

Artículos Originales · Original Articles

Atención Farmaceutica al paciente VIH en tratamiento con Dolutegravir y Lamivudina

Pharmaceutical Care for HIV patients on treatment with Dolutegravir and Lamivudine

Información

Fechas:

Recibido: 11/11/2022

Aceptado: 26/03/2023

Publicado: 15/04/2023

Correspondencia:

Judit Perales Pascual

Correo: juditp94@gmail.com

Conflicto de intereses:

En esta publicación no se presentó ningún conflicto de interés.

Financiación:

En esta publicación no ha recibido ninguna ayuda o financiación.

Agradecimientos

Al Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital Universitario Miguel Servet y en especial a la Unidad de Pacientes externos.

Autorías

Judit Perales Pascual¹  0000-0002-9928-9734

Herminia Navarro Aznarez¹  0000-0002-5455-4194

Ana López Pérez¹  0000-0002-6967-3575

Beatriz Abad Bañuelos¹

Oihana Pascual Martínez¹  0009-0007-2713-1261

¹Hospital Universitario Miguel Servet. Servicio de Farmacia Hospitalaria, Zaragoza, España.

Contribución de autorías

Todas las personas firmantes han contribuido por igual en la investigación y la elaboración de este trabajo.

Cómo citar este trabajo

Perales Pascual J, Navarro Arnaez H, López Pérez A, Abad Bañuelos B, Pascual Martínez O. Atención Farmaceutica al paciente VIH en tratamiento con Dolutegravir y Lamivudina. Pharm Care Esp. 2023;25(2):22-33.

RESUMEN

Introducción: De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial. A día de hoy, la importancia de la adherencia al tratamiento continúa siendo el centro de atención de todos los profesionales sanitarios. La falta de adherencia supone un gran problema económico y sanitario.

Método: Este estudio se centra en el servicio de atención farmacéutica (AF) realizado a los pacientes VIH en tratamiento con el comprimido coformulado dolutegravir/lamivudina (DTG/3TC) desde su comercialización en julio de 2019 hasta mayo 2021. *Variables estudiadas:* sexo, edad, adherencia, carga viral, recuento de linfocitos CD4, terapia antirretroviral (TAR) previa en paciente no naive, tratamientos concomitantes, interacciones, en pacientes no naive el motivo que ha conducido al cambio de TAR y los efectos adversos (EA) desarrollados. *Fuente de datos:* programa informático dispensación pacientes externos e historia clínica electrónica.

Resultados: En el servicio de AF en la primera entrevista con el farmacéutico se tratan cinco aspectos: adherencia, EA, tratamientos y/o productos de herboristería concomitantes, interacciones y motivo de cambio de TAR. 62 pacientes iniciaron tratamiento con DTG/3TC: 24,1% (15/62) naive y 75,8% (47/62) no naive. El 100% de los pacientes naive presentaron una alta adherencia, solamente el 6,4% de los pacientes pretratados fueron identificados como no adherentes. Se encontró una contraindicación: hipérico.

Conclusiones: Los pacientes presentan una alta adherencia, el tratamiento es efectivo y seguro. Se realiza el servicio de AF de forma eficaz. Conocemos la adherencia de nuestros pacientes y realizamos un estrecho seguimiento farmacoterapéutico.

Palabras clave: Atención farmacéutica; VIH; adherencia; dolutegravir/lamivudina.

ABSTRACT

Introduction: According to the World Health Organization, Human Immunodeficiency Virus (HIV) continues being one of the world's major public health problems. Currently, the importance of adherence to treatment continues being the focus of attention of health professionals. Lack of adherence is a major economic and health problem.

Method: This study focuses on the pharmaceutical care service performed on all HIV patients (*naive* and *non-naive*) on treatment with the coformulated tablet dolutegravir/lamivudine (DTG/3TC) from its commercialization in July 2019 until May 2021. *Variables studied:* sex, age, adherence, viral load, CD4 lymphocyte count, previous antiretroviral therapy (ART) in *non-naive* patients, concomitant treatments, interactions, the reason that led to the change of ART in *non-naive* patient and the adverse effects developed.

Results: In the first interview with the pharmacist in the pharmaceutical care service, five fundamental aspects are discussed: adherence, adverse effects, concomitant treatments and/or herbal products, interactions and reason for changing antiretroviral drugs in *non-naive* patients. 62 patients started treatment with DTG/3TC: 24.1% (15/62) *naive* and 75.8% (47/62) *non-naive*. 100% of *naive* patients were highly adherent, only 6.4% of pre-treated patients were identified as non-adherent. Only one contraindication was found: hypericum.

Conclusions: Patients are highly adherent, the treatment is effective and safe. The pharmaceutical care service is carried out efficiently. We are aware of our patients' adherence and carry out close pharmacotherapeutic monitoring.

Key Words: Pharmaceutical care; HIV; adherence; dolutegravir/lamivudine.

Introducción

La Atención Farmacéutica se define en la guía Práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales de FORO 2019 como la participación activa del farmacéutico en la mejora de la calidad de vida del paciente a través de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales. Esta participación implica la cooperación con el médico y otros profesionales sanitarios para conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente, así como su intervención en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades⁽¹⁾.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud el VIH continúa siendo uno de los mayores problemas de salud pública mundial⁽²⁾. En 2020 el número de pacientes VIH+ en tratamiento en el mundo ascendía a 27,5 [26,5-27,7] millones; 680.000 [480.000–1 millón] personas murieron por causas relacionadas con el virus y 1,5 [1–2] millones fueron infectadas de *novo*. A finales del mismo año se calcula que el número de personas con VIH se encontraba en torno a 37,7 [30,2–45,1]⁽¹⁾ millones.

En 1991⁽²⁾, el Plan Nacional sobre el SIDA, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y el Grupo de Estudio del SIDA (GeSIDA), publicaron por primera vez una serie de recomendaciones para mejorar la adherencia que fueron actualizadas en 2004⁽³⁾, 2008⁽³⁾ y 2020⁽⁴⁾.

La adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) es el centro de atención de todos los profesionales sanitarios⁽⁵⁾. La adherencia inadecuada al mismo es la principal causa de fracaso terapéutico; es un gran problema económico y sanitario⁽¹⁾. Debe ser evaluada periódicamente durante el seguimiento del TAR. Su objetivo es la supresión de la replicación viral de forma duradera hasta alcanzar niveles indetectables, evitar el desarrollo de resistencias, el avance de la infección y el riesgo de desarrollar infecciones oportunistas.

Además, el envejecimiento de los pacientes con VIH ha conducido a la aparición de comorbilidades (enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, diabetes mellitus...). Algunos pacientes están en tratamiento concomitante con más fármacos, lo que conduce a un riesgo potencial de desarrollar interacciones medicamentosas, acontecimientos adversos, falta de adherencia, mayor riesgo de hospitalizaciones, de caídas y de muerte⁽⁶⁾.

Por otro lado, los registros de dispensación han demostrado una buena correlación con los resultados virológicos y una aceptable especificidad y sensibilidad; además, han confirmado su capacidad predictiva para la detección de mutaciones de resistencia⁽⁶⁾.

Distintos estudios demuestran que la adherencia al tratamiento es inversamente proporcional a su complejidad, es decir, los pacientes son más adherentes cuando el tratamiento es más simple⁽⁶⁻⁸⁾. Por tanto, aquellas pautas de dosificación de un comprimido al día y los comprimidos coformulados

obtienen mejores resultados a nivel de adherencia lo que se traduce en una mayor efectividad del TAR⁽⁹⁾.

Además, adherencia es un concepto dinámico, es importante la realización de seguimiento farmacoterapéutico, individualizado y multidimensional. Para ello el farmacéutico está integrado en el equipo asistencial, el paciente VIH+ requiere de una atención multidisciplinar para lograr un tratamiento correcto.

La absorción de dolutegravir/lamivudina (DTG/3TC) no se encuentra influenciada por la presencia o ausencia de alimentos. Es un TAR muy bien tolerada con escasos EA (factor claramente relacionado con la adherencia).

Así, el objetivo primario de este estudio es describir el servicio de AF que se realiza a los pacientes VIH desde el Servicio de Farmacia Hospitalaria y determinar la adherencia de los pacientes tratados con la biterapia DTG/3TC. Por otro lado, como objetivos secundarios se encuentra: describir la efectividad y la seguridad de DTG/3TC en paciente *naive* y no *naive*, así como indicar la información obtenida en las entrevistas de AF con los pacientes (motivos que conducen al cambio de tratamiento, interacciones y EA desarrollados).

Métodos

Este estudio se centra en el servicio de AF realizado, en la unidad de pacientes externos (UPEX) del servicio de farmacia, a todos los pacientes VIH (*naive* y no *naive*) en tratamiento con el comprimido coformulado DTG/3TC desde su comercialización en julio de 2019 hasta mayo 2021.

El servicio de AF se realiza de forma sistemática a todos los pacientes VIH, en concreto, fundamentalmente se realiza el servicio de dispensación y de seguimiento farmacoterapéutico (SGT). De esta forma no se dispone de grupo control; los resultados obtenidos se compararán con distintos estudios publicados.

En la UPEX con el fin de evitar aglomeraciones de pacientes, tiempos de espera excesivos y conseguir una mejor gestión organizativa asistencial se dispone de un módulo de gestión de citas. Así el farmacéutico puede conocer los pacientes programados de forma previa pudiendo realizar SGT a aquellos pacientes que lo precisen.

Criterios de inclusión

- Paciente mayor de 18 años que recoge su TAR en la UPEX.
- Paciente VIH no *naive* o *naive* que inicie TAR con DTG/3TC.
- Paciente con más de dos analíticas de linfocitos CD4 y carga viral (CV) desde el inicio o cambio de tratamiento.

Criterios de exclusión

- Paciente VIH *naive* con inicio de tratamiento con un TAR distinto a DTG/3TC.
- No disponer de analítica tras el cambio de tratamiento dentro del periodo de estudio.
- Paciente menor de 18 años.

Para la determinación de la adherencia, eficacia y seguridad se recogieron como variables: el sexo, la edad, el valor de adherencia especificado en el programa informático FarmaTools®, de CV (se considera respuesta virológica <50 copias/ml) y del recuento de linfocitos CD4 obtenidos en la última determinación realizada antes del inicio de la biterapia con DTG/3TC como comprimido coformulado (en pacientes *naives* y en no *naives*) y dos, tres y/o cinco meses tras su inicio, la TAR previa en pacientes *no naive*, tratamientos concomitantes, interacciones con los mismos, en pacientes *no naive* el motivo que ha conducido al cambio de TAR y los EA desarrollados. Estos datos se recogieron del programa informático de dispensación a pacientes externos FarmaTools® y de la historia clínica electrónica.

Respecto a la metodología estadística utilizada, se realizó un análisis descriptivo de los resultados mediante el programa Excel®.

El estudio fue autorizado por el Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón. No existen conflictos de intereses.

Resultados

Las características demográficas del estudio mostraron que el 86,7% (13/15) de los pacientes de nuevo diagnóstico eran hombres, el 59,6% en el caso de los pacientes *no naive* (28/47). La mediana de edad se situaba en 43,7 [29-64] años.

Descripción del servicio de Atención Farmacéutica realizado a los pacientes VIH desde el Servicio de Farmacia Hospitalaria.

En la primera entrevista con el farmacéutico se tratan cinco aspectos fundamentales:

- Adherencia
- Motivo de cambio de antiretroviral (pacientes *no naive*).
- Tratamientos/productos de herboristería concomitantes
- Interacciones
- Efectos adversos

Al inicio del tratamiento y en la primera visita a farmacia tras cada consulta médica, los pacientes son atendidos por un farmacéutico; en visitas sucesivas pueden ser atendidos por los técnicos de farmacia, siempre y cuando el

farmacéutico haya considerado previamente que el paciente no requiere un estrecho seguimiento farmacoterapéutico.

En la entrevista, en primer lugar, se monitoriza la adherencia realizando distintas intervenciones educativas, conductivas y/o motivacionales si el paciente lo requiere.

Cómo método objetivo indirecto para determinar la adherencia se trabaja con las ayudas habituales de la práctica diaria, es decir, con el programa informático instaurado en la unidad Farmatools®; la medicación dispensada se registra de forma rutinaria (el programa calcula la adherencia partiendo de las cantidades recogidas en las tres últimas dispensaciones y la fecha de recogida de más medicación, calcula hasta que fecha tiene el paciente medicación con la cantidad dispensada y comprueba si coincide con la fecha de recogida), independientemente de que se aborden estudios de adherencia. Para esto se parte de la premisa “el paciente no puede tomar la medicación que no le es dispensada”. El programa informático diferencia tres colores: rojo si el paciente no es adherente (adherencia calculada entre 0%-<60%), amarillo-adherencia media (adherencia media 60%-<85%) y verde si el paciente es adherente (adherencia alta >85%); además nos especifica exactamente el valor numérico de adherencia que calcula.

Si un paciente no acude a su cita con farmacia se contacta con él por teléfono, se le pregunta al respecto y se concierta una nueva cita si precisa. Si se detecta una falta de cumplimiento se realiza un seguimiento más exhaustivo y si el paciente lo requiere se contacta con el servicio de infecciosos. En función de la adherencia se dispensa medicación para 2 o 1 mes, facilitando así un mayor seguimiento farmacoterapéutico. Se identifican las causas potenciales de adherencia inadecuada que el paciente presenta, con el fin de potenciar los facilitadores y derrumbar las barreras que presente. Se analizan aquellos factores que pueden afectar y están relacionados con el paciente, con el tratamiento y con el equipo asistencial.

Se aporta información referente a la enfermedad y al tratamiento haciendo hincapié en los riesgos del incumplimiento (fracaso terapéutico, CV detectable, resistencias, progresión...), de manera oral y escrita, verificando la comprensión por parte del paciente. Se informa de los riesgos-beneficios y se aportan técnicas especiales/ayudas para el cumplimiento (asociación con acciones cotidianas, alarmas...).

El tratamiento y las indicaciones se individualizan en función del paciente y de sus circunstancias. En todas las consultas se pregunta sobre los tratamientos concomitantes y la toma de productos de herboristería analizando la presencia de posibles interacciones potenciales ante un nuevo inicio de tratamiento. En caso de detectar una interacción con relevancia clínica se contacta directamente con el especialista prescriptor.

Si el paciente es, no *naive*, además, se entrevistará acerca de los motivos de cambio de TAR. En visitas sucesivas se registrará el desarrollo de EA.

Adherencia obtenida en los pacientes tratados con DTG/3TC

Durante el periodo de estudio 62 pacientes iniciaron tratamiento con el comprimido coformulado DTG/3TC como biterapia. El 24,1% (15/62) de los pacientes que iniciaron tratamiento con DTG/3TC eran pacientes *naive* y el 75,8% (47/62) eran pacientes no *naive*.

Al analizar la adherencia de los pacientes *naive* se obtiene una media de adherencia del 98,2±3,7%. El 100% (15/15) de los pacientes presentó una adherencia alta.

Al analizar la adherencia de los pacientes no *naive* se obtiene una media de adherencia del 95,3±11,5%. El 93,6% (44/47) presentó una adherencia alta, el 4,3% (2/47) una adherencia media y el 2,1% (1/47) una adherencia baja. La adherencia media a los 5,2±2,3 meses desde el inicio con DTG/3TC fue de 96,3±10,3%.

Efectividad y seguridad obtenida en los pacientes tratados con DTG/3TC

Las variables analíticas previas al tratamiento con DTG/3TC en pacientes *naive* y no *naive* se presentan en la tabla 1.

	Naive (n=15)	No naive (n=47)
CV<50 copias/ml inicio	0% [0/15]	91,4% [43/47]
Linfocitos CD4 (cél/ml)	370 [190-1940]	620 [60-1590]

Tabla 1. Variables analíticas previas al tratamiento con DTG/3TC en pacientes *naive* y no *naive*.

El 73,3% (11/15) de los pacientes *naive* alcanzaron CV<50 copias/ml a los 2,1 [1,1– 5,9] meses de media desde el inicio del tratamiento; a los 3 [1,1-13,8] meses la media de recuento de linfocitos CD4 fue 648,7[300-1360] cél/ml, se observa un incremento medio de 129,7cel/ml desde el comienzo del tratamiento. Tras 6,3 meses se dispone de la determinación de 12 pacientes presentando el 91,6% (11/12) CV<50copias/ml.

En paciente no *naive* después de 5[1,4-7,2] meses de media se dispone de la CV de 38 pacientes, el 89,4% (34/38) presentan CV no detectable. Tras 10[6,2-9,1] meses el 100% (30/30) de los pacientes presentan CV<50copias/ml y el 93% (28/30) presentaban carga no detectable. Respecto a los CD4 a los 5[1,1-13,8] meses de media se observa un incremento medio de 170cél/ml.

Motivos que conducen al cambio de tratamiento, interacciones y EA desarrollados.

El 53,2% (25/47) de los pacientes *no naïve* pasaron a tomar el comprimido coformulado DTG/3TC con el fin de simplificar el tratamiento. El 14,9% (7/47) estaban en tratamiento previo con DTG + 3TC, 46,8% (22/47) con 2 inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN) + inhibidor de la integrasa (II), 12,7% (6/47) lo estaban con 1 ITIAN + inhibidor de la proteasa (IP), 6,4% (3/47) estaban en tratamiento con 2 ITIAN + 1IP, 6,4% (3/47) con 2 ITIAN + inhibidor de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (ITINN), 6,4% (3/47) con ITIAN + ITINN + II y 6,4% (3/47) con IP en monoterapia.

Otros motivos del cambio de TAR fueron: desarrollo de EA en un 23,4% ((11/47: desarrollo de astenia 63,6% (7/11), elevación de transaminasas 9,1% (1/11), de colesterol 9,1% (1/11) y anorexia 18,2% (2/11)), interacciones en un 8,5% (4/47), viremia detectable en un 2,1% (1/47) y finalmente por alteración renal 12,7% (6/47).

El 75,8% (47/62) de los pacientes no presentaban tratamientos concomitantes, el 24,2% restante tenían una media de 2,20[1-13] fármacos. Los fármacos más prescritos se encuentran recogidos en la tabla 2. No se obtuvieron interacciones con los tratamientos concomitantes, no obstante, un paciente hizo en su entrevista referencia al hipérico.

FÁRMACOS	NÚMERO DE PACIENTES (%)
Estatinas	40,3
Inhibidores de la bomba de protones	45,2
Analgésicos	35,5
IECAS	24,2
Antiagregantes	14,5

Tabla 2: Fármacos más prescritos de manera concomitante.

Se observaron EA en 7(11,3%) pacientes: insomnio/alteración del sueño (2), cefaleas (3) y ligero aumento de peso (2). Sin embargo, el 100% de los pacientes continuó con el tratamiento.

Discusión

La media de edad de las personas adultas infectadas por el VIH en España se sitúa entre 42,8±11,6⁽¹⁰⁾ rango dónde se encuentra la edad media de nuestra población de estudio (43,7 años). Además, el porcentaje de hombres de nuevo diagnóstico de VIH suponen en España el 86,2%⁽¹⁰⁾, en nuestro estudio suponían el 86,7%. Es decir, las características demográficas de nuestra población de estudio coincidían con los datos de vigilancia epidemiológica de

VIH en España en 2022. No se comparó el porcentaje de hombres no *naive* ya que no se disponía del dato oficial de prevalencia actualizado por la red de vigilancia epidemiológica.

En los últimos años la TAR ha evolucionado considerablemente; así, en la actualidad, se dispone de tratamientos altamente eficaces y con un perfil de EA menor. La biterapia DTG/3TC coformulada en un comprimido fue comercializada en España en 2019 y, sin embargo, se observa que la mayoría de pacientes inician con la biterapia tras haber estado en tratamiento previo con otros antirretrovirales; siendo la causa principal del cambio la simplificación del tratamiento con el fin de facilitar la posología y la adherencia.

La biterapia presentó efectividad en la mayoría de pacientes (*naive* y no *naive*), la respuesta virológica se produjo en un breve periodo de tiempo. Los resultados concuerdan con los obtenidos en distintos estudios que sugieren que el cambio a DTG/3TC es virológicamente seguro^(4,11,12). Además, la intervención farmacéutica condujo a que ningún paciente discontinuase el tratamiento por toxicidad, la intervención aportó un incremento de la calidad asistencial⁽¹³⁾; los EA obtenidos fueron manejables desde las consultas médicas/farmacéuticas. Es un fármaco seguro lo que repercutió en la adherencia al mismo.

De acuerdo a la bibliografía, la alta adherencia se relaciona con la eficacia del tratamiento, con unos resultados buenos en salud y con una mayor esperanza de vida⁽⁵⁾. Así, por lo contrario, una falta de adherencia se relaciona con un peor control de la enfermedad que puede conducir al desarrollo de complicaciones y al desarrollo de cepas resistentes⁽⁵⁾. En España se realizó un metaanálisis en el que se incluyeron 23 estudios observacionales concluyendo una adherencia media del 55%⁽¹⁴⁾; valor que puede estar sobreestimado debido a que en la mitad de los estudios primarios se evaluó una única estrategia siendo la más utilizada el autoinforme.

Se debe tener en cuenta que este metaanálisis se realizó en 2011, cuando las pautas de antirretrovirales eran menos cómodas y más complicadas. En 2016 en un estudio observacional descriptivo se obtuvo una adherencia del 83,3%⁽¹⁵⁾ analizando el registro de dispensaciones y en 2018-2019 del 92%⁽¹⁶⁾. En los resultados del presente estudio se obtiene una adherencia al tratamiento ligeramente superior; se obtiene una adherencia media del 96%; adherencia calculada del mismo modo, es decir, con el programa informático instaurado en la UPEX en función de las dispensaciones realizadas a cada paciente.

Entre las limitaciones que presenta el estudio se encuentra la posible sobreestimación de la adherencia. El método indirecto utilizado parte de la hipótesis de que el paciente toma la medicación que recoge; se extrapola la adherencia a la recogida del TAR en la UPEX. No obstante, no tiene en cuenta que los registros de dispensación interpretan la recogida de medicación

como adherencia total, los pacientes pueden acumular comprimidos entre dispensaciones.

Por otro lado, distintos estudios⁽¹⁷⁾ muestran que la adherencia a los tratamientos es mayor cuanto menos compleja es la pauta. El tratamiento estudiado presenta una pauta simple y de fácil cumplimiento, aspecto que contribuye al alto valor de adherencia obtenido. Además, aunque existen distintos métodos para su valoración, actualmente no existe un método considerado ideal y se recomienda la combinación de al menos dos. No obstante, los resultados obtenidos corroboraron la importancia de la realización del servicio de AF, en concreto, del seguimiento farmacoterapéutico.

La realización de AF en pacientes con VIH fue efectiva, se obtuvieron CV indetectables y valores de CD4 en rango, resultado directo de la adherencia al tratamiento. Además, a pesar del desarrollo de EA no se produjeron discontinuidades del mismo. El farmacéutico tuvo un papel fundamental en la identificación de factores que pudieron comprometer la adherencia y en la elaboración de distintas estrategias e intervenciones que mejoran la misma.

En el estudio SWITCH AUDIT⁽¹⁸⁾ el motivo más frecuente de cambio en todas las pautas fue la simplificación (37% de los casos), seguido de la toxicidad y el fracaso terapéutico. En el presente estudio la simplificación fue también el motivo de cambio más frecuente (53,2% de los casos), seguido, del desarrollo de EA en segunda posición, las interacciones en tercer lugar y el fracaso terapéutico en cuarto.

No se obtuvieron interacciones entre los tratamientos concomitantes y DTG/3TC; no obstante, un paciente hizo referencia al hipérico; planta inductora de diversas isoenzimas del citocromo P-450 (CYP3A4, CYP2C9, CYP1A2) y de glicoproteínas transportadoras⁽¹⁹⁾. El paciente debió suspender su administración ya que podría ocasionarle una pérdida del efecto terapéutico de DTG/3TC y desarrollar resistencias.

A modo de conclusión, las características demográficas de los pacientes coincidieron con los datos de vigilancia epidemiológica en España, lo que indicó que nuestra población fue representativa de los pacientes atendidos actualmente en el sistema sanitario español. Desde la UPEX se realizó el servicio de AF de forma eficaz realizando un estrecho seguimiento farmacoterapéutico. Nuestra población presentó una alta adherencia al tratamiento lo que se refleja en los valores obtenidos de CV y de linfocitos CD4 en pacientes *naive* y no *naive*. Es un tratamiento efectivo y de pauta sencilla, más de la mitad de los pacientes *no naive* comenzaron con DTG/3TC con el fin de simplificar su TAR.

No se encontraron interacciones medicamentosas, además, a pesar del desarrollo de EA todos fueron manejados desde la consulta farmacéutica. Es un tratamiento seguro.

Bibliografía

1. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria. Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. 1ª ed. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2019.
2. Organización mundial de la Salud. Infección por el VIH. OMS. 2021 [acceso 9 de octubre 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
3. Grupo de expertos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y del Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA). Desprescripción farmacológica de la terapia no antirretroviral en pacientes con infección por VIH. 2018 [acceso 19 de agosto de 2022]. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2019/03/15_DESPRESCRIPCION_FARMACOLOGICA_TERAPIA_NO_ANTIRRETROVIRAL_EN_PACIENTES_CON_INFECCION_POR_VIH.pdf
4. Panel de expertos de GeSIDA y 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. 2020 [acceso 15 de octubre de 2022]. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/04/GUIA_GESIDA_febrero_2020_Adherencia.pdf
5. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA) y Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Documento de consenso sobre el sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Madrid. 2022 [acceso 15 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/01/GuiaGeSIDAPlanNacionalSobreElSidaRespectoAlTratamientoAntirretroviralEnAdultosInfectadosPorElVirusDeLaInmunodeficienciaHumanaActualizacionEnero2022.pdf>
6. Trotta MP, Ammassari A, Melzi S, Zaccarelli M, Ladisa N, Sighinolfi L. Treatment-related factors and highly active antiretroviral therapy adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002; 31(S3):128- 31. doi: 10.1097/00126334-200212153-00008.
7. García F, Álvarez M, Bernal C, Chueca N, Guillot V. Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH, del tropismo viral y de las resistencias a los antirretrovirales. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*. 2011; 29 (4): 297-307. doi: 10.1016/j.eimc.2010.12.006
8. Stone VE, Hogan JW, Schuman P, et al. Antiretroviral regimen complexity, self-reported adherence, and HIV patients' understanding of their regimens: survey of women in the HER study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2001; 28 (2):124–31. doi: 10.1097/00042560-200110010-00003
9. Clay PG, Nag S, Graham CM, Narayanan S. Meta-Analysis of Studies Comparing Single and Multi-Tablet Fixed Dose Combination HIV Treatment Regimens. *Medicine*. 2015; 94 (42): e1677. doi: 10.1097/MD.0000000000001677.
10. Dirección general de Salud Pública y sistemas autonómicos de vigilancia epidemiológica. Vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España 2021. Madrid. 2022 [acceso 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHace>

mos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/VIH/informes%20de%20vigilancia%20VIH%20y%20sida%20anteriores/Informe%20VIH_SIDA_2022_CCAA.pdf

- 11.** Joly V, Burdet C, Landman R, et al. Dolutegravir and lamivudine maintenance therapy in HIV-1 virologically suppressed patients: results of the ANRS 167 trial (LAMIDOL). *J Antimicrob Chemother.* 2019; 74:739-45. doi: 10.1093/jac/dky467.
- 12.** Taiwo BO, Marconi VC, Berzins B, et al. Dolutegravir plus lamivudine maintains human immunodeficiency virus-1 suppression through week 48 in a pilot randomized trial. *Clin Infect Dis.* 2018; 66(11):1794-97. doi: 10.1093/cid/cix1131.
- 13.** Bertoldo P, Paraje MG. Intervenciones farmacéuticas: desarrollo e implementación metodológica a partir de la evaluación de dos cohortes. *Ars Pharm.* 2015; 56(3):149-153. doi: org/10.4321/S2340-98942015000300003.
- 14.** Ortego C, Huedo-Medina TB, Vejo J, Llorca FJ. Adherence to highly active antiretroviral therapy in Spain: A meta-analysis. *Gac Sanit.* 2011; 25(4): 282-289. doi: 10.1016/j.gaceta.2010.10.016.
- 15.** Mendoza-Aguilera M, Ferrando Piqueres R, Álvarez Martín T, Pascual Marmaneu, Lñana Granell C. Adherencia al tratamiento antiretroviral en pacientes VIH: todavía queda mucho por hacer. *Ofil·llaphar.* 2018, 28(3):203-210.
- 16.** Notario Dongil C, Gómez Llunch MT, Marcos de la Torre A, Proy Vega B. Adherencia al tratamiento antiretroviral pacientes VIH. *Revista multidisciplinar del SIDA [revista en Internet].* 2022 [acceso 23 de octubre de 2022]; 10 (26): 7-13. Disponible en: <https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/adherencia-al-tratamiento-antiretroviral-en-pacientes-vih/>
- 17.** Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención primaria.* 2009; 41 (6): 242-348. doi: 10.1016/j.aprim.2008.09.031.
- 18.** Pedrol E, Viciano P, Arranz A, Pasquau J, Deig E, Tacias M, et al. Causas que justifican el cambio del tratamiento antirretroviral en personas con infección por el VIH en España (años 2010-2011). *Estudio SWITCH AUDIT. Rev. esp. quimioter .* 2014; 27(2):93-97.
- 19.** Domínguez Jiménez JL, Pleguezuelo Navarro M, Guiote Malpartida S, Fraga Rivas E, Montero Alvarez JL, Poyato González A. Hepatotoxicidad asociada a hipérico (hierba de San Juan). *Gastroenterol Hepatol.* 2007; 30(1):54-5. doi: 10.1157/13097456. PMID: 17266882.