adherencia, ya que es imprescindible para obtener la máxima eficacia preventiva. Estudios como el FEM-PrEP o el iPrEx OLE correlacionan la toma de fármaco y presencia de niveles plasmáticos con la efectividad de la PrEP[28].

Entre los factores que pueden asociarse a la falta de adherencia en la PrEP, se incluyen barreras estructurales de acceso, a pesar de la extensión de la financiación a un mayor número de personas vulnerables y su amplia implantación en todas las comunidades autónomas. Además, aspectos relacionados con la percepción y el conocimiento sobre la PrEP por parte de los usuarios son determinantes. El grado de aceptación social de la PrEP en el entorno cercano es un aspecto clave, ya que una percepción social negativa puede generar un estigma asociado a su uso. La percepción de falta de eficacia o el desconocimiento sobre la posible aparición de efectos adversos también son motivos relevantes para la falta de adherencia[31,32]. Asimismo, el tipo de pauta de administración puede condicionar la adherencia, ya que los regímenes de toma complejos o con efectos secundarios indeseados pueden dificultar la continuidad del tratamiento[31]. En la entrevista con el usuario, el equipo multidisciplinar debe indicar el objetivo de la profilaxis y cómo tomarla, reforzando la importancia de la adherencia y ofreciendo mecanismos personalizados que se ajusten a las rutinas del usuario. Para reducir el estigma, son imprescindibles campañas divulgativas y educación social. Además, efectos adversos de la PrEP oral diaria pueden impactar en la

adherencia y llevar al abandono del tratamiento, motivo por el que es indispensable informar en el momento de la dispensación de cuáles son y cómo manejarlos en el caso de que aparezcan[28]. Por otro lado, la percepción del riesgo y la presencia de comportamientos de alto riesgo se asocian positivamente con una mayor adherencia a la PrEP[29]. En este sentido, la mayoría de las guías recomiendan informar de la PrEP a toda persona sexualmente activa y/o PID, para poder así analizar de forma individualizada el riesgo de adquirir el VIH, y valorar la idoneidad de la PrEP[29] y la posibilidad de abandonar el tratamiento siempre que desaparezca el riesgo y que se haga de manera consciente[32].

Abordaje multidisciplinar de la adherencia en personas con VIH y usuarios de prevención combinada

El abordaje multidisciplinar de la adherencia al TAR en PVIH o la profilaxis en personas con riesgo de adquirir el VIH, es esencial para alcanzar los objetivos de prevención y terapéuticos, así como para reducir el riesgo de fracaso virológico, la mortalidad y la resistencia farmacológica[16]. Debido a que existen muy diversos factores que impactan en la adherencia, como son el entorno socioeconómico, las comorbilidades, las características del tratamiento y de logística, es necesario evaluar y monitorizar todos ellos en cada visita. Se deben utilizar métodos fiables de medición y aplicar estrategias combinadas, para las que la colaboración entre profesionales de atención primaria, farmacia y especialistas en VIH es crucial, destacando la importancia de registrar y compartir esta información en el historial clínico de la PVIH o de las personas en programas de prevención[33,34].

La colaboración multidisciplinar de profesionales de la salud, incluyendo farmacéuticos especialistas, enfermeros, psicólogos y psiquiatras, deben incidir, además de en el manejo del TAR, en revisar toda la medicación que toma el paciente, promover hábitos de vida saludable y realizar intervenciones individualizadas y multifactoriales que van a mejorar la adherencia. El apoyo emocional, la detección precoz de trastornos mentales, el consumo de drogas y alcohol, así como la implicación del entorno familiar y social, son aspectos clave para abordar las barreras emocionales y sociales que pueden afectar a la adherencia al TAR o a la prevención. Por último, subrayar la importancia de que las PVIH puedan acceder de manera fácil a los distintos miembros del equipo multidisciplinar para resolver dudas y problemas que surjan durante el tratamiento[16].

Rol activo de la persona con VIH y de su entorno

La innovación biomédica y la evolución clínica actual del VIH nos permite pensar en un nuevo paradigma en el modelo de abordaje, donde la cronicidad y la calidad de vida pasan a ser el objetivo alcanzable y prioritario que manejar.

Para ello, esta nueva visión requiere de una participación real y activa de la PVIH en todo el viaje que se inicia tras recibir el diagnóstico. Una participación que implica la esencial gestión del fármaco y su adherencia, que permite el control de la CV en sangre hasta hacerla inde-

tectable y con ello intransmisible a otras personas, además de garantizar una calidad de vida óptima.

Pero además, supone el primer paso hacia unos cuidados y un proceso de formación y capacitación, que debe ser facilitado por los equipos profesionales sociosanitarios y comunitarios, encaminado a un objetivo: la autonomía en la gestión y los autocuidados necesarios para que la PVIH sea protagonista de su salud y frene posibles comorbilidades físicas y neuropsiquiátricas, especialmente las derivadas del impacto del estigma.

La experiencia de más de 40 años de participación de la PVIH en el sistema de salud y en el manejo de su patología, nos permite hablar de un modelo de cronicidad exclusivo y eficiente, en el que el papel de liderazgo de la PVIH y de la comunidad de respuesta ha sido clave. Esta experiencia va más allá del rol del paciente activo y muestra los diferentes niveles en los que la persona puede y debe participar en el cuidado de su salud: desde las decisiones en cuanto a su fármaco y tratamiento, hasta en la participación en la investigación, el acceso a la innovación, o la implementación de programas pioneros en el abordaje de la cronicidad del VIH, como los programas de pares o educadores con personas VIH expertas.

Además, este modelo y experiencia han nutrido otros procesos de abordaje del VIH como es la prevención, dando paso no solo a la personalización de la atención de la PVIH, sino también a la individualización de la prevención del virus a través del pack preventivo combinado en personas que pueden exponerse a la infección, donde, de nuevo, la cronicidad de la adherencia y cuidados juegan un papel esencial.

El papel de la PVIH y de las comunidades directamente vinculadas es el motor de la respuesta biopsicosocial a la patología y trasciende la esfera más clínica para poner el peso y prioridad en la calidad de vida, en los factores psicosociales, en la salud mental y en los determinantes sociales de la salud que, en la cronicidad, impactan más que cualquier otro factor sobre el manejo de la patología y su abordaje integral en salud.

¿Para qué el Cuaderno de adherencia en VIH?

El Cuaderno de Adherencia en VIH: prevención y tratamiento es una evolución del trabajo iniciado con el Proyecto ADHER, desarrollado por Grupo OAT y Fundación Weber, que dio lugar al primer Libro Blanco de la Adherencia en España.

Aquel proyecto estableció una base metodológica sólida para abordar la falta de adherencia terapéutica en nuestro país, incorporando la participación de más de un centenar de expertos procedentes de la Administración Sanitaria, sociedades científicas, asociaciones de pacientes y economistas de la salud. Mediante un estudio Delphi, se alcanzó un consenso nacional y se elaboró un decálogo integral de soluciones prácticas para mejorar la adherencia y avanzar hacia una atención más efectiva y sostenible.

Siguiendo esa misma metodología, este cuaderno traslada el modelo del Libro Blanco al ámbito específico del VIH, adaptándolo a su particular contexto clínico y social. El VIH ha

pasado de ser una enfermedad mortal a una condición crónica, lo que plantea nuevos retos vinculados a la persistencia terapéutica, la polifarmacia, el envejecimiento y la prevención combinada (PrEP y PEP). En este escenario, la adherencia se convierte en un elemento esencial para garantizar el control de la infección, evitar resistencias, mejorar la calidad de vida y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario.

El cuaderno mantiene el enfoque multidisciplinar y de consenso, integrando la visión de profesionales del ámbito clínico, farmacéutico, de enfermería, comunitario y de gestión. Su desarrollo culmina en un nuevo estudio Delphi, que ha permitido identificar y priorizar las medidas más relevantes y factibles para mejorar la adherencia en el ámbito del VIH, recogidas en unas conclusiones y recomendaciones finales.

De este modo, el Cuaderno de Adherencia en VIH se consolida como una herramienta práctica y de referencia, orientada a impulsar la reflexión y la acción conjunta de todos los agentes implicados en el cuidado y la prevención del VIH.

Referencias bibliográficas

1. *Ministerio de Sanidad.*
Vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España 2023-Actualización 30 de junio de 2024.
Madrid: Ministerio de Sanidad. 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Informe_VIH_SIDA_2023_Nov_2024_def.pdf

2. *Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.*
Plan de Prevención y Control del SIDA.
Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2018. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planNalSida/Plan_de_Prevencion_y_Control1.pdf

3. *Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.*
Pacto social por la no discriminación y la igualdad de trato asociada al VIH.
Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2019. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/doc/pactoSocial_27Feb19.pdf

4. *Iniesta C, Polo R, Grupo de Trabajo de la PrEP en España.*
Profilaxis preexposición al VIH en España: resultados finales del estudio de factibilidad de implementación de la PrEP.
Enferm Infecc Microbiol Clin. 2019 Dec;37(Especial Congreso 3): Abstract OR-02.

5. *De la Mora L, Mallolas J, Ambrosioni J.*
Epidemiology, treatment and prognosis of HIV infection in 2024: a practical review.
Med Clin (Barc). 2024 Jun 14;162(11):535-541.

6. *Grupo de Estudio del SIDA (GeSIDA).*
Plan Nacional sobre el Sida. Guía de consenso sobre el tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana.
Madrid: GeSIDA; 2023. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/02/Guia_Modificada_DocumentoDeConsensoDeGeSIDAPlanNacionalSobreElSidaRespectoAlTratamientoAntirretroviralEnAdultosInfectadosPorElVirusDeLaInmunodeficienciaHumana.pdf

7. *Masur FT.*
Adherence to health care regimens.
En: Prokop J, Bradley S, eds. Medical psychology: Contributions to behavioral medicine. San Diego: Academic Press; 1981. p. 441-470.

8. *OECD, European Union.*
Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Health at a Glance: Europe.
Paris: OECD; 2018.

9. *García-Pérez LE, Álvarez M, Dilla T, Gil-Guillén V, Orozco-Beltrán D.*
Adherence to therapies in patients with type 2 diabetes.
Diabetes Ther. 2013 Dec;4(2):175-94.

10. *Márquez Contreras E, Gil Guillén V, Casado Martínez JJ, Martel Claros N, De la Figuera von Wichmann M, et al.*
Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005.
[Analysis of studies published on hypertension treatment non-compliance in Spain between 1984 and 2005]. Aten Primaria. 2006 Oct 15;38(6):325-32.

11. *Piñeiro F, Gil V, Donis M, Orozco D, Torres MT, Merino J.*
Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en las dislipemias.
[The validity of 6 indirect methods for assessing compliance with pharmacological treatment in dyslipidemias]. Aten Primaria. 1997 May 31;19(9):465-8.

12. *Farmaindustria, Ernest & Young.*
Plan de Adherencia al tratamiento. Uso responsable del medicamento. 2016.
Disponible en: http://www.farmaindustria.es/adherencia/que-es/

13. *Ribera Casado JM.*
La adherencia terapéutica: un problema en el paciente mayor.
An Real Acad Nal Med 2013; CXXX:136-353.

14. *OECD.*
Tackling Wasteful Spending on Health. 2017.
Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/9789264266414-en

15. *Moreno Juste A, Gimeno Miguel A, Poblador Plou B, González Rubio F, Aza Pascual-Salcedo MM, Menditto E, et al.*
Adherence to treatment of hypertension, hypercholesterolaemia and diabetes in an elderly population of a Spanish cohort.
Med Clin (Barc). 2019 Jul 5;153(1):1-5.

16. *Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (SPNS), Grupo de estudio del SIDA (GeSIDA), Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).*
Documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral.
Actualización 2020. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/04/GUIA_GESIDA_febrero_2020_Adherencia.pdf

17. *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).*
90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic.
Geneva: UNAIDS; 2014. Disponible en: https://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/90-90-90_en.pdf

18. *Fast-Track*
Ending the AIDS epidemic by 2030.
Geneva: UNAIDS; 2014. Disponible en: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report

19. *SantaBarbara NJ, Swendeman D, Arnold EM, Nosrat S, Comulada WS.*
Exercise and antiretroviral adherence in adults living with HIV: a systematic review.
J Health Psychol. 2022 Sep;27(10):2446-2459.

20. *Kruger-Swanepoel GE, Lubbe MS, Rakumakoe DM, Vorster M.*
Adherence and clinical outcomes of HIV patients switching to a fixed-dose combination regimen.
S Afr J Infect Dis. 2022 Oct 24;37(1):464.

21. *Mitzel LD, Vanable PA.*
Necessity and concerns beliefs and HIV medication adherence: a systematic review.
J Behav Med. 2020 Feb;43(1):1-15.

22. *Ilboudo D, Mbouche P, Sommet A, Van Wilder P, Kirakoya-Samadoulougou F.*
Non-adherence and non-persistence with antiretroviral treatment in Belgium: a real-world evaluation using a pharmacy database, 2018-2021.
Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2024 May;33(5):e5804.

23. *Fiscella K, Boyd M, Brown J, Carroll J, Cassells A, Corales R, et al.*
Activation of persons living with HIV for treatment, the great study.
BMC Public Health. 2015 Oct 16;15:1056. doi: 10.1186/s12889-015-2382-1.

24. *Drain PK, Bardon AR, Simoni JM, Cressey TR, Anderson P, Sevenler D, et al.*
Point-of-care (POC) and Near Real-time Testing for Antiretroviral Adherence Monitoring to HIV Treatment and Prevention.
Curr HIV/AIDS Rep. 2020 Oct;17(5):487-498.

25. *Bares SH, Scarsi KK.*
A new paradigm for antiretroviral delivery: long-acting cabotegravir and rilpivirine for the treatment and prevention of HIV.
Curr Opin HIV AIDS. 2022 Jan 1;17(1):22-31.

26. *Rana AI, Castillo-Mancilla JR, Tashima KT, Landovitz RL.*
Advances in Long-Acting Agents for the Treatment of HIV Infection.
Drugs. 2020 Apr;80(6):535-545.

27. *GeSIDA.*
Documento de consenso sobre profilaxis posexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños.
Guía GeSIDA. 2015. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/gesida-guiasclinicas-2015-Profilaxispostexposicion-VIH-VHC-VHB.pdf

28. *Ministerio de Sanidad. Documento de consenso.*
Manual para la implementación de un programa de Profilaxis Preexposición al VIH en España.
Actualización 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PROFILAXIS_PREEXPOSICION_VIH.pdf

29. *Liu S, Yuan D, Zhou Y, Fu G, Wang B.*
Adherence, adverse drug reactions, and discontinuation associated with adverse drug reactions of HIV post-exposure prophylaxis: a meta-analysis based on cohort studies.
Ann Med. 2023;55(2):2288309.

30. *Malinverni S, Gennotte AF, Schuster M, De Wit S, Mols P, Libois A.*
Adherence to HIV post-exposure prophylaxis: a multivariate regression analysis of a 5 years prospective cohort.
J Infect. 2018 Jan;76(1):78-85.

31. *Grupo de Estudio de la Profilaxis Preexposición.*
Recomendaciones sobre la profilaxis preexposición para la prevención de la infección por VIH en España, actualización enero 2023.
Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/01/RECOMENDACIONES-SOBRE-LA-PROFILAXIS-PRE-EXPOSICIÓN-PARA-LA-PREVENCIÓN-DE-LA-INFECCIÓN-POR-VIH-EN-ESPAÑA-2023.pdf

32. *Garofoli N, Siguier M, Robineau O, Valette M, Phung B, Bachelard A, et al.*
Incidence and factors associated with PrEP discontinuation in France.
J Antimicrob Chemother. 2024 May 17:dkae133.

33. *Panel de expertos del Grupo de estudio de SIDA (GeSIDA) y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).*
Manejo compartido del paciente con infección por VIH entre Atención Primaria y Farmacia Hospitalaria. 2022.
Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2021/09/Documento_AP.pdf

34. *Kanters S, Park JJ, Chan K, Socias ME, Ford N, Forrest JI, et al.*
Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: a systematic review and network meta-analysis.
Lancet HIV. 2017 Jan;4(1):e31-e40.

1

Implicaciones clínicas y económicas de la falta de adherencia al tratamiento

Elena Mérida
Medical Education and Publishing. Weber.

Javier Villaseca
Consultant Health Affairs and Policy Research. Weber.

Néboa Zozaya
Manager Health Affairs and Policy Research. Weber.

La adherencia al TAR frente al VIH es un factor determinante en el éxito terapéutico y el manejo a largo plazo de la infección, también cuando es utilizado como PrEP en la prevención de nuevas infecciones por VIH. En este capítulo, exploramos las implicaciones clínicas y económicas de la adherencia al TAR, analizando cómo una adherencia óptima puede garantizar la supresión viral, reducir la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las PVIH, así como evitar nuevas infecciones cuando se utiliza como PrEP, a la vez que racionalizar el gasto del Sistema Nacional de Salud (SNS). Para ello, mostramos evidencia publicada en la literatura, en español o en inglés, obtenida a través de búsquedas específicas en Pubmed y Google Scholar. Además, hacemos una aproximación del potencial impacto que podría tener una optimización total de la adherencia al TAR sobre los costes directos sanitarios (CDS) del SNS de España.

1.1. Implicaciones clínicas de la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral como tratamiento del VIH

En el VIH, la falta de adherencia al TAR está relacionada con el fracaso virológico o disminución de la supresión viral, lo que lleva a la progresión de la enfermedad y, por ende, al aumento de las complicaciones médicas, y, por otro lado, al desarrollo de resistencias a los fármacos. Todo ello puede derivar en un mayor riesgo de mortalidad a medio o largo plazo, tal y como se detalla a continuación (figura 1).

Figura 1.
Implicaciones clínicas de la falta de adherencia

La adherencia al TAR es crucial para garantizar su eficacia y la falta de cumplimiento puede llevar a una replicación viral descontrolada, a la disminución de la función inmune y eventualmente al fracaso virológico[1,2]. En este sentido, Altice y colaboradores realizaron un metaanálisis en el que, de los 18 estudios incluidos que investigaron la asociación entre la adherencia y la supresión viral, el 72 % encontraron que niveles más altos de adherencia estaban asociados con una mayor supresión viral[3]. Como ejemplo, uno de estos estudios realizado en España mostraba que el riesgo de fallo virológico fue del 9,0 % (IC 95 %: 4,0-20,1) en pacientes con una adherencia del 80-89,9 % (medida en cada visita médica según el número de comprimidos restantes o la dispensación de farmacia cuando el recuento de comprimidos no fue posible), del 45,6 % (IC 95 %: 19,9-104,5) en pacientes con una adherencia del 70-79,9 % y del 77,3 % (IC 95 %: 34,2-174,9) en pacientes con una adherencia inferior al 70 % en comparación con pacientes con una adherencia del 90 % o superior[4]. Otro ejemplo del impacto de la adherencia al TAR en el fracaso virológico se encuentra en un metaanálisis realizado por Bezabhe y colaboradores en más de 26 países de todo el mundo, entre ellos, España. Este estudio indicó que, en comparación con la adherencia subóptima, la adherencia óptima se asoció con un menor riesgo de fracaso virológico (0,34; IC 95 %: 0,26-0,44)[5]. Asimismo, Glass y colaboradores mostraron que el riesgo de fracaso virológico aumentó con cada dosis omitida (omisión de una dosis: HR = 1,15; IC 95 %: 0,79-1,67; dos dosis: HR = 2,15; IC 95 %: 1,31-3,53; más de dos dosis: HR = 5,21; IC 95 %: 2,96-9,18)[6].

Más recientemente, en el año 2020, De los Ríos y colaboradores llevaron a cabo un estudio internacional realizado en 25 países en el que se evaluó la relación entre la adherencia subóptima y la CV. Esta investigación mostró que, cuanto mayor era el nivel de adherencia (menos dosis de TAR omitidas), mayor era la probabilidad de tener una cantidad indetectable del virus. Concretamente, la probabilidad de la no supresión del virus del VIH fue de 1,80 veces mayor (IC 95 %: 1,33-2,45) cuando el TAR se omitía de 2 a 4 veces al mes y de 2,24 veces mayor (IC 95 %: 1,66-3,02) si se omitía 5 o más veces al mes[7].

En ausencia de TAR, la infección por VIH conduce a la destrucción del sistema inmunitario, aumentando la vulnerabilidad a infecciones oportunistas y afecciones graves, como ciertos tipos de cáncer[8]. Por ello, la falta de adherencia al tratamiento también puede aumentar el riesgo de infecciones oportunistas y otras complicaciones médicas, como cáncer, enfermedades cardiovasculares, renales, hepáticas y trastornos neurológicos[6,7,9–11]. Por ejemplo, las PVIH que han padecido enfermedades oportunistas tienen 3,26 veces más probabilidades de no haber cumplido con la adherencia al tratamiento (IC 95 %: 1,67-6,36; p = 0,0006)[12]. Asimismo, existe una relación bidireccional compleja entre las complicaciones médicas y la adherencia, ya que la falta de adherencia puede provocar comorbilidades, y las comorbilidades pueden afectar a la adherencia al TAR, sobre todo en relación con las enfermedades mentales[13].

Una adherencia subóptima o incompleta al TAR también está relacionada con un mayor riesgo de mortalidad. Esto ha sido evidenciado en estudios como el de Glass y colaboradores, que estimó que el riesgo de muerte aumentó con más de dos dosis de TAR omitidas (HR = 4,87; IC 95 %: 2,21-10,73) en un seguimiento de 4,7 años[6]. Por otro lado, un estudio de 2021 examinó la relación entre la adherencia al TAR y las muertes no relacionadas con enferme-

dades cardiovasculares, encontrando un riesgo estadísticamente significativo al omitir una dosis o más de TAR (HR: 1,44; IC 95 %: 1,00–2,07; p = 0,05) y omitir dos dosis o más de TAR (HR: 2,21; IC 95 %: 1,37–3,57; p = 0,001)[14]. En el caso de personas con un estado de salud delicado que requieran de su ingreso en unidades de cuidados intensivos, también se ha demostrado que la no adherencia al TAR está relacionada con una mayor mortalidad (odds ratio: 0,48; IC 95 %: 0,29-0,8; p = 0,003)[15].

Asimismo, una adherencia subóptima al tratamiento da como resultado una replicación continua del VIH en presencia del fármaco, lo que conduce a la aparición de mutaciones del virus, que a su vez confieren resistencia a los fármacos antirretrovirales, limitan el número de opciones de tratamiento y dificultan el control de la infección[7,9,16,17].

Por otro lado, los tratamientos de acción prolongada (*long acting*) se han presentado como una alternativa a los tratamientos convencionales que pueden atenuar los problemas que afectan negativamente a la adherencia como, por ejemplo, la fatiga al tratamiento. Respecto al VIH, diversos estudios han demostrado que las PVIH prefieren los tratamientos de acción prolongada, en sus diferentes formatos, frente a los tratamientos orales diarios[18,19]. Por ejemplo, los resultados del estudio ATLAS muestran que una mayor proporción de PVIH indicaron una mayor satisfacción con el tratamiento de acción prolongada frente al oral diario, con una mejora de 5,68 puntos según el cuestionario de satisfacción del tratamiento HIVTSQ (*HIV-Treatment-Satisfaction-Questionnaire*). Asimismo, en una comparación realizada en el grupo de terapia de acción prolongada, el 97 % de los participantes que respondieron al cuestionario seleccionaron el régimen inyectable en lugar de la terapia oral diaria como su tratamiento preferido para el VIH[20]. Igualmente, la utilización de tratamientos de acción prolongada ha demostrado lograr la supresión virológica en subpoblaciones con problemas para mantener la adherencia al tratamiento, como personas con problemas mentales, abuso de sustancias o con inestabilidad en su situación habitacional[21].

Finalmente, cabe señalar que un elemento importante en la adherencia terapéutica de una enfermedad crónica como es el VIH es la potencial fatiga al tratamiento que puede conllevar. Esta fatiga o disminución de la motivación para mantenerse adherentes al tratamiento es uno de los riesgos a largo plazo, especialmente en regímenes diarios, dadas sus implicaciones[22–24]. En este aspecto, los nuevos TAR, con una vida media más larga (descomposición más lenta dentro del organismo) y mayores barreras genéticas a la resistencia, tienen una mayor capacidad de *forgiveness* o dosis de perdón que los tratamientos anteriores[25,26], manteniendo al mismo tiempo una buena tolerabilidad[27–29].

1.2 Impacto de la adherencia al tratamiento antirretroviral como tratamiento del VIH en la calidad de vida

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto multidimensional que aborda cómo la salud impacta en la percepción individual del bienestar y el funcionamiento en áreas clave de la vida[30]. En el caso del VIH, la adherencia al tratamiento es un factor fundamental para la CVRS de las personas que tienen esta infección.

Un ejemplo del impacto de la adherencia en la CVRS de las PVIH se encuentra en la publicación de Ruiz de Apodaca y colaboradores, basado en la versión en español del cuestionario específico del VIH *World Health Organization Quality of Life*, versión breve (*WHOQOL-HIV-BREF*). En este estudio observacional, realizado a partir de los datos facilitados por 33 centros sanitarios sobre 1.462 PVIH, se encontraron correlaciones significativas positivas entre la adherencia al TAR y el estado de salud general, así como en todos los dominios del *WHOQOL-HIV-BREF* (tabla 1)[31].

Tabla 1.
Correlaciones entre las dimensiones del *WHOQOL-HIV-BREF* español y la adherencia al TAR

Dominios	Correlación de Pearson (r)
Físico	0,44**
Psicológico	0,42**
Nivel de independencia	0,36**
Relaciones sociales	0,39**
Entorno	0,47**
Espiritualidad/Religión/Creencias personales	0,29**
Salud general	**0,44****

Fuente: Ruiz de Apodaca (2019)[31].
Nota: **p < 0,01.

Por otro lado, Ruiz Algueró y colaboradores publicaron en el año 2021 un estudio realizado en España que proporciona información sobre la autoevaluación de la salud de las PVIH, utilizando como fuente de datos un sistema de vigilancia del VIH. El estudio mostró que la baja adherencia al TAR está inversamente relacionada con una buena autoevaluación de la salud entre las PVIH y con TAR (odds ratio ajustado: 0,5; p = 0,006) y entre aquellas con TAR y con supresión viral (odds ratio ajustado: 0,4; p = 0,009). Asimismo, una mayor proporción de personas con una adherencia óptima reportaron una salud autocalificada como muy buena o buena, independientemente de los tres grupos de estudio (PVIH, PVIH con TAR, y PVIH con TAR y supresión viral) (tabla 2)[32].

Tabla 2.

Prevalencia de salud autocalificada como muy buena/buena entre todas las personas que viven con el VIH, las que reciben TAR y las que reciben TAR con supresión viral

	Salud autocalificada como muy buena/ buena entre las PVIH con TAR		Salud autocalificada como muy buena/ buena entre las PVIH con TAR con supresión viral	
Adherencia	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
Óptima	471	72,1 (68,5–75,5)	451	73,8 (70,1–77,3)
Subóptima	36	52,9 (40,4–65,2)	31	55,4 (41,5–68,7)
Muy mala	3	12,0 (2,5–31,2)	1	12,5 (3,2–52,7)
Desconocida	21	70,0 (50,6–85,3)	20	74,1 (53,7–88,9)

Fuente: Ruiz-Algueró (2021)[32].

Nota: IC 95 %: intervalo de confianza del 95 %, TAR: tratamiento antirretroviral.

Por otra parte, De Los Ríos y colaboradores evaluaron la relación entre la adherencia subóptima y los resultados relacionados con la salud medidos en cuatro dominios: salud mental, sexual, física y general. Una menor proporción de pacientes con una adherencia subóptima reportó que su salud era buena o muy buena frente a los pacientes con una adherencia óptima en los dominios de salud general (47,5% adherencia subóptima vs 60,9 % adherencia óptima), salud física (49,4 % vs 63,5 %), salud sexual (39,5 % vs 51,5 %) y salud mental (43,0 % vs 62,2 %). Asimismo, las probabilidades de tener una salud general subóptima (ni buena ni mala, mala o muy mala) en los pacientes con una adherencia subóptima vs los pacientes adherentes, fue de 1,41 (IC 95 %: 1,11–1,80), 2,10 (IC 95 %: 1,65–2,68) y 2,55 (IC 95 %: 2,00–3,25) para los pacientes que no habían tomado 1, 2-4 o ≥5 veces su dosis en el último mes, respectivamente (tabla 3)[7].

Tabla 3.
Relación ajustada entre el número de veces que se omitió el TAR en el último mes y el estado de salud auto informado

Número máximo de dosis de TAR omitidas	Salud general subóptima	Salud física subóptima	Salud sexual subóptima	Salud mental subóptima
	Odds ratio ajustado (IC 95 %)	Odds ratio ajustado (IC 95 %)	Odds ratio ajustado (IC 95 %)	Odds ratio ajustado (IC 95 %)
0 veces (referencia)	-	-	-	-
1 vez	1,41 (1,11-1,80)	1,26 (0,99-1,61)	1,39 (1,10-1,76)	1,64 (1,28-2,10)
2 a 4 veces	2,10 (1,65-2,68)	1,71 (1,34-2,18)	1,90 (1,50-2,42)	3,15 (2,46-4,04)
≥5 veces	2,55 (2,00-3,25)	2,25 (1,76-2,86)	2,27 (1,78-2,89)	3,64 (2,84-4,67)

Fuente: De los Ríos (2020)[7].

Nota: IC 95 %: intervalo de confianza del 95 %, Estado de salud subóptimo autocalificado como “Muy malo”, “Malo” o “Ni bueno ni malo” (frente a “Muy bueno” o “Bueno”).

Estos resultados sobre la relación entre la adherencia al TAR y el impacto en la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA están en línea con los estimados para otros países desarrollados, como Francia[33] o Estados Unidos[34].

1.3 Impacto de la adherencia al tratamiento antirretroviral como tratamiento del VIH sobre los costes sanitarios

La adherencia al TAR también es un factor crucial desde la perspectiva de los pagadores sanitarios, debido a su potencial impacto que puede tener sobre los costes sanitarios y, por tanto, sobre la gestión eficiente de los recursos. En esta sección, analizaremos la literatura publicada al respecto y trataremos de extrapolar estos datos al contexto de España, evaluando cómo podrían influir en el SNS. En primer lugar, se muestran los estudios que comparan el coste sanitario de la adherencia con el de la no adherencia al TAR. También se presentan trabajos relativos a intervenciones diseñadas para mejorar la adherencia, tales como cambios en las formas de administración de los fármacos.

El coste de las personas adherentes al tratamiento antirretroviral frente a las no adherentes

La tabla 4 resume la metodología, características basales de los pacientes y resultados de los seis estudios válidos encontrados[i]. Todos los estudios fueron retrospectivos, realizados a partir de registros administrativos de PVIH en la vida real, si bien se referían a periodos temporales distintos. Cinco de ellos se realizaron para Estados Unidos y uno para Italia. Tres estudios usaron como medida de adherencia la proporción de días cubiertos (PDC) por la medicación, dos de ellos el índice de posesión de medicamentos (medication posession ratio [MPR en inglés]) y uno empleó ambos indicadores. Todos los estudios detallaron de forma separada el coste directo sanitario asociado a las personas adherentes y no adherentes al TAR, diferenciando el coste farmacéutico del resto de costes, si bien el tipo de costes incluidos considerados varió entre estudios.

i Se descartaron los artículos realizados para países de bajos y medios ingresos; los centrados en la adherencia relacionada con el precio del medicamento; los que no proporcionaban una cifra concreta; los que no vinculaban el coste con la adherencia; y los que solo proporcionaban un modelo para el que se necesitaban datos del paciente para estimar el coste vinculado a cada paciente.

Tabla 4.

Características de los estudios encontrados sobre el impacto económico de la adherencia al TAR en el ámbito del VIH/SIDA

Autor	Fecha	País	Periodo	Enfermedad	Sexo (% hombres)	Comorbilidades	Definición adherencia	Cota adherente	Cota no adherente	Tipos de costes sanitarios directos incluidos
Perrone[35]	2023	Italia	2015-2019	VIH	TAR (71,6 %), TAF (73,4 %)	CCI: TAR (0,2), TAF (0,2)	PDC	>95 %	81-95 %	• TAR • Otros fármacos • Hospitalizaciones • Visitas médicas / pruebas
Kangethe[36]	2018	EE.UU.	2007-2014	VIH	Seguro comercial (79,4 %) y Medicaid (38,9 %)	CCI: Seguro comercial (0,5) y Medicaid (1,1)	PDC	>95 %	<95 %	• Fármacos • Hospitalizaciones • Visitas médicas • Urgencias • Pruebas • Otros costes
Pruitt[37]	2015	EE.UU.	2006-2011	VIH y SIDA	32,1 %	No (26,5 %), 1 (22,1 %), 2 (51,4 %)	MPR	>90 %	<90 %	• TAR • Otros fármacos • Hospitalizaciones • Visitas médicas • Hospitalizaciones salud mental
Zhang[38]	2015	EE.UU.	2005-2007	VIH y SIDA	57-64,1 %	SIDA (5,6-41,3)	PDC	>95 %	75-95 %	• TAR • Otros fármacos • Hospitalizaciones • Visitas médicas
Cooke[39]	2014	EE.UU.	2010	VIH	73,8 %	-	MPR y PDC	>90 %	<90 %	• Fármacos • Hospitalizaciones • Visitas médicas
Hirsch[40*]	2011	EE.UU.	2005-2007	VIH y SIDA	65-72 %	-	MPR	69 %	47 %	• TAR • Otros fármacos • Hospitalizaciones • Visitas médicas • Urgencias • Pruebas • Otros (salud mental, enfermería, etc.)

Notas: tenofovir lafenamida (TAF), índice de comorbilidad de Charlson (CCI).

*El estudio de Hirsh aporta datos promedio de adherencia en ambos subgrupos.

Todos los estudios encontrados estiman que el coste promedio en TAR de las personas adherentes es mayor que el de las no adherentes, debido fundamentalmente a que el coste de la medicación retirada es superior en los adherentes, ya que la medicación no retirada no conlleva coste. Sin embargo, este mayor coste se ve en todos los casos parcial o totalmente compensado en los periodos temporales de los estudios respectivos por una reducción del gasto promedio en el resto de CDS, derivados de un menor uso de visitas médicas, hospitalizaciones, medicación concomitante, etc. Así, el ahorro producido en los CDS distintos del TAR supone entre un 1,4 % y un 41,6 % (promedio del 19,0 %) de los CDS asociados a las personas no adherentes al TAR (tabla 5). La variabilidad en los costes medios observados se debe a distintos factores, entre los que se encuentran el tipo de pacientes analizados, el periodo temporal, el grado de adherencia considerado, la forma de medir la adherencia terapéutica, la patología considerada (VIH o VIH/SIDA) y el tipo de costes sanitarios incluidos.

Tabla 5.

Costes promedio por persona con VIH/SIDA adherente y no adherente al TAR (euros 2024)*

Autor	Persona adherente al TAR		Persona no adherente al TAR		Diferencia adherente vs no adherente		% ahorro en CDS sobre los CDS de los no adherentes
	Coste fármacos VIH	Resto costes sanitarios	Coste fármacos VIH	Resto costes sanitarios	Coste fármacos VIH	Resto costes sanitarios	
	A	B	C	D	E = A–C	F = B–D	G = F/D
Perrone[35]	10.954	2.810	9.672	3.223	1.282	–412	12,8 %
Kangethe[36](**)	22.190	7.866	19.416	8.778	2.775	–912	10,4 %
Pruitt[37]	829	939	412	1.608	417	–669	41,6 %
Zhang[38]	8.513	16.170	4.563	16.403	3.950	–233	1,4 %
Cooke[39](**)	14.389	1.903	13.650	3.235	739	–1.333	41,2 %
Hirsch[40]	17.688	18.525	16.212	19.883	1.476	–1.358	6,8 %

Notas: * Euros actualizados al año 2024 con el *cost converter*[41].

** Estos estudios no permiten separar el coste en TAR del coste en otros fármacos, por lo que se muestra el coste global en fármacos de las PVIH analizadas.

El impacto de formas de administración del tratamiento que aumentan la adherencia al tratamiento antirretroviral

Otra corriente de trabajos ha documentado cómo el uso de formas alternativas de administración de los antirretrovirales puede generar un aumento de la adherencia terapéutica, que a su vez se puede trasladar a una reducción de costes sanitarios para el sistema.

Simplificación de la dosis

Según algunos estudios, los pacientes con regímenes más sencillos tienen una mayor adherencia al tratamiento y una menor probabilidad de ser hospitalizados, con el menor coste asociado que ello conlleva. Así, algunos trabajos estiman que las PVIH que recibieron un solo comprimido al día tuvieron un 24 % menos de probabilidades de tener una hospitalización que pacientes con pautas de tres o más comprimidos diarios[42]. Otros, como Cohen y colaboradores (2013), estimaron que el comprimido único redujo las hospitalizaciones de las PVIH en un 23 % y el coste sanitario total en un 17 %, ya que el coste promedio mensual por paciente pasó de 3.544 dólares a 2.959 dólares en el periodo analizado[43].

Tratamiento de acción prolongada

Recientemente, se han publicado estudios que evidencian la potencial mejora en eficiencia de los regímenes de tratamiento de acción prolongada. Así, Parker y colaboradores (2021) realizaron una modelización para Canadá, según la cual el TAR de acción prolongada resultó ser una opción de tratamiento dominante en comparación al tratamiento oral, ya que por cada 1.000 personas tratadas, se generarían unos potenciales ahorros de costes de 1,5 millones de dólares a lo largo de la vida de los pacientes, al tiempo que se ganarían un total de 107 años de vida ajustados por calidad (AVAC) y 138 años de vida ganados[44]. Otro modelo de coste-efectividad encontró que el TAR de acción prolongada podría mejorar la supervivencia de las PVIH, especialmente entre aquellas con una mala adherencia al TAR oral diario, si bien su eficiencia depende del precio de adquisición, línea de tratamiento y umbral de disponibilidad a pagar por ganar un AVAC adicional[45]. En España, un estudio reciente ha mostrado la eficiencia del tratamiento inyectable de acción prolongada, para el que se asume una adherencia del 97-98 %, al ser directamente administrado por un profesional sanitario, comparado con la alternativa de administración vía oral diaria, para la que se asume una reducción de adherencia del 9,5 %, según estudios publicados. En base a estas estimaciones, la pauta inyectable lograría, a lo largo de la vida del paciente, una ganancia de 0,27 AVAC adicionales sobre la versión oral, a un coste adicional de 4.003 euros (ICER de 15.003 €/AVAC), considerándose por tanto, una opción eficiente[46].

Otras intervenciones en VIH

Otros trabajos se han centrado en estimar el impacto económico de distintas intervenciones relacionadas con el manejo del VIH/SIDA. Así, un estudio retrospectivo italiano analizó el

efecto de una herramienta de seguimiento terapéutico de medicamentos en una cohorte de pacientes, comparándose con una cohorte de control sin seguimiento[47]. En pacientes controlados por este sistema, la adherencia fue mayor (94 % vs 78 %), y la duración media hospitalaria y el coste medio de hospitalización se redujeron significativamente con respecto a los observados en el grupo de control (7,2 días vs 29,5 días y 293 € vs 688 €, respectivamente).

Otro ejemplo es un estudio que demostró que un programa de atención en farmacia[ii] para mejorar la adherencia al TAR, además de tener un efecto clínico positivo, produjo un ahorro de costes, estimándose un retorno de 2,96 dólares en ahorros de atención sanitaria a largo plazo por cada dólar invertido en la intervención de adherencia[48]. De manera similar, un trabajo holandés comparó una estrategia de autocuidado promovido por enfermería con el tratamiento habitual, constatando que la estrategia fue más eficaz y más barata que la alternativa al evitar unos costes sociales de 592 euros por paciente y aumentar los AVAC en 0,034 por paciente[49]. Finalmente, un trabajo comparó distintas intervenciones de adherencia entre jóvenes con VIH, concluyendo que pueden ser coste-efectivas, al suponer un coste de 7.900 dólares por AVAC ganado frente al estándar de cuidado[50].

Aproximación del impacto de una mejor adherencia al tratamiento antirretroviral sobre los costes del Sistema Nacional de Salud español

Estimar el potencial impacto que podría tener una mejora de la adherencia terapéutica al TAR sobre los costes sanitarios en España resulta complejo, dados los distintos tratamientos disponibles (y sus costes asociados) y las diferencias en las características y comorbilidades de los pacientes, además de otros muchos factores. Con todo ello, en este apartado se realizan algunas consideraciones generales para tratar de aproximar, de una forma conservadora, el potencial impacto que podría tener una mejora en la adherencia al TAR sobre los CDS del SNS. Los cálculos se han realizado a partir de datos oficiales y/o publicados en la literatura, considerando el hipotético caso de un aumento paulatino de la tasa de adherencia al TAR desde los niveles actuales hasta alcanzar el 100 % en un horizonte temporal de 5 años.

Por un lado, la evolución del número de PVIH diagnosticado que reciben TAR se aproxima a partir de las cifras oficiales de proyección de población del Instituto Nacional de Estadística[51] y de las tasas de prevalencia[52], diagnóstico[52] y tratamiento[53] publicadas por el Instituto de Salud Carlos III, asumiendo que dicha cifra pasaría de 135.265 personas en el año 0 a 143.559 personas en el año 5 (tabla 6).

ii El programa consistía en aportar consejos sobre adherencia terapéutica por parte de farmacéuticos.

Tabla 6.
Datos de partida sobre población (en número de personas) para los cálculos

	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Población de España (actual y proyecciones INE)[51]	48.085.361	48.610.458	49.265.049	49.910.256	50.506.066	51.033.948
PVIH (aplicando tasa de prevalencia del 0,31 %)[52]	149.065	150.692	152.722	154.722	156.569	158.205
PVIH diagnosticado (aplicando tasa del 95,5 %)[52]	137.885	139.390	141.268	143.118	144.826	146.340
Personas en TAR (tasa del 98,1 % de las diagnosticadas)[53]	135.265	136.742	138.583	140.398	142.074	143.559

Por otro lado, y partiendo de la actual tasa promedio de adherencia óptima al TAR publicada para España por el Ministerio de Sanidad (del 91,5 %)[53], asumimos una progresión lineal a lo largo del periodo temporal contemplado hasta alcanzar el 100 % de adherencia en el año 5, aproximando así el número de pacientes que pasarían a ser adherentes cada uno de los años (tabla 7). Aunando todas estas cifras, podemos asumir que en España habría unas 11.498 PVIH en TAR para las que se podría optimizar la adherencia para alcanzar un escenario ideal en el que todos los pacientes seguirían el tratamiento al 100 %.

Tabla 7.
Supuestos asumidos para la evolución de la adherencia al TAR

	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
% personas adherentes al TAR*	91,50 %	93,20 %	94,90 %	96,60 %	98,30 %	100 %
Número de personas adherentes al TAR	123.767	127.444	131.516	135.625	139.659	143.559
% personas no adherentes al TAR	8,50 %	6,80 %	5,10 %	3,40 %	1,70 %	0,00 %
Número de personas no adherentes al TAR	11.498	9.298	7.068	4.774	2.415	0
Número de PVIH no adherentes al TAR que pasarían a ser adherentes	0	2.199	2.231	2.294	2.358	2.415

Nota: * Se refiere al porcentaje de personas con una adherencia óptima al TAR publicada por el Ministerio de Sanidad para 2023 (91,5 %)[53].

Asimismo, según la literatura[54], el CDS promedio (excluyendo el TAR) de una PVIH en España se ha estimado en 2.583 euros en 2010, dato que equivale a 2.935 euros en 2023 si se actualiza por el índice de precios al consumo (IPC) sanitario[55]. Este dato incluye el coste de personas adherentes y no adherentes al tratamiento, por lo que, para obtener el dato de coste asociado a cada tipo de perfil, aplicaremos a este dato global la asunción de ahorro relativo de CDS extraído de Perrone y colaboradores (2023)[35], así como la proporción actual de personas con adherencia óptima del Ministerio de Sanidad[53]. Así, estimamos que la diferencia de CDS (distintos del TAR) entre una persona adherente al TAR y otra no adherente en España sería de unos 426,1 euros anuales (tabla 8).

Tabla 8.

Datos de partida y cálculos sobre los costes sanitarios asociados a las PVIH adherentes y no adherentes al TAR

	Concepto	Dato
Datos de partida	CDS anual promedio (distinto del coste del TAR) por PVIH en España*	2.935 €
	Ahorro relativo de CDS distintos al TAR que supone la adherencia frente a la no adherencia al TAR**	12,81 %
Cálculos propios ***	CDS (distinto TAR) promedio por persona adherente al TAR (X)	2.899,14 €
	CDS (distinto TAR) promedio por persona no adherente al TAR (Y)	3.325,24 €
	Diferencia en CDS (distinto TAR) entre la persona adherente y no adherente al TAR (Y–X)	426,10 €

Notas: * Dato procedente del trabajo de Trapero-Bertan y colaboradores (2014)[54], actualizado al año 2023 a través del IPC del sector sanitario del INE[55].

** Dato obtenido del trabajo de Perrone y colaboradores (2023)[35], tal y como se ha detallado en la sección anterior de este cuaderno. Se ha elegido el dato de este trabajo, referido a Italia, y no el promedio de los seis trabajos encontrados, por ser el que se refiere a un país más similar a España.

***Cálculos teniendo en cuenta que: 2.935 € = 91,5 % X + 8,5 % Y y que (Y–X)/Y = 12,81 %, siendo X el CSD promedio distinto al TAR de una persona adherente e Y el coste promedio análogo de una persona no adherente al TAR.

Aplicando este dato de potencial ahorro de CDS por persona adherente al conjunto de pacientes que asumimos que pasarían a ser adherentes al TAR cada año en España, estimamos que en los 5 años considerados se podría generar un ahorro acumulado de CDS distintos del TAR de hasta 4,3 millones de euros en el SNS (aplicando una tasa de descuento estándar del 3 %). En función de la tasa de descuento aplicada, el impacto podría variar entre 4,7 (tasa del 0 %) y 4,1 (tasa del 5 %) millones de euros (tabla 9).

Tabla 9.
Estimación del impacto de la mejora en adherencia al TAR en los CDS (excluyendo el coste del TAR) del SNS de España (en millones de euros), en función de la tasa de descuento aplicada

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Acumulado 5 años
Escenario con tasa de descuento del 0 %	0,90	0,91	0,94	0,96	0,98	4,69
Escenario con tasa de descuento del 3 %	0,87	0,86	0,86	0,85	0,85	4,29
Escenario con tasa de descuento del 5 %	0,85	0,83	0,81	0,79	0,77	4,05

Estos resultados constituyen una primera aproximación hecha en base a asunciones de aumento de la adherencia que deben tomarse con cautela y de una forma orientativa, siendo consciente además del esfuerzo que supone para muchos pacientes mantener la adherencia al tratamiento. Además, el ahorro se refiere a CDS distintos del TAR, a los que por tanto habría que sumar el coste del TAR, tratamientos que por otra parte han demostrado ser coste-efectivos para el SNS. Pese a estas limitaciones, el ejercicio realizado permite reflexionar sobre el potencial impacto que podría tener una mejora de la adherencia al TAR sobre los recursos sanitarios, permitiendo al sistema liberar recursos para otros usos.

1.4 Implicaciones de la adherencia en la prevención del VIH

La PrEP es esencial para reducir el riesgo de contagio por VIH[56–58] y está contrastado que el éxito de la intervención depende de su capacidad para mantener una buena adherencia[59]. En este sentido, la literatura señala diversos ejemplos que relacionan una correcta adherencia a la PrEP con la disminución del riesgo de contraer VIH, si bien las comparaciones entre estudios deben realizarse con precaución, dadas las diferencias entre las poblaciones estudiadas, las fórmulas de administración, las alternativas PrEP analizadas y los análisis estadísticos aplicados.

Un primer ejemplo sobre el impacto de la adherencia a la PrEP en el riesgo de contraer VIH se encuentra en el estudio de Grant y colaboradores, en el que se expone que las personas con niveles detectables de medicación PrEP en sangre tenían 12,9 veces menos probabilidades de infección por VIH en comparación con los que no tenían niveles detectables (IC 95 %: 1,7-99,3; p< 0,001), lo que corresponde a una reducción relativa del riesgo de contraer VIH del 92 % (IC 95 %: 40-99; p< 0,001)[60].

Asimismo, una revisión sistemática con metaanálisis también indicó que la adherencia fue un elemento significativo de la eficacia de la PrEP, concluyendo que en estudios cuyos pacientes mostraban una alta adherencia al tratamiento, el riesgo de infección por VIH se redujo en un 70 % (riesgo relativo = 0,30; IC 95 %: 0,21-0,45; p<0,001). La PrEP también redujo significativamente el riesgo de infección en estudios con niveles de adherencia moderados, pero no

mostró ningún efecto en estudios con baja adherencia (riesgo relativo = 0,95; IC 95 %: 0,34-1,23, p = 0,70)[61].

Otro metaanálisis más reciente (2022) también expuso que la PrEP fue más efectiva en las personas que reportaron una mayor adherencia al tratamiento. Concretamente, la tasa de infección de VIH se redujo un 86 % (razón de tasas = 0,14; IC 95 %: 0,06-0,35) en las PVIH que reportaron una adherencia superior al 80%, mientras que cuando la adherencia era inferior al 80 %, la tasa de infección de VIH se redujo solo en un 45 % (razón de tasas = 0,55; IC 95 %: 0,37-0,81)[62].

Estos datos también se han visto respaldados por un estudio con datos en vida real realizado en Francia en 46.706 hombres con alto riesgo de infección por VIH de transmisión sexual. Los resultados del análisis indicaron que la efectividad de la PrEP para evitar el contagio por VIH aumentó con el grado de adherencia a esta, oscilando entre el 18 % (IC 95 %: 18-43) para la adherencia baja (<50 % de los días cubiertos), el 69 % (IC 95 %: 41-84) para la adherencia intermedia (50-74 % días cubiertos) y el 93 % (IC 95 %: 84-97) para la adherencia alta (≥75 % días cubiertos), lo que señala la importancia de una alta adherencia para evitar contagios[63].

Por otro lado, la adherencia adecuada a la PrEP no solo tiene un impacto sobre la salud de las personas en riesgo de exposición al virus del VIH, sino que también es importante desde la perspectiva del sistema de salud. En este sentido, diversos estudios han sugerido que la PrEP entre la población de alto riesgo (HSH y trabajadoras sexuales) sería generadora de un ahorro de costes solo cuando va ligada a altos niveles de adherencia (además de otros factores, como elevada prevalencia del virus y bajos precios del tratamiento)[64–66]. En España, una evaluación económica sobre la implementación de la PrEP oral en Cataluña indicaba que esta estrategia podría suponer un ahorro de costes a partir de los 16 años y 4 meses desde su implementación (asumiendo una efectividad del 85 %), liberando 93,8 millones de euros al sistema sanitario y otros 12,8 millones de euros a la sociedad (reducción de pérdidas de productividad laboral, traslados evitados), en el horizonte temporal del estudio, de 40 años[67]. A mayor efectividad/adherencia, menor sería el plazo en el que se obtendrían los ahorros.

Asimismo, la adherencia a la PrEP puede venir condicionada por su forma de administración. En este sentido, algunos trabajos señalan las ventajas de las opciones de acción prolongada frente a las orales, indicando que éstas últimas necesitan un elevado nivel de adherencia para resultar efectivas, lo que en la vida real solo se logra en ciertas subpoblaciones de usuarios[68], debido a factores como el estigma asociado o la preocupación por los efectos adversos del tratamiento[69–71]. Por ejemplo, en base a datos procedentes de un ensayo clínico, se ha estimado que la PrEP de acción prolongada puede prevenir 4,5 infecciones más por cada 100 usuarios de PrEP que la versión oral, evitando una pérdida de 0,2 AVAC por persona, y resultando en un ratio de coste-efectividad incremental inferior a 50.000 dólares por AVAC ganado[72].

Conclusiones y recomendaciones

La adherencia al TAR en PVIH es crucial tanto para el estado de salud y la calidad de vida de las PVIH como por su significativo potencial impacto económico para el sistema. A nivel clínico, la literatura señala que la adherencia al TAR está relacionada con una mayor supresión viral, que a su vez conlleva un mejor manejo de las complicaciones médicas, un menor desarrollo de resistencias a los medicamentos y un menor riesgo de mortalidad. También se ha demostrado que las personas adherentes al TAR reportan mejores datos de CVRS que las personas no adherentes o con una adherencia subóptima.

Asimismo, hay evidencia científica que expone que una mayor adherencia al TAR también está asociada a unos menores costes de hospitalización, visitas médicas y medicación concomitante, pudiendo liberar recursos en el sistema para otros usos. Las intervenciones diseñadas para mejorar la adherencia, como la simplificación de dosis y los tratamientos de acción prolongada, también han demostrado ser eficaces en la optimización de los recursos sanitarios. Aplicado al contexto español, lograr una adherencia del 100 % al TAR podría ahorrar al sistema casi un millón de euros anuales, optimizando los recursos asistenciales, lo que subraya la importancia de implementar estrategias que promuevan la adherencia al TAR.

La adherencia también es un factor determinante en la prevención de la infección por VIH, siendo de gran importancia desde el punto de vista de la salud pública. En este sentido, una correcta adherencia a la PrEP está muy relacionada con la efectividad del régimen, que a su vez se relaciona con un menor riesgo de infección de VIH y por lo tanto, menores costes sanitarios asociados al manejo de por vida del VIH.

Finalmente, cabe señalar que, aunque la adherencia al tratamiento es un factor clave de la efectividad en el mundo real, no suele tenerse en cuenta en los ensayos clínicos, por lo que existe margen de mejora en este ámbito. Además, convendría resolver los retos metodológicos existentes para evaluar las consecuencias económicas de la adherencia terapéutica al VIH/SIDA, entre los que se encuentran: lograr un consenso sobre su definición y valoración, y diseñar estudios que evalúen el impacto económico y la identificación, medición y valoración de los costes y resultados relacionados con la adherencia, así como la interpretación de los valores resultantes en un entorno que permita la comparación de los resultados entre estudios, separando el corto del largo plazo. También resulta necesario comprender mejor las barreras relacionadas con la falta de adherencia y evaluar el impacto de las distintas intervenciones (tales como nuevas formas de administración, intervenciones individuales personalizadas o programas de salud digital) que se podrían implementar para mejorarla.

Referencias bibliográficas

1. *Arazo P, Badía R, Blanch J, Cobos M, Corrales JE, Fagúndez G, et al.*
   Documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral
   (Actualización febrero de 2020). s. f.

2. *Burton W, Morrison A, Liestyo I.*
   Pharmaceuticals and Worker Productivity Loss: A Critical Review of the Literature.
   J Occup Environ Med Am Coll Occup Environ Med. 2003;45:610-21.

3. *Altice F, Evuarherhe O, Shina S, Carter G, Beaubrun AC.*
   Adherence to HIV treatment regimens: systematic literature review and meta-analysis.
   Patient Prefer Adherence. 2019;13:475-90.

4. *Martin M, Del Cacho E, Codina C, Tuset M, De Lazzari E, Mallolas J, et al.*
   Relationship between Adherence Level, Type of the Antiretroviral Regimen, and Plasma HIV Type 1 RNA Viral Load: A Prospective Cohort Study.
   AIDS Res Hum Retroviruses. 2008;24(10):1263-8.

5. *Bezabhe WM, Chalmers L, Bereznicki LR, Peterson GM.*
   Adherence to Antiretroviral Therapy and Virologic Failure: A Meta-Analysis.
   Medicine (Baltimore). 2016;95(15):e3361.

6. *Glass TR, Sterne JAC, Schneider M-P, De Geest S, Nicca D, Furrer H, et al.*
   Self-reported nonadherence to antiretroviral therapy as a predictor of viral failure and mortality.
   AIDS Lond Engl. 2015;29(16):2195-200.

7. *De Los Ríos P, Okoli C, Punekar Y, Allan B, Muchenje M, Castellanos E, et al.*
   Prevalence, determinants, and impact of suboptimal adherence to HIV medication in 25 countries.
   Prev Med. 2020;139:106182.

8. *Justiz Vaillant AA, Naik R.*
   HIV-1–Associated Opportunistic Infections. StatPearls.
   Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.

9. *Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Grupo de Estudio de SIDA (GESIDA).*
   Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana.
   2020.

10. *DiVita MA, Mix JM, Shelly S, Beshers S.*
Characterization of inpatient rehabilitation outcomes among HIV/AIDS patients: a retrospective cohort study.
AIDS Care. 2020;32(11):1363-71.

11. *Lundgren JD, Borges AH, Neaton JD.*
Serious Non-AIDS Conditions in HIV: Benefit of Early ART.
Curr HIV/AIDS Rep. 2018;15(2):162-71.

12. *Fonsah JY, Njamnshi AK, Kouanfack C, Qiu F, Njamnshi DM, Tagny CT, et al.*
Adherence to Antiretroviral Therapy (ART) in Yaoundé-Cameroon: Association with Opportunistic Infections, Depression, ART Regimen and Side Effects.
PLoS ONE. 2017;12(1).

13. *Smith AB, Cook PF.*
Comorbid Mental Health Disorders in Persons Living with HIV: Adherence to Antiretroviral Therapy.
Arch Psychiatr Nurs. 2019;33(4):364-70.

14. *Castillo-Mancilla JR, Cavassini M, Schneider MP, Furrer H, Calmy A, Battegay M, et al.*
Association of Incomplete Adherence to Antiretroviral Therapy With Cardiovascular Events and Mortality in Virologically Suppressed Persons With HIV: The Swiss HIV Cohort Study
Open Forum Infect Dis. 2021;8(2):ofab032.

15. *Neto NB, Marin LG, de Souza BG, Moro AL, Nedel WL.*
HIV treatment non-adherence is associated with ICU mortality in HIV-positive critically ill patients.
J Intensive Care Soc. 2021;22(1):47-51.

16. *Deeks SG, Overbaugh J, Phillips A, Buchbinder S.*
HIV infection.
Nat Rev Dis Primer. 2015;1(1):1-22.

17. *Gardner EM, Burman WJ, Steiner JF, Anderson PL, Bangsberg DR.*
Antiretroviral medication adherence and the development of class-specific antiretroviral resistance.
AIDS Lond Engl. 2009;23(9):1035-46.

18. *Baryakova TH, Pogostin BH, Langer R, McHugh KJ.*
Overcoming barriers to patient adherence: the case for developing innovative drug delivery systems.
Nat Rev Drug Discov. 2023;22(5):387-409.

19. *Graham SM, Barthold D, Hauber B, Brah AT, Saldarriaga E, Collier AC, et al.*
U.S. patient preferences for long-acting HIV treatment: a discrete choice experiment.
J Int AIDS Soc. 2023;26 Suppl 2(Suppl 2):e26099.

20. *Swindells S, Andrade-Villanueva J-F, Richmond GJ, Rizzardini G, Baumgarten A, Masiá M, et al.*
Long-Acting Cabotegravir and Rilpivirine for Maintenance of HIV-1 Suppression.
N Engl J Med. 2020;382(12):1112-23.

21. *Gandhi M, Hickey M, Imbert E, Grochowski J, Mayorga-Munoz F, Szumowski JD, et al.*
Demonstration Project of Long-Acting Antiretroviral Therapy in a Diverse Population of People With HIV.
Ann Intern Med. 2023;176(7):969-74.

22. *Claborn KR, Meier E, Miller MB, Leffingwell TR.*
A Systematic Review of Treatment Fatigue among HIV-infected Patients Prescribed Antiretroviral Therapy.
Psychol Health Med. 2015;20(3):255-65.

23. *Jaiswal J, Francis MD, Singer SN, Dunlap KB, Cox AB, Greene R.*
"Worn out": Coping strategies for managing antiretroviral treatment fatigue among urban people of color living with HIV who were recently disengaged from outpatient HIV care.
J HIVAIDS Soc Serv. 2020;19(2):173-87.

24. *De los Ríos P, Okoli C, Castellanos E, Allan B, Young B, Brough G, et al.*
Physical, Emotional, and Psychosocial Challenges Associated with Daily Dosing of HIV Medications and Their Impact on Indicators of Quality of Life: Findings from the Positive Perspectives Study.
AIDS Behav. 2021;25(3):961-72.

25. *Parienti J-J, Fournier AL, Cotte L, Schneider M-P, Etienne M, Unal G, et al.*
Forgiveness of Dolutegravir-Based Triple Therapy Compared With Older Antiretroviral Regimens: A Prospective Multicenter Cohort of Adherence Patterns and HIV-RNA Replication.
Open Forum Infect Dis. 2021;8(7):ofab316.

26. *Maggiolo F, Taramasso L, Valenti D, et al.*
B/F/TAF forgiveness to non-adherence.
Sexually Transmitted Infections 2024;100: 418-422.

27. *Kandel CE, Walmsley SL.*
Dolutegravir – a review of the pharmacology, efficacy, and safety in the treatment of HIV.
Drug Des Devel Ther. 2015;9:3547-55, doi: 10.2147/DDDT.S84850.

28. *Stellbrink H-J, Lazzarin A, Woolley I, Llibre J.*
The potential role of bictegravir/emtricitabine/tenofovir alafenamide (BIC/FTC/TAF) single-tablet regimen in the expanding spectrum of fixed-dose combination therapy for HIV.
HIV Med. 2020;21(S1):3-16.

29. *Ford S, Crauwels H, Han K, Rossenu S, Zhang F, Huang JO, et al.*
Cabotegravir and rilpivirine pk following long-acting HIV treatment discontinuation
CROI conference. 2020, Disponible en: https://www.croiconference.org/abstract/cabotegravir-and-rilpivirine-pk-following-long-acting-hiv-treatment-discontinuation/.

30. *Post M.*
Definitions of quality of life: what has happened and how to move on.
Top Spinal Cord Inj Rehabil. 2014;20(3):167-80.

31. *Fuster-Ruiz de Apodaca MJ, Laguía A, Safreed-Harmon K, Lazarus JV, Cenoz S, Del Amo J.*
Assessing quality of life in people with HIV in Spain: psychometric testing of the Spanish version of WHOQOL-HIV-BREF.
Health Qual Life Outcomes. 2019;17(1):144.

32. *Ruiz-Algueró M, Hernando V, Marcos H, Gutiérrez G, Pérez-Elías MJ, López-Bernaldo de Quirós JC, et al.*
Self-rated health among people living with HIV in Spain in 2019: a cross-sectional study.
BMC Infect Dis. 2021;21(1):129.

33. *Carrieri P, Spire B, Duran S, Katlama C, Peyramond D, François C, et al.*
Health-Related Quality of Life After 1 Year of Highly Active Antiretroviral Therapy: JAIDS
J Acquir Immune Defic Syndr. 2003;32(1):38-47.

34. *Mannheimer SB, Matts J, Telzak E, Chesney M, Child C, Wu AW, et al.*
Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence.
AIDS Care. 2005;17(1):10-22.

35. *Perrone V, Dovizio M, Sangiorgi D, Andretta M, Bartolini F, Cavaliere A, et al.*
Healthcare Resource Consumption and Related Costs in Patients on Antiretroviral Therapies: Findings from Real-World Data in Italy.
Int J Environ Res Public Health. 2023;20(5):3789.

36. *Kangethe A, Polson M, Lord TC, Evangelatos T, Oglesby A.*
Real-World Health Plan Data Analysis: Key Trends in Medication Adherence and Overall Costs in Patients with HIV.
J Manag Care Spec Pharm. 2019;25(1):88-93.

37. *Pruitt Z, Robst J, Langland-Orban B, Brooks RG.*
Healthcare costs associated with antiretroviral adherence among medicaid patients.
Appl Health Econ Health Policy. 2015;13(1):69-80.

38. *Zhang S, Rust G, Cardarelli K, Felizzola J, Fransua M, Stringer HG.*
Adherence to highly active antiretroviral therapy impact on clinical and economic outcomes for Medicaid enrollees with human immunodeficiency virus and hepatitis C coinfection.
AIDS Care. 2015;27(7):829-35.

39. *Cooke CE, Lee HY, Xing S.*
Adherence to Antiretroviral Therapy in Managed Care Members in the United States: A Retrospective Claims Analysis.
J Manag Care Pharm. 2014;20(1):86-92.

40. *Hirsch JD, Gonzales M, Rosenquist A, Miller TA, Gilmer TP, Best BM.*
Antiretroviral Therapy Adherence, Medication Use, and Health Care Costs During 3 Years of a Community Pharmacy Medication Therapy Management Program for Medi-Cal Beneficiaries with HIV/AIDS.
J Manag Care Pharm. 2011;17(3):213-23.

41. *CCEMG*
EPPI-Centre Cost Converter.
Disponible en: https://eppi.ioe.ac.uk/costconversion/.

42. *Sax PE, Meyers JL, Mugavero M, Davis KL.*
Adherence to antiretroviral treatment and correlation with risk of hospitalization among commercially insured HIV patients in the United States.
PloS One. 2012;7(2):e31591.

43. *Cohen CJ, Meyers JL, Davis KL.*
Association between daily antiretroviral pill burden and treatment adherence, hospitalisation risk, and other healthcare utilisation and costs in a US medicaid population with HIV.
BMJ Open. 2013;3(8):e003028.

44. *Parker B, Ward T, Hayward O, Jacob I, Arthurs E, Becker D, et al.*
Cost-effectiveness of the long-acting regimen cabotegravir plus rilpivirine for the treatment of HIV-1 and its potential impact on adherence and viral transmission: A modelling study.
PLoS ONE. 2021;16(2):e0245955.

45. *Ross EL, Weinstein MC, Schackman BR, Sax PE, Paltiel AD, Walensky RP, et al.*
The Clinical Role and Cost-Effectiveness of Long-Acting Antiretroviral Therapy.
Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 2015;60(7):1102-10.

46. *Moreno S, Rivero A, Ventayol P, Falcó V, Torralba M, Schroeder M, et al.*
Cabotegravir and Rilpivirine Long-Acting Antiretroviral Therapy Administered Every 2 Months is Cost-Effective for the Treatment of HIV-1 in Spain.
Infect Dis Ther. 2023;12(8):2039-55.

47. *Perrone V, Cattaneo D, Radice S, Sangiorgi D, Federici AB, Gismondo MR, et al.*
Impact of therapeutic drug monitoring of antiretroviral drugs in routine clinical management of patients infected with human immunodeficiency virus and related health care costs: a real-life study in a large cohort of patients.
Clin Outcomes Res CEOR. 2014;6:341-8.

48. *Dilworth TJ, Klein PW, Mercier R-C, Borrego ME, Jakeman B, Pinkerton SD.*
Clinical and Economic Effects of a Pharmacist-Administered Antiretroviral Therapy Adherence Clinic for Patients Living with HIV.
J Manag Care Spec Pharm. 2018;24(2):10.18553/jmcp.2018.24.2.165.

49. *De Bruin M, Oberjé EJM, Viechtbauer W, Nobel H-E, Hiligsmann M, van Nieuwkoop C, et al.*
Effectiveness and cost-effectiveness of a nurse-delivered intervention to improve adherence to treatment for HIV: a pragmatic, multicentre, open-label, randomised clinical trial.
Lancet Infect Dis. 2017;17(6):595-604.

50. *Neilan AM, Bangs AC, Hudgens M, Patel K, Agwu AL, Bassett IV, et al.*
Modeling Adherence Interventions Among Youth with HIV in the United States: Clinical and Economic Projections.
AIDS Behav. 2021;25(9):2973-84.

51. *Instituto Nacional de Estadística (INE). INEbase.*
Demografía y población. Cifras de población y censos demográficos.
INE. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735572981

52. *Unidad de vigilancia del VIH, ITS y hepatitis B y C., Instituto de Salud Carlos III.*
Actualización del continuo de atención del VIH en España, 2021-2022.
2023.

53. *Instituto de Salud Carlos III.*
Encuesta Hospitalaria de pacientes con infección por el VIH.
Resultados 2023. Análisis de la evolución 2008-2023. 2023.

54. *Trapero-Bertran M, Oliva-Moreno J.*
Economic impact of HIV/AIDS: a systematic review in five European countries.
Health Econ Rev. 2014;4(1):15.

55. *Instituto Nacional de Estadística (INE). INE Base.*
Índices de precios de consumo y vivienda.
IPC Base 2021. INE. Disponible en: https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=50904&L=0

56. *Antela A, Azcoaga A, Sampedro E, Poveda T.*
Primary prevention.
Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed). 2018 Sep;36 Suppl 1:31-34.

57. *Negró LV, Toda CF, Reyes-Urueña J, David ED, Verdugo RM, Machaín GF, et al*
Documento de consenso
Profilaxis Preexposición al VIH en España. s. f.

58. *Nunn AS, Brinkley-Rubinstein L, Oldenburg CE, Mayer KH, Mimiaga M, Patel R, et al.*
Defining the HIV pre-exposure prophylaxis care continuum.
AIDS Lond Engl. 2017;31(5):731-4.

59. *Sidebottom D, Ekström AM, Strömdahl S.*
A systematic review of adherence to oral pre-exposure prophylaxis for HIV – how can we improve uptake and adherence?
BMC Infect Dis. 2018;18:581 .

60. *Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al.*
Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men.
N Engl J Med. 2010;363(27):2587-99.

61. *Fonner VA, Dalglish SL, Kennedy CE, Baggaley R, O'Reilly KR, Koechlin FM, et al.*
Effectiveness and safety of oral HIV preexposure prophylaxis for all populations.
AIDS Lond Engl. 2016;30(12):1973-83.

62. *O Murchu E, Marshall L, Teljeur C, Harrington P, Hayes C, Moran P, et al.*
Oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) to prevent HIV: a systematic review and meta-analysis of clinical effectiveness, safety, adherence and risk compensation in all populations.
BMJ Open. 2022;12(5):e048478.

63. *Jourdain H, Gage SB de, Desplas D, Dray-Spira R.*
Real-world effectiveness of pre-exposure prophylaxis in men at high risk of HIV infection in France: a nested case-control study.
Lancet Public Health. 2022;7(6):e529-36.

64. *Chen A, Dowdy DW.*
Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of HIV Pre-Exposure Prophylaxis in Men Who Have Sex with Men: Risk Calculators for Real-World Decision-Making.
PLOS ONE. 2014;9(10):e108742.

65. *McKenney J, Chen A, Hoover KW, Kelly J, Dowdy D, Sharifi P, et al.*
Optimal costs of HIV pre-exposure prophylaxis for men who have sex with men.
PLoS ONE. 2017;12(6):e0178170.

66. *Stone J, Bothma R, Gomez GB, Eakle R, Mukandavire C, Subedar H, et al.*
Impact and cost-effectiveness of the national scale-up of HIV pre-exposure prophylaxis among female sex workers in South Africa: a modelling analysis.
J Int AIDS Soc. 2023;26(2):e26063.

67. *Lopez Seguí F, Oyón UO, Marmol LL, Coll P, Andreu A, Meulbroek M, et al.*
Cost-effectiveness analysis of the daily HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men in Barcelona.
PLOS ONE. 2023;18(1):e0277571.

68. *Oglesby A, Germain G, Laliberte F, Bush S, Swygard H, MacKnight S, et al.*
Real-World Persistency of Patients Receiving Tenofovir-Based Pre-Exposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in the US.
Open Forum Infect Dis. 2021;8(Suppl 1):S516-7.

69. *Haberer JE, Mujugira A, Mayer KH.*
The future of HIV pre-exposure prophylaxis adherence: reducing barriers and increasing opportunities.
Lancet HIV. 2023;10(6):e404-11.

70. *Serota DP, Rosenberg ES, Sullivan PS, Thorne AL, Rolle C-PM, Del Rio C, et al.*
Pre-exposure Prophylaxis Uptake and Discontinuation Among Young Black Men Who Have Sex With Men in Atlanta, Georgia: A Prospective Cohort Study.
Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 2020;71(3):574-82.

71. *Kelley CF, Kahle E, Siegler A, Sanchez T, Del Rio C, Sullivan PS, et al.*
Applying a PrEP Continuum of Care for Men Who Have Sex With Men in Atlanta, Georgia.
Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 2015;61(10):1590-7.

72. *Brogan AJ, Davis AE, Mellott CE, Fraysse J, Metzner AA, Oglesby AK.*
Cost-effectiveness of Cabotegravir Long-Acting for HIV Pre-exposure Prophylaxis in the United States.
PharmacoEconomics. 2024;42(4):447-61.

2

La adherencia a los cuidados en VIH: perspectiva de la gestión sanitaria

Raúl Ferrando
Gerente del Departamento de Salud de Castellón.

Félix Rubial
Director Gerente. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla Servicio Cántabro de Salud.

2.1 Introducción

En el año 2003 la OMS definió la adherencia como el grado en el que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas con los profesionales sanitarios, haciendo referencia no solo a la toma de medicación, sino incorporando otros aspectos, como dieta o estilo de vida. En su momento supuso un importante avance conceptual, al incorporar al paciente en la toma de decisiones que afectan a su salud, desterrando la "obediencia debida" propia del término "cumplimiento" que hasta entonces imperaba.

Con una perspectiva de más de 20 años, probablemente sea preciso incorporar alguna evolución en el término, especialmente observando desde la mirada del gestor sanitario. En un modelo social que pretende avanzar desde la gestión de la enfermedad a la gestión de la salud, es conveniente contar con nuevos actores -además del profesional sanitario- en los acuerdos con los individuos y las poblaciones. Y si además, promovemos un enfoque biopsicosocial en el abordaje de los cuidados de la salud, esa evolución resulta imprescindible. Aunque es indudable la asociación existente entre adherencia y medicamento, es clave hacer hincapié en la necesidad de ampliar los dominios de la primera a otros aspectos de los cuidados donde la adherencia es también relevante. Con una misión centrada en mejorar la salud de la ciudadanía mediante una atención sanitaria excelente, de calidad, integral e integrada, equitativa, eficiente, accesible y comprometida, un gestor no puede obviar el valor de la adherencia en los resultados en salud y en la calidad de vida de los pacientes. Y si este término afecta de modo global a todos los sectores de la sanidad, quizás es en el entorno del VIH donde su papel ha sido clave para cambiar la historia de esta enfermedad.

La infección por VIH constituye, sin duda, uno de los mejores ejemplos de éxito social y sanitario de la humanidad en tiempos recientes. Pero a su vez, constituye también un buen ejemplo, a pesar de su corta historia, de cómo el sistema sanitario puede y debe adaptarse a los cambios epidemiológicos. En apenas 40 años, esta infección ha evolucionado de ser una enfermedad aguda y letal a una infección crónica en la que un manejo adecuado permite alcanzar esperanzas de vida equivalentes a los de la población general. Y ello ha sido posible, fundamentalmente, gracias a los avances en la investigación, en el manejo clínico y en la disponibilidad terapéutica. Pero este éxito también genera nuevos retos asociados, como el envejecimiento, la multimorbilidad, la polimedicación derivada de esta última, el manejo del estigma social, etc., que marcan una nueva realidad.

Y si la infección por VIH ha supuesto un gran desafío clínico-asistencial, no lo ha sido menos desde el punto de vista de la gestión sanitaria, en aspectos tales como la organización de la atención, la coordinación asistencial o la financiación, sin olvidar otras facetas tan relevantes como la prevención primaria y secundaria o la comunicación social.

Sin embargo, en lo que hace referencia a la adherencia conviene reconocer que los distintos sistemas y algunos actores sanitarios (gestores incluidos) hemos obrado con cierta despreocupación. En general, y siendo autocríticos, hemos entendido que nuestras responsabilidades decaían una vez realizada la prescripción, y no hemos tomado en conside-

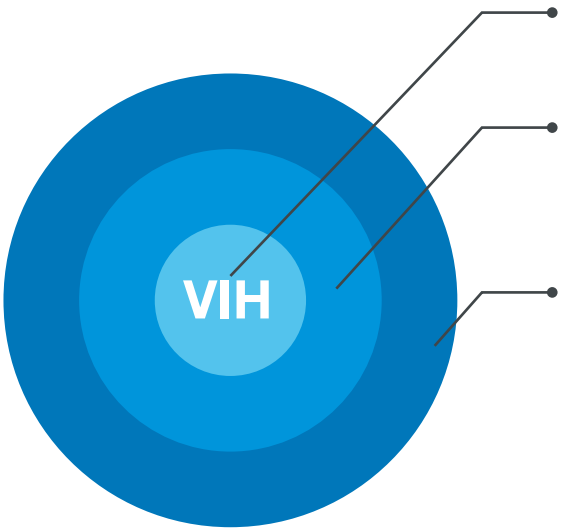
ración el enorme impacto de la adherencia en los resultados individuales y poblacionales. Esta circunstancia, relevante con carácter general, es especialmente trascendente en el caso de la infección por VIH, donde la correcta adherencia es la primera condición que se debe cumplir para asegurar la eficiencia del tratamiento, lo que permite mantener la indetectabilidad del virus y, lo más importante, detiene la progresión de la enfermedad, sus consecuencias y transmisibilidad.

Entendiendo que la gestión busca crear las condiciones necesarias para que la atención sanitaria a las personas sea óptima, y entendiendo, asimismo, que la adherencia a los cuidados es un aspecto esencial para la mejora de la efectividad, la eficiencia, la calidad de vida y los resultados en salud, en este capítulo incidiremos en aquellos aspectos que, a nuestro juicio, son más relevantes en la prevención y manejo de la infección por VIH, desde una perspectiva gestora. Y esta es nuestra visión.

2.2 Aspectos relevantes para la mejora de la adherencia a los cuidados en VIH

El manejo asistencial de las personas con infección por VIH ha ido evolucionando con el paso del tiempo, adaptándose a los avances clínicos y terapéuticos que se han ido produciendo, y a la consecuente realidad epidemiológica, tecnológica y social. Son muchos los desafíos que se nos han presentado en relación con esta situación, y hemos sabido darles una respuesta razonable en el tiempo. No obstante, buscando siempre la mejora continua, la integralidad de la atención desde una perspectiva biopsicosocial, y teniendo como referencia la cuádruple meta (mejorar la salud de la población, mejorar la calidad asistencial y la experiencia del paciente, mejorar la eficiencia y mejorar la satisfacción de los profesionales), es necesaria la adaptación constante de los medios y la organización para conseguir estos objetivos. Analizaremos cuáles son, bajo nuestro prisma, los aspectos más relevantes al respecto, teniendo siempre en cuenta que la gestión en busca de la eficiencia no puede dar la espalda al valor de la adherencia como primer paso para garantizar óptimos resultados en salud.

Antes de abordar el reto, parece prudente indicar que este capítulo es el más alejado de la evidencia sobre la que se sustentan el resto, y es que la percepción del concepto de adherencia en VIH desde la perspectiva del gestor está basada en la experiencia y en una visión colectiva y global derivada de la transversalidad de nuestro rol, pero pese a ello, creemos que puede completar una visión de 360º que es el objetivo de este proyecto.



ASPECTOS RELEVANTES PARA LA MEJORA DE LA ADHERENCIA

MODELO DE PRESTACIÓN DE CUIDADOS

1. Atención centrada en la persona
2. Educación, formación, comunicación
3. El papel de la Atención Primaria
4. El proceso asistencial integrado
5. Coordinación asistencial e interdisciplinariedad
6. Acceso a la Atención Hospitalaria
7. Monitorización de la adherencia
8. Soporte tecnológico
9. Programas de apoyo y seguimiento

2.3 Modelo de prestación de cuidados

Para analizar el modelo de prestación de cuidados que favorezca la adherencia a los cuidados en personas con infección por VIH o en riesgo, hemos considerado distintos elementos, estrategias o características que desde nuestro punto de vista inciden en unos mejores resultados y que sirven para demostrar el valor de la adherencia en la gestión global de la salud.

Atención centrada en la persona

Abogamos por un enfoque asistencial y organizativo proactivo, que priorice las necesidades, preferencias y valores individuales.

Para la aplicación efectiva de este modelo asistencial es necesario contemplar todos sus principios:

1. Respeto a los valores y preferencias: las personas deben ser partícipes activas en las decisiones sobre su atención, en un entorno de toma de decisiones compartidas en el que la escucha activa y el respeto a los valores y opiniones de la persona son imprescindibles. Es necesario adaptar el plan asistencial a las necesidades específicas de cada persona, teniendo en consideración factores como las creencias culturales o religiosas

y, por supuesto, las condiciones médicas preexistentes. No podemos olvidar que el responsable último de una buena o mala adherencia es la persona, el paciente, que debe responsabilizarse de un primer paso para mejorar su calidad de vida, que es "ser adherente".

2. Comunicación efectiva: promover la utilización de información clara y comprensible, adaptada a cada persona y circunstancia, que permita al individuo realizar preguntas y expresar preocupaciones. Mantener una comunicación abierta y continua que garantice la percepción de apoyo y comprensión. Informar de modo adecuado a las personas de que un tratamiento correcto es una necesidad para garantizar óptimos resultados en salud.

3. Apoyo psicosocial integral: la adherencia está enormemente condicionada por el bienestar psicológico y emocional de la persona. Es necesario facilitar atención específica a la salud mental siempre que sea preciso y facilitar el acceso a recursos comunitarios o grupos de apoyo que permitan desterrar la percepción de aislamiento.

4. Empoderamiento o activación: capacitar al individuo para el desarrollo de habilidades y estrategias para manejar su salud de manera efectiva y con la mayor autonomía posible, adoptando hábitos saludables y manejando el estrés. Proporcionar información que permita a la persona entender su situación, promover su autocuidado y autogestión, y tomar decisiones informadas a través de la educación. El empoderamiento está vinculado a la adherencia, del mismo modo que esta lo está a la calidad de vida.

5. Coordinación y continuidad del cuidado: garantizar la ausencia de espacios y momentos de desatención; mantener a la persona permanentemente en el radar aporta tranquilidad y mejora la adherencia a los cuidados. Facilitar transiciones suaves entre niveles de atención, minimizando la interrupción de los cuidados y garantizando fluidez y coordinación, debe ser un objetivo esencial. Para ello, es imprescindible un enfoque multidisciplinar y trabajo colaborativo e integrado bajo un mismo proceso asistencial.

Para la implementación efectiva de la atención centrada en la persona, son necesarias una serie de condiciones que, a grandes rasgos, podrían resumirse en:

- Sensibilización y formación en habilidades de los profesionales sanitarios.
- Uso de la tecnología para la personalización de los cuidados.
- Desarrollo de políticas de apoyo a la persona.
- Medición de resultados (incluyendo, por supuesto, PROM y PREM, que representan medidas estandarizadas para cuantificar la perspectiva del paciente) y evaluación continua.
- La adherencia está estrechamente ligada a un cambio de paradigma que obliga al sistema sanitario, a sus profesionales y a los gestores a cambiar el "por" el paciente a "con" el paciente.

Educación, formación, comunicación

La educación y la formación sanitarias son fundamentales para mejorar la adherencia a los cuidados, por diferentes razones: mejora de la comprensión sobre cómo funciona el tratamiento, reducción del estigma que sigue impactando enormemente en los pacientes, control de los efectos secundarios y prevención de las complicaciones, empoderamiento de la persona, o facilitación del diálogo con los profesionales de la salud.

Una correcta educación sanitaria implica el empleo de estrategias de comunicación adecuadas y adaptadas a la capacidad de comprensión de cada individuo. Una comunicación que será vital para garantizar el dialogo entre todos los agentes implicados, ya que todos deben estar alineados para potenciar y garantizar una óptima adherencia.

El papel de la Atención Primaria

Impulsar desde las gerencias y direcciones la coordinación asistencial, la integración interniveles y la interdisciplinaridad es, sin duda alguna, invertir en salud.

La Atención Primaria desempeña un papel relevante en el manejo continuado, integral, coordinado y accesible de las personas con problemas de salud, y no debiera ser distinto en aquellas con infección por VIH. No obstante, en el caso que nos ocupa es necesaria la adaptación a la nueva realidad epidemiológica en la que las personas con infección por VIH han mejorado sustancialmente su esperanza de vida hasta aproximarla a la de la población general y, por tanto, la responsabilidad asistencial de la Atención Primaria debe incrementarse y dirigirse a aquellos factores que condicionan la salud y calidad de vida.

A nuestro juicio, el papel de la Atención Primaria y Comunitaria en relación con las personas con infección por VIH podría resumirse en estos tres grandes bloques:

1. *Prevención y detección precoz.* Si bien existen otros sectores o entornos sociales en los que promover la prevención de la infección (como, por ejemplo, el educativo), no es desdeñable el papel del primer nivel asistencial en la prevención primaria (y también secundaria) de la misma, especialmente en su actividad más comunitaria. Tampoco podemos olvidar su papel en la PrEP y PEP.

   Sin embargo, no hay ninguna duda del papel esencial que corresponde a la Atención Primaria en lo que respecta a la detección precoz, y la identificación y captación temprana de la PVIH a través de la búsqueda activa u oportunista y la confirmación diagnóstica. Estas acciones y su derivación a las unidades especializadas de referencia pueden permitir, no solo el abordaje terapéutico precoz, sino también un mejor control de la incidencia.

2. *Manejo de las comorbilidades.* Dejando a un lado la monitorización y el ajuste terapéutico -que no creemos realista que pueda asumirse en su integralidad en el ámbito de la Atención Primaria, al menos en el momento presente- no resulta menor el papel que

debe realizar el primer nivel asistencial en el manejo de las comorbilidades o de las patologías que puedan presentar estas personas y que no guarden relación con su infección. No haremos mención a estas últimas, por razones obvias, pero sí a las primeras, en las que consideramos de especial interés su papel en el control de los factores de riesgo cardiovascular, en la salud ósea o en los problemas de salud mental, entre otros.

3. *Coordinación asistencial.* La coordinación asistencial es consustancial a la naturaleza de la Atención Primaria, garantizando una atención fluida y eficaz entre los distintos miembros del equipo interdisciplinar y liderando la integralidad de la Atención Primaria. Es en este punto de la atención donde más se puede aportar al control de la adherencia en todos los aspectos mencionados anteriormente, siempre en colaboración con todo el equipo asistencial y bajo la connivencia del paciente.

El proceso asistencial integrado

Al igual que en cualquier otra situación clínica, la definición acordada entre todos los profesionales implicados de un proceso asistencial integrado (PAI) que defina los flujos, hitos, responsabilidades e indicadores de evaluación en el manejo de las personas con infección por VIH, es absolutamente esencial.

Entre los elementos más importantes que debe contemplar el PAI estarían: la visión multidisciplinar, la continuidad de los cuidados y la facilitación de la transición entre niveles, la evaluación de comorbilidades y complicaciones, la monitorización regular de la terapia antirretroviral y del estado inmunitario, el apoyo emocional y la educación sanitaria, entre otros. Específicamente, y dada su trascendencia, consideramos imprescindible monitorizar también los niveles de adherencia, a fin de establecer medidas correctoras de ser necesario.

Coordinación asistencial e interdisciplinaridad

Coordinación asistencial e interdisciplinaridad constituyen elementos esenciales para garantizar una atención integral, continua y de calidad, abordando, no solo el tratamiento médico, sino también los aspectos psicológicos, sociales y preventivos de la infección.

La coordinación de la atención exige la definición de una red asistencial en la que se integren los múltiples profesionales que prestan soporte a las personas afectadas, asegurando una transición fluida entre niveles y permitiendo una atención continuada a través de planes de cuidados individualizados.

La existencia de información clínica compartida y de una ruta asistencial definida y acordada a modo de PAI, tal y como hemos definido, son elementos clave para una atención coordinada, que sin duda redundará en una mejor adherencia.

El equipo asistencial interdisciplinar -en el que tienen cabida todos aquellos perfiles que deben garantizar la atención integral a las PVIH o en riesgo, y la cobertura de sus necesidades clínicas, emocionales y sociales- debe tener definidos los roles y responsabilidades de cada

miembro del equipo, a fin de optimizar la asistencia y evitar huecos de desatención. Especial interés tendría en el asunto que nos ocupa, la actividad educativa y formativa que promueva la concienciación y la capacitación con la vista puesta en esa adherencia como garante de los mejores resultados clínicos y asistenciales.

Acceso a la Atención Hospitalaria

Aunque ya hemos hecho referencia a este aspecto, quisiéramos hacer referencia concreta a una de las características organizativas singulares del modelo asistencial en las unidades de VIH, como es la modalidad de citación. Es evidente que la frecuencia de las visitas debe adaptarse de manera individualizada a las necesidades de cada persona, pero es especialmente relevante, a nuestro juicio, la atención en cualquier lugar y en cualquier momento; una medicina colaborativa que permita crear espacios de trabajo compartidos entre profesionales sanitarios de diferentes especialidades, de modo especial por esa cronificación de la infección que va pareja al envejecimiento poblacional y a la coexistencia de patologías en pacientes cada vez más mayores. Esto nos garantizará mejores resultados en salud y un manejo óptimo de las descompensaciones desde el primer momento, reduciendo carga de enfermedad y complicaciones.

No menos importante puede ser la habilitación de mecanismos de atención no presencial para todos aquellos casos en los que sea innecesario el desplazamiento del paciente.

Monitorización de la adherencia

"La adherencia se mide, se trabaja y se informa".

Conocer con la mayor precisión posible los niveles de adherencia es el elemento clave para mejorarla. No incidiremos especialmente en ello porque este asunto se ha cubierto en otros capítulos, pero la adherencia a los cuidados en general y la adherencia farmacoterapéutica en particular, permiten prevenir la infección, controlar la CV, prevenir las resistencias y mejorar la calidad de vida de las personas.

Es por ello relevante promover el establecimiento de mecanismos de monitorización, como pueden ser el auto-reporte, los registros de dispensación, la monitorización, electrónica (a través de dispositivos y aplicaciones móviles), la constatación a través de la medición de concentraciones de fármaco o la propia evaluación clínica. Todos ellos orientados a detectar incumplimientos y reforzar concienciación y capacitación.

Soporte tecnológico

Las tecnologías de la información y la comunicación deben jugar un papel relevante en la mejora de la adherencia a los cuidados en personas con infección por VIH o en riesgo. Son múltiples las posibilidades existentes y seguro que los avances constantes en esta materia nos darán nuevas vías de apoyo en el futuro inmediato.

No obstante, el uso adecuado de las existentes puede ser un importante refuerzo. Así, las aplicaciones móviles para el recordatorio o registro de la medicación, los elementos de comunicación asíncrona, la telemedicina a través de consultas virtuales, y los portales de pacientes o grupos de apoyo en línea, entre otros, son excelentes complementos para una adherencia adecuada.

Asimismo, los nuevos modelos de dispensación en proximidad se posicionan como una nueva estrategia de gestión sanitaria, que está directamente vinculada a mejorar la calidad de vida de los pacientes y a reforzar y garantizar una adherencia óptima, al permitir que la medicación esté en tiempo y forma donde la persona la necesita.

Programas de apoyo y seguimiento

Todo lo que hemos descrito anteriormente es necesario desde la ortodoxia asistencial y organizativa para una mejora directa o indirecta de la adherencia en el paciente, pero consideramos que puede enriquecerse y que debe ampliarse. Y esa ampliación debe hacerse incorporando iniciativas, estrategias o elementos que, sin alterar en absoluto el modelo asistencial descrito, complementen y aporten valor a las personas, a la organización asistencial o a la sociedad.

Nos estamos refiriendo a todas aquellas actividades o iniciativas orientadas a acompañar a la persona durante todo su proceso y que pueden ayudar de una manera u otra a la mejora de la adherencia a los cuidados. Entre ellas tenemos: los programas de concienciación como charlas y talleres educativos, los sistemas de dosificación personalizados, los recordatorios electrónicos individualizados, los programas de soporte nutricional o de promoción del ejercicio físico, el apoyo psicosocial y legal, el apoyo comunitario (entre el que podríamos resaltar la formación por pares, que ya ha revelado su elevado impacto), o incluso la incorporación de los pacientes a los proyectos de investigación.

Todo lo descrito en esta parte del capítulo pone de manifiesto la importancia de una gestión eficiente para potenciar la calidad del servicio de salud del que formamos parte.

Sabemos, cómo gestores, el valor crucial de una óptima adherencia, para la cual es vital la atención centrada en la persona a través de la educación y formación en un entorno de continuidad asistencial, multidisciplinar e integral, donde el acceso rápido al entorno asistencial, junto al uso de la tecnología y al desarrollo de programas de apoyo, van a ser garantes de los resultados en salud.

Sostenibilidad

La adherencia al TAR está directamente relacionada con la efectividad del control de la infección por VIH. Una buena adherencia reduce la progresión de la enfermedad, lo que significa menos hospitalizaciones, menos visitas a urgencias y una menor necesidad de tratamientos adicionales. Estos factores reducen los costes directos asociados con la asistencia sanitaria.

En cuanto a los costes indirectos, resulta evidente que una persona con la infección bajo control reduce su absentismo laboral o el de sus propios familiares, limitándose la pérdida de productividad y el impacto económico general que pueda derivar.

Los programas que promueven la adherencia terapéutica son efectivos también en términos de salud pública, ya que el control de la CV reduce el riesgo de transmisión, lo que redunda en un menor número de nuevas infecciones. Además, la adherencia mejora la salud general de los pacientes, reduciendo la necesidad de intervenciones adicionales en etapas avanzadas de la infección.

En definitiva, un sistema de salud que promueva la adherencia optimiza recursos al reducir complicaciones a largo plazo, controla la transmisión y los costes derivados de ello, y con todo, favorece su propia sostenibilidad.

2.4 El papel del gestor en la mejora de la adherencia a los cuidados en VIH

Entender desde el punto de vista de un gestor el enorme valor de la adherencia supone un cambio en la cultura organizacional, en la que debemos ser conscientes de que todo empieza por los líderes.

Gestionar es facilitar. Gestionar supone establecer las condiciones necesarias para la mejor atención, la consecución de resultados óptimos clínicamente y satisfactorios para las personas. Entendiendo la adherencia a los cuidados como un objetivo muy importante en la atención a las personas con infección por VIH, también para los gestores, consideramos que podemos influir en la consecución de los resultados deseables a través del siguiente decálogo de acciones y responsabilidades:

1. Promover e impulsar un abordaje integral, integrado e individualizado, a través de la atención centrada en la persona.
2. Favorecer una atención multidisciplinar.
3. Garantizar una asistencia ágil, accesible y coordinada, incorporando los avances que el desarrollo tecnológico nos permite.
4. Definir objetivos comunes en torno a la adherencia e incentivos profesionales para su consecución.
5. Incorporar a los pacientes en el proceso de optimización y mejora del modelo de prestación de cuidados, y también en su evaluación.
6. Desarrollar sistemas de información orientados a la monitorización de la adherencia, para su evaluación clínica y la adopción de medidas correctoras, aprovechando para ello las tecnologías de la información y la comunicación.

7. Fomentar la atención comunitaria, el asociacionismo y los programas de apoyo y seguimiento. Continuidad asistencial por encima de todo.

8. Colaborar en la reducción del estigma asociado a la infección.

9. Activar mecanismos de educación, formación y comunicación orientados a mejorar la comprensión sobre el impacto y consecuencias de una buena adherencia a los cuidados, y fomentar la autonomía. Concienciar a pacientes, sociedad y profesionales.

10. Crear las condiciones necesarias para que todo lo anterior sea posible, favoreciendo la incorporación de la innovación farmacoterapéutica. Cambiar/adaptar/transformar la cultura de la institución para dirigirla hacia todo lo descrito.

Conclusiones y recomendaciones

La adherencia a los cuidados es esencial para la consecución de resultados en salud, pero en el caso de la infección por VIH es todavía más importante, ya que puede suponer la "no enfermedad" y evitar la transmisión a otras personas, garantizando una calidad y esperanza de vida equivalentes a los de la población general.

Desde la gestión sanitaria debemos tomar conciencia de la importancia de la adherencia como elemento clave para la efectividad y para la eficiencia, y activar todas nuestras posibilidades para optimizarla, tanto individual como socialmente, movilizando en esta misma dirección a nuestras organizaciones.

El papel principal de la gestión (y especialmente de la mesogestión) en este aspecto es crear las condiciones óptimas para un ecosistema asistencial propicio para la mejora de la adherencia. Para ello disponemos de instrumentos y herramientas de distinta índole que, adecuadamente combinados, pueden optimizar la asistencia y colaborar en la superación de los retos a los que nos enfrentamos. De manera muy resumida, y para concluir, resaltaríamos especialmente la promoción del liderazgo clínico y el trabajo interdisciplinar, la incorporación de la mejor tecnología disponible, la dotación de instrumentos para la evaluación de los resultados y la dinamización de la mejora continua de los procesos.

A lo largo de los capítulos de este proyecto, se presenta la evidencia que muestra el vínculo directo que la adherencia tiene sobre conceptos clave, como los costes directos e indirectos, la eficiencia de las actuaciones sanitarias y la sostenibilidad de un sistema de salud del que todos somos responsables.

Este escenario obliga al gestor sanitario a mirar de frente a ese concepto de adherencia, minusvalorado en muchas ocasiones; una adherencia que está integrada en el Quadruple Aim, ya que su consecución impacta directamente sobre mejores resultados clínicos, aumenta la satisfacción del paciente y del profesional que lo atiende y, sin duda alguna, minimiza los costes de la atención brindada.

Además, es esencial reconocer que la adherencia no es solo una cuestión clínica, sino una pieza clave en los esfuerzos globales para controlar y, eventualmente, poner fin a la epidemia del VIH, en línea con los objetivos de ONUSIDA. La meta del 95-95-95 para 2030 depende de garantizar que aquellos que viven con VIH o en riesgo, no solo reciban tratamiento, sino que mantengan una adherencia continua y efectiva, permitiendo suprimir la CV y frenar la transmisión.

Por tanto, es imperativo que pongamos todos los esfuerzos y recursos disponibles, incluyendo la innovación en estrategias de atención y seguimiento, para acelerar la respuesta global al VIH. La adherencia terapéutica no solo mejora los resultados indivi-

duales, sino que es una palanca fundamental para alcanzar los objetivos de ONUSIDA y, finalmente, controlar la epidemia. Esto no solo implica salvar vidas, sino también contribuir a la sostenibilidad de los sistemas de salud a nivel mundial.

¿Es suficiente el valor de la adherencia para que un gestor sanitario la incorpore a su plan de acción?: no enfermedad, prevención, eficiencia, sostenibilidad, satisfacción del paciente, necesidad para profesionales, calidad de vida… ¡la respuesta parece fácil!

Referencias bibliográficas

1. **Libro Blanco de la Adherencia en España.**
Edita Grupo OAT Observatorio de la Salud, S.L.
ISBN OAT: 978-84-09-47302-1.

2. *Nundy S, Cooper LA, Mate KS.*
The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity.
JAMA. 2022;327(6):521–22.

3

La adherencia a los cuidados en VIH: perspectiva del entorno comunitario

Alejandro Bertó
Educador en salud sexual de ADHARA (Asociación VIH/SIDA).

José Canales
Coordinador del Comité Ciudadano AntiSIDA de la Comunidad Valenciana.

Carlos García Gomáriz
Psicólogo Sanitario responsable del programa de Atención Psicológica en Hospitales a PVIH del Comité AntiSIDA de Valencia.

3.1 Contexto actual. Aspectos relevantes para la mejora de la adherencia en VIH: necesidades individualizadas y participación activa de la persona en su cuidado

Los determinantes sociales de la salud y la intervención del ámbito comunitario

La OMS define los determinantes sociales de la salud (DSS) como *las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana*[1] El estudio de las características sociodemográficas ha puesto de manifiesto que estos son factores que influyen de forma determinante en la adherencia a los TAR[2].

Las condiciones de vida cotidiana no son equitativas para todas las personas y a consecuencia de ello nos encontramos tasas más altas de malestar emocional y también de problemas de salud mental en las poblaciones vulnerables[3] (o "vulnerabilizadas", en cuanto que esa misma condición de vulnerabilidad se da por factores estructurales sobre los cuales los individuos no tienen mucha agencia para poderlos modificar y, por tanto, mejorar su estándar de salud y calidad de vida). Una situación de estrés y tensión en un contexto cultural cambiante, junto a condiciones de pobreza y exclusión social, pueden tener un impacto importante en la esfera psiquiátrica de la persona, sobre todo si encontramos factores personales de vulnerabilidad en interacción con condiciones materiales desfavorecedoras. Algunos trastornos, como veremos más adelante -como la depresión-, tienen asociados peores resultados de adherencia a los TAR[4]. También la prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas es mayor en los grupos vulnerables[5]. Esto también afecta a la adherencia y tiene efectos negativos sobre los resultados de la medicación antiviral[6]. Los gais, bisexuales y hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) que practican chemsex tienen más probabilidades de sufrir depresión, ansiedad o dependencia de sustancias[7], desarrollando en muchos de estos casos una patología dual que agrava más el cuadro. El uso de drogas chemsex constituye una barrera importante en la consecución de una adherencia óptima.

La relación entre determinantes sociales de salud, malestar emocional, comorbilidad psiquiátrica, consumo de drogas y adherencia al tratamiento, en el VIH se ve especialmente agravada por una condición que no se da en todas las enfermedades y que es consecuencia de la tensión en el continuo individuo-sociedad: El estigma. Con un importante coste psicológico y un fuerte impacto en la esfera emocional y también física[8], las consecuencias de este, como el autoestigma, los sentimientos de culpa y la ausencia de soporte social o familiar, también influyen negativamente sobre la adherencia, limita el acceso a la prevención y pueden disminuir el compromiso de la PVIH hacia su tratamiento farmacológico[9].

La intervención sobre la relación entre los factores señalados (determinantes sociales de salud, malestar emocional, comorbilidad psiquiátrica, consumo de drogas, estigma y adherencia al tratamiento) requiere de un enfoque holístico y un nuevo modelo de atención en el que estén implicados los distintos agentes, tanto sanitarios como comunitarios. Las entidades sociales, como el Comité antiSIDA de Valencia o Adhara -como autores del capítulo-, por

nuestra idiosincrasia y desde nuestros orígenes, hemos actuado como puente entre lo sanitario y lo social, desarrollando programas que han dado continuidad a la intervención fuera del entorno hospitalario, incidiendo en otros aspectos de la calidad de vida más allá de lo sanitario. Este acompañamiento de la PVIH en su entorno de vida real nos ha permitido identificar e intervenir sobre los problemas de adherencia a los TAR que tienen que ver con sus condiciones de vida.

Esperanza y calidad de vida, cronicidad, indetectabilidad e intransmisibilidad, atención a las comorbilidades y estratificación

Las necesidades de las PVIH son muy heterogéneas y, como hemos visto en el párrafo anterior, están determinadas por los condicionantes sociales de salud. Es preciso un modelo de atención que tenga en cuenta estos factores. En la actualidad, la intervención en el ámbito del VIH está determinada por el paradigma de la cronicidad. La evolución del VIH a una enfermedad considerada crónica ha supuesto una importante revolución respecto a los cuidados. Pasar de una estrategia centrada en la supervivencia a otra focalizada en la esperanza de vida a largo plazo, ha supuesto grandes logros como son las mejoras en el abordaje farmacológico (menos tóxico, más seguro, efectivo y sencillo), la indetectabilidad y su consecuente intransmisibilidad y la inclusión del criterio de calidad de vida como requisito clave en la intervención con las PVIH. Sin embargo y como hemos visto anteriormente, a la cronicidad también vienen asociados nuevos retos como son el abordaje de las comorbilidades, la fragilidad, la polifarmacia, los aspectos emocionales y relacionados con la salud mental, las nuevas demandas asistenciales y una amplia heterogeneidad de perfiles dentro del colectivo de las PVIH. Estos retos determinan un contexto diferente en el que es preciso, como ya hemos mencionado anteriormente, un nuevo modelo de atención en el que se aborden las diferentes transversalidades de la infección por el VIH.

El Modelo óptimo de atención al paciente con VIH[10] (englobado dentro del Proyecto National Policy, promovido por GeSIDA, SEISIDA y ViiV Healthcare, y avalado por CESIDA, SEFH, SEIMC y RIS) es una revisión y actualización del modelo de atención a la cronicidad adaptado y centrado en las PVIH. Analiza el sistema actual en base a seis áreas y propone una serie de intervenciones que implican unas mejoras sustanciales en la organización, coordinación y estructura del sistema de cuidados. Estas áreas de trabajo implican el abordaje de problemáticas actuales tales como el conjunto de comorbilidades y la esfera social del paciente (dentro del área de “Diseño del modelo de prestación de cuidados”), la intervención sobre la salud mental y el estigma (asociados al componente “Sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas”) o las barreras administrativas para el acceso a los TAR de las personas migrantes (vinculadas al ámbito de los “Recursos y políticas comunitarias”).

Para poder intervenir sobre estas áreas e implantar este nuevo modelo, es preciso tener en cuenta dos aspectos claves:

1. La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

2. La multidisciplinariedad de los equipos.

Ambos elementos enfatizan la importancia del trabajo colaborativo entre los agentes implicados (tanto sanitarios como comunitarios) y la comunicación fluida y bidireccional entre ellos. Obviamente, esta comunicación debe incluir al paciente como parte esencial y situarlo en el centro de la intervención. Para esto es indispensable personalizar y atender sus características diferenciales, adecuando el sistema de cuidados a éstas. Esto aporta beneficios tales como: mejora de la experiencia en la atención, posibilidad de dedicar más tiempo a las personas más vulnerables, optimización de las visitas al centro hospitalario o una mayor eficacia en la disposición de recursos.

Para facilitar esta atención diferenciada y estratificada, el Modelo Óptimo de atención al VIH propone un sistema de estratificación de pacientes[11] en el que se recogen siete arquetipos y sus necesidades más importantes desde el punto de vista clínico, psicológico y social.

Paciente **azul** con infección por VIH controlada, autónomo, sin comorbilidades y sin conductas de riesgo, psicológicamente bien y con buen soporte familiar.

Paciente **amarillo** con comorbilidad y/o frágil y/o dependiente.

Paciente **naranja** en su primer año de tratamiento para el VIH tras el diagnóstico.

Paciente **morado** consumidor de sustancias psicoactivas con dependencia física y/o psíquica.

Paciente **verde** con necesidades sociales, mal adaptado al sistema y con problemas de inserción social.

Paciente **fucsia** embarazada.

Paciente **lila** con prácticas sexuales de riesgo.

Como veremos más adelante, la atención diferencial a las características que conforman los diferentes perfiles de pacientes propuestos en el modelo resulta clave para poder obtener buenos resultados en adherencia al TAR. Sin embargo, parte de estas necesidades (condicionadas por los DSS, como decíamos al principio del epígrafe) son de difícil cobertura por parte del sistema sanitario, y es precisamente donde el ámbito comunitario juega un papel crucial para garantizar el éxito terapéutico del abordaje farmacológico.

3.2 El papel del entorno comunitario en la mejora de la adherencia a los cuidados en VIH. Experiencia y aprendizajes de estrategias exitosas desarrolladas por el ámbito comunitario para cada paciente basadas en el sistema de estratificación de pacientes

Como hemos señalado en el apartado anterior, el sistema de estratificación de pacientes permite identificar diferentes áreas de necesidad susceptibles de intervención diferencial según el perfil de cada PVIH. Basándonos en nuestra experiencia, la satisfacción de estas necesidades a través de un papel activo de la PVIH, utilizando las herramientas facilitadas por el entorno comunitario, tiene un impacto positivo en la adherencia al tratamiento.

En los servicios que prestamos desde nuestras asociaciones se utiliza el cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) a través de un sistema pretest-postest para evidenciar las mejoras que las PVIH consiguen en relación con este ámbito. La situación basal que nos encontramos en los perfiles con mayores complejidades (paciente amarillo, verde, morado y lila, fundamentalmente) responde a las siguientes características:

- Cuidado de la salud:
    a. Pérdida de control virológico
    b. Fallo de adherencia
    c. Comorbilidad psiquiátrica
    d. Pérdida de seguimiento médico
    e. Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia
    f. Ingresos hospitalarios
    g. Hábitos no saludables
- Área psicológica, emocional y cognitiva:
    a. Malestar emocional
    b. Deterioro neurocognitivo
- Situación e integración social, y participación comunitaria:

a. Falta de participación y apoyo social

b. Situación de exclusión social

c. Nulo apoyo familiar

d. Pérdida de trabajo

e. Instituciones penitenciarias

Encontramos que todos estos factores impactan negativamente en la adherencia al tratamiento y que los mismos equipos sanitarios de los hospitales de referencia con los que nos coordinamos, se ven sobrepasados a la hora de abordarlos. El papel del ámbito comunitario en estos casos es clave porque la idiosincrasia de nuestras entidades nos permite abordar estas circunstancias desde distintos programas, especializados y adaptados a cada perfil. Las entidades sociales somos más flexibles, dúctiles y dinámicas; y podemos prestar una atención complementaria a las necesidades que son de difícil cobertura para el sistema sanitario. Además, las ONG tenemos un papel proactivo en la coordinación y una estructura más maleable que nos permite ajustarnos a los deseos y momento vital de la PVIH, que es quien, en todo momento, decide y marca el ritmo de la intervención. Esta horizontalidad con la persona nos diferencia del modelo médico predominante y permite un trabajo multifactorial y holístico en relación a la adherencia a los cuidados, al TAR y otros fármacos.

En la Tabla 10 detallamos las técnicas desde donde trabajamos los factores señalados en la enumeración anterior. Detallamos las áreas de necesidad planteadas por las mismas PVIH en las entrevistas de acogida incluidas en los programas, las intervenciones que ponemos a su servicio y las acciones que ejecutan en coordinación con los equipos profesionales. Todas estas medidas, directa o transversalmente, tienen un impacto positivo en la adherencia al tratamiento de las PVIH y han permitido obtener puntuaciones superiores en los postest respecto a los pretest durante el primer año de intervención.

Tabla 10.
Áreas de intervención y acciones

Área de necesidad	Intervención	Acciones
1. Cuidado de la salud	Adherencia al tratamiento médico	- Entrenamiento para organizar y planificar la toma. - Servicio de consigna. - Tratamiento directamente observado. - Recogida-envío de medicación farmacia hospitalaria.
	Apoyo y seguimiento de citas médicas	- Gestión de la agenda. - Acompañamientos. - Coordinación con el equipo sanitario para el desarrollo de intervenciones.
	Atención fisioterápica y de terapia ocupacional	- Rehabilitación funcional de lesiones, traumatismos o disfunciones físicas. - Valoración, tratamiento y seguimiento de problemas musculoesqueléticos. - Promoción de la actividad física frente al sedentarismo (taller de deporte, grupal). - Educación sobre salud y autocuidados para prevenir o paliar la enfermedad (taller de salud grupal).
	Acceso a una alimentación nutritivamente equilibrada	- Servicio de comedor social y “Comer a casa”. - Banco de alimentos.
2. Área psicológica, emocional y de apoyo de pares	Atención psicológica individual y grupal a través de grupos de ayuda mutua	- Evaluación, tratamiento y seguimiento del estado psicológico. - Apoyo psicológico y orientación familiar. - Adquirir herramientas para la prevención de adicciones y/o mantenimiento de la abstinencia. - Instruir en técnicas para el desarrollo personal, emocional y social. - Soporte emocional y promoción de la adherencia al TAR. - Grupos de pares.
3. Situación e integración social	Atención social	- Apoyo, gestión y tramitación de prestaciones y ayudas para dar respuesta a sus necesidades sociales. - Asesoría y orientación social a usuarios y familias.

Por cuestiones relacionadas con la extensión del documento, vamos a centrarnos en las estrategias desarrolladas por las entidades de base comunitaria que impactan positivamente en la adherencia al tratamiento de las áreas de necesidad 1 y 2.

Área de necesidad: cuidado de la salud

Adherencia al tratamiento médico

De acuerdo con nuestra experiencia, estas técnicas implican no solo los procesos de adquirir, almacenar, gestionar y manejar la toma de la medicación, sino también prestar atención a la salud emocional de la persona a la hora de llevar a cabo estos procesos, ayudando en caso necesario a tomar consciencia de la importancia de mantener una correcta adherencia. En este sentido, es fundamental el papel de las Entidades Sociales en el apoyo a la adherencia de la medicación y el seguimiento de las visitas en las PVIH o en riesgo.

- *Entrenamiento para organizar y planificar la toma*. Se refiere a todas las actividades relacionadas con el entrenamiento para tomar correctamente la pauta farmacológica: uso de pastilleros, agendas, recordatorios, sistemas de alarma, etc.
- *Servicio de consigna*. Fundamentalmente con pacientes tipo amarillo o verde con comorbilidades y necesidades sociales. La consigna se refiere a la necesidad de guardar la medicación en un espacio diferente al de la vivienda habitual, por miedo a la discriminación si los convivientes la descubren, por pérdida o por robo. En los centros de nuestras entidades ofrecemos esta posibilidad. En la actualidad, en aquellos casos en los que el servicio de consigna se hace extremadamente complejo, existen nuevas opciones de dosificación y administración que facilitan el tratamiento. En estos casos, la pauta anteriormente descrita como *entrenamiento para organizar y planificar la toma* se vuelve indispensable.
- *Tratamiento directamente observado*. Implica la supervisión de la toma por un profesional, par o familiar, en casos de deterioro neurocognitivo o ante resistencias emocionales frente al tratamiento. En este último caso, se interviene de forma complementaria desde el *counselling* para desactivar los prejuicios que obstaculizan la adherencia.
- *Recogida-envío de medicación farmacia hospitalaria*. Fundamentalmente para personas con dificultades de movilidad. Esta intervención implica la recogida de la medicación del hospital para llevarla al domicilio o a la farmacia de barrio.

Apoyo y seguimiento de citas médicas

Se refieren a todas las intervenciones destinadas a asistir (de forma presencial u *online*) a las citas médicas y consensuar las indicaciones entre los sanitarios y las PVIH. Estas actuaciones tienen un impacto directo sobre la adherencia no solo a los TAR, sino también al resto de fármacos incluidos en la pauta.

- *Gestión de la agenda*. Entrenamiento en herramientas, especialmente las digitales, para la gestión de citas médicas.
- *Acompañamientos*. Este tipo de intervención se facilita durante los primeros meses de participación de una nueva PVIH en los programas, y se mantiene en el tiempo siempre y cuando lo necesite. Implica el acompañamiento a citas médicas por parte de un profesional, un voluntario o un par de la entidad. Supone un entrenamiento previo para la gestión de la comunicación con el profesional médico o de enfermería. Facilita la triangulación, la negociación y el consenso con el ámbito sanitario en los casos en los que la PVIH presenta alguna dificultad. Permite un seguimiento exhaustivo de las indicaciones facilitadas en consulta. Afianza la relación de confianza entre la médica, la PVIH y el equipo de la ONG.
- *Coordinación con el equipo sanitario para el desarrollo de intervenciones*. Presencial, telefónicamente o por correo electrónico. Se refiere a la gestión de la comunicación entre el ámbito hospitalario y la PVIH facilitado por la entidad; sobre todo en emergencias o complicaciones, y también en la coordinación entre las diferentes especialidades.

Atención fisioterápica y de terapia ocupacional

La intervención desde estas dos disciplinas implica mejoras de la esfera funcional de la PVIH y, según nuestra experiencia, una mejora en los resultados en percepción de calidad de vida y salud, con un impacto transversal en la adherencia al tratamiento. Desde este ámbito se desarrollan las siguientes acciones:

- Rehabilitación funcional de lesiones, traumatismos o disfunciones físicas.
- Valoración, tratamiento y seguimiento de problemas musculoesqueléticos.
- Promoción de la actividad física frente al sedentarismo (taller de deporte, grupal).
- Educación sobre salud y autocuidados para prevenir o paliar la enfermedad (taller de salud grupal). Concretamente, esta acción abarca la psicoeducación también de los fármacos incluidos en la pauta, el manejo de sus posibles efectos adversos y las posibles interacciones con otros tratamientos o sustancias.

Cobertura de necesidades básicas

Acceso a una alimentación nutritivamente equilibrada. Estas intervenciones son clave, ya que no podemos trabajar la adherencia al tratamiento si no están cubiertas de forma satisfactoria las necesidades básicas, especialmente la de alimentación. Estas acciones atañen fundamentalmente a personas con mucha problemática social (paciente verde) y/o consumo de sustancias (paciente morado). Propiamente del ámbito social, más que del sanitario es, sin duda, un tipo de acción esencial para poder obtener resultados en salud. Sin embargo, somos las entidades de base comunitaria las que contribuimos a resolver esta problemática a través del trabajo en red y los convenios de colaboración con otras asociaciones e instituciones.

- *Servicio de comedor social*. El servicio de comedor social que prestamos desde nuestras entidades es clave para que muchos pacientes amarillo o verde puedan acceder a una alimentación equilibrada.
- *Banco de alimentos y "Comer a casa"*. Ambos programas de la entidad facilitan la satisfacción de esta necesidad para las personas en reposo domiciliario tras alta hospitalaria y sin apoyo social, o personas con dificultades para la compra de alimentos.

Área de necesidad: área psicológica, emocional y de apoyo de pares

La importancia de la comunicación y la transmisión de información en la adherencia: paciente informado = paciente motivado = paciente adherente

La OMS define el término adherencia terapéutica como *el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de los hábitos de vida se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario*[12].

Nuestra experiencia pone de manifiesto que una PVIH mejora su adherencia terapéutica si adquiere un papel activo en el proceso de gestión de su enfermedad. Además, es clave que exista una relación con el médico y el resto de los profesionales sanitarios, basada en la confianza, las habilidades socioculturales y el diálogo, facilitando su participación en la toma de decisiones.

En nuestra práctica diaria solemos encontrarnos pacientes que no saben qué CV tienen o qué significa el concepto de "indetectabilidad" y su correlación con la adherencia óptima. Desde el sector comunitario es más fácil que la persona se involucre con su propio proceso terapéutico, usando técnicas pedagógicas y psicoeducativas que permiten una aproximación y exposición hacia los aspectos más relevantes del VIH y del tratamiento.

Una persona informada es una persona motivada y adherente. Se constata una correlación positiva entre PVIH informada y optimización del tratamiento integral[13]. Un paciente informado acerca de las características de la enfermedad y su tratamiento muestra una mayor involucración con su propio proceso de recuperación, dándose además un contexto más propio para generar situaciones de *feed-back* que incrementan el grado de motivación y adherencia. En muchas ocasiones, en la propia consulta de la médica internista, no se favorece el clima adecuado, generalmente por falta de tiempo, para establecer una relación médico-paciente basada en la confianza, la comunicación y la transmisión de información en ambas direcciones, que sí es posible en el marco de la intervención comunitaria. De hecho, un reciente estudio constata que un tercio de las PVIH no han sido informadas por sus médicos de que "indetectable" es igual a "intransmisible". Transmitir a los pacientes dicho mensaje en la consulta se relaciona con mejores resultados en salud como, por ejemplo, una mejor adherencia al tratamiento o sentirse más cómodo a la hora de revelar el estado serológico al VIH[14].

Por otro lado, entre todas las personas que atendemos hay una muestra de PVIH que presentan un nivel de autoestigma elevado, lo que les provoca un aumento de la ansiedad hacia todo aquello que tenga que ver con el VIH; de tal forma que estas personas muestran una actitud de evitación sobre los pensamientos y conductas que favorecen la información (exposición) sobre el VIH y su tratamiento, pudiendo tener una incidencia directa en su mala adherencia.

El abordaje de la adherencia necesita una visión transdisciplinar. Es necesaria una estrategia conjunta en la que todos los actores y actrices participen de forma estructurada y coordinada. Cada uno de ellos supone una pieza del engranaje indispensable en el marco de la adherencia, principalmente en PVIH con patologías crónicas y polimedicados. Dentro de este abordaje, y como hemos visto en los párrafos anteriores, la comunicación y las competencias socioculturales juegan un papel fundamental.

Como hemos señalado, la incidencia de depresión es más elevada entre las personas con el VIH[15]. De hecho, es la patología de salud mental más frecuente entre las personas con el virus. Se estima que entre el 20 y el 40 % de las PVIH padece este trastorno, cinco veces la tasa observada en la población general. En el contexto del VIH, la depresión no solo tiene un gran impacto sobre la calidad de vida, sino que también se asocia con peores resultados generales en salud. Asimismo la presencia de síntomas depresivos entre las personas que llevan largo tiempo viviendo con el VIH se asocia a un mayor riesgo de mortalidad. Además, existe una conexión bien establecida entre la depresión y una peor adherencia al tratamiento del VIH, lo que podría permitir un rebote de la carga[16].

La importancia de los problemas de salud mental en las PVIH ha hecho que la integración de los servicios de salud mental y el apoyo psicosocial junto con los servicios relacionados con el VIH, constituya una de las acciones prioritarias clave incluidas en la Estrategia Mundial sobre el SIDA 2021-2026: *Acabar con las desigualdades y acabar con el SIDA,* y en la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA de 2021: *Acabar con las desigualdades y estar en condiciones de poner fin al SIDA para 2030*[17].

Atención psicológica individual y grupal a través de grupos de ayuda mutua

A pesar de la mayor prevalencia de comorbilidad psiquiátrica, la atención psicológica y el apoyo emocional a las PVIH no están reconocidos dentro del catálogo de prestaciones del SNS, y está presente de forma muy irregular en los hospitales del territorio nacional. Sin embargo, esta carencia es ampliamente suplida por las entidades de ámbito comunitario que, desde sus orígenes, han contado con servicios de psicología especializada y grupos de ayuda mutua gestionados por pares, como herramientas fundamentales para mejorar la calidad de vida y, por ende, de impactar positivamente en la adherencia al tratamiento. Las principales intervenciones son:

- *Evaluación, tratamiento y seguimiento del estado psicológico*. El psicólogo realiza una serie de entrevistas con la persona beneficiaria cuya finalidad es evaluar su situación atendiendo a diferentes factores: psicológico, físico, ambiental y relacional. Tras la evaluación

inicial, se establece un diagnóstico a partir del cual se irán empleando las técnicas necesarias para cada caso.

- *Apoyo psicológico y orientación familiar*. Sobre los efectos colaterales como ostracismo y aislamiento social, desorganización familiar, tensión relacional, trastornos afectivos, de conducta, etc. Desde el enfoque de la psicología clínica y la psicología social, utilizando una metodología basada en la reinserción social y la recuperación, o el establecimiento de nuevas relaciones socio-familiares que garanticen una integración social lo más óptima posible, así como la intervención en los distintos trastornos o psicopatologías que dificulten un adecuado ajuste social y familiar.

- *Adquirir herramientas para la prevención de adicciones y/o mantenimiento de la abstinencia en casos de dependencia*. Diversos estudios han destacado la influencia negativa del consumo de alcohol sobre la adherencia al TAR, aunque pocos de ellos valoran además el consumo de otras sustancias[18]. La detección del consumo de sustancias, especialmente de alcohol, y su abordaje en PVIH, puede repercutir positivamente en el cumplimiento terapéutico, en beneficio de una mayor efectividad de la TAR.

- *Instruir en técnicas para el desarrollo personal, emocional y social*. Propias de la metodología de la psicología cognitivo-conductual aplicada a las características y vulnerabilidades de las PVIH.

- *Soporte emocional y promoción de la adherencia al TAR*. Se basa en la metodología de la psicología de la comunicación y la persuasión. Se trata de promover, en coordinación con el resto de personal sanitario, la adherencia al tratamiento farmacológico y las técnicas de autoregistro y feedback propias de la psicología conductual y, de demostrada eficacia en estos casos.

- *Grupos de pares*. O programa de educación en salud entre iguales conducido por las propias PVIH previamente formadas para acompañar, apoyar y asesorar en relación con su bienestar emocional, físico y social a otras personas que también tienen la infección. Además, desde la técnica del modelado se sugiere que, si uno escoge a alguien con algún trastorno psicológico y le ponemos a observar a otro que está intentando lidiar con problemas similares de manera más productiva, el primero aprenderá por imitación del segundo, de hecho, podemos afirmar que la intervención entre pares en contexto hospitalario mejora la CVRS de las personas recientemente diagnosticadas de VIH y su salud psicológica[19].

Conclusiones y recomendaciones

La intervención sobre la relación entre los DSS, el malestar emocional, la comorbilidad psiquiátrica, el consumo de drogas, el estigma y la adherencia al tratamiento requiere de un enfoque holístico y un nuevo modelo de atención en el que estén implicados los distintos agentes, tanto sanitarios como comunitarios.

El *Modelo óptimo de atención a las PVIH* analiza el sistema actual en base a seis áreas y propone una serie de intervenciones que implican unas mejoras sustantivas en la organización, coordinación y estructura del sistema de cuidados, atendiendo no solo a necesidades médico-hospitalarias, sino también sociales y culturales de las PVIH. Para facilitar esta atención diferenciada y estratificada, este modelo propone un sistema de estratificación de pacientes. La atención diferencial a las características que conforman los diferentes perfiles resulta clave para poder obtener buenos resultados en adherencia al TAR. Sin embargo, parte de estas necesidades son de difícil cobertura por parte del sistema sanitario, y es donde el ámbito comunitario juega un papel crucial para garantizar el éxito terapéutico del abordaje farmacológico. Fundamentalmente son los perfiles de pacientes amarillo, verde, morado y lila los que obtienen mejores resultados en adherencia a través de las intervenciones desarrolladas en el ámbito comunitario por entidades como el Comité AntiSIDA de Valencia y Adhara. Estas intervenciones que desarrollan acciones basadas en la adherencia al tratamiento médico, el apoyo y seguimiento de citas médicas, la atención fisioterápica y de terapia ocupacional, el acceso a una alimentación nutritivamente equilibrada, la atención psicológica individual y grupal a través de grupos de ayuda mutua, y la atención social, impactan positivamente en el compromiso de la personas hacia su tratamiento.

Referencias bibliográficas

1. *Organización Mundial de la Salud (OMS).*
Determinantes sociales de salud.
Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

2. *Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (SPNS), Grupo de estudio del SIDA (GeSIDA), Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).*
Documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral.
Actualización 2020. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/04/GUIA_GESIDA_febrero_2020_Adherencia.pdf

3. *UNAIDS.*
Integración de las intervenciones en materia de salud mental y VIH. Consideraciones principales. 2022.
Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/integration-mental-health-hiv-interventions_es.pdf

4. *Hoare J, Sevenoaks T, Mtukushe B, Williams T, Heany S, Phillips N.*
Global Systematic Review of Common MentalHealth Disorders in Adults Living with HIV.
Curr HIV/AIDS Rep. 2021 Dec;18(6):569-580.

5. *World Health Organization.*
The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life.
Geneva: World Health Organization; 2002. ISSN 1020-3311.

6. *Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, Ministerio de Sanidad.*
Documento técnico abordaje del fenómeno del chemsex.
2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ca/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/DocumentoDEF.pdf

7. *Íncera-Fernández D, Gámez-Guadix M, Moreno-Guillén S.*
Mental Health Symptoms Associated with Sexualized Drug Use (Chemsex) among Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review.
Int J Environ Res Public Health. 2021 Dec 17;18(24):13299.

8. *Schvey NA, Hsieh HC, Illinik L, Chu X, Ganesan A, Schofield C, et al.*
Associations between Stigma and Physical and Mental Health in the U.S. Military HIV Natural History Study.
Póster presentado en la IDWeek2022. 19-23 octubre 2022. Washington, EEUU.

9. *Parro-Torres C, Hernández-Huerta D, Ochoa-Mangado E, Pérez-Elías MJ, Baca-García E, Madoz-Gúrpide A.*
Antiretroviral treatment adherence and mental disorders: observational case-control study in people living with HIV in Spain.
AIDS Care. 2022 Aug;34(8):1064-1072.

10. *ViiV Healthcare.*
Descripción del modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH.
Disponible en: https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viivhealthcare/es_ES/documents/vhc2-es-modelo-optimo-atencion-vih.pdf

11. *ViiV Healthcare.*
Sistema de estratificación de pacientes con VIH.
Disponible en: https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viivhealthcare/es_ES/files/sistema-de-estratificacion-de-pacientes-con-vih.pdf

12. *World Health Organization.*
Adherence to long term therapies: evidence for action.
2003. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/42682

13. *Short D, Spinelli F, Okoli C, de los Ríos P.*
Understanding the changing treatment concerns of older people living with HIV and difficults with patient-provider communication.
VIIV HEALTHCARE. 2020. Disponible en: https://www.natap.org/2020/IAC/IAC_42.htm

14. *Calabrese SK, Mayer KH.*
Stigma impedes HIV prevention by stifling patient-provider communication about U = U. J Int AIDS Soc.
2020 Jul;23(7):e25559.

15. *So-Armah K, Gupta SK, Kundu S, Stewart JC, Goulet JL, Butt AA, et al.*
Depression and all-cause mortality risk in HIV-infected and HIV-uninfected US veterans: a cohort study.
HIV Med. 2019 May;20(5):317-329.

16. *Paolillo EW, Pasipanodya EC, Moore RC, Pence BW, Atkinson JH, Grelotti DJ, et al.*
Cumulative Burden of Depression and Neurocognitive Decline Among Persons With HIV: A Longitudinal Study.
J Acquir Immune Defic Syndr. 2020 Jul 1;84(3):304-312.

17. *Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Organización Mundial de la Salud (OMS).*
Consideraciones clave para integrar las intervenciones sobre el VIH y la salud mental.
2022. Disponible en: https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2022/april/20220428_integrate-hiv-mental-health

18. *González-Álvarez S, Madoz-Gúrpide A, Parro-Torres C, Hernández-Huerta D,* Ochoa *Mangado E.*
Relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+ y el consumo de alcohol, asociado o no al uso de otras sustancias.
Revista Adicciones. Socidrogalcohol Vol 31, n.º 1. 2019. Disponible en: https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/916

19. *Fuster-Ruiz de Apodaca MJ, Pérez-Garín D, Baceiredo V, Laguía A, Carrillo JG, García R, et al.*
Evaluation of a peer intervention project in the hospital setting to improve the health-related quality of life of recently diagnosed people with HIV infection.
Health Qual Life Outcomes. 2023 Sep 13;21(1):106.

4

La adherencia a los cuidados en VIH: perspectiva del ámbito clínico

Juan Ambrosioni
Unidad VIH del Servicio de Infecciones del ICMID del Hospital Clínic de Barcelona.

Alberto Romero
Coordinador de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Puerto Real de Cádiz.

4.1. Introducción

La importancia de la adherencia en el tratamiento de la infección por VIH

Desde el punto de vista del médico clínico involucrado en el manejo de la infección VIH y patologías asociadas, la adherencia siempre ha sido un aspecto muy relevante y priorizado en todas las consultas de PVIH.

Desde los primeros años del TAR triple, hacia finales de la década de los 90, siempre fue considerado un aspecto prioritario de las visitas insistir en la importancia de la toma adecuada de la medicación. En esos primeros tiempos, los esquemas eran complejos, con más de una toma al día (QD) y con muchas pastillas; además, los perfiles de efectos secundarios y toxicidades eran mucho menos favorables respecto a los actuales. Por otra parte, la potencia antirretroviral de esos primeros esquemas era muy inferior a la actual, y la temida consecuencia era el fracaso virológico y el desarrollo de resistencias, lo cual no era infrecuente. Por este motivo, una inquietud que el clínico transmitía a las PVIH en seguimiento en cada visita, era la de la toma adecuada para minimizar esos riesgos. Se consideraba que esos primeros esquemas del TAR requerían adherencias idealmente por encima del 90-95 % para mantener la indetectabilidad[1].

Con el desarrollo de esquemas más sencillos, más potentes y mejor tolerados, una adherencia adecuada fue también más sencilla de lograrse. La primera combinación triple en una sola pastilla estuvo disponible a mediados de los 2000 (fue comercializada en USA en 2006) y representó un hito en la simplificación del TAR. Paulatinamente, otras combinaciones estuvieron disponibles en coformulación, permitiendo que la mayor parte de las personas con VIH pudieran tener pautas de TAR apropiadas en una única pastilla[1].

Esta potencia creciente de los fármacos antirretrovirales desarrollados y la co-formulación de los mismos[1], permitió que la adherencia adecuada fuera un objetivo menos ambicioso para las PVIH y que, incluso, se pudiera abandonar el dogma de combinaciones triples para asegurar la indetectabilidad[2-4], habiendo en la actualidad pautas de dos fármacos que son consideradas de elección en la mayoría de las guías clínicas[4,5], tanto en TAR de inicio como en simplificación.

Otro avance en la historia del TAR fue el desarrollo de antirretrovirales de uso prolongado (administración con un intervalo superior a una semana).

El desarrollo de antirretrovirales actuales contempla como uno de sus objetivos prioritarios el avance en la producción de fármacos de acción prolongada, tanto orales como inyectables, que permitan administraciones con mayor intervalo entre dosis[6,7].

La importancia de la adherencia en la prevención del VIH

Conceptos “tratamiento como prevención” e “indetectable = intransmisible”

Uno de los primeros ejemplos de tratamiento como prevención fue la administración de antirretrovirales a mujeres embarazadas seropositivas durante el embarazo y el parto. En contextos con acceso adecuado a servicios de salud y seguimiento clínico, la transmisión vertical puede reducirse a menos del 1%, según datos de la OMS (2021). Este hito histórico se logró inicialmente con regímenes de terapia triple[8].

Además, con la mejora de las pautas de TAR descritas, el objetivo de indetectabilidad sostenida fue más sencillo de alcanzar para muchas de las personas con infección VIH[6,9]. Desde 2015, con la recomendación de TAR universal[10] tras la publicación de los estudios START[11] y TEMPRANO[12], fue también evidente que el inicio precoz de TAR luego del diagnóstico reducía la transmisión del virus. Mediante el estudio de parejas serodiscordantes (tanto de HSH, como heterosexuales) y seguimiento prolongado, se pudo comprobar que no existía riesgo de transmisión de VIH si la PVIH mantenía CV no detectable (considerada <200 copias en esos estudios)[13,14]. Desde luego, eso requiere la adherencia apropiada para el mantenimiento de la indetectabilidad y, por tanto, la prevención de la transmisión. Este es un aspecto que los clínicos siempre deben destacar, tanto en personas en relaciones estables como aquellas que no lo están entre los argumentos a favor de una adherencia apropiada[15].

La profilaxis posexposición

Ante una exposición de riesgo de transmisión de VIH (sexual o percutánea, profesional o no profesional), la administración de TAR dentro de las 72 horas posteriores puede prevenir de forma muy eficaz la mayor parte de las transmisiones. Sin embargo, la mayor parte de los estudios de PEP demuestran una muy mala tasa de compleción de esta (que debe ser de 28 días) con proporciones muy elevadas de abandonos y mala adherencia[16]. El clínico debe siempre insistir en la importancia de la adherencia y compleción de las pautas de PEP[17].

La profilaxis preexposición

La administración de fármacos antirretrovirales antes de una exposición de riesgo también ha demostrado su eficacia en prevenir la transmisión del VIH. Implementada desde hace más de 10 años en Norteamérica, desde hace aproximadamente 8 años en Europa y desde 2019 en España, la administración de PrEP es una medida de prevención de probada eficacia[3]. La pauta más frecuente es la combinación de TDF/FTC (dos inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa reversa) en forma oral diaria[18]. Más recientemente, la European Medicines Agency (EMA) aprobó en 2023 cabotegravir de larga duración inyectable cada 8 semanas[19] y en 2025 lenacapavir de larga duración inyectable cada 8 semanas[20]. Como sucede con el TAR, los antirretrovirales para PrEP condicionan su eficacia a la apropiada adherencia. De

hecho, muchos estudios con PrEP oral en mujeres no mostraron eficacia al no haberse observado la adherencia necesaria[21-23]. Como mínimo, se requiere la toma de 4 de las 7 dosis semanales (en la administración de pauta diaria)[4,24] para asegurar la eficacia, pero el clínico debe promover que la misma sea tan alta como sea posible[24]. La adherencia inapropiada a la PrEP, tanto oral como inyectable, puede conducir no solo a la infección por el VIH-1, sino también al desarrollo de resistencias a los componentes utilizados en la PrEP.

4.2. Aspectos relevantes para la mejora de la adherencia a los cuidados en VIH: coordinación asistencial e importancia de la multidisciplinariedad

Desde la perspectiva del clínico, la multidisciplinariedad para asegurar una adherencia óptima en la prevención y el tratamiento del VIH, y la colaboración entre diferentes profesionales de la salud, permiten una detección más precisa de los posibles problemas y facilitan la intervención oportuna.

En muchas ocasiones, el clínico no percibe la falta de adherencia de una persona con VIH, ya que una interrupción temporal del TAR, seguida de la reanudación del tratamiento antes de la analítica, puede enmascarar el rebote viral si la persona presenta nuevamente una CV indetectable en el momento de la prueba, y son otros miembros del equipo clínico quienes pueden alertar sobre ello:

- Es frecuente que sea el farmacéutico quien advierte al médico que la persona no ha recogido los antirretrovirales prescritos. Esta situación debe generar una alerta para que se identifiquen las barreras que está experimentando la PVIH para mantener una correcta adherencia. La farmacia adquiere un papel central en abordar algunas de estas situaciones.

- En el caso de enfermería, su papel es particularmente relevante en las pautas inyectables de acción prolongada, para poder extraer los beneficios asociados a la ventana de administración de 7 días que ofrecen. La identificación de estas situaciones por parte de enfermería permite adoptar las medidas oportunas como contactar al paciente o reprogramar la visita, asegurando así la continuidad del tratamiento. Además, el personal de enfermería refuerza positivamente la adherencia de cualquier pauta de tratamiento, y es capaz de detectar problemas sociales o personales que puedan estar afectando el cumplimiento del tratamiento, muchas veces inadvertidos por el médico.

- El abordaje por parte de los psicólogos en las unidades de atención a personas con VIH es invaluable para la detección precoz y el manejo de situaciones que afectan a la adherencia, como la depresión, la ansiedad o el consumo no controlado de sustancias.

- Además, el equipo multidisciplinar puede incluir trabajadores sociales, quienes son esenciales para conectar a los pacientes con recursos básicos de alimentación, vivienda o empleo, cuya falta puede comprometer seriamente la adherencia.

4.3. El papel del clínico en la mejora de la adherencia a los cuidados en VIH

La alta eficacia de las diferentes líneas de TAR recomendadas en las guías clínicas en los últimos años, hace que la adherencia inadecuada al TAR en una persona con infección por el VIH sea la principal causa de no indetectabilidad. Por ello, la primera pregunta ante una persona con CV no suprimida debe ser si la adherencia al TAR es apropiada. Descartada la mala adherencia, entonces se procede a descartar otras causas, como interacciones farmacológicas, problemas de absorción, etc.

Estudios realizados en los tiempos iniciales del TAR demostraron que la adherencia tenía impacto clínico, más allá de la no indetectabilidad. Se observó que un incremento del 10 % en la adherencia promedio al tratamiento se asocia con una reducción del 28 % en el riesgo de progresión a SIDA[25]. En términos de mortalidad, la comparación entre personas adherentes y no adherentes revela diferencias estadísticamente significativas, con tasas de supervivencia a 3 años del 81,2 % (IC: 80,0 %-84,8 %) y del 72,9 % (IC: 66,3 %-78,4 %), respectivamente[26].

Además, modelos matemáticos indican que, en un escenario ideal de un 95 % de cobertura sanitaria, en el que el 95 % de los individuos con VIH recibieran TAR, una adherencia del 90 % generaría un aumento en infecciones resistentes del 11,66 %, mientras que, si la adherencia cayera al 80 %, el porcentaje de desarrollo de resistencias se incrementaría al 32,98 %[27]. El desarrollo de resistencias obliga a cambiar a pautas de TAR alternativas que, por lo general, son menos cómodas (más pastillas y más tomas diarias), lo cual incide también negativamente en la adherencia. Finalmente, la falta de adherencia se traduce en un aumento del coste sanitario, que se ha llegado a cifrar en hasta el 50 %, debido a los tratamientos adicionales necesarios para manejar las resistencias, la progresión de la enfermedad y el desarrollo de infecciones oportunistas[28]. Estudios recientes han sugerido que incentivar económicamente a los pacientes para que se mantengan indetectables sería una estrategia eficiente y coste-eficaz[29,30].

Relación médico-paciente

Las circunstancias de cada PVIH son muy distintas y además pueden variar en el tiempo. Si el clínico conoce bien esas circunstancias, puede prever períodos en los que la adherencia podría disminuir. Una relación sólida y basada en la confianza implica conocer cómo su patología le afecta a nivel personal, familiar y laboral[3,31].

En este sentido, la estrategia de estratificación de PVIH (disponible en https://gesida-seimc.org/estratificacion-herramientas/) permitiría organizar la consulta de forma que se le asignara un tiempo de atención mayor a aquellos pacientes de mayor complejidad (por pluripatología, complejidad VIH, estado psicológico y cognitivo, y situación funcional o adicción a drogas, por ejemplo), permitiendo trabajar de forma más detenida con ellos los aspectos relacionados con la adherencia al TAR.

Empoderar al paciente

Por otro lado, el paciente debe ser conocedor profundo de su patología, y aquí el equipo de profesionales sanitarios tiene un papel relevante. Son diversos los trabajos que han relacionado una peor adherencia al tratamiento con una falta de formación e información del paciente respecto a su enfermedad[32]. Igualmente, las creencias erróneas en torno a la terapia y sus metas pueden estar asociadas a sentimientos negativos o desidia por el tratamiento, con un impacto negativo en la adherencia[33].

Hacer partícipe a la persona de la elección del TAR, ayuda a la implicación en su proceso de salud, lo cual impactará favorablemente en la adherencia al TAR[15].

Establecimiento del momento adecuado para inicio del tratamiento antirretroviral

Excepto en situaciones clínicas muy específicas, el inicio del TAR no es una urgencia. El TAR debe instaurarse lo más precozmente posible una vez confirmado el diagnóstico, por el beneficio no solo individual, sino también comunitario al disminuir el riesgo de transmisión[11,34]. Sin embargo, la preparación de la persona para ello es un factor esencial. No es imprescindible esperar a recibir todos los resultados de la primera visita, y debemos seleccionar el esquema terapéutico que mejor se adapte al estilo de vida y comorbilidades, valorando el riesgo de mala adherencia[34]. Partiendo de esta premisa, es importante valorar de forma individual el momento de inicio del TAR y los fármacos antirretrovirales que deben formar parte del régimen inicial, sopesando las ventajas e inconvenientes de cada una de las opciones. Es fundamental la buena disposición y la motivación de la persona al momento de decidir cuándo iniciarlo[15].

Elección del tratamiento antirretroviral adecuado

La adherencia del paciente al TAR está íntimamente relacionada con la facilidad y comodidad de la toma de éste[35-37]. La buena tolerabilidad y la escasa toxicidad de los tratamientos disponibles en la actualidad facilitan la adherencia con respecto a los esquemas más antiguos. Las guías nacionales e internacionales de referencia incluyen en los esquemas preferentes y alternativos de las pautas de inicio, regímenes de TAR coformulados y con una farmacocinética que soporta el uso de una sola toma al día (QD) en una sola toma diaria. Por otra parte, personas con esquemas de tratamiento más complejos se pueden beneficiar de simplificar su tratamiento asegurando la supresión virológica, siendo numerosos los ensayos clínicos que avalan cambios de estrategia de TAR a pautas más sencillas[34].

Sin duda, el paso más importante que se ha dado en la simplificación del TAR tras la llegada de las pautas STR (*Single Tablet Regimen* o regímenes de comprimido único [RCU]), viene de la mano de la nanotecnología y la posibilidad de coformular principios activos en forma de nanopartículas[15,38]. Otro gran avance reciente son los tratamientos parenterales de acción

prolongada (*long acting*)[39,40]. La pauta disponible en la actualidad, que combina un inhibidor de integrasa de 2.ª generación y un inhibidor nonucleosídico de la transcriptasa inversa por vía intramuscular (IM) cada dos meses, ha demostrado la no inferioridad frente a esquemas orales[41].

Seleccionar bien el tratamiento de las comorbilidades

El envejecimiento de la población con infección por el VIH ha aumentado la aparición de comorbilidades no relacionadas específicamente con la infección, como la enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, insuficiencia renal, osteopenia y osteoporosis, o trastornos psiquiátricos[42]. Como consecuencia, ha aumentado la prescripción crónica de fármacos no antirretrovirales y la polifarmacia. En España, un tercio de las PVIH presentan polifarmacia (entendida como la toma de seis o más principios activos diferentes de forma simultánea), cifra que aumenta por encima del 70 % en caso de personas de más de 65 años[43].

A pesar de que la polifarmacia puede estar justificada, su uso se asocia con un potencial riesgo de interacciones medicamentosas y de acontecimientos adversos, de falta de adherencia al tratamiento, de un mayor riesgo de hospitalizaciones, de caídas y de muerte[43].

Actualmente, el abordaje de la infección VIH debe ir más allá del TAR. Es fundamental que el clínico sea consciente de que cada nueva medicación debe estar plenamente justificada, y revisar cada cierto tiempo si persiste la indicación de los medicamentos pautados y de que algunas nuevas medicaciones, aunque aporten beneficios clínicos, pueden ser responsables de nuevos efectos secundarios. Las comorbilidades y la polifarmacia obligan a reforzar la colaboración con los equipos de Atención Primaria y con los especialistas que aborden las diferentes comorbilidades. La adherencia al TAR puede verse comprometida con polimedicación, y siempre se debe revalorar si los fármacos que recibe la persona continúan estando indicados.

Conclusiones y recomendaciones

Desde los años 90, el TAR ha evolucionado a esquemas más sencillos, más potentes y mejor tolerados, incluyendo pautas de una dosis diaria en pastilla única o, más recientemente, pautas de *long acting* con una dosis intramuscular cada 2 meses, facilitando enormemente la adherencia.

Maximizar la adherencia al TAR es esencial en las PVIH para mantener la supresión virológica, evitar el deterioro inmunológico, la inflamación por la replicación residual y el riesgo de resistencias.

Maximizar la adherencia al TAR es fundamental en la prevención de la transmisión en cualquiera de los siguientes escenarios: para prevenir la transmisión de una PVIH a otra sin VIH (escenario TAR como prevención); para prevenir la adquisición de la infección en personas con exposición repetida y de alto riesgo (escenario PrEP); y para prevenir la infección en personas que se han expuesto recientemente (escenario PEP).

El abordaje de la adherencia de las personas en TAR debe ser realizado por un equipo multidisciplinar de clínicos, profesionales de enfermería, farmacéuticos,entidades comunitarias, trabajadores sociales y psicólogos.

El clínico tiene un papel esencial en la adherencia a los antirretrovirales, tanto en prevención como en tratamiento. En las PVIH, la elección del momento de inicio del TAR, el tipo de TAR y el estrecho seguimiento tanto del TAR como del resto de medicaciones asociadas, son claves para favorecer una buena adherencia.

Una buena relación médico-paciente, que incluya hacerlo partícipe de la toma de decisiones sobre su enfermedad, refuerza la adherencia al tratamiento y permite prever y evitar posibles abandonos de este.

Referencias bibliográficas

1. *Altice F, Evuarherhe O, Shina S, Carter G, Beaubrun AC.*
Adherence to HIV treatment regimens: systematic literature review and meta-analysis.
Patient Prefer Adherence. 2019;13:475-90.

2. *Ait-Khaled M, Sierra Madero J, Estrada V, Gulminetti R, Hagins D, Tsai HC, et al.*
Impact of treatment adherence on efficacy of dolutegravir plus lamivudine and dolutegravir plus tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine: pooled analysis of the GEMINI-1 and GEMINI-2 clinical studies.
HIV Res Clin Pract. 2021 Dec 9;23(1):9-14.

3. *Grupo de Estudio del SIDA (GeSIDA), Plan Nacional sobre el Sida.*
Guía de consenso sobre el tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana.
Madrid: GeSIDA; 2023. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/02/Guia_Modificada_DocumentoDeConsensoDeGeSIDAPlanNacionalSobreElSidaRespectoAlTratamientoAntirretroviralEnAdultosInfectadosPorElVirusDeLaInmunodeficienciaHumana.pdf

4. *Ambrosioni J, Levi L, Alagaratnam J, Van Bremen K, Mastrangelo A, Waalewijn H, et al.*
European AIDS Clinical Society (EACS).
Guidelines version 12.1. EACS; 2024. Disponible en: https://eacs.sanfordguide.com

5. *Gandhi RT, Bedimo R, Hoy JF, Landovitz RJ, Smith DM, Eaton EF, et al.*
Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults: 2022 Recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel.
JAMA. 2023;329(1):63-84.

6. *Bares SH, Scarsi KK.*
A new paradigm for antiretroviral delivery: long-acting cabotegravir and rilpivirine for the treatment and prevention of HIV.
Curr Opin HIV AIDS. 2022 Jan 1;17(1):22-31.

7. *7. Rana AI, Castillo-Mancilla JR, Tashima KT, Landovitz RL.*
Advances in Long-Acting Agents for the Treatment of HIV Infection.
Drugs. 2020 Apr;80(6):535-545.

8. *Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus.*
Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.; 2021.

9. *Grupo de Estudio del SIDA (GeSIDA).*
Documento de consenso sobre tratamiento antirretroviral en adultos con infección por el VIH [Internet].
Borrador. Actualización enero 2025. Madrid: GeSIDA; 2024. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2024/12/borrador-guias-TAR.pdf

10. *World Health Organization.*
Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV.
Geneva: WHO; 2015. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241509565

11. *Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, Emery S, Grund B, Sharma S, et al.*
Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection.
N Engl J Med. 2015;373(9):795-807.

12. *Danel C, Moh R, Gabillard D, Badje A, Le Carrou J, Ouassa T, et al.*
A Trial of Early Antiretrovirals and Isoniazid Preventive Therapy in Africa.
N Engl J Med. 2015;373(9):808-22.

13. *Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al.*
Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission.
N Engl J Med. 2016;375(9):830-9.

14. *Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al.*
Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy.
JAMA. 2016;316(2):171-81.

15. *Grupo de Estudio del SIDA (GeSIDA).*
Plan Nacional sobre el SIDA. Documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral.
Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docAdherencia_actualizacionFeb20.pdf(Actualización febrero de 2020

16. *Inciarte A, Ugarte A, Martínez-Rebollar M, Torres B, Fernández E, Berrocal L, et al.*
Doravirine/Lamivudine/Tenofovir Disoproxil Fumarate for Nonoccupational HIV-1 Postexposure Prophylaxis: A Prospective Open-Label Trial (DORAVIPEP).
Open Forum Infect Dis. 2023;10(8):ofad374.

17. *Grupo de Estudio del SIDA (GeSIDA).*
Documento de consenso sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños.
Guía GeSIDA 2015. Madrid: GeSIDA; 2015. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/gesida-guiasclinicas-2015-Profilaxispostexposicion-VIH-VHC-VHB.pdf

18. *McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, et al.*
Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial.
Lancet. 2016;387(10013):53-60.

19. *European Medicines Agency (EMA).*
Apretude: EPAR – Public assessment report Amsterdam.
EMA; 2023. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/es/documents/overview/apretude-epar-medicine-overview_es.pdf

20. *European Medicines Agency (EMA).*
New injection for easier prevention of HIV infection in the EU and worldwide.
Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/news/new-injection-easier-prevention-hiv-infection-eu-worldwide

21. *Van Damme L, Corneli A, Ahmed K, Agot K, Lombaard J, Kapiga S, et al.*
Preexposure prophylaxis for HIV infection among African women.
N Engl J Med. 2012;367(5):411-22.

22. *Marrazzo JM, Ramjee G, Richardson BA, Gomez K, Mgodi N, Nair G, et al.*
VOICE Study Team. Tenofovir-based preexposure prophylaxis for HIV infection among African women.
N Engl J Med. 2015 Feb 5;372(6):509-18.

23. *Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J, et al.*
Partners PrEP Study Team. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women.
N Engl J Med. 2012 Aug 2;367(5):399-410.

24. *Grupo de Estudio del SIDA (GeSIDA).*
Recomendaciones sobre la profilaxis pre-exposición para la prevención de la infección por VIH en España.
Marzo 2023. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/03/Recomendaciones-sobre-la-profilaxis-pre-exposicion-para-la-prevencion-de-la-infeccion-por-VIH-en-Espana.pdf

25. *Bangsberg DR, Perry S, Charlebois ED, Clark RA, Roberston M, Zolopa AR, et al.*
Non-adherence to highly active antiretroviral therapy predicts progression to AIDS.
AIDS. 2001;15(9):1181-3.

26. *García de Olalla P, Knobel H, Carmona A, Guelar A, López-Colomés JL, Caylà JA.*
Impact of adherence and highly active antiretroviral therapy on survival in HIV-infected patients.
J Acquir Immune Defic Syndr. 2002;30(1):105-10.

27. *Lai H, Li R, Li Z, Zhang B, Li C, Song C, et al.*
Modelling the impact of treatment adherence on the transmission of HIV drug resistance.
J Antimicrob Chemother. 2023;78(8):1934-43.

28. *Goldie SJ, Paltiel AD, Weinstein MC, Losina E, Seage GR, Kimmel AD, et al.*
Projecting the cost-effectiveness of adherence interventions in persons with human immunodeficiency virus infection.
Am J Med. 2003;115(8):632-41.

29. *Dunlap LJ, Orme S, Zarkin GA, Holtgrave DR, Maulsby C, Rodewald AM, et al.*
Cost and Cost-Effectiveness of Incentives for Viral Suppression in People Living with HIV.
AIDS Behav. 2022;26(3):795-804.

30. *Novak MD, Holtyn AF, Toegel F, Rodewald AM, Leoutsakos JM, Fingerhood M, et al.*
Long-Term Effects of Incentives for HIV Viral Suppression: A Randomized Clinical Trial.
AIDS Behav. 2024;28(2):625-35.

31. *Grupo de Estudio del SIDA (GeSIDA).*
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), Plan Nacional sobre el Sida (PNS). Recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento anti-rretroviral. 2008.
Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/Gesida_dcyrc2008_adherenciaTAR.pdf

32. *Zafra-Tanaka JH, Ticona-Chavez E.*
Stigma related to HIV/AIDS associated with adherence to antiretroviral therapy in patients of a public hospital in Lima, Peru 2014.
Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(4):625-32.

33. *Ortego M, López S, y Álvarez M.*
La adherencia al tratamiento. Ciencias Psicosociales, Universidad de Cantabria.
2010. Disponible en: http://ocw.unican. es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicoso-ciales-i/pdf-reunidos/tema_14. pdf.

34. *Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.*
Actualización de la guía sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH.
Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2020 Feb. Disponible en: https://guiasclinicas.gesida-seimc.org/version/?do=show&pk=5 .

35. *Ena J, Pasquau F.*
Once-a-day highly active antiretroviral therapy: a systematic review.
Clin Infect Dis. 2003;36(9):1186-90.

36. *Viciana P, Rubio R, Ribera E, Knobel H, Iribarren JA, Arribas JR, et al.*
Longitudinal study on adherence, treatment satisfaction, and effectiveness of once-daily versus twice-daily antiretroviral therapy in a Spanish cohort of HIV-infected patients (CUVA study).
Enferm Infecc Microbiol Clin. 2008;26(3):127-34.

37. *Angel JB, Freilich J, Arthurs E, Ban JK, Lachaine J, Chounta V, et al.*
Adherence to oral antiretroviral therapy in Canada, 2010-2020.
AIDS. 2023;37(13):2031-40.

38. *Fotooh Abadi L, Damiri F, Zehravi M, Joshi R, Pai R, Berrada M, Massoud EES, Rahman MH, Rojekar S, Cavalu S.*
Novel Nanotechnology-Based Approaches for Targeting HIV Reservoirs. Polymers (Basel).
2022 Jul 29;14(15):3090.

39. *Dionne B. Key Principles of Antiretroviral Pharmacology.*
Infect Dis Clin North Am. 2019;33(3):787-805.

40. *Gendelman HE, McMillan J, Bade AN, Edagwa B, Kevadiya BD.*
The Promise of Long-Acting Antiretroviral Therapies: From Need to Manufacture.
Trends Microbiol. 2019;27(7):593-606.

41. *Ramgopal MN, Castagna A, Cazanave C, Diaz-Brito V, Dretler R, Oka S, et al.*
Efficacy, safety, and tolerability of switching to long-acting cabotegravir plus rilpivirine versus continuing fixed-dose bictegravir, emtricitabine, and tenofovir alafenamide in virologically suppressed adults with HIV, 12-month results (SOLAR): a randomised, open-label, phase 3b, non-inferiority trial.
Lancet HIV. 2023;10(9):e566-e77.

42. *Greene M, Justice AC, Lampiris HW, Valcour V.*
Management of human immunodeficiency virus infection in advanced age.
JAMA. 2013;309(13):1397-405.

43. *Grupo de Estudio del SIDA (GeSIDA).*
Documento de consenso sobre desprescripción farmacológica de la terapia no antirretroviral en pacientes con infección por VIH.
Madrid: GeSIDA Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2019/03/15_DESPRESCRIPCION_FARMACOLOGICA_TERAPIA_NO_ANTIRRETROVIRAL_EN_PACIENTES_CON_INFECCION_POR_VIH.pdf

5

La adherencia a los cuidados en VIH: perspectiva de la farmacia hospitalaria

Miguel Ángel Rodríguez Sagrado
Jefe de Sección en el Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

Pere Ventayol
Jefe de Sección en el Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Son Espases de Palma de Mallorca.

5.1 Introducción

Uno de los principales objetivos del farmacéutico de hospital es conseguir los mejores resultados en salud para nuestros pacientes mediante el uso adecuado del medicamento, es decir, que sea efectivo, seguro y eficiente. Con este fin, realizamos las actividades del Servicio de Farmacia, que comprenden todo el circuito del medicamento, desde su selección, posicionamiento y dispensación, hasta facilitar la administración y el seguimiento clínico de los pacientes. El farmacéutico de hospital ha pasado de centrar su actividad en el medicamento a centrarla en las personas para la prevención o tratamiento de la enfermedad y, en este sentido, el fomento de la adherencia al tratamiento, entendida como el proceso de toma de medicación ajustado a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario, es una de las labores fundamentales del farmacéutico hospitalario[1].

Además, la adherencia se puede considerar como uno de los factores modificables más importantes que compromete los resultados del tratamiento; así, como hemos visto, la falta de adherencia tiene importantes consecuencias clínicas, económicas y sociales.

En el documento *Recomendaciones GeSIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral*, publicado en el 2020, la adherencia se define como *la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR, que permita mantener el cumplimiento riguroso de este con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral*[2].

Interesa conocer si la falta de adherencia es intencionada o no, porque las estrategias planteadas para mejorarla serán distintas. En la intencionada, hay una voluntad manifiesta de no querer tomar la medicación por parte del paciente, mientras que la falta de adherencia no intencionada es el resultado de un olvido involuntario más bien relacionado con la pérdida de memoria o autonomía del paciente, la complejidad del tratamiento, la falta de establecer rutinas y/o hábitos diarios, etc. Si el paciente no comprende la importancia y necesidad del tratamiento, será más difícil que se comprometa con la necesidad de una toma correcta de la medicación[3].

La posibilidad de disponer de formas farmacéuticas de acción prolongada inyectable de administración directamente observada y diseñadas para liberar el medicamento de manera más lenta y uniforme durante un período de tiempo más dilatado, siempre que se realice en los pacientes adecuados, permite, por una parte, una dosificación menos frecuente, mejorar la adherencia, disponer de un distinto perfil de efectos adversos, evitar interacciones en fases como la absorción, reducir la estigmatización relacionada con el VIH y proteger la privacidad sanitaria; y, por otra parte, supone un cambio de paradigma en el enfoque del farmacéutico en la monitorización clásica de la adherencia (relacionado tradicionalmente con la omisión o falta de rigor en la toma de medicamentos) hacia un enfoque dirigido al flujo de trabajo relacionado con estas formas farmacéuticas de acción prolongada: desde la detección o selección de pacientes potencialmente candidatos a las mismas, a la elaboración/supervisión de circuitos de trabajo relacionados con el registro de dispensación/administración y/o recuperar aquellos pacientes que no acuden a las citas para la administración de estos fármacos, siendo esta última una labor fundamental para alcanzar el objetivo terapéutico en todos nuestros pacientes.

Actualmente, el TAR es altamente efectivo, y se han conseguido grandes avances para maximizar la tolerabilidad y la seguridad a largo plazo. Hoy por hoy, no es posible la erradicación del VIH, pero el TAR reduce la morbilidad asociada al VIH, prolonga la supervivencia y previene la transmisión del VIH. Con los tratamientos actuales se consigue una alta y mantenida supresión virológica, se restaura y se preserva la función inmunológica, se previene el desarrollo de resistencias y también parece que disminuye la activación inmunológica y el grado de inflamación sistémico que se asocia a daño orgánico.

Además, existe cierta flexibilidad en los nuevos tratamientos que facilitan y ayudan a mejorar la adherencia a los mismos, como son las ventanas terapéuticas en las que la administración del fármaco se puede realizar con un margen de +/– 7 días (ref. ficha técnica de vocabria).

Las tasas de fracaso virológico de los TAR de inicio preferentes a las 48 semanas son inferiores al 5 %[5]. Los factores que influyen en el fracaso virológico son:

- Mala adherencia al tratamiento o al seguimiento de controles médicos.
- Efectos adversos.
- Interacciones farmacocinéticas (fármacos, productos de herboristería, alimentos, complementos nutricionales o drogas recreativas).
- Preexistencia de mutaciones de resistencia.

Tanto para el fracaso virológico como para las mutaciones de bajo nivel, las guías clínicas indican que, en ausencia de mutaciones de resistencia, se deberá descartar mala adherencia y se investigarán posibles interacciones, errores en la prescripción o la toma, y otros motivos en la vida del paciente que dificulten una correcta toma de la medicación[6].

Si bien en muchos tratamientos crónicos, y especialmente por falta de datos, se considera aceptable una adherencia superior al 80 %, en el paciente VIH+, el estudio de Paterson et al., realizado con los primeros TAR de gran actividad, mostró que eran necesarios niveles de adherencia superiores al 95 % para alcanzar la supresión virológica.

Dado el perfil y la cronicidad de estos tratamientos, la efectividad depende en gran parte de la adherencia del paciente a la terapia, por lo que es necesario fomentar la misma[4], ya que, a largo plazo, el TAR en PVIH puede disminuir con el tiempo, fenómeno conocido como “erosión de la adherencia”. Esta erosión se asocia a múltiples factores, como la fatiga del tratamiento, efectos adversos acumulativos, desmotivación o cambios en las condiciones de vida. Su impacto puede ser significativo: aumento de la CV, aparición de resistencias farmacológicas, mayor riesgo de progresión de la enfermedad y transmisión del virus. Por ello, es fundamental el seguimiento longitudinal de la adherencia, así como intervenciones proactivas para mantenerla.

Otro condicionante clave en el nivel de adherencia es el escenario clínico: es lógico pensar que deba ser más exigente en el inicio del tratamiento o tras múltiples fracasos y en situaciones donde las opciones terapéuticas estén muy reducidas, así como en situaciones especiales como embarazos y enfermedades más graves. Por lo tanto, si la adherencia es esencial para alcanzar los

resultados en salud, esta debería estar optimizada y, en el caso de tratamientos crónicos, debería mantenerse en el tiempo. Así, otro concepto especialmente importante es el de la "persistencia", que tiene que ver con la duración del tratamiento, desde su inicio hasta la última dosis, previa a la interrupción. En el caso de un tratamiento crónico está estrechamente relacionada con la "retención del paciente en el sistema de salud" o, lo que es lo mismo, con el abandono o la pérdida del seguimiento del paciente.

Particularmente, la adherencia y persistencia a medidas preventivas como la PrEP y la PEP son claves para el control epidemiológico del VIH. La eficacia de estas estrategias depende en gran parte de su uso adecuado y sostenido en el tiempo. Disponer de estrategias que fomenten la adherencia (como intervenciones educativas, apoyo psicosocial, recordatorios electrónicos y sistemas de seguimiento farmacológico) permite maximizar el beneficio clínico y reducir el riesgo de infección. Además, identificar barreras personales, sociales y estructurales que afectan a la adherencia permite diseñar planes individualizados y más efectivos.

En este escenario, la terapia directamente observada (TDO) también desempeña un papel importante, y más que un método de medida, se consideraría una intervención o ayuda para mejorar la adherencia. Las TDO consisten en la supervisión directa de la administración del medicamento por parte de un profesional sanitario. Aunque más comúnmente asociados a la tuberculosis, su uso en VIH, tanto en la PrEP como en el TAR, ha mostrado beneficios potenciales en poblaciones vulnerables, como personas sin hogar o con trastornos por uso de sustancias. Estos beneficios incluyen mejora de la adherencia, reducción de CV y menor riesgo de transmisión. Además, la TDO puede servir como oportunidad para la intervención psicosocial y educativa[7].

5.2 Aspectos relevantes para la mejora de la adherencia a las intervenciones farmacológicas: métodos de medida, prevención y tratamiento

Los métodos para la valoración de la adherencia se han clasificado tradicionalmente como directos e indirectos.

Los métodos directos se refieren a la determinación de concentraciones de fármacos en fluidos biológicos como sangre u orina. Un método directo sería la medición de los resultados clínicos obtenidos, que supone que cuando se alcanza el resultado clínico esperado, esto se asociaría con una adherencia óptima. En el caso del VIH, sería la CV plasmática y los linfocitos CD4+. No debe considerarse un método de estimación de la adherencia en sí, sino que más bien se debe analizar sistemáticamente junto con los métodos de medida de la adherencia de forma prospectiva.

Entre los métodos indirectos está la valoración del profesional sanitario, que tiende a sobrestimar la adherencia, y es la utilizada cuando no se dispone de otro método. Se hace intuitivamente, pero resulta una valoración excesivamente subjetiva y no se debería emplear. Otros métodos indirectos usados habitualmente son los dispositivos electrónicos, los registros de prescripción y dispensación, el recuento de medicación sobrante y los cuestionarios o la "adherencia autorreferida por el paciente[6,8].

Antes de utilizar las herramientas SMAQ, MMAS-4 y Test de Morisky-Green, es útil conocer brevemente sus características y utilidad clínica:

- *SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire):* cuestionario sencillo y breve utilizado frecuentemente en PVIH. Evalúa la adherencia mediante preguntas sobre olvidos, interrupciones y cumplimiento del tratamiento en los últimos días o semanas.
- *MMAS-4 (Morisky Medication Adherence Scale – 4 items):* evalúa la adherencia en base a cuatro preguntas centradas en el comportamiento del paciente respecto a su medicación. Es ampliamente utilizado en contextos clínicos por su simplicidad y fiabilidad.
- *Test de Morisky-Green:* similar al MMAS–4, es una de las herramientas más antiguas y utilizadas para valorar la adherencia terapéutica. Su uso es frecuente en atención primaria y especialidades médicas.

Aunque estas herramientas están validadas y son útiles para detectar problemas de adherencia, en la práctica clínica diaria su uso no siempre está sistematizado. A menudo se emplean como apoyo en entrevistas clínicas, sobre todo cuando se sospecha de falta de adherencia o como parte de programas estructurados de seguimiento. Incorporarlas de forma más sistemática permitiría objetivar y mejorar la gestión de la adherencia en PVIH.

Cuestionarios

- Test de Morisky-Green[9]

  ¿Se le olvida alguna vez tomar sus medicinas?

  ¿Es usted cuidadoso con las horas de tomarlas?

  Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?

  Si alguna vez la medicación le sienta mal, ¿deja de tomarla?

  Cualquier respuesta no adecuada (no, sí, no y no), se considerará indicativa de falta de adherencia. Originalmente, se ha estudiado en pacientes con hipertensión y, posteriormente, se ha validado en múltiples patologías crónicas y distintos idiomas. Es una de las escalas más empleadas en la investigación. También existe un cuestionario desarrollado a partir del Morisky-Green original con otras preguntas adicionales (en total, ocho), con la idea de obtener más información para entender el comportamiento de la adherencia.

- SMAQ

  Este consta de 6 ítems. Los cuatro primeros son similares a los del MMAS-4. Se ha validado en población española para PVIH y también en trasplante renal[10].

  En líneas generales, los cuestionarios, los recuentos de medicación y los registros de dispensación de farmacia proporcionan valores sobrestimados de adherencia, mientras que los sistemas electrónicos, tipo *medication event monitoring system (MEMS)*, proporcionan valores infraestimados. El problema derivado de la sobrestimación es que no se identifica

a muchos pacientes no adherentes, con lo que se pierde la oportunidad de intervenir sobre su conducta. Debido a las limitaciones que presenta cada uno de los métodos, se recomienda combinar varios de ellos para obtener información con la mayor exactitud posible[11,12]. Según las recomendaciones GeSIDA de adherencia de 2023, se considera aceptable la asociación de un cuestionario validado y el registro de dispensación, obtenidos con una frecuencia trimestral.

El método ideal debería ser sensible y específico, y permitir medidas cuantitativas y continuas, fiables, reproducibles, aplicables en diferentes situaciones, rápidas y económicas. La tabla 11 recoge los distintos métodos para la valoración de la adherencia definidos por el panel de expertos de la SPNS, SEFH y GeSIDA, y las recomendaciones que se establecen para cada uno de ellos[13,14].

Tabla 11.
Métodos de estimación de la adherencia y recomendaciones

Métodos directos	Recomendaciones
Medida de concentraciones plasmáticas	Los métodos directos suelen adolecer de baja especificidad, por lo que no deben utilizarse individualmente (nivel B). Se debe considerar su utilización solo en el ámbito de la investigación.
Evolución clínica y datos analíticos	La evolución clínica debe analizarse siempre que se estudie la adherencia, pero no debe considerarse un método de estimación de esta, sino una consecuencia (nivel C).
Métodos indirectos	**Recomendaciones**
Valoración del profesional sanitario	Evitar la valoración directa y subjetiva, por parte del profesional sanitario, por su conocida sobrestimación, ya que puede provocar decisiones subóptimas (nivel B).
Sistemas de control electrónico	El uso de estos sistemas queda restringido al ámbito de la investigación clínica. Se debería emplear para la valoración de intervenciones con objeto de mejorar la adherencia, así como en la validación de otros métodos (nivel A).
Recuento de medicación	Es un método aceptable, pero es conveniente utilizarlo en combinación con otros (nivel B). Su uso rutinario exige disponibilidad de tiempo y personal, por lo que su implantación debería ir precedida de un estudio de factibilidad (nivel C).

Registros de dispensación	Este método es relativamente objetivo. Los registros se realizan de forma rutinaria, independientemente de que se aborden estudios de adherencia, y las aplicaciones informáticas disponibles son cada vez más sofisticadas, lo que facilita la explotación de estos datos. Por ello, resulta un método francamente recomendable en su aplicación rutinaria (nivel B). Es aconsejable su uso combinado con otros métodos, ya que disponer de la medicación no implica necesariamente tomarla o hacerlo de forma adecuada (nivel C).
Cuestionarios	Son métodos sencillos y económicos, especialmente útiles si el individuo se identifica como no adherente. En procesos de investigación, los cuestionarios o sus resultados deben compararse teniendo en cuenta al menos tres atributos: la adherencia valorada como variable cualitativa de conducta frente a su valoración cuantitativa, la clasificación de la adherencia como variable continua o dicotómica, y el intervalo de tiempo evaluado (nivel A). Son recomendables, combinados con otros, siempre que se haya procedido a su validación y adaptación al ámbito concreto de aplicación (nivel A).

Fuente: Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y Grupo de Estudio del SIDA.

Un clásico estudio compara seis métodos de medidas de adherencia: adherencia autorreferida por el paciente, recuento de medicación, registro de dispensación por farmacia, concentraciones plasmáticas, dispositivo electrónico de medida de adherencia a tiempo real y cálculo de días sin medicación gaps, y mide su utilidad para predecir un fallo virológico o desarrollo de resistencias. Concluye que el recuento de medicación, el registro de medicación en farmacia y los dispositivos electrónicos son los mejores predictores de fallo virológico y desarrollo de resistencias; además, los dos primeros métodos son de fácil aplicación y bajo coste[15].

5.3 El papel del farmacéutico en la mejora de la adherencia a los cuidados en VIH

Siguiendo con las herramientas que permiten mejorar la adherencia, uno de los temas prioritarios en las consultas de atención farmacéutica (AF) es el abordaje de la adherencia. En los últimos años se han desarrollado y difundido el “Mapa Estratégico de Atención al paciente Externo” y el modelo de “Atención Farmacéutica CMO” (capacidad-motivación-oportunidad), que han reforzado la importancia en la orientación farmacéutica hacia las necesidades individuales de cada paciente. El farmacéutico especialista es clave en la

valoración sistemática y en la mejora de la adherencia, tanto al TAR como al resto de medicación. La AF especializada en el momento de la dispensación del tratamiento es una intervención esencial para monitorizar la adherencia y desarrollar intervenciones educativas, motivacionales y conductuales que permitan reforzarla. En la consulta, el farmacéutico especialista ofrece un clima de confidencialidad y confianza con el paciente que facilita la comunicación, así como la identificación y manejo precoz de todos los factores de riesgo que puedan relacionarse con una adherencia subóptima. Para el desarrollo adecuado de esta labor resulta fundamental la estratificación de sus necesidades, la entrevista de motivación y el uso de las nuevas tecnologías para un contacto permanente, de manera que puedan identificarse y solucionarse aquellas situaciones que puedan comprometer una adherencia óptima. El farmacéutico debe ejercer un papel de consultor y asesor, motivando al paciente y ofreciendo la información necesaria para que pueda tomar las decisiones adecuadas. Es fundamental generar vínculos de confianza suficientes para que el paciente exprese sus dudas, dificultades y preocupaciones, y poder así individualizar las intervenciones en función de las barreras detectadas. Para ello, es muy importante la formación en entrevista motivacional. Durante la consulta de AF se debe resaltar la importancia que tiene la adherencia al tratamiento en su totalidad, no únicamente al TAR, identificar posibles barreras y potenciar los aspectos positivos para mantener una buena adherencia. Asimismo, reforzará la necesidad de realizar un correcto seguimiento en las consultas programadas. Es clave disponer de una herramienta de estratificación que permita la identificación de subgrupos con diferentes niveles de riesgo y perfiles de necesidad de AF diferenciados, y definir recomendaciones para cada uno de estos subgrupos. Por último, las nuevas tecnologías permiten realizar AF a distancia, de forma continua y adaptada a las necesidades del paciente, monitorizar la adherencia y ayudar al paciente con la toma de su medicación mediante alarmas y servicios de mensajería[16].

Tabla 12.
Objetivos de la consulta de AF

Fase	Objetivos
Prospección	Averiguar el nivel de conocimientos del paciente sobre su enfermedad y tratamiento para resolver dudas y aclarar conceptos erróneos.
	Conocer el estilo de vida del paciente, horarios y actividades cotidianas para poder, posteriormente, establecer un esquema individualizado de toma de medicación.
	Averiguar y revisar el resto de los fármacos que está tomando el paciente (incluyendo automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorizar las posibles interacciones.
	Analizar todos los condicionantes que pueden influir en la adherencia.
	Monitorizar la adherencia al TAR y a la medicación concomitante.
Educación/Motivación	Transmitir al paciente los conocimientos suficientes para conseguir una correcta utilización de los medicamentos y, por tanto, obtener el máximo beneficio, optimizando así el TAR.
	Proporcionar información oral y escrita sobre el tratamiento y la planificación de este según las necesidades y hábitos particulares del paciente. La información básica debe incluir el nombre del fármaco, dosis, frecuencia, acción del medicamento, consideraciones y consejos sobre la administración, condiciones especiales de conservación, interacciones relevantes y efectos adversos más importantes o aquellos que tengan más probabilidad de aparecer.
	Resaltar la importancia de la adherencia al tratamiento y motivar al paciente para tomar adecuadamente la medicación.
	Establecer la estrategia más eficaz para mejorar la adherencia, tanto al TAR como a la medicación concomitante, de forma individualizada, de acuerdo con las características del paciente.
Dispensación	Dispensación de medicamentos
Planificación siguiente cita	Planificación de la siguiente visita a la consulta de AF en coordinación con el resto de las visitas del paciente.

Detectar y corregir aquellos factores que pueden influir en la adherencia es esencial en el seguimiento de las PVIH, con el fin de conseguir unos resultados terapéuticos óptimos. Antes de iniciar el TAR se debe preparar al paciente, e identificar y corregir las causas potenciales de adherencia incorrecta. Se recomienda efectuar controles periódicos para monitorizar la adherencia y corregirla si es preciso, y monitorizar y reforzar la adherencia en cada visita clínica. El control de la adherencia debe ser llevado a cabo por un equipo multidisciplinar, adaptado a la disponibilidad de cada centro, que incluya a médicos, personal de enfermería y profesionales de apoyo psicológico y farmacia hospitalaria[17]. Las intervenciones para mejorar la adherencia son complejas, y es difícil determinar los resultados clínicos conseguidos en el paciente. Es necesario, por tanto, investigar en este campo y diseñar intervenciones factibles a largo plazo.

Dentro de las estrategias dirigidas a mejorar la adherencia, podemos encontrar intervenciones educativas, conductuales, psicosocioafectivas y de simplificación del tratamiento. Las estrategias educativas son intervenciones orientadas a facilitar al paciente la información (oral, escrita o audiovisual) necesaria para un uso adecuado de los medicamentos: objetivo e importancia del tratamiento, cómo tomarlo, cómo conservarlo, efectos adversos e importancia de las interacciones. La finalidad de las estrategias dirigidas al paciente es conseguir la participación de este en la toma de decisiones; lo que se busca es un paciente activo y empoderado. En este sentido, tenemos el proyecto “Paciente Experto 2.0 VIH+” de la SEFH. El “Paciente Experto” es un programa de salud diseñado para promover el autocuidado en pacientes con patologías crónicas. El entorno 2.0 aporta un valor añadido que aumenta la accesibilidad, ya que oferta un canal bidireccional manteniendo la confidencialidad. En este caso, está dirigido a PVIH con el objetivo de mejorar su proceso asistencial. Este programa sigue la metodología de la Universidad de Medicina de Stanford, universidad que durante más de tres décadas ha desarrollado y evaluado programas para la autogestión de enfermedades crónicas. Estos programas aportan evidencias respecto a resultados en salud, económía y calidad de vida, como:

- Fomentar el autocuidado para adquirir un correcto manejo de la enfermedad, mayor implicación y satisfacción de los participantes.
- Mejorar la calidad de vida, los conocimientos y los hábitos y estilos de vida sobre la enfermedad.
- Mejorar el cumplimiento terapéutico y disminuir el número de visitas al médico de familia, los ingresos hospitalarios y las visitas a urgencias a causa de la enfermedad.

El proyecto “Paciente Experto 2.0 VIH+” de la SEFH es una importante innovación, ya que hasta ahora no existía ninguna experiencia en el mundo que explorase esta posibilidad en la PVIH. El objetivo de este proyecto es desarrollar e implantar una plataforma de desarrollo de “Paciente Experto 2.0” online integrada en el equipo asistencial que atiende a sujetos con esta patología, para la mejora asistencial a pacientes VIH+[18]. Este programa está avalado por la SEFH y GeSIDA.

Otra de las iniciativas en el cuidado de la PVIH mediante las nuevas tecnologías es el llamado “Hospital Virtual”, que provee un sistema web que permite a los profesionales realizar una gestión asistencial integrada y completa de los pacientes[19]. Además, la incorporación de procesos de telemonitorización y telecuidado en el sistema, mejora el seguimiento de los pacientes y la gestión de los tratamientos, y consigue una mayor implicación y responsabilidad de los pacientes en su infección. Como se ha indicado anteriormente, el olvido es una de las causas más comunes de falta de adherencia. La popularidad de la tecnología de la telefonía móvil, incluso en zonas con recursos limitados, hace de esta tecnología un recurso potencial para establecer recordatorios y reforzar la transmisión de información. Partiendo de este hecho, Manzano et al. plantearon un estudio con el objetivo de determinar la influencia del envío de mensajes de texto en la adherencia al TAR en pacientes infectados por el VIH, y concluyeron que la recepción de mensajes de texto muestra una relación positiva con la adherencia al TAR en pacientes infectados por el VIH[20].

Las estrategias de simplificación del tratamiento nos han llevado a disponer de pautas preferentes con menor número de comprimidos o utilizar una combinación fija de tratamiento (*fixed-dose co-formulations*), disminuir la frecuencia de dosificación o suspender alguno de los componentes del TAR, con el fin de facilitar la adherencia del paciente. En un metaanálisis publicado en 2015 -que incluía 35 artículos y cuyo objetivo era comparar la adherencia, resultados clínicos y coste de dos tipos de tratamiento (TAR basados en RCU, frente a TAR de múltiples comprimidos [*multiple tablet fixed-dose regimen*])-, se mostró que los pacientes con regímenes basados en RCU tenían un porcentaje de pacientes con CV (<50 copias/ml) mayor y una adherencia significativamente mayor que los tratados con regímenes de múltiples comprimidos[21].

Influir sobre las creencias y percepciones del paciente y buscar el soporte familiar y social está dentro de las intervenciones psico-socioafectivas.

En el documento de la OMS sobre adherencia a los tratamientos a largo plazo se incluye, dentro de los mensajes fundamentales, que la familia, la comunidad y las organizaciones de pacientes, son un factor clave para el éxito en la mejora de la adherencia terapéutica[22]. Este documento también incluye como mensaje fundamental que aumentar la efectividad de las intervenciones sobre adherencia terapéutica puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos[22].

Conclusiones y recomendaciones

Las guías clínicas recomiendan que:

- Terapia directamente observada (TDO).
- Antes de iniciar el TAR se debe preparar al paciente, e identificar y corregir las causas potenciales de adherencia incorrecta (A-III).
- Una vez iniciado el TAR se recomienda efectuar un contacto con el paciente a las 2-4 semanas para comprobar la adherencia y corregirla si es preciso (A-III).
- La adherencia debe monitorizarse, reforzarse e intervenir activamente si fuese necesario, coincidiendo con las visitas clínicas, incluso en pacientes con CV indetectable (A-III).
- El control de la adherencia debe realizarse idealmente por un equipo multidisciplinar, adaptado a la disponibilidad de cada centro, que incluya médicos, personal de enfermería, profesionales de apoyo psicológico, farmacia hospitalaria y organizaciones comunitarias (A-III).
- En pacientes con adherencia subóptima se recomienda utilizar pautas de elevada barrera genética como las basadas en IP/p (de preferencia DRV), o en DTG o BIC, para prevenir la selección de resistencias (A-II).
- Para conseguir una adherencia óptima se recomienda que las pautas del TAR sean, en la medida de lo posible, de uno o dos comprimidos al día, en una única dosis de administración, y sin restricciones dietéticas, efectos secundarios ni interferencias con los hábitos de vida de los pacientes (A-II).
- En pacientes con evidencia o riesgo de mala adherencia selectiva se recomienda administrar pautas de antirretrovirales en comprimido único, por ser la estrategia más eficiente para prevenirla (A-II).

El papel del farmacéutico de hospital como parte del equipo multidisciplinar es fundamental para el fomento de la adherencia al TAR, siendo una de las funciones principales del mismo en la consulta de AF.

Referencias bibliografías

1. *Ibarra O, Morillo-Verdugo R y Grupo de Adherencia Terapéutica ADHEFAR de la SEFH.*
Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento.
ISBN: 978-84-697-7198-3. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf

2. *Grupo de Estudio del SIDA (GeSIDA), Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), Plan Nacional sobre el SIDA.*
Documento de consenso respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana.
Actualización de enero de 2022. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2022/05/GuiaGeSIDAPlanNacionalSobreElSidaRespectoAlTratamientoAntirretroviralEnAdultosInfectadosPorElVirusDeLaInmunodeficienciaHumanaActualizacionEnero2022.pdf

3. *Cihlar T, Marshall F.*
Current status and prospects of HIV treatment.
Current Opinion in Virology. Curr Opin Virol 2016;18:50-6.

4. *Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, Wagener MM, Singh N.*
Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection.
Ann Intern Med. 2000 Jul 4;133(1):21-30.

5. *Grupo de Estudio del SIDA (GeSIDA).*
Documento de consenso de GeSIDA/ División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana.
Actualización enero 2023.

6. *Berg KM, Arnsten JH.*
Practical and conceptual challenges in measuring antiretroviral adherence.
J Acquir Immune Defic Syndr 2006;43(Suppl 1):S79-87.

7. *Ford N, Nachega JB, Engel ME, Mills EJ.*
Directly observed antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials.
Lancet. 2009 Dec 19;374(9707):2064-2071.

8. *Hansen RA, Kim MM, Song L, Tu W, Murray MD.*
Comparison of methods to assess medication adherence and classify nonadherence.
Ann Pharmacother 2009;43:413-22.

9. *Morisky DE, Green LW, Levine DM.*
Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence.
Med Care 1986;24:67-74.

10. *Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, González J, Ruiz I, et al.*
Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study.
AIDS 2002;16:605-13.

11. *Codina C, Martínez M, Tuset M, Del Cacho E, Martín MT, Miró JM, et al.*
Comparación de tres métodos de cálculo de adherencia en pacientes con tratamiento antirretroviral.
Enferm Infecc Microbiol Clin 2002;20:484-90.

12. *Llabre M, Weaver KE, Durán RE, Antoni MH, McPherson-Baker S, Schneiderman N.*
A measurement model of medication adherence to highly active antiretroviral therapy and its relation to viral load in HIV-positive adults.
AIDS Pat Care STD 2006;20:701-11.

13. *Berg KM, Arnsten JH.*
Practical and conceptual challenges in measuring antiretroviral adherence.
J Acquir Immune Defic Syndr 2006;43(Suppl 1):S79-87.

14. *Steiner JF, Prochazka AV.*
The assessment of refill compliance using pharmacy records: methods, validity and applications.
J Clin Epidemiol 1997;50:105-16.

15. *McMahon JH, Jordan MR, Kelley K, Bertagnolio S, Hong SY, Wanke CA, et al.*
Pharmacy adherence measures to assess adherence to antiretroviral therapy: review of the literature and implications for treatment monitoring.
Clin Infect Dis 2011;52:493-506.

16. *Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (SPNS), Grupo de estudio del SIDA (GeSIDA), Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).*
Documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral.
Actualización 2020. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/04/GUIA_GESIDA_febrero_2020_Adherencia.pdf

17. *Grupo de Estudio del SIDA (GeSIDA), Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), Plan Nacional sobre el SIDA.*
Documento de consenso respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana.
Actualización de enero de 2022. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2022/05/GuiaGeSIDAPlanNacionalSobreElSidaRespectoAlTratamientoAntirretroviralEnAdultosInfectadosPorElVirusDeLaInmunodeficienciaHumanaActualizacionEnero2022.pdf

18. *Morillo-Verdugo R, Robustillo-Cortés MA.*
Desarrollo de un programa de Paciente Experto 2.0 para pacientes VIH+.
Disponible en: https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/desarrollo-de-un-programa-de-paciente-experto-2-0-para-pacientes-vih/

19. *Cáceres C, Fernández E, León A, Chausa P, Martín M, Codina C, et al.*
A new telemedicine approach for chronic HIV/AIDS patient home care. In XVII International AIDS Conference.
México, agosto de 2008.

20. *Manzano García M, Cantudo Cuenca M, Jiménez Galán R, Morillo Verdugo R.*
Efecto de los mensajes cortos de texto sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH positivos.
Revista de la OFIL 2016;26:35-40.

21. *Clay PG, Nag S, Graham CM, Narayanan S.*
Meta-analysis of studies comparing single and multitablet fixed dose combination HIV treatment regimens.
Medicine (Baltimore) 2015;94:e1677.

22. *Organización Mundial de la Salud.*
Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción.
2003. Disponible en: http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-LongTerm-Therapies-Spa-2003.pdf

6

La adherencia a los cuidados en VIH: perspectiva de la enfermería

Laura Labajo
Consulta de Enfermería de la Unidad de Patología Infecciosa del Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo.

Roger Llobet
Coordinador de Enfermería de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínic de Barcelona.

6.1 Introducción

La enfermería, como pieza fundamental del equipo multidisciplinar que atiende a las PVIH, tiene una importante función, tanto en la prevención del VIH y las ITS, como en su participación en el diagnóstico, seguimiento del tratamiento y apoyo psicológico y emocional. En enfermería proporcionamos un Proceso de Atención de Enfermería individualizado en base a las necesidades del paciente, estando en continua actualización según su evolución[1], fundamental para alcanzar los objetivos que ONUSIDA establece para el año 2030 en cuanto a diagnóstico, tratamiento y calidad de vida.

La enfermera acompaña a las PVIH y usuarios desde el momento del diagnóstico y a lo largo de todo su proceso de infección, está atenta a las necesidades del usuario en cada momento vital, fomenta el trabajo multidisciplinar y potencia la relación terapéutica basada en la confianza, el respeto y la formación interdisciplinar y continuada.

Para que estos cuidados sean efectivos y se prolonguen a lo largo de todo el proceso de vida del paciente, es necesaria la dotación de personal experto, basándonos en la definición de P. Benner en la que define a este profesional como *aquella persona que posee un dominio intuitivo que genera la capacidad de identificar un problema sin perder tiempo en soluciones alternativas; asimismo reconoce patrones y conoce a sus pacientes aceptando sus necesidades sin importar que esto implique planificar y/o modificar el plan de cuidados*[2]. De este modo se favorece y garantiza el continuum de unos cuidados de calidad.

6.2 Aspectos relevantes para la mejora de la adherencia a los cuidados en VIH: educación y comunicación efectiva

La educación y la comunicación son estrategias que proporcionan herramientas para identificar barreras en la adherencia del tratamiento, y que permiten evaluar y monitorizar la progresión de la infección. El desarrollo de estrategias de apoyo emocional y estrategias de comunicación efectiva favorecen un entorno personalizado e íntimo en el que el paciente puede expresar sus necesidades, afrontar desafíos emocionales, abordar preocupaciones y resolver dudas[3].

Mediante la comunicación efectiva y la consulta de enfermería podemos evaluar regularmente la adherencia de las PVIH de la forma siguiente:

- Preguntar, revisar y discutir cualquier dificultad que el paciente pueda experimentar con el tratamiento. En algunos casos, las conclusiones pueden incluir problemas de acceso a la atención médica, efectos secundarios, acceso a recursos de apoyo -como grupos-, preocupaciones por problemas financieros, problemas de salud mental o revisión de la medicación[4].
- El uso de cuestionarios como el SMAQ o el SERAD (Sistema de Evaluación de la Adherencia al Tratamiento), son herramientas para poder mantener un seguimiento de la

adherencia. Cuando la PVIH acude a la visita, es el momento crucial para realizar el test y la valoración del paciente, y puede ser la oportunidad para darle recomendaciones sobre su salud[5].

- Detectar cualquier señal de alarma y transmitirla al equipo interdisciplinar, teniendo en cuenta que el objetivo común es que, de manera coordinada, se garantice una atención integral del paciente que favorezca la anticipación a las pérdidas de adherencia[4].
- Nos permite abordar diferentes etapas en las que está el paciente, tanto una detección precoz, como la posterior valoración y el futuro abordaje en el que el paciente retomará su tratamiento habitual, y que precisará de un seguimiento.
- Nos permite transmitir la importancia del TAR de manera específica, explicando los efectos en la salud a largo plazo y la importancia de seguir el régimen prescrito.
- Trabajaremos con el paciente la falta de conocimiento del TAR y el riesgo asociado, dado que son algunos de los motivos de la falta de adherencia. Es importante aclarar los efectos secundarios del medicamento con las instrucciones basadas en la evidencia[4]. Algunos lo dejan por creer en la causalidad de su comorbilidad.
- Tendremos en cuenta la polifarmacia, dado que en muchos casos los cambios físicos asociados al envejecimiento producen modificaciones de la farmacocinética con posibilidad de presentar reacciones adversas o interacciones medicamentosas. Como está descrito en la literatura, las comorbilidades son factores que pueden influir en la absorción, excreción y metabolización de fármacos[4].
- Buscaremos estrategias de comunicación para PVIH que fracasan en la terapia por problemas cognitivos y/o trastornos mentales. Está descrito que los trastornos mentales más frecuentes son la depresión, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Las PVIH que no cumplen con los tratamientos prescritos para los trastornos mentales tienen un gran riesgo de recaída de la enfermedad y afectan de manera directa a la adherencia de los TAR[6].
- Aprovecharemos la consulta para fortalecer el refuerzo informativo y educativo[7].

Una comunicación efectiva, tanto verbal como no verbal, es esencial en el cuidado de PVIH. El personal de enfermería desempeña un papel clave al generar un entorno de confianza y credibilidad, elementos fundamentales para promover la adherencia terapéutica. Para lograrlo, es crucial que la comunicación sea clara, transparente y empática, favoreciendo la resolución de conflictos y la búsqueda conjunta de soluciones centradas en el bienestar del paciente.

Elementos como el tono de voz, la entonación, el vocabulario, las expresiones faciales, el contacto visual y el lenguaje corporal, influyen significativamente en la percepción del paciente y, por ende, en la eficacia comunicativa[8]. Estas habilidades no siempre están plenamente desarrolladas, por lo que deben fomentarse mediante la formación continua y la observación de profesionales con mayor experiencia.

Además de informar, la comunicación es una herramienta educativa que permite empoderar al paciente y a su entorno, promoviendo mensajes clave, como que es posible aprender a vivir con el VIH, así como educar sobre las vías de transmisión y la reducción de riesgos[9]. Para ello, se cuenta con recursos educativos físicos y digitales, aunque la experiencia clínica demuestra la necesidad de seguir desarrollando materiales adaptados a las necesidades específicas de las PVIH y basados en evidencia científica[10].

Una comunicación cuidadosa y profesional no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también incide directamente en su adherencia al tratamiento y en su calidad de vida.

El empoderamiento del paciente es un componente esencial para favorecer la adherencia al TAR. Brindar educación comprensible sobre la enfermedad y su tratamiento permite al paciente comprender mejor el funcionamiento del VIH y la importancia de cumplir con el régimen terapéutico prescrito. Esto se traduce en una mayor probabilidad de adherencia y mejores resultados clínicos[11].

La capacitación en habilidades de autogestión (como la organización de la medicación, el uso de recordatorios o el manejo de efectos secundarios) fortalece la autonomía del paciente y promueve conductas de salud sostenidas en el tiempo. Además, involucrar activamente al paciente en la toma de decisiones terapéuticas fomenta su responsabilidad y compromiso con el propio proceso de salud[4].

Asimismo, la creación de un entorno de apoyo social, que incluya a familiares y personas cercanas, actúa como red de contención emocional y refuerzo para mantener la adherencia.

Por último, la incorporación de herramientas tecnológicas, como aplicaciones móviles para el control del tratamiento, representa una estrategia emergente con gran potencial para mejorar el seguimiento terapéutico en las PVIH[4].

Existen diferentes colectivos en los que el empoderamiento a través de la educación es muy relevante, como pueden ser inmigrantes y mujeres con VIH, dado que experimentan limitaciones en la continuidad o en el acceso al tratamiento. Es esencial trabajar en la reducción del estigma y en la motivación por el impacto positivo que tiene en la calidad de vida.

Por otro lado, también en el caso de las mujeres, un aumento de la autonomía económica y educación en VIH es el mecanismo para reducir su vulnerabilidad. Planificar su propio futuro con autonomía y conocimiento de su infección, y de las necesidades asociadas, es esencial para fomentar la resiliencia y el bienestar emocional. Implica que la persona no solo conozca la información, sino que le permita desarrollar habilidades para enfrentarse al estigma y discriminación con eficacia.

Por lo tanto, mantener una visión de 360 grados del paciente o usuario, y la aplicación de estrategias educativas y comunicativas, tales como el empoderamiento, la relación con la enfermera, el *counselling* o la creciente incorporación del uso de nuevas tecnologías con recordatorios o plataformas de seguimiento de su tratamiento que faciliten permanecer una

buena adherencia al TAR, nos reportará beneficios tanto en la reducción del estigma social, la autonomía, la autogestión y la disminución de efectos secundarios, como la mejora de la calidad de vida y una buena evolución de la infección de VIH.

6.3 Impacto de los cuidados enfermeros en la prevención y la adherencia en las personas con VIH

Los cuidados enfermeros en el ámbito del VIH van desde la prevención hasta la consecución o mejora de la calidad de vida de estas personas y esto llevaría implícito la garantía de la adherencia, tanto al TAR, como a las visitas de seguimiento. Con ello, además de la indetectabilidad, se busca conseguir un abordaje integral de la salud y un seguimiento óptimo del curso de la infección.

Es precisamente en la consulta de enfermería donde se crea el clima idóneo para establecer una relación terapéutica de calidad. El profesional de enfermería especialista en VIH tiene una base de conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones clínicas complejas y competencias para proporcionar cuidados de calidad. Esta debe ser accesible, cercana y próxima con el paciente, y desarrollar cualidades como la empatía, utilizando la escucha activa, la proximidad, la confidencialidad y el respeto como piedras angulares en la relación terapéutica con el usuario[4].

Con el *counselling* o “consejo enfermero” como herramienta, establecemos una relación de confianza y diálogo con dos objetivos fundamentales: prevenir la infección y la transmisión del VIH, y dotar de apoyo psicosocial a las personas, directa o indirectamente afectadas por él, haciéndolas partícipes de su propio cuidado, haciendo que desarrollen las capacidades y recursos personales para llevar a cabo su proceso de evaluación de riesgo y la toma de decisiones en plena libertad, contando con apoyo emocional e información personalizada; es decir, entrenar al paciente como agente de su propia salud.

Los cuidados enfermeros destinados a la prevención y la adherencia son individualizados y deben otorgarse teniendo en cuenta la situación personal del paciente y su familia, nivel de conocimientos acerca de los tratamientos, necesidades básicas de seguridad, pertenencia, reconocimiento y autorrealización, características de la vivienda, y factores socioeconómicos, ambientales, étnicos y culturales.

Estos cuidados estarían basados en estrategias técnicas, educativas, conductuales y de apoyo familiar y social[12].

Estrategias técnica

- Informar y valorar junto con el paciente y el resto del equipo multidisciplinar, estrategias de tratamiento que puedan adecuarse positivamente a su forma de vida, teniendo en cuenta aspectos como viajes, si las personas que conviven con él son conocedoras o no de su infección, etc. Esto puede conseguirse mediante la simplificación de la posología del

tratamiento (fórmulas de liberación sostenida), cambios en su formulación (paso de comprimidos a formulación líquida oral, en el caso de pacientes con problemas de deglución) o la prescripción de medicamentos coformulados en un único comprimido.

- Planificar y administrar TAR de acción prolongada (*long-acting*). Esta nueva forma de administración del TAR abre un nuevo paradigma en cuanto a la mejora de la adherencia, siendo en muchas ocasiones esa monitorización por parte del profesional de enfermería del tratamiento, una garantía de adherencia y, por tanto, de indetectabilidad.
- Monitorizar la progresión de la infección para poder detectar señales que nos indiquen una falta de adherencia al tratamiento (CV).
- Identificación de abandonos a las visitas y recaptación de pacientes.
- Realización de pruebas de VIH de forma regular.
- Estudio de contactos, que es una de las principales actividades de vigilancia epidemiológica en la salud pública. El procedimiento se debe hacer de forma confidencial y consiste en identificar a las parejas sexuales del caso índice, diagnosticarlas y tratarlas si fuese necesario. Se debería alentar a todas las personas con ITS a notificar su infección a sus parejas sexuales e instarlas a buscar evaluación y tratamiento médico. El tiempo dedicado a informar a los pacientes sobre la importancia de notificar a sus contactos está asociado con unos mejores resultados en dicha notificación[13].
- Participación activa en el programa de PrEP frente al VIH: información a los usuarios, planificación de visitas, realización de pruebas diagnósticas, comunicación de resultados y administración de tratamientos si fuese necesario, monitorización de adherencia al tratamiento, monitorización de efectos adversos y educación en reducción de riesgos[14].
- Detección de signos y/o síntomas asociados a la práctica de *chemsex* y abordaje precoz mediante el refuerzo de factores de protección frente al consumo de drogas, la mejora de la autoestima, el autocontrol y la toma de decisiones, el buen uso de apps de contactos y la derivación a unidades especializadas.
- Participación activa en los programas hospitalarios de PEP frente al VIH: información, valoración y seguimiento[15].

Estrategias educativas

Orientadas a proporcionar información (oral y escrita) y mejorar los conocimientos sobre la infección, el tratamiento y la importancia de la adherencia. Entre ellas podemos incluir:

- Proporcionar información comprensible acerca de la importancia del TAR y sus efectos sobre el control de la infección y de la salud a corto y largo plazo, los posibles efectos secundarios, su duración y la importancia de seguir el régimen prescrito.
- Informar de forma clara de las consecuencias que tendría el abandono del tratamiento: riesgo de transmisión de la infección a otras personas y posibilidad de enfermar.

- Entrenar al paciente en la evitación de principios activos farmacológicos que puedan alterar de alguna manera la eficacia del TAR.
- Proporcionar contacto telefónico o correo electrónico del profesional de enfermería de referencia para posibles dudas que puedan surgir fuera de las visitas de seguimiento.
- Educación a la comunidad con charlas informativas en asociaciones, centros educativos y al propio personal sanitario sobre medidas preventivas frente al VIH y otras ITS. Participación en programas de educación y concienciación sobre el VIH y la salud sexual en la comunidad[16].
- Establecimiento de habilidades de motivación para promover el cambio, tratando de modificar creencias erróneas como que el uso del preservativo impide el disfrute de la relación sexual o que esta carece de riesgo en base a ciertos estereotipos.
- Educación para promoción de la salud y fomento de hábitos de vida saludables (dieta, ejercicio, deshabituación tabáquica, etc).

Estrategias conductuales

Este grupo de estrategias consiste en cambiar o reforzar el comportamiento de las PVIH y educarlas para que participen en su propio cuidado. Esto incluye la instauración de habilidades y rutinas diarias que favorezcan la adherencia. Los cuidados en base a ellas serían:

- Proporcionar estrategias como: establecimiento de recordatorios, utilización de pastilleros, y recomendaciones para la mejora de la absorción o la tolerabilidad.
- Fomentar estilos de vida saludables; la implementación de hábitos de vida que influyan positivamente en la salud del usuario -como una alimentación adecuada, la realización de ejercicio y el establecimiento de rutinas diarias- puede influir positivamente en una adecuada adherencia al TAR.
- Ayudar al usuario a encontrar las razones de forma individual para la toma de la medicación, y otorgar la confianza para lograrlo y la disponibilidad para intentarlo. Cada persona tiene una razón principal para tomar de forma adecuada el TAR, debemos identificarla y sostenerla como piedra angular para utilizarla cuando sea necesario. La relación de confianza que se establece entre el profesional de enfermería y el usuario nos permite identificar estas razones y utilizarlas convenientemente.
- Reducción de daños en los consumidores habituales de drogas inyectables. Educar al usuario en la manipulación de jeringas y agujas, utilizando agujas desechables y material de venopunción de uso individual.

Estrategias de apoyo familiar y social

- Detectar barreras sociales y comunitarias que dificulten la adherencia, tanto al tratamiento como a las visitas programadas. Facilitaremos estrategias para solventar estos aspectos

como horarios flexibles de recogida, información acerca de recursos comunitarios, contacto con asociaciones de VIH, etc.

- Poner en contacto a las PVIH con “Pacientes expertos” para promover el autocuidado y mejorar la adherencia terapéutica de los pacientes crónicos.
- Valorar la salud mental y el estigma, ya que pueden influir negativamente a la adherencia. Y, si es necesario, implementaremos actividades encaminadas a su mejora y derivación a otros especialistas si fuese necesario.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

El impacto de los cuidados enfermeros en la adherencia y prevención en VIH es innegable. La combinación de estrategias educativas, conductuales, técnicas y de apoyo emocional contribuye al bienestar integral del paciente y a la detección de factores de riesgo, permitiendo adaptar el plan de cuidados y ofrecer soluciones individualizadas.

Influyen factores como:

1. *Relación de confianza basada en la comunicación efectiva*. La comunicación es esencial para entender las necesidades del paciente y fomentar una relación terapéutica sólida. Esta facilita la educación en salud y la expresión emocional, lo que contribuye a una atención de calidad. Un entorno cómodo y tiempo adecuado son cruciales para lograr una comunicación efectiva.

2. *Empoderamiento del paciente*. Empoderar a un paciente que vive con VIH incrementa la adherencia al tratamiento y el manejo de la infección. Sobre todo en colectivos más vulnerables, como pueden ser los inmigrantes y las mujeres con VIH.

   Planificar su propio futuro con autonomía y capacidad mejora la resiliencia y el bienestar emocional, permitiéndoles enfrentarse al estigma y discriminación con eficacia.

3. *La evolución e influencia del profesional de enfermería experto en las PVIH*. La experiencia es clave para ofrecer cuidados de calidad. Es esencial asegurar un relevo generacional adecuado para mantener y transmitir este conocimiento. La incorporación de enfermeros con práctica avanzada en VIH mejora los cuidados y decisiones en PVIH.

4. *Abordaje multidisciplinar.* El éxito en la adherencia al TAR requiere de colaboración de un equipo multidisciplinar en el que la enfermería tiene un papel central, junto con médicos, farmacéuticos, y otros profesionales de la salud, así como entidades, en los que la atención integral debe darse desde un punto de vista holístico, y donde el profesional de enfermería desempeñe unos cuidados fundamentales.

5. *Factores que interfieren negativamente*. Se han descrito algunos factores asociados como: reacciones adversas, comorbilidades, factores personales -como el estrés, la depresión, el estigma, el olvido, o el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, el nivel de educación o la situación social-, los cuales contribuyen negativamente en la adherencia al tratamiento, por lo que es importante tener monitorizado al paciente, permitiendo una intervención precoz para minimizar complicaciones.

Recomendaciones

Para mantener una buena adherencia al tratamiento es importante[17]:

- Fomentar el empoderamiento de las PVIH mediante educación personalizada.

- Acompañar a las PVIH en todas las fases del proceso de cronicidad, desde el diagnóstico hasta la gestión de complicaciones.
- Planificar los cuidados de manera colaborativa con el paciente y la familia.
- Realizar *counselling* preventivo, promoviendo la autonomía y fortaleciendo la toma de decisiones.
- Establecer una relación terapéutica de confianza mediante comunicación efectiva y empatía.
- Ofrecer unos buenos cuidados de calidad fortaleciendo la formación continuada en los profesionales que atienden y cuidan a PVIH.
- Favorecer la relación enfermería-paciente teniendo en cuenta a la familia y sus entornos, e implementar estrategias personalizadas y eficaces.
- Mantener una actitud positiva y apoyar al paciente en la toma de decisiones.

Referencias bibliográficas

1. *Revista Sanitaria de Investigación.*
   Desarrollo del SIDA; cuidados enfermeros en el paciente con VIH: revisión sistemática.
   2023. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/desarrollo-del-sida-cuidados-enfermeros-en-el-paciente-con-vih-revision-sistematica/

2. *Carrillo Algarra AJ, García Serrano L, Cárdenas Orjuela CM, Díaz Sánchez IR, Yabrudy Wilches N.*
   La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica.
   Enferm. glob. 2013. [16];12(32):346-61.

3. *Diaz K, Trejo Luna M, Vuele Duma D, Ayora Apolo D, Yabrudy Wilches N.*
   Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos con VIH-SIDA: un artículo de revisión.
   Nure Investig. 2024;21(128):2443.

4. *Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (SPNS), Grupo de estudio del SIDA (GeSIDA), Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).*
   Documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral.
   Actualización 2020. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/04/GUIA_GESIDA_febrero_2020_Adherencia.pdf

5. *Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI.*
   Métodos para medir la adherencia terapéutica.
   Ars Pharm [Internet]. 2018;59(3):163-172.

6. *Kamal S, Locatelli I, Wandeler G, et al.*
   The Presence of Human Immunodeficiency Virus-Associated Neurocognitive Disorders Is Associated With a Lower Adherence to Combined Antiretroviral Treatment.
   Open forum infectious diseases. 2017; 4(2):ofx070.

7. *Rodríguez-Bustamante P, Rico-Pérez E, Mayorquín-Muñoz CJ, Báez-Hernández FJ, Delgadillo-Brec UB.*
   Efectividad de intervención educativa en conocimientos sobre VIH y adherencia terapéutica antirretroviral.
   Rev Cienc Cuidad. 2022;19(3):67-74.

8. *Silverman J, Kurtz S, Draper J.*
   Skills for communicating with patients.
   3rd ed. Boca Raton: CRC Press; 2013.

9. *World Health Organization.*
Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach
Geneva: WHO TEAM; 2021. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593

10. *Ramírez López GA, Gómez Galicia DL, Zagal Jiménez TX, Toledano Jaimes CD, Díaz de León Castañeda C.*
Digital health for promoting adherence to antiretroviral treatment in patients with HIV/AIDS: a meta-review.
Farm Hosp. 2024 Sep-Oct;48(5):T252-T258.

11. *Rueda S, Park-Wyllie LY, Bayoumi AM, Tynan AM, Antoniou TA, Rourke SB, et al.*
Patient support and education for promoting adherence to highly active anti-retroviral therapy for HIV/AIDS.
Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jul 19;2006(3):CD001442.

12. *Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI.*
Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora.
Ars Pharmaceutica. 2018;59(4): 251-258.

13. *Vilela A, Bach P, Godoy P, grupo de ITS de Lleida.*
Cumplimiento del estudio de contactos de personas diagnosticadas de VIH/ITS en las comarcas de Lleida.
Rev Esp Salud Pública. 2019;93: 2 de diciembre e1-9.

14. *Grupo de Estudio del SIDA (GeSIDA).*
Recomendaciones sobre la profilaxis preexposición para la prevención de la infección por VIH en España.
Marzo 2023. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/03/Recomendaciones-sobre-la-profilaxis-pre-exposicion-para-la-prevencion-de-la-infeccion-por-VIH-en-Espana.pdf

15. *Prevención del VIH.*
Profilaxis posexposición (PEP). HIVinfo.NIH.gov 2024.
Disponible en: https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/profilaxis-posexposicion-pep

16. *María Antonia Gómez Pastor.*
Relación entre nuevos diagnósticos de VIH y la difusión de campañas de prevención.
Revista Española de Comunicación en Salud. 2021, v. 12, n. 1, 89-100.

17. *Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ.*
Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence.
PLoS One. 2017 Oct 17;12(10):e0186458.

7

Recomendaciones para mejorar la adherencia a la prevención y tratamiento del VIH: resultados del estudio Delphi

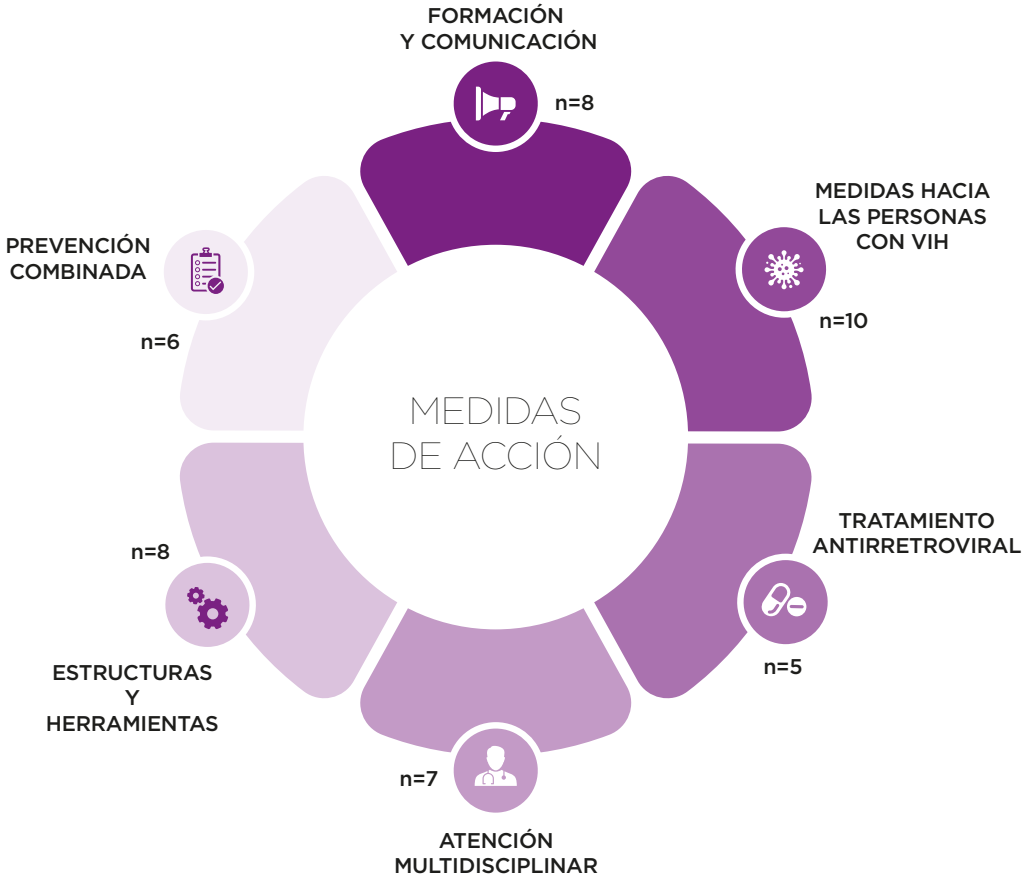
Néboa Zozaya
Manager Health Affairs and Policy Research. Weber.

El propósito de este capítulo fue elaborar un consenso de recomendaciones específicas para la mejora de la adherencia en VIH, de modo que el Cuaderno tuviera también una aplicación práctica, partiendo de la teoría y evidencia recogida en el mismo.

7.1. Metodología

Para la elaboración de este capítulo se realizó un estudio Delphi de consenso, a través de un cuestionario electrónico sobre las principales medidas de mejora de la adherencia propuestas por el grupo multidisciplinar de expertos y recogidas a lo largo del Cuaderno de Adherencia. El listado final aglutinaba 44 medidas recomendadas por el panel (anexo), agrupadas en seis áreas de acción (Figura 2). El cuestionario se dirigió a los principales perfiles de profesionales sociosanitarios que ejercen su profesión en España y que están implicados en el cuidado de las personas con VIH o en riesgo de adquirir la enfermedad.

Figura 2.
Número de medidas de mejora de la adherencia contempladas en el Estudio Delphi, por área de acción



Se pidió a los encuestados que evaluaran, a través de una escala Likert, el grado de importancia o pertinencia de cada una de las medidas para la mejora de la adherencia (siendo 1 nada relevante y 5 muy relevante). Además, se les pidió que especificaran el actual grado de implementación de cada una de las medidas propuestas en su contexto actual (siendo 1 muy poco implementada actualmente y 5 muy implementada). En ambos casos, se disponía de la opción de respuesta "no sabe/no contesta". La encuesta se acompañó de una hoja de información que resumía el proyecto del Cuaderno de adherencia. Además, se adjuntó un documento donde se informaba del tratamiento confidencial de los datos.

La participación en la encuesta no fue remunerada. Respondieron el 50% de los profesionales socio-sanitarios a los que se envió el cuestionario. Casi la mitad de los encuestados que respondieron procedían de Cataluña y de la Comunidad de Madrid (28% y 20%, respectivamente), aunque también participaron profesionales de Andalucía (12%), Canarias (8%), Galicia (8%), Baleares (8%), Cantabria (4%), Castilla y León (4%), Navarra (4%) y Asturias (4%). El 76% ejercía su profesión en el ámbito sanitario público, el 20% en el ámbito de las entidades comunitarias, y el 4% restante combinaba profesionales del ámbito público y privado. El promedio de tiempo que los encuestados llevaban en su puesto actual asciende a 19,5 años. A continuación, se muestran los perfiles de los profesionales participantes en el estudio.

Tabla 13.
Perfiles de los profesionales participantes en el Estudio Delphi

	n	%
Servicio de Medicina Interna o enfermedades infecciosas	9	36%
Servicio de farmacia	5	20%
Asociaciones de pacientes y entidades comunitarias	7	28%
Otros*	4	16%

*Incluye: gestión hospitalaria, Atención Primaria, Salud Pública y Salud Mental y Adicciones.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos. El análisis se centra en describir la puntuación promedio de las respuestas obtenidas en la escala Likert, así como en la desviación estándar (DE), para ver la dispersión de los resultados, que se refieren tanto a la relevancia de cada medida como a su actual grado de implementación. Además, se hace un análisis adicional para agrupar aquéllas medidas en base al consenso de los encuestados sobre su grado de relevancia e implementación actual. Se clasifican como medidas con consenso sobre su relevancia para la mejora de la adherencia en VIH aquellas para las que al menos el 85% de los expertos encuestados las haya calificado como medida relevante o muy relevante (es decir, les haya otorgado una puntuación de 4 o de 5, sobre 5). Por su parte, el umbral de consenso sobre la elevada implementación de la medida se sitúa en el 40% de los expertos que la clasifican como una medida implementada (4) o muy implementada (5) actualmente en la práctica.

7.2. Resultados

La mayoría de los profesionales que contestaron el Delphi coinciden en la elevada relevancia de la mayor parte de las medidas propuestas para mejorar la adherencia. Así, más de un 80% de los expertos han puntuado como relevante (4 sobre 5) o muy relevante (5) 36 de las medidas (es decir, un 82% de las 44 medidas propuestas). En términos de puntuación promedio otorgada, la mitad de las propuestas de acción superan una puntuación de 4,5 sobre 5 puntos. Las medidas concretas que, según los encuestados, podrían tener un papel más predominante sobre la mejora de la adherencia en VIH se refieren a mantener una buena relación médico-paciente con una toma de decisiones compartidas (4,80), ofrecer a la persona con VIH o en riesgo información científica adaptada (4,80), identificar y modificar las potenciales causas de la falta de adherencia (4,76), ofrecer una atención diferencial, con programas específicos para persona con VIH en situación de vulnerabilidad social (4,72) y adaptar la frecuencia del tratamiento a las necesidades de cada persona (4,72). Las medidas sobre las que existe menor consenso sobre su importancia son la entrega de medicación en farmacia comunitaria (DE: 1,30), la búsqueda de formas complementarias de distribución y dispensación de PrEP (DE: 1,22), el intercambio de información clínica entre atención primaria y hospitalaria (DE: 1,20), y el seguimiento de la recogida de medicación con la generación de una alerta (DE: 1,12) (Tabla 14).

En opinión de los consultados, el actual grado de implementación de las 44 medidas propuestas es más heterogéneo. Así, solo hay consenso sobre el elevado grado de implementación de 12 de las medidas propuestas. Las medidas con puntuación promedio más alta pertenecen principalmente al área del TAR, y se refieren a adaptar el esquema terapéutico al estilo de vida, preferencias y comorbilidades de las personas con VIH o en riesgo (4,16 sobre 5), utilizar tratamientos con el menor número de dosis posible (4,16), realizar un seguimiento estrecho tanto del TAR como del resto de medicaciones asociadas (4,00) y evaluar periódicamente la adherencia (3,84). Las medidas con mayor dispersión de respuesta sobre el grado actual de su implementación fueron la existencia de un sistema para que las PVIH o en riesgo que lo necesiten puedan recibir su medicación para el VIH desde la farmacia hospitalaria en la farmacia comunitaria (DE: 1,51), el seguimiento de la recogida de medicación, con alertas (DE: 1,44), la realización de intervenciones educativas sobre adherencia y su impacto en la salud (DE: 1,35) y el acompañamiento de la PVIH en el proceso de cronicidad (DE 1,32). En general, hubo un mayor consenso, marcado por una menor DE, en las puntuaciones sobre relevancia de las medidas de mejora de la adherencia que en aquellas sobre el grado actual de implementación (Tabla 14).

Al comparar la relevancia de cada medida de mejora de la adherencia en VIH con su actual grado de implementación, se evidencia que muchas de las medidas más relevantes no se están aplicando con la misma intensidad . Este desfase sugiere que, aunque existe claridad sobre qué se debe hacer, aún hay barreras para llevarlo a la práctica, lo que debería orientar futuras estrategias, dado el margen de acción observado en la implementación de las medidas de mejora de la adherencia. Así, podemos realizar una priorización de las acciones propuestas en base a las que son consideradas más relevantes, diferenciando el enfoque

entre aquéllas que según los encuestados ya están más implementadas en la práctica y las que todavía requiren de una mayor atención (Figura 3, Tabla 15). Así, deberíamos asegurarnos de que se han puesto en marcha acciones del ámbito de la formación y comunicación, tales como la entrega de información científica adaptada; la identificación, información y modificación de las potenciales causas de una adherencia suboptima; o la educación sanitaria individual o grupal sobre adherencia, reforzando al mimso tiempo la búsqueda de estrategias de comunicación para pacientes que fracasan en la terapia por problemas cognitivos y/o trastornos mentales, la capacitación de profesionales de práctica avanzada en VIH, la lucha contra el estigma de la enfermedad y la sensibilización sobre el cumplimiento terapéutico.

Entre las medidas a implementar por el equipo multidisciplinar hacia las personas con VIH o en riesgo, se debe seguir adaptando la frecuencia de las visitas de manera individualizada a las necesidades de cada persona, y poner un mayor foco en mejorar aspectos como la atención diferencial en base al perfil de la persona con VIH o en riesgo, cuidando especialmente la vulnerabilidad social; el acompañamiento en el proceso de cronicidad; la atención sociopsicológica; el rol del paciente activo en su plan terapéutico; y el abordaje precoz de prácticas como el Chemsex, facilitando información acerca de sus riesgos. Por su parte, en base a los resultados del Delphi, y a pesar de que son las medidas más aplicadas en la práctica, conviene seguir manteniendo la implementación de aquéllas medidas relacionadas con el TAR, ya sea como tratamiento o de modo preventivo.

Por otro lado, entre las medidas dirigidas a mejorar la adherencia mediante una atención multidisciplinar, según la opinión de los expertos, se debe seguir fomentando la buena relación médico-paciente con una toma de decisiones compartidas; y preguntar, revisar y discutir cualquier dificultad que las personas con VIH puedan experimentar con el tratamiento, para detectar los motivos de la adherencia subóptima y actuar sobre ellos, transmitiendo la información al equipo multidisciplinar. Todo ello debe complementarse además con otras medidas menos implementadas actualmente, como son la identificación de abandonos y recaptación de pacientes mediante sistemas de alerta interconectados; la integración de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial con los servicios relacionados con el VIH; la mayor coordinación asistencial y la interdisciplinariedad, creando espacios de trabajo compartido; y la aplicación de un enfoque holístico en el modelo de atención, con implicación de los distintos agentes, tanto sanitarios como comunitarios, con una comunicación fluida y bidireccional. Esto debe ir acompañado de la disponibilidad de un espacio íntimo y cómodo para llevar a cabo la comunicación efectiva, y disponer del tiempo necesario para ello. Será también importante lograr que en más centros se haga un seguimiento de la recogida de medicación, usando alertas, y que se pongan en marcha mecanismos de atención no presencial para facilitar la comodidad de la persona con VIH o en riesgo.

Finalmente, no debe olvidarse la importancia de las medidas dirigidas a mejorar la adherencia a la prevención combinada, que incluye intervenciones clave y todavía poco implementadas en la práctica, como son la promoción de la participación activa en programas de PrEP para empoderar a los usuarios y motivarles en su autocuidado, fomentando estilos de vida saludables; y la deteción de signos o síntomas asociados a la práctica de Chemsex, con un

abordaje precoz para facilitar información acerca de los riesgos de esta práctica. También sería relevante seguir incidiendo en la evaluación del impacto que puede tener a nivel clínico y económica uan adherencia subóptima.

Tabla 14.
Medidas de acción propuestas para mejorar la adherencia al VIH, ordenadas de mayor a menor relevancia

Título y número de la medida	Área de acción	Relevancia o pertinencia		Actual grado implementacion	
		Puntuación promedio	DE	Puntuación promedio	DE
Información científica adaptada sobre infección, tratamiento, hábitos e importancia adherencia (#1)	Formación y comunicación	4,80	0,50	3,44	1,12
Mantener buena relación médico-paciente, con toma de decisiones compartidas (#24)	Atención multidisciplinar	4,80	0,41	3,80	0,87
Identificar y modificar potenciales causas de falta de adherencia (#2)	Formación y comunicación	4,76	0,44	3,36	1,11
Atención diferencial según características de las PVIH, con programas específicos en situación de vulnerabilidad social (#10)	Medidas hacia la PVIH	4,72	0,61	2,60	1,19
Adaptar la frecuencia de las visitas a las necesidades de cada persona (#11)	Medidas hacia la PVIH	4,72	0,54	3,04	1,24
Esquema terapéutico adaptado a estilo de vida, preferencias y comorbilidades (#19)	TAR	4,68	0,48	4,16	0,99
Espacio íntimo y cómodo para comunicación efectiva, y el tiempo necesario para ello (#31)	Estructuras y herramientas	4,68	0,56	3,20	0,91
Intervenciones educativas sobre adherencia (consejos breves y educación sanitaria individual o grupal) (#3)	Formación y comunicación	4,64	0,57	3,08	1,35
Estrategias de comunicación en pacientes que fracasan en la terapia por problemas cognitivos y/o trastornos mentales (#4)	Formación y comunicación	4,64	0,57	2,04	1,08

Detectar motivos incorrecta adherencia tratamiento y actuar sobre ellos (#25)	Atención multidisciplinar	4,64	0,57	3,60	1,00
Enfoque holístico en modelo de atención (agentes sanitarios y comunitarios), con comunicación fluida y bidireccional (#30)	Atención multidisciplinar	4,64	0,57	2,24	1,27
Utilizar tratamientos con el menor número de dosis posible (#20)	TAR	4,60	0,91	4,16	1,14
Evaluar periódicamente la adherencia durante el seguimiento del TAR, tanto en tratamiento como en prevención (#22)	TAR	4,60	0,65	3,84	0,90
Identificación de abandonos y recaptación de pacientes, con sistemas de alerta interconectados (#26)	Atención multidisciplinar	4,60	0,58	2,79	0,98
Promover autonomía en gestión y autocuidados necesarios de PVIH (rol del paciente activo en su plan terapéutico) (#17)	Medidas hacia la PVIH	4,56	0,58	2,64	1,19
Abordaje precoz del Chemsex, con información sobre el riesgo de su práctica (#18)	Medidas hacia la PVIH	4,56	0,65	2,72	1,21
Estrecho seguimiento del TAR y medicaciones asociadas (#21)	TAR	4,56	0,58	4,00	0,71
Impulsar coordinación asistencial e interdisciplinariedad, creando espacios de trabajo compartido (#29)	Atención multidisciplinar	4,56	0,58	2,16	1,18
Sistema de estratificación de PVIH en función de necesidades clínicas, psicológicas y sociales (#9)	Medidas hacia la PVIH	4,52	0,77	2,56	1,19
Acompañar a la PVIH en el proceso de la cronicidad (#12)	Medidas hacia la PVIH	4,52	0,59	2,92	1,32
ntegrar servicios de salud mental y apoyo psicosocial con los servicios relacionados con el VIH (#28)	Atención multidisciplinar	4,52	0,71	2,16	1,18
Promover participación activa en programa PreP, fomentando estilos de vida saludables (#39)	Prevención combinada	4,52	0,65	2,76	1,16
Detectar la práctica de Chemsex y abordaje precoz en la adherencia al PreP (#42)	Prevención combinada	4,52	0,59	2,80	1,00

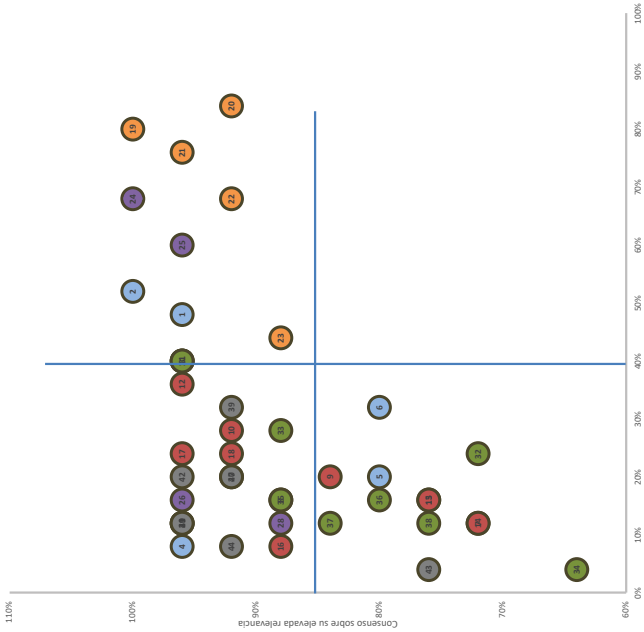
Cuidados individualizados de prevención interdisciplinares, según entorno, necesidades, conocimientos, factores (#41)	Prevención combinada	4,48	0,59	2,52	1,08
Actividades de formación y sensibilización de cumplimiento terapéutico en todos los profesionales implicados (#8)	Formación y comunicación	4,44	0,71	2,67	1,17
Educación en asociaciones, centros educativos y de AP para concienciar a nuevos usuarios en importancia adherencia (#40)	Prevención combinada	4,44	0,65	2,28	1,24
Fomentar atención comunitaria, asociacionismo y programas para combatir el estigma (#6)	Formación y comunicación	4,42	0,97	3,17	0,92
Actividad educativa y formativa de todos los profesionales (expertos o de práctica avanzada en VIH) (#5)	Formación y comunicación	4,40	0,82	2,76	1,16
Apoyar la investigación en nuevos tratamientos que faciliten la adherencia (tratamientos directamente observados, de larga duración, etc.) (#23)	TAR	4,40	0,71	3,36	1,15
Programas de pares o “pacientes expertos” para promover autocuidado y adherencia terapéutica (#15)	Medidas hacia la PVIH	4,36	0,86	2,20	1,19
Evaluar impacto clínico, económico y en salud pública de la falta de adherencia a la PrEP (#44)	Prevención combinada	4,36	0,64	1,83	1,05
Proceso asistencial integrado acordado, con flujos, hitos, incentivos e indicadores en función del riesgo (#27)	Atención multidisciplinar	4,32	0,63	2,60	1,15
Herramientas para seguimiento adherencia e instrumentos de evaluación continua resultados (#36)	Estructuras y herramientas	4,28	0,79	2,38	1,01
Proporcionar atención social y psicológica a través de grupos de ayuda mutua (#16)	Medidas hacia la PVIH	4,24	0,78	2,24	0,93

Incorporar pacientes en proceso optimización y mejora del modelo de prestación de cuidados (#13)	Medidas hacia la PVIH	4,20	0,82	2,20	1,19
Seguimiento de la recogida de medicación, con alertas si no se recoge (#33)	Estructuras y herramientas	4,20	1,12	2,92	1,44
Información clínica compartida entre profesionales distintos niveles de atención para monitorizar adherencia (#37)	Estructuras y herramientas	4,17	1,20	2,12	1,20
Habilitar mecanismos de atención no presencial para mejorar seguimiento y monitorizar cumplimiento terapéutico (#35)	Estructuras y herramientas	4,16	0,62	2,40	1,00
Mayor accesibilidad a tratamientos que favorezcan la adherencia, con modelos innovadores de compra y/o suministro (#38)	Estructuras y herramientas	4,04	0,88	2,09	1,08
Sensibilizar a sociedad, PVIH o en riesgo y profesionales sobre el impacto económico de la falta de adherencia (#7)	Formación y comunicación	4,04	0,89	1,92	1,18
Promover empoderamiento mujeres con VIH en educación y autonomía económica para reducir vulnerabilidad (#14)	Medidas hacia la PVIH	4,04	1,06	1,88	1,27
Formas complementarias de distribución PrEP mediante modelos innovadores de dispensación (#43)	Prevención combinada	4,00	1,22	1,84	1,07
Sistema para que las PVIH o en riesgo que lo necesiten puedan recibir su medicación desde la farmacia hospitalaria en la farmacia comunitaria (#32)	Estructuras y herramientas	3,88	1,30	2,12	1,51
Desarrollar e implantar plataforma de desarrollo del paciente experto online integrada en el equipo asistencial (#34)	Estructuras y herramientas	3,72	0,94	1,64	0,91

Notas. PrEP: profilaxis preexposición; PVIH: persona con VIH; TAR: tratamiento antirretroviral.

Figura 3.

Visualización de las 44 medidas de mejora de la adherencia del VIH contempladas en el Estudio Delphi, por consenso sobre su elevada relevancia y actual grado de implementación, y área de acción



1. Información científica adaptada
2. Modificar potenciales causas falta adherencia
3. Intervenciones educativas sobre adherencia
4. Comunicación en PVIH con problemas cognitivos/mentales
5. Profesionales de práctica avanzada en VIH
6. Atención comunitaria, asociacionismo contra el estigma
7. Sensibilizar sobre impacto económico falta de adherencia
8. Formación y sensibilización sobre cumplimiento terapéutico
9. Estratificación de PVIH en función de necesidades
10. Atención diferencial según características de la PVIH
11. Adaptar frecuencia visitas a necesidades
12. Acompañar a la PVIH en el proceso cronicidad
13. Incorporar pacientes en proceso optimización cuidados
14. Empoderamiento mujeres con VIH
15. Programas de pares para autocuidado y adherencia
16. Atención socio-psicológica con grupos de ayuda mutua
17. Rol paciente activo en su plan terapéutico
18. Abordaje precoz Chemsex, con información sobre riesgo
19. Esquema terapéutico adaptado
20. Tratamientos con el menor número de dosis posible
21. Estrecho seguimiento del TAR y medicaciones asociadas
22. Evaluación periódica adherencia
23. Investigación en nuevos tratamientos adherentes
24. Relación médico-paciente, toma de decisiones compartidas
25. Detectar motivos incorrecta adherencia y actuar
26. Identificar abandonos y recaptar, con sistemas de alerta
27. Proceso asistencial integrado acordado
28. Integrar servicios salud mental con los relacionados VIH
29. Coordinación asistencial e interdisciplinar
30. Enfoque holístico en modelo de atención
31. Espacio y tiempo para comunicación efectiva
32. Sistema para recibir medicación desde la FH en FC
33. Seguimiento recogida medicación, con alertas
34. Plataforma de desarrollo paciente experto online integrada
35. Mecanismos atención no presencial
36. Herramientas seguimiento adherencia y evaluación continua
37. Información clínica compartida entre niveles de atención
38. Modelos innovadores de compra y/o suministro
39. Participación activa PreP, estilos de vida saludables
40. Educar nuevos usuarios en importancia adherencia
41. Cuidados individualizados de prevención interdisciplinares
42. Detectar Chemsex y abordaje precoz adherencia PreP
43. Formas complementarias distribución PrEP
44. Evaluar impacto clínico-económico de poca adherencia PrEP

Notas. FC: farmacia comunitaria; FH: farmacia hospitalaria; PrEP: profilaxis preexposición; PVIH: persona con VIH; TAR: tratamiento antirretroviral.

Se considera que hay consenso sobre la elevada relevancia de la medida cuando al menos el 85% de los 25 expertos que han contestado al cuestionario considera que dicha acción es relevante o muy relevante (puntuación de 4 o 5 sobre 5) para la mejora de la adherencia en VIH. Se considera que hay consenso sobre el elevado grado de implementación actual de la medida cuando al menos el 40% de los expertos que han contestado al cuestionario considera que dicha acción está implementada o muy implementada en la práctica.

Tabla 15.

Priorización, por consenso de los expertos sobre su relevancia y grado de implementación actual, de las 44 medidas de acción propuestas para mejorar la adherencia en VIH, agrupadas por área de acción

Área	Consenso sobre su elevada relevancia, y con alto grado de implementación actual	Consenso sobre su elevada relevancia, pero menos implementadas actualmente	Menor consenso sobre su elevada relevancia
Formación y comunicación	Información científica adaptada (#1) Modificar potenciales causas falta adherencia (#2) Intervenciones educativas sobre adherencia (#3)	Comunicación en PVIH con problemas cognitivos/ mentales (#4) Profesionales de práctica avanzada en VIH (#5) Atención comunitaria, asociacionismo contra el estigma (#6) Formación y sensibilización sobre cumplimiento terapéutico (#8)	Sensibilizar sobre impacto económico falta de adherencia (#7)
Medidas a implementar por el equipo multidisciplinar hacia la persona con VIH o en riesgo	Adaptar frecuencia visitas a necesidades (#11)	Atención diferencial según características de la PVIH (#10) Acompañar a la PVIH en el proceso cronicidad (#12) Atención socio-psicológica con grupos de ayuda mutua (#16) Rol paciente activo en su plan terapéutico (#17) Abordaje precoz Chemsex, con información sobre riesgo (#18)	Estratificación de PVIH en función de necesidades (#9) Incorporar pacientes en proceso optimización cuidados (#13) Empoderamiento mujeres con VIH (#14) Programas de pares para autocuidado y adherencia (#15)

Tratamiento antiretroviral	Esquema terapéutico adaptado (#19) Tratamientos con el menor número de dosis posible (#20) Estrecho seguimiento del TAR y medicaciones asociadas (#21) Evaluación periódica adherencia (#22) Investigación en nuevos tratamientos adherentes (#23) Relación médico-paciente, toma de decisiones compartidas (#24) Detectar motivos incorrecta adherencia y actuar (#25)	Identificar abandonos y recaptar, con sistemas de alerta (#26) Proceso asistencial integrado acordado (#27) Integrar servicios salud mental con los relacionados VIH (#28) Coordinación asistencial e interdisciplinar (#29) Enfoque holístico en modelo de atención (#30)	
Estructuras y herramientas	Espacio y tiempo para comunicación efectiva (#31)	Seguimiento recogida medicación, con alertas (#33) Mecanismos atención no presencial (#35)	Sistema para recibir medicación desde la FH en FC (#32) Plataforma de desarrollo paciente experto online integrada (#34) Herramientas seguimiento adherencia y evaluación continua (#36) Información clínica compartida entre niveles de atención (#37) Modelos innovadores de compra y/o suministro (#38)

Prevención combinada		Participación activa PreP, estilos de vida saludables (#39) Educar nuevos usuarios en importancia adherencia (#40) Cuidados individualizados de prevención interdisciplinares (#41) Detectar Chemsex y abordaje precoz adherencia PreP (#42) Evaluar impacto clínico-económico de poca adherencia PrEP (#44)	Formas complementarias distribución PrEP (#43)

Notas: Se considera que hay consenso sobre la elevada relevancia de la medida cuando al menos el 85% de los 25 expertos que han contestado al cuestionario considera que dicha acción es relevante o muy relevante (puntuación de 4 o 5 sobre 5) para la mejora de la adherencia en VIH. Se considera que hay consenso sobre el elevado grado de implementación actual de la medida cuando al menos el 40% de los expertos que han contestado al cuestionario considera que dicha acción está implementada o muy implementada en la práctica. Alguna bolas no se ven porque coinciden con otras. Es el caso de las medidas 3 y 11, que coinciden con la 31; la 7 coincide con la 14; la 8 coincide con la 35; la 15 con la 13; la 27 con la 40; la 29 con la 30; y la 41 con la 30.

Discusión y conclusiones

Este trabajo, desarrollado para el Cuaderno de Adherencia en VIH, ha permitido recoger y sistematizar la opinión de un panel multidisciplinar de profesionales con experiencia y conocimiento directo en la atención a personas con VIH. El ejercicio ha brindado la oportunidad de recabar valoraciones sobre más de 40 medidas propuestas por un panel de expertos para mejorar la adherencia en el contexto del VIH, desde una perspectiva práctica, multidisciplinar y centrada en la persona. Todo ello ha contribuido a plantear distintas estrategias de mejora, diferenciando entre aquellas ya consolidadas en la práctica asistencial y otras que, pese a su alta relevancia, aún requieren una implementación más efectiva, con voluntad y compromiso institucional y profesional.

Conforme al análisis realizado, se pueden destacar varias conclusiones. En cuanto a los aspectos directamente relacionados con la medicación, se destaca la relevancia de seguir avanzando en la reducción de dosis y en espaciar las administraciones, adaptando el tratamiento al estilo de vida de la persona con VIH o en riesgo, y evaluando periódicamente la adherencia. Asimismo, se debe avanzar en la investigación de nuevos tratamientos que ofrezcan ventajas en términos de adherencia. El foco a corto plazo debería situarse también en reforzar las medidas centradas en la personalización de la atención, la mejora de la comunicación entre los profesionales sanitarios y las personas con perfiles clínicos complejos y la aplicación de enfoques educativos más individualizados y personalizados, para entender y modificar las posibles causas de la falta de adherencia. Por otro lado, la adherencia no puede abordarse exclusivamente desde la perspectiva biomédica, sino que debe contemplarse desde una lógica estructural y social más amplia. Los distintos gradientes sociales y estructurales de las personas con VIH o en riesgo requieren respuestas adaptadas y sensibles a cada contexto, en función de la edad, género, nivel socioeconómico, nivel de cronicidad, origen y potencial grado de vulnerabilidad social.

Este trabajo presenta algunas limitaciones que conviene señalar. En primer lugar, el listado de medidas evaluadas no es exhaustivo y podría estar omitiendo algunas acciones relevantes. Asimismo, las medidas se han analizado de forma aislada, sin considerar posibles sinergias entre ellas. Además, la falta de detalle sobre las distintas medidas puede haber dado lugar a interpretaciones diversas entre los encuestados. El tamaño de la muestra también es limitado, y no permite realizar análisis por por perfil profesional, experiencia o región, lo cual podría haber aportado matices relevantes, especialmente dada la variabilidad entre comunidades autónomas en la gestión de la atención al VIH.

En conclusión, la adherencia, entendida como un proceso dinámico y compartido, requiere un modelo de atención centrado en la persona, respaldado por políticas sensibles al contexto y equipos multidisciplinares comprometidos con una atención equitativa y de calidad. Este estudio ha permitido identificar prioridades estratégicas para mejorar la adherencia en el abordaje del VIH desde una perspectiva integral y multidimensional, combinando intervenciones farmacológicas, clínicas, educativas, estructurales y tecnológicas.

Anexo. Listado detallado de medidas propuestas

Medidas dirigidas a la formación y comunicación:

1. Proporcionar a la PVIH o en riesgo información científica adaptada oral, escrita o audiovisual sobre la infección, tratamiento, objetivo terapéutico y la planificación de éste según las necesidades y hábitos particulares, incluyendo cómo tomarlo, cómo conservarlo, los efectos adversos, las interacciones y la importancia de la adherencia.

2. Identificar y modificar las potenciales causas de una adherencia incorrecta e informar a la PVIH o en riesgo sobre el impacto de la falta de adherencia.

3. Realizar intervenciones educativas sobre adherencia y su impacto en la salud y fomentarlas con consejos breves y educación sanitaria individual o grupal.

4. Buscar estrategias de comunicación para PVIH que fracasan en la terapia por problemas cognitivos y/o trastornos mentales.

5. Fortalecer la actividad educativa y formativa de todos los profesionales que atienden a PVIH o en riesgo, creando perfiles de “expertos o de práctica avanzada” en VIH.

6. Fomentar la atención comunitaria, el asociacionismo y los programas de apoyo y seguimiento para combatir el estigma asociado al VIH.

7. Sensibilizar a la sociedad, a las PVIH o en riesgo y a los profesionales sanitarios sobre el impacto económico que tiene la falta de adherencia.

8. Trabajar con todos los profesionales implicados en los cuidados de PVIH para realizar actividades de formación y sensibilización dirigidas a mejorar el cumplimiento terapéutico.

Medidas a implementar por el equipo multidisciplinar hacia la PVIH o en riesgo:

9. Implementar un sistema de estratificación de PVIH en función de las necesidades clínicas, psicológicas y sociales y definir recomendaciones para cada subgrupo.

10. Prestar una atención diferencial en función de las características que conforman los diferentes perfiles de las PVIH, con programas específicos para las personas con VIH en situación de vulnerabilidad social (comorbilidad psiquiátrica, consumo de drogas, reclusos, personas migrantes, etc.).

11. Adaptar la frecuencia de las visitas de manera individualizada a las necesidades de cada persona.

12. Acompañar a la PVIH en el proceso de la cronicidad.

13. Incorporar a las PVIH en el proceso de optimización y mejora del modelo de prestación de cuidados y también en su evaluación.

14. Promover el empoderamiento de las mujeres con VIH en términos de educación y autonomía económica para reducir su vulnerabilidad al VIH.

15. Poner en contacto con programas de pares o “pacientes expertos” a PVIH para promover el autocuidado y mejorar la adherencia terapéutica trabajando el concepto de cumplimiento terapéutico.

16. Proporcionar una atención social y psicológica (individual y grupal) a través de grupos de ayuda mutua para mejorar el compromiso de las personas hacia su tratamiento.

17. Promover la autonomía en la gestión y los autocuidados necesarios de PVIH y así fomentar el rol del paciente activo en su plan terapéutico.

18. Detectar signos/síntomas asociados a la práctica de Chemsex y abordaje precoz para facilitar información acerca de los riesgos de estas prácticas.

Medidas asociadas al tratamiento antirretroviral:

19. Seleccionar el esquema terapéutico que mejor se adapte al estilo de vida, preferencias y comorbilidades de la PVIH o en riesgo por su forma de administración y/o dosificación.

20. Utilizar tratamientos con el menor número de dosis posible.

21. Estrecho seguimiento tanto del TAR como del resto de medicaciones asociadas.

22. Evaluar periódicamente la adherencia durante el seguimiento del TAR ya sea tratamiento o prevención.

23. Apoyar la investigación en nuevos tratamientos que faciliten la adherencia (tratamientos directamente observados, de larga duración, etc.).

Medidas dirigidas a mejorar la adherencia mediante una atención multidisciplinar:

24. Mantener una buena relación profesional de la salud-paciente, sólida y basada en la confianza, con una toma de decisiones compartidas sobre la elección del TAR.

25. Preguntar, revisar y discutir cualquier dificultad que la persona pueda experimentar con el tratamiento, para detectar los motivos de la incorrecta adherencia y actuar sobre ellos y transmitir la información al equipo multidisciplinar.

26. Identificación de abandonos y recaptación de pacientes mediante sistemas de alerta interconectados.

27. Asegurar un proceso asistencial integrado acordado entre todos los profesionales implicados y la persona y su entorno afectivo en función del riesgo de cada persona a una incorrecta adherencia, con flujos, hitos, responsabilidades, incentivos e indicadores de evaluación definidos.

28. Integrar los servicios de salud mental y apoyo psicosocial con los servicios relacionados con el VIH.

29. Impulsar la coordinación asistencial y la interdisciplinariedad, creando espacios de trabajo compartido.

30. Aplicar un enfoque holístico en el modelo de atención, con implicación de los distintos agentes, tanto sanitarios como comunitarios, con una comunicación fluida y bidireccional, para atender las necesidades médico-hospitalarias, así como las sociales y culturales.

Medidas dirigidas a mejorar estructuras, herramientas y tecnologías para mejorar la adherencia:

31. Disponer de un espacio íntimo y cómodo para llevar a cabo la comunicación efectiva, y disponer del tiempo necesario para ello.

32. Disponer de un sistema para que las PVIH o en riesgo que lo necesiten puedan recibir su medicación desde la farmacia hospitalaria en la farmacia comunitaria.

33. Realizar un seguimiento de la recogida de la medicación y generar una alerta cuando no se haya recogido.

34. Desarrollar e implantar una plataforma de desarrollo del paciente experto online integrada en el equipo asistencial.

35. Habilitar mecanismos de atención no presencial cuando sea necesario el desplazamiento como telemonitorización y telecuidado para recordar a los usuarios que tomen sus dosis, mejorar el seguimiento y monitorizar el cumplimiento terapéutico.

36. Utilizar herramientas (como cuestionarios SMAQ o SERAD) cuando la persona acude a la visita para poder mantener un seguimiento de la adherencia y de instrumentos para la evaluación continua de los resultados (incluyendo PROMs y PREMs).

37. Asegurar la existencia de información clínica compartida entre profesionales sanitarios en diferentes niveles de atención (primaria y hospitalaria) y con diferentes profesionales monitorizar el grado de adherencia en el momento de la dispensación, combinando cuestionarios, recuentos de medicación, registros de dispensación y sistemas de control electrónicos para su evaluación.

38. En los casos que aplique y pueda realizarse, aumentar la accesibilidad de los tratamientos que favorezcan la adherencia mediante modelos innovadores de compra y/o suministro.

Medidas dirigidas a mejorar la adherencia a la prevención combinada:

39. Promover una participación activa en el programa de profilaxis pre-exposición frente al VIH para empoderar a los usuarios y motivarles en su autocuidado, fomentando estilos de vida saludables.

40. Educación en asociaciones, centros educativos y centros de atención primaria para motivar a los potenciales nuevos usuarios, concienciarlos y sensibilizarlos en la importancia de la adherencia.

41. Aportar cuidados individualizados interdisciplinares, teniendo en cuenta la situación personal del usuario y su entorno, sus necesidades, conocimientos y factores socioeconómicos y culturales.

42. Detectar signos/síntomas asociados a la práctica de Chemsex y abordaje precoz para facilitar información acerca de los riesgos de estas prácticas, especialmente en la adherencia a los tratamientos.

43. Buscar formas complementarias para la distribución del PrEP mediante modelos innovadores como entrega a domicilio, dispensación en farmacias comunitarias o telemedicina o con horarios flexibles de recogida de medicación y proveer seguimiento personalizado.

44. Evaluar y conocer el impacto clínico, económico y en salud pública de la falta de adherencia a la PrEP.

8

Conclusiones

En este Cuaderno de Adherencia hemos explorado el desafío que supone la adherencia en el contexto del VIH, una infección crónica que, si bien cuenta desde hace décadas con un creciente arsenal terapéutico tanto en tratamiento como en prevención, aun no es suficiente y sigue enfrentándose a múltiples retos pendientes y necesidades por cubrir. Entre ellas, destacan la importancia de garantizar la supresión viral, el persistente estigma social, la naturaleza crónica de la enfermedad y la frecuente situación de vulnerabilidad social de las personas afectadas.

A estos retos individuales se suma una dimensión clave de salud pública, que es la necesidad de prevenir nuevas infecciones. La adherencia terapéutica no solo mejora los resultados clínicos individuales, sino que actúa como una palanca estratégica para alcanzar los objetivos de ONUSIDA y, en última instancia, controlar y eventualmente poner fin a la epidemia del VIH.

Así, la adherencia no debe entenderse únicamente como una cuestión clínica centrada en el tratamiento antirretroviral, sino como un componente esencial de los esfuerzos globales frente al VIH que abarca un enfoque integral de prevención y abordaje holístico por parte de todos los agentes del sistema. El cumplimiento de los objetivos 95-95-95 para 2030, que busca que el 95% de las personas con VIH conozcan su diagnóstico, el 95% de las personas con VIH diagnosticadas reciba tratamiento antirretroviral, el 95% de estos tengan una carga viral suprimida-y además, lograr 0% de nuevas infecciones por VIH y un 0% de discriminación, depende directamente de garantizar una adherencia continua y eficaz.

La evidencia científica demuestra que una mayor adherencia al TAR se asocia con menores costes de hospitalización, visitas médicas y consumo de medicación concomitante, lo que permite liberar recursos en el sistema de salud y destinarlos a otros fines igualmente prioritarios.

A lo largo de los distintos capítulos de este cuaderno, hemos profundizado en las causas y consecuencias de la adherencia subóptima, y hemos propuesto una serie de líneas de acción para revertir esta situación. Desde una perspectiva multidisciplinar, los autores hemos formulado recomendaciones concretas (a nivel clínico, comunitario, institucional y estructural) orientadas a promover la adherencia entre las personas con VIH o que están en riesgo de adquirirlo.

Estas recomendaciones han sido refrendadas y validadas mediante el método Delphi por un panel de expertos en VIH de perfil multidisciplinar, quienes han priorizado tanto la relevancia como el grado de implementación de las distintas acciones propuestas. Como resultado de este proceso, se ha elaborado el siguiente decálogo, que recoge las intervenciones clave consideradas más relevantes y urgentes para mejorar la adherencia al tratamiento en personas con VIH o están en riesgo de adquirirlo.

1. **Concienciación sobre la importancia de la adherencia en el ámbito del VIH**. Es clave sensibilizar a los profesionales sanitarios, incluyendo la gestión sanitaria y al resto de agentes del sistema, sobre la importancia de la adherencia como determinante de

la efectividad clínica y la eficiencia del sistema, de modo que se puedan activar las actuaciones para optimizarla, tanto individual como socialmente, movilizando en la misma dirección a las organizaciones, ya sean sanitarias, sociosanitarias o comunitarias.

2. **Información y educación en adherencia adaptada a la persona**. Se debe proporcionar a las personas con VIH o en riesgo, información científica comprensible sobre la infección y su tratamiento, utilizando diferentes formatos (oral, escrito, audiovisual) y adaptada a las necesidades y hábitos particulares de la persona, incluyendo administración y toma, cómo conservarlo, los efectos adversos, las interacciones y la importancia de asegurar la adherencia. Las intervenciones educativas se deberían fomentar con consejos breves y educación sanitaria individual o grupal. Además, es necesario diseñar estrategias de comunicación específicas para PVIH que no siguen adecuadamente la terapia (ya sea de tratamiento o prevención) por problemas cognitivos o de salud mental.

3. **Atención multidisciplinar, diferenciada y estratificada**. La atención debe adaptarse al perfil clínico, psicológico y social de cada persona con VIH, con programas específicos para colectivos socialmente más vulnerables. Es necesario establecer sistemas de estratificación por perfiles, que permitan intervenciones más ajustadas a las necesidades individuales.

4. **Esquema terapéutico sencillo, personalizado y con estrecho seguimiento**. El esquema terapéutico debe adaptarse al estilo de vida, preferencias y comorbilidades de las personas con VIH o en riesgo, priorizando esquemas sencillos y bien tolerados, e innovando en regímenes directamente observados y de larga duración. Debe realizarse un seguimiento continuo tanto del TAR como del resto de medicaciones asociadas, con una evaluación periódica para ajustar la estrategia si fuese necesario. Además, se debe seguir innovando en nuevas terapias que faciliten la adherencia terapéutica en VIH.

5. **Promoción del rol activo de las personas con VIH**. Es fundamental acompañar a las personas con VIH en el proceso de la cronicidad y promover su autonomía, corresponsabilidad y empoderamiento en el manejo del tratamiento y los autocuidados necesarios, fomentando la toma de decisiones compartidas. Para ello, es necesario disponer de entornos confidenciales, seguros y cómodos, con el tiempo suficiente para una comunicación eficaz y centrada en la persona, que favorezca la confianza y adherencia.

6. **Detección de las causas de la adherencia subóptima al TAR**. Se debe identificar de forma proactiva cualquier barrera a una buena adherencia mediante una comunicación abierta y de confianza. Se debería poner en marcha un sistema interconectado de alertas e impulsar la coordinación asistencial entre diferentes niveles y disciplinas de agentes implicados en el cuidado de las personas con VIH.

7. **Intervención multidisciplinar sobre las causas de la adherencia subóptima**. El modelo de atención debería ser holístico, con la implicación de los distintos agentes del sistema, tanto sanitarios como comunitarios, con una comunicación fluida y bidireccional entre ellos, para atender las distintas necesidades médico-hospitalarias, sociales y culturales de las personas con VIH. Asimismo, habría que asegurar la integración de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial con los servicios relacionados con el VIH.

8. **Tecnología e instrumentos para facilitar el seguimiento**. Se debe incorporar tecnología útil y accesible para monitorizar la adherencia, medir resultados y mejorar continuamente los procesos, de modo que su combinación optimice tanto la labor asistencial como la experiencia y grado de adherencia de las personas con VIH.

9. **Adherencia a la prevención combinada**. Se debería promover una participación activa en estrategias preventivas del VIH, como la profilaxis pre-exposición, fomentando además estilos de vida saludables y detectando de forma precoz prácticas de riesgo para intervenir eficazmente y asegurar la adherencia a los tratamientos, con especial atención a los perfiles más vulnerables. Todo ello sin descuidar también en estos casos el suministro de información adecuada en tiempo y forma, así como la aplicación de intervenciones multidisciplinares que faciliten un abordaje integral y continuado.

10. **Evaluación del impacto de la adherencia**. Sería relevante seguir incidiendo en analizar el impacto clínico, económico y en términos de salud pública de la falta de adherencia terapéutica, ya sea en personas con VIH o en riesgo de adquirirlo, haciendo énfasis también en aquellos perfiles de población con mayor vulnerabilidad social o percepción del riesgo.

Decálogo de recomendaciones para la mejora de la adherencia en el ámbito del VIH

Decálogo integral de medidas para mejorar la adherencia al tratamiento	
1	Sensibilizar y formar sobre la importancia y necesidad de mejorar la adherencia
2	Formar a los profesionales sanitarios, ya desde la universidad, en comunicación con sus pacientes sobre su enfermedad, tratamiento, expectativas, hábitos saludables y adherencia
3	Revisar las prescripciones activas antes de prescribir un nuevo fármaco, intentando agrupar las tomas de los fármacos lo máximo posible
4	Detectar los motivos de la falta de adherencia y dar una atención preferente a los pacientes polimedicados y/o con alta comorbilidad
5	Utilización de los SPD, así como sistemas para evitar los olvidos, junto con otras acciones encaminadas a la concienciación en pacientes con dificultad para gestionar su medicación o falta de adherencia al tratamiento
6	Trabajar y colaborar con las AAPP para formación y sensibilización en la adherencia, buscando la complicidad y el soporte de familiares y cuidadores
7	Desarrollar programas educacionales y de apoyo a pacientes en distintas patologías, tratamientos y hábitos saludables, utilizando lenguajes y formatos adecuados (incluyendo los digitales) para cada tipo de paciente
8	Potenciar la confianza con el paciente, proporcionarle ayuda psicológica, concienciarle sobre la importancia de la adherencia y motivarle para conseguir que se autoresponsabilice de su enfermedad y tratamiento
9	Medir el impacto económico de la falta de adherencia
10	Avanzar en la multidisciplinariedad de la atención asistencial, con una mayor coordinación entre todos los profesionales sanitarios implicados en la adherencia

Con el patrocinio de:

NP-ES-HVU-MONO-250002(v1) 11/2025