

Tratamiento antirretroviral: ¿Qué prefieren los pacientes realmente?

Editorial

Fernando Lozano, Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología.
Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

E-mail de contacto: fernandolozano@telefonica.net

Si se pregunta a los clínicos que atienden a las personas con infección por el VIH cuáles son las características del tratamiento antirretroviral (TAR) más importantes para ellos, las respuestas serán categóricas y homogéneas y, a buen seguro, primarán entre ellas la eficacia virológica y la ausencia de efectos adversos. Les seguirá en frecuencia la simplicidad posológica, cuya relevancia se debe a que un menor número diario de tomas y pastillas favorece el cumplimiento terapéutico, el cual, a su vez, es un factor esencial para mantener suprimida la replicación viral y evitar el desarrollo de resistencia farmacológica, el fracaso virológico y la progresión de la infección por el VIH. Tales preferencias de los médicos se ven reflejadas en las guías de práctica clínica, en las que sólo aquellos regímenes terapéuticos que hayan demostrado una eficacia virológica muy alta y duradera en los ensayos clínicos aleatorizados y que, a la vez, sean muy bien tolerados, poco tóxicos y fáciles de tomar, se consideran de elección preferente^{1,2}. Así pues, las características del TAR preferidas por los clínicos constituyen factores decisivos para la elección del mismo.

Pero, ¿se sabe cuáles son las preferencias de los pacientes y si suelen tenerse en cuenta a la hora

de elegir el TAR? ¿Han cambiado tales preferencias, conforme los regímenes de TAR se han ido haciendo más eficaces, más seguros y más convenientes? Pues hay que admitir que durante los últimos años no ha habido respuestas adecuadas a tales cuestiones ya que la mayor parte de los estudios que han valorado las características preferenciales del TAR para los pacientes (bastante escasos, por cierto) fueron realizados cuando la tolerabilidad, seguridad y conveniencia posológica de los regímenes de TAR eran mucho menos favorables que en la actualidad³⁻⁶. En este sentido, cabe resaltar que solo dos de los referidos estudios^{7,8}, uno de los cuales aun no ha sido publicado en su totalidad⁸, son más recientes.

Precisamente, en este mismo número de *Revista Multidisciplinar del Sida*, un artículo de Fuster y cols.⁹, aporta información valiosa para ayudar a responder las preguntas anteriormente formuladas, destacando que: 1º) cuando se llevó a cabo el estudio (mediados de 2013), las características del TAR eran bastante similares y, por tanto, extrapolables, a las del momento actual; y 2º) al haber sido realizado en España, nos informa de las preferencias concretas de nuestros propios pacientes, lo cual, sin

duda, constituye un valor añadido para nosotros. El estudio consistió en una encuesta muy completa (se evaluaban en ella 21 características diferentes del TAR), auto-referida, que respondieron más de 600 pacientes externos de siete hospitales pertenecientes a cinco comunidades autónomas. Por tanto, además de suficiente potencia estadística, el estudio tiene una incuestionable representatividad geográfica.

En cuanto a sus resultados, la eficacia terapéutica, la ausencia de toxicidad a largo plazo, la información científica disponible en Internet y otros medios, la administración en una sola toma diaria, la ausencia de efectos adversos a corto plazo y la falta de interacciones farmacológicas, fueron, por orden decreciente, las características del TAR más importantes para los pacientes. Por tanto, existe concordancia entre las dos cualidades del TAR mejor puntuadas por los pacientes de este estudio (eficacia y seguridad) y las mejor consideradas por los expertos que elaboran las guías de práctica clínica, lo cual es lógico si se tiene en cuenta que la eficacia es el objetivo primordial de cualquier tratamiento y que la seguridad constituye siempre un atributo de suma importancia. En cambio, puede resultar más sorprendente que los pacientes calificasen en tercera posición la información disponible en Internet y que ésta fuese mejor valorada que la administración del TAR una sola vez al día. Tal vez la primera circunstancia pueda ser debida al mejor conocimiento acerca de todo lo relacionado con el TAR que actualmente tienen las personas con infección por el VIH, el cual puede inducirles a conceder una mayor relevancia a los aspectos científicos del mismo. En cuanto a la segunda cuestión, los médicos tendemos a sobrevalorar la importancia adjudicada por los pacientes al número de tomas y de comprimidos diarios del TAR, y muy particularmente de los

regímenes de una sola toma diaria o de los que se administran en una combinación a dosis fijas (CDF) de un único comprimido diario. Tal sobrevaloración puede estar muy influida por el hecho de que tanto la administración del TAR en una sola toma al día como en forma de CDF se asocia con un mejor cumplimiento terapéutico^{11,12} y, por tanto, con todos los beneficios que de éste se derivan.

Cuando se comparan estos datos con los de los otros estudios similares, en la mayor parte de estos, tanto si son de los más antiguos como de los más recientes^{3,5-8}, las características del TAR más apreciadas por los pacientes fueron, al igual que en el de Fuster y cols.⁹, la eficacia y la ausencia de toxicidad a corto o largo plazo. También, como en éste, fueron menos valoradas las pautas terapéuticas con un menor número de pastillas o de una sola toma diaria. Incluso, llama la atención que en uno de los referidos estudios estas características posológicas quedasen relegadas a los últimos puestos de preferencias⁸. Sólo en uno de ellos la toma del TAR una vez al día fue la característica mejor puntuada de todas las incluidas en la encuesta⁴. De todo lo antedicho, y aún a sabiendas de que por tener metodologías diferentes los citados estudios no pueden ser totalmente equiparables, se deduce que los pacientes prefieren sacrificar la conveniencia óptima del tratamiento en aras de aumentar su eficacia, seguridad y tolerabilidad. Asimismo, no parece que las notables mejoras experimentadas por los regímenes de TAR durante los últimos años hayan implicado cambios en las opciones preferentes de los pacientes. Pero, no obstante, resulta evidente que a similitud de eficacia, seguridad y tolerabilidad, la administración del TAR una sola vez al día constituye una cualidad muy valiosa para los pacientes.

El conocimiento por parte de los médicos de las preferencias terapéuticas de los pacientes tiene, sin

duda, importantes implicaciones y subraya la trascendencia de que ambas partes dialoguen al respecto siempre que vaya a iniciarse o a modificarse el TAR, máxime cuando, como se ha comentado con anterioridad, los pacientes conceden mucho valor a la información acerca del TAR disponible en diversos medios. Es necesario, pues, escuchar atentamente e informar con detalle a los pacientes y no asumir que lo que más les importa es la simplicidad del tratamiento. Cuando se consensua con el paciente un determinado régimen de TAR después de conocer sus preferencias y de haber razonado porqué es el que más le conviene, es más probable que se sienta satisfecho y bien con él. Y, como ha puesto de relieve el estudio ARPAS, la satisfacción con el TAR se relaciona directamente con el grado de cumplimiento terapéutico y éste, a su vez, con la calidad de vida¹².

Referencias bibliográficas:

1. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. Disponible en: : <http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf> (Consulta Abril 2015)
2. Panel de expertos de Gesida y Plan Nacional sobre el Sida. Recomendaciones de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2015). Disponible en: <http://gesida.seimc.org.pcientifica/dconconsensos>. Enferm Infec Microbiol Clin. 2014; 32(7): 446e1-446e42. (Consulta junio 2015)
3. Miller LG, Huffman HB, Weidmer BA, Hays RD. Patient preferences regarding antiretroviral therapy. Int J STD AIDS. 2002; 13: 593-601.
4. Moyle G, the APPT-1 Study Team. The assessing patients' preferred treatments (APPT-1) study. Int J STD AIDS. 2003; 14 (Suppl 1): 34-6.
5. Sherer RD, Fath MJ, Da Silva BA, Nicolau AM, Miller NL. The importance of potency and durability in HIV patient antiretroviral therapy preferences: a telephone survey. AIDS Patient Care STDS. 2005; 19:794-802.
6. Ventura Cerdá JM, Casado Gómez MA, Escobar Rodríguez I, Ibarra Barrueta O, Ortega Valín L, Morales González JM, et al. Preferences, satisfaction and compliance with antiretroviral treatment: ARPAS study (II). Farm Hosp. 2007; 31:340-52.
7. Mühlbacher AC, Stoll M, Mahlich J, Nübling M. Patient preferences for HIV/AIDS therapy: a discrete choice experiment. Health Econ Rev. 2013; 3:14. Disponible en: <http://www.healthconomicsreview.com/content/3/1/14>. (Consulta junio 2015)
8. Gazzard B, Ali S, Mühlbacher A, Ghafouri N, Maggiolo F, Golics C, et al. Patient preferences for characteristics of antiretroviral therapies: results from five European countries.. J Int AIDS Soc. 2014; 17 (Suppl 3):19540.
9. Fuster Ruiz de Apodaca MJ, Arazo Garcés P, López Bernaldo de Quirós JC, Sánchez Vega N, Cotarelo Suárez M, Dalmau Juanola D. HIV patients' appraisal of antiretroviral treatment characteristics in Spain. Rev Multidisciplinar Sida. 2015 (en prensa).
10. Nachega JB, Parienti JJ, Uthman OA, Gross R, Dowdy DW, Sax PE, et al. Lower pill burden and once-daily antiretroviral treatment regimens for HIV infection: a meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Infect Dis. 2014; 58:1297-307.
11. Ramjan R, Calmy A, Vitoria M, Mills EJ, Hill A, Cooke G, et al. Systematic review and meta-analysis: patient and programme impact of fixed-dose combination antiretroviral therapy. Trop Med Int Health. 2014; 19: 501-13.
12. Ventura Cerdá JM, Martín Conde MT, Morillo Verdugo R, Yébenes Cortés M, Casado Gómez MA. Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España. Estudio ARPAS. Farm Hosp. 2014; 38: 291-9.