

Adhesión a los antiretrovirales en personas coinfectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana y tuberculosis¹

Larissa de Araújo Lemos²
Maria Luciana Teles Fiuza³
Renata Karina Reis⁴
André Carvalho Ferrer⁵
Elucir Gir⁶
Marli Teresinha Gimeniz Galvão⁷

Objetivo: evaluar los niveles de adhesión a la terapia antiretroviral en coinfectados por el VIH/tuberculosis y correlacionar esos niveles con las variables sociodemográficas e clínicas de la población estudiada. **Método:** estudio trasversal con 74 personas adultas, de ambos sexos, coinfectadas por HIV/tuberculosis. Fue utilizado para recolectar los datos un formulario de evaluación sociodemográfica y clínica y el Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral. El análisis de los datos fue efectuado con el uso de STATA, versión 11, mediante estadística descriptiva, la prueba ji-cuadrado exacto de Fisher y de probabilidad. **Resultados:** predominaron hombres (79,7%), con edad entre 30 y 39 años (35,1%), baja renta (75,7%) y tuberculosis pulmonar (71,6%). La adhesión a la terapia antiretroviral se mostró inadecuada en 78,1% de los hombres; 61,0% de los solteros; 47,0% de los desempleados y 76,5% entre personas con renta inferior a un salario-mínimo. Se observó diferencia significativa entre la adhesión y el tiempo de uso de los antiretrovirales ($p=0,018$), orientación sexual ($p=0,024$) y número de hijos ($p=0,029$). **Conclusión:** los coinfectados presentaron adhesión inadecuada a los antiretrovirales, hecho que influye negativamente en las condiciones de salud de las personas que viven con la coinfección HIV/tuberculosis. Se constató correlación estadísticamente significativa entre los niveles de adhesión y algunas características sociodemográficas y clínicas.

Descriptores: Cumplimiento de la Medicación; Coinfección; VIH; Tuberculosis.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Qualidade de vida, religiosidade e adesão à terapia antirretroviral de coinfectados por HIV/ Tuberculose", presentada a la Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

² Estudiante de Doctorado, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. RN, Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, Fortaleza, CE, Brasil.

³ Estudiante de Doctorado, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. RN, Hospital Universitário Walter Cantídeo, Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ PhD, Professor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Doctor, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

⁶ PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁷ PhD, Profesor Doctor, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Cómo citar este artículo

Lemos LA, Fiuza MLT, Reis RK, Ferrer AC, Gir E, Galvão MTG. Adherence to antiretrovirals in people coinfectad with the human immunodeficiency virus and tuberculosis. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2691. [Access

mes día año]; Available in: _____ URL. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0537.2691>.

Introducción

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) ha sido considerada uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de la Tuberculosis (TB) activa, a partir de una infección latente en personas infectadas por el *Mycobacterium tuberculosis*⁽¹⁾.

La infección por el VIH representa un reto significativo para el control de la TB mundial. La TB es la segunda principal causa de muerte por enfermedades infecciosas en todo el mundo y la principal causa entre personas que viven con VIH. Aproximadamente, 13,0% de los casos de TB ocurren en personas que viven con VIH⁽²⁾.

La adhesión al tratamiento de la TB y del VIH/SIDA es de importancia fundamental para el control de las infecciones ya que, aunque siendo consideradas infecciones crónicas, el tratamiento de la tuberculosis tiene duración de seis a nueve meses, a depender del tipo de TB, mientras que el tratamiento del VIH/SIDA perdura por toda la vida⁽³⁾.

La coinfección VIH/TB resulta en tasas de mortalidad más altas que la infección solamente por el VIH⁽⁴⁾. La resistencia a los tuberculostáticos, además del elevado riesgo de transmisión del bacilo de la TB, surgió debido al abandono y al uso inadecuado de los fármacos contra la TB. Las personas que viven con VIH tienen mayor riesgo de reactivación de la infección tuberculosa latente y como consecuencia de la respuesta inmunológica deficiente. En coinfectados, la mortalidad suele relacionarse al diagnóstico tardío, ya que algunas personas con VIH postergan la búsqueda por los servicios de salud por miedo de recibir un diagnóstico de SIDA⁽⁵⁾.

Respecto a la evolución de la enfermedad, ha sido observada la reducción de la sobrevivencia de personas con VIH/SIDA después del desarrollo de la TB activa. Además, la infección por el VIH altera la infección por TB, su manifestación clínica, duración del tratamiento y tolerancia a los tuberculostáticos. Sin embargo, con la práctica correcta del tratamiento, aproximadamente 90,0% de los coinfectados con TB activa pueden alcanzar el alta por cura⁽⁶⁾.

La Terapia Antiretroviral (TARV) redujo significativamente el riesgo de morbilidad y mortalidad por TB. Un estudio indica que el uso adecuado de la ARVT disminuye el riesgo de desarrollo de la TB en 65,0%, independientemente del conteo de linfocitos T CD4⁺⁽⁷⁾.

Las personas en tratamiento concomitante de las dos enfermedades pueden estar en riesgo para disminuir la adhesión en uno o ambos tratamientos. La baja adhesión al tratamiento de la TB y del VIH puede llevar al aumento del riesgo de la resistencia a

los medicamentos, de recaídas, de óbito y, además, prolongar la infecciosidad⁽⁸⁾.

Las características frecuentemente indicadas en investigaciones sobre adhesión a las medicaciones relacionadas a las diversas condiciones de salud abarcan las cuestiones sociales, ambientales, culturales y psicológicas de los pacientes, además de características intrínsecas al tratamiento⁽¹⁾.

Ante el expuesto, la finalidad fue evaluar los niveles de adhesión a la terapia antiretroviral en coinfectados por el VIH/tuberculosis y correlacionar esos niveles con las variables sociodemográficas y clínicas de la población estudiada.

Método

Se trata de estudio descriptivo, de cohorte transversal, desarrollado en hospital público de enseñanza y referencia para diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas en el Estado de Ceará. Los datos fueron recolectados en un período consecutivo de seis meses, de septiembre del 2012 a enero del 2013.

La población incluyó 74 personas con coinfección VIH/TB y seguidas en el ambulatorio del servicio, cuyos criterios de inclusión fueron: edad igual o superior a 18 años, de ambos sexos, con diagnóstico médico de infección por el VIH y de tuberculosis (coinfección VIH/TB), formalmente registrado en el archivo. Ese número representó 90,2% del total de coinfectados atendidos en el servicio en el período de la investigación.

Los participantes fueron captados para el estudio cuando comparecieron a la consulta externa de rutina. Las entrevistas se realizaron en ambiente privativo, permitiendo el sigilo y la confidencialidad de las informaciones recolectadas.

Para recolectar los datos, fue utilizado un instrumento de evaluación sociodemográfica y clínica, cuyas variables identificadas por fuente primaria fueron: edad, sexo, color auto-referido, escolaridad, ocupación, renta, situación conyugal, orientación sexual, número de hijos y número de personas que viven en el mismo domicilio. Los datos clínicos fueron: serología actual de la pareja, tiempo de diagnóstico de la infección por el VIH, tiempo de uso de los antiretrovirales, cantidad de internaciones por complicaciones consecuentes al VIH, conteo de linfocitos T CD4⁺, carga viral y forma de exposición de la tuberculosis.

Con objeto de evaluar la adhesión al tratamiento antiretroviral, fue empleada la versión brasileña del Cuestionario para Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral (CEAT-HIV), instrumento aplicable a personas infectadas por el VIH, con 20 preguntas, en que la puntuación total se alcanza por

la suma de las respuestas de todos los ítems (valor mínimo posible 17, valor máximo posible 89). Cuanto mayor la puntuación, mayor el grado de adhesión al tratamiento. El grado de adhesión cumple con las siguientes categorías: inadecuada o baja/insuficiente (*score* bruto ≤ 74), buena/adecuada (*score* bruto entre 75 y 79) y estricta (*score* bruto ≥ 80)⁽⁹⁾. En el presente estudio, para fines de análisis de los datos, considerando que fue empleada la prueba ji-cuadrado exacto de Fisher, la adhesión fue clasificada en buena/adecuada y estricta (*score* bruto ≥ 75) e inadecuada o baja/insuficiente (*score* bruto ≤ 74). La adhesión inadecuada es caracterizada por el abandono del tratamiento por completo o por su seguimiento incorrecto.

Para los análisis estadísticos, fue utilizado el programa STATA, versión 11.0. Las características sociodemográficas y clínicas fueron dispuestas mediante estadística descriptiva, por distribuciones de frecuencias uni y bivariadas y medidas descriptivas (promedio y desvío estándar). Los valores de p fueron calculados con el uso de la prueba ji-cuadrado exacto de Fisher y de probabilidad. El nivel de significancia adoptado fue del 5,0% ($p \leq 0,05$).

El estudio recibió la aprobación del Comité de Ética en Investigación bajo Protocolo nº93.437, cumpliendo con las recomendaciones de la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud.

Resultados

Considerándose las 74 personas investigadas, 79,7% era del sexo masculino. El rango de edad predominante fue de 30 a 39 años (35,1%), con promedio de edad de 37,7 años (desviación típica-

dt=10,88), edad mínima de 20 años y máxima de 71 años.

En la distribución del color auto-referido, predominaron individuos de color pardo (58,1%). Respecto al estado civil, 31,1% era casado o vivía en unión estable. Con relación a la orientación sexual, 61,7% refería ser heterosexual. En la escolaridad, 42,4% relató haber cursado la educación secundaria completa, siendo el promedio de aproximadamente 9,3 años de estudio, con mínimo de 0 y máximo de 20 años de estudio. Respecto a la situación ocupacional, se observó que 40,5% estaba desempleado y 75,7% tenía renta inferior a un salario mínimo (Tabla 1).

Con relación a la adhesión a la medicación, para este estudio, fue considerado solamente el consentimiento de la terapia antirretroviral, ya que la literatura no presenta ningún instrumento validado para mensurar la adhesión a la TARV y a los tuberculostáticos concomitantemente entre los coinfectados por HIV/TB.

En la Tabla 1 se observan las correlaciones entre las características sociodemográficas y los niveles de adhesión a los antiretrovirales de los coinfectados por VIH/TB. Del total, 10 (13,5%) fueron clasificados con grados de adhesión adecuada, y 64 (86,5%) presentaron niveles inadecuados.

En la evaluación de las variables sexo, edad, color, situación conyugal, escolaridad, ocupación, renta y número de moradores en el mismo domicilio, correlacionadas a los niveles de adhesión, no fueron verificadas diferencias estadísticamente significantes. En contrapartida, fueron encontradas diferencias proporcionales estadísticamente significantes entre orientación sexual y adhesión (valor de $p=0,024$) y número de hijos y adhesión ($p=0,029$) (Tabla 1).

Tabla 1 – Distribución de las características sociodemográficas de los 74 coinfectados por VIH/tuberculosis y los niveles de adhesión a los antiretrovirales. Fortaleza, CE, Brasil, 2012

| Variables | Adhesión a la TARV* | | Total N (%) | P |
|---------------------|---------------------|---------------------|----------------|-------|
| | Adecuada N (%) | Inadecuada N (%) | | |
| Sexo | | | | 0,676 |
| Masculino | 9 (90,0) | 50 (78,1) | 59 (79,7) | |
| Femenino | 1 (10,0) | 14 (21,9) | 15 (20,3) | |
| Edad (años) | | | | 0,22 |
| Hasta 29 | 4 (40,0) | 14 (21,9) | 18 (24,3) | |
| 30–39 | 3 (30,0) | 23 (36,0) | 26 (35,1) | |
| 40–49 | 3 (30,0) | 20 (31,2) | 23 (31,1) | |
| 50–59 | 0 (0,0) | 3 (4,7) | 3 (4,1) | |
| ≥ 60 | 0 (0,0) | 4 (6,2) | 4 (5,4) | |
| Color auto-referido | | | | 1,000 |
| Blanco | 4 (40,0) | 26 (40,6) | 30 (40,5) | |
| Negro | 0 (0,0) | 1 (2,5) | 1 (1,4) | |
| Pardo | 6 (60,0) | 37 (57,9) | 43 (58,1) | |

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

| Variables | Adhesión a la TARV* | | Total N (%) | p |
|-----------------------------------|---------------------|---------------------|----------------|-------|
| | Adecuada N (%) | Inadecuada N (%) | | |
| Situación conyugal | | | | 0,768 |
| Casado/unión consensual | 3 (30,0) | 17 (26,5) | 20 (27,0) | |
| Soltero | 7 (70,0) | 39 (61,0) | 46 (62,2) | |
| Otros | 0 (0,0) | 8 (12,5) | 8 (10,8) | |
| Orientación sexual | | | | 0,024 |
| Heterosexual | 5 (50,0) | 43 (67,2) | 48 (64,9) | |
| Homosexual | 5 (50,0) | 9 (14,0) | 14 (18,9) | |
| Bisexual | 0 (0,0) | 12 (18,8) | 12 (16,2) | |
| Escolaridad | | | | 0,21 |
| Analfabeto | 0 (0,0) | 6 (9,3) | 6 (8,1) | |
| Educación primaria | 2 (20,0) | 30 (46,9) | 32 (43,2) | |
| Educación secundaria | 7 (70,0) | 28 (43,8) | 35 (47,3) | |
| Superior | 1 (10,0) | 0 (0,0) | 1 (1,4) | |
| Ocupación | | | | 0,828 |
| Empleado | 3 (30,0) | 13 (20,3) | 16 (21,6) | |
| Desempleado | 4 (40,0) | 26 (40,7) | 30 (40,5) | |
| Otros | 3 (30,0) | 25 (39,0) | 28 (37,9) | |
| Renta (salario-mínimo)† | | | | 0,672 |
| <1 | 7 (70,0) | 49 (76,5) | 56 (75,7) | |
| 1-2 | 2 (20,0) | 12 (18,7) | 14 (18,9) | |
| >2 | 1 (10,0) | 3 (4,69) | 4 (5,4) | |
| Número de hijos | | | | 0,029 |
| 0 | 8 (80,0) | 22 (34,4) | 30 (40,6) | |
| 1-2 | 1 (10,0) | 21 (32,8) | 22 (29,7) | |
| ≥3 | 1 (10,0) | 21 (32,8) | 22 (29,7) | |
| Número de moradores por domicilio | | | | 0,421 |
| 1 | 0 (0,0) | 11 (17,1) | 11 (14,9) | |
| 2-3 | 5 (50,0) | 21 (32,8) | 26 (35,2) | |
| ≥4 | 5 (50,0) | 32 (50,0) | 37 (50,0) | |

*Terapia antiretroviral; †Salario-mínimo en 2012 en Brasil: R\$622,00.

En la evaluación de las características clínicas de los coinfectados por VIH/TB y la correlación con el grado de adhesión, fue observado que, con relación al conocimiento de la serología de la pareja sexual, de las 23 personas cuyas parejas hicieron la prueba anti-VIH, 86,9% estaba con adhesión inadecuada (n=20), independiente del resultado de la referida prueba. Se observa que las tres personas con adhesión adecuado tenían pareja sexual actual seroconcordante (Tabla 2).

Fue encontrada significancia estadística con relación al tiempo de uso de la TARV y los niveles de adhesión (p=0,018). Sin embargo, las demás variables (serología de la pareja, tiempo de diagnóstico, conteo de CD4+, carga viral e internaciones) no se mostraron proporcionalmente semejantes, pues los valores de p fueron superiores a 0,05 (p≥0,05).

Tabla 2 – Distribución de las características clínicas de los 74 coinfectados por VIH/tuberculosis y los niveles de adhesión a los antiretrovirales. Fortaleza, CE, Brasil, 2012

| Variables | Adhesión a la TARV* | | Total N (%) | P |
|--|---------------------|---------------------|----------------|-------|
| | Adecuada N (%) | Inadecuada N (%) | | |
| Serología de la pareja (n=23) | | | | 1,000 |
| Positiva (n=16) | 3 (100,0) | 13 (65,0) | 16 (69,7) | |
| Negativa (n=3) | 0 (0,0) | 3 (15,0) | 3 (13,0) | |
| No sabe/no testada (n=4) | 0 (0,0) | 4 (20,0) | 4 (17,4) | |
| Tiempo de diagnóstico del VIH (años) | | | | 0,680 |
| <1 | 6 (60,0) | 28 (43,8) | 34 (46,9) | |
| 1-5 | 3 (30,0) | 22 (34,3) | 25 (33,8) | |
| >5 | 1 (10,0) | 14 (21,9) | 15 (20,3) | |
| Linfocitos T CD4+ (células/mm ³) | | | | 0,528 |
| <200 | 7 (70,0) | 31 (48,5) | 38 (51,4) | |
| 200-499 | 3 (30,0) | 29 (45,3) | 32 (43,2) | |
| ≥500 | 0 (0,0) | 4 (6,2) | 4 (5,4) | |
| Carga viral (copias/ml) | | | | 0,190 |
| <50 | 5 (50,0) | 14 (22,0) | 19 (25,7) | |
| 50-10.000 | 1 (10,0) | 9 (14,0) | 10 (13,5) | |
| >10.000 | 4 (40,0) | 41 (64,0) | 45 (60,8) | |
| Tiempo de uso de la TARV (meses) | | | | 0,018 |
| <6 | 2 (20,0) | 34 (53,1) | 36 (48,6) | |
| 6-12 | 5 (50,0) | 8 (12,5) | 13 (17,6) | |
| >12 | 3 (30,0) | 22 (34,4) | 25 (33,8) | |
| Internaciones por complicaciones por el VIH | | | | 0,749 |
| 0 | 4 (40,0) | 18 (28,1) | 22 (29,7) | |
| 1-2 | 4 (40,0) | 33 (51,5) | 37 (50,0) | |
| >3 | 2 (20,0) | 13 (20,4) | 15 (20,3) | |

*Terapia antiretroviral.

En el análisis de las formas de exposición a la tuberculosis, se demostró el predominio de la forma pulmonar y, respecto a la adhesión a la TARV, no se observó diferencia estadísticamente significativa ($p=0,374$) (Tabla 3).

Tabla 3 – Distribución de las formas de presentación de la tuberculosis y los niveles de adhesión a los antiretrovirales de los 74 coinfectados por VIH/tuberculosis. Fortaleza, CE, Brasil, 2012

| Tipo de tuberculosis | Adhesión a la TARV* | | Total N (%) | p |
|--|---------------------|---------------------|----------------|-------|
| | Adecuada N (%) | Inadecuada N (%) | | |
| Pulmonar | 6 (60,0) | 47 (73,4) | 53 (71,6) | 0,374 |
| Extrapulmonar | 4 (40,0) | 13 (20,3) | 17 (22,9) | |
| Pulmonar + extrapulmonar (mixta) | 0 (0,0) | 4 (6,3) | 4 (5,4) | |

*Terapia antiretroviral

Discusión

Similar al encontrado en este estudio, la coinfección VIH/TB fue más frecuente en individuos en el rango de

edad de 30 a 39 años, que representa la parte más económicamente activa de la población⁽¹⁰⁻¹¹⁾. En Brasil, la epidemia del SIDA viene creciendo entre los individuos más jóvenes y mujeres. Sin embargo, según observado en otros estudios⁽¹¹⁻¹²⁾, la población coinfectada por VIH/TB incluía predominantemente hombres de edad económicamente productiva.

Entre las variables estudiadas, aquella fuertemente asociada a las condiciones socioeconómicas precarias es la escolaridad. Utilizándola como medida substituta de la pobreza, se sugiere que las personas con esa coinfección están en situación de empobrecimiento, con capacidad disminuida para lidiar con las consecuencias de las enfermedades debido al acceso deficiente a servicios preventivos, diagnósticos y curativos⁽¹³⁾.

Se ha informado que la coinfección VIH/TB tiene asociación significativa con la residencia en área urbano y la TB extrapulmonar. Tras el establecimiento del SIDA, se sabe que las formas extrapulmonares de la TB son cada vez más comunes⁽¹⁰⁾. Respecto a la forma de la TB, esa información no corrobora los presentes hallazgos, en

que el predominio de la forma clínica de la tuberculosis fue la pulmonar en personas que viven con VIH.

Con relación a la situación ocupacional, existen altos índices de desempleo entre los portadores de la coinfección. Tal hallazgo también fue observado en este estudio, demostrando que las dificultades económicas y sociales pueden influir en sus posibilidades profesionales, limitándolas a condiciones desfavorables de vida y trabajo, manteniendo su estado de pobreza⁽¹⁴⁾.

En otro estudio, la actividad profesional fue citada como uno de los factores más relevantes para enfrentar la condición de infectado por el VIH. El ambiente de trabajo fue indicado como lugar de convivio y troca de experiencia entre las personas, lo que favorece el enfrentamiento psíquico de la infección. En la situación de enfermedad, la disponibilidad del apoyo social aumenta la autoestima y la voluntad de vivir, contribuyendo al éxito de su tratamiento⁽¹⁵⁾.

Los participantes del presente estudio revelaron niveles de conteo de células T CD4+ bajos y carga viral alta, corroborando la literatura e indicando que la TB es una infección oportunista, fuertemente asociada a la disminución del sistema inmunológico. Se observa que las personas con coinfección VIH/TB generalmente presentan mayor comprometimiento del sistema inmunológico cuando comparadas a los individuos solamente infectados por el VIH, en fase asintomática⁽¹²⁾.

Las dificultades más frecuentes enfrentadas por las personas viviendo con coinfección VIH/TB están relacionadas a las cuestiones socioeconómicas, a los factores sociales, al estilo de vida, y también a las dificultades con los regímenes terapéuticos y con los intervalos entre las dosis de las medicaciones, caracterizándose como motivos que interfieren de forma significativa en la adhesión continuada y eficaz⁽¹⁶⁾.

El tratamiento de personas coinfectadas suele ser difícil. Los pacientes con TB necesitan de tratamiento de largo plazo, con varias medicaciones. Para aquellos con VIH/TB, cumplir con el esquema terapéutico es difícil debido a la necesidad de utilizar medicamentos concomitantes para tratar las dos infecciones⁽¹⁰⁾. Esa situación puede haber contribuido para que la adhesión a la TARV en este estudio fuera predominantemente inadecuada.

Una investigación indica que las variables significativamente asociadas con la no adhesión a la doble terapia fueron: sexo masculino, baja renta, presencia de tres o más condiciones crónicas, pareja sabidamente seropositiva para el VIH y haber mantenido relaciones sexuales en los últimos tres meses⁽¹⁾.

En estudio con objeto de identificar los determinantes de la adhesión a la medicación en coinfectados por VIH/TB, se demostró que muchas personas viviendo en

un mismo domicilio, falta de recursos financieros para promover su autocuidado y conocimiento deficiente acerca de las enfermedades fueron factores que interfirieron en la adhesión adecuada a la medicación. Las variables sociodemográficas no fueron consideradas factores predictores que influenciaban la adhesión a la medicación⁽³⁾, diferente de la hipótesis científica formulada para este estudio.

En la evaluación de la calidad de vida de personas que viven con VIH/SIDA, según los grados de adhesión a la medicación antiretroviral, fue identificado que los individuos clasificados como no adherentes al tratamiento obtuvieron peores puntuaciones en todos los dominios de calidad de vida, demostrando que la no adhesión a la terapéutica es un problema amplio, perjudicando el individuo y la población de manera general⁽¹⁷⁾.

Conclusión

La adhesión a la TARV entre los coinfectados se mostró perjudicada en una parte significativa de las personas en uso de antiretrovirales. Además, se observó diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de adhesión a los antiretrovirales y el tiempo de uso de la TARV, la orientación sexual y el número de hijos.

Los datos demostraron que hay implicaciones relacionadas a la adhesión a los medicamentos y a la doble infección, cuya ingestión adecuada de las medicaciones es necesaria para alcanzar mejores condiciones clínicas y de salud. Además, las consecuencias de la falta de adhesión tienen repercusiones particularmente en la sobrevida de los paciente, pudiendo causar elevación de los índices de mortalidad entre personas viviendo con la coinfección VIH/TB.

En este estudio se apunta la necesidad de desarrollar un instrumento de medida de adhesión específica para personas con coinfección VIH/TB, demostrando así una limitación en la evaluación de la adhesión de los coinfectados, ya que su análisis se restringió solamente a la adhesión a la TARV.

Referencias

1. Kipp AM, Pungrassami P, Nilmanat K, Sengupta S, Poole C, Strauss RP, et al. Socio-demographic and AIDS-related factors associated with tuberculosis stigma in Southern Thailand: a quantitative, cross-sectional study of stigma among patients with TB and healthy community members. *BMC Public Health*. [Internet] 2011 [Acesso 20 abril 2015];11:675. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/675>
2. Adane AA, Alene KA, Koye DN, Zeleke BM. Non-adherence to anti-tuberculosis treatment and determinant factors among patients with tuberculosis in Northwest Ethiopia. *PLoS ONE*. [Internet]. 2013

- [Acesso 20 abril 2015];8(11). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3823971/pdf/pone.0078791.pdf>
3. Méda ZC, Lin YT, Sombié I, Maré D, Morisky DE, Chen YMA. Medication-adherence predictors among patients with tuberculosis or human immunodeficiency virus infection in Burkina Faso. *J Microbiol Immunol Infect.* [Internet]. 2014 [Acesso 21 abril 2015];47:222-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmii.2013.05.001>
 4. Komati S, Shaw PA, Stubbs N, Mathibedi MJ, Malan L, Sangweni P, et al. Tuberculosis risk factors and mortality for HIV infected persons receiving antiretroviral therapy in south Africa. *Aids.* 2010;24(12):1849-55.
 5. Thompson MA, Mugavero MJ, Rivet Amico K, Cargill VA, Chang LW, Gross R, et al. Guidelines for improving entry into and retention in care and antiretroviral adherence for persons with HIV: evidence-based recommendations from an International Association of Physicians in AIDS Care Panel. *Ann Intern Med.* 2012;156(11):817-33.
 6. Kittikraisak W, Kingkaew P, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Natesuwan S, Manosuthi W, et al. Health related quality of life among patients with tuberculosis and HIV in Thailand. *PLoS One.* 2012;7(1):e29775. doi:10.1371/journal.pone.0029775
 7. Suthar AB, Lawn SD, Del Amo J, Getahum H, Dye C, Sculier D, et al. Antiretroviral therapy for prevention of tuberculosis in adults with HIV: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2012;9(7). doi:10.1371/journal.pmed.1001270
 8. Naidoo P, Peltzer K, Louw J, Matseke G, Mchunu G, Tutshana B. Predictors of tuberculosis (TB) and antiretroviral (ARV) medication non-adherence in public primary care patients in South Africa: a cross sectional study. *BMC Public Health.* [Internet]. 2013 [Acesso 21 abril 2015];13:396. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/396>
 9. Remor E, Milner-Moskovics J, Preussler G. Adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral". *Rev Saúde Pública.* 2007;41(5):685-94.
 10. Prado TN, Caus AL, Marques M, Maciel EL, Golub JE, Miranda AE. Epidemiological profile of adult patients with tuberculosis and AIDS in the state of Espírito Santo, Brazil: cross-referencing tuberculosis and AIDS databases. *J Bras Pneumol.* 2011;37(1):93-9.
 11. Rodrigues JLC, Fiegenbaum M, Martins AF. Prevalência de coinfeção tuberculose/HIV em pacientes do Centro de Saúde Modelo de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Sci Med.* 2010;20(3):212-7.
 12. Neves LAS, Canini SEM, Reis RK, Santos CB, Gir E. Aids e tuberculose: a coinfeção vista pela perspectiva da qualidade de vida dos indivíduos. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(3):704-10.
 13. Hino P, Takahashi RF, Bertolozzi MR, Egry EY. Coinfection of Tuberculosis/Human Immunodeficiency Virus in an Administrative District in the City of São Paulo. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(5):755-61.
 14. Cheade MFM, Ivo ML, Siqueira PHGS, Sá RG, Honer MR. Caracterização da tuberculose em portadores de HIV/AIDS em um serviço de referência de Mato Grosso do Sul. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2009; 42(2):119-25.
 15. Ferreira RCM, Figueiredo MAC, Souza LB. Trabalho, HIV/AIDS: enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres. *Psicol Estud.* 2011;16(2):259-67.
 16. Filho MPS, Luna IT, Silva KL, Pinheiro PNC. Pacientes vivendo com HIV/AIDS e coinfeção tuberculose: dificuldades associadas à adesão ou ao abandono do tratamento. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(2):139-45.
 17. Silva ACO, Reis RK, Nogueira JA, Gir E. Quality of life, clinical characteristics and treatment adherence of people living with HIV/AIDS. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014;22(6):994-1000.

Recibido: 18.12.2014

Aceptado: 25.7.2015

Correspondencia:

Larissa de Araújo Lemos
 Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem
 Rua: Alexandre Baraúna, 1115
 Bairro: Rodolfo Teófilo
 CEP: 60.430-160, Fortaleza, CE, Brasil
 E-mail: lariss_araujo@hotmail.com

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.