

Causas de abandono del tratamiento antirretroviral (TARV) y eficacia de la entrevista motivacional en la mejora de la adherencia*

C Gallego, A Marco¹, A Da Silva, C Varoucha, MJ Argüelles, A Monfort, A Palé, XR Blanco

Serveis Sanitaris del Centre Penitenciari de Quatre Camins (Barcelona).

Serveis Sanitaris del Centre Penitenciari d'Homes de Barcelona¹.

RESUMEN

Objetivo: Estudiar en internos que abandonan el TARV la causa de abandono y la eficacia de la entrevista motivacional en la mejora del cumplimiento del tratamiento.

Material y Métodos: Estudio observacional, prospectivo, realizado en la prisión de Quatre Camins (Barcelona). Se recogieron las variables: edad, país de origen, estudios, adicción activa, tratamiento con metadona, conducta sexual, caso "SIDA", "naïve" versus otros, número de comprimidos y número de dosis del tratamiento. Se realizó una entrevista a los 7 días para conocer las causas de abandono, ofrecer alternativas y motivar el cumplimiento. Se estudió la adherencia 4 y 12 semanas después. Se calcula la tasa de abandono, la eficacia de la intervención y la influencia de las variables estudiadas. Para la comparación de proporciones se utilizó la prueba exacta de Fisher (2 colas). Para el análisis de variables cuantitativas se utiliza la prueba de Mantel y Haenszel. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados: Hubo 232 pacientes en tratamiento y 59 abandonos (25,4%). Las principales causas de abandono fueron el olvido y/o la intolerancia al tratamiento. En los primeros 7 días se entrevistó a 58 (1 había fallecido). Tras la entrevista, 37 reiniciaron tratamiento, manteniéndolo el 97,3% a las 4 semanas y el 67,6% 12 semanas después. La única variable que se asoció significativamente tanto al reinicio del tratamiento como al mantenimiento posterior fue la adicción (menor reinicio y cumplimiento en los adictos activos; $p = 0,004$ y $p = 0,04$, respectivamente).

Discusión: La entrevista motivacional es un método sencillo, útil y a nuestro alcance para mejorar la adherencia al TARV en un gran número de casos, y que tan sólo requiere interés y motivación, aunque se tendrían que diseñar estrategias específicas para colectivos concretos como los adictos activos.

Palabras clave: Abandono. TARV. Adherencia. Entrevista motivacional. VIH. Prisión.

REASONS FOR RELINQUISHING ANTIRETROVIRAL (ARV) TREATMENT AND THE EFFECTIVENESS OF THE MOTIVATIONAL INTERVIEW IN IMPROVING ADHERENCE

ABSTRACT

Objective: To study the reasons why inmates relinquish ARV treatment, and the effectiveness of the motivational interview in improving treatment compliance.

Materials and Methods: Observational and prospective study, carried out in the Quatre Camins prison in Barcelona. The following variables were taken: age, country of origin, education, active addiction, treatment with methadone, sexual behaviour, AIDS history, "naïve" versus others, number of pills and number of doses. An interview was conducted after 7 days to determine the reasons for relinquishment, offer alternatives and motivate compliance. Adherence was studied 4 and 12 weeks later. The rate of relinquishment was calculated, as was the effectiveness of the intervention and the influence of the variables

* Premio a la mejor comunicación oral del IV Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. Salamanca, septiembre, 2002.

studied. For comparison of the proportions, the Fisher's Exact test (2 cells) was used. For the analysis of the quantitative variables, the Mantel-Haenszel test was used. Values of $p < 0,05$ were considered statistically significant.

Results: There were 232 patients in treatment and 59 relinquishments (25,4%). The main causes of relinquishment were forgetting to take the medicine and/or intolerance to the treatment. In the first 7 days 58 inmates were interviewed (1 had died). After the interview, 37 resumed treatment, of whom 97,3% were still taking it after 4 weeks and 67,6% 12 weeks later. The only variable that was significantly associated to resumption of treatment and subsequent maintenance was addiction (lower incidence of resumption and compliance in active addicts; $p = 0,004$ and $p = 0,04$, respectively).

Discussion: The motivational interview is a method that is simple, useful and easily available to improve ARV treatment adherence in a good many cases, requiring only interest and motivation, although specific strategies would be needed for certain groups, such as active addicts.

Key Words: Patient Compliance. HIV. Drug Therapy. Prison.

INTRODUCCIÓN

La eficacia del TARV se ha modificado positiva y sustancialmente desde finales de 1996 en que comienza a utilizarse el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), que ha generado una persistente disminución de la morbilidad y la subsiguiente reducción de los ingresos hospitalarios, así como una mayor expectativa y una mejor calidad de vida¹⁻⁴. No obstante, el TARGA a pesar de su eficacia, no está homogéneamente extendido en todo el mundo por su elevado coste económico y presenta, además, importantes limitaciones: toxicidad, génesis de mutantes resistentes, limitada durabilidad y frecuentes interacciones con otras drogas. Por ello, en los países desarrollados, donde el TARV se prescribe habitualmente, el manejo farmacológico de los afectados es complejo y la aparición de fracaso relativamente frecuente y precoz: se estima que menos del 50% de los tratados presentan cargas virales por debajo de 50 copias, independientemente de la combinación utilizada, al año de tratamiento⁵. Existe común acuerdo en que la principal causa de fracaso terapéutico es el abandono o el incumplimiento del tratamiento, aunque este incumplimiento parece deberse a causas muy variadas.

Paterson⁶ estableció una clara correlación entre el grado de adherencia ($> 95\%$ en todas las dosis) y el número de ingresos hospitalarios, estableciéndose también una clara correlación también entre el grado de cumplimiento y el beneficio inmunológico y virológico del tratamiento⁷. Este elevado dintel de cumplimiento ($> 95\%$) es superior ampliamente al que habitualmente se estima necesario para el correcto control de otras enfermedades crónicas⁸. Y se ha demostrado⁹ también que la adherencia no es sólo un factor predictor de la eficacia terapéutica, sino también un factor predictor independiente de progresión a SIDA y muerte. Mejorar el cumplimiento es, por consiguiente, vital para el éxito del tratamiento y vital además para mejorar el pronóstico y calidad de vida

de los afectados. El **objetivo** de nuestro trabajo es estudiar en internos que abandonan el TARV la causa de este abandono y la eficacia de una intervención sencilla (la entrevista motivacional) en la mejora del cumplimiento del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se ha efectuado en el centro penitenciario de *Quatre Camins*, ubicado en el término municipal de La Roca del Vallés, localidad situada aproximadamente a 30 km de Barcelona. Este establecimiento fue inaugurado en 1990 y acoge a internos penados. La población media es aproximadamente de 1.200 reclusos.

Se han estudiado los pacientes que tenían prescrito TARV en el período comprendido entre noviembre de 2001 y abril de 2002 (seis meses). Para determinar los no adherentes, se efectuaron cortes transversales semanales, ya que la dispensación de medicación se realiza en el establecimiento semanalmente, comprobando secuencialmente los pacientes que no recogían la medicación o rechazaban la entrega. En los primeros 7 días posteriores al abandono, se les entrevistó y se cumplimentó un cuestionario diseñado "ad hoc" que incluía las siguientes variables: edad, país de origen, estudios, adicción activa, tratamiento con metadona, conducta sexual, fecha de infección por el VIH, "naïve" versus pretratado, tipo de combinación, número de comprimidos y número de dosis de la combinación prescrita, y criterios definitorios de caso "SIDA". La entrevista tenía por objeto conocer las causas de abandono, ofrecer alternativas y motivar el cumplimiento. Como potenciales causas de abandono se establecieron las siguientes: a) intolerancia farmacológica; b) escepticismo terapéutico; c) intrusividad; d) cambio de módulo; e) traslado de centro; f) permiso penitenciario; g) escasa o inadecuada información; h) influencia del entorno; i) complejidad de la combinación; j) estado anímico; y k) otros.

Se ha calculado la tasa de abandono y se ha estudiado la eficacia de la intervención a las 4 y 12 semanas, así como la influencia de las variables estudiadas. Se utilizó como *end point* la reincorporación al tratamiento tras la intervención, entendida como la aceptación oral del paciente y la posterior recogida de medicación. Para la comparación de proporciones se ha utilizado la prueba exacta de Fischer (2 colas) y para el análisis de variables cuantitativas se ha utilizado la prueba de Mantel y Haenszel. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Hubo 232 pacientes en tratamiento y se detectaron 59 (25,4%) abandonos en el periodo del estudio. En los primeros 7 días transcurridos tras el abandono, se entrevistó a 58 pacientes (98,3%) y 1 no pudo ser entrevistado por haber fallecido. Todos los casos estudiados eran varones. La edad media era de 33 ± 10 años. Las características descriptivas globales de los pacientes puede observarse en la tabla I.

Entre los abandonos, 21 (36,2%) no manifestaron ningún motivo justificativo del incumplimiento terapéutico y el resto (37; 63,8%) sí que manifestaron alguna causa que justificara el abandono. Entre las causas de este abandono, "el olvido" fue el más numeroso (20; 52,6%), seguido de "la intolerancia a la medicación" (9; 23,7%), mientras que otros motivos fueron mucho menos frecuentes. La distribución de las causas de abandono y su proporción puede observarse en la figura I.

Tras la entrevista, 37 pacientes (63,8%) reiniciaron el TARV. Ningún adicto activo lo reinició (0/5; 0%), mientras que hubo el 69,8% de reinicio en los no activos ($p = 0,004$). Se observó mayor reinicio en los menores de 40 años que en los mayores de esa edad (67,3% frente a 33,3%) aunque sin diferencias significativas ($p = 0,17$) y no hubo tampoco asociación estadísticamente significativa con el resto de variables estudiadas (tabla II).

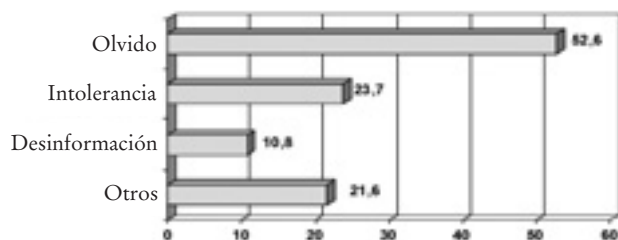


Fig. I. Distribución de las causas de abandono*.

* La suma es superior a 100, ya que algunos pacientes indicaron más de una causa de abandono.

Variable	N	%
Edad:		
• 21-29	7	
• 30-39	46	
• > 40	6	
País de origen		
• Españoles	54	91,5
• Extranjeros	5	8,5
Estudios		
• Analfabetos	2	3,3
• Estudios primarios	29	49,2
• Graduado escolar	27	45,8
• Título medio o superior	1	1,7
UDVP activos		
• Sí	5	8,5
• No	54	91,5
PMM		
• Sí	23	39
• No	36	61
Conducta sexual		
• Homo-Bisexual	4	6,8
• Heterosexual	55	93,2
Tipo de tratados		
• Naïves	7	11,9
• Pretratados	52	88,1
Número de comprimidos de la combinación		
• 2	2	3,4
• 3	0	0
• 4	21	35,6
• 5	6	10,2
• 6	6	10,2
• > 6	24	40,6
Número de dosis de la combinación		
• 2	50	84,7
• 3	9	15,3
Pacientes con criterios SIDA		
• Sí	17	28,8
• No	42	71,2

Tabla I. Características descriptivas de la población estudiada.

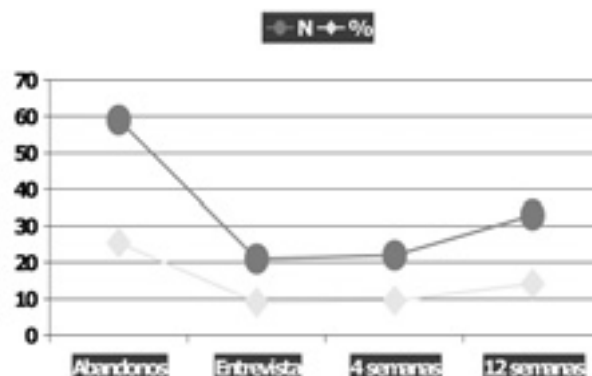


Fig. II. Evolución de los abandonos en las etapas de detección, entrevista motivacional y a las 4 y 12 semanas.

Variable		Reincorporación		Valor "p"
		Si	No	
Edad	<29	5	2	0,17
	30-39	30	15	
	>39	2	4	
Españoles	Si	34	19	0,60
	No	3	2	
UDVP activo	Si	0	5	0,004
	No	37	16	
PMM	Si	11	11	0,15
	No	26	10	
Homo/Bisex	Si	3	1	0,54
	No	34	20	
Náive	Si	6	2	0,69
	No	31	19	
Nº comp.	2-4	17	6	0,08
	5-6	8	3	
	> 6	12	12	
Dosis	2	31	18	0,58
	3	6	3	
SIDA	Si	11	6	0,83
	No	26	15	

Tabla II. Variables asociadas o no a la reincorporación al TARV tras la entrevista motivacional.

Variable		Reincorporación		Valor "p"
		Si	No	
Edad	<29	4	2	0,24
	30-39	19	25	
	>39	2	4	
Españoles	Si	22	29	0,64
	No	3	2	
UDVP activo	Si	0	5	0,04
	No	25	26	
PMM	Si	6	15	0,11
	No	19	16	
Homo/Bisex	Si	2	2	0,60
	No	23	29	
Náive	Si	3	5	0,71
	No	22	26	
Nº comp.	2-4	11	11	0,30
	5-6	6	5	
	> 6	8	15	
Dosis	2	20	27	0,49
	3	5	4	
SIDA	Si	7	10	0,95
	No	18	21	

Tabla III. Variables asociadas al mantenimiento del TARV a las 12 semanas de la entrevista motivacional.

De los 37 pacientes que reiniciaron el tratamiento tras la entrevista, 36 (97,3%) lo mantenían 4 semanas después y 25 (67,6%) lo mantenían a las 12 semanas. Lo mantenían más los que no eran UDVP activos (49%) que los que sí lo eran (0%) con diferencias es-

tadísticamente significativas ($p = 0,04$). También se observó que mantenían más el tratamiento los que utilizaban combinaciones con menos de 6 comprimidos (51,5%) que los que utilizaban combinaciones con 6 o más (34,8%), pero sin diferencias significativas ($p = 0,33$). No hubo tampoco asociación con el resto de variables estudiadas (tabla III). En la figura II se muestra la evolución de los abandonos en las etapas de detección, entrevista y seguimiento a las 4 y 12 semanas.

DISCUSIÓN

La tasa de abandono al TARV observada en nuestro trabajo (25,4%) es generalmente inferior a la observada en otros estudios extrapenitenciarios españoles^{10, 11} y próxima a la obtenida en un trabajo multicéntrico realizado con población penitenciaria catalana¹². En ello puede influir la cadencia de administración de fármacos, individualizada y semanal en nuestro caso, habitualmente más frecuente en las prisiones que en los centros hospitalarios y que permite mayor contacto y, por consiguiente, mejor control, así como una más rápida intervención en caso de incumplimiento. Las principales causas de abandono observadas en nuestro estudio fueron el olvido y la intolerancia al tratamiento. El olvido ya había sido citado como el principal motivo de incumplimiento en otro estudio realizado con infectados presos¹², que ya aconsejaba implementar estrategias (alarmas, recordatorios, etc.) para intentar paliarlo o reducirlo. La elevada prevalencia de efectos adversos asociados al TARV ha sido evaluada en amplias cohortes¹³ y su aparición o el temor a padecerlos habían sido citados también en algún amplio estudio como factores altamente predisponentes de mala adherencia al tratamiento¹⁴.

Este trabajo demuestra como intervenciones sencillas, como ocurre con la entrevista motivacional, pueden resultar muy efectivas a corto plazo para aumentar la adherencia al tratamiento. Existe alguna experiencia comparable realizada con anterioridad en un hospital de Barcelona¹⁵. En ese caso, y mediante una intervención igualmente sencilla, basada en una entrevista de asesoramiento individualizado realizada tras indicar la prescripción y en el momento de la entrega de la medicación, también se habían obtenido resultados muy positivos. En ambas experiencias sin embargo los resultados fueron peores en los UDVP, grupo considerado habitualmente como poco cumplidor^{7, 16, 17}. En nuestro trabajo los UDVP no sólo abandonaron más la medicación, si-

no que en el caso de mantener su adicción de forma activa además no resultaron receptivos a la entrevista motivacional y probablemente precisen, para mejorar la adherencia al TARV, la implementación de estrategias complementarias que contemplen obligatoriamente que la necesidad adictiva es para los drogodependientes activos prioritaria a cualquier otra necesidad¹⁸.

Es de resaltar que la aplicación de experiencias de este tipo o similares genera probablemente diferentes resultados según el grado de motivación y sensibilización del equipo terapéutico que lo efectúe, del grado de comunicación y confianza que genere y de su capacidad para dar adecuada respuesta a las "necesidades" del paciente⁸.

Es obvio, finalmente, que cualquier intervención pierde parte de su eficacia con el transcurso del tiempo. Los seguimientos a largo plazo de cohortes de infectados en tratamiento muestran que la adherencia en estos grupos se reduce progresiva y considerablemente¹⁹. En nuestro estudio, el 2,7% de los pacientes que reiniciaron el tratamiento tras la entrevista habían cesado en su actitud cumplidora a las 4 semanas, y el 32,4% a las 12 semanas. Queda por determinar, por consiguiente, si la entrevista debería repetirse a lo largo del tiempo y con qué periodicidad, o si ésta debería complementarse con otras intervenciones recordatorias, aspectos que podrían dilucidarse con estudios comparados realizados a más largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1998; 338: 853-60.
2. Mouton Y, Alfandari S, Valette M, Cartier F, Dellamonica P, Humbert G et al. Impacto of protease inhibitors on AIDS. Defining events and hospitalizations in 10 French AIDS reference centers. *AIDS* 1998; 11: F101-F105.
3. Sepkowitz KA. Effects of HAART on natural history of AIDS-related opportunistic disorders. *Lancet* 1998; 351: 228-30.
4. Justice AC, Chang CH, Fusco J, West N. Extrapolating long-term HIV/AIDS survival in the post-HAART era. 39th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. San Francisco, California, septiembre 1999 [abstract 1158].
5. Bartlett JA, DeMasi R, Quinn J, Moxham C, Rousseau F. Malysis of the effectiveness of triple combination therapy in antiretroviral naïve HIV-1 infected adults. 7th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. San Francisco, California, enero 2000 [abstract 519].
6. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med* 2000; 133: 21-30.
7. Haubrich RH, Little SJ, Currier JS, Forthal DN, Kemper CA, Beall GN et al. The value of patient-reported adherence to antiretroviral therapy in predicting virologic and immunologic response. California Collaborative Treatment Group. *AIDS* 1999; 13: 1099-107.
8. Marco A, Knobel H, Guelar A. La adhesión al tratamiento antirretroviral; una perspectiva global del problema y posibles soluciones. *Enf Emerg* 2000; 2: 45-53.
9. Knobel H, Rubio R, Miró JM, Gatell JM, del Campo A on behalf of PACTA Study Team. Adherence to Antiretroviral Therapy: The Patients Perspective. Seventh European Conference on Clinical Aspects and Treatment of HIV-Infection. Lisboa, Portugal, octubre 1999 [abstract 857].
10. López-Suárez A, Fernández-Gutiérrez del A, Pérez-Guzmán E, Girón JA. Adherence to the antiretroviral treatment in asymptomatic HIV-infected patients. *AIDS* 1998; 12: 685-6.
11. Rodríguez-Rosado R, Jiménez-Nacher I, Soriano V, Antón P, González-Lahoz J. Virological failure and adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected patients. *AIDS* 1998; 12: 1112-3.
12. Marco A, Gallego C, Lonca P, Pérez-Amigó P, Monfort A, Gramunt J et al. Estudio multicéntrico penitenciario sobre adherencia a corto plazo de una pauta antirretroviral con Nelfinavir y/o Saquinavir. *Rev Esp Sanid Penit* 2002; 4: 4-9.
13. Fellay J, Boubaker K, Ledergerber B, Bemasconi E, Furrer H, Battegay M et al. Prevalence of adverse events associated with potent antiretroviral treatment: Swiss HIV Cohort Study. *Lancet* 2001; 358: 1322-7.

14. Anónimo. Resultados Preliminares del Programa PACTA (Programa de Apoyo al Cumplimiento Terapéutico Antirretroviral). Madrid: Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief y Laboratorios DuPont Pharma, 1999.
15. Knobel H, Carmona A, López-Colomer JL, Gimeno JL, Saballs P, González A et al. Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad: Impacto de una intervención de asesoramiento individualizado. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1999; 17: 78-81.
16. Gordillo V, del Amo J, Soriano V, González-Lahoz J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS* 1999; 13: 1763-9.
17. Carrieri MP, Moatti JP, Vlahov D, Obadia Y, Reynaud-Maurupt C, Chesney M. Access to antiretroviral treatment among French HIV infected injection drug users: the influence of continued drug use. MANIF 2000 Study Group. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 4-8.
18. Marco A, Humet V, Guerrero R, Saíz de la Hoya P, Gallego C. La realidad sobre el VIH en las cárceles españolas. *JANO-SIDA* 2000; 2: 5-9.
19. Casado JL, Knobel H, Ruiz I, González J on behalf of the GEEMA Study Team. Change in Adherence Level and Outcome of HIV infection: The Importance of the Consistency of Adherence to Antiretroviral Therapy. ICAAC, San Diego, 2002 (abstract H-1707).

CORRESPONDENCIA

R.E.S.P.
Carretera de Valencia, 38 bis, 2.º izda.
50410 Cuarte de Huerva (Zaragoza)