

**COLABORACIÓN ESPECIAL****INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES CON INFECCIÓN VIH****María Carmen Gómez Sánchez**

Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

**RESUMEN**

En países como el nuestro, con acceso a tratamiento antirretroviral, la infección por VIH se caracteriza por ser una enfermedad crónica de tratamiento exclusivamente hospitalario, así como por el envejecimiento de la población afectada, la persistencia de infecciones oportunistas, la complejidad del tratamiento antirretroviral, la frecuencia de efectos adversos de la terapia, las interacciones farmacológicas y el elevado gasto que supone para el sistema sanitario.

Esta situación podría justificar la necesidad de la creación de la figura de la enfermera gestora de casos para el seguimiento de personas con infección VIH, ingresadas en plantas de hospitalización convencionales, como elemento aglutinador de las necesidades del individuo y de coordinación de los recursos a través de la planificación y de la adecuada gestión de los cuidados.

**Palabras clave:** Gestión de casos. VIH. Hospitalización. Cumplimiento de la medicación.

**ABSTRACT****Intervention of the Case Management Nurse in Hospital Admissions of Patients with HIV Infection**

In countries with access to antiretroviral treatment such as ours, HIV is a chronic disease both characterized for being treated only in hospitals and for the aging of the affected population, the persistence of opportunist infections, the complexity of the antiretroviral treatment, the frequency of adverse effects due to therapies, drug interactions and the high costs of this disease for the Healthcare System.

This could justify the need for the creation of the position of nurse case manager to monitor patients with HIV infection, admitted to conventional hospital wards, as a unifying element of the individual's needs and coordinate resources through proper planning and care management.

**Key words:** Case management. HIV. Hospitalization. Medication Adherence.

María Carmen Gómez Sánchez  
Plaza de la Albufera Nº 4-2º A  
28945 Fuenlabrada. Madrid  
mcgomez@enf.ucm.es

## INTRODUCCIÓN

España sigue siendo uno de los países en Europa Occidental con mayor incidencia de sida. Desde el inicio de esta epidemia se han notificado un total de 77.953 casos y según los datos del Plan Multisectorial 2008-2012 del Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, existen en nuestro país entre 120.000 y 150.000 personas vivas que padecen la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) aunque probablemente más del 30% de ellas no han sido diagnosticadas<sup>1</sup>.

Las infecciones oportunistas (IO) han sido la principal causa de morbilidad y mortalidad de las personas infectadas por el VIH desde el inicio de la pandemia del Sida<sup>2,3</sup>. La instauración de pautas eficaces de profilaxis primaria y secundaria frente a las principales IO supuso el primer gran avance terapéutico para los sujetos VIH+, permitiendo un significativo descenso de la mortalidad ya antes de la era del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)<sup>2</sup>.

Tras autorizarse el primer fármaco inhibidor de la proteasa (IP) en 1996, se inició la transformación del esquema terapéutico para la infección por el VIH, produciéndose una importante mejoría de los pacientes, reflejándose también a nivel económico ya que a pesar del gran coste de ese tipo de medicación, se compensó por la disminución en el uso de los servicios hospitalarios<sup>4,6</sup>.

Debido a las patologías severas de la infección VIH, a que los regímenes de tratamiento se han simplificado pero están lejos de ser inofensivos, y a la complejidad de su manejo clínico, la dispensación de fármacos antirretrovirales, la atención sanitaria y el seguimiento de la infección por VIH en España continúa siendo hospitalario<sup>6</sup>.

Aunque las unidades asistenciales de infección VIH y los hospitales de día absor-

ben buena parte de la demanda, evitando ingresos y recortando las estancias, hay tres grandes grupos de pacientes que ingresan actualmente por VIH en los hospitales: los que comienzan con una enfermedad definitiva de sida sin saber que se hallan infectados por el VIH<sup>7</sup> (más de la tercera parte de los casos actuales). Los que se controlan regularmente en unidades especializadas pero presentan complicaciones puntuales en el curso de la enfermedad y, por último, los pacientes de larga evolución, crónicamente infectados por el VIH, que han desarrollado múltiples resistencias a los fármacos antirretrovirales, agotando las opciones terapéuticas, los cuales suelen estar muy debilitados, y a los que el hospital, a expensas de múltiples ingresos y recursos, pone los medios humanos, farmacológicos y paliativos para mejorar su calidad de vida en su última etapa<sup>7</sup>.

El tratamiento antirretroviral se ha convertido en el eje central para el control de esta patología y la correcta adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) desempeña un papel primordial en el grado y duración de la respuesta antiviral. Por ello es imprescindible que cada centro hospitalario tenga una estrategia para mejorar el cumplimiento del TAR mediante una estrecha colaboración entre todos los profesionales implicados<sup>9</sup>. La falta de acceso y/o cumplimiento del TAR es un factor fundamental en la persistencia de ingresos hospitalarios. Ya en la era previa al TARGA los pacientes adherentes o cumplidores del tratamiento antirretroviral tenían un riesgo inferior de infecciones oportunistas y, en consecuencia, de ser hospitalizados.

Las recomendaciones actuales en la infección VIH establecen que el tratamiento antirretroviral de elección consiste en una combinación de al menos tres fármacos que incluyan dos análogos de nucleósidos (AN) y un inhibidor de la proteasa potenciado con ritonavir (IP/r) o un no análogo de nucleósido (NN)<sup>9</sup>. Con la mayoría de estas combinaciones se puede conseguir una carga viral

plasmática (CVP) <50 copias/mL en >70% de casos a las 48 semanas<sup>8,9</sup>.

La elección de un régimen antirretroviral determinado se individualiza en cada sujeto basándose en sus potenciales ventajas e inconvenientes, teniendo en cuenta factores relacionados con su situación basal, adherencia, complejidad de la posología, efectos adversos a corto, medio y largo plazo, potenciales interacciones farmacológicas y futuras opciones terapéuticas que se reservan en caso de fracaso terapéutico. Cada esquema de combinación de fármacos en la infección VIH presenta diferente perfil de reacciones adversas que requiere diferente manejo clínico, de lo que se deduce que la terapia antirretroviral es un tratamiento de una complejidad importante.

El control virológico depende de múltiples factores, pero la adherencia incorrecta es la primera causa de fracaso terapéutico<sup>10</sup>, relacionándose con mala respuesta virológica<sup>11</sup>, peor reconstitución inmune y mayor riesgo de mortalidad. Entre los factores que se han asociado con mala adherencia destacan la mala relación médico-paciente, consumo activo de drogas, enfermedad mental, edad más joven, nivel educativo del paciente, idioma, falta de apoyo social, complejidad del tratamiento, efectos secundarios y más recientemente temor acerca de la aparición de alteraciones metabólicas y morfológicas como la lipodistrofia<sup>12-15</sup>.

Debe destacarse que no sólo es importante el porcentaje de dosis omitidas sino también los patrones de adhesión subóptima. Las interrupciones de tratamiento (más de dos días sin tomar ningún fármaco) presentan mayor repercusión en la respuesta virológica que la omisión ocasional de dosis<sup>16</sup>.

Las características virológicas del VIH determinan que cuando existen niveles subterapéuticos de los fármacos antirretro-

virales el virus pueda replicarse y desarrollar resistencias. Los datos obtenidos durante los primeros tratamientos combinados, basados en Inhibidores de Proteasa sin potenciar, constataron que la máxima eficacia requería una adherencia prácticamente perfecta, clásicamente >95%<sup>17</sup>. En este sentido se va conociendo mejor que la aparición de resistencias y la eficacia terapéutica dependen de las diferentes combinaciones de fármacos incluso partiendo de un nivel de adherencia similar<sup>18,19</sup>.

Es importante que los pacientes sean conscientes de su enfermedad, entiendan el objetivo del tratamiento antirretroviral, participen activamente en la decisión de iniciarlo, se sientan capaces de cumplirlo y comprendan la enorme importancia que tiene una toma continuada y correcta de la medicación.

Probablemente la intervención que ha demostrado mayor efectividad respecto a la adherencia terapéutica ha sido el soporte interpersonal estructurado, en el que personal sanitario entrenado emplea estrategias individualizadas<sup>20</sup>.

Dada la cronicidad de esta enfermedad, es importante recordar que la adherencia decae con el tiempo y por tanto las estrategias diseñadas para optimizarla deben dirigirse no sólo a incrementarla sino a mantenerla constante<sup>21</sup>.

A su vez los fármacos antirretrovirales pueden producir numerosos efectos secundarios que se presentan al inicio del tratamiento o a medio-largo plazo. Algunos de estos efectos son específicos del fármacos y otros del grupo. Por su frecuencia y/o potencial gravedad, tienen mayor relevancia clínica la toxicidad mitocondrial, las reacciones de hipersensibilidad, la hepatotoxicidad, los trastornos neuropsiquiátricos, la nefrotoxicidad, los trastornos metabólicos, el riesgo cardiovascular y la redistribución anómala de la grasa corporal.

Las interacciones de los fármacos anti-retrovirales entre sí o con otros medicamentos constituyen también un problema de primera magnitud en el tratamiento de los pacientes con infección VIH, ya que sus consecuencias pueden tener una importante repercusión clínica. Las interacciones más relevantes suelen ser las farmacocinéticas, especialmente a nivel del metabolismo de los fármacos. Diferentes sistemas enzimáticos están implicados en dicho metabolismo y en todos ellos pueden producirse interacciones. Los fármacos anti-retrovirales son sustratos de uno o varios de estos sistemas enzimáticos y a la vez pueden comportarse como inductores y/o inhibidores de cualquiera de ellos. La inducción del metabolismo producirá una disminución de las concentraciones del fármaco en el lugar de acción, pudiendo disminuir la efectividad del tratamiento, mientras que la inhibición ocasionará un aumento de las concentraciones de estos con un mayor riesgo de toxicidad<sup>21</sup>.

Aunque el coste directo de los fármacos antirretrovirales es alto, su elevada efectividad puede reducir la utilización de otros servicios y suponer un ahorro para el sistema sanitario. El uso del TARGA disminuye la incidencia de infecciones oportunistas y su coste asociado, reduciendo el número de ingresos hospitalarios y también el número de días de hospitalización, lo que hace que el balance pueda resultar en un ahorro neto para los hospitales que utilizan correctamente estos fármacos.

Los estudios realizados muestran que entre un 20 % y un 50 % de pacientes con tratamiento antirretroviral activo presentan una adherencia inadecuada al mismo<sup>21</sup>, por ello, en el seno de un Sistema Público de Salud, la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral debe ser contemplada como un problema de ineficiencia que impide alcanzar la efectividad clínica que puede conseguirse con los recursos de que se dispone para el tratamiento de la infección por

el VIH. Por toda esta complejidad de manejo clínico expuesta podría ser interesante el seguimiento individualizado de pacientes hospitalizados por parte de la enfermera gestora de casos de infección VIH.

## ANTECEDENTES DE LA GESTIÓN DE CASOS

La gestión de casos se inició en los EEUU en los años 50/60, en un primer momento se aplicó en los casos de salud mental y posteriormente se utilizó para la atención a personas con situaciones de salud de alto riesgo y alto coste, con el objetivo de mejorar la eficiencia y disminuir la variabilidad. Nació de las dificultades del tratamiento eficaz y eficiente de las personas afectadas de procesos complejos y/o crónicos, cuando se ven obligados a transitar entre especialidades o entre niveles asistenciales. Esta metodología se revela muy resolutiva en casos de cáncer y en trastornos crónicos vinculados a la senilidad, con alta frecuentación de los pacientes, especialmente en situaciones familiares, sociales y económicas delicadas<sup>22</sup>.

La *Case Management Society of America* define la gestión de casos como el proceso de colaboración mediante el cual se valora, planifica, aplica, coordina, monitorea y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y los recursos disponibles para promover unos resultados de calidad y costo-efectivos.

Se trata de un proceso de coordinación de los servicios y recursos sanitarios sobre una determinada población de un modo sistemático y con base interdisciplinar, fomentando la continuidad asistencial con el fin de conseguir tanto resultados en el paciente como su satisfacción y la de los profesionales<sup>23,24</sup>. Esto requiere de un personal de enfermería con perfil avanzado.

## RESULTADOS DE LA GESTIÓN DE CASOS

Diversos estudios muestran resultados positivos de la gestión de casos en distintas situaciones de salud y sobre diferentes resultados, algunos de ellos se refieren específicamente a la disminución de la hospitalización, a la disminución de reingresos hospitalarios tras el alta y a la disminución de costes<sup>25-27</sup>.

Por citar algunos ejemplos, en España se han implantado programas de gestión de casos/enfermedades, tipo «enfermeros de enlace» en Andalucía, Tarragona<sup>28</sup> y Canarias (para coordinar altas hospitalarias), o los equipos de soporte de atención a domicilio para los pacientes terminales<sup>23</sup>.

### REQUISITOS PARA EL DESARROLLO DE LA GESTIÓN DE CASOS VIH

1- La elaboración de una guía de práctica clínica global (preferentemente acompañada de trayectoria de enfermería) entre especialidades y entre niveles debe ser el instrumento básico para todos los profesionales que intervienen en el proceso clínico<sup>22</sup>.

2. El conocimiento de los profesionales que comparten el proceso clínico, a pesar de que trabajen en distintos niveles asistenciales, y la comunicación fluida entre ellos es la clave del éxito. La situación aconsejable sería establecer sesiones clínicas para adoptar planes individualizados y evaluar la evolución de cada caso clínico pero, en su defecto, la comunicación directa puede funcionar, siempre y cuando se compartan los principios de la guía de práctica clínica<sup>22</sup>.

3. El sistema de información debe compartirse entre especialidades y entre niveles, para lo que sería idóneo que la historia clínica se unificara y permitiera un acceso rápido y seguro a parte de todos los profesionales implicados en el proceso<sup>22</sup>.

4. Debe existir la figura de un gestor de casos para cada proceso. Este profesional, preferentemente de enfermería especializado en este proceso, tiene la función de conducir correctamente al paciente por los entresijos del sistema, y garantizar el cumplimiento de la guía<sup>22</sup>.

5. Se debe activar un sistema de evaluación del proceso y de reorientación continuada, debido a las dificultades que entraña el tratamiento correcto de la enfermedad. Todos los profesionales implicados deberían estar predispuestos a evaluar y a mejorar los circuitos para reducir la burocracia y aumentar el bienestar de los pacientes<sup>22</sup>.

### INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS DE INFECCIÓN VIH SOBRE LOS PACIENTES

La enfermera gestora de casos de infección VIH realizará una valoración integral, que englobe todas las necesidades y expectativas manifestadas por los pacientes, y tras esta evaluación hará una planificación, aplicación, monitorización y evaluación de las actividades necesarias para satisfacer sus necesidades de salud, proporcionando una atención integral y personalizada. Así mismo, proporcionará apoyo y formación, haciendo educación sanitaria individual.

Le observará e interrogará frecuentemente para detectar efectos adversos del tratamiento, alteraciones morfológicas relacionadas con la terapia, como lipodistrofias y vigilará la aparición de alteraciones cognitivas e infecciones oportunistas concomitantes.

Valorará el estado nutricional del paciente, proporcionando consejo y asesoramiento sobre requerimientos dietéticos relacionados con la terapia antirretroviral y el estado nutricional del sujeto en colaboración con la enfermera de nutrición del hospital.

Hará un seguimiento personalizado de la adherencia terapéutica, facilitando el óptimo cumplimiento del tratamiento y de las recomendaciones sanitarias y el acceso a los fármacos que precise el paciente mediante comunicación directa con el servicio de farmacia del hospital

Valorará la situación emocional, detectando la presencia de ansiedad, depresión y estrés que dificulten la consecución de una adherencia adecuada, ya que es necesario considerar la intervención psicológica y psiquiátrica como parte importante de la asistencia habitual, dada la elevada prevalencia de estas enfermedades en los pacientes con infección por el VIH.

Detectará adicción activa a drogas y/o alcohol, como factores de riesgo relacionados con el mal cumplimiento terapéutico. Valorará si el paciente toma sustancias sustitutivas como metadona. Valorará las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial.

Conocerá los recursos sociales del paciente y planificará junto a él y la familia el alta hospitalaria.

#### INTERVENCIÓN SOBRE EL RESTO DE PROFESIONALES

Trabjará en equipo junto al resto de los profesionales para la planificación y adecuación de los cuidados, fomentando la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes.

Asesorará al enfermero/a responsable del paciente sobre familias de fármacos antirretrovirales, efectos secundarios, interacciones farmacológicas, correcta administración, omisión de tomas, situaciones especiales (cirugía, pacientes con dieta absoluta, pacientes con sonda nasogástrica, pruebas complementarias, etc.), importancia de la adherencia terapéutica,

aparición de resistencias, interacciones, recomendaciones y restricciones alimentarias con los fármacos, tratamiento y profilaxis de infecciones oportunistas, medidas de prevención de transmisión de la infección y soporte nutricional de los pacientes.

#### INTERVENCIÓN SOBRE EL RESTO DEL SISTEMA SANITARIO

Consecuentemente con los datos obtenidos en la valoración realizará un plan asistencial individualizado que incluya la intervención de tantos profesionales sanitarios como sean precisos, siendo la responsable de coordinarlos, movilizandolos y adecuando los recursos necesarios y los distintos servicios (Admisión, Información, Listas de espera, Radiodiagnóstico, Psiquiatría, Rehabilitación, Consultas Externas, Nutrición, Trabajo Social y otros de cuya atención precise el paciente).

Articulará la comunicación entre los distintos servicios y los recursos disponibles que promuevan resultados de calidad costo-efectivos y llevará a cabo una coordinación entre niveles (primaria y especializada).

Agilizará las intervenciones del sector social y sanitario para evitar demoras innecesarias, interrupciones en el proceso asistencial, burocracia excesiva, circuitos poco ágiles y duplicidad de la atención, agilizando las citas y dando continuidad a los cuidados.

Integrará las opiniones de los usuarios para mejorar de forma continua la planificación y la gestión de los servicios.

#### CONCLUSIONES

De todo lo expuesto se puede concluir diciendo que la cronicidad de la infección VIH, el envejecimiento de la población afectada, la persistencia de infecciones oportu-

nistas, la complejidad del tratamiento anti-retroviral, la frecuencia de efectos adversos de la terapia, las interacciones farmacológicas, el elevado gasto que supone para el sistema sanitario, podrían justificar la necesidad de la creación de la figura de la enfermera gestora de casos para el seguimiento de pacientes con infección VIH ingresados en plantas de hospitalización convencionales, como elemento aglutinador de las necesidades del individuo y de coordinación de los recursos a través de la planificación y de la adecuada gestión de los cuidados, recogiendo información específica sobre los pacientes, identificando problemas, diseñando planes de intervención junto al resto del equipo, coordinando las actividades de los profesionales y los distintos servicios y movilizandolos los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada a los pacientes con infección VIH.

Con toda probabilidad, la gestión de los cuidados de las personas con necesidades asistenciales complejas mejora notablemente cuando hay una persona clave coordinando y liderando estos cuidados, por lo que podría ser interesante evaluar la necesidad de la creación de la figura de la enfermera gestora de casos en la infección VIH en hospitales, para promover una asistencia sanitaria de alta calidad y coste-efectiva, adaptándose a los cambios que está sufriendo la población con esta infección ante la necesidad de encontrar el equilibrio entre las necesidades de los pacientes y las del sistema.

## AGRADECIMIENTOS

A Don Emilio Vargas Castrillón, médico adjunto del Servicio de Farmacología Clínica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Registro Nacional de Casos de Sida. Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del Sida en España. Citado el 30/10/2010. Informe Semes-

tral nº 1, año 2009. Disponible en: [http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/pdf/SPNS\\_Informe\\_semestral.pdf](http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/pdf/SPNS_Informe_semestral.pdf)

2. Panel de expertos de GESIDA y Plan Nacional sobre el Sida. Prevención de las infecciones oportunistas en pacientes adultos y adolescentes infectados por el VIH en el año 2008. Documento de consenso. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2008; 26 (7): 437-64.

3. Sandoval de Mora M, Dommar de Nuccio L, Mosqueda R, Valenzuela F. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en servicios de medicina. *Rev. Soc. Ven. Microbiol.* 2008 Dec; 28 (2): 116-20.

4. Arias Miranda IM, González García ME, García-Alcalde Fernández ML, De la Fuente García B, Campoamor Serrano MT, Moris de la Tasa J. Morbilidad hospitalaria en pacientes con infección por VIH. *An Med Interna (Madr).* 2006; 23 (11): 519-24.

5. Marcos M, Arévalo A, Merchán R, Pérez ML, Soler C. Mortalidad hospitalaria en pacientes VIH (1999-2004). ¿Estamos preparados frente a la coinfección por virus hepatotropos? *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2007; 25(4):289-95.

6. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con infección por el VIH a partir del CMBD. Periodo 1999-2005. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2008. Acceso 15 Mayo 2010. Disponible en: [http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/pdf/SPNS\\_Informe\\_semestral.pdf](http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/pdf/SPNS_Informe_semestral.pdf)

7. Gómez Sánchez MC, Mayor Pascual A, Morales de la Cal M. Cuidados de enfermería a pacientes con infección VIH/SIDA. Madrid: ENE & CRYRE. SL; 2009.

8. Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2011). Disponible en: [http://www.mspsi.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/Doc-ConsensoTARGESIDA\\_PNSEnero2011.pdf](http://www.mspsi.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/Doc-ConsensoTARGESIDA_PNSEnero2011.pdf)

9. Bartlett JA, Fath MJ, DeMasi R, Hermes A, Quinn J, Mondou E et al. An updated systematic overview of triple combination therapy in antiretroviral-naive HIV-infected adults. *AIDS.* 2006; 20(16):2051-64

10. Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida. España 2008-2012. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Acceso 13 Diciembre 2010. Disponible en: <http://www.mpsps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PMS200812.pdf>

11. Nieuwkerk PT, Oort FJ. Self reported adherence to antiretroviral therapy for HIV 1 infection and virologic treatment response: a meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2005; 38(4):445-8.
12. Rueda S, Park Wyllie LY, Bayoumi AM, Tynan AM, Antoniou TA, Rourke SB, et al. Educación y apoyo al paciente para promover el cumplimiento del tratamiento antirretroviral de gran actividad para el VIH/SIDA. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/pdf/CD001442.pdf>
13. Mills EJ, Nachega JB, Bangsberg DR, Singh S, Rachlis B, Wu P et al. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient reported barriers and facilitators. *PLoS Med.* 2006 November; 3 (11):e438: 2034-69.
14. Cabrera S, Savio E. Actualizaciones clínico-terapéuticas en infección por el VIH- parte I. Durabilidad del tratamiento antirretroviral (TARV) en pacientes naive. *Rev. panam. Infectol.* 2007; 9 (1):38-49.
15. Knobel H, Polo R, Escobar I, (Coordinadores). Recomendaciones Gesida / SEFH / PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral (Actualización junio de 2008). Disponible en: [http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/Gesida\\_dcycrc2008\\_adherenciaTAR.pdf](http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/Gesida_dcycrc2008_adherenciaTAR.pdf) (Acceso 8.12.09)ACC
16. Llibre JM, Antela A, Arribas JR, Domingo P, Gatell JM, López-Aldeguer J et al. El papel de las combinaciones de antirretrovirales a dosis fijas en el tratamiento de la infección por VIH-1. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010;28:615-20.
17. Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2010) Panel de expertos de Gesida y Plan Nacional sobre el Sida. <http://www.mspsi.es/ciudadanos/enfLesiones/enf-Transmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/Doc-ConsensoTARGESIDAPNSEne2010.pdf>
18. Glass TR, De GS, Weber R, Vernazza PL, Rickenbach M, Furrer H et al. Correlates of self-reported nonadherence to antiretroviral therapy in HIV infected patients: the Swiss HIV Cohort Study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2006; 41(3):385-92.
19. Knobel H, Urbina O, Gonzalez A, Sorli ML, Montero M, Carmona A et al. Impact of different patterns of nonadherence on the outcome of highly active antiretroviral therapy in patients with long-term follow-up. *HIV Med.* 2009; 10(6):364-9.
20. King MS, Brun SC, Kempf DJ. Relationship between Adherence and the Development of Resistance in Antiretroviral-Naive, HIV-1-Infected Patients Receiving Lopinavir/Ritonavir or Nelfinavir. *J Infect Dis.* 2005; 191 (12):2046-52.
21. Amico KR, Harman JJ, Johnson BT. Efficacy of antiretroviral therapy adherence interventions: a research synthesis of trials, 1996 to 2004. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2006; 41(3):285- 97.
22. Varela J, Castells X, Iniesta C, Cots F. Instrumentos de la gestión clínica: desarrollo y perspectivas *Med Clin (Barc).* 2008;130(8):312-8
23. Gervas Camacho J. La gestión de casos y de enfermedades, y la mejora de la coordinación de la atención sanitaria en España. *Gac Sanit.* 2008; 22 (1):163-8.
24. García Pérez E. La gestión de casos en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería. *Metas Enferm.* 2009 may; 12(4): 50-7.
25. Cubillo Arjona G, Jaén Toro M. La enfermera hospitalaria de enlace y la continuidad de los cuidados en los pacientes frágiles. *Arch Memoria.* 2006; 3(2). Acceso 15 Mayo 2010. Disponible en: <http://www.indexf.com/memoria/3/ra20617.php>
26. Leyva Moral JM. Gestión de Casos: aproximación teórica. *Rev Rol Enferm.* 2008; 31 (4): 259-64.
27. Fernández Rodríguez V, Moreno Verdugo A, Perijón Fernández I, Guerra Martín MD. Enfermeras hospitalarias de Enlace (Gestora de casos). *Enferm globo.* 2007 Mayo; 10: 1-11.
28. Espelt Aluja P. La tan mitificada gestión de casos: *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada.* (Revista internet) 2009.(Acceso 15/2/ 2011); 1(3): Artículo 6. Disponible en: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss3/6/>