

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DEL NORTE

“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD (CVRS) SEGÚN ESQUEMA
ANTIRRETROVIRAL USADO EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN UNA
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD EN BARRANQUILLA”

ADRIANA CAROLINA CANTILLO DE LA CRUZ
Química Farmacéutica

Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Salud Pública de la
Universidad del Norte



**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD (CVRS) SEGÚN ESQUEMA
ANTIRRETROVIRAL USADO EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN UNA
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD EN BARRANQUILLA”**

ADRIANA CAROLINA CANTILLO DE LA CRUZ

Candidata a magister en Salud Pública

RAFAEL TUESCA MOLINA

Phd. Salud Pública

Director: trabajo grado

UNIVERSIDAD DEL NORTE
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD
BARRANQUILLA -2017



ESTA TESIS DE MAESTRÍA HA SIDO APROBADA POR LA MAESTRÍA EN
SALUD PÚBLICA. DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA. DIVISION CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE

RAFAEL TUESCA MOLINA

DIRECTOR DE TESIS

RAFAEL TUESCA MOLINA

COORDINACION DE LA MAESTRIA

JURADO 1

DR: Tania Acosta Vergara

JURADO 2

DR: Jorge Luis Acosta Reyes



El Dr Rafael Tuesca Molina coordinador y docente de la Maestría en Salud Pública y docente del Departamento de Salud Pública, perteneciente a la División de Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte

Informa:

Que el trabajo titulado: “CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD (CVRS) SEGÚN ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL USADO EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD EN BARRANQUILLA” ha sido realizado bajo nuestra tutoría y dirección por la candidata a Magíster en Salud Pública: **Adriana Carolina Cantillo De la Cruz**, considerando que este trabajo reúne las condiciones exigibles para ser sustentado y optar el grado de Magíster.

Rafael Tuesca Molina
Barranquilla 20 septiembre 2017

La sociedad me otorga más servicios de los que yo le aporto.

No puedo ser parásito.

Me obliga por justicia social la solidaridad.

En todo, desde luego. Pero es deber primario cumplir con mi trabajo de manera impecable, ejercer con rigor mi profesión, entregarme a mi oficio escrupulosamente, dar a toda mi obra un perfecto acabado, dejar en mi quehacer el sello personal de la mano artesana, y toque perfeccionista.

Lo que haces, hazlo bien.

José Luis Gago de Val.

AGRADECIMIENTOS

A Dios

El Todopoderoso, por la dicha y la oportunidad de vivir, por su infinita bondad y amor, por haberme dado salud y fortaleza para culminar con éxito esta etapa de mi vida, pero sobre todo por iluminar el pensamientos y emociones en mi diario vivir; porque sin él sabemos que nada hubiese sido posible.

A mi madre

Por ser el motor de inspiración, respeto y admiración. Por su apoyo incondicional y desinteresado, pero sobre todo por guiarme para ser excelente ser humano. Las palabras se quedan cortas para agradecer todo cuanto haz hecho por mí.

¡Gracias por habernos dado la vida!

A los compañeros de estudio

Porque gracias al equipo que formamos logramos llegar hasta el final del camino. Gracias por haber estado en los momentos de alegría, tristeza y dificultades, en especial a: Verónica Castro y Orlando Silvera.

A los profesores

Gracias por su dedicación y por la sabiduría transmitida en el desarrollo de formación durante la maestría, en especial al Dr Rafael Tuesca Molina quien supo guiar este trabajo.

A Vital Salud IPS

Por el apoyo permanente durante la fase de estudio y permitir el desarrollo de este trabajo.

RESUMEN

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD (CVRS) SEGÚN ESQUEMA ANTIRRETRÓVIRAL USADO EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD EN BARRANQUILLA

Objetivo: determinar la métrica de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de acuerdo a esquemas de tratamiento, características personales y clínicas en sujetos con VIH/SIDA en una institución de salud en Barranquilla.

Metodología: estudio descriptivo transversal, a partir de fuente secundaria procedente de base de datos de 395 sujetos con VIH/SIDA, que acuden al programa de atención integral en salud de un centro especializado en Barranquilla durante el año 2015. Los datos se recolectaron en un periodo de 6 meses comprendidos entre enero-junio de 2016, se incluyeron sujetos que estaban recibiendo tratamiento antirretroviral, aquellos que no registraron problemas psiquiátrico ni farmacodependencia, excluyendo los registros de menores de 13 años de edad, mecanismo de trasmisión materno infantil, gestantes y los que tenían menos de 6 meses de haber iniciado tratamiento antirretroviral. La calidad de vida relacionada con la salud se midió a través de variables cualitativas y cuantitativas, utilizando el cuestionario MOS VIH SF 30. Se utilizaron medidas descriptivas y análisis de varianza para estimar la calidad de vida relacionada con la salud mediante el programa estadístico SPSS versión 22.

Resultados: las características diferenciales en los sujetos estudiados corresponden al número de dosis de tratamiento ($p=0,006$), tiempo de diagnóstico ($p=0,00$) linfocitos T CD4 ($p= 0,006$) y carga viral ($p=0,00$), La variación de la CVRS a nivel global y por cada dimensión, reflejó mejor puntuación en varones ($p= 0,005$), referente a la educación de los sujetos a nivel global en secundaria y superior ($p=0,03$) y las dimensiones de salud general, actividad diaria, función física y social, tener empleo ($p=0,01$) y función familiar positiva (0,000). Quienes toman de 1 a 2

comprimidos reflejan mejor puntuación de CVRS en todas las dimensiones. No se evidenció diferencia con respecto a carga viral y coinfección como la tuberculosis. Los sujetos que reciben esquemas terapéuticos con efavirenz (EFV) tienen mayor percepción de salud mental que los que reciben esquemas con atazanavir/ritonavir (ATZ/r) ($p=0,013$) y los que reciben darunavir/ritonavir (DR/r) en comparación con los que reciben nevirapina (NVP) en la dimensión de actividad diaria ($p=0,022$).

Conclusiones: la CVRS fue significativamente mayor en hombres, sujetos con estudios superiores, empleo remunerado y función familiar positiva. Es destacable que la menor dosificación representa mejor estimación de calidad de vida relacionada con la salud. Por lo tanto, se requiere ahondar en estas diferencias a fin de reducir la brecha y oportunidades de mejoras frente a la percepción de calidad de vida.

Palabras claves: CVRS, VIH, SIDA, Tratamiento Antirretroviral

ABSTRACT

QUALITY OF LIFE RELATED TO HEALTH (HRQOL) ACCORDING TO ANTIRETROVIRAL DIAGRAM USED IN PATIENTS WITH HIV/AIDS IN A HEALTH SERVICES FACILITY PROVIDER IN BARRANQUILLA

Objective: To determine the quality of life related to health metrics according to treatment schemes, personal and clinical characteristics in patients with HIV/AIDS from an institution of health in Barranquilla

Methodology: Cross descriptive study from a secondary source originated from a database of 395 patients with HIV/AIDS who attend the comprehensive health care program in a specialized Center in Barranquilla from January 2016 to June 2016. There were included subjects whose were under Antiretroviral treatment, those whose neither have psychiatric troubles nor drug dependence, excluding the records of children under 13 years old, mother to child transmission mechanisms, pregnant women and those who has less than 6 months from the beginning of its antiretroviral treatment. The life quality relate with the health was measured through quantitative and qualitative variables, using the questionnaire MOS VIH SF 30. There were used descriptive and ANOVA to calculate the life quality relate with the health through the statistical program SPSS version 22.

Results: In the study, the differential characteristics of the subjects correspond to the number of doses of treatment ($p= 0,006$), time of diagnosis ($p= 0,00$) T CD4 lymphocytes ($p = 0.006$) and viral load ($p= 0, 00$). Variations in the quality of life globally and by every dimension, shown a better punctuation in males ($p= 0.005$), concerning the education of the subjects globally in secondary and higher education ($p = 0,03$). Also, the dimensions of general health, daily activity, physical and social function being employed ($p = 0,01$) and a positive family function (0.000). Those who take from 1 to 2 tablets reflect a better score for quality of life in all dimensions. Difference between viral load and co-infections such as tuberculosis was not evidenced. Subjects who receive therapeutic schemes with efavirenz (EFV) have a better perception of mental health than those receiving schemes with atazanavir/ritonavir (ATZ/r) ($p= 0,013$) and those who receive darunavir/ritonavir

(DR/r) in comparison to those who received nevirapine (NVP) in the dimension of daily activity ($p= 0, 022$).

Conclusions: a difference is remarkable especially in the male gender with higher education, employment, and positive family function. It is also noteworthy that lower dosage represents a best estimate of life quality related to health. Therefore, it is required to delve into these differences in order to reduce the gap and opportunities for improvement against the perception of life quality.

Keywords: HIV, AIDS, antiretroviral treatment and HRQOL

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	16
1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN	16
2. MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE	23
 2.1. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS).....	23
 2.1.1. Definiciones de CVRS.....	23
 2.2. FACTORES DETERMINANTES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD EN PERSONAS CON VIH/SIDA	24
 2.2.1. Características sociodemográficas	24
 2.2.2. Condición Clínicas	25
 2.2.3. Tratamiento Antirretroviral	26
 2.3. MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD .	27
 2.3.1 Cuestionarios utilizados en la medición de la CVRS	28
3. OBJETIVOS	32
 3.1. OBJETIVO GENERAL.....	32
 3.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS	32
4. MATERIALES Y METODO	33
 4.1. TIPO DE ESTUDIO	34
 4.2. POBLACION Y MUESTRA.....	35
 4.3. GENERACION DE LA DATA DE INFORMACION.....	35
 4.4. ORGANIZACIÓN Y ANALISIS DE LA INFORMACION.....	36
 4.5. CARACTERIZACIÓN DE VARIABLES	37
 4.5.1. Variables de estudio	37
5. RESULTADOS	43
 5.1. Descripción de las características sociodemográficas y clínicas de la población de estudio.	43

5.2. Determinación de las características personales y clínicas de acuerdo a las características del esquema de tratamiento Antirretroviral .	45
5.3. Determinación de la métrica de la calidad de vida relacionada con la salud según características personales clínicas y de tratamiento antirretroviral.....	58
6. DISCUSIÓN.....	69
7. CONCLUSIÓN.....	75
8. RECOMENDACIONES.....	78
BIBLIOGRAFÍA	80

TABLA DE ANEXOS

Anexo A: Acta de Comité de Ética en investigaciones de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte	87
Anexo B: Operacionalización de variables	92
Anexo C: Cuestionario MOS-SF-30 versión Española	98
Anexo D: Aval de la Institución prestadora de Servicios de Salud para la realización de la investigación.....	101

LISTADO DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Diseño Metodológico.....	34
Ilustración 2: proceso de depuración y construcción de la data para este estudio	36
Ilustración 3: Variables de estudio.....	42

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Cuestionarios para medir Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....	30
Tabla 2: características sociodemográficas y clínicas de la población.....	43
Tabla 3: características personales y condiciones clínicas de los sujetos según número de comprimidos.....	45
Tabla 4: características personales y clínicas según adherencia al tratamiento antirretroviral	49
Tabla 5: características personales y clínicas según tiempo de haber iniciado tratamiento antirretroviral.....	52
Tabla 6: características personales y condición clínica de los sujetos según esquema de tratamiento antirretroviral.....	54
Tabla 7: métrica de la calidad de vida relaciona con la salud (CVRS) según las características personales de los sujetos.....	58
Tabla 8: métrica de la calidad de vida relaciona con la salud (CVRS) según las condiciones clínicas de los sujetos.....	62
Tabla 9: métrica de la calidad de vida relaciona con la salud (CVRS) según las características del tratamiento.....	65
Tabla 10: Operacionalizacion de variables.....	93

INTRODUCCIÓN

1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN

¿Qué variación de la métrica en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud reflejan los sujetos con VIH/SIDA según su esquema antirretroviral, sus características personales y Clínicas en una institución prestadora de servicios de salud en Barranquilla?

La Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS), Patrick y Erickson la definieron como "la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud"(1), es un tema que alcanza gran relevancia en las últimas décadas y se ha concebido como un indicador de los resultados en salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1994 por su parte ha definido la calidad de vida como "la percepción de su posición en la vida en el contexto de los sistemas de cultivo y de valor en las que viven y en relación con sus objetivos, normas, expectativas y preocupaciones de los individuos"(2). Kalker y Roser (3), definieron calidad de vida en los enfermos crónicos como el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, aun teniendo en cuenta las afecciones producidas por su enfermedad, tratamiento y efectos colaterales.

Los avances en las ciencias y el desarrollo de nuevos tratamientos en enfermedades, que a su aparición se consideraron fatales, han permitido que hoy se conviertan en enfermedades crónicas(4), como es el caso de la Infección por el

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Según el informe Global AIDS up date presentado en 2016, en el año 2015 existían aproximadamente 36.7 millones [34.0 millones – 39.8 millones] de personas viviendo con VIH a nivel mundial; de los cuales 2.0 millones [1.7 millones – 2.3 millones] viven en Latinoamérica y el Caribe. La incidencia respecto al número de casos para ese mismo año fue de 2.1 millones [1.8 millones – 2.4 millones], de los cuales 100.000 casos [86.000 – 120.000] fueron reportados en Latinoamérica y el Caribe (5)

El VIH constituye una enfermedad crónica tratable que afecta el bienestar de las personas que la padecen en el ámbito físico, psicológico y social. Gran parte de esta afectación se ha asociado a las dificultades en el entorno familiar, la carga por estigmatización y discriminación social que imparte este tipo de enfermedades, los problemas de acceso a tratamientos, gastos sanitarios por hospitalización, presencia de enfermedades oportunistas y fallecimiento; impacto que también es reflejado de forma negativa en el sistema económico social y de salud de los países, y la calidad de vida relacionada con la salud de las personas infectadas con VIH.(6,7)

En Tailandia un estudio realizado por Ichikawa y Natpratan(8), cuyo objetivo era evaluar la CVRS en pacientes infectados con el VIH/SIDA, en el que se utilizó el cuestionario MOS-HIV arrojo como resultado que el apoyo social, (aceptación de la comunidad) como dimensión de la calidad de vida estaba asociadas a la salud mental, independientemente de la fase de desarrollo de la enfermedad, siendo más significativo en mujeres por el rol que desempeñan en la tradición familiar.

Burgoyne y Renwick (9) estimaron CVRS en sujetos con VIH y Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) utilizando el instrumento Medical Outcome Study Short Form (MOS SF-36) y Apoyo social medido por el Study Social Support Survey (SSS). Consideraron que los bajos niveles en las dimensiones de salud mental encontrados al aplicar el MOS-SF-36 estaban asociadas con poco apoyo emocional recibido y percibido.

En el estudio de Phaladze, Humans et al (10), el que se midió la percepción de la CVRS en personas infectadas con el VIH/SIDA, en sujetos de África sub-Sahariana (Botswana, Lesotho, Sudáfrica, y Swazilandia) develó que las personas con mayor satisfacción de vida eran los que tenían menos nivel educativo, puesto que tenían menos preocupaciones económicas y financieras, no tenían otras condiciones de comorbilidades, baja sintomatología, y no tomaban terapia antirretroviral a la realización del estudio.

Estudios realizados en España en pacientes con VIH/SIDA muestran que la CVRS puede verse afectada por el número de comprimidos, tipo de fármaco, efectos adversos y la adherencia al tratamiento, dado que interfieren en los hábitos de vida (11,12). Por otra parte los regímenes de dosificación aun complejos de los fármacos antirretrovirales, la toxicidad y efectos secundarios por el uso prolongado del mismo generan en las personas que conviven con VIH/SIDA una percepción negativa en la calidad de vida(13). Pese a los múltiples esfuerzos realizados en los últimos años en mejorar el tratamiento de la infección por VIH, el conocimiento de la infección y su progresión a SIDA conducen al deterioro de funciones físicas, psíquicas y sociales, produciendo una disminución en la sensación de bienestar en los individuos.(14)

El estudio ARPAS realizado en España en 2014(15) el cual midió la CVRS mediante el cuestionario MOS-VIH-SF 30 y según el número de comprimidos se encontró que un mayor número de medicamentos se asoció con menor CVRS, el género masculino, actividad laboral y el nivel educativo se asociaron a una mayor CVRS.

Un estudio realizado en Brasil en el que se utilizó el cuestionario World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF), mostro que la CVRS en los pacientes con VIH/SIDA presento variaciones con respecto al el sexo, escolaridad, trabajo, renta personal, condición clínica, percepción sobre estar o no enfermo, historial de hospitalizaciones y alteraciones orgánicas por los antirretrovirales. De igual manera mostro que el uso de antirretrovirales mejoró la CVRS en aquellos casos donde los sujetos fueron adherentes al tratamiento y presentaron pocos eventos adversos. (16)

En Colombia un estudio realizado en 2009 que pretendía describir la calidad de vida relacionada con la salud y su asociación con variables demográficas, socioeconómicas y clínicas, en adultos con VIH/SIDA en el que aplicaron los cuestionario MOS SF 36 y el WHOQOL-BREF arrojó que el 82,97 % de los enfermos usaba antirretrovirales y el cumplimiento del tratamiento fue superior al 95 %. Con respecto a la CVRS la puntuación estuvo entre 60,46 y 90,24. La presencia de enfermedad, la satisfacción con el apoyo familiar y con la situación económica, constituyeron los factores condicionantes más relevantes para la CVRS del grupo de estudio, sin embargo, este estudio no midió la CVRS según las características del tratamiento antirretroviral.(7)

El VIH/SIDA se constituye en uno de los grandes problemas de salud pública en la actualidad,(17) dado la carga en salud que impone en los pacientes que conviven con esta enfermedad, los cuales afectan todos los determinantes sociales de los individuos e impacta en el gasto en salud de los países. (18,19)

Según estudio realizado por Suarez. M. (20), la CVRS es más deficitaria en las personas con VIH/SIDA que en pacientes con otras enfermedades crónicas, dado que la infección por VIH conlleva a una importante carga sintomática que causa un considerable deterioro de la salud percibida por el propio paciente, y ésta afecta sus dimensiones físicas, psíquicas y sociales, comprometiéndose de manera importante la calidad de vida de la población.

Estudio realizados develan que la puntuación más alta en CVRS se asocian con menos perturbación emocional y síntomas de estrés fisiológico y con los niveles más altos de apoyo social.(21) El VIH se considera cada vez más una enfermedad crónica, por lo cual las personas que la padecen no solo se enfrentan a la sintomatología propia de la enfermedad, sino a comorbilidades, coinfecciones y a efectos iatrogénicos de los medicamentos antirretrovirales. (22,23)

Adicionalmente, muchos de los pacientes con VIH luchan con numerosos problemas sociales como el estigma, la pobreza, la depresión, el abuso de sustancias psicoactivas y las creencias culturales que pueden afectar su calidad de vida, no sólo desde el aspecto físico de la salud, sino también desde el punto de vista de la salud mental y social causando numerosos problemas en las actividades e intereses de los pacientes. (24)

Pese a que los tratamientos antirretrovirales que se utilizan en la actualidad aumentan la supervivencia de los pacientes, también es cierto que presentan numerosos eventos adversos(4) por lo que el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud se constituye en un factor importante en pacientes convivientes con VIH/SIDA, dado que esta enfermedad va deteriorando lenta y progresivamente al organismo.

La evaluación de la CVRS es de gran interés y se considera entonces un indicador que permite conocer la carga percibida de los pacientes con enfermedades crónicas, el seguimiento de los cambios en la salud a través del tiempo y la evaluación de los efectos del tratamiento. (25) Además que permite conocer el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento, a un nivel relevante, diferente y complementario al del organismo; conocer mejor al enfermo, su evolución y su adaptación a la enfermedad; conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos; evaluar mejor las terapias paliativas; ampliar los conocimientos sobre el desarrollo de la enfermedad; ayudar en la toma de decisiones médicas; potenciar la comunicación médico- paciente y facilitar la rehabilitación de los pacientes.(26)

La CVRS se mide a través de instrumentos estandarizados, los cuales consisten en cuestionarios con preguntas y unas escalas de respuesta, caracterizados por cumplir con propiedades como validez, fiabilidad y sensibilidad.(27)

Para la medición de la CVRS emplean cuestionarios tanto genéricos como específicos, siendo el cuestionario MOS-VIH el cuestionario específico más usado en la evaluación del impacto de las intervenciones y de los tratamientos en pacientes con VIH.(28)

La versión en español de la escala MOS- VHI SF-30 validada por E. Remor(29) ha mostrado ser una medida válida para la evaluación del estado de salud percibido y de la calidad de vida en personas con infección por el VIH. Estudios realizados en el cual se han empleado este instrumento muestran una asociación entre la carga viral, el recuento de linfocitos CD4 y la CVRS del paciente, de modo que aquellas personas con mayor carga viral y menor recuento de CD4 mostraron una peor CVRS. (30,31)

En la literatura revisada a nivel mundial y en Colombia se han realizado varios estudios de medición de CVRS en pacientes con VIH/SIDA, sin embargo pocos han medido la CVRS con respecto al tratamiento antirretroviral administrado, aspecto que se evidencia en la Guía de práctica clínica para la atención de la infección por VIH/SIDA en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos emitida por el Ministerio de Salud y protección Social en 2014, (32) en la que se reconoce como una limitación principal el no abordaje de los resultados clínicos de calidad de vida de los esquemas recomendables para iniciar el tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA; a causa de la falta de evidencia científica al respecto.

La Medición de la CVRS se constituye en una herramienta necesaria para la toma de decisiones y la evaluación de programas y servicios en salud en patologías crónicas como el VIH/SIDA.(33) por lo cual la realización de esta investigación toma

relevancia en nuestro medio; dado que no solo se pretende subsanar un vacío del conocimiento, sino focalizar los recursos en el mejoramiento de la condición de salud y cambios en el funcionamiento de los pacientes de un Programa de atención Integral VIH/SIDA en la ciudad de Barranquilla.

2. MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE

2.1. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)

2.1.1. Definiciones de CVRS

La calidad de vida dentro de la perspectiva de las personas con enfermedades crónicas según Haes y Van Knippenberg (3), debe ser vista como un constructo multidimensional que incluye, al menos, estatus funcional, síntomas relacionados con la enfermedad, funcionamiento psicológico y funcionamiento social.

La introducción del término y medición de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se ha considerado una de las mayores innovaciones en la evaluación de la salud (1), desde su aparición se han dado muchas definiciones al respecto.

Patrick y Erickson (34) definieron la CVRS como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

Por su parte Schumaker y Naugton (35) la definen como la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

Shwartzmann (1) consideran la calidad de vida como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente. Mientras que Shipper et al (36), por su parte la definen como el efecto funcional de una enfermedad y su consiguiente terapia sobre un paciente, tal como es percibido por el paciente.

2.2. FACTORES DETERMINANTES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD EN PERSONAS CON VIH/SIDA

En la literatura se ha descrito varios factores que pueden afectar la percepción de CVRS en personas con VIH/SIDA:

2.2.1. Características sociodemográficas

Diferentes estudios realizados a nivel mundial han mostrado la influencia de factores sociodemográficos en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud. Mannheimer S (13), develó que el sexo masculino se ha asociado con una mejoría en la CVSR.

En esta misma línea los resultados de otras investigaciones en las que se ha evaluado la CVRS en función del sexo muestran que las mujeres seropositivas presentan una peor calidad de vida en comparación con los varones seropositivos (37). En el estudio realizado por Aguirre en la que se relaciona el sexo con las condiciones clínicas muestra que los hombres en la fase de SIDA presentaban una peor CVRS(4)

Por otra parte se encontró que las personas con niveles de satisfacción de vida más altos son aquellos con niveles educativos más bajos, dado que tenían menos preocupaciones económicas y financieras. Otros estudios realizados en esta área muestran que altos nivel socioeconómico y empleo se asociaban con una mejoría en la calidad de vida. (38,39)

2.2.2. Condición Clínicas

Diferentes estudios evidencian una relación entre los parámetros biológicos y la CVRS de los pacientes; aspectos virológicos e inmunológicos como cargas virales bajas, mayor recuento de CD4+ han mostrado ser indicadores clínicos de la percepción de CVRS con VIH/SIDA (4,40,41)

Pacientes con infección VIH avanzada en España (20), mostraron que las personas poli sintomáticos presentaban elevada prevalencia de ansiedad (76,9%) y depresión (86,6%). La CVRS se vio comprometida severamente con afectación de la mayoría de las dimensiones del SF-36 conservándose la función social. Por otra parte la introducción del cambio de estrategia terapéutica produjo una reducción de del 54,8% ($p=0,05$), de la gravedad de la ansiedad ($p=0,009$) y depresión ($p=0,05$) y mejoría en la percepción de salud general ($p=0,03$) y alteraciones de rol físico ($p=0,02$), en aquellos pacientes polisintomaticos.

Un estudio realizado Sobre CVRS en pacientes con VIH/SIDA en el que se aplicó las versiones en español del MOSSF-36 y el WHOQOL-BREF, encontró que el 74,68 % de los pacientes estudiados tenía recuento de linfocitos CD4 superiores a 200 células por mm^3 y los puntajes de CVRS estuvieron entre 60,46 y 90,24. Por otra parte, los factores condicionales más relevantes para CVRS estuvieron dado por la satisfacción con el apoyo familiar y con la situación económica.(7)

2.2.3. Tratamiento Antirretroviral

El tratamiento antirretroviral constituye el uso de uno o más medicamentos para tratar la infección por VIH. Por lo general, el régimen de tratamiento inicial de dicha infección incluye tres o más medicamentos de por lo menos dos clases o grupos farmacológicos diferentes: inhibidores de transcriptasa reversa de tipo nucleósido (ITRN), inhibidores de transcriptasa reversa de tipo no nucleósido (ITRNN) e inhibidores de proteasas (IP) e inhibidores de la integrasa (II).

Los ITRNN y los ITRN inhiben a la transcriptasa reversa y suprimen la replicación del genoma viral. Los IP inhiben la maduración del virus, limitando la infectividad de las partículas virales. Los regímenes más frecuentes incluyen dos ITRN (abacavir, didanosida, lamivudina, estavudina, zidovudina, emtricitabina, tenofovir) en combinación con uno o dos IP (lopinavir, ritonavir, darunavir, atazanavir, fosamprenavir), un ITRNN (efavirenz, nevirapina, rilpivirina) y/o un inhibidor de integrasa (Dolutegravir, Raltegravir, Elvitegravir) cuyo objeto es la supresión de la replicación viral. Surgieron en la década de los ochenta, y pese a que no curan la infección contribuyen a evitar el debilitamiento del sistema inmunológico, por lo que su uso aumenta el tiempo y la calidad de vida de los sujetos con VIH/SIDA. (42,43)

En Colombia de acuerdo a la Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida de 2014 todos los medicamentos mencionados excepción del Dolutegravir, Elvitegravir y Rilpivirina, están contemplados como tratamiento de elección para el inicio del tratamiento de la infección por VIH, estos últimos no se incluyeron dado su reciente inclusión en el mercado farmacéutico en Colombia. (44)

Pérez IR et al (41) en su estudio evidencian que el tratamiento antirretroviral influye en la percepción de la CVRS de las personas que conviven con VIH/SIDA, encontrando que las personas que utilizan regímenes con un menor número de

comprimidos, tienden a tener una mejor calidad de vida después del inicio del tratamiento. En consonancia con este estudio, la CVRS puede verse afectada por el grupo farmacológico al cual pertenezca el tratamiento; interferir en los hábitos de vida y efectos adversos; por otra parte, a pesar de lo rígido de la dosificación, aquellos pacientes que toman inhibidores de la proteasa (IP) haciendo referencia a la combinación de Lopinavir/Ritonavir muestran, en general, mejores índices de CVRS.(12,45)

Un estudio realizado en la ciudad de Cali en el que se midió la calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA mediante el instrumento Hiv/Aids-Targeted Quality of Life (HAT-QoL), mostró que el promedio de calidad de vida global en los pacientes estudiados fue de 59 + 17.8, los puntajes más altos en calidad de vida los obtuvieron personas que recibieron tratamiento antirretroviral, menor sintomatología depresiva, baja frecuencia e intensidad de síntomas.(46)

2.3. MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La medición de la CVRS se hace a través de instrumentos estandarizados, con propiedades tales como: validez, fiabilidad y sensibilidad, se estructuran a través de ítems o preguntas y una escala de respuesta. En la literatura se reportan instrumentos de tipo genérico y específicos; por su parte los primeros contienen un amplio abanico de dimensiones, los cuales están diseñados para ser aplicado a poblaciones en general indistintamente de las patologías que puedan estar afectándola; en el caso de los cuestionarios específicos están diseñados para medir sólo los aspectos importantes de un determinado problema de salud de una determinada población, de igual manera para valorar ciertas funciones (p. ej. la función sexual) o un determinado síntoma clínico (p. ej. el dolor). Tienen la ventaja de presentar una mayor sensibilidad a los cambios en la CVRS que los genéricos ante el problema específico de salud que se está evaluando.(45,47,48)

2.3.1 Cuestionarios utilizados en la medición de la CVRS

Se han diseñados un sin número de instrumentos para evaluar las dimensiones que a través del tiempo se han considerado parte del concepto de la CVRS, lo anterior teniendo en cuenta que estamos frente a un tema multidimensional y por ende es difícil determinar cuáles son las variables que la determinan; muy a pesar de esto los instrumentos para medir CVRS se han diseñado con diversos propósitos por tanto deben verse entre tantos usos como herramientas adicionales del clínico en la evaluación integral del paciente, para conocer y comparar estado de salud de los pacientes y sobre todo y de interés en esta investigación para evaluar el impacto de ciertas intervenciones terapéuticas ya que la calidad de vida es un fenómeno que se afecta tanto por la enfermedad como por el tratamiento por sus efectos adversos.(49)

A la luz de la literatura existen varios instrumentos específicos para medir CVRS en pacientes con VIH/SIDA, la tabla 1 se mencionan algunos y sus principales características.

Cuestionario MOS-VIH SF-30

El cuestionario **MOS-VIH SF-30** fue desarrollado a partir del SF-36 y es uno de los cuestionarios específico que ha sido validado en población con VIH, se constituye en uno de los más utilizados en la evaluación del impacto de las intervenciones y de los tratamientos en personas vivientes con VIH, fue desarrollado para evaluar aspectos del estado funcional y de bienestar del paciente. Además ha demostrado su validez, fiabilidad y sensibilidad, la versión en español ha sido validado en estudios presentando una consistencia interna (entre 0,84 y 0,91 para las distintas sub-escalas), con un alfa de Cronbach para los 30 ítems de 0,93. La validez concurrente ha sido contrastada mediante medidas clínicas, mostrando ser capaz

de distinguir a los sujetos en cada estadio de la infección por el VIH y de discriminar a aquellos cuya carga viral es indetectable.

El MOS VIH SF-30 consta de 30 preguntas con 11 dimensiones (salud general percibida, dolor, funcionamiento físico, actividad diaria, funcionamiento social, salud mental, energía/fatiga, malestar respecto a la salud, funcionamiento cognitivo, calidad de vida percibida y transición de salud), el tiempo de administración es de aproximadamente 10 minutos y puede ser autoadministrado o administrado por el investigador ya sea en persona o telefónicamente (29,45).

Tabla 1. Cuestionarios para medir Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Instrumento	Autor	Dimensiones	Ítem s	Escala de respuesta	Administración	Traducción
AIDS-HAQ Cuestionario de evaluacion salud VIH	Lukeck Fries (1991)	Incapacidad, salud general, funcionamiento social, salud mental, funcionamiento cognitivo, energía/fatiga, dolor, preocupación por la salud, síntomas	116	Escala de respuesta de 4 puntos	autoadministración	Sin información
MOS-VIH	Wu (1991)	Salud general, funcionamiento físico, funcionamiento del rol, dolor, funcionamiento social, salud mental, energía, peligro de salud, funcionamiento cognitivo, calidad de vida, salud transitoria	35	0-100	Autoadministrado Encuestador cara a cara Encuestador telefónico	Danés, Holandés Ingles, Alemán, Italiano, Portugués, Español, Entre otros (20 en total)
HOPES visión general de las situaciones problemáticas del VIH	Ganz, Coscarelli Schag (1992)	Física, psicosocial, relacionado a la medicación, sexualidad, pareja sin definición general	176	0: no del todo 4: mucho	Autoadministrado	Holandés Español (menos desarrollados)
MQOL-VIH Cuestionario de calidad de vida multidimensional para HIV/SIDA	Smith Avis (1993)	Salud mental, salud física, funcionamiento físico y social, soporte social, funcionamiento cognitivo, estado financiero, intimidad con la pareja, funcionamiento sexual, y atención médica	40	Nunca a siempre	Encuestador telefónico. Autoadministrado computarizado	Alemán Japonés Español
MOS-SF-30	Wu (1991)	Salud General percibida, Dolor, Funcionamiento físico, Actividad	30	0-100	Autoadministrado	Ingles, Alemán,

Instrumento	Autor	Dimensiones	Ítem s	Escala de respuesta	Administración	Traducción
		diaria, Funcionamiento social, Salud mental, Energía/Fatiga, Malestar respecto a la salud, Funcionamiento cognitivo, Calidad de vida percibida, Transición de salud			Encuestador cara a cara Encuestador telefónico	Italiano, Portugués Español Entre otros
HAT-QOL Apuntado a calidad de vida HIV/SIDA	Holmes (1998)	Función general, función sexual, preocupaciones que revela, preocupaciones por salud, satisfacción de vida concerniente a medicación, confianza con el proveedor	34	Liker	Autoadministrado	Chino,Italiano, Portugués Shona, Malayo Español
VIHTSQ cuestionario de satisfacción al tratamiento VIH	Woodcock Bradley	Satisfacción con el tratamiento. Conveniencia, flexibilidad. Comprensión de su condición de salud, recomendaciones y continuidad del tratamiento	10	6.0 para ítems a la izquierda es la más favorable y para 1 de los 10 es el menos favorable	Autoadministrado	6 idiomas incluido Español

Fuente: elaboración del autor basada en la Revisión de Cuestionarios para Evaluar Calidad de Vida Relacionada a la

Salud en Pacientes VIH/SID

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la métrica de Calidad de Vida Relacionada con la Salud que reflejan los sujetos con VIH/SIDA de acuerdo al esquema antirretroviral y a sus características personales y clínicas en una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Barranquilla en 2015.

3.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS

- 3.2.1.** Determinar de acuerdo al esquema de tratamiento Antirretroviral (número de comprimidos, tiempo de haber iniciado esquema de TARV, actual, Esquema Terapéutico y adherencia al tratamiento) las **características personales** (sexo, edad, estado civil, ocupación, nivel educativo funcionalidad familiar) y su **Condición Clínica** (Tiempo desde diagnóstico, Linfocitos T CD4, Carga Viral, comorbilidades y co-infecciones).
- 3.2.2.** Estimar la métrica de la calidad de vida relacionada con la salud a través del cuestionario MOS-VIH SF-30 de acuerdo a: las Características personales y la Condición Clínica.
- 3.2.3.** Estimar la métrica de calidad de vida relacionada con la salud a través del cuestionario MOS-VIH SF-30 de acuerdo con Esquema de Tratamiento Antirretroviral.

4. MATERIALES Y METODO

Estudio descriptivo de tipo transversal. El presente estudio es descriptivo teniendo en cuenta que describe las variaciones en la CVRS de acuerdo a características sociodemográficas, clínicas y del tratamiento antirretroviral en sujetos con VIH/SIDA en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Barranquilla, los datos fueron tomados en un momento dado en el tiempo.

Los datos se recolectaron a partir de fuentes secundarias en un período de 6 meses comprendidos entre enero-junio del 2016 en la ciudad de Barranquilla previo solicitud y aval del representante legal de la institución donde se realizó la presente investigación garantizando con ello la protección de la información de los sujetos. Por otra parte la información que se analiza hace parte de los instrumentos para seguimiento y control de los sujetos contemplados en la Ley 1581 de 2012.

La variación en la métrica de la Calidad de Vida Relacionad con la Salud por cada una de las variables de estudio se estimó a través de la prueba de análisis de varianza (ANOVA), para el caso de variables cualitativas-cualitativas, para el análisis de variables cualitativas la prueba de chi-cuadrado y coeficiente de correlación de Pearson para el caso donde el análisis incluía 2 o más variables cuantitativas, el análisis univariado se presentaron en frecuencias absolutas con sus respectivos porcentajes, media y su respectiva desviación.

Este estudio obtuvo la aprobación del comité de ética en investigación de la Universidad del Norte mediante acta de evaluación N° 141 del 28 de abril de 2017. De acuerdo a la clasificación dada por el artículo 11 de la Resolución nº 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia. La presente investigación se constituye una investigación sin riesgo dado que los datos son retrospectivos y no se realizó ninguna intervención o modificación de las variables biológicas, fisiológicas,

sicológicas o sociales; por lo cual no se requirió consentimiento informado de los sujetos que participaron en el estudio, se protegerá la información de cada sujeto no haciendo uso de su identificación. Se adjunta carta de aprobación (ver anexo A)

4.1. TIPO DE ESTUDIO

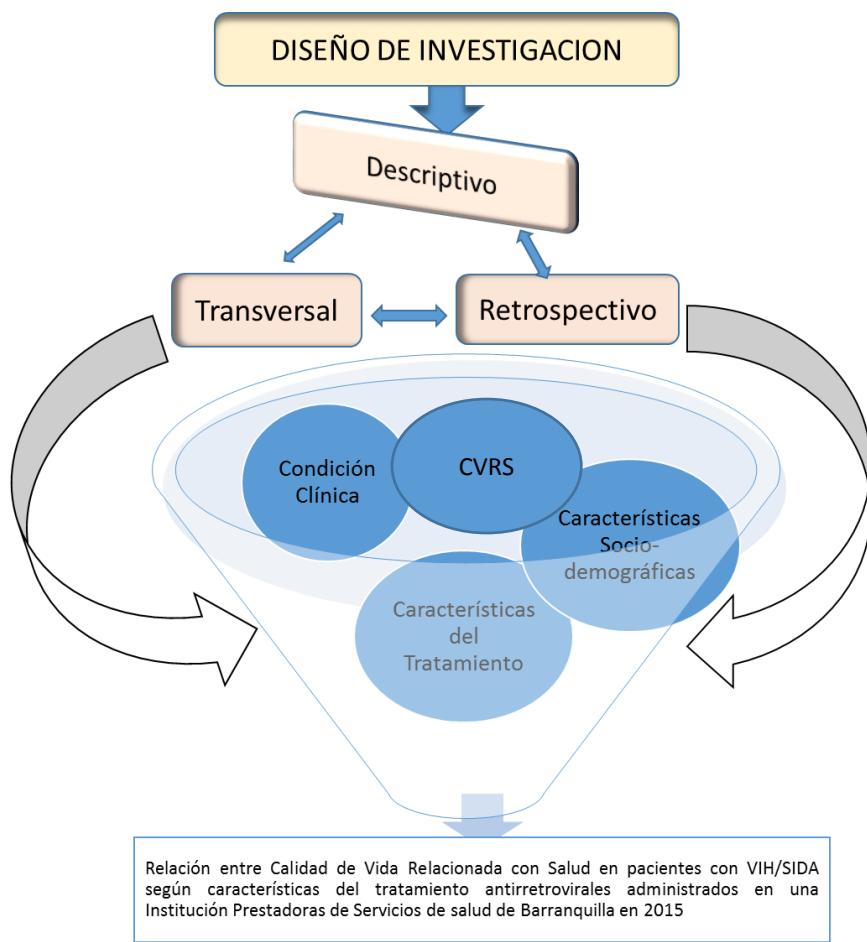


Ilustración 1 Diseño Metodológico

4.2. POBLACION Y MUESTRA

La población de estudio estuvo constituida por el total de sujetos contenidos en la base de datos de Cuenta de Alto Costo (CAC) del programa de atención integral VIH/SIDA de un centro especializado en la ciudad de barranquilla, que a corte de diciembre de 2015 estaban tomando tratamiento antirretroviral, la cual contenía un total de 517 sujetos, los cuales fueron filtrados para el periodo de estudio y disponían de los datos completos. La muestra final que reúne los criterios establecidos quedó compuesta por los datos de 395 sujetos elegibles.

Criterios de inclusión

- Sujetos en base de datos que a la fecha de aplicación del instrumento de Calidad de Vida Relacionada con la Salud recibían tratamiento antirretroviral.
- Sujetos contenidos en base de datos CAC que no tuviesen problemas Psiquiátrico.
- Sujetos contenidos en base de datos que a la fecha de aplicación del instrumento no registraban problemas de farmacodependencia.

Criterios de exclusión

- Sujetos en base de datos CAC que no contenían la información requerida de alguna de las variables de estudio.
- Sujetos en base de datos CAC menores de 13 años de edad.
- Sujetos contenidos en base de datos CAC en condición de gestante.
- Sujetos en base de datos CAC que a la fecha de realización del instrumento de calidad de vida tenían menos de 6 meses de haber iniciado tratamiento antirretroviral.
- Sujetos contenido en base de datos CAC con trasmisión materno infantil.

4.3. GENERACION DE LA DATA DE INFORMACION

Los datos se generaron a partir de la recolección periódica de la información clínica y sociodemográfica de una cohorte de sujetos que son atendidos en un centro especializado en programas integrales, la cual es consignada en una matriz en excel denominada Cuenta de Alto Costo (CAC) de VIH/SIDA, de igual forma los datos correspondientes a la medición de la calidad de vida los cuales están contenidos en el cuestionario MOS-VIH SF 30 versión española el cual fue adoptado y se encuentra sistematizado para su medición periódica según lo establecido por esta institución.

4.4. ORGANIZACIÓN Y ANALISIS DE LA INFORMACION

Para el análisis de la información se procedió a organizar en una matriz de office Microsoft Excel 2010, todos los datos contenidos en el sistema de información de la institución y de la Cuenta de Alto Costo (CAC) del programa Integral de VIH/SIDA. La información fue filtrada y depurada a partir de los requisitos establecidos para la elegibilidad de la población. Con el objetivo de minimizar el sesgo de información de los datos contenidos en la matriz de office Microsoft Excel 2010, se confrontó con las historias clínicas.



Ilustración 2: proceso de depuración y construcción de la data para este estudio

4.5. CARACTERIZACIÓN DE VARIABLES

4.5.1. Variables de estudio

Características Sociodemográfica: Se seleccionaron datos básicos de los sujetos que acuden al programa que permitieran analizar la calidad de vida relacionada con la salud y que aportaran insumos de las características personales y sociodemográficas, para ello se seleccionaron las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, ocupación, nivel educativo y funcionalidad familiar.

Sexo: se clasificó la variable según la categorización contenida en la herramienta denominada Cuenta de Alto Costo en la que se encuentran identificados los sujetos según su género en Masculino (M) y Femenino (F).

Edad: corresponde a la edad en años cronológico de los sujetos la cual se calculó a partir del registro de la fecha de nacimiento contenida en la CAC y la fecha en la que se aplicó el Instrumento de calidad de vida relaciona con la salud.

Estado civil: se consideró el estado o condición en la que se encontraba los sujetos civilmente, según los registro de historia clínica, los datos estaban categorizados en: soltero, unión libre, casado y viudo, por lo que se reconstruyó la variable de la siguientes manera:

Soletero + viudo = **Vive solo**

Unión libre + casado= **Vive en pareja**

Ocupación: Condición laboral en la que se encuentra los sujetos de la investigación, se midió a través de 2 categorías: empleo remunerado y empleo no remunerado, para la construcción de la misma se reagruparon la categoría registradas en el formato de historia clínica así:

- **Ocupación no remunerada:** se agruparon los sujetos que estaban como Ama de casa, cesante, desempleado, y estudiante.
- **Ocupación remunerada:** se agruparon los que tenían empleo formal, empleadas domésticas, y aquellos que se encontraban laborando como independientes.

Nivel Educativo: corresponde al grado de educación formal de los sujetos de la investigación el cual se midió a través de las categorías: Sin educación, primaria, secundaria y estudios superiores.

Funcionalidad familiar: Grado de relaciones interpersonales en el interior de las familias de los sujetos en estudio, se midió a partir de las categorías: **Funcionalidad positiva** y **Funcionalidad negativa**, esta variable es consignada en la Historia clínica de los sujetos el cual es el resultado del instrumento denominado “APGAR” que mide la Adaptación, Participación, Gradiente de Recurso personal, Afecto y Recurso, es aplicado a todos los sujetos que ingresan al programa integral VIH/SIDA.

Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Dentro del protocolo de atención cada sujeto en su control por lo menos una vez al año debe diligenciar este instrumento y el profesional de la salud obtiene la puntuación de cada categoría. En la Institución se aplica el instrumento específico de calidad de vida denominado MOS SF-30 versión española. Este instrumento incluye las siguientes dimensiones: salud general percibida, dolor, funcionamiento físico, actividad diaria, funcionamiento social, salud mental, energía/fatiga, malestar respecto a la salud, funcionamiento cognitivo, calidad de vida percibida, transición de salud.

Salud General percibida: es el grado de percepción de los sujetos con respecto a su salud, la cual es valorada a partir de 4 preguntas en una escala ordinal de 5 puntos (0 a 4) donde la peor percepción es 0 y la percepción más favorable toma valor de 4.

Dolor: Esta dimensión tiene por objeto medir la percepción desagradable que sienten los sujetos en una parte del cuerpo, en una escala ordinal de 5 puntos (0 a 4) donde mayor puntuación indica menor dolor.

Funcionamiento Físico: teniendo en cuenta el concepto de la OMS sobre salud física esta dimensión mide el nivel de susceptibilidad que tienen los sujetos a una enfermedad, peso corporal, agudeza visual, fuerza, potencia, coordinación, nivel de tolerancia y rapidez de recuperación, es decir; la percepción que tienen de su capacidad física. Consta de 6 ítem con escala ordinal de 3 puntos (0-2) y una puntuación general de la dimensión que puede tomar valor de 0-12.

Actividad diaria: mide la percepción que tienen los sujetos para llevar a cabo las actividades que habitualmente realiza en una jornada, consta de 2 ítem en una escala ordinal de 3 puntos (0 a 2) con una puntuación de la dimensión dentro del rango de 0-4.

Funcionamiento social: mide percepción que tienen los sujetos del rol dentro de la sociedad, es decir la capacidad para interactuar bien con la gente y el ambiente, consta de un ítem en una escala ordinal de 5 puntos (0 a 4).

Salud mental: percepción que tienen los sujetos del bienestar mental, mide la capacidad para mantener relaciones armoniosas con los demás, consta de 5 ítems en una escala ordinal de 5 puntos (0 a 4), con una puntuación de la dimensión en un rango posible de 0-20

Energía/Fatiga: mide la percepción que tienen los sujetos con respecto a la motivación para realizar una actividad que normalmente debe realizar. Consta de

4 ítems en una escala ordinal de 5 puntos (0 a 4), la puntuación de la dimensión puede tomar valores en un rango de 0-16 puntos.

Malestar respecto a la salud: percepción de los sujetos con respecto a la falta de bienestar, la cual puede verse afectada en presencia de una enfermedad, consta de 4 ítems en una escala ordinal de 5 puntos (0 a 4) la puntuación de la dimensión puede tomar valores en un rango de 0-16 puntos.

Funcionamiento cognitivo: mide la percepción de los sujetos con respecto al estado de la capacidad para razonar, organización de los procesos cognitivos como aprender cosas nuevas y la capacidad de retentiva (memoria) de los sujetos esta dimensión consta de 4 ítems en una escala ordinal de 5 puntos (0 a 4) la puntuación de la dimensión puede tomar valores en un rango de 0-16 puntos.

Calidad de vida percibida: mide la autopercepción de los sujetos sobre lo que considera bienestar en salud consta de 1 ítem en una escala ordinal de 5 puntos (0 a 4).

Transición de salud: percepción que tienen los sujetos de los cambios en el estado físico y emocional, consta de 1 ítem en una escala ordinal de 5 puntos (0 a 4).

Condición Clínica: variable de carácter independiente que se midió a través de las categorías: Tiempo desde diagnóstico, recuentos Linfocitos T CD4, Carga Viral, comorbilidades y coinfecciones a la fecha de aplicación del instrumento.

Tratamiento antirretroviral: se seleccionaron los datos a partir de las siguientes variables:

- **Número de comprimidos:** se tuvo en cuenta la definición de la OMS sobre polimedición, “uso simultáneo de más de tres fármacos”(50,51).

permitiendo de esta manera clasificar esta dimensión en dos categorías: sujetos que tomen 1-2 fármacos y los que tomen 3 o más.

- **Tiempo en años de haber iniciado esquema de TARV actual:** se calculó a partir de la fecha de inicio del esquema de tratamiento antirretroviral actual que recibe el paciente y la fecha de aplicación del instrumento de Calidad de Vida Relaciona con la Salud (CVRS)
- **Esquema Terapéutico:** se ajustó la data a partir de los distintos esquemas terapéuticos disponibles en Colombia con respecto la Guía de práctica clínica para el tratamiento de la infección por VIH/SIDA en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos emitida por el Ministerio de Salud y protección Social en 2014. Los cuales son combinaciones de los siguientes grupos farmacológicos :
 - ✓ Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTR): Tenofovir+emtricitabina (TDF/FTC), Abacavir (ABC) Lamivudina (3TC), Zidovudina (AZT)
 - ✓ Inhibidores de la proteasa (IP): Darunavir (DRV), Ritonavir (r), Atazanavir (ATV), Fosamprenavir (FPV), Lopinavir (LPV)
 - ✓ Inhibidores de la integrasa (II): Raltegravir (RAL). Dolutegravir (DTG)
 - ✓ Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTR): Efavirenz (EFV), Nevirapiena (NVP) y Rilpivirina (RPV)

Teniendo en cuenta que el esquema de tratamiento empleado en el paciente desde el diagnóstico hasta la fecha de realización del cuestionario de calidad de vida pudo

haber presentado cambios, para efectos de medición de esta variable se tuvo en cuenta el último esquema terapéutico del paciente.

Adherencia al tratamiento: se midió a través del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ), el cual ha sido adoptado por la institución para la medición de la adherencia al tratamiento en los sujetos del programa integral VIH/SIDA, de acuerdo a este cuestionario la calificación de la adherencia es de tipo numérica, expresada en una escala porcentual de 0 a 100%, para efectos de esta variable se dicotomizó en adherente y no adherente de acuerdo a los resultados del mismo.

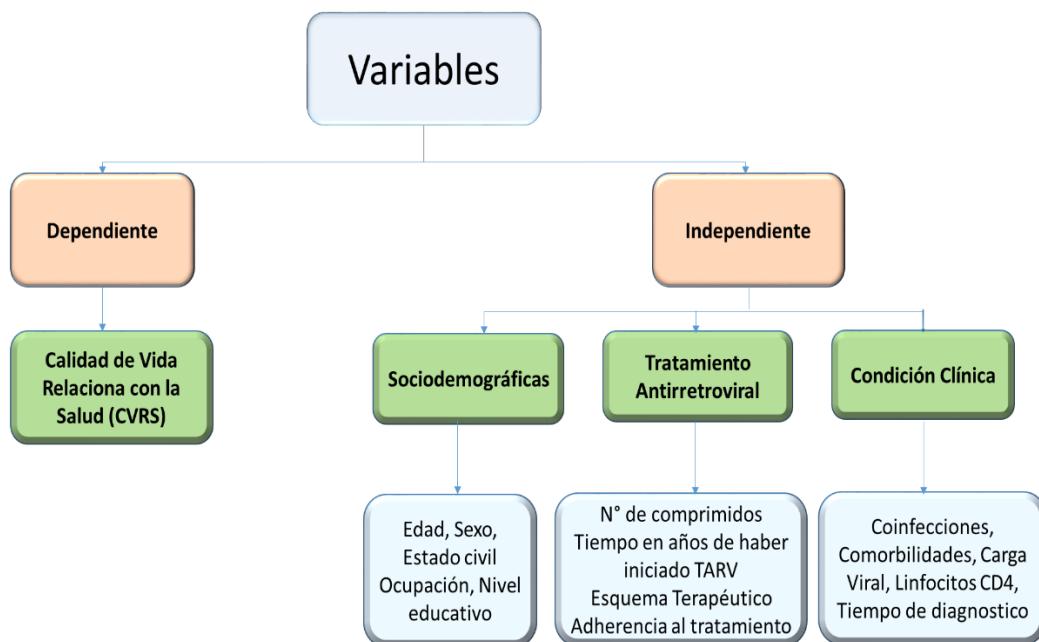


Ilustración 3: Variables de estudio.

En la tabla 9 anexa, se esquematiza la estructura de las variables y las dimensiones que fueron objeto de estudio (ver anexo B).

5. RESULTADOS

5.1. Descripción de las características sociodemográficas y clínicas de la población de estudio.

Tabla 2: características sociodemográficas y clínicas de la población.

VARIABLES	FRECUENCIA N =395	PORCENTAJE (%)
Edad media en años (DS) 39(10.5)		
14-23 años	19	5%
24-33 años	118	30%
34-43 años	117	30%
>43 años	141	36%
SEXO		
Mujer	173	44%
Hombre	222	56%
NIVEL DE EDUCACIÓN		
Sin educación	13	3%
Primaria	116	29%
Secundaria	195	49%
Estudios supriores	71	18%
ESTADO CIVIL		
Vive en Pareja	189	48%
Vive solo	206	52%
OCUPACIÓN		
Empleo Remunerado	269	68%
Empleo no Remunerado	126	32%
FUNCIONALIDAD FAMILIAR		
Positiva	216	55%
Negativo	179	45%
CONDICION CLINICA		
Tiempo desde el diagnostico media en años (DS) 5,7 (4,2)		
LINFOCITOS T CD4		
≥200 células	360	91%
< 200 células	35	9%
CARGA VIRAL		
≤50 copias	342	87%
>51	53	13%

Tabla: 2 características sociodemográficas y clínicas de la población.
Continuación

VARIABLES	FRECUENCIA N =395	PORCENTAJE (%)
COMORBILIDADES		
Dislipidemias (+)	237	60%
Síndrome desgaste asociado VIH (+)	123	31%
lipodistrofia (+)	18	5%
COINFECCIONES		
Tuberculosis (+)	47	12%
Toxoplasmosis (+)	14	4%
Citomegalovirus (+)	10	3%
Virus Hepatitis B (VHB) (+)	29	7%

DS= Desviación estándar

De acuerdo a la **tabla 2** el 60% de la población de estudio tenía edad entre 24-43 años, siendo el rango de 14-23 años el de menor porcentaje con un 5% y la media de edad de la población de $39 \pm (10)$ años.

El 56% de los sujetos del estudio eran hombres, siendo el nivel de educación secundaria el de mayor porcentaje con un 49%, es de anotar que solo el 17,9% del total de los sujetos tenían estudios superiores. La mayoría de los sujetos del estudio vivían solo (52%), con empleos remunerados (68%) y una media de años de ser diagnosticados de $5,7 \pm (4,2)$ años.

Por otra parte se observa con respecto al estado inmunológico y virológico de los sujetos del estudio que el 91% presentó recuentos de CD4 mayor de 200 células y el 87% estaban con cargas virales indetectables, es decir cargas virales menor de 50 copias. Se resalta que el 60% de la población de estudio presentó dislipidemias y dentro de las coinfecciones la que se presentó en mayor porcentaje fue tuberculosis con un 12%.

5.2. Determinación de las características personales y clínicas de acuerdo a las características del esquema de tratamiento Antirretroviral

Tabla 3: características personales y condiciones clínicas de los sujetos según número de comprimidos.

Variables	Nº de Comprimidos/Día				Prueba de chi-cuadrado	P-Valor		
	1-2 Comprimidos n=153		≥3 Comprimidos n=242					
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)				
EDAD								
14-23 años	5	3,3	14	5,8	1,717	0,633		
24-33 años	49	32,0	69	28,5				
34-43 años	46	30,0	71	29,3				
>43 años	53	34,6	88	36,4				
SEXO								
Mujer	71	47,0	102	42,1	0,690	0,408		
Hombre	82	53,6	140	57,8				
NIVEL DE EDUCACIÓN								
Sin educación	3	2,0	10	4,1	3.954	0,266		
Primaria	47	30,7	69	28,5				
Secundaria	70	45,8	125	51,7				
Estudios supriores	33	21,6	38	15,7				
ESTADO CIVIL								
Vive en Pareja	63	41,2	126	52,1	4,455	0,035		
Vive solo	90	58,8	116	47,9				
OCUPACIÓN								
Empleo Remunerado	109	71,2	160	66,1	1.134	0,287		
Empleo no Remunerado	44	28,8	82	33,9				
FUNCIONALIDAD FAMILIAR								
Positiva	89	58,2	127	52,5	1,225	0,268		
Negativo	64	41,8	115	47,5				
CONDICION CLINICA								
Tiempo desde el diagnóstico media en años (DE)	153	4,77 ± 3,6	242	6,35 ± 4,33	1,22	0,000*		
LINFOCITOS T CD4								
≥200 células	147	96,1	213	88,0	7.544	0,006		
< 200 células	6	3,9	29	12,0				
CARGA VIRAL								
<50 copias	146	95,4	196	81,0	6,80	0,000		
≥50	7	4,6	46	19,0				

Tabla 3: características personales y condiciones clínicas de los sujetos según número de comprimidos. **Continuación**

Variables	Nº de Comprimidos/Día				Prueba de chi-cuadrado	P-Valor		
	1-2 Comprimidos n=153		≥3 Comprimidos n=242					
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)				
COMORBILIDADES								
Dislipidemias (+)	80	52,3	157	64,9	6,18	0,015		
Síndrome desgaste asociado VIH (+)	41	26,8	82	33,9	2,19	0,138		
lipodistrofia (+)	8	5,2	10	4,1	0,25	0,611		
COINFECCIONES								
Tuberculosis (+)	28	18,3	19	7,9	9,76	0,002		
Toxoplasmosis (+)	4	2,6	10	4,1	0,63	0,427		
Citomegalovirus (+)	3	2,0	7	2,9	0,33	0,566		
Virus hepatitis B (VHB) (+)	13	8,5	16	6,6	0,490	0,484		

*Diferencia de medias prueba de Anova.

Nivel de significancia para $\alpha= 0.005$

Fuente: elaboración del autor

De los 395 sujetos del estudio, 242 (61%) estaban tomando tres o más comprimidos al día. El perfil de los sujetos en ambos grupos es el siguiente: mayores de 43 años, varones, con educación secundaria, ocupación remunerada, funcionalidad familiar positiva. En cuanto a su condición clínica se presentan con recuento de células CD4 mayor de 200 y carga viral menor de 50 copias.

Se diferencian en que los que consumen tres o más comprimidos, viven en pareja y presentan una media de 6,3 años de diagnóstico; mientras que quienes toman menos de dos comprimidos viven solos y tienen una media de diagnóstico de 4,7 años. La diferencia entre los dos grupos es vivir en pareja, condición clínica, dislipidemia (+), tuberculosis en quienes toman 1-2 comprimidos ($p=0,05$).

Con respecto a la edad, se observa que el 32% de los sujetos entre 24-33 años consumen menor número de comprimidos, en comparación con 28,5% en los que toman ≥ 3 comprimidos. Los sujetos mayores de 43 años toman un mayor número de comprimidos con un 36,4% en comparación con un 34,6% en los que toman 1-2 comprimidos.

De acuerdo a la **tabla 3** los hombres usan mayor número de comprimidos con un 57,8% en comparación con las mujeres con un 42,1%. Con respecto al nivel de educación se observa que los sujetos con estudios superiores tienden a tomar menor número de comprimidos al día con un 21,6% en comparación con un 15,7% en los que reciben ≥ 3 de comprimidos.

El comportamiento en los dos grupos muestra que los sujetos que viven en pareja toman mayor número de comprimidos con un 52,1 % en comparación con los que viven solos 47,9% ($X^2= 6,80$; $p= 0,035$). El análisis de la variable ocupación muestra que los sujetos con empleos remunerados usan menor número de comprimidos al día con un 71,2% en comparación con 66,1%.

Se evidencia que 89 sujetos (58,2%) con funcionalidad positiva tienen menor número de comprimidos, en contraposición con los que tienen mayor número de comprimidos con cuyo porcentaje de funcionalidad positiva fue menor (52,1%).

El análisis de las características clínicas de los sujetos con respecto al número de comprimidos (**tabla 3**) muestra que los que toman ≥ 3 de comprimidos, la media de años de diagnóstico es superior ($6,35 \pm 4,33$) a los que reciben menor número de comprimidos ($4,77 \pm 3,6$), ($F=1,22$; $P= 0,000$).

Se observa que los sujetos con menor número de células linfocitarias tienen mayor número de comprimidos con un 12,0% y 3,9% respectivamente ($X^2= 7.544$; $P=0,006$), igual comportamiento se refleja en el estado inmunológico, donde los sujetos con valores clínicamente no favorables (cargas viral mayor de 50 copias) reciben mayor número de comprimidos al día ($X^2= 6,80$; $P= 0,000$).

Los que reciben mayor número de comprimidos presentan mayores porcentaje de dislipidemias en comparación con los que reciben menor número de comprimidos 64,9% y 52,3% respectivamente ($X^2= 6,18$; $P= 0,015$). La anterior situación podría tener explicación si se tienen en cuenta que de los tratamientos empleados en los sujetos, doscientos dieciocho (218) recibían inhibidores de proteasas los cuales se asocian a mayor número de tabletas al día como es el caso de los sujetos que reciben Lopinavir/Ritonavir que deben tomar 4 comprimidos, sumado a la prescripción de los INTR que complementa estos esquemas de tratamiento. Por otra parte de acuerdo a la literatura este tipo de esquemas se asocia a un aumento de los lípidos como efecto secundario de los mismos. (52-55)

Los sujetos que presentaron coinfeción como tuberculosis se observa (**tabla 3**) que el mayor porcentaje de ellos recibió menor número comprimidos con un 18,3% en comparación con 7,9% de que recibió 3 o más comprimidos ($X^2=9,76$; $P= 0,002$).

La **tabla 4** presenta las características de los sujetos de acuerdo a la adherencia al tratamiento, el 59,7% de los sujetos se encuentra adherente al tratamiento, se observa entre los dos grupos que los sujetos adherentes tienen funcionalidad familiar positiva, mientras los no adherentes son disfuncionales ($p=0,05$), mayor de 200 células CD4 en adherentes ($p=0,05$), menor proporción de adherentes con > 50 copias ($p=0,05$).

Los sujetos mayores de 43 años muestran mayor porcentaje de adherencia (36,4%), mientras que los sujetos con edades entre 34-43 años muestran ser menos adherente con un 32,1% en comparación con los adherentes en este mismo rango con un 28,0%. Con respecto al sexo los hombres muestran un mayor porcentaje de adherencia (57,2%).

Tabla 4: características personales y clínicas según adherencia al tratamiento antirretroviral

Variables	Adherencia al tratamiento				Prueba de chi-cuadrado	P-Valor		
	Adherente n=236		No adherente n= 159					
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)				
Edad								
14-23 años	12	5,1	7	4,4	0,804	0,849		
24-33 años	72	30,5	46	28,9				
34-43 años	66	28,0	51	32,1				
>43 años	86	36,4	55	34,6				
SEXO								
Mujer	101	42,8	72	45,3	0,239	0,625		
Hombre	135	57,2	87	54,7				
NIVEL DE EDUCACIÓN								
Sin educación	8	3,4	5	3,1	0,804	0,848		
Primaria	66	28,0	50	31,4				
Secundaria	117	49,6	78	49,1				
Estudios supriores	45	19,1	45	16,4				
ESTADO CIVIL								
Vive solo	118	50,0	88	53,3	1.088	0,297		
Vive en Pareja	118	50,0	71	44,7				
OCUPACIÓN								
Empleo Remunerado	159	67,4	110	69,2	0,143	0,705		
Empleo no Remunerado	77	32,6	49	30,8				

Tabla 4: características personales y clínicas según adherencia al tratamiento antirretroviral **CONTINUACIÓN...**

Variables	Adherencia al tratamiento				Prueba de chi-cuadrado	P-Valor		
	Adherente n=236		No adherente n= 159					
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)				
FUNCIONALIDAD FAMILIAR								
Positiva	140	59,3	76	47,8	5.090	0,024		
Negativo	96	40,7	83	52,2				
CONDICION CLINICA								
Tiempo desde el diagnóstico media en años (DE)	236	5,9(4,4)	159	5,3(3,6)		0,186*		
LINFOCITOS T CD4								
≥200 células	222	94,1	138	86,8	6,226	0,013		
< 200 células	14	5,9	21	13,2				
CARGA VIRAL								
<50 copias	213	90,3	129	81,1	6.805	0,009		
≥50 copias	23	9,7	30	18,9				
COMORBILIDADES								
Dislipidemias (+)	149	63,1	88	55,3	2.402	0,121		
Síndrome desgaste asociado VIH (+)	67	28,4	56	35,2	2.067	0,151		
lipodistrofia (+)	10	4,2	8	5,0	0,138	0,711		
COINFECCIONES								
Tuberculosis (+)	25	10,6	22	13,8	0,953	0,329		
Toxoplasmosis (+)	7	3,0	7	4,4	0,573	0,449		
Citomegalovirus (+)	8	3,4	2	1,3	1.750	0,186		
Virus hepatitis B (VHB) (+)	17	7,2	12	7,5	0,017	0,898		

*Diferencia de medias prueba de Anova.

Nivel de significancia para $\alpha = 0.005$

Fuente: elaboración del autor

DE= desviación estándar

En lo que refiere al nivel de educación se observa que los sujetos con nivel de secundaria son más adherentes con un 49,6%, aun cuando solo difiere del no adherente en 0.5 puntos porcentuales. Vale la pena aclarar que los sujetos con educación secundaria constituye el grupo con mayor número de sujetos del estudio; lo cual está dado posiblemente en gran medida porque la población de estudio pertenece a grupos vulnerables del régimen subsidiado de la ciudad.

Los sujetos que viven solos son menos adherente al tratamiento con un 53,3%, al igual que aquellos que poseen empleos remunerados (69,2%) en comparación con los adherentes de esta misma categoría (67,4%). Se evidencia que los sujetos no adherentes tienen funcionalidad familiar negativa con un 52,2%, mientras que los adherentes fue de 40,7% ($P=0,024$ $X^2= 5,09$).

Con respecto a las condiciones clínicas y a la adherencia al tratamiento los sujetos adherentes tienen mayores recuentos de linfocitos T CD4 y Carga viral indetectable que los no adherentes con un 94,1% y 90,3% respectivamente ($P =0,05$).

En la **tabla 4** también se puede observar que el 18,9% de los sujetos con cargas virales detectables son no adherentes mientras que en los sujetos adherentes el porcentaje con cargas virales se reduce casi a la mitad en comparación con los primeros 9,7% ($X^2= 6,805; P= 0,009$).

De manera general en cuanto a presencia de comorbilidades y coinfecciones con respecto a la adherencia al tratamiento, no se presentaron diferencias estadísticas entre los grupos, sin embargo los mayores porcentajes de sujetos que presentaron comorbilidades y coinfecciones eran no adherentes, excepto los que presentaron dislipidemias 55,3% frente a un 63,1% y la presencia de Citomegalovirus en el que el porcentaje de no adherentes fue 1,3 frente a un 3,4%.

Tabla 5: características personales y clínicas según tiempo de haber iniciado tratamiento antirretroviral.

Variables	Tiempo de haber iniciado TARV						Prueba de chi-cuadrado	P-Valor		
	0,5-2,9 Años n=195		3-4,9 Años n= 109		≥5 Años n= 91					
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)				
Edad										
14-23 años	12	6,2	4	3,7	3	3,3	22,13	0,001		
24-33 años	71	36,4	27	24,8	20	22,0				
34-43 años	61	31,3	36	33,0	20	22,0				
>43 años	51	26,2	42	38,5	48	52,7				
SEXO										
Mujer	89	45,6	49	45,0	35	38,5	1,38	0,501		
Hombre	106	54,4	60	55,0	56	61,5				
NIVEL DE EDUCACIÓN										
Sin educación	5	2,6	7	6,4	1	1,1	19,49	0,003		
Primaria	47	24,1	43	39,4	26	28,6				
Secundaria	98	50,3	50	45,9	47	51,6				
Estudios supriores	45	23,1	9	8,3	17	18,7				
ESTADO CIVIL										
Vive solo	97	49,7	46	42,2	46	50,5	1,93	0,379		
Vive en Pareja	98	50,3	63	57,8	45	49,5				
OCUPACIÓN										
Empleo Remunerado	123	63,1	78	71,6	68	74,7	4,70	0,095		
Empleo no Remunerado	72	36,9	31	28,4	23	25,3				
FUNCIONALIDAD FAMILIAR										
Positiva	110	56,4	57	52,3	49	53,8	0,512	0,774		
Negativo	85	43,6	52	47,7	42	46,2				
CONDICION CLINICA										
Tiempo desde el diagnóstico media en años	195	4,06 (3,47)†	109	5,88 (3,70)	91	9,17 (3,89)†	61,24	0,000*		
LINFOCITOS T CD4										
≥200 células	176	90,3	102	93,6	82	90,1	1,11	0,574		
< 200 células	19	9,7	7	6,4	9	9,9				
CARGA VIRAL										
<50 copias	171	87,7	92	84,4	79	86,8	0,65	0,720		
≥50 copias	24	12,3	17	15,6	12	13,2				

Fuente: Elaboración del autor

Tabla 5: características personales y clínicas según tiempo de haber iniciado tratamiento antirretroviral. **CONTINUACION**

Variables	Tiempo de haber iniciado TARV						Prueba de chi-cuadrado	p-Valor		
	0,5-2,9 Años n=195		3-4,9 Años n= 109		≥5 Años n= 91					
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)				
COMORBILIDADES										
Dislipidemias (+)	115	59,0	65	59,6	57	62,6	0,355	0,837		
Síndrome desgaste asociado VIH (+)	53	27,2	36	33,0	34	37,4	0,325	0,197		
lipodistrofia (+)	5	2,6	5	4,6	8	8,8	5.532	0,063		
COINFECCIONES										
Tuberculosis (+)	18	9,2	18	16,5	11	12,1	3.542	0,170		
Toxoplasmosis (+)	6	3,1	7	6,4	1	1,1	4.357	0,113		
Citomegalovirus (+)	6	3,1	1	0,9	3	3,3	1.602	0,449		
Virus hepatitis B (VHB) (+)	21	10,8	5	4,6	3	3,3	6.772	0,034		

Fuente: Elaboración del autor

*Diferencias de medias por Anova de un factor; significativa al nivel 0.05

†Prueba de Tukey para la diferencia de medias significativa al nivel 0.05

DE= Desviación estándar de la media

La tabla 5 muestra las características de los sujetos en función del tiempo de haber iniciado tratamiento. A manera general se observa que los sujetos con más 3 años de haber incido tratamiento tienen edades >43 años, diferendo con los que tienen menor de 3 años de haber iniciado tratamiento, cuyas edades están entre 24-33 años. En cuanto al nivel de estudio, los sujetos con estudios superiores tenían menos años de haber incido tratamiento. Los que viven solos tienen ≥5 Años de haber iniciado el tratamiento.

En cuanto al nivel de educación llama la atención en la **tabla 5** que en la categoría de 0.5- 2,9 años de estar tomando tratamiento los sujetos con nivel de educación superior difieren solo en un punto porcentual de los sujetos con nivel de educación primaria 23,1% frente a 24,1% respectivamente, lo anterior podría suponer que los sujetos con educación superior son los que están iniciando tratamiento más recientemente.

De la **tabla 5** también se resalta que los sujetos que inician tratamiento recientemente tienen funcionalidad familiar positiva 56,4% disminuyendo está a medida que aumentan los años de haber iniciado tratamiento con 52,3% con los que tienen 3-4,9 años y 53,8% en los ≥ 5 Años.

Con respecto a la condición clínica y al perfil de morbilidad de los sujetos se observa diferencias significativa entre el tiempo desde el diagnóstico y los años de haber iniciado tratamiento ($P <0,05$), siendo mayor los años de haber iniciado tratamiento a medida que aumenta los años de haber sido diagnosticado. Pese a que no se presentan diferencias significativas se evidencia que los que iniciaron tratamiento con más de 5 años, presentaron mayores porcentaje de cargas virales controladas (86.8%), dislipidemia con un 62,8% y lipoatrofia con un 8,8% estas últimas se explican si se tienen en cuenta que son efecto adverso del uso crónico de algunos antirretrovirales.

Tabla 6: características personales y condición clínica de los sujetos según esquema de tratamiento antirretroviral.

Variables	Esquema de tratamiento Antirretroviral						Prueba de chi-cuadrado	P-valor		
	II+INTR n=12		IP+INTR n = 218		INNTR+INTR n= 165					
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%				
EDAD										
14-23 años	1	8,3	14	6,4	4	2,4	6.461	0,374		
24-33 años	4	33,3	58	26,6	56	33,9				
34-43 años	2	16,7	69	31,7	46	27,9				
>43 años	5	41,7	77	35,3	59	35,8				
SEXO										
Mujer	9	75,0	96	44,0	68	41,2	5.199	0,074		
Hombre	3	25,0	122	56,0	97	58,8				
NIVEL DE EDUCACIÓN										
Sin educación	0	0	9	4,1	4	2,4	8.804	0,185		
Primaria	4	33,3	60	27,5	52	31,5				
Secundaria	8	66,7	115	52,8	72	43,6				
Estudios supriores	0	0	34	15,6	37	22,4				

Fuente: Elaboración del autor

Tabla 6: características personales y condición clínica de los sujetos según esquema de tratamiento antirretroviral **CONTINUACION**

Variables	Esquema de tratamiento Antirretroviral						Prueba de chi-cuadrado	p-Valor		
	II+INTR n=12		IP+INTR n = 218		INNTR+INTR n= 165					
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuenci a	%				
ESTADO CIVIL										
Vive en Pareja	3	25,0	110	50,5	76	46,1	3.317	0,190		
Vive solo	9	75,0	108	49,5	89	53,9				
OCUPACIÓN										
Empleo Remunerado	6	50,0	143	65,6	120	72,7	4.065	0,131		
Empleo no Remunerado	6	50,0	75	34,4	45	27,3				
FUNCIONALIDAD FAMILIAR										
Positiva	5	41,7	116	53,2	95	57,6	1.568	0,457		
Negativo	7	58,3	102	46,8	70	42,4				
CONDICION CLINICA										
Tiempo desde el diagnostico media en años (DE)	12	6.8 (3,5)	218	6,43† (4,5)	165	4,7† (3,4)	(F=8, 393) 0,000 *			
LINFOCITOS T CD4										
≥200 células	7	58,3	192	88,1	161	97,6		26.994		
< 200 células	5	41,7	26	11,9	4	2,4				
CARGA VIRAL										
<50 copias	10	83,3	173	79,4	159	96,4	23.492	0,000		
≥50 copias	2	16,7	45	20,6	6	3,6				
COMORBILIDADES										
Dislipidemias (+)	6	50,0	144	66,1	87	52,7	7.467	0,024		
Síndrome desgaste asociado VIH (+)	7	58,3	77	35,3	39	23,6	10.248	0,006		
lipodistrofia (+)	0	----- ---	9	4,1	9	5,5	0,971	0,616		
COINFECCIONES										
Tuberculosis (+)	7	58,4	13	6,0	27	16,4	35.146	0,000		
Toxoplasmosis (+)	1	8,3	11	5,0	2	1,2	4.868	0,088		
Citomegalovirus (+)	1	8,3	7	3,2	2	1,2	3.209	0,201		
Virus hepatitis B (VHB) (+)	0	0	15	6,9	14	8,5	1.336	0,513		

Fuente: Elaboración del autor

*Diferencias de medias por Anova de un factor; significativa al nivel 0.05

†Prueba de Tukey para la diferencia de medias significativa al nivel 0.05

DE= Desviación estándar de la media

Según esquema de tratamientos empleados se observa el 55,2% de los sujetos del estudio tenían esquemas terapéuticos con inhibidores de proteasa (IP) seguido de un 41,7% con Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTR) y por ultimo un 3,0% con inhibidores de Integrasa (II).

Los sujetos con inhibidores de integrasa son mayoritariamente mujeres, que viven solas, con funcionalidad negativa, síndrome de desgaste asociado a VIH y tenían o habían presentado coinfección con tuberculosis. Los sujetos con IP y INNTR son hombres, viven en pareja, funcionalidad positiva. Por otra parte los que tienen IP en su mayoría presentan dislipidemias, los que están con INNTR presentan medias de años de ser diagnosticados ($4,7 \pm 3,4$) menor a los que están con IP ($6,43 \pm 4,5$) y II ($6,8 \pm 3,5$) respectivamente.

En cuanto al comportamiento de los grupos farmacológicos y las variables sociodemográficas se observa:

Los sujetos mayores de 34 años, tomaban en mayor proporción fármacos IP con un 31,7 %. En el caso de los INNTR los rangos de edades de 24-33 y >43 fueron los que mayores uso mostraron con un 33,9% y 35,8% respectivamente. El grupo de fármacos II se emplearon mayoritariamente en sujetos con edades >43 años con un 41,7%.

Los sujetos con estudios superiores se observa que estaban tomando en mayor proporción fármacos del grupo INNTR (22,4%), frente a un 15,6% en este mismo nivel educativo de los que usan IP. Caso contrario se observa en los sujetos con estudios secundarios los cuales reciben IP mayoritariamente con 52,8%, frente a un 43,6% de los que reciben INNTR. Con respecto al estado civil, los sujetos que

viven en pareja reciben principalmente esquemas de tratamiento con IP (50,5%); mientras los viven solos reciben INNTR 53,9%.

Con respecto a las condiciones clínicas de los sujetos y los esquemas terapéuticos empleados se resalta de la tabla los siguientes:

- El 11,9% de los sujetos con IP tenían linfocitos T CD4 menores a 200 células, frente a un 2,4% de los sujetos que reciben INNTR y un 41,7% de los que están con II.
- El 20,6 % de los sujetos que están con IP tienen cargas virales ≥ 50 copias, frente a un 3,6% de los que están con INNTR.
- El 66,1% de los sujetos con IP tienen dislipidemia frente a un 52,7% de los sujetos que están con INNTR.
- El 4,1% de los sujetos con IP presenta lipoatrofia y el 5,5% de los que tienen INNTR, vale la pena anotar que la frecuencia absoluta en ambos grupos es el mismo (9 sujetos).
- El 16,4% de los sujetos con INNTR tenían o habían tenido coinfección con Tuberculosis, frente un 58,4% que estaban con II y un 6,0% de los que estaban con IP.

5.3. Determinación de la métrica de la calidad de vida relacionada con la salud según características personales clínicas y de tratamiento antirretroviral

Tabla 7: métrica de la calidad de vida relaciona con la salud (CVRS) según las características personales de los sujetos.

Variables	CVRS (Puntuación total del MOS-SF-30: Min 0-Max 100)	Salud general percibida	Dolor	Actividad Diaria	Funcionamiento Físico	Funcionamiento Social	Salud Mental	Energía Fatiga	Malestar respecto a la salud	Funcionamiento Cognitivo	Calidad de Vida percibida	Transición de Salud
EDAD	F=0,394; p=0,757	F=0,649; p=0,584	F=1,347; p=0,259	F=1,277; p=0,282	F=3,417; p=0,017	F=1,885; p=0,132	F=0,281; p=0,839	F=0,515; p=0,672	F=1,650; p=0,177	F=0,420; p=0,739	F=0,897; p=0,443	F=0,897; p=0,443
14-23	78,53±17,6	2,47±1,2	3,26 ±0,8	3,32 ±1,3	10,32±3,1	3,00 ± 1,4	15,21±3,5	12,84±3,8	10,89 ± 3,9	11,95 ± 2,7	2,63 ± 1,2	2,95 ± 0,9
24-33	82,7±15,2	2,67 ± 1,0	3,14 ±0,9	3,58 ±0,9	10,67± 2,0*	3,61 ± 0,9	15,64 ± 3,8	12,22±3,3	12,94 ± 4,0	12,55 ± 3,7	2,94 ± 0,8	2,87 ± 1,0
34-43	82,7 ± 16,7	2,54 ± 0,9	2,93 ±1,0	3,41 ±1,2	9,93 ± 2,9	3,48 ± 1,1	15,86±3,9	12,61±3,6	13,28 ± 3,9	12,88 ± 3,8	2,94 ± 0,7	2,97 ± 1,0
>43	81,7 ± 19,2	2,50 ±1,1	2,96 ±1,0	3,29 ± 1,2	9,57± 3,1*	3,38 ± 1,2	15,96 ± 4,3	12,70±3,2	12,90 ± 4,8	12,57 ± 3,6	2,99 ± 0,9	3,04 ± 1,1
SEXO	F=8,084; p=0,005	F=8,868; p=0,003	F= 0,164; p=0,685	F=2,196; p=0,139	F=3,612; p=0,058	F=0,454; p=0,501	F=5,401; p=0,021	F=1,014; p= 0,315	F=9,331; p= 0,002	F= 4,561; p= 0,033	F=7,029; p= 0,008	F=7,029; p= 0,008
Mujer	79,38 ±17,4	2,39 ± 1,1	2,99 ± 0,9	3,31 ± 1,3	9,73± 2,9	3,42 ± 1,2	15,27 ± 3,8	12,34 ± 3,3	12,18 ± 4,4	12,18 ± 3,8	2,81 ± 0,93	2,88 ± 1,1
Hombre	84,32 ± 16,9	2,71 ± 1,0	3,0 ± 1,1	3,49 ± 1,1	10,28± 2,7	3,50 ± 1,1	16,22 ± 4,1	12,69 ± 3,5	13,51 ± 4,21	12,98 ± 3,6	3,05 ± 0,82	3,03 ± 1,0
NIVEL DE EDUCACIÓN	F=3,012; p=0,030	F=3,167; p=0,024	F= 1,507; p= 0,212	F= 5,391; p= 0,001	F= 4,574; p= 0,004	F= 4,048; p= 0,007	F=1,719; P=0,162	F=2,518; p=0,058	F=1,438; p=0,231	F=0,896; p=0,443	F=2,086; p=0,102	F=0,719; p=0,541
Sin educación	76,69 ± 71,0	1.92 ± 0,8	2.76 ± 0,9	2,69 ± 1,5 [†]	8,54 ± 3,0	3,77 ± 0,4	15,62 ± 4,3	10,92 ± 4,5	12,23 ± 4,8	12,46 ±3,2	2,77 ± 0,6	3,00 ± 1,1
Primaria	78,66 ± 20,7*	2.41 ± 1,1	3.08 ± 0,9	3,16 ± 1,4*	9,42 ± 3,3 ^{†*}	3,16 ± 1,5*	15,14 ±4,9	12,10 ± 3,6	12,29 ± 4,9	12,30 ± 4,1	2,79 ± 1,1	2,94 ± 1,1
Secundaria	83,96 ± 15,1*	2.66 ± 1,0	3.07 ± 1,0	3,51 ± 1,1	10,32 ± 2,6 [†]	3,59 ± 1,0*	16,21 ± 3,6	12,93 ± 3,1	13,30 ± 4,1	12,62 ± 3,4	2,99 ± 0,7	2,92 ± 1,0
Estudio superiores	83,90 ± 15,8	2.67 ± 0,9	2.82 ± 1,0	3,70 ± 0,8 [†]	10,55 ± 2,4*	3,54 ± 0,9	15,82 ± 3,4	12,45 ± 3,5	13,08± 3,77	13,21 ± 3,8	3,08 ± 0,7	3,13 ± 0,9

Variables	CVRS (Puntuación total del MOS-SF-30: Min 0-Max 100)	Salud general percibida	Dolor	Actividad Diaria	Funcionamiento Físico	Funcionamiento Social	Salud Mental	Energía Fatiga	Malestar respecto a la salud	Funcionamiento Cognitivo	Calidad de Vida percibida	Transición de Salud
ESTADO CIVIL	F=2,722; P=0,100	F=0,029; p=0,864	F= 2,028; p=0,155	F=2,868; p=0,091	F=1,695; p=0,194	F=0,766; p=0,382	F=4,962; p=0,026	F=0,656; p=0,418	F=0,717; p=0,398	F=1,684; p=0,195	F=1,573; p=0,211	F=0,126 p=0,723
Vive en pareja	80,66 ± 17,8	2,58 ± 1,1	2,94 ± 1,0	3,31± 1,2	9,85 ± 3,0	3,41 ± 1,2	15,33 ± 4,1	12,39 ± 3,4	12,74 ± 4,5	12,38 ± 3,9	2,88 ± 0,9	2,98 ± 1,0
Vive solo	83,52 ± 16,6	2,56 ± 1,1	3,09 ± 1,0	3,51± 1,1	10,22 ±2,6	3,51 ± 1,1	16,23 ± 3,9	12,67 ± 3,4	13,11 ± 4,2	12,86 ± 3,4	3,00 ± 0,8	2,95 ± 1,0
OCUPACIÓN	F=6,485; P=0,011	F=5,188; P=0,023	F= 2,470; P=0,117	F=1,609; P=0,205	F=4113; P=0,043	F=6,427; P=0,012	F=1,098; P=0,295	F=1,912; P=0,0167	F=7,162; P=0,008	F=6,093; P=0,014	F=7,113; P=0,008	F=0,324; P=0,570
Empleo Remunerado	83,66 ±16,4	2,65 ± 1,0	2,96 ± 1,0	3,46 ± 1,1	10,24 ± 2,6	3,56 ±1,1	15,95 ± 3,9	12,70 ± 3,4	13,33 ± 4,2	12,94 ± 3,5	3,02± 0,801	2,99 ± 1,0
Empleo no Remunerado	78,94 ± 18,5	2,39 ± 1,1	3,13 ± 0,9	3,30± 1,3	9,62 ± 3,2	3,25 ± 1,3	15,49 ± 4,1	12,19 ± 3,4	12,08 ± 4,5	11,96 ± 4,1	2,77 ± 1,0	2,92 ± 1,1
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	F=16,153; P=0,000	F= 11,556; P=0,001	F= 1,467; P=0,226	F=10,561; P=0,001	F=2,608; P=0,107	F=9,213; P=0,003	F=24,484; P=0,000	F=10,512; P=0,001	F=5,161; P=0,024	F=3,405; P=0,066	F=12,592; P=0,000	F=5,252; P=0,022
Positiva	85.27 ± 15,7	2,73 ± 1,1	3,07 ± 0,9	3,59 ± 1,0	10,25 ± 2,8	3,62 ± 0,9	16,69 ± 3,6	13,04 ± 3,1	13,38 ± 4,1	12,94 ± 3,5	3,08 ± 0,8	3,07 ± 1,0
Negativa	78.39 ± 18,3	2,37 ± 1,0	2,95 ± 1,0	3,20 ± 1,3	9,79 ± 2,9	3,27 ± 1,3	14,73 ± 4,2	11,93 ± 3,7	12,39 ± 4,5	12,25 ± 3,9	2,77 ± 0,9	2,83 ± 1,0

*†La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05 prueba de tukey.

Fuente: Elaboración del autor

La tabla 7 muestra la percepción de la Calidad de Vida Relacionada con Salud según características personales de los sujetos, en la que se evidencia que hay una diferencia en la percepción con respecto al sexo, el nivel de educación, ocupación y la funcionalidad familiar, siendo mayor la percepción de la CVRS en los hombres, sujetos con estudios superiores, ocupaciones remuneradas y funcionalidad familiar positiva ($p<0,05$).

Con respecto a la edad los sujetos entre 14-23 años, de las 11 dimensiones del cuestionario en 5 de ellas mostraron las puntuaciones más bajas: dolor, actividad diaria, energía/fatiga, funcionamiento físico y transición en salud. En la dimensión de funcionamiento físico ($F= 3,417$; $p=0,017$), se observa que los sujetos con edades mayores a 34 años perciben menor funcionamiento físico que los de 14 a 33 años. Con una diferencia significativa en el funcionamiento físico entre los que tienen 24-33 y los mayores de 43 años.

Los hombres mostraron mayor percepción en 6 de las 11 dimensiones del cuestionario: salud general percibida ($F=8,868$; $P=0,003$), salud mental ($F= 5,401$; $P=0,021$), malestar respecto a la salud ($F= 9,331$; $P= 0,002$), funcionamiento cognitivo ($F= 4,561$; $P= 0,033$), calidad de vida percibida ($F= 7,029$; $P= 0,008$) y transición en salud ($F= 7,029$; $p= 0,008$).

A medida que aumenta el nivel de educación de los sujetos la percepción en la calidad de vida relacionada con la salud aumenta ($F= 3,012$; $P=0,030$) siendo esta diferencia estadísticamente significativa entre los sujetos con educación primaria y secundaria. Los sujetos con menor nivel educativo tienen menor percepción en la dimensión de la salud general ($F= 3.167$; $P= 0,024$), funcionamiento físico ($F= 4.574$; $P= 0,004$) al igual que en la dimensión actividad diaria ($F= 5.391$; $P=0,001$) siendo mayor entre los sujetos con educación secundaria en comparación con los de primaria y en los sujetos universitario en comparación con secundaria.

Con respecto a la dimensión de funcionamiento social ($F= 4.048$; $P= 0,007$) se observa que los sujetos con nivel educativo primario tienen menor percepción que los sujetos con estudios secundarios.

No se hayo a nivel global diferencias en la percepción de la CVRS en función del estado civil sin embargo, vale la pena mencionar que los sujetos que viven solos perciben mejor salud mental que los que viven en parejas ($F= 4,962$; $P=0,026$).

Con respecto a la ocupación los sujetos con empleo remunerados tienen mejores percepción en las dimensiones: de salud general percibida ($F= 5,188$; $P=0,023$), funcionamiento físico ($F=4113$; $P=0,043$), funcionamiento social ($F=6,427$; $P=0,012$), menor percepción con respecto al malestar de salud ($F= 7,162$; $P=0,008$), funcionamiento cognitivo ($F= 6,093$; $P=0,014$) y calidad de vida percibida ($F= 7,113$; $P=0,008$).

Los sujetos con funcionalidad familiar negativa presentaron menor percepción de calidad de vida relacionada con la salud ($78.39 \pm 18,3$) frente a un ($85.27 \pm 15,7$) de los que tenían funcionalidad positiva. A manera general de las 11 dimensiones del cuestionario en 9 de estas presentaron menor percepción (Salud general percibida, Actividad Diaria, Funcionamiento Social, Salud Mental, Energía/Fatiga, Malestar respecto a la salud, Funcionamiento Cognitivo, Calidad de Vida percibida y Transición de Salud)

Tabla 8: métrica de la calidad de vida relaciona con la salud (CVRS) según las condiciones clínicas de los sujetos.

CONDICION CLINICA	CVRS (Puntuación total del MOS-SF-30: Min 0- Max 100)	Salud general percibida	Dolor	Actividad Diaria	Funcionamiento Físico	Funcionamiento Social	Salud Mental	Energía Fatiga	Malestar respecto a la salud	Funcionamiento Cognitivo	Calidad de Vida percibida	Transición de Salud
Tiempo desde el diagnostico media en años (DE)	*r=0,048 P= 0,344	r=0,048 P= 0,344	r=-0,035 P= 0,486	r=-0,050 P= 0,325	r=-0,094 P= 0,061	r=-0,049 P= 0,061	r=0,097 P=0,054	r=0,025 P=0,623	r=0,0144 P=0,004	r=0,010 P=0,850	r=0,074 P=0,141	r=0,039 P=0,442
LINFOCITOS T CD4	F=0,937; P=0,334	F=4,562; P= 0,033	F=0,208; P=0,649	F=0,435; P=0,510	F=3,625; P=0,058	F=0,612; P=0,435	F=0,383; P=0,537	F=0,090; P=0,764	F=0,183; P=0,669	F=0,446; P=0,505	F=0,154; P=0,695	F=0,299; P=0,585
≥200 células	82,42±16,9	2,60±1,0	3,03±1,0	3,43±1,1	10,13±2,8	3,48±1,1	15,84±3,9	12,55 ± 3,4	12,96 ± 4,3	12,67 ± 3,6	2,95 ± 0,8	2,96 ± 1,1
< 200 células	79,46±20,0	2,20±1,3	2,94±0,9	3,29±1,3	9,17±3,4	3,31±1,3	15,40± ,6	12,37±3,3	12,63 ± 4,5	12,23 ± 4,2	2,89 ± 1,0	3,06 ± 0,9
CARGA VIRAL	F=0,555; P=0,457	F=2,780; P=0,096	F=0,079; P=0,779	F=0,150; P=0,699	F=2,636; P=0,105	F=0,667; P=0,415	F=0,743; P=0,389	F=1,040; P=0,308	F=0,004; P=0,953	F=1,764; P=0,185	F=1,751; P=0,186	F=0,025; P=0,875
<50 copias	82,41±16,8	2,60±1,0	3,02±1,0	3,40±1,2	10,13±2,7	3,48±1,1	15,87±3,9	12,47±3,5	12,92±4,3	12,73±3,6	2,96± 0,8	2,97±1,0
≥ 50 copias	80,51±19,6	2,34±1,1	2,98±0,9	3,47±1,1	9,45±3,1	3,34±1,2	15,36±4,5	12,98±3,3	12,96±4,6	12,00±4,3	2,79± 0,9	2,94±1,1
COMORBILIDADES												
Dislipidemias	F=0,228; P=0,366	F=0,268; P=0,605	F=0,529; P=0,468	F=0,036; P=0,850	F=0,075; P=0,784	F= 0,080; P=0,777	F=1,613; P=0,205	F=0,001;P= 0,981	F=0,065;P= 0,799	F=0,450; P=0,503	F=3,840; P=0,051	F=0,111; P= 0,740
Dislipidemias (+)	81,65±17,5	2,60±1,0	3,06±0,9	3,42±1,2	10,09±2,8	3,48±1,2	15,49±4,1	12,53 ± 3,6	12,86 ± 4,6	12,47 ± 3,8	2,84 ± 0,8	2,94 ± 1,1
Dislipidemias (-)	82,49± 16,4	2,54 ± 1,1	2,99 ± 1,0	3,40 ± 1,2	10,01 ± 2,9	3,45± 1,1	16,01±3,9	12,54 ± 3,3	12,97 ± 4,2	12,73 ± 3,6	3,01 ± 0,8	2,98 ± 1,0
Síndrome desgaste asociado VIH	F=0,162; P=0,688	F=0,402;P= 0,402	F=3,655; P=0,57	F=2,069; P=0,151	F=0,843; P=0,359	F=1,411; P=0,236	F=1,123; P=0,290	F=0,633; P=0,427	F=0,478; P=0,490	F=0,023; P=0,878	F=0,261; P=0,609	F=0,020; P=0,888
Síndrome desgaste asociado VIH (+)	81,92±17,5	2,54±1,0	2,95±1,0	3,47±1,1	10,13±2,9	3,51 ± 1,1	15,66±4,0	12,44±3,4	12,83±4,3	12,65±3,7	2,93±0,8	2,96±1,0
Síndrome desgaste asociado VIH (-)	82,67±16,8	2,62±1,1	3,16±0,9	3,28±1,3	9,85±2,7	3,36±1,3	16,12±4,1	12,74±3,3	13,15±4,3	12,59 ± 3,6	2,98±0,8	2,98±1,1
lipoatrofia/lipodistrofia	F=1,195; P=0,25	F=0,032; P=0,858	F=0,006; P=0,940	F=1,273; P=0,260	F=0,001; P=0,982	F=0,594; P=0,441	F=1,994; P=0,159	F=2,288; P=0,131	F=0,814; P=0,368	F=0,058; P=0,810	F=0,312; P=0,577	F=1,685; P=0,195
lipodistrofia (+)	81,95±17,3	2,56±1,1	3,02±1,0	3,40±1,2	10,04±2,8	3,45±1,1	15,74±4,0	12,48 ± 3,4	12,89 ± 4,4	12,62 ± 3,7	2,94 ± 0,8	2,95 ± 1,0
lipodistrofia (-)	86,50±14,4	2,61±1,2	3,00±1,1	3,72±0,6	10,06±2,8	3,67±0,9	17,11±3,9	13,72±3,4	13,83± 3,55	12,83± 2,8	3,06 ± 0,7	3,28 ± 1,0

CONDICION CLINICA	CVRS (Puntuación total del MOS-SF-30: Min 0- Max 100)	Salud general percibida	Dolor	Actividad Diaria	Funcionamiento Físico	Funcionamiento Social	Salud Mental	Energía Fatiga	Malestar respecto a la salud	Funcionamiento Cognitivo	Calidad de Vida percibida	Transición de Salud
COINFECCIONE												
Tuberculosis	F=0,923; P=0,337	F=0,058; P=0,811	F=2,931; P=0,088	F=0,220; P=0,639	F=1,602; p=0,206	F=0,126; P=0,22	F=1,650; P=0,200	F=3,476; P=0,063	F=0,024; P=0,877	F=0,021; P=0,884	F=0,231; P=0,631	F=0,624; P=0,430
Tuberculosis (+)	81,85±17,1	2,57±1,1	2,99±1,0	3,40±1,2	9,97±2,9	3,39 ±1,1	15,71±4,0	12,42±3,4	12,92±4,3	12,62±3,7	2,93 ±0,9	2,98 ± 1,0
Tuberculosis (-)	84,43±15,5	2,53±1,1	3,26±0,8	3,49 ± 1,1	10,53 ± 2,2	3,40 ± 1,3	16,51±4,1	13,40 ± 3,3	13,02 ± 4,6	12,70 ± 3,8	3,00 ± 0,9	2,85 ± 1,1
Toxoplasmosis	F=1,259; P=0,263	F=2,290; P=0,131	F=0,542; P=0,462	F=3,170; P=0,076	F=8,184; P=0,004	F=3,330; P=0,566	F=0,125; P=0,724	F=0,128; P=0,721	F=0,473; P=0,492	F=3,704; P=0,080	F=0,452; P=0,502	F=3,809; P=0,052
Toxoplasmosis (+)	82,34±17,1	2,58±1,1	3,01±1,0	3,43±1,2	7,93±3,9	3,47±1,1	15,82±4,0	12,52± 3,4	12,96 ± 4,3	12,69 ± 3,6	2,95 ± 0,8	2,94 ± 1,0
Toxoplasmosis (-)	84,07± 16,0	2,64 ±1,3	3,21 ± 0,9	2,86 ± 1,7	10,12± 2,8	3,29 ± 1,3	15,43±3,5	12,86 ± 3,5	12,14 ± 4,5	10,93 ± 6,1	2,79 ± 0,8	3,50 ± 0,9
Citomegalovirus	F=0,842; P=0,360	F=1,683; P=1,95	F=2,319; P=0,129	F=0,253; P=0,615	F=0,004; P=0,947	F=0,028; P=0,867	F=1,234; P=0,267	F=0,189; P=0,664	F=2,330; P=0,128	F=0,080; P=0,777	F=0,328; P=0,567	F=1,049; P=0,306
Citomegalovirus (+)	82,03± 17,4	2,56 ± 1,1	3,01 ±1,0	3,41 ± 1,2	10,04 ± 2,8	3,40 ± 1,3	15,77±4,1	12,52 ± 3,4	12,88 ± 4,4	12,64 ± 3,7	2,94 ± 0,8	2,96 ± 1,0
Citomegalovirus (-)	87,10± 12,6	3,00 ± 0,9	3,50 ± 0,8	3,60 ± 1,3	10,10 ± 3,8	3,46 ± 1,1	17,20±1,9	13,00 ± 2,7	15,00 ± 1,4	12,30 ± 5,0	3,10±0,56	3,30 ± 0,8
Virus Hepatitis B (VHB)	F=0,109; P=0,742	F=1,860; P=0,173	F=1,531; P=0,217	F=0,663; P=0,416	F=0,338; P=0,534	F=0,879; P=0,349	F=0,121; P=0,728	F=0,177; P=0,675	F=0,506; P=0,477	F=0,516; P=0,473	F=0,023; P=0,881	F=0,131; P=0,717
Virus Hepatitis B (VHB)(+)	82,07± 17,4	2,55 ± 1,1	3,04 ±1,0	3,40 ± 1,2	9,72 ± 3,5	3,45 ± 1,2	15,82±4,0	12,52 ± 3,4	12,89 ± 4,4	12,59 ± 3,7	2,94 ± 0,8	2,97 ± 1,0
Virus Hepatitis B (VHB) (-)	83,17± 15,5	2,83 ± 1,1	2,79 ± 1,2	3,59 ± 1,0	10,07 ± 2,8	3,66 ± 0,8	15,85±4,0	12,79 ± 3,5	13,48 ± 3,9	13,10 ± 3,6	2,97 ± 0,7	2,90 ± 1,0

Fuente: Elaboración del autor

*r =Coeficiente de correlación de Pearson.

La tabla 8 muestra la percepción de la CVRS con respecto a las condiciones clínicas de los sujetos. A nivel global no se halló diferencia significativa en la percepción de la CVRS y las condiciones clínicas. A nivel de las dimensiones del cuestionario con respecto a la condición clínica se presenta lo siguiente:

Se halló Correlación positiva entre el número de años desde el diagnóstico y la dimensión **Malestar con Respeto a la Salud** ($r=0,0144$ $P=0,004$). Con respecto a la variable Linfocitos T CD4, se observa que los sujetos con niveles de CD4 ≥ 200 células tienen mayor percepción **Salud General Percibida** ($F=4,562$; $P= 0,033$) que los sujetos con niveles de CD4 <200 células. En el resto de las dimensiones pese a que no hubo diferencias la percepción fue mayor en los que tenían mayor recuento de células CD4.

No se halló diferencias significativas con respecto la carga viral de los sujetos y las dimensiones del cuestionario, sin embargo los sujetos con carga virales controladas (<50 copias) perciben mayor **Calidad de Vida Relacionadas con la Salud** que aquellos que tienen cargas virales ≥ 50 copias a excepción de las dimensiones de **Energía y Fatiga**.

En cuanto a las comorbilidades y coinfecciones no se observó diferencias a nivel global y a nivel de las dimensiones del cuestionario con respecto a la CVRS, a excepción de los sujetos que presentaron coinfección con toxoplasmosis en la dimensión **funcionamiento físico** ($F=8,184$; $P=0,004$) donde los sujetos que la presentaron percibieron menor funcionamiento.

Con respecto a la presencia de **Lipoatrofia/Lipodistrofia**: se observa que los sujetos que presentaron este evento el cual se asocia al uso crónico de algunos fármacos antirretrovirales presentaron menor percepción de calidad de vida relacionada con la salud en todas las dimensiones del cuestionario, sin embargo en la muestra no fue estadísticamente significativa.

Tabla 9: métrica de la calidad de vida relaciona con la salud (CVRS) según las características del tratamiento.

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	CVRS (Puntuación total del MOS-SF-30: Min 0-Max 100)	Salud general percibida	Dolor	Actividad Diaria	Funcionamiento Físico	Funcionamiento Social	Salud Mental	Energía Fatiga	Malestar respecto a la salud	Funcionamiento Cognitivo	Calidad de Vida percibida	Transición de Salud
Nº de Comprimidos al día	F=7,981; P=0,006	F=3,470; P=0,063	F=1,562; P=0,212	F=0,589; P=0,443	F=2,791; P=0,096	F=5,635; P=0,018	F=11,433; P=0,001	F=4,264; P=0,040	F=2,680; P=0,102	F=4,529; P=0,034	F=0,329; P=0,567	F=0,113; P=0,737
1-2 Comprimidos	85,16 ± 14,7	2,69 ± 1,0	3,10 ± 1,0	3,47 ± 1,1	10,34± 2,6	3,63 ± 0,9	16,65 ± 3,3	12,98± 3,1	13,38± 3,6	13,12 ± 3,2	2,97 ± 0,8	2,99 ± 1,0
> 3 Comprimidos	80,26 + 18,46	2,49 +1,1	2,97 ± 1,0	3,38 ± 1,2	9,85 ± 2,9	3,35 ± 1,3	15,26 ± 4,3	12,26 3,5	12,64 ± 4,7	12,31 ± 3,9	2,92 ± 0,9	2,95 ± 1,0
Tiempo de haber iniciado el tratamiento	F=0,336; P=0,715	F=1,234; P=0,292	F=0,2979; P=0,052	F=1,681; P=0,788	F=2,311; P=0,101	F=1,085; P=0,339	F=0,180; P=0,836	F=0,684; P=0,505	F=1,096; P=0,335	F=0,026; P=0,974	F=0,168; P=0,0845	F=0,256; P=0,774
0,5-2,9 años	82,88 ± 16,9	2,64 ± 1,0	3,09 ± 1,00	3,51 ± 1,1	10,32± 2,8	3,52 ± 1,1	15,88 ± 3,9	12,72± 3,3	12,82± 4,3	12,65 ± 3,8	2,93 ± 0,9	2,95 ± 1,0
3-4,9 años	81,43 ± 17,4	2,44 ± 1,1	3,07 ± 1,00		9,94 ± 2,7	3,48 ± 1,1	15,61 ± 4,0	12,48± 3,4	12,64± 4,6	12,65 ± 3,6	2,93 ± 0,8	2,94 ± 1,1
≥ 5 Años	81,47 ± 17,9	2,56 ± 1,1	2,79 ± 0,1	3,24 ± 1,3	9,56 ± 2,9	3,31 ± 1,3	15,87 ± 4,3	12,22± 3,6	13,51± 4,2	12,55 ± 3,6	2,99 ± 0,8	3,03 ± 0,9
Adherencia al tratamiento	F=3,608; P=0,058	F=5,432; P=0,020	F=0,081; P=0,776	F=0,157; P=0,692	F=0,119; P=0,730	F=2,074; P=0,151	F=4,462; P=0,035	F=0,272; P=0,603	F=3,120; P=0,078	F=5,725; P=0,017	F=2,195; P=0,139	F=3,245; P=0,072
Adherente	83,50 ± 16,3	2,67 ± 1,0	3,03 ± 1,1	3,43 ± 1,2	10,00 ± 2,9	3,53 ± 1,0	16,15 ± 3,6	12,61 ± 3,4	13,25± 3,9	12,99 ± 3,5	3,00 ± 0,8	3,04 ± 1,0
No adherente	80,15 ± 18,4	2,42 ± 1,1	3,00 ± 0,9	3,38 ± 1,2	10,10 ± 2,7	3,36 ± 1,3	15,28 ± 4,5	12,43 ± 3,4	12,46± 4,8	12,09 ± 3,9	2,86 ± 0,9	2,85 ± 1,1
Esquema terapéutico	F=1,420; P=0,205	F=0,964; P=0,449	F=0,917; P=0,483	F=2,494; P=0,022	F=0,536; P=0,781	F=0,945; P=0,463	F=2,741; P=0,013	F=1,060; P=0,386	F=0,761; P=0,601	F=1,099; P=0,362	F=1,344; P=0,237	F=1,344; P=0,237
DTG	86,86 ± 9,4	2,43 ± 1,1	2,71 ± 1,1	3,14 ± 1,6	10,00 ± 1,6	3,43 ± 1,5	18,29 ± 1,7	14,29 ± 1,8	13,71 ± 2,4	11,86 ± 3,4	3,29 ± 0,4	3,71 ± 0,4
RAL	81,67 ± 8,6	2,17 ± 0,9	3,33 ± 0,8	4,00 ± 0,0	10,83 ± 1,6	3,33 ± 1,6	15,67 ± 3,1	13,50 ± 2,8	12,67 ± 3,7	10,67 ± 4,7	3,17 ± 0,7	2,33 ± 1,0
EFV	84,58 ± 15,7	2,70 ± 1,0	3,09 ± 0,9	3,44 ± 1,2	10,31 ± 2,6	3,55 ± 1,0	16,43±3,6*	12,70 ± 3,4	13,38 ± 3,8	13,17 ± 3,1	3,01 ± 0,7	2,94 ± 1,0
LP/r	81,15 ± 18,3	2,59 ± 1,0	3,09 ± 0,9	3,30 ± 1,3	9,98 ± 2,8	3,44 ± 1,2	15,71 ± 4,2	12,30 ± 3,6	12,74 ± 4,8	12,35 ± 4,2	2,94 ± 0,8	2,98 ± 1,1
DR/r	81,81 ± 16,7	2,41 ± 1,1	2,97 ± 1,0	3,64 ± 0,9*	9,82 ± 2,8	3,52 ± 1,1	15,68 ± 3,8	12,73 ± 3,2	12,86 ± 4,4	12,43 ± 3,9	2,95 ± 0,9	2,95 ± 1,1
NVP	76,20 ± 19,9	2,53 ± 0,9	2,67 ± 0,9	2,53 ± 1,6*	9,53 ± 3,5	2,93 ± 1,6	14,80 ± 5,0	11,47 ± 3,5	11,67 ± 5,2	12,47 ± 3,9	2,47 ± 1,1	3,13 ± 1,2
ATZ/r	77,50 ± 21,3	2,50 ± 1,1	2,85 ± 1,1	3,28 ± 1,3	9,78 ± 3,7	3,25 ± 1,5	13,93±4,9*	11,88 ± 3,7	12,15 ± 5,1	12,15 ± 3,6	2,78 ± 1,1	2,98 ± 0,9

*Prueba de Tukey para la diferencia de medias entre grupos significativa al nivel 0.05.

Fuente: Elaboración del autor

La tabla 9 muestra la medición de la calidad de vida relacionada con la salud con respecto a las características del tratamiento antirretroviral. A manera general se observa variación en la percepción de la calidad de vida con respecto al número de comprimidos que reciben los sujetos, no se hallaron diferencias con respecto al el tiempo de haber sido diagnosticado, la adherencia al tratamiento y el quema de tratamiento empleado.

Número de comprimidos: los sujetos con menor número de comprimidos perciben mayor CVRS con una puntuación de $85,16 \pm 14,7$ frente $80,26 \pm 18,46$ de aquellos que tienen tres (3) o más comprimidos ($F=7,981; P=0,006$).

En cuanto al comportamiento de las dimensiones se observa que la dimensión **Funcionamiento Social** los sujetos con menor número de comprimidos tienen mayor percepción que aquellos que tienen mayor número de comprimidos con una puntuación de $3,63 \pm 0,9$ en los sujetos que tienen 1-2 comprimidos y $3,35 \pm 1,3$ respectivamente ($F=5,635; P=0,018$) lo cual podría explicarse teniendo en cuenta que entre mayor sea el número de comprimidos los sujetos ven limitados algunas actividades de tipo social como reuniones entre amigos, dada la estigmatización social que aún se presenta en los sujetos con enfermedades crónicas e infecciosas como VIH/SIDA. Igual comportamiento se observa en la dimensión **Salud Mental** con una puntuación de $16,65 \pm 3,3$ y $15,26 \pm 4,3$ ($F=11,433; P=0,001$) y **Funcionamiento Cognitivo** ($F=4,529; P=0,034$) con una puntuación de $13,12 \pm 3,2$ en comparación con los que tienen mayor número de comprimidos con $12,31 \pm 3,9$ y la dimensión de **energía y fatiga** ($F=4,264; P=0,040$)

Tiempo de haber iniciado tratamiento: pese a que no se observaron diferencias significativas los sujetos que tenían **0,5-2,9 años** de haber incido tratamiento perciben mayor CVRS que aquellos que tenían **3-4,9 años** y **≥ 5 Años** con una puntuación de $(82,88 \pm 16,9)$, $(81,43 \pm 17,4)$ y $(81,47 \pm 17,9)$ respectivamente. Con

respecto a análisis de las dimensiones se observa igual comportamiento en cada una de estas a excepción de la dimensión **Malestar con respecto a la salud** en la que se observa; que los sujetos con **≥ 5 Años** de haber incido tratamiento tienen menor malestar con respecto a su salud ($13,51 \pm 4,2$) que aquellos que tienen **0,5-2,9 años** ($12,82 \pm 4,3$) y los que tienen entre **3-4,9 años** ($12,64 \pm 4,6$). Es importante anotar que no hubo significancia estadística en esta variable.

Adherencia al tratamiento: los sujetos que son adherente al tratamiento perciben mayor CVRS que aquellos que no son adherente con una puntuación de $83,50 \pm 16,3$ frente a un $80,15 \pm 18,4$ ($F=3,608$; $P=0,058$). Este mismo comportamiento se aprecia en las dimensiones de **Salud General Percibida** donde los sujetos adherentes tienen mayor percepción frente a los no adherente ($F=5,432$; $P=0,020$; para el caso de **Salud Mental**, los sujetos adherentes alcanzaron una puntuación de $16,15 \pm 3,6$ en comparación con los no adherente con un $15,28 \pm 4,5$ ($F=4,462$; $P=0,035$). Los sujetos adherentes muestran mayores puntuaciones ($12,99 \pm 3,5$) en la dimensión **Funcionamiento Cognitivo** que los no adherentes ($12,09 \pm 3,9$) lo cual es estadísticamente significativo ($F=5,725$; $P=0,017$).

Esquema Terapéutico: los resultados del estudio evidencian que no se presentó significancia estadística entre los diferentes esquemas y la CVRS sin embargo los sujetos reciben tratamientos con Dolutegravir (DTG) muestran mayor percepción de la CVRS con una puntuación de $86,86 \pm 9,4$, seguido de los que reciben Efavirenz (EFV) con un $84,58$ y la menores percepciones se observa en los que reciben esquemas con Nevirapina NVP con una puntuación de $76,20 \pm 19,9$ y Atazanavir (ATZ/r) con una puntuación de $77,50 \pm 21,3$.

En lo que respecta al comportamiento en las dimensiones del cuestionario se observa que hay una diferencia estadísticamente significativa en la percepción de

las **Actividades Diarias** ($F=2,494; P=0,022$) entre los sujetos que reciben esquemas de tratamiento con DR/r y los que reciben NVP $3,64 \pm 0,9$ frente a un $2,53 \pm 1,6$.

Por ultimo en la dimensión de **Salud Mental**, los resultados evidencian que los sujetos que reciben esquemas terapéuticos con EFV tienen mayor percepción de salud mental ($16,43 \pm 3,6,$) que los que reciben esquemas con ATZ/r con una puntuación de $13,93 \pm 4,9$ ($F=2,741; P=0,013$) pese a los efectos secundarios reportados en la literatura a nivel del sistema nervioso central que se describen con el uso de EFV, dentro de los que se mencionan cambios de humor, dificultad para realizar trabajo diario, depresión, ansiedad, alteraciones del sueño entre otro. Llama la atención también que los sujetos con EFV tienen mayor percepción de **Salud General** ($2,70 \pm 1,0$) y **Funcionamiento Cognitivo** ($13,17 \pm 3,1$) aunque esta diferencia no FUE significativa estadísticamente que el resto que reciben esquemas terapéuticos con otros fármacos.

6. DISCUSIÓN

Los resultados del estudio muestran que el 61% de los sujetos tenían 3 o más medicamentos antirretrovirales al día, aspecto que guardan relación con las reportadas en el estudio ARPAS realizado en España en 2014,(15) en donde el 70% tenía 2 o más medicamentos al día, sin embargo difiere con otro estudio español (28) donde el 60% tenían 1 comprimido al día.

La diferencia encontradas con este último estudio radica en que los sujetos que toman tres o más comprimidos/día, eran aquellos con diagnósticos de vieja data, lo que se entiende por qué el uso de coformulaciones en la población de estudio se viene empleando principalmente en pacientes que son diagnosticados recientemente e inician tratamiento. Lo anterior, plantea la necesidad de trabajar por parte de los equipos integrales en salud, en la simplificación de esquemas terapéuticos coformulados con la finalidad de impactar de manera positiva en la percepción de la CVRS y resultados clínicos.

De acuerdo a los esquemas terapéuticos se encontró una mayor proporción de uso de esquemas terapéuticos IP, seguido de INNTR y por ultimo II. Este mismo comportamiento se observó en el estudio presentado por Briongos. L et al (12). Los resultados antes mencionados difieren con lo reportado en 2 estudios españoles (28,56) donde la tendencia de uso fue INNTR, seguido de IP y II. Estas diferencias se fundamentan por la inclusión de nuevos medicamentos por parte de la industria farmacéutica y las modificaciones con respectos a las pautas inicio de tratamientos en las Guías de Práctica Clínica, las cuales incluyen esquemas con IP y II como tratamientos de primera elección.

CVRS y características sociodemográficas.

Los resultados encontrados con respecto a las características sociodemográficas y la CVRS coinciden con los reportados por otros estudios, en donde el sexo masculino, tener empleo remunerado y mayores niveles educativos se asociaron con una mejoría en la percepción en la CVRS (13,20,25,39,41,57), sin embargo, difiere con respecto a la edad en relación a los estudios citados puesto que no se hayo diferencias estadísticamente significativas. De igual modo difiere con el estudio de Phaladze (10), donde se encontró que la mayor percepción de CVRS la presentaron sujetos con niveles educativos más bajos.

El estudio realizado por Cardona et al (7) donde midió CVRS, encontraron que los puntajes de todas las dimensiones fueron inferiores en las mujeres, siendo significativos el desempeño físico, la función física, la salud ambiental y las relaciones sociales. Por su parte Tevas. I et al (4) no hallaron diferencias estadísticamente significativas en calidad de vida relacionada con la salud física y salud mental en función del sexo.

En consonancia con los hallazgos de Cardona y los datos de este estudio, la percepción de la CVRS fue menor en mujeres que en hombres, la dimensiones estadísticamente significativas fueron salud general percibida, salud mental, malestar respecto a la salud, funcionamiento cognitivo, calidad de vida percibida y transición en salud, resultados que a su vez muestran diferencias con respecto al estudio mostrado por Tevas. I. en el que no se hayo significancia en la dimensión de salud mental.

CVRS y características clínicas

Los resultados encontrados en el presente estudio muestran que los sujetos con niveles de CD4 ≥ 200 y menores cargas virales la percepción de la CVRS fue mayor, lo cual coincide con los resultados de otros estudios (38,40,41,56). Por otra parte se reporta en la literatura que un menor recuento de célula T CD4 se asocian con limitaciones físicas, discapacidad,(58) disminución de la energía y el aumento de las dificultades con las actividades cotidianas y el dolor(59). Los anteriores datos guarda relación con los hallazgos, si se tienen en cuenta que en todas las dimensiones del cuestionario los sujetos con CD4 <200 presentaron menor puntuaciones, de igual manera los que presentaron coinfección con toxoplasmosis en la dimensión **funcionamiento físico** ($F=8,184$; $P=0,004$) percibieron menor funcionamiento, aspecto que se explica por las secuelas físicas que presentan los sujetos con el desarrollo de esta coinfección.

La salud y el bienestar, conceptos relacionados con la CVRS, son afectados cuando aparece una enfermedad crónica como el VIH, pudiendo los sujetos a lo largo de la enfermedad experimentar desmejoramiento en la salud y una baja percepción del CVRS, percibiendo dificultad para la realización de actividades diarias, actividades que requieren energía o vitalidad suficiente para llevar una vida social activa.(60,61) Los resultados de este estudio evidencian que a medida que aumenta el número de años del diagnóstico de las personas que viven con VIH se aumenta la percepción del malestar con respecto a la salud, aspecto que coincidiendo con otros estudios (7,62). A su vez difiere con lo reportado por Ruiz. I et al (56) quienes encontraron que los sujetos que tenían más tiempo de ser diagnosticado con VIH sólo se asoció de manera significativa a una peor calidad de vida en la dimensión de salud general ($p = 0,005$) y función cognitiva ($p = 0,036$).

CVRS y características del tratamiento

Los pacientes adherentes al tratamiento antirretroviral han mostrado mejor percepción de CVRS.(13,39) El estudio realizado por Ruiz. I et al (56) evidenció diferencias significativas en las dimensiones de salud general, dolor, función física, función social, salud mental, energía, función cognitiva y calidad de vida en los sujetos adherentes en comparación con los no adherentes. Briongos. L et al reportaron respecto a la adherencia, que los pacientes no adherentes tenían puntuaciones más bajas en la dimensión de Funcionamiento Cognitivo. Los anteriores resultados difieren a la vez que guarda similitud con los hallazgos del presente trabajo, dado que no se hayo significancia estadística a nivel global en cuanto a la Adherencia y la CVRS, sin embargo; a nivel de las dimensiones se presentaron diferencias estadísticas con mayores puntuaciones en los sujetos adherentes en **Funcionamiento Cognitivo, Salud general y salud mental.**

Con respecto al número de comprimidos, los pacientes que utilizan regímenes con menor número de comprimidos, tienden a tener una mejor calidad de vida después del inicio del tratamiento.(41) lo cual coincide con los hallazgos, encontrándose significancia estadística en las dimensiones: funcionamiento social, salud mental, funcionamiento cognitivo y la dimensión de energía y fatiga, y en contraposición con lo reportado en el estudio de Briongos. L et al (12) y el estudio ARPAS realizado en España en 2014, (15) en los que no se presentó diferencias en el análisis del diseño del régimen ni el número de comprimidos con respecto a la CVRS.

En cuanto al tiempo de tratamiento y al esquema terapéutico, en el estudio de Ruiz. I et al (2005) en el que se tomó como referencia al grupo farmacológico que incluía IP, no se hayo diferencias significativas entre estas y CVRS, a excepción de la dimensión de calidad de vida, Lo anterior coincide con los hallazgos del presente

estudio, sin embargo difiere con respecto a las dimensiones de Salud Mental y Actividad Diaria las cuales mostraron diferencias significativa, presentando mejor estado de salud mental los que recibían EFV en comparación con esquemas con ATZ/r y mejor actividad física los que estaban con DR/r y en comparación con los que reciben NVP.

En comparación con los hallazgos de Briongos, hay una similitud en cuanto a sujetos que tenían Efavirenz puesto que tuvieron puntuaciones más altas que otros pacientes en la dimensiones de Percepciones Generales de Salud, Salud Mental, Energía, problemas de Salud y Funcionamiento cognitivo. La diferencia entre el estudio Briongos, está dada con respecto al uso de Inhibidores de proteasa, puesto que el uso de IP se asoció el empleo de LP/r mayoritariamente, no registrándose uso de Darunavir (DR/r), el cual es un fármaco de inclusión reciente al mercado.

Dentro de las limitaciones del presente estudio no se contempló la variable número de cambios terapéuticos y los diferentes esquemas terapéuticos que habían recibido los sujetos, por la característica y tipo de estudio solo se tuvo en cuenta el ultimo tratamiento a la fecha de realización del cuestionario, a fin de limitar este sesgo se excluyeron los sujetos que tenían menos de 6 meses de estar tomando el ultimo tratamiento, pero resulta de interés a fin de ahondar en las variaciones de la métrica CVRS realizar estudios en los que se midan la CVRS en los diferentes tiempos, es decir, antes y después del cambio de una esquema terapéutico.

Se hace necesario realizar estudios que permitan contemplar nuevas inclusiones de medicamentos para el tratamiento del VIH que a la fecha de realización de este estudio no estaban contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (No POS) tal es el caso de las coformulaciones de Elvitegravir/cobecistab/tenofovir/emtricitabina, Rilpivirina/tenofovir/emtricitabina u otros tratamientos que actualmente no se consideran de primera línea según la Guía Colombia de práctica Clínica VIH 2014

como por ejemplo el grupo de los inhibidores de integrasa (Dolutegravir y Raltegravir) por lo cual el número de pacientes que lo reciben son un número no representativo en comparación con el uso de otros esquemas.

7. CONCLUSIÓN

El perfil de los sujetos del estudio son mayores de 43 años, varones, con educación secundaria, ocupación remunerada, funcionalidad familiar positiva con recuento de células CD4 mayor de 200 y carga viral menor de 50.

La CVRS varía con respecto al sexo, el nivel de educación, ocupación y la funcionalidad familiar, siendo mayor la percepción de la CVRS en los hombres, sujetos con estudios superiores, ocupaciones remuneradas y funcionalidad familiar positiva.

Lo sujetos que reciben tres o más fármacos, viven en pareja y presentan una media de 6,3 años de diagnóstico; mientras que quienes toman menos de dos fármacos viven solos y tienen una media de diagnóstico de 4,7 años. La diferencia entre los dos grupos es vivir en pareja, dislipidemia (+), tuberculosis en quienes toman menos de dos medicamentos.

Los sujetos adherentes muestran funcionalidad familiar positiva, recuento de Células Linfocitos T CD4 mayor de 200 y menor proporción de sujetos con carga virales menores de 50 copias, mientras que los no adherentes son disfuncionales, carga virales > 50 copias y CD4 menores de 200 células.

Los sujetos con VIH/SIDA que son adherentes al tratamiento antirretroviral tienen mejores percepciones de Calidad de Vida Relaciona con la Salud. No obstante no se presentaron variaciones en la medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud con respecto al tiempo de haber iniciado tratamiento antirretroviral.

Los sujetos con cargas virales controladas, alcanzaron mayores puntuaciones en las dimensiones del cuestionario MOS VIH SF 30 que aquellos con cargas virales por encima de parámetros normales, a excepción de la dimensión de salud mental y fatiga.

El esquema terapéutico de mayor uso en los sujetos del estudio corresponde a inhibidores de proteasa (IP) seguido de Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTR). Los Inhibidores de Integrasa (II), se emplearon en mayor proporción en sujetos que tenían o habían presentado coinfección con tuberculosis. Los sujetos que estaban tomando IP en su mayoría presentaron Dislipidemias.

Los sujetos que viven con VIH/SIDA e inician tratamiento recientemente tienen funcionalidad familiar positiva, sin embargo se observa que esta va disminuyendo a medida que aumentan los años de haber iniciado tratamiento.

La CVRS varía con respecto al número de comprimidos, siendo mayor en los que reciben menor número de comprimido presentando diferencias significativas en la dimensiones de funcionamiento, social, salud mental, funcionamiento cognitivo y energía y fatiga. Por otra parte no se hallaron diferencias con respecto al tiempo de haber sido diagnosticado, la adherencia al tratamiento.

No se observó diferencias en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud a nivel Global en relación a los esquemas terapéuticos, sin embargo los sujetos que reciben esquemas terapéuticos que contienen Efavirenz tienen mejor percepciones en la dimensión de salud mental que los que usan otros esquemas.

La percepción de la dimensión de **Actividades Diarias** se vio disminuida entre los sujetos que reciben esquemas de tratamiento con NVP, en comparación con los que recibían DR/r, debido a que los esquemas que contienen DR/r pueden ser administrados en un régimen de cada 24 horas y NVP corresponde a un régimen de cada 12 horas.

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud en sujetos con VIH/SIDA no presentó variación con respecto a las condiciones clínicas, sin embargo; los sujetos que presentaron toxoplasmosis presentaron menor percepción en la dimensión de funcionamiento físico. Lo anterior se explica por las secuelas físicas que presentan los sujetos con el desarrollo de esta coinfección.

Pese a que no se hayo diferencias estadísticamente significativas todos los sujetos que presentaron comorbilidades y coinfecciones percibieron menor CVRS que aquellos que no las desarrollaron. A medida que aumenta el número de años del diagnóstico de las personas que conviven con VIH se aumenta la percepción del malestar con respecto a la salud ($r=0,014$, $P=0,004$).

Finalmente pese a los avances de la industria farmacéutica y la inclusiones de coformulaciones de medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA a un se observan un gran porcentaje de sujetos con esquemas terapéuticos con más 3 comprimidos diarios afectando la CVRS.

8. RECOMENDACIONES

Se recomienda al Ministerio de Salud y Protección Social incluir la medición de CVRS como un indicador más de la gestión clínica y del riesgo para las aseguradoras en salud y las instituciones prestadoras de salud a fin de que los programas puedan establecer planes de mejora que conduzcan hacer seguimiento de los cambios en la percepción de salud de los sujetos que conlleven a mejorar el éxito de los tratamientos.

Se recomienda al Ministerio de Salud y Protección Social incluir en el Plan de beneficios en Salud los medicamentos coformulados siempre que haya disponibilidad, como estrategia de simplificación de los esquemas terapéuticos y consiguiente mejoría en la percepción de la CVRS.

De acuerdo a las políticas en salud pública, los entes territoriales son los responsables de la entrega de medicamentos no contemplados en el plan Obligatorio de Salud, por tanto se recomienda mejorar la oportunidad y acceso a los tratamientos coformulados que en su mayoría son No POS.

Se recomienda a los equipos de salud de los programas integrales VIH/SIDA al momento de seleccionar tratamientos antirretrovirales siempre que sea posible hacer uso de coformulados a fin de mejorar la percepción de CVRS, lo que impacta en los resultados clínicos.

Teniendo en cuenta que los sujetos adherentes a tratamiento antirretroviral perciben mejor calidad de vida relacionada con la salud se sugiere a nivel de los programas integrales de VIH/SIDA y los equipos interdisciplinario el monitoreo y medición constante dado que podría considerarse como indicador indirecto de la CVRS

A las asociaciones científicas realizar actualizaciones de la Guía de Práctica Clínica, acordes con los avances y desarrollo de nuevas tecnologías farmacéuticas en salud.

Realizar estudios en esta línea que incluyan medicamentos que dada su reciente inclusión en Colombia y la baja frecuencia de uso en los programas integrales por no estar contempladas en la Plan Obligatorios de Salud no fueron tenidos en cuenta como es el caso de los inhibidores de integrasa (II): elvitegravir/cobecistab/tenofovir/emtricitabina, Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTR): Rilpivirina/tenofovir/emtricitabina.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y enfermería 2003;9(2):09-21.
- (2) Transmisibles, Grupo Orgánico de Enfermedades No, Mental S. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37(S2):74-105.
- (3) Marín JR. Psicología social de la salud. : Síntesis; 1995.
- (4) Teva I, Bermúdez MP, Hernández-Quero J, Buela-Casal G. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH. Terapia psicológica 2004;22(2):111-121.
- (5) UNAID. Global AIDS Up Date 2016. 2916; Available at: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf. Accessed Abril 22, 2017.
- (6) Colautti M, Palchik V, Botta C, Salamano M, Traverso ML. Revisión de cuestionarios para evaluar calidad de vida relacionada a la salud en pacientes VIH/sida. Acta Farmaceutica Bonaerense 2006;25(1):123.
- (7) Cardona-Arias J, Peláez-Vanegas L, López-Saldarriaga J, Duque-Molina M, Leal-Álvarez O. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con VIH/sida, Medellín, Colombia, 2009. Biomédica 2011;31(4):532-544.
- (8) Ichikawa M, Natpratan C. Perceived social environment and quality of life among people living with HIV/AIDS in northern Thailand. AIDS Care 2006;18(2):128-132.
- (9) Burgoyne R, Renwick R. Social support and quality of life over time among adults living with HIV in the HAART era. Soc Sci Med 2004;58(7):1353-1366.
- (10) Phaladze NA, Human S, Dlamini SB, Hulela EB, Mahlubi Hadebe I, Sukati NA, et al. Quality of Life and the Concept of “Living Well” With HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. Journal of nursing scholarship 2005;37(2):120-126.
- (11) Knobel H. Calidad de vida, satisfacción, adherencia y efectividad del tratamiento antirretroviral. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica 2005;23(10):579-580.

- (12) Briongos-Figuero LS, Bachiller-Luque P, Palacios-Martín T, de Luis-Román DA, Eiros-Bouza JM. Factores relacionados con el tratamiento antirretroviral y su influencia en la calidad de vida relacionada con la salud en personas infectadas por VIH. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica 2011;29(1):9-13.
- (13) Mannheimer SB, Matts J, Telzak E, Chesney M, Child C, Wu A, et al. Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence. AIDS Care 2005;17(1):10-22.
- (14) Revicki DA, Wu AW, Murray MI. Change in clinical status, health status, and health utility outcomes in HIV-infected patients. Med Care 1995;AS173-AS182.
- (15) Ventura Cerdá J, Martín Conde M, Morillo Verdugo R, Yébenes Cortés M, Gómez C. Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España: estudio ARPAS. Farmacia Hospitalaria 2014;38(4):291-299.
- (16) Da Costa TL, De Oliveira DC, Tosoli GAM, Formozo GA. Calidad de vida y personas viviendo con SIDA: relación con aspectos sociodemográficos y de salud. 2014 JUL-AGO;22(4):582-90.
- (17) Fauci AS. The AIDS epidemic—considerations for the 21st century. N Engl J Med 1999;341(14):1046-1050.
- (18) Walker N, Grassly NC, Garnett GP, Stanecki KA, Ghys PD. Estimating the global burden of HIV/AIDS: what do we really know about the HIV pandemic? The Lancet 2004;363(9427):2180-2185.
- (19) Beck EJ, Miners AH, Tolley K. The cost of HIV treatment and care. Pharmacoeconomics 2001;19(1):13-39.
- (20) Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. Anales de Medicina Interna: SciELO Espana; 2002.
- (21) Yang M, Chen Y, Kuo BI, Wang K. Quality of life and related factors for people living with HIV/AIDS in Northern Taiwan. Journal of Nursing Research 2003;11(3):217-226.
- (22) Halloran J. Increasing survival with HIV: impact on nursing care. AACN Clin Issues 2006 Jan-Mar;17(1):8-17.
- (23) Kassutto S, Maghsoudi K, Johnston MN, Robbins GK, Burgett NC, Sax PE, et al. Longitudinal analysis of clinical markers following antiretroviral therapy initiated during acute or early HIV type 1 infection. Clin Infect Dis 2006 Apr 1;42(7):1024-1031.

- (24) Aranda-Naranjo B. Quality of life in the HIV-positive patient: implications and consequences. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2004;15(5):20S-27S.
- (25) Hays RD, Cunningham WE, Sherbourne CD, Wilson IB, Wu AW, Cleary PD, et al. Health-related quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection in the United States: results from the HIV Cost and Services Utilization Study. *Am J Med* 2000;108(9):714-722.
- (26) Vinaccia S, Orozco LM. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas* 2005;1(2):125-137.
- (27) Miguel Arranz L, Bayés R, Viladrich M. Evaluación de la calidad de vida en personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). 2002.
- (28) Escandell Rico FM. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes VIH con tratamiento antirretroviral (TAR) en el Departamento de Elda. 2017.
- (29) Remor E. Fiabilidad y validez de la versión española del cuestionario MOS-SF-30 para evaluar la calidad de vida de personas infectadas por el VIH. *Atención primaria* 2003;32(1):1-10.
- (30) Gill CJ, Griffith JL, Jacobson D, Skinner S, Gorbach SL, Wilson IB. Relationship of HIV viral loads, CD4 counts, and HAART use to health-related quality of life. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002 Aug 15;30(5):485-492.
- (31) Weinfurt KP, Willke RJ, Glick HA, Freimuth WW, Schulman KA. Relationship between CD4 count, viral burden, and quality of life over time in HIV-1-infected patients. *Med Care* 2000;38(4):404-410.
- (32) Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos. 2014.
- (33) Grossman HA, Sullivan PS, Wu AW. Quality of life and HIV: current assessment tools and future directions for clinical practice. *AIDS Read* 2003 Dec;13(12):583-90, 595-7.
- (34) Patrick DL, Erickson P. Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation. 1993.
- (35) Naughton M, Shumaker S, Anderson R, Czajkowski S. Psychological aspects of health-related quality of life measurement: tests and scales. *Quality of Life and Pharmaco economics in Clinical Trials* 1996;15:117-131.

- (36) Tavera M. Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH. Revista peruana de epidemiología 2010;14(3):1-7.
- (37) McDonnell K, Gielen A, Wu A, O'campo P, Faden R. Measuring health related quality of life among women living with HIV. Quality of life research 2000;9(8):931-940.
- (38) Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes infectados por VIH medida por el Cuestionario de Salud SF-36. Anales de medicina interna: SciELO Espana; 2001.
- (39) Swindells S, Mohr J, Justic JC, Berman S. Quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection: impact of social support, coping style and hopelessness. Int J STD AIDS 1999;10(6):383.
- (40) Jia H, Uphold CR, Wu S, Chen GJ, Duncan PW. Predictors of changes in health-related quality of life among men with HIV infection in the HAART era. AIDS Patient Care & STDs 2005;19(6):395-405.
- (41) Perez IR, Bano JR, Ruz ML, Jimenez AdA, Prados MC, Liaño JP, et al. Health-related quality of life of patients with HIV: impact of sociodemographic, clinical and psychosocial factors. Quality of Life Research 2005;14(5):1301-1310.
- (42) Knobel H, Codina C, Miró J, Carmona A, García B, Antela A, et al. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Enferm Infecc Microbiol Clin 2000;18(1):27-39.
- (43) AIDS. Infecciones de Transmisión Sexual, Sida y Hepatitis Virales. . 2017; Available at: <http://www.aids.gov.br/es/pagina/que-son-los-antirretrovirales>. Accessed 04/20, 2017.
- (44) Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos. GPC-2014-39 2014.
- (45) Llach XB, Suriñach NL. Calidad de vida relacionada con la salud en el paciente VIH. Imprime: Gráficas Enar, SA 2005:79.
- (46) Valencia CP, Canaval GE, Marín D, Portillo CJ. Quality of life in persons living with HIV-AIDS in three healthcare institutions of Cali, Colombia. Colombia Médica 2010;41(3):206-214.
- (47) Grossman HA, Sullivan PS, Wu AW. Quality of life and HIV: current assessment tools and future directions for clinical practice. AIDS Read 2003 Dec;13(12):583-90, 595-7.

- (48) Pickard AS, Johnson JA, Farris KB. The impact of pharmacist interventions on health-related quality of life. *Ann Pharmacother* 1999;33(11):1167-1172.
- (49) Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA* 1994;272(8):619-626.
- (50) Santibáñez-Beltrán S, Villarreal-Ríos E, Galicia-Rodríguez L, Martínez-González L, Vargas-Daza E, Ramos-López J. Costo económico de la polifarmacia en el adulto mayor en el primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2013;51(2):192-199.
- (51) World Health Organization. The world medicines situation. 2004; Available at: http://w3.whosea.org/LinkFiles/Reports_World_Medicines_Situation.pdf. Accessed Junio 22, 2016.
- (52) Mehta R, Loredo B, Sañudo M, Hernández Jiménez S, Rodríguez Carranza SI, Gómez Pérez FJ, et al. Epidemiología de las anomalías metabólicas en pacientes con infección por VIH. *Revista de investigación clínica* 2004;56(2):209-221.
- (53) Castelo Elías-Calles L, González Calero TM. Dislipidemia y virus de inmunodeficiencia adquirida/SIDA. *Revista Cubana de Endocrinología* 2010;21(2):202-222.
- (54) Soto I, Villalobos M, Villalobos R. Efecto de la terapia antirretroviral sobre el perfil lipídico de pacientes con Sida en Maracaibo, estado Zulia, Venezuela. *Kasmera* 2010;38(2).
- (55) Rodríguez Carranza SI, Aguilar Salinas CA. Anomalías metabólicas en pacientes con infección por VIH. *Revista de investigación clínica* 2004;56(2):193-208.
- (56) Ruiz-Pérez I, de Labry-Lima AO, López-Ruz MÁ, del Arco-Jiménez A, Rodríguez-Baño J, Causse-Prados M, et al. Estado clínico, adherencia al TARGA y calidad de vida en pacientes con infección por el VIH tratados con antirretrovirales. *Enferm Infect Microbiol Clin* 2005;23(10):581-585.
- (57) Wig N, Lekshmi R, Pal H, Ahuja V, Mittal C, Agarwal S. The impact of HIV/AIDS on the quality of life: A cross sectional study in north India. *Indian J Med Sci* 2006;60(1):3.
- (58) Ferrando S, Evans S, Goggin K, Sewell M, Fishman B, Rabkin J. Fatigue in HIV illness: relationship to depression, physical limitations, and disability. *Psychosom Med* 1998;60(6):759-764.

- (59) Sarna L, van Servellen G, Padilla G, Brecht M. Quality of life in women with symptomatic HIV/AIDS. *J Adv Nurs* 1999;30(3):597-605.
- (60) Breitbart W, McDonald MV, Rosenfeld B, Monkman ND, Passik S. Fatigue in ambulatory AIDS patients. *J Pain Symptom Manage* 1998;15(3):159-167.
- (61) Zinkernagel C, Ledergerber B, Battegay M, Cone RW, Vernazza P, Hirscher B, et al. Quality of life in asymptomatic patients with early HIV infection initiating antiretroviral therapy. *AIDS* 1999;13(12):1587.
- (62) Sakthong P, Schommer JC, Gross CR, Prasithsirikul W, Sakulbumrungsil R. Health utilities in patients with HIV/AIDS in Thailand. *Value in Health* 2009;12(2):377-384.

ANEXOS

**Anexo A: Acta de Comité de Ética en investigaciones de la División de
Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte**

ACTA DE EVALUACION: N°. 141
Fecha: 28 de Abril del 2016

Nombre Completo del Proyecto: "CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD (CVRS) SEGÚN ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL USADO EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD EN BARRANQUILLA".

Sometido por:
Investigador principal: Adriana Carolina Cantillo De La Cruz
Director: Rafael Túcsca Molina. Phd. Salud Pública

Sitio en que se conduce o desarrolla la investigación: En la ciudad de Barranquilla.

Fecha en que fue sometido a consideración del comité: 28 de Abril del 2016.

EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD. Creado mediante Resolución rectoral N° 05 de Febrero 13 de 1995 en atención a la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud como parte esencial para el funcionamiento de cualquier institución que realiza programas de investigación en humanos.

Conformado inicialmente por los siguientes miembros. Refrendado en el año 2005 con el objeto de ajustarse a estándares éticos y científicos de la investigación biomédica establecidos en la Declaración de Helsinki, Guías Operacionales para Comités de Ética de la OMS y las Guías para Buena Práctica Clínica del ICH.

Se acoge a las Buenas Prácticas Clínicas del ICH de acuerdo a la normativa vigente, Resolución N° 2378 del Ministerio de Protección Social, Declaración de Helsinki versión 2013 y guías operativas de OMS, Informe Belmont.

El comité de ética en investigación en el Área de la Salud Universidad del Norte certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del protocolo en referencia:

- Carta de presentación del proyecto generada por el Investigador
- Copia del proyecto completo de investigación
- Resumen ejecutivo
- Hojas de vida de los investigadores

2. El presente proyecto fue evaluado por los siguientes miembros:

- Dra. OLGA HOYOS DE LOS RIOS
Profesión: PhD en Psicología
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores
- Dr. DIMAS BADEL MERLANO
Profesión: MD. Especialista en Bioética
Cargo en el Comité de Ética: Especialista en Bioética
- Dra. LOURDES MARTINEZ
Profesión: Administradora de empresas
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad
- Enf. DIANA DÍAZ MASS
Profesión: Enfermera
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores (Suplente)
- Dra. VIRIDIANA MOLINARES HASSAN
Profesión: Abogada
Cargo en el Comité de Ética: Representante No Científica (Suplente)
- Ing. PEDRO VILLALBA AMARIS
Profesión: Ingeniero Mecánico. PhD Ingeniero Biomédico
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico (Suplente)

El Dr. RAFAEL TUESCA MOLINA declara conflicto de intereses, salva su voto para este proyecto de investigación.

3. El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte establece que el número de miembros para que haya quórum es cinco (5), y se encuentra constituido por los siguientes miembros:

- Dr. HERNANDO BAQUERO LATORRE
Profesión: MD. Pediatra y Neonatólogo
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dra. OLGA HOYOS DE LOS RIOS
Profesión: PhD en Psicología
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores
- Dra. SILVIA GLORIA DE VIVO
Profesión: Abogada
Cargo en el Comité de Ética: Representante No Científica
- Dr. RAFAEL TUESCA MOLINA
Profesión: MD. PhD. en Salud Pública
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dr. DIMAS BADEL MERLANO
Profesión: MD. Especialista en Bioética
Cargo en el Comité de Ética: Especialista en Bioética
- Enf. GLORIA VISBAL ILLERA
Profesión: Enfermera, Mg. Bioética
Cargo en el Comité de Ética: Presidenta y Representante de Profesores
- Dra. LOURDES MARTINEZ
Profesión: Administradora de empresas
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad

- Q.F. RICARDO AVILA
Profesión: Químico Farmacéutico
Cargo en el Comité de Ética: Representante experto en Farmacia Química
- Dra. NELLY LECOMPTE BELTRAN
Profesión: MD. Pediatra
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico (Suplente)
- Ing. JAIME GARCIA OROZCO
Profesión: Ingeniero Mecánico
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad (Suplente)
- Dr. ROBERTO SOJO GONZALEZ
Profesión: Administrador de empresas
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad (Suplente)
- Dr. JORGE LUIS ACOSTA REYES
Profesión: MD. Mg. Ciencias Clínicas
Cargo en el Comité de Ética: Miembro - Representante Científico (Suplente)
- Dr. JEAN DAVID POLO VARGAS
Profesión: Psicólogo. Phd en comportamiento social y organizacional.
Cargo en el Comité de Ética: Miembro - Representante de Profesores (Suplente)
- Enf. DIANA DÍAZ MASS
Profesión: Enfermera
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores (Suplente)
- Q.F. MICHAEL MACIAS
Profesión: Químico Farmacéutico
Cargo en el Comité de Ética: Representante experto en Farmacia Química (Suplente)
- Dra. VIRIDIANA MOLINARES HASSAN
Profesión: Abogada
Cargo en el Comité de Ética: Representante No Científica (Suplente)
- Ing. PEDRO VILLALBA AMARIS
Profesión: Ingeniero Mecánico. Phd Ingeniero Biomédico
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico (Suplente)

El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, se encuentra ubicado en la Universidad del Norte, KM 5 vía a Puerto Colombia. Primer piso Bloque F.

Contactos:

Correo electrónico: comite_eticauninorte@uninorte.edu.co
 Página Web: www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comite_etica
 Teléfono: 3509280 – 3509509 Ext. 3493

4. el comité consideró que el presente estudio:

- Es válido desde el punto de vista ético. La investigación se ajusta a los estándares de la buena práctica clínica.

5. El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte informará inmediatamente a las directivas institucionales:

- Eventos que son de notificación obligatoria por parte del investigador al comité de ética.
- Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por este comité.

6. El Comité informara inmediatamente a las directivas, toda información que reciba acerca de:

- Lesiones o daños a sujetos humanos con motivo de su participación en la investigación problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas cuando aplique.
- Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por este comité.

7. Cuando el Protocolo es aprobado por el Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, será por un periodo de un (1) año a partir de la fecha de su aprobación; según Guías Operativas CE_versión 20 MARZO 31 de 2016 literal seguimiento a estudios aprobados el comité de ética en investigación.

8. El Investigador principal deberá:

- Informar cualquier cambio que se proponga a introducir en el proyecto. Estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE. Si estos son necesarios para minimizar o suprimir un peligro inminente o un riesgo grave para los sujetos que participan en la investigación deben ser notificados al comité de ética tan pronto sea posible cuando aplique.
- Notificar cualquier situación imprevista que implica algún riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio cuando aplique.
- Informar la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando causas y razones.
- Presentar a este comité un informe cuando haya transcurrido un año, contado a partir de la aprobación del proyecto. Los proyectos con duración mayor a un año, serán reevaluados a partir del primer informe entregado.
- Todos los proyectos deben entregar al finalizar un informe final de cierre del estudio, firmado por el investigador responsable.

9. Concepto del Comité de Ética

- En reunión del Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, realizada el 28 de Abril del 2016, legalizada según acta No. 141, el consenso de sus miembros aprueba el proyecto de investigación en referencia.

Atentamente,



Nombre: Dr. RAFAEL TUESCA MOLINA

Título: MD. Phd. en Salud Pública

Presidente (E) Comité De Ética en Investigación del Área de la Salud
de la Universidad del Norte.

UNIVERSIDAD DEL NORTE
Comité de Ética en Investigación
del Área de la Salud

ENTREGADO 17 JUN. 2016

Anexo B: Operacionalizacion de variables

Tabla 10: Operacionalización de variables

MACROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	CRITERIO DE CLASIFICACIÓN
Sociodemográficas	Edad	Numero en años cumplidos a la fecha de aplicación del instrumento de calidad de vida relacionado con la salud	Cuantitativa	Razón	Número de años
	Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Cualitativa	Nominal	Hombre Mujer
	Nivel Educativo	Grado de Educación de los sujetos de la investigación	Cualitativa	Ordinal	Sin educación Primaria Secundario Estudio superior
	Funcionalidad familiar	Grado de relaciones interpersonales en el interior de las familias de los sujetos en estudio.	Cualitativa	Ordinal	Positiva Negativa
	Ocupación	Condición laboral en la que se encuentra los sujetos de la investigación	Cualitativa	Nominal	Empleo Remunerado Empleo No remunerado
	Estado civil	Situación civil en la que se encuentra una persona según	Cualitativa	Nominal	Vive en pareja Vive solo

MACROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	CRITERIO DE CLASIFICACIÓN
		su circunstancia y la legislación			
Condición Clínica	Tiempo desde el diagnostico	Tiempo medido en año desde la fecha de diagnóstico hasta la fecha de aplicación del instrumento	Cuantitativa	Razón	Número de años
	Carga Viral	Número de Copias del virus del VIH al momento de la aplicación del instrumento de CVRS	Cuantitativo	Nominal	<50 copias ≥50 copia
	Linfocitos CD4	Numero de CD4 por μ L de sangre al momento aplicación del instrumento de CVRS	Cuantitativo	Ordinal	<200 Celulas/ μ L ≥200 Celulas/ μ L
	Co-infecciones	Enfermedades de origen infeccioso asociadas al diagnóstico de VIH presente o que han tenido los sujeto a la fecha de aplicación del instrumento	Cualitativo	Nominal	-Tuberculosis -Citomegalovirus - Toxoplasmosis - Virus Hepatitis B

MACROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	CRITERIO DE CLASIFICACIÓN
	Co-morbilidades	Enfermedades no infecciosas presentes o que han tenido en los sujetos asociadas al diagnóstico de VIH	Cualitativo	Nominal	-Dislipidemia -Lipoatrofia o lipodistrofia -Síndrome de desgaste
Calidad de Vida Relacionada con la Salud	Salud General percibida	Percepción de la salud de los sujetos del estudio	Cuantitativo	Razón	0-4
	Dolor	Percepción desagradable que sienten los sujetos en una parte del cuerpo.	Cuantitativo	Razón	0-4
	Funcionamiento físico	Percepción que tienen los sujetos de su capacidad física	Cuantitativo	Razón	0-12
	Actividad diaria	Percepción que tienen los sujetos para realizar las actividades de su rutina diaria	Cuantitativo	Razón	0-4
	Funcionamiento social	Percepción que tienen los sujetos del rol dentro de la sociedad	Cuantitativo	Razón	0-4
	Salud mental	Percepción que tienen los sujetos del estado mental a	Cuantitativo	Razón	0-20

MACROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	CRITERIO DE CLASIFICACIÓN
		raiz de su diagnostico			
	Energía/Fatiga	Percepción que tienen los sujetos del rol dentro de la sociedad a raíz de su diagnostico	Cuantitativo	Razón	0-16
	Malestar respecto a la salud	Percepción que tienen los sujetos de su salud con respecto a la falta de bienestar.	Cuantitativo	Razón	0-16
	Funcionamiento cognitivo	Percepción que tienen los sujetos con respecto a capacidad de conocimiento a raíz de su diagnostico	Cuantitativo	Razón	0-16
	Calidad de vida percibida	Percepción del Grado de bienestar del paciente a raíz de su diagnostico	Cuantitativo	Razón	0-4
	Transición de salud	Percepción de los sujetos de los cambios en su salud a raíz del diagnostico	Cuantitativo	Razón	0-4
Tratamiento Antirretroviral	Numero de comprimidos	Números de comprimidos	Cuantitativo	Ordinal	1-2 comprimidos ≥3 comprimidos

MACROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	CRITERIO DE CLASIFICACIÓN
		antirretroviral diario que toma el sujeto.			
	Tiempo de haber iniciado esquema de TARV actual.	Tiempo medido en años de estar recibiendo esquema tratamiento antirretroviral a la fecha de aplicación del Instrumento de CVRS	Cuantitativa	Razón	0,5-2,9 años 3-4,9 años ≥ 5 Años
	Esquema Terapéutico	Diferentes combinaciones posibles de fármacos antirretrovirales disponibles en Colombia y sugeridos por la Guía de práctica clínica 2014 empleados para el tratamiento de la infección por VIH	Cualitativo	Nominal	DTG RAL EFV LP/r DR/r NVP ATZ/r
	Adherencia al Tratamiento antirretroviral	Grado de apego de los sujetos al tratamiento antirretroviral	cualitativa	Nominal	Adherente No adherente

Anexo C: Cuestionario MOS-SF-30 versión Española

1. En general, diría que su salud es:

Señale en el cuadro

Excelente	
Muy buena	
Buena	
Regular	
Mala	

2. ¿Cuánto dolor corporal ha tenido en general en el último mes?

Señale en el cuadro

Ninguno	
Muy poco	
Moderado	
Agudo	
Muy agudo	

Durante el último mes, ¿cuánto han limitado su salud las siguientes actividades? Si las ha limitado de alguna forma.

		Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
3	El tipo o la cantidad de actividades intensas que puedes hacer, como levantar objetos pesados, correr o participar en deportes fatigantes.			
4	El tipo o la cantidad de actividades moderadas que puedes hacer, como mover una mesa o llevar el carro de la compra.			
5	Subir una cuesta o subir escaleras.			
6	Girarse, levantarse o inclinarse.			
7	Caminar 100 metros.			
8	Comer, vestirse, ducharse o utilizar el servicio.			

Durante el último mes, ¿cuánto han limitado su salud las siguientes actividades? si las han limitado de alguna forma.

		Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
9	Mi trabajo; el trabajo en cosas de la casa; las tareas escolares o de estudio.			
10	El tipo o la cantidad de trabajo, las tareas domésticas o las tareas escolares que puedes hacer debido a tu salud.			

En cada una de las siguientes preguntas, señale, por favor, en la casilla correspondiente la respuesta que mejor se adecue al modo en que se ha sentido durante el último mes.

		Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
11	¿Han limitado su salud sus actividades sociales: visitar amigos o parientes cercanos, etc.?					
12	¿Has estado muy nervioso/a?					
13	¿Se ha sentido tranquilo, en calma y en paz?					
14	¿Se ha sentido triste y decaido?					
15	¿Ha sido feliz?					
16	¿Se ha sentido tan profundamente decaido que nada le ha podido animar?					
17	¿Se ha sentido lleno de energía?					
18	¿Se ha sentido agotado?					
19	¿Se ha sentido cansado?					
20	¿Se ha sentido con energía como para hacer las cosas que quería hacer?					
21	¿Se ha sentido abrumado por su problema de salud?					
22	¿Se ha sentido desanimado por su problema de salud?					
23	¿Se ha sentido desesperado por su problema de salud?					
24	¿Ha sentido miedo por su problema de salud?					
25	¿Ha tenido dificultades para razonar y resolver problemas, como hacer planes, tomar decisiones y aprender cosas nuevas, etc.?					
26	¿Se le han olvidado cosas que han sucedido recientemente, como dónde puso cosas, citas, etc.?					
27	¿Ha tenido dificultad para mantener la atención en alguna actividad durante cierto tiempo?					
28	¿Ha tenido problemas para realizar actividades que requieren reflexión y concentración?					

29. ¿Como ha sido su calidad de vida durante el último mes?, esto es, ¿como le han ido las cosas en general?

Muy bien, no podían haberme ido mejor	
Bastante bien	
Ni bien ni mal, casi igual	
Bastante mal	
Muy mal, no podían haberme ido peor	

30. ¿Como calificaría su estado físico y emocional actual en comparación con el último mes?

Mucho mejor	
Algo mejor	
Casi igual	
Algo peor	
Mucho peor	

Anexo D: Aval de la Institución prestadora de Servicios de Salud para la realización de la investigación.



VITASALUD DEL CARIBE IPS S.A.

NIT. 802.014.538-0

MEDICINA GENERAL - ODONTOLOGÍA - LABORATORIO CLÍNICO
FISIOTERAPIA - NUTRICIÓN - CRECIMIENTO Y DESARROLLO
CITOLOGÍA VAGINAL - PSICOLOGÍA - PSIQUIATRÍA

Doctor:

Rafael Tuesca Molina

Coordinador Maestría Salud Pública

Universidad del Norte.

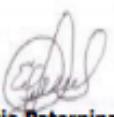
REFERENCIA: Aval para la realización de investigación.

Reciba un cordial saludo,

Atendiendo a la solicitud emitida, me permito comunicar que el proyecto de investigación que usted dirige titulado "CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD (CVRS) SEGÚN ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL USADO EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD EN BARRANQUILLA" ha sido revisado en comité y se ha considerado una temática de importancia por cuanto los resultados contribuyen al mejoramiento de nuestros servicios, de igual manera al considerarse una investigación sin riesgo y que se ejecutara de fuentes secundarias y no viola el principio de confidencialidad de la información el comité **Aprueba** la realización de la misma.

Agradecemos haber tenido en cuenta nuestra institución para la realización de este estudio de investigación.

Cordialmente,


Octavio Paternina S
REPRESENTANTE LEGAL
Vital Salud del Caribe IPS


María Sierra
Directora Médica
Vital Salud del Caribe IPS