

Pérdida de consultas externas programadas en pacientes con infección por VIH/Sida: Prevalencia, Motivo fundamental y Factores predictivos

Elías Casado L.¹, Pérez-Elías M.J.¹, Moreno A.¹, Dronda F.¹, Sacristán F.¹, López D., Casado J.L.¹, Quereda C.¹, Pumares M.¹, Serrano M.J.¹, Hornero I.¹, Martibelda P.¹, Moreno S.¹, Abaira V.², Muriel A.², Ochoa E.³ y Grupo de estudio de SEAD.

¹ Servicio de Enfermedades Infecciosas, ² Servicio de Bioestadística, IRYCIS, Consorcio de Investigación Biomédica en Red Especializado en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Hospital Ramón y Cajal.

³ Servicio de psiquiatría. Grupo de estudio SEAD: Hospital Ramón y Cajal.

Correspondence to: L. Elías
lauraelicas@gmail.com

RESUMEN

Introducción: No es infrecuente que los pacientes con infección por VIH pierdan las visitas programadas, sin justificar la no asistencia ni recuperar la cita en un plazo razonable. En nuestro medio, muy pocos estudios analizan el seguimiento inadecuado, a pesar de la importancia clínica que puede tener.

Material y métodos: Entre enero y junio de 2006 se controló de forma prospectiva la asistencia o falta de asistencia a todas las citas programadas en las consultas externas de VIH/sida, además se investigó el motivo principal y los factores predictores de falta de asistencia a las consultas programadas.

Resultados: La prevalencia de la falta de asistencia a las consultas programadas fue del 5.9% (103 pacientes). El motivo principal por el que los pacientes no asistieron a sus citas programadas fueron el uso activo de drogas (31%) y los problemas biopsicosociales severos (29%). Las variables predictoras de falta de asistencia a las consultas programadas fueron haber adquirido la infección por el uso de drogas por vía intravenosa, tener un ARN-VIH alto y haber ingresado en el hospital en los 6 meses previos a la cita en la consulta.

Conclusiones: La falta de asistencia a las visitas programadas afecta a un número importante de pacientes, fundamentalmente pacientes con uso de drogas activo y con otros problemas biopsicosociales. El fallo virológico, los ingresos previos y haber adquirido la infección por el uso de drogas por vía intravenosa son predictores de este problema.

Palabras Clave: Sida, VIH, falta de asistencia a las visitas programadas, consultas externas, adicción activa.

ABSTRACT

Introduction: It is not uncommon among patients with HIV infection missing scheduled visits, without justifying them or recovering the appointment in a reasonable time. In our environment, few studies have analyzed or monitored inadequate follow-up, despite its clinical impact.

Methods: Between January and June 2006 we prospectively monitored attendance to all scheduled appointments at the outpatient HIV / AIDS clinic; moreover the main reason and the predictors of missing scheduled visits were investigated.

Results: The prevalence of non-attendance to scheduled visits was 5.9 % (103 patients). The main reason for missing scheduled appointments was active drug use (31%) and severe bio- psychosocial problems (29%). The strongest predictors of non-attendance to scheduled visits were intravenous drug use as the risk factor for HIV infection, a high HIV RNA level, and recent hospital admission (within 6 months prior to the visit).

Conclusions: The lack of attendance to scheduled visits affects a significant number of patients, mainly those with active drug use and other bio psychosocial problems. HIV acquisition through intravenous drug use, a higher HIV-RNA and recent hospital admission (within 6 months prior to the visit) were the stronger predictors of missing visits.

Keywords: Aids; missing scheduled visits, outpatient clinic, active intravenous drug use.

Introducción

En los países con amplia cobertura sanitaria la introducción del tratamiento antirretroviral combinado (TARVc) ha convertido la infección por VIH/Sida en una enfermedad crónica¹. El hecho de que no se erradique la infección ha condicionado la aparición de una serie de complicaciones comunes a las enfermedades crónicas, el fracaso del tratamiento, los efectos secundarios, la dificultad para cumplir el tratamiento y el seguimiento inadecuado en las consultas externas, en estos dos últimos influyen considerablemente el apoyo social y la relación médico-paciente².

En países con adecuada cobertura sanitaria existe poca información sobre la falta de asistencia a las consultas, la pérdida de seguimiento y sus implicaciones clínicas y es prácticamente inexistente en nuestro país. Los estudios disponibles aportan datos muy discordantes según el escenario, la metodología empleada y el momento en el que se haga el estudio. En dos estudios franceses se encuentran cifras de pérdida de seguimiento de un 8.5%³ y un 10.9%⁴, mientras que una cohorte española determinó hasta un 44%⁵. También en los ensayos clínicos existe un porcentaje variable de pacientes que abandonan el seguimiento y faltan a las visitas^{6,7}. En países con recursos limitados a la vez que se incrementa la cobertura del TARVc se evalúan, no solo los beneficios inmunológicos y virológicos sino también la pérdida de seguimiento y sus graves implicaciones clínicas: una mayor tasa de transmisión perinatal⁸ y mortalidad⁹.

Algunos de los factores asociados a la falta de asistencia a las visitas programadas (FAVP) identificados por diferentes autores son; la adquisición del VIH por vía intravenosa, haber sido diagnosticado recientemente de infección por VIH (<1 año), ser varón, ser inmigrante, ser joven, no

precisar tratamiento antirretroviral, tener niveles de linfocitos T CD4 > 500/mm³, haber estado ingresado y vivir a una mayor distancia del centro de atención sanitaria^{10,11,12}. En cambio serían factores protectores ser mayor de 40 años y tener un alto nivel de educación¹³.

El objetivo principal de nuestro estudio fue medir la prevalencia de la falta de asistencia a las visitas programadas (FAVP) en la consulta externa (CE). En segundo lugar intentar identificar el motivo fundamental y evaluar los factores predictores de la FAVP.

Material y métodos

El estudio ha sido realizado en la consulta externa de VIH/SIDA del servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal que desde 1987 dispone de una consulta monográfica de VIH/sida. Entre 1998 y 2006 están registradas 66.152 visitas a un total de 2.711 pacientes, derivados fundamentalmente de nuestra área sanitaria.

En Diciembre de 2005 se aprueba un proyecto para mejorar el seguimiento y la adherencia de los pacientes que acuden a la CE del Hospital Ramón y Cajal (proyecto SEAD, acrónimo de seguimiento y adherencia). En este estudio analizamos los datos correspondientes al seguimiento.

De enero a junio de 2006 se evalúan de forma prospectiva y sistemática todas las citaciones de pacientes con infección por VIH/Sida en la CE de enfermedades infecciosas, teniendo en cuenta sólo la primera citación de cada paciente en el periodo de estudio.

Se consideró FAVP, no acudir a una cita programada a la CE sin que el paciente o la familia excusaran la no asistencia y no la recuperara en un plazo de 15 días. Se excluyeron del análisis los pacientes nuevos y aquellos que se encontraban ingresados o hubieran fallecido.

Entre enero y diciembre de 2006, se investigó el motivo principal por el que el paciente había perdido la cita. Se consideró el motivo principal que causó la FAVP, el que el propio paciente, la familia, o el cuidador referían, teniéndose en cuenta en ocasiones la opinión de otros recursos que atendían al paciente. El contacto se realizó de forma presencial o telefónica según los casos. Las múltiples razones referidas se categorizaron en 5 excluyentes entre sí: los problemas biopsicosociales severos (combinación de problemas orgánicos, psicológicos/psiquiátricos y sociales graves); consumo activo de cualquier tóxico (sin la coexistencia de los problemas comentados en la categoría anterior), olvido/confusión, problemas estratégicos (no poder asistir a la consulta por alguna dificultad problemas de trabajo, residencia lejana, hijos a cargo, dificultades imprevistas...), y motivo desconocido (cuando no se dispuso de ninguna fuente fiable de información). Se realizó siempre la misma pregunta “¿Cuál fue el motivo fundamental para no asistir a la cita?”. Además fue el mismo investigador el que recogió y categorizó las múltiples respuestas.

Para analizar los factores predictores de FAVP a la CE se consideraron las variables: sexo, edad, vía de transmisión más probable (categorizada en dos, adquisición de la infección por consumo de drogas por vía intravenosa –UDI y otras-), estadio de la infección por VIH/sida (categorizado en dos tener sida frente a no tener sida), tener algún ingreso en los seis meses previos a la cita en la CE, los niveles de ARN-VIH (Log_{10} copias/ml) y el recuento de CD4 (células/mcl) más cercanos previos a la cita.

Se realizó un análisis univariable comparando los pacientes que habían tenido una FAVP frente a los que habían acudido correctamente a la visita programada.

Las variables categóricas tanto la prevalencia de la FAVP como las razones de la FAVP, se evaluaron mediante la Chi-cuadrado o el Test de Fisher, utilizando tablas de contingencia. Mientras que las variables continuas se compararon mediante la T de Student, o la Prueba de Mann Whitney para las variables no paramétricas. Se establece un nivel de significación en 0.05 con intervalo de confianza de 0.95.

Se realizó un análisis multivariante (modelo de Regresión Logística) para identificar los factores basales independientes que aumentaban el riesgo de FAVP, en el que se introdujeron las variables que habían sido significativas en el análisis univariable y aquellas con significación clínica importante. Para todo el análisis de datos se empleó el paquete estadístico SPSS versión 12.0.

Resultados

Se supervisaron un total de 1733 citaciones de pacientes con infección VIH/sida a la CE, un 5.9%; IC 95% [4.8-7.08] cumplieron criterios FAVP. Del global de visitas analizadas, un 76% eran varones, con una edad media de 43 años RIQ [39-47], en un 52% la vía más probable de adquisición de la infección por VIH había sido ser UDI y un 35% tenían estadio de sida. La mediana de células CD4 fue de 429 RIQ [282-638] cel/mcL, y la de ARN-VIH 1.7 RIQ [1.7- 2.8] log_{10} cop/ml.

Los motivos fundamentales identificados para explicar la FAVP fueron: el uso activo de drogas (31%), los problemas biopsicosociales severos (29%), los problemas estratégicos (24%), y los olvidos (9%), no pudiéndose identificar una razón en un 7% (gráfica 1).

Gráfica 1. Motivo fundamental de la falta de asistencia a las visitas programadas.

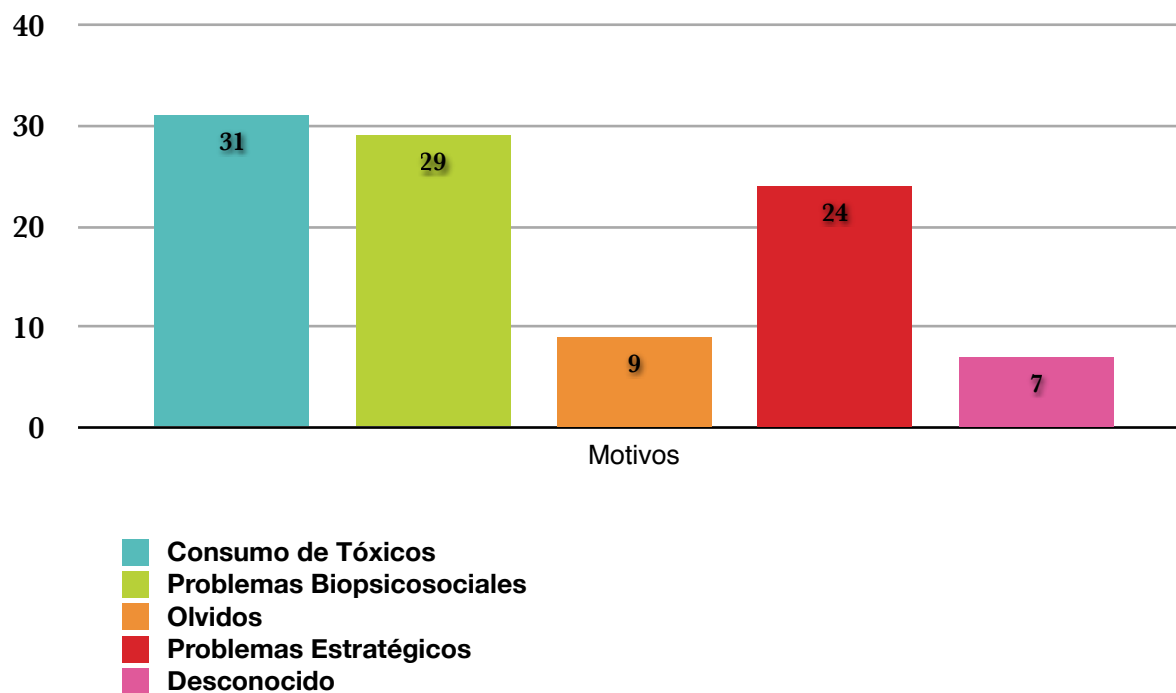


Tabla 1.

	<i>FAVP</i>	<i>NO FAVP</i>	<i>OR NO AJUSTADA IC 95%</i>	<i>OR AJUSTADA IC 95%</i>
Sexo (varón %)	76	76	0.98 (0.61 - 1.57)	-
Estadio sida (%)	45.6	33.9	1.63 (1.09 - 2.44)**	-
UDI (%)	81.6	50.4	4.34 (2.61 - 7.21)*	4.34 (2.56 - 7.41)
Ingreso previo (%)	32	12	3.57 (2.30 - 5.55)*	2.5 (1.6 - 5.16)
			Diferencia de las Medias 95% IC	
Edad ± SD	41.6 ± 5.7	43.6 ± 7.7	2.07 (1,93 - 3,6)*	-
CD4 /cel/mm ³)	388.6 ± 291.7	481.8 ± 272.5	79.7 (15,2 - 144,16)*	-
ARN-VIH (log10)	3.1 ± 1.45	2.3 ± 1.1	0,84 (0,55 - 0,79)*	1.54 (1.35 - 1.81)

*p < 0.001; **p= 0.015 UDI= Usuario de Droga Intravenosa; FAVP= Fallo a Visitas Programadas.

Al comparar a los pacientes que presentaron FAVP frente a los que acudieron a sus visitas programadas, resultaban de forma significativa ser más jóvenes, con un mayor porcentaje de estadio de sida, mayor probabilidad de haber adquirido la infección por el UDI y de haber tenido un ingreso en los 6 meses previos a su cita programada. Además presentaban un valor inferior de CD4 y superior de VIH-ARN (tabla 1). En el análisis multivariable los factores asociados con FAVP fueron: pertenecer a la categoría de transmisión UDI OR 4.34; IC 95% [2.56-7.41], haber tenido un ingreso en los últimos 6 meses antes de la cita programada OR 2.5; IC 95% [1.6-5.16] y presentar una carga viral mayor ARN-VIH OR 1.54 por cada logaritmo de aumento; IC 95% [1.35-1.81].

Discusión

Hemos identificado a 103 pacientes, que tenían su seguimiento habitual en nuestras consultas y que tras observar un periodo de 6 meses no acuden a su cita programada. Se trata de un número importante de pacientes en valor absoluto si consideramos las implicaciones clínicas que conlleva. Si valoramos el porcentaje, 5.9%, es similar al identificado recientemente en algunas consultas en Europa (4,3%-8,5%)^{3,14,15} pero claramente inferior al encontrado por otros estudios también en nuestro medio (44%-25%)^{5,13} con una epidemiología similar. Si comparamos con los datos observados por el Grupo de Ensayos Clínicos de Sida Americanos (AACTG) sobre una muestra de más de 5000 pacientes nos encontraríamos en el límite inferior del intervalo (5.7%-33.1%)¹⁵. Los valores y sus comparaciones deben ser sólo orientativos, ya que hay que destacar la diferente terminología, definiciones y en general metodología empleada en los distintos estudios. Hay que destacar la falta de datos en nuestro país⁵ y sólo recientemente se aprecia una mayor preocupación por la supervisión

del seguimiento adecuado y sus repercusiones, en los países occidentales^{3,5,13,15}.

Al evaluar los motivos fundamentales que originan la FAVP, nos encontramos que en un 60% de los casos detrás de la FAVP existen problemas de adicción activa dato ampliamente corroborado en los diferentes estudios^{5,16} asociados o no a problemas sociales^{17,19} y biológicos graves. Esto implica que cualquier programa para reducir o prevenir el seguimiento inadecuado a las consultas en nuestro medio debe disponer de un programa psicosocial que apoye a los pacientes con problemas con adicción activa. Los problemas estratégicos y los olvidos, son menos frecuentes en nuestra serie (33%) y ha sido también encontrado por otros grupos²⁰. Estos problemas en cambio podrían resolverse con recursos más accesibles para las propias CE y no implicarían un problema clínico añadido a la propia infección por VIH.

No todas las FAVP se pueden considerar una verdadera pérdida de seguimiento, pero este hecho no se puede considerar desde un punto de vista totalmente optimista, ya que otros autores han visto que en estas circunstancias la mortalidad de los pacientes que retoman el seguimiento está aumentada hasta cinco veces^{21,22}. El hecho de que los pacientes no tengan un adecuado seguimiento no sólo implica consecuencias clínicas²³, sino epidemiológicas, ya que sabemos que el mayor control virológico de la carga viral comunitaria contribuye a reducir las nuevas infecciones en una determinada comunidad²⁴. En nuestro estudio el factor predictor que condicionó un mayor riesgo de FAVP, algo mayor de 4 veces, fue tener como vía probable de adquisición de la infección ser o haber sido UDI. Este dato es prácticamente una constante en una gran mayoría de los estudios en nuestro medio^{3,11,13,15,16,24}. Una limitación de nuestro trabajo es que no pudimos ponerlo en relación con la situación de adicción activa, que probablemente

sería una información más exacta, ya que no disponíamos de este dato en todos los pacientes. Una carga viral más alta previa a la cita implicó un mayor riesgo de presentar FAVP, lo que probablemente está en relación con una peor adherencia o incluso el abandono del tratamiento tal y como otros autores también han identificado²⁶. La falta de control virológico no sólo nos alertará de una posible falta de adherencia, sino que debe avisarnos de un riesgo de perder el seguimiento.

Finalmente los pacientes con FAVP tenían una probabilidad 2,5 veces mayor que los pacientes sin FAVP de haber estado ingresados en los 6 meses previos a la FAVP. Esto tiene dos implicaciones directas, la necesidad de realizar una citación antes del alta para poder supervisar si un paciente acude finalmente a la CE y prestar apoyo a aquellos pacientes en los que antes del alta se hayan detectado problemas de adherencia y seguimiento.

El sexo no fue un factor predictor de FAVP, mientras que sí apareció asociado a la pérdida de visitas en el primer año de seguimiento en una cohorte de población afroamericana y en el metanálisis de los AACTG, ambos realizados en población Americana¹⁷, probablemente por tener la mujer en este medio, una mayor proporción de problemas de consumo de tóxicos y una situación de exclusión social mayor que la que encontramos en nuestro medio. Tampoco hemos encontrado, el perfil de paciente que abandona el seguimiento por encontrarse clínicamente asintomático, sí identificado como factor predictor en otros estudios, en los que pacientes sin diagnóstico de sida y con CD4 altos, tenían más riesgo de perder el seguimiento^{10,12}.

A pesar de que en España nuestro sistema sanitario público oferta a los pacientes seguimiento médico y tratamiento antirretroviral sin coste alguno, hemos identificado una población de pacientes ya en seguimiento que presentan problemas de consumo de tóxicos, otros trastornos psiquiátricos y

una mala situación social que no acuden a las visitas programadas. Los factores que nos deben alertar para intentar prevenir el problema son haber adquirido la infección por UDI, tener una carga viral mayor y haber tenido un ingreso en los 6 meses previos. Un estudio similar al realizado debería contemplar pacientes que inician el seguimiento y considerar el país de origen para tener datos del seguimiento de una población emergente de la epidemia en España.

Agradecimientos

Queremos agradecer a todos los pacientes que han participado en Proyecto SEAD (Seguimiento y Adherencia), para la mejora del seguimiento y la adherencia al TAR, porque sin su colaboración todo esto no hubiera sido posible.

Queremos agradecer a todos los laboratorios farmacéuticos: Glaxosmithkline, Jansen, Gilead, BMS, por sus aportaciones económicas al proyecto.

A todos los médicos y personal sanitario que ha trabajado en el grupo de trabajo de SEAD su colaboración ha sido necesaria para conseguir que el proyecto fuera adelante. A médicos nos lo han revisado (María).

A todos los médicos y personal sanitario que ha trabajado en el grupo de trabajo de SEAD su colaboración ha sido necesaria para conseguir que el proyecto fuera adelante. A médicos nos lo han revisado (María).

Al Grupo de trabajo SEAD: Servicio de Enfermedades Infecciosas (María Martínez-Colubi, Enrique Navas, José Manuel Hermida); Servicio de Farmacia, (Miguel Ángel Rodríguez Sagrado).

Bibliografía

1.- Hawkins T. Understanding and managing the adverse effects of antiretroviral therapy. *Antiviral Res.* 2010; 85: 201–9.

- 2.- Soloway B, Friedland G. Antiretroviral failure: a biopsychosocial approach. *AIDS Clin Care*. 2000;12 :23–5, 30.
- 3.- Lanoy E, Mary-Krause M, Tattevin P, Dray-Spira R, Duvivier C, Fischer P, et al. Predictors identified for losses to follow-up among HIV-seropositive patients. *J Clin Epidemiol*. 2006; 59: 829–35.
- 4.- Zachariah R, Van Engelgem I, Massaquoi M, Kocholla L, Manzi M, Suleh A, et al. Payment for antiretroviral drugs is associated with a higher rate of patients lost to follow-up than those offered free-of-charge therapy in Nairobi, Kenya. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg*. 2008; 102: 288–93.
- 5.- Herrera B, Gato A, Gaspar G. [Follow-up of the patient with HIV infection: a hospital task?]. *Aten Primaria*. 1992; 9: 251–4.
- 6.- Ioannidis JP, Taha TE, Kumwenda N, Broadhead R, Mtimavalye L, Miotti P, et al. Predictors and impact of losses to follow-up in an HIV-1 perinatal transmission cohort in Malawi. *Int J Epidemiol*. 1999; 28: 769–75.
- 7.- Krishnan S, Wu K, Smurzynski M, Bosch R, Benson C, Collier A, et al. Incidence rate of and factors associated with loss-to-follow-up in a longitudinal cohort of anti-retroviral treated HIV-infected persons: an AIDS Clinical Trials Group (ACTG) Longitudinal Linked Randomized Trials (ALLRT) analysis. *HIV Clin Trials*. 2011; 12: 190–200.
- 8.- Brinkhof MWG, Boule A, Weigel R, Messou E, Mathers C, Orrell C, et al. Mortality of HIV-infected patients starting antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: comparison with HIV-unrelated mortality. *PLoS Med*. 2009; 28; 6:e1000066.
- 9.- Maru DS-R, Khakha DC, Tahir M, Basu S, Sharma SK. Poor follow-up rates at a self-pay northern Indian tertiary AIDS clinic. *Int J Equity Health*. 2007; 6:1 4.
- 10.- Nacher M, El Guedj M, Vaz T, Nasser V, Randrianjohany A, Alvarez F, et al. Risk factors for follow-up interruption of HIV patients in French Guiana. *Am. J. Trop. Med. Hyg*. 2006; 74: 915–7.
- 11.- Sobrino-Vegas P, Gutiérrez F, Berenguer J, Labarga P, García F, Alejos-Ferreras B, et al. [The Cohort of the Spanish HIV Research Network (CoRIS) and its associated biobank; organizational issues, main findings and losses to follow-up]. *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin*. 2011; 29: 645–53.
- 12.- Arici C, Ripamonti D, Maggiolo F, Rizzi M, Finazzi MG, Pezzotti P, et al. Factors associated with the failure of HIV-positive persons to return for scheduled medical visits. *HIV Clin Trials*. 2002; 3(1): 52–7.
- 13.- Lebouché B, Yazdanpanah Y, Gérard Y, Sissoko D, Ajana F, Alcaraz I, et al. Incidence rate and risk factors for loss to follow-up in a French clinical cohort of HIV-infected patients from January 1985 to January 1998. *HIV Med*. 2006; 7: 140–5.
- 14.- Schepens T, Morreel S, Florence E, Koole O, Colebunders R. Incidence and risk factors associated with lost to follow-up in a Belgian cohort of HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy. *Int J STD AIDS*. 2010; 21: 765–9.
- 15.- Andersen JW, Fass R, van der Horst C. Factors associated with early study discontinuation in AACTG studies, DACS 200. *Contemp Clin Trials*. 2007; 28(5): 583–92.
- 16.- Deren S, Goldstein MF, Des Jarlais DC, Richman BL, Kang S, Flom PL. Drug use, HIV-related risk behaviors and dropout status of new admissions and re-admissions to methadone treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2001; 20: 185–9.
- 17.- Brinkhof MWG, Boule A, Weigel R, Messou E, Mathers C, Orrell C, et al. Mortality of HIV-infected patients starting antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: comparison with HIV-unrelated mortality. *PLoS Med*. 2009; 6:e1000066.
- 18.- Catz SL, McClure JB, Jones GN, Brantley PJ. Predictors of outpatient medical appointment attendance among persons with HIV. *AIDS Care*. 1999; 11: 361–73.
- 19.- Maskew M, MacPhail P, Menezes C, Rubel D. Lost to follow up: contributing factors and challenges in South African patients on antiretroviral therapy. *S. Afr. Med. J*. 2007; 97: 853–7.
- 20.- Park WB, Kim JY, Kim S-H, Kim HB, Kim NJ, Oh M-D, et al. Self-reported reasons among HIV-infected patients for missing clinic appointments. *Int J STD AIDS*. 2008; 19: 125–6.
- 21.- Ndiaye B, Ould-Kaci K, Salleron J, Bataille P, Bonnevie F, Cochonat K, et al. Characteristics of and outcomes in HIV-infected patients who return to care after loss to follow-up. *AIDS*. 2009; 23: 1786–9.
- 22.- Tien PC, Schneider MF, Cole SR, Cohen MH, Glesby MJ, Lazar J, et al. Association of hepatitis C virus and HIV infection with subclinical atherosclerosis in the women's interagency HIV study. *AIDS*. 2009 ; 23(13): 1781–4.
- 23.- Brinkhof MWG, Pujades-Rodriguez M, Egger M. Mortality of patients lost to follow-up in antiretroviral treatment programmes in resource-limited settings: systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2009; 4: e5790.
- 24.- Das M, Chu PL, Santos G-M, Scheer S, Vittinghoff E, McFarland W, et al. Decreases in community viral load are accompanied by reductions in new HIV infections in San Francisco. *PLoS ONE*. 2010; 5: e11068.
- 25.- Sethi AK. Adherence and HIV drug resistance. *HIV Clin Trials*. 2004; 5: 112–5.