



Español

Universidade Federal Fluminense



ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA

Artículos Originales



Factores sociales, clínicos y de adhesión en coinfectados por HIV/ Tuberculosis: estudio descriptivo

Gabriela Souza Damásio¹, Heloisa Martins França¹, Isabelle Christine Marinho de Oliveira¹, Aryele Rayana Antunes de Araújo¹, Alessandra Rodrigues Feijão¹

¹ Universidad Federal de Rio Grande del Norte

RESUMEN

Objetivo: Evaluar las influencias de los aspectos sociales y clínicos en la adhesión medicamentosa de los portadores de coinfección HIV/Tuberculosis. **Método:** Estudio descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo, realizado en una institución pública del estado de Rio Grande del Norte, en el período de agosto de 2014 a enero de 2015, con 34 usuarios portadores de coinfección HIV/TB. Los instrumentos utilizados fueron: La evaluación sociodemográfica y clínica, el test de Morisky y Green y la evaluación del grado de dificultad para adherir al tratamiento. **Resultados:** La adhesión al tratamiento se asoció significativamente al tiempo de diagnóstico para HIV superior a cinco años, presentando moderada dificultad a la adhesión medicamentosa ($p=0,019$). **Conclusión:** Los profesionales no consideran las dificultades de adhesión al tratamiento en el contexto general en que están inseridos los usuarios, incluyendo los factores asociados y las acciones planeadas por el servicio, influenciando significativamente en el desenlace del tratamiento.

Descriptor: Cumplimiento de la Medicación; VIH; Tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 36,9 millones de personas viven con el virus de inmunodeficiencia humana (HIV) en el mundo⁽¹⁾. En esta población, el riesgo de tener tuberculosis (TB) es aumentado en relación a los que no poseen el virus, debido a la disminución de las defensas, lo que caracteriza una condición de gran impacto en la tasa de mortalidad en los países en desarrollo⁽²⁾.

Por eso, respecto a la coinfección HIV/TB, en 2014, de las 9,6 millones de personas que tuvieron TB, 1,5 millones murieron, de ellas, 0,4 millones eran HIV positivo⁽¹⁾. En Brasil, los números llegan a 798 mil casos notificados de personas que viven con HIV/SIDA (PVHA) y 63.189 mil nuevos casos de TB, resultando en una tasa de coinfectados de 9,7%⁽³⁻⁴⁾. En el nordeste, esa tasa llega a 7,9%, con dinámica de interiorización de la enfermedad, mostrando como los factores sociales, como la pobreza y la ausencia de inversiones en programas eficaces de prevención y tratamiento, influyen y dificultan el enfrentamiento a ambas patologías, principalmente de la TB, que es la primera causa de óbito entre las enfermedades infecciosas definidas en los pacientes con HIV/SIDA⁽²⁻³⁾.

El inicio precoz de la terapia antirretroviral (ART) durante el tratamiento de la TB está coligado a una disminución de todas las causas de mortalidad en ese grupo⁽⁵⁻⁶⁾, y el inicio precoz de la ART en pacientes con HIV reduce el riesgo de desarrollar TB en aproximadamente 65%⁽¹⁾. No obstante, estudios recientes señalan que, mundialmente, solo un tercio de los pacientes coinfectados HIV/TB reciben ART en tiempo adecuado. Las barreras en diferentes vertientes del tratamiento destacan la necesidad de que los servicios de salud se comprometan con la clientela, por medio de la integración de los cuidados y servicios en todos los niveles de atención⁽⁷⁾.

Considerando que la adherencia a las terapias antirretroviral y tuberculostática es una importante medida para la reducción y control de los casos HIV/TB, la dificultad de adherir al tratamiento constituye un importante factor para que las tasas de incidencia y prevalencia de infecciones, permanezcan altas en el país, impactando fuertemente en el comportamiento epidemiológico⁽⁸⁾.

Un estudio de revisión muestra que la bibliografía disponible sobre la adhesión al tratamiento es prácticamente restricta a Brasil⁽⁹⁾. Según el boletín de control epidemiológico de TB, en 2015, 12.337 casos de retratamiento para TB en Brasil fueron registrados, lo que representa 16,3% dos 63.189 nuevos casos notificados en Brasil. Con los porcentuales insatisfactorios de cura de TB inferiores a 80%, y de abandono de la terapia de 11%, se verifica que, a pesar de que el tratamiento se ofrece al público gratuitamente en Brasil, los índices de abandono y el uso irregular de los medicamentos son significativos⁽³⁾.

Por lo tanto, conocer la relación existente entre los aspectos sociales y clínicos en la dificultad de adhesión medicamentosa por los portadores de coinfección HIV/TB indicará evidencias para un planeamiento del servicio de salud para enfrentar tal problemática. De esa forma, el objetivo de este estudio es evaluar las influencias de los aspectos sociales y clínicos para que los portadores de coinfección HIV/TB adhieran a los medicamentos.

MÉTODO

Estudio descriptivo, de corte transversal y abordaje cuantitativo, desarrollado en el Hospital Giselda Trigueiro (HGT), institución pública de referencia en el estado de Rio Grande del Norte (RN), en los atendimientos a nivel ambulatorio

y tratamiento de pacientes portadores de coinfección HIV/TB.

En RN, de 2008 a 2012, se notificaron 382 casos de TB asociada al HIV dando una media de 76,4 casos por año. Con base en esa media, se calculó la muestra de este estudio, considerando el período de agosto de 2014 a enero de 2015, correspondiente a seis meses, estimándose una muestra de 38 sujetos.

Los criterios de inclusión adoptados fueron: individuos seropositivos para HIV, con diagnóstico de TB, edad igual o superior a 18 años, y en tratamiento con esquema básico preconizado por el Programa Nacional de Combate a la Tuberculosis. Como criterios de exclusión, se eligieron usuarios con alguna dificultad de comprensión y expresión verbal, individuos institucionalizados o que vivían en la calle, o pacientes que fueron internados y pararon el tratamiento para TB debido a los efectos colaterales graves.

Los participantes se seleccionaron por conveniencia, o sea, a medida que comparecían a la consulta en el servicio. Se abordaban a los sujetos antes de las consultas médicas, en una sala reservada. La recolecta de los datos se realizó después de la firma del Término de Consentimiento Libre y Aclarado, por medio de una entrevista donde se aplicaron tres instrumentos. El primero fue un formulario de evaluación sociodemográfica y clínica, para caracterizar a los sujetos, que incluía las variables sexo, edad, estado civil, grado de escolaridad, renda familiar mensual, procedencia, tiempo de diagnóstico de la infección por HIV, categoría de exposición al HIV, serología de la pareja, inicio de régimen terapéutico antirretroviral, tiempo del esquema tuberculostático, tipo de tuberculosis, exámenes realizados y síntomas referidos en el atendimento.

El segundo instrumento fue el Test de Morisky y Green (TMG), escala simple validada en Brasil, que objetiva identificar actitudes y

comportamientos al adherir al tratamiento, compuesta por cuatro cuestiones: 1. ¿A usted alguna vez se le olvidó tomar su remedio? 2. ¿Usted a veces, se descuida con el horario de tomar su remedio? 3. ¿Cuándo usted se siente bien, a veces, deja de tomar su remedio? 4. ¿Cuándo usted se siente mal, a veces, deja de tomar el remedio? La forma de evaluación ocurre por las respuestas dicotómicas: SI vale 0 y NO vale 1. De acuerdo con el protocolo del TMG, se considera adhesión al tratamiento, al paciente que obtiene puntuación máxima de cuatro puntos y no adhesión al que obtiene tres puntos o menos.

El tercer instrumento utilizado fue la evaluación del grado de dificultad para adherir al tratamiento, basado en el estudio de Marques (2006)⁽¹¹⁾. El instrumento originalmente presenta 17 cuestiones, pero en este estudio, se utilizaron solamente 10 ítems, según su objetivo. Las respuestas fueron dadas en escala tipo Likert con cinco niveles: concuerdo totalmente; concuerdo parcialmente; indeciso; discuerdo parcialmente; discuerdo totalmente, con valores respectivos de 5, 4, 3, 2, 1. El resultado es fornecido por la suma de los valores de las respuestas, utilizando puntuación equivalente a la del instrumento original, de acuerdo a: los pacientes que totalizan de 10 a 20 puntos, no presentan ninguna dificultad para adherir al tratamiento; de 21 a 30 puntos, poca dificultad para adherir al tratamiento; de 31 a 40 puntos, moderada dificultad para adherir al tratamiento; de 41 a 50 puntos, mucha dificultad para adherir al tratamiento.

Los datos fueron analizados por el software Statistical Package for Social Science (SPSS), versión 20.0 y el software libre R, versión 3.0. Inicialmente, fue averiguado si los datos en estudio presentaban distribución normal, por medio del test de Shapiro Wilks, presupuesto necesario para aplicar el test pa-

ramétrico de comparación de media, el test t de Student. Como la normalidad de datos no fue atendida, se aplicó el test no paramétrico de Mann-Whitney y chi-cuadrado. Fueron consideradas estadísticamente significantes las correlaciones con $p < 0,05$. Para confiabilidad de los datos, fue utilizado el test estadístico de Cronbach's Alfa.

El estudio siguió los preceptos éticos de la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud, y fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Rio Grande del Norte (UFRN), con el parecer 650.693, CAAE: 27939814900005537.

RESULTADOS

Se entrevistaron a 34 sujetos portadores de coinfección HIV/TB. La mayoría de los individuos entrevistados en este estudio era del sexo masculino (85,29%); la media de edad fue de 37,24 años y variación entre 23 y 61 años. Cuanto a la situación conyugal, 50% eran casados o en unión estable, y la media de hijos fue de 1,94. La mayoría era procedente del interior del estado (61,77%), 44,12% tenían enseñanza fundamental incompleta, y 85,19% tenían renta familiar entre uno y dos salarios mínimos.

Relativo a los demás datos, 51,52% de los pacientes recibieron diagnóstico de la infección por HIV hace más de cinco años, y 54,94% se infectaron por medio de la exposición por relación sexual. Con relación a la TB, 90,01% tenían predominantemente la forma pulmonar, con destaque para los síntomas tos (73,53%) y fiebre (61,76%). El tiempo medio para el diagnóstico de la TB fue de 3,25 meses, siendo la radiografía y el BAAR (Bacilos Alcohol-Ácido Resistentes) los principales exámenes realizados para diagnosticar y acompañar el tratamiento, como muestra la tabla 1.

Tabla 1 - Caracterización sociodemográfica y clínica de los portadores de coinfección HIV/TB. Natal/Brasil, 2014-2015

Variables	N (%)
Sexo	
Masculino	29 (85,29%)
Femenino	5 (14,71%)
Rango etario	
21 - 30 años	8 (23,53%)
31 - 40 años	15 (44,12%)
Más de 40 años	11 (32,35%)
Estado civil	
Soltero	17 (50,00%)
Casado	8 (23,53%)
Unión estable	9 (26,47%)
Grado de escolaridad	
Analfabeto	2 (5,88%)
Enseñanza fundamental incompleta	15 (44,12%)
Enseñanza fundamental completa	5 (14,71%)
Enseñanza media incompleta	5 (14,71%)
Enseñanza media completa	7 (20,58%)
Renta familiar mensual	
Hasta 1 salario mínimo	11 (14,81%)
1 a 2 salarios mínimos	23 (85,19%)
Categoría de exposición al HIV	
Sexual	18 (54,54%)
No sabe	15 (45,46%)
Tiempo de diagnóstico de la infección del HIV	
Hasta 5 años	16 (48,48%)
Más de 5 años	17 (51,52%)
Serología de la pareja	
Sin pareja	18 (56,26 %)
Positiva	9 (28,12%)
Negativa	5 (15,62 %)
Tipo de TB	
Pulmonar	30 (90,91%)
Extra pulmonar	4 (9,09%)
Exámenes realizados	
Radiografía	30 (90,91%)
Investigación de BAAR	12 (35,29%)
CD4+	8 (28,57%)
PPD	7 (26,92%)
Carga viral	6 (23,08%)
Síntomas referidos en el atendimento	
Tos	25 (73,53%)
Fiebre	21 (61,76%)
Dipnea	8 (23,53%)
Astenia	4 (11,76%)
Anorexia	3 (8,82%)

A través del test estadístico Cronbach's Alpha, que verifica la confiabilidad de los datos, se puede observar que los instrumentos Moriski y Green y la evaluación del grado de adhesión, evaluados en pacientes con HIV y TB, oscilaron de 0,729 y 0,755, respectivamente. Por tanto, la consistencia de los datos se clasifica como satisfactoria.

De acuerdo con los ítems del test Moriski y Green, 73,53% de los pacientes fueron clasificados como no adherentes a la terapéutica (Tabla 2), condición relacionada al descuido del horario correcto de tomar las medicinas y al olvido.

Tabla 2 - Clasificación del Test de Moriski y Green. Natal/Brasil, 2014-2015

Clasificación	N (%)
Adherente	9 (26,47%)
No adherente	25 (73,53%)

Se verificó que 38,24% y 35,29% de los pacientes presentaron, respectivamente, poca y moderada dificultad para adherir al tratamiento (Tabla 3). Esos grados de dificultad para adherir al tratamiento se puede evidenciar por medio de los siguientes datos: 32,35% refieren tener muchas medicinas para tomar, 23,53% presentan dificultad para tragarse los medicamentos, 29,41% relatan que los medicamentos provocan efectos indeseados, 23,53% clasifican el tratamiento como complicado y 26,47% tienen dificultades parciales para acordarse del horario de tomar las medicinas.

Tabla 3- Clasificación del grado de dificultad para que las personas con coinfección HIV/TB atendidas en el ambulatorio del HGT, adhieran al tratamiento. Natal/Brasil, 2014-2015

Clasificación del grado de dificultad para adhesión	N (%)
Ninguna dificultad para adherir al tratamiento	8 (23,53%)

Clasificación del grado de dificultad para adhesión	N (%)
Poca dificultad para adherir al tratamiento	13 (38,24%)
Moderada dificultad para adherir al tratamiento	12 (35,29%)
Mucha dificultad para adherir al tratamiento	1 (2,94%)

Referente a la asociación de los aspectos sociodemográficos y clínicos con la clasificación del grado de dificultad para que los portadores de coinfección HIV/TB (Tabla 4) adhieran al tratamiento, se observa que la asociación con el tiempo de diagnóstico de HIV con más de cinco años fue significativa, presentando moderada dificultad a la adhesión medicamentosa ($p=0,019$). Por tanto, el tiempo de diagnóstico de HIV es directamente proporcional a la dificultad de adhesión.

DISCUSIÓN

Este estudio refleja la superioridad del sexo masculino en relación al sexo femenino en la coinfección por HIV/TB. La prevalencia de la coinfección HIV/TB fue verificada también en estudios realizados en Brasil, África del Sur y Portugal, sobresaliendo por tanto, la vulnerabilidad masculina para la coinfección por HIV/TB⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Los hallazgos también indicaron que la relación sexual es la forma principal mencionada por los pacientes para la infección del HIV. A pesar de todo el trabajo de prevención del HIV realizado por la OMS y por las organizaciones no gubernamentales alrededor del mundo desde la década de 1980, la vía sexual continua siendo responsable por más de 75% de nuevas infecciones en países de las Américas⁽¹⁵⁾, lo que muestra la dificultad que existe para implantar medidas, como el uso de preservativo.

Relativo al cuadro clínico, los síntomas

Tabla 4 - Asociación entre las caracterizaciones sociodemográficas y clínicas y la clasificación del grado de adhesión al tratamiento de las personas con coinfección HIV/TB atendidas en el ambulatorio del HGT. Natal/Brasil, 2014-2015.

Variable	Clasificación del grado de adhesión				p -valor
	Sin dificultad	Poca dificultad	Moderada dificultad	Mucha dificultad	
Sexo					
Masculino	5 (17,24%)	12 (41,38%)	11 (37,93%)	1 (3,45%)	0,223 (1)
Femenino	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)	0 (0%)	
Rango etario					
Hasta 37 años	5 (25%)	7 (35%)	8 (40%)	0 (0%)	0,591 (1)
Más de 37 años	3 (21,43%)	6 (42,86%)	4 (28,57%)	1 (7,14%)	
Estado civil					
Casado	4 (23,53%)	5 (29,41%)	8 (47,06%)	0 (0%)	0,388(1)
Soltero	4 (23,53%)	8 (47,06%)	4 (23,53%)	1 (5,88%)	
Escolaridad					
Sin instrucción	0 (0%)	2 (100,00%)	0 (0%)	0 (0%)	0,658(1)
Ens. Fund. Inc.	6 (40%)	4 (26,67%)	4 (26,67%)	1 (6,66%)	
Ens. Fund. Comp.	0 (0%)	2 (40%)	3 (60%)	0 (0%)	
Ens. Med. Inc.	1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)	0 (0%)	
Ens. Med. Comp.	1 (14,28%)	3 (42,86%)	3 (42,86%)	0 (0%)	
Renta					
Hasta 1 SM	1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)	0 (0%)	0,899(1)
Entre 1 a 2 SM	5 (21,74%)	8 (34,78%)	9 (39,13%)	1 (4,35%)	
Tiempo de diagnóstico HIV					
Hasta 5 años	7 (43,75%)	6 (37,50%)	3 (18,75%)	0 (0%)	0,019(1)
Más de 5 años	1 (5,88%)	6 (35,29%)	9 (52,94%)	1 (5,88%)	
Categoría de exposición al HIV					
Sexual	4 (22,22%)	7 (38,89%)	6 (33,33%)	1 (5,56%)	0,784(1)
No sabe	4 (26,67%)	5 (33,33%)	6 (40%)	0 (0%)	
Síntoma de tos					
No		3 (33,33%)	1 (11,11%)	0 (0,00%)	0,050 (1)
Sí		10 (40,00%)	11 (44,00%)	1 (4,00%)	

(1) Chi-cuadrado; $p < 0,05$

más frecuentes fueron la tos (73,53%) y la fiebre (61,76%), que están entre aquellos utilizados para rastrear los casos de TB pulmonar recomendados por el Ministerio de Salud y usados como parámetro en todo el mundo⁽¹⁶⁾. No obstante, un estudio realizado en Bélgica señala la necesidad de que los profesionales de la salud presten atención al monitoreo de las formas no pulmonares de tuberculosis, ya que también son predictores de mal pronóstico y necesitan tratamiento oportuno^(9,16).

La necesidad de tratar en tiempo oportuno ambas infecciones en los paciente coinfectados con HIV/TB, es determinante para el pronóstico y

para la reducción de los óbitos en esa clientela⁽¹³⁾. En este estudio, 73,53% de los entrevistados fueron clasificados como no adherentes, condición causada, principalmente, por la falta de cuidados al tomar los medicamentos en el horario cierto.

La literatura es bastante diversa cuanto al tiempo de diagnóstico de HIV y la adhesión al tratamiento. Considerando que la adhesión es para muchos pacientes, algo complicado y difícil, se verifica que el tiempo de diagnóstico de HIV con más de cinco años está relacionado a la menor adhesión. Estudios señalan que la influencia negativa a la adhesión puede ser explicada por el perfil crónico, por la imposibilidad de cura del

HIV, así como por las dificultades terapéuticas, que dan incertezas y provocan estreses psicológicos e incredulidad en un resultado efectivo del tratamiento, motivando el abandono de la terapéutica^(12, 17).

Se esperaba que pacientes con mayor tiempo de diagnóstico tuvieran más compromiso con el tratamiento por mejorar clínicamente con él, pero se evidenció una relación significativa entre esas variables, en la que los pacientes que tenían hasta tres años de diagnóstico presentaron poca o ninguna dificultad para adherir al tratamiento⁽¹⁸⁾.

Estadísticamente, los pacientes que no presentaron el síntoma de tos, también fueron los que tuvieron poca a moderada dificultad de adhesión al tratamiento tuberculostático. Tal hecho va en contra de los hallazgos de estudios nacionales e internacionales, que refieren que comúnmente, los pacientes asintomáticos abandonan el tratamiento porque creen que no es necesario, ya que están asintomáticos para TB⁽¹⁹⁾.

Concerniente a las dificultades de adhesión al tratamiento, la condición de tener muchas medicinas para tomar, la necesidad de ayuda para hacer uso de las medicaciones, siendo estas complicadas y difíciles de deglutir y principalmente, los efectos adversos indeseables, fueron las principales dificultades señaladas por los pacientes. Un estudio publicado en Inglaterra resalta que pocos trabajos mencionan la dificultad del tratamiento cuanto a la duración y al número de dosis, indicando que estrategias de encortamiento del tratamiento tienden a obtener mejor respuesta por parte de los usuarios. Además de eso, aborda aspectos socioeconómicos como relevantes⁽²⁰⁾. Ese estudio también destaca que, además de la adhesión al tratamiento de la TB ser fundamental para que el tratamiento sea bien sucedido, la no adhesión o la adhesión deficiente puede promover el desarrollo de la TB multirresistente.

La multirresistencia de la TB acarrea un impacto negativo en la adhesión al tratamiento, porque agrava aún más cuadro del paciente con HIV/SIDA y aumenta la necesidad de hacer alteraciones en el esquema TARV, por causa de las interacciones medicamentosas y el aumento del número de medicamentos ingeridos y las reacciones adversas⁽¹⁰⁾.

Como estrategia de enfrentamiento, se tiene el Tratamiento Directamente Observado (TDO), ya desarrollado en Brasil para los pacientes con TB en tratamiento en la Estrategia Salud de la Familia. El enfermero, como importante facilitador de esas acciones, debe estar capacitado para garantizar la acogida, el vínculo, el atendimento integral, planeamiento e implementación de grupos educativos en la sala de espera, y así garantizar el tratamiento supervisado a los pacientes que presenten mayor vulnerabilidad al abandono⁽⁹⁾.

CONCLUSIÓN

El estudio evidenció una relación significativa entre la clasificación de adhesión al tratamiento y el tiempo de diagnóstico de HIV. En la muestra, el tiempo de diagnóstico para HIV de más de cinco años presenta moderada dificultad a la adhesión medicamentosa.

De esta forma, los profesionales directamente relacionados a la clientela con coinfección HIV/TB, como el enfermero, deben intervenir delante de las dificultades que los pacientes tienen para adherir al tratamiento en su contexto general, principalmente los que tienen factores a ellos asociados, como el tiempo de diagnóstico con HIV, pues estos influyen significativamente en el desenlace del tratamiento.

Es pertinente destacar que estrategias han sido abordadas en diversos países con el objetivo de aumentar la adhesión a la terapéutica

y favorecer un buen pronóstico del paciente. Pero por causa de la escasez de estudios que abordan la relación de los factores asociados al tratamiento de la coinfección HIV/TB, se hace necesario realizar nuevos estudios en diferentes poblaciones, para que nuevas acciones puedan ser planificadas.

Entre las limitaciones de ese estudio, están el tiempo de realización restringido, pequeño número de portadores de coinfección HIV/TB en tratamiento durante el período de colecta, y la muestra no probabilística empleada, en la cual la selección de los sujetos por accesibilidad no garantiza la representatividad de la muestra, dificultando la generalización de los resultados.

CITAS

1. World Health Organization. Global tuberculosis report. [internet] 2015 [Cited 2016 Jun 5]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf?ua=1
2. Nogueira JA, Silva AO, Sá LR, Almeida SA, Monroe AA, Villa TCS. Síndrome da imunodeficiência adquirida em adultos com 50 anos e mais: características, tendência e difusão espacial do risco. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2014 [Cited 2016 Jun 4];22(3):355-63. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00355.pdf
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Epidemiologia. Boletim Epidemiológico [internet] 2016 [Cited 2016 Jun 4]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/2016-009-Tuberculose-001.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids – DST. [internet] 2016 [Cited 2016 Jun 4]. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf
5. Abay SM, Deribe K, Reda AA, Biadgilign S,

- Datiko D, Assefa T, et al. The Effect of Early Initiation of Antiretroviral Therapy in TB/HIV Coinfected Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Int Assoc Provid AIDS Care* [internet]. 2015 [Cited 2015 Jun 5]; 19. Available from: <http://jia.sagepub.com/content/early/2015/08/19/2325957415599210.long>
6. Uthman OA, Okwundu C, Gbenga K, Volmink J, Dowdy D, Zumla A, Nachega JB. Optimal Timing of Antiretroviral Therapy Initiation for HIV-Infected Adults With Newly Diagnosed Pulmonary Tuberculosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med.* [internet]. 2015 [Cited 2015 Jun 5];7;163(1):32-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26148280>
 7. Lessells RJ, Swaminathan S, Godfrey-Faussett P. HIV treatment cascade in tuberculosis patients. *Curr Opin HIV AIDS.* [internet]. 2015 [Cited 2015 Jun 5]; 8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26352390>
 8. Pacheco AG, Veloso VG, Nunes EP, Ribeiro S, Guimarães MR, Lourenço MC, et al. Tuberculosis is associated with non-tuberculosis-related deaths among HIV/AIDS patients in Rio de Janeiro. *Int J Tuberc Lung Dis.* [internet]. 2014 [Cited 2015 Jun 5];18(12):1473-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25517814>
 9. Neves LAS, Reis RK, GirE. Adesão ao tratamento por indivíduos com a coinfeção HIV/tuberculose: revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP.* [internet]. 2010 [Cited 2015 Jun 5]; 44(4):1135-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/41.pdf>
 10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [internet] 2011 [Cited 2016 Jun 4]. Available from: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf
 11. Marques, P.A.C. Pacientes com câncer em tratamento ambulatorial em um hospital privado: atitudes frente à terapia com antineoplásicos orais e lócus de controle de saúde. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-15012007-155341/pt-br.php>

12. Pinto Neto LFS, Vieira NFR, Cott FS e col. Prevalência da tuberculose em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana. *Rev Bras Clin Med.* [internet]. 2013[Cited 2015 Jun 5];11(2):118-22. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n2/a3563.pdf>
13. Jacobson KB, Moll AP, Friedland GH, Shenoi SV. Successful Tuberculosis Treatment Outcomes among HIV/TB Coinfected Patients Down-Referred from a District Hospital to Primary Health Clinics in Rural South Africa. *PLoS One.* [internet]. 2015[Cited 2015 Jun 5];10(5): e0127024. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0127024>
14. Viveiros F, et al. Adesão ao rastreio e tratamento da tuberculose em doentes infectados com o vírus da imunodeficiência humana. *Rev Port Pneumol.* [internet]. 2013[Cited 2015 Jun 5]; 19(3):134-8. Available from:http://ac.els-cdn.com/S0873215913000329/1-s2.0-S0873215913000329-main.pdf?_tid=916061b2-7bc9-11e5-a7a1-00000aab0f6b&acdnat=1445854316_30dfaf33b35f8005e5a912f29b5320d3
15. Vergara TRC, Barroso PF. Transmissão sexual do HIV. Tendências em HIV AIDS [internet]. 2015 [Cited 2015 Jun 5]; 1(4):17-24. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Transmissao_Sexual_do_HIV_-_Tendencias_em_HIV-_Tania_Vergara.pdf
16. Cain KP, Heilig CM, Varma JK. Tuberculosis Screening and Diagnosis in People with HIV. *N Engl J Med.* [internet]. 2010 [Cited 2015 Jun 5]; 362:2139-40. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc1003770>
17. Souza MPF, Luna IT, Silva KL, Pinheiro PNC. Patients living with HIV/AIDS and co-infection by tuberculosis: difficulties associated with treatment compliance or dropout. *Rev Gaúcha Enferm.* [internet]. 2012 [Cited 2015 Jun 5];33(2):139-45. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200020
18. Romeu GA, Tavares MM, Carmo CP, Magalhães KN, Nobre ACL, Matos VC. Assessment of Adherence to Antiretroviral . *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde.* [internet]. 2012 [Cited 2015 Jun 5]; 3 (1): 37-41. Available from:<http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/201205030108BR.pdf>
19. De Paula HC, Aguiar AC. Abandono do tratamento da tuberculose na Estratégia Saúde da Família: estudo qualitativo em uma área programática do Rio de Janeiro. *Rev Baiana Saúde Pública.* [internet]. 2013 [Cited 2015 Jun 5]; 37(1): 192-204. Available from:<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/356/363>
20. Onyebujoh PC, Ribeiro I, Whalen CC. Treatment Options for HIV-Associated Tuberculosis. *J Infect Dis.* [internet]. 2007 [Cited 2015 Jun 5]; 196(Suppl 1): S35-S45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2860284/>

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 14/11/2015
 Revisado: 13/07/2016
 Aprobado: 14/07/2016