



Esta obra está bajo
una Licencia Creative Commons
Atribución 4.0 Internacional.

Validez de la evaluación del consumo de alcohol establecido en la norma técnica de atención integral del adulto con infección por el VIH

Validity of the evaluation of alcohol consumption established by the technical document of global evaluation of HIV-infected adults

Yesenia Musayón-Oblitas^{1,2,3,a} , César Cárcamo^{4,b} , Sarah Gimbel^{5,c} , Juan Echevarría^{1,6,d} , Ana Graña^{7,e} 

RESUMEN

Objetivos: Determinar la validez de la evaluación de consumo de alcohol realizado en la Estrategia Nacional de Salud para la Prevención y Control de ITS-VIH / SIDA (ESNITSS) a pacientes con VIH que iniciaron tratamiento antirretroviral (TARV). **Material y métodos:** El tipo de estudio fue de evaluación de prueba diagnóstica en pacientes en TARV de un hospital del Ministerio de Salud (MINSA), entre septiembre de 2017 y enero de 2018; en base al análisis de datos de la Fase I del estudio “Efectividad de la Consejería en Enfermería en la Mejora de la Adherencia al TARV en pacientes con VIH y Conducta de Consumo de Alcohol”. 4000 pacientes conformaron la población de estudio y 350 pacientes fueron seleccionados aleatoriamente. Se procedió a la validación de la evaluación del consumo de alcohol realizado por la ESNITSS con dos Gold estándar: i. la evaluación del consumo de alcohol en el último mes y ii. el consumo de riesgo identificado con el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Se calculó sensibilidad, especificidad, seguridad de la evaluación y razones de probabilidad. **Resultados:** La sensibilidad y especificidad fue regular para la evaluación de consumo de alcohol en el último mes ($S=0,64$, $E=0,57$), la especificidad fue mala para la evaluación de consumo de riesgo ($E=0,48$). Las razones de verosimilitud positivas demostraron que la evaluación no tiene utilidad diagnóstica para ninguno de los casos (<2). **Conclusiones:** La evaluación de “consumo actual de alcohol” realizada por la ESNITSS no mostró utilidad diagnóstica.

PALABRAS CLAVE: Consumo de Bebidas Alcohólicas, VIH, Terapia Antirretroviral Altamente Activa, Validación, Gold standard

¹ Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

² Departamento Académico de Enfermería, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

³ Grupo de Investigación CuidART-e, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

⁴ Departamento de Salud Pública, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú;

⁵ Department of Family and Child Nursing, Department of Global Health, University of Washington. Washington DC, United States.

⁶ Departamento Académico de Clínicas Médicas, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú;

⁷ Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA, Hospital Cayetano Heredia, Lima, Perú;

^a Doctora en Salud Pública.

^b Doctor en Epidemiología.

^c PhD, Nursing Science.

^d Magister en Medicina.:

^e Magister en Salud Pública y Gestión Sanitaria.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

SUMMARY

Objectives: To determine the validity of the evaluation of alcohol consumption established by the national strategy to prevent and control STI-HIV-AIDS (ESNITSS) of HIV-infected adults that started anti-retroviral treatment (ART). **Methods:** Diagnostic study of HIV patients in a single hospital in Lima from September 2017 to January 2018 using data from a phase one study “Effectiveness of nursing counseling in improving adherence to ART among patient with alcohol consumption”. Three hundred and fifty patients were randomly selected among 4000 participants. Two gold standards evaluated alcohol consumption: 1. Last month alcohol consumption and ii; alcohol consumption identified by the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Sensitivity, specificity, safety of the evaluation and probability rates. **Results:** sensitivity and specificity were moderate for last month alcohol consumption ($s=0.64$; $e=0.57$); specificity was low for evaluation of consumption risk ($e=0.48$). Positive validity rates demonstrated that the evaluation is not useful (<2). **Conclusions:** The evaluation of alcohol consumption followed by the ESNITSS has no diagnostic utility.

KEYWORDS: Alcohol Drinking, HIV, Antiretroviral Therapy, Highly Active, Validation, Gold Standard.

INTRODUCCIÓN

El alcohol como sustancia psicoactiva tiene consecuencias demostradas en la salud de la población^(1,2). Diversos estudios han determinado que el consumo de alcohol en personas que viven con VIH-SIDA (PVVS) se encuentra asociado a una pobre adherencia al TARV^(3,4), por lo que la detección del consumo de riesgo de manera precisa y oportuna, para su consecuente abordaje, podría hacer la diferencia en el éxito de la terapia en pacientes con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

La norma técnica de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (NT-VIH)⁽⁵⁾, menciona que “el equipo de salud debe explorar “factores de riesgo para una mala adherencia”, entre ellos el consumo de alcohol. Sin embargo, para el ingreso al TARV, la NT-VIH sólo estipula la evaluación del “consumo actual” de alcohol con posibilidad de respuesta dicotómica: si o no⁽⁵⁾, sin precisar que significa “consumo actual”.

Explorar el consumo de alcohol en una “hoja de evaluación clínica” indagando “consumo actual” sin tener una definición temporal, podría generar imprecisiones de un evaluador a otro, o interpretaciones diferentes entre el entrevistador y el entrevistado; en tal sentido mientras que para algunos podría implicar el consumo de alcohol en las últimas 24 horas, para otros podría significar el consumo en unos cuántos días, en el último mes, seis meses o tal vez se refiera a un consumo problemático. Así mismo, aun cuando se trate del mismo periodo, los volúmenes consumidos pueden variar mucho, así como el tipo de bebida. Cabe

manifestar que una botella de cerveza de 330 ml, un vaso de vino de 140 ml y una copa de destilado de 40 ml tienen todos aproximadamente 16 g de alcohol.⁽⁶⁾

La medición del consumo de alcohol es compleja, más aún si se sabe que se trata de un comportamiento aprendido que varía en el tiempo^(7,8). El tipo de evaluación que se realiza a los pacientes en TARV^(5,9) se denomina autoreporte. Sin embargo, son dos las condiciones que afectan su veracidad: cuando se trata de una persona con abuso de alcohol (años en consumo excesivo) y cuando las preguntas requieren de un juicio subjetivo o son ambiguas⁽⁷⁾.

En la actualidad, la evaluación del consumo de alcohol cuenta con cierto consenso internacional, que recomienda la evaluación integral y completa del consumo de alcohol, algunas de ellas vinculadas a la referencia temporal de consumo, umbrales de cantidad, entre otros⁽¹⁰⁾. Para ello, se dispone de diferentes instrumentos y objetivos específicos de medición para la determinación más precisa del consumo alcohol^(9,11-13). Para la presente validación se tomó en cuenta dos patrones de referencia, como “gold standar”, i. la evaluación del consumo de alcohol bajo el marco temporal de consumo en el último mes, y ii. el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) como “método simple de tamizaje del consumo excesivo de alcohol” desarrollado por la OMS.⁽⁶⁾

El estudio tuvo por objetivo determinar la validez de la evaluación de consumo de alcohol realizado en la Estrategia Nacional de Salud para la Prevención y Control de ITS-VIH / SIDA (ESNITSS) a pacientes con VIH que iniciaron tratamiento antirretroviral (TARV),

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

comparado con la evaluación de la prevalencia de consumo en el último mes y el AUDIT.

MATERIAL Y MÉTODOS

El tipo de estudio fue de evaluación de prueba diagnóstica, a partir de datos recolectados en la Fase I del estudio “Efectividad de la Consejería en Enfermería en la Mejora de la Adherencia al TARGA en pacientes con VIH y Conducta de Consumo de Alcohol”⁽¹⁴⁾, sobre una población de 4,000 pacientes con VIH que recibían TARV, los criterios de inclusión fueron: ser mayor de edad (≥ 18 años), encontrarse en TARV durante tres meses o más en la Estrategia Nacional de Salud para la Prevención y Control de ITS-VIH / SIDA (ESNITSS) de un hospital del Ministerio de Salud (MINSa), entre septiembre de 2017 y enero de 2018.

Se excluyeron a los pacientes hospitalizados, así como a aquellos con enfermedades mentales diagnosticadas que limitaran su libre desenvolvimiento o que requirieran de un tercero para garantizar el consumo de medicamentos.

El tamaño de la muestra calculada fue de 350, para estimar el parámetro de consumo, considerando un valor de $p=0,5$; con un error del 5% y un nivel de confianza del 95%. El marco de muestreo fue el registro de historias clínicas creado por las enfermeras de la ESNITSS desde el año 2004 hasta febrero de 2017 (aproximadamente 4,000 registros) y la selección de sujetos se realizó usando números aleatorios.

El promedio de edad de las personas que conformaron la muestra fue de 37 años, el 73,79% fueron varones y el 44,70% tenía secundaria completa seguido del 30,50% con educación superior.

La recolección de datos fue realizada sólo por las enfermeras del servicio, previamente capacitadas, quienes aplicaron los instrumentos a 351 participantes seleccionados a partir del número de historia clínica el cuál luego fue vinculado a un ID asignado por el investigador principal en la base de datos, a fin de preservar el anonimato y la confidencialidad de la información. Cuando un paciente se negaba a participar, las enfermeras seleccionaron inmediatamente al paciente subsiguiente del marco de muestreo.

En cuanto a las variables, dado que no existe mayor precisión en la NT-VIH de lo que significa “consumo actual” de alcohol en pacientes con VIH que inician el TARV, se decidió validar esta forma de evaluación

mediante su comparación con dos gold estándar; primero, el consumo de cualquier bebida alcohólica en el mes anterior; y segundo, el consumo de riesgo de alcohol evaluado con el AUDIT. El consumo de riesgo se identificó cuando el paciente obtenía un puntaje mayor o igual a 8⁽¹⁵⁾ en el AUDIT (sensibilidad de 0,90, especificidad de 0,80 y confiabilidad de 0,86)⁽⁶⁾. El consumo de alguna bebida alcohólica en el mes anterior o en los últimos 30 días es una medida identifica el patrón temporal de referencia⁽¹⁶⁾ y es usada para evaluar el consumo de alcohol a nivel población en diferentes grupos de edad en diversos países como Estados Unidos⁽¹⁷⁾, España⁽¹⁸⁾, Chile⁽¹⁹⁾, Perú⁽²⁰⁾, otros.

La calificación de sensibilidad (S), especificidad (E), y valores predictivos (VP), fue: excelente (mayor o igual al 95%), buena (entre 80% a 94%), regular (entre 50% y 79%) y mala (menor del 50%). Para evaluar los resultados de razón de verosimilitud positiva (RVP) fue: excelente (mayor que 10), buena (entre 5 y 10), regular (entre 2 y 4) e inútil (menor de 2) y para evaluar razón de verosimilitud negativa (RVN) fue: excelente (menor que 0,1), bueno (entre 0,2), regular (entre 0,3 y 0,4) e inútil (entre 0,5 y 1,0)^(21,22).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Cayetano Heredia y el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIEH).

RESULTADOS

La evaluación del “consumo actual” de alcohol según la NT-VIH, tuvo una sensibilidad y especificidad “regular” para evaluar el consumo de alcohol en el último mes ($S=0,64$; $E=0,57$), y un VPP y VPN “regular” ($VPP=0,55$; $VPN=0,65$), en tanto que la razón de verosimilitud positiva como negativa tuvo la clasificación de “inútil” para identificar consumo de alcohol en el último mes ($RVP=1,48$; $RVN=0,64$) (tabla 1).

La evaluación del “consumo actual” de alcohol según la NT-VIH tuvo un nivel de sensibilidad “regular” para la evaluación de consumo de riesgo (AUDIT) y un nivel de especificidad “malo” (tabla 2).

El VPP fue “malo” para identificar consumo de riesgo y “bueno” para el VPN. Los resultados de RVP como RVN tuvieron la clasificación de “inútil” ($RVP=1,04$; $RVN=0,96$) para identificar consumo de riesgo.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

Tabla 1. Validez de la evaluación del “consumo actual” de alcohol según la NT-VIH en pacientes que reciben TARV utilizando como Gold standard la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes.

Consumo actual de alcohol de paciente en TARV según Historia Clínica	Consumió en el último mes	
	Si	No
Si	102	82
No	58	109
Medición		
Sensibilidad (S)	0,64	
Especificidad (E)	0,57	
Valor predictivo positivo	0,55	
Valor predictivo negativo	0,65	
Razón de verosimilitudes positiva (RVP)	1,48	
Razón de verosimilitudes negativa (RVN)	0,64	
Prevalencia	45,58	

Tabla 2. Validez de la evaluación del “consumo actual” de alcohol según la NT-VIH en pacientes que reciben TARV utilizando como Gold standard el AUDIT.

Consumo de alcohol según Historia Clínica	AUDIT (Consumo de riesgo)	
	Si	No
Si	13	171
No	11	156
Medición		
Sensibilidad	0,54	
Especificidad	0,48	
Valor predictivo positivo	0,07	
Valor predictivo negativo	0,93	
Razón de verosimilitudes positiva (RVP)	1,04	
Razón de verosimilitudes negativa (RVN)	0,96	
Prevalencia	6,83	

DISCUSIÓN

Los resultados para determinar la validez de la evaluación de “consumo de alcohol” realizado en la Estrategia Nacional de Salud para la Prevención y Control de ITS-VIH / SIDA (ESNITSS) en un hospital del Ministerio de Salud (MINSa), comparado con la evaluación de la prevalencia de consumo en el último mes y el AUDIT, muestran que los datos recogidos rutinariamente por la estrategia no detectan buena parte de la población que realmente consume alcohol, por lo que la recomendación de usar un instrumento que realmente discrimine y permita detectar la población problema es determinante para cumplir con el objetivo propuesto.

Según el resultado de sensibilidad en la tabla 1, sólo el 64% de los pacientes que declararon “consumo actual” según la NT-VIH, efectivamente consumieron alcohol en el último mes. En cuanto al resultado de especificidad; solo el 57% de los pacientes que declararon no haber presentado un “consumo actual” realmente no consumieron alcohol en el último mes. Una respuesta negativa en la evaluación del “consumo actual” de alcohol según la NT-VIH no permite descartar que el paciente no consumió alcohol en el último mes; mientras que cuando el paciente declara haber tenido “consumo actual” de alcohol según la NT-VIH, no tendría la certeza de que el paciente realmente consumió alcohol en el último mes.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

La pregunta establecida por la estrategia tampoco permite identificar consumo de riesgo, tal como se muestra en la tabla 2, que indica que sólo el 48% de los pacientes que son detectados como “no consumidores actuales”, realmente no son consumidores de riesgo de alcohol.

La interpretación del resultado de los valores predictivos depende de la prevalencia de la enfermedad⁽²³⁾. En el caso en particular, dado que la prevalencia del evento es baja, el VPN bueno permite descartar que existe un consumo de riesgo cuando el paciente responde no a la pregunta “consumo actual”; sin embargo, una respuesta positiva no permitirá confirmar que el paciente presenta consumo de riesgo.

El consumo de alcohol es altamente prevalente en la población mundial y éste se mantiene incluso en niveles de riesgo en pacientes que reciben TARV^(24,25). El consumo de alcohol está asociado a comorbilidades, afectación de la adherencia a TARV^(26,27) así como a la progresión del VIH^(28,29), por lo que es de suma importancia la detección oportuna del consumo, la evaluación de su magnitud^(30,31) así como la identificación de las variaciones del consumo a lo largo del tiempo. El control del consumo de alcohol es de interés público.⁽²⁶⁾

No existe un instrumento de consenso que permita evaluar el consumo de alcohol, más aún; se cree que la mayoría de las estimaciones lo subestiman; sin embargo, estamos hablando de instrumentos elaborados y validados para tal fin; ¿cuánta imprecisión puede tener una sola pregunta cuya temporalidad es relativa, para evaluar el consumo, tal como se establece en la estrategia sanitaria?

El impacto del consumo de alcohol ha sido demostrado en una o más etapas de la cascada de TARV^(27,32) es altamente recomendable que el consumo, principalmente el problemático sea detectado y controlado con intervenciones conductuales o farmacológicas.^(27,32,33)

Si bien, el tiempo empleado en la consulta es sumamente valioso y se debe ser eficiente en la exploración del consumo; bastaría con mejorar la forma de evaluación incluyendo la precisión temporal del consumo o utilizar las preguntas ya conocidas como las de prevalencia de consumo en el periodo de mayor interés, para luego profundizar más en la indagación en quienes se les detecte consumo.

Las razones de verosimilitud halladas demostrarían que la prueba no tiene utilidad diagnóstica para ninguno de los casos evaluados.⁽²²⁾

Una de las debilidades del estudio es la temporalidad en la evaluación del consumo de alcohol al paciente, que se realiza en la ESNITSS al empezar el TARV; y el momento en que se realizó el estudio. Se decidió tomar como referencia este dato dado que no se identificó otro registro del paciente en TARV sobre la evaluación del consumo de alcohol como parte del protocolo de la NT-VIH. Sin embargo, la evidencia demuestra que, tras ocho años de seguimiento, el consumo de alcohol en pacientes con VIH se mantiene, y que “las trayectorias de consumo de alcohol caracterizadas por un consumo insalubre persistente están asociadas con una gravedad más avanzada de la enfermedad del VIH”.⁽³⁴⁾

Está demostrado que el consumo de los últimos seis meses y el último mes son los que frecuentemente están asociados con una pobre adherencia al TARV^(35,36); por lo que la evaluación a lo largo del tratamiento debe considerarse como parte del protocolo de atención. No hacerlo o hacerlo con evaluaciones sin utilidad diagnóstica puede significar oportunidades perdidas de prevención y éxito de tratamiento para los pacientes; con la consecuente pérdida económica para las familias y el país.

A manera de conclusión, se puede afirmar que la indagación del “consumo actual”, propuesta por la norma técnica no tiene utilidad diagnóstica para identificar consumo de alcohol en el último mes, ni consumo de riesgo de alcohol.

En ese sentido, se recomienda la evaluación de prevalencia de consumo de alcohol en el último mes, como forma de evaluación periódica del consumo en los pacientes con VIH que reciben TARV y la evaluación del consumo de riesgo de alcohol al menos una vez para todos, preferentemente al inicio del TARV.

Agradecimientos:

A la Lic. Sysy Villanueva por su apoyo invaluable en el servicio y al Dr. Eduardo Gotuzzo y Dra. Elsa Gonzáles, sin su ayuda no hubiera sido posible la ejecución del proyecto.

Declaración de financiamiento y de conflictos de intereses:

Apoyo financiero del Centro Internacional Fogarty del Instituto Nacional de Salud de los Estados

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

Unidos (Programa de Capacidades Avanzadas de Investigación para el SIDA en el Perú - PARACAS) - Proceso D43 TW009763 y del Caribbean, Central and South America Network for HIV Epidemiology (CCASANET) - Proceso 5U01AI069923-14, Perú. Los autores declaran no tener conflictos de interés de orden económico, institucional, laboral o personal.

Contribución de la autoría:

YMO: la concepción y el diseño del estudio, el análisis y la interpretación de los resultados, la redacción del artículo, revisión crítica y aprobación final de la versión a ser publicada. **CC:** el diseño del estudio, el análisis y la interpretación de los resultados, la redacción del artículo, revisión crítica y aprobación final de la versión a ser publicada. **SG:** el diseño del estudio, el análisis y la interpretación de los resultados, la redacción del artículo, revisión crítica y aprobación final de la versión a ser publicada. **JE:** el diseño del estudio, el análisis y la interpretación de los resultados, la redacción del artículo, revisión crítica y aprobación final de la versión a ser publicada. **AG:** el diseño del estudio, la recolección, análisis y la interpretación de los resultados, la redacción del artículo, revisión crítica y aprobación final de la versión a ser publicada.

Institución donde se realizó el estudio:

Hospital Cayetano Heredia - Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA.

Correspondencia:

Yesenia Musayón-Oblitas
Correo electrónico: yesenia.musayon@upch.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grant BF, Chou SP, Saha TD, et al. Prevalence of 12-Month Alcohol Use, High-Risk Drinking, and DSM-IV Alcohol Use Disorder in the United States, 2001-2002 to 2012-2013: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(9):911-23.
2. Rehm J, Gmel GE, Gmel G, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction*. 2017;112(6):968-1001.
3. Pellowski JA, Kalichman SC, Kalichman MO, Cherry C. Alcohol-antiretroviral therapy interactive toxicity beliefs and daily medication adherence and alcohol use among people living with HIV. *AIDS Care*. 2016;28(8):963-70.
4. Heestermans T, Browne JL, Aitken SC, Vervoort SC, Klipstein-Grobusch K. Determinants of adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive adults in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMJ Glob Health*. 2016;1(4): e000125. doi: 10.1136/bmjgh-2016-000125
5. Ministerio de Salud. Norma Técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Lima: Ministerio de Salud de Perú; 2019. (Citado el 4 de marzo de 2020). Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/279707-norma-tecnica-de-salud-de-atencion-integral-del-adulto-con-infeccion-por-el-virus-de-inmunodeficiencia-humana-vih>
6. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders Identification Test. Ginebra: World Health Organization; 2001. (Citado el 4 de marzo de 2020). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf;jsessionid=0AD31D22C6DB5B552571BB257C7812CF?sequence=1
7. Allen JP, Columbus M. Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Researchers. Pennsylvania: DIANE Publishing; 2003. 585 p.
8. Cooke R, Dahdah M, Norman P, French DP. How well does the theory of planned behaviour predict alcohol consumption? A systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Rev*. 2016;10(2):148-67.
9. McKenna H, Treanor C, O'Reilly D, Donnelly M. Evaluation of the psychometric properties of self-reported measures of alcohol consumption: a COSMIN systematic review. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2018;13(1):6.
10. Dawson DA, Room R. Towards agreement on ways to measure and report drinking patterns and alcohol-related problems in adult general population surveys: the Skarpö conference overview. *J Subst Abuse*. 2000;12(1-2):1-21.
11. Dawson D. Methodological Issues in Measuring Alcohol Use. Bethesda, Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (Citado el 4 de marzo de 2020). Disponible en: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh27-1/18-29.htm>
12. Nugawela MD, Langley T, Szatkowski L, Lewis S. Measuring Alcohol Consumption in Population Surveys: A Review of International Guidelines and Comparison with Surveys in England. *Alcohol Alcohol*. 2016;51(1):84-92.
13. Sobell LC, Sobell MB. Alcohol Consumption Measures. En: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Researchers. Rockville: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2003.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

14. Musayón-Oblitas Y, Cárcamo C, Gimbel S, Echevarría J, Graña A. Efectividad de la Consejería en Enfermería en la Mejora de la Adherencia al TARGA en pacientes con VIH y Conducta de Consumo de Alcohol. Lima: SIDISI - UPCH.
15. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. Ginebra: World Health Organization; 2001.
16. Valencia Martín JL, González MJ, Galán I. Aspectos metodológicos en la medición del consumo de alcohol: la importancia de los patrones de consumo. Rev Esp Salud Pública. agosto de 2014;88(4):433-46.
17. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Datos y estadísticas sobre el alcohol | National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) [Internet]. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/datos-y-estadisticas-sobre-el-alcohol>
18. Ballesta R, Millán A, Tena M, Fornovi L, Alonso C, Pedro CD, et al. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (Edades) 1995-2019/2020. :97.
19. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) - Ministerio del Interior - Gobierno de Chile. Séptimo estudio nacional de Drogas en Población General de Chile.pdf [Internet]. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2019/07/2006_septimo_estudio_nacional.pdf
20. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. PERÚ - Estudio Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2017.pdf [Internet]. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/PER%C3%9A%20-%20Estudio%20Nacional%20sobre%20Prevenci%C3%B3n%20y%20Consumo%20de%20Drogas%20en%20Estudiantes%20de%20Secundaria%202017.pdf>
21. Bravo-Grau S, Cruz Q JP. Estudios de exactitud diagnóstica: Herramientas para su Interpretación. Rev Chil Radiol. 2015;21(4):158-64.
22. Vizcaino-Salazar GJ. Importancia del cálculo de la sensibilidad, la especificidad y otros parámetros estadísticos en el uso de las pruebas de diagnóstico clínico y de laboratorio. Med Lab. 2017;23(7-8):365-86.
23. Pita-Fernández S, Pértegas-Díaz S. Pruebas diagnósticas: Sensibilidad y especificidad. Cad Aten Primaria 2003; 10: 120-124. (Citado el 4 de marzo de 2020). Disponible en: https://www.fisterra.com/mbe/investiga/pruebas_diagnosticas/pruebas_diagnosticas.asp
24. Bonacini M. Alcohol use among patients with HIV infection. Ann Hepatol. 2011;10(4):502-7.
25. Kahler CW, Liu T, Cioe PA, et al. Direct and Indirect Effects of Heavy Alcohol Use on Clinical Outcomes in a Longitudinal Study of HIV Patients on ART. AIDS Behav. 2017;21(7):1825-35.
26. World Health Organization. Management of Substance Abuse Team. Global status report on alcohol and health 2018. Ginebra: World Health Organization ;2018.
27. Vagenas P, Azar MM, Copenhaver MM, Springer SA, Molina PE, Altice FL. The Impact of Alcohol Use and Related Disorders on the HIV Continuum of Care: A Systematic Review. Curr HIV/AIDS Rep. 2015;12(4):421-36.
28. Santos F, Galvão MTG, Cunha GH, et al. Alcohol effect on HIV-positive individuals: treatment and quality of life. Acta Paul Enferm. 2017;30(1):94-100.
29. Bagby GJ, Amedee AM, Siggins RW, Molina PE, Nelson S, Veazey RS. Alcohol and HIV Effects on the Immune System. Alcohol Res Curr Rev. 2015;37(2):287-97.
30. González-Álvarez S, Madoz-Gúrpide A, Parro-Torres C, Hernández-Huerta D, Mangado EO. Relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+ y el consumo de alcohol, asociado o no al uso de otras sustancias. Adicciones. 2017;31(1):8-17.
31. Eyawo O, McGinnis KA, Justice AC, et al. Alcohol and Mortality: Combining Self-Reported (AUDIT-C) and Biomarker Detected (PEth) Alcohol Measures Among HIV Infected and Uninfected. J Acquir Immune Defic Syndr. 2018;77(2):135-43.
32. Duko B, Ayalew M, Ayano G. The prevalence of alcohol use disorders among people living with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2019;14(1):52.
33. Musayón-Oblitas FY, Cárcamo CP, Gimbel S, et al. Validación de Guía de Consejería para adherencia al tratamiento antirretroviral usando ciencia de la implementación. Rev Lat Am Enfermagem. 2020. 28: e3228. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3117.3228>
34. Marshall BDL, Tate JP, McGinnis KA, Bryant KJ, Cook RL, Edelman EJ, et al. Long-term alcohol use patterns and HIV disease severity. AIDS Lond Engl. 2017;31(9):1313-21.
35. Hendershot CS, Stoner SA, Pantalone DW, Simoni JM. Alcohol Use and Antiretroviral Adherence: Review and Meta-Analysis. JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr. 2009;52(2):180.
36. Azar MM, Springer SA, Meyer JP, Altice FL. A systematic review of the impact of alcohol use disorders on HIV treatment outcomes, adherence to antiretroviral therapy and health care utilization. Drug Alcohol Depend. 2010;112(3):178-93.

Recibido: 19/02/2022

Aceptado: 29/09/2022