

ANEXOS

Anexo 1 . Tabla artículos estado del arte

Nombre del Artículo	Año	Idioma	Tipo de artículo	Población	Estrategia a estudiar	Evaluación de estrategia	Como definen adherencia	Resultados	Conclusiones	Link Texto
A Systematic Review of Antiretroviral Adherence Interventions for HIV-Infected People Who Use Drugs	2013	Ingles	Revisión sistemática	Individuos de 15 años o más	1. Intervenciones de terapia asistida por medicación 2. Intervenciones conductuales y psicosociales, que incluyen la terapia antiretroviral de administración directa (DAART) 3. Manejo de la contingencia 4. Consejería usando entrevista motivacional (MI) y/o tratamiento cognitivo-conductual (CBT) 5. Intervenciones de múltiples componentes entregadas por enfermeras 6. Apoyo social e intervenciones dirigidas por pares 7. Consejería Educativa 8. Gestión de Medicamentos, Asesoramiento Incentivos Recordatorio Electrónico	Se registraron todas las medidas de adherencia no yendo a terapia antiretroviral administrada directamente, e recuento de píldoras, las tapas electrónicas de las botellas de píldoras (MEMS caps), e recuerdo autoinformado (por ejemplo, el Grupo de Ensayos Clínicos de SIDA de 3 días); método.	No definen adherencia	1 No hubo intervenciones de Nivel 1 evaluando únicamente la terapia asistida por medicamentos (MAT) para fomentar la adherencia al tratamiento del VIH entre las poblaciones de PWUD (personas que usan drogas). 2 Tres ensayos independientes de DAART (terapia antiretroviral de administración directa; RCT mostraron consistentemente mayores tasas de adherencia a cART, mejor funcionamiento virológico y aumento de los recuentos de CD4 entre los participantes de DAART en comparación con los grupos de control en los seguimientos a corto plazo 3 Utilizando entrevista motivacional : Tratamiento Cognitivo Conductual hubo mejoras a corto plazo en la adherencia a cART, pero una eficacia limitada en el mantenimiento de la mejora de la adherencia y la reducción de la LV en los puntos de seguimiento 4 Intervenciones preliminares impulsadas por los pares han sugerido alguna promesa inicial en el fomento de la mejora de la adherencia al tratamiento a corto plazo entre los estimulantes infectados por el VIH y los usuarios de opiáceos 5 Una intervención breve que incorpora sesiones de consejería de psicoeducación con adherencia de medicamentos con organizaciones semanales de píldoras mostró un aumento significativo en la adherencia,	Se evidencio que DAART mejora la adherencia de la cART entre las PWUD (personas que usan drogas).	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3475782/
Centrifugation of Evidence-Based Interventions for Promoting HIV Medication Adherence: Findings from a Systematic Review of US-Based Studies 1996–2011	2014	Ingles	Revisión Sistemática; Revisión de la literatura en bases de datos como: EMBASE, CINAHL, MEDLINE, PsycINFO. Tomado desde 1996 hasta 2011. Se tomaron 10 estrategias de 2 estudios.	2247 Adultos entre 19-67 años, todas las razas, sin distinción de género u orientación sexual	1 Tratamiento antiretroviral administrado directamente Daart-especialista 6 meses 2 Proyecto Vca Saludable. Cuatro sesiones agrupadas en tres módulos de cinco sesiones cada uno 3 Intervención integrada de reducción del riesgo de VIH y de adherencia/ Charla con un par 7 sesiones en 5 semanas 45 minutos-2H 4 Proyecto HEART: una enfermera, un grupo de apoyo y un abogado de pares hacen 6 reuniones, más 5 llamadas entre reuniones y una sesión de refuerzo a los 6 meses 2-3 H 5 Metacocaine Clinic: Cada mañana una visita de una enfermera a las siete de la mañana de una clínica de rehabilitación para adictos a opiáceos 6 Asociación para la salud: una cita con un médico, asistente o enfermera por 10-11 meses 7 SMART COUPLE: 4 sesiones en 5 semanas en pareja con una practicante de enfermería 8 Pager Messaging: Se escoge una pareja con la cual se envían mensajes por 3 meses 9 Apoyo de compañeros: 6 veces se hacen 2 reuniones a mes. Además de llamarse semanalmente por tres meses 10 ATHENA: una enfermera o un compañero te visita 24 veces a tu hogar en un tiempo de 12 meses (semanalmente por 3 meses, cada 2 semanas por 3 meses y una visita al mes por 6 meses)	1 Recuento de píldoras. Recuento carga viral. Autoinforme de paciente. Registro de recetas médicas. 2 Cumplimiento de la medicación; Sistema de monitoreo de eventos de medicamentos.	No definen adherencia	1 Reducción carga Viral 2 2 Cumplimiento de la medicación (autoinforme; Disminución de los comportamientos de riesgo de VIH 3 Cumplimiento de la medicación (recuentos de píldoras no ancladas y registros de recetas de farmacia) Disminución de los comportamientos de riesgo del VIH 4 Cumplimiento de la medicación; Sistema de monitoreo de eventos de medicamentos) 5 Reduce carga viral, lograr carga viral indetectable 6 Mantener la adherencia por autoinforme ha logrado carga viral indetectable 7 Cumplimiento de la medicación; Sistema de monitoreo de eventos de medicamentos) 8 Reduce la carga viral 9 Incrementa adherencia en autorreporte 10 Cumplimiento de la medicación; Sistema de monitoreo de eventos de medicamentos)	Se identificaron varias estrategias basadas en la evidencia que pueden servir para programas o proveedores de mejoramiento de la adherencia al tratamiento para VIH. Estas estrategias pueden mejorarse con investigación	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4707030/

Improving antiretroviral therapy adherence in resource-limited settings at scale: a discussion of interventions and recommendations	2017	Ingles	Evidencia de estudios individuales, revisiones sistemáticas, meta-análisis y las Guías Conso cada s de la Organización Mundial de la Salud para el VIH, que incluye pruebas de ensayos controlados aleatorios en países bajos y bajos	Adultos	Existen dos enfoques generales a considerar en la elección de las intervenciones de adherencia para un apoyo óptimo orientado y adaptado: el empujado y el tirado. Con un enfoque empujado, todos los individuos reciben educación y consejería más de ART y son examinados para una adhesión inco m e t a por una de las herramientas mencionadas. Aquellos identificados con adherencia incompleta (que puede incluir aquellos que no están iniciando la atención) reciben una intervención estándar. Para aquellos que continúan experimentando desafíos de adherencia, las intervenciones posteriores de intensidad creciente pueden ser necesarias. Con el enfoque de menú, se ofrece una serie de opciones que permiten a los individuos elegir su estrategia de intervención. Los menús se pueden adaptar para poblaciones específicas. Los enfoques combinados con estrategias más cas y más intensivas disponibles como un 'menú de opciones' en cada nivel del empujado también podrían ser posibles. Las estrategias se adaptan a las culturas y comunidades locales, abordar los desafíos específicos de cada establecimiento y aprovechar los recursos locales.	Toma de la primera dosis, toma de las dosis prescrites (es decir, tomar las dosis prescritas y tratamiento continuo sin lagunas.	La intervención más ampliamente estudiada e implementada hasta la fecha involucra consejería de pares, clubes de adherencia y servicio de mensajes cortos (SMS). Con un mayor desarrollo, podrían tener gran impacto e asesoramiento estandarizado a través de la tecnología multimedia, monitoreo electrónico de dosis, modelos descentralizados y diferenciados de atención e intervenciones de medios de sus tenencia.	1. Sistemas de prestación de asistencia sanitaria, tanto a nivel regional como nacional tendrán que ser receptivos y comprometidos con la acción generalizada. Las inversiones humanas y financieras deben ponderarse cuidadosamente, haciendo que la eficacia en función de los costos y el impacto global de las intervenciones de los candidatos sean críticos. 2. El monitoreo y la evaluación de los programas de cumplimiento continuo, así como la investigación de nuevas intervenciones requerirán financiamiento más allá de lo que normalmente se invierte en estudios de intervención única.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC447606/
					Programa de enseñanza estructurada vs educación informal del paciente	Cuento de CD4	Inicio de adherencia media, frecuencia de enfermedades oportunistas, mortalidad. Aumento en CD4	Mortalidad significativamente menor en grupo de intervención con respecto a control (sin el programa) y CD4 mayor en grupo de intervención que en control	
					Estrategia de recompensa con raciones adicionales de comida	Inicio de posesión de los medicamentos 100% - número de días que tarda a farmacia en haber relleno el total de días en terapia de primeros años: 1100; Cuento de CD4	>95% de adherencia, cuento de CD4 en media	No mostró diferencias significativas en cuento de CD4 con respecto al grupo de control (sin las raciones adicionales)	
					Visitas dos veces a la semana por miembros de apoyo al tratamiento para recordar las ventajas, efectos adversos, y para evaluar la adherencia con cuestionarios y cuento de píldoras	Evaluación a la población estudiada sobre mejoría en adherencia, cuestionario estándar	Escala Likert 1: Fuertemente de acuerdo, 5: Fuertemente en desacuerdo. 'Evaluación de la adherencia'	20% estuvo fuertemente de acuerdo, mientras que el 49% estuvo de acuerdo con que la intervención mejoraba la adherencia	
					Apoyo social y visitas bi semanales de asesoramiento clínico para la adherencia a la terapia antiretroviral	Cuento de píldoras, autoevaluación de adherencia por medio de cuestionario estándar, carga viral y cuento de CD4	>95% de adherencia según cuento de píldoras, 100% de adherencia según auto-reporte, carga viral en supresión (<400 copias/ml), cuento de CD4 en media	Riesgo de fracaso virológico significativamente menor en grupo de intervención que en el de control (sin la intervención). Sin efecto significativo en riesgo de fracaso virológico en periodos tempranos, sin efecto significativo en cuento de píldoras, auto-reporte de adherencia o cuento de CD4	
					Asesoramiento educativo (incompleto, Discos tipo con Alarma los primeros 6 meses incompleto y Asesoramiento educativo + Discos tipo con alarma por los primeros 6 meses en conjunto	Cuento de píldoras mensuales, cuento de CD4, carga viral	Inicio de adherencia media, cuento de CD4 en media, carga viral en media	Inicio de adherencia media tras 18 meses similar, pero significativamente diferente entre los 4 grupos estudiados (los tres mencionados y el control); CD4 y carga viral no fueron significativamente diferentes entre los grupos tras 18 meses	
					Terapia de observación rigurosa, dos veces a la semana o semanalmente por persona de apoyo a la terapia elegida por los pacientes	Cuento de CD4, carga viral	Supresión de carga viral (<400 copias/ml), cuento de CD4 en media y carga viral en media	Sin diferencias significativas entre los grupos de intervención y control en cuanto a los resultados tras 48 semanas	
					Servicios de apoyo de la comunidad (cuidado en hogar o apoyo nutricional)	Auto-reporte de adherencia con cuestionario estándar, cuento de píldoras, cuento de CD4	>95% de adherencia en auto-reporte y en cuento de píldoras, Cuento de CD4 en media	Servicios de apoyo en hogar estuvo asociado con mejor adherencia en base al cuento de píldoras. No hubo diferencia significativa en cuento de CD4 entre los dos grupos	
					Mensaje de texto semanal por parte de los médicos de estudio preguntando "¿Cómo estás?", requiriendo una respuesta en 48 horas	Adherencia (auto-reporte) con cuestionario estándar, carga viral	>95% de adherencia en auto-reporte, supresión de carga viral (<400 copias/ml)	En comparación a grupo de control quienes recibían el mensaje semanal estuvieron asociados a un menor riesgo de reportar no-adherencia y un menor riesgo de tener fracaso virológico	17 de 26 estudios reportan mejoría significativa en adherencia por parte del grupo intervenido en comparación al grupo control, en al menos una de las medidas de adherencia y al menos en un punto temporal durante el periodo de

Intervenciones to increase antiretroviral adherence in sub-Saharan Africa: a systematic review of evaluation studies	2011	Inglés	Revisión sistemática de estudios de evaluación en PubMed MEDLINE bases de datos de conferencias, listas de referencia y publicaciones en Internet.	Adultos con VIH	En el primer grupo de intervención. Un cuestionario para mantener un registro de la toma de dosis en el segundo grupo. Apoyo terapéutico humano	Auto-reporte de adherencia con cuestionario estándar. Cambios en el peso. conteo de CD4	92% de adherencia en auto-reporte. conteo de CD4 en media. línea de masa corporal en media	Sin diferencias significativas en los resultados entre los grupos de intervención y control	observación. Las intervenciones que mostraron un mejor efecto son Programas de enseñanza estructurados. Educaciones de comités. no involucros de apoyo al tratamiento. Sinterapia de observación directa. proveedores no médicos. diferentes modelos de entrega de medicamento y mensajeros de texto por vía telefónica móvil. Los siguientes ocho estudios que incluyen evaluación terapéutica por parte de no involucros que apoyan el tratamiento, terapia de observación directa, suplementos nutricionales, tarjetas de recordatorio y asesoría educativa. reportaron resultados no significativos. Otros dos estudios tienen evaluaciones basadas en opiniones subjetivas de proveedores de la salud. Es importante notar que con pocas excepciones los estudios que encontraron intervenciones significativas no hicieron alguna de las siguientes. Encontrar un efecto significativo a largo plazo. Encontrar un efecto significativo en auto-reporte. evaluar resultados según pruebas biológicas. o encontrar resultados según pruebas biológicas
					Terapia de observación directa orala	Conteo de CD4. carga viral	Conteo de CD4 en media. supresión de carga viral <400 copias/mL	No hubo diferencias significativas en cuanto a conteo de CD4 o proporción de pacientes con supresión viral a 12 o 24 meses entre el grupo de intervención y aquellos que se autoadministaban la terapia antiretroviral	
					Terapia de observación directa orala con apoyo terapéutico de una red de personas que estaban a tanto de su enfermedad, quienes sentían que podían apoyar la adherencia de los pacientes. Personas de apoyo tuvieron un entrenamiento previo y ambos pacientes y personas de apoyo recibieron asesoramiento educativo inicial y cada 2 meses	Conteo de píldoras. Conteo de CD4. Carga viral	92% de píldoras tomadas. CD4 en media. supresión de carga viral <400 copias/mL	El conteo de CD4 medio aumentó significativamente a los 6 meses en el grupo intervención con respecto al de control, pero no significativamente en otros puntos de control temporales. Sin efecto significativo de grupo de control con respecto a la supresión viral o el conteo de píldoras	
					Grupo de intervención. Aumentado suplementariamente con pastillas de cada semana. En el grupo de control. Aumentado suplementariamente con harina mezclada con maíz y soja	Auto-reporte de adherencia por cuestionario estándar. Conteo de CD4. carga viral	91% de dosis no tomadas disminuido con respecto a las semanas anteriores. Conteo de CD4 en media. Carga viral en media	Sin diferencias significativas en adherencia auto reportada. conteo de CD4 o carga viral	
					Terapia de observación directa orala por seis semanas. educación con respecto a tratamiento. adherencia y búsqueda de mitigar barreras contra la adherencia	Auto-reporte de adherencia. conteo de CD4	92% de adherencia en los 7 días previos. Cambio en el conteo medio de CD4	Adherencia med. aumentó significativamente en el grupo de intervención a 4 y 12 meses. Sin diferencia significativa con respecto a cambios en el CD4 medio	
					5 Modelos diferentes de entrega de medicamento antiretroviral. tres basados en modelos de la comunidad (doctor, enfermera, integrador) y dos basados en modelos hospitalarios. Hospital rural de distrito. Hospital con servicio especializado	Auto-reporte de adherencia por cuestionario estándar. carga viral	100% en auto-reporte de adherencia. carga viral en supresión <400 copias/mL	Sin diferencias significativas en el auto-reporte de adherencia en los diferentes modelos. Ligera mejora en supresión de carga viral en los modelos de la comunidad que en los de hospital	
					Cuatro grupos de intervención por mensaje de texto. 1. Cortos recordatorios diarios. 2. Cortos recordatorios semanales. 3. Largos recordatorios diarios. 4. Largos recordatorios semanales	Mediante un sistema llamado medication events monitoring system	90% de adherencia según el MEMS. interrupciones del tratamiento <48 horas	La adherencia es significativamente más probable en el grupo que recibe recordatorios semanales vs el grupo de control a las 48 semanas. Las interrupciones en el tratamiento son significativamente menos probables en el grupo que recibe recordatorios semanales vs el control	
					Tarjetas diarias con calendarios que muestran los esquemas y dosis de medicación	Auto-reporte de adherencia por cuestionario estándar	92% de adherencia	El auto-reporte de adherencia no difiere significativamente antes que después de la intervención	
					Terapia de observación directa dos veces a la semana por enfermeras por 24 semanas. Asesoramiento de la salud de la comunidad. llevaron domo clínicamente los medicamentos a quienes por condiciones de salud no podían ir a recogerlos	Conteo de píldoras. cinco auto-reporte de adherencia. conteo de CD4. carga viral y línea de masa corporal	92% de adherencia según conteo de píldoras. 100% de adherencia según auto-reporte. aumento en conteo de CD4. media. supresión de carga viral <400 copias/mL	La adherencia según el conteo de píldoras es 5 veces más probable en el grupo de intervención durante la intervención. Sin diferencias significativas con respecto a la adherencia después de la intervención. Sin diferencias significativas en conteo de CD4 o supresión de carga viral	
					Cuidado por parte de un trabajador de la salud no médico. grupo de control. cuidado por parte de un médico	Informes de refill en farmacias	90% de adherencia	La adherencia fue significativamente mayor en el grupo de intervención en los primeros 6 meses tras iniciar con respecto a los pacientes cuyo cuidado era a cargo de un médico	
					Apoyo terapéutico comunitario de la familia de paciente. Apoyo psicosocial	Informes de refill en farmacias	90% de adherencia	Los pacientes en grupo de control eran más probables de ser menos adherentes con respecto a los del grupo de intervención	
					Terapia de observación directa cada por personas que apoyan el tratamiento. con asesoría en reporte. manejo de efectos adversos y de cómo recordarle a los pacientes de tomar el medicamento	Informes de refill en farmacias. conteo de CD4. carga viral	92% de adherencia según reportes de farmacia. aumento en CD4 y supresión de carga viral <400 copias/mL	Probabilidades de adherencia significativamente superiores en grupo de intervención vs grupo de control a las 24 semanas y a las 48 semanas. Carga viral. Inevitablemente más probable en grupo de intervención a la semana 24. Sin diferencias significativas en supresión de carga viral ni aumento de conteo de CD4 a las 24 o 48 semanas	
					Enfermeras y trabajadores sociales. ofrecieron las necesidades de los pacientes. los asociaron con proveedores de servicios y se encontraban con ellos regularmente para evaluar progreso y ajustar el plan según lo requerido. Trabajo conjunto con cuerpo médico para monitorear la salud y con voluntarios de la comunidad entrenados para llevar a cabo el cuidado básico	Evaluación del proveedor de la mayoría de la población general. en cuanto a adherencia	Pregunta subjetiva. Cómo influenció el programa a la adherencia de la terapia ART?	23% de los coordinadores de caso sintieron que el programa aumentó la adherencia a la terapia ART	
					Apoyo terapéutico (comunitario o de la familia del paciente) asociado a métodos como sonar campanas, palmear en los hombros, llamadas telefónicas, para recordarle a los pacientes de tomar los medicamentos	Auto-reporte de adherencia	Si/No mejoría en la capacidad de tomar el ART a tiempo	Tras la intervención, 80% de los pacientes lograron tomar el ART a tiempo vs 43% antes de la intervención	
					Asesoría de adherencia individual	Carga viral	Supresión de carga viral (<400 copias/mL), conteo de CD4 en media, y carga viral en media.	Sin diferencias significativas en supresión de carga viral entre el grupo de intervención y el de control.	

Anexo 2. Tabla Caspe y consort

TÍTULO	CASPE	CONSORT	Limitaciones	LINK ARTÍCULO
Effectiveness and cost-effectiveness of a nurse-delivered intervention to improve adherence to treatment for HIV: a pragmatic, multicentre, open-label, randomised clinical trial.	Si:5/No se:3/ No:1	Cumple con todos los criterios menos 2b y 14b	Resultados descritos en otra publicación, monitorización de tratamiento no adecuada en grupo de tratamiento abitual	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28262598 https://ac.els-cdn.com/S1473309916305345/1-s2.0-S1473309916305345-main.pdf?_tid=1745926a-033d-4956-9257-7aa26301b076&acdnat=1521046481_a2fa90875d260fdb5b3a845d1aadaa4
Rationale and design of a randomized study of short-term food and cash assistance to improve adherence to antiretroviral therapy among food insecure HIV-infected adults in Tanzania.	Si:5 No se:0/ No: 4	Cumple con todos los criterios menos 14b, 15, 16, 17a, 17b y 18	Resultados descritos en otra publicación	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28107221
Home-based versus clinic-based care for patients starting antiretroviral therapy with low CD4+ cell counts: findings from a cluster-randomized trial.	Si:6/No se:2/ No:1	Cumple con la mayoría de criterios menos 2b y 14b. 23/25		https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24468997
Developing an adherence support intervention for patients on antiretroviral therapy in the context of the recent IDU-driven HIV/AIDS epidemic in Estonia	Si:4/No se:5/ No:1	Cumple con la mayoría de criterios menos 1a-b, 4a, 6a-b, 7a-b, 8a-b, 9, 10, 11a-b, 12a-b, 19	Resultados descritos en otra publicación	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC368
Pilot study of a multi-pronged intervention using social norms and priming to improve adherence to antiretroviral therapy and retention in care among adults living with HIV in Tanzania	Si: 5 / No sé: 3 / No: 1	Cumple con la mayoría de criterios menos 1a, 18, 19, 20 y 21 20/25	Se trata de un estudio piloto	https://www-embase-com.ezproxy.unbosque.edu.co/search/results?subaction=viewrecord&rid=1&page=1&id=L615987501
Importance of Self-Motivation and Social Support in Medication Adherence in HIV-Infected Adolescents in the United Kingdom and Ireland: A Multicentre HYPNet Study	-	-	No full text	https://www-embase-com.ezproxy.unbosque.edu.co/search/results?subaction=viewrecord&rid=8&page=1&id=L604634204
Assessing baseline religious practices and beliefs to predict adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected persons	-	-	No full text	http://www.tandfonline.com.ezproxy.unbosque.edu.co/doi/full/10.1080/09540121.2014.882486?scroll=top&needAccess=true
Using the multiphase optimization strategy (MOST) to optimize an HIV care continuum intervention for vulnerable populations: a study protocol	Si:3/No se:5/ No:1	Estudio de protocolo, no se le aplica CONSORT, en este caso requeriría de SPIRIT	Sin resultados	https://search-proquest-com.ezproxy.unbosque.edu.co/central/docview/1905071851/CA033E4CB0124DE5PQ/2?accountid=41311
Mobile phone reminders and peer counseling improve adherence and treatment outcomes of patients on ART in Malaysia: A randomized clinical trial	Si:9/No se:0/ No:0	Cumple con la mayoría de criterios, menos 3b, 6b, 7b, 11b, 17b, 19, 25. 18/25		https://search-proquest-com.ezproxy.unbosque.edu.co/central/docview/1899375967/CA033E4CB0124DE5PQ/3?accountid=41311
The Use of Cell Phone Support for Non-adherent HIV-Infected Youth and Young Adults: An Initial Randomized and Controlled Intervention Trial	Si:9/No se:0/ No:0	Cumple con la mayoría de criterios menos 9, 11a-b, 17b, 19, 24. 20/25		https://search-proquest-com.ezproxy.unbosque.edu.co/central/docview/1508919736/AC44B88AFE4E4AF7PQ/10?accountid=41311
Behavioral Intervention Improves Treatment Outcomes Among HIV-Infected Individuals Who Have Delayed, Declined, or Discontinued Antiretroviral Therapy: A Randomized Controlled Trial of a Novel Intervention	Si:9/No se:0/ No:0	Cumple con la mayoría de criterios menos 1b y 15. 23/25		https://search-proquest-com.ezproxy.unbosque.edu.co/central/docview/1710607206/AC44B88AFE4E4AF7PQ/19?accountid=41311
Short Message Service (SMS)-Based Intervention to Improve Treatment Adherence among HIV-Positive Youth in Uganda: Focus Group Findings: e0125187	Si:7/No se:1/ No:1	Cumple con la mayoría de criterios menos el 1b, 14a-b, 15, 17a-b, 19, 20, 24 y 25. 17/25		https://search-proquest-com.ezproxy.unbosque.edu.co/central/docview/1673824104/3537849AA25492BPQ/37?accountid=41311
A text messaging intervention to improve retention in care and virologic suppression in a U.S. urban safety-net HIV clinic: study protocol for the Connect4Care (C4C) randomized controlled trial	Si:4/ No sé:3/ No:2	Estudio de protocolo, no se le aplica CONSORT, en este caso requeriría de SPIRIT	Sin resultados	https://search-proquest-com.ezproxy.unbosque.edu.co/central/docview/1654844145/622962A0CDF34A63PQ/73?accountid=41311

Anexo 3. Características de las estrategias

TITULO	POBLACION	ESTRATEGIAS		CARACTERISTICAS DE LA ESTRATEGIA
Woodd S.L. Et al (2014)36	Total: 1453 Pacientes >18 años 56% Educación primaria Mediana de 37 años 71% Mujeres - 29% Hombres	Atención Hogar: Visita mensual por personal capacitado al hogar, con lista de chequeo de evaluación clínica. Entrega de antiretrovirales en el Hogar. Apoyo para la adherencia. Remisión a clínica en caso de recaída.	Atención en el Hogar: Conteo CD4>50Cel. 587 pacientes Conteo CD4<50Cel. 272 pacientes	Conteo de CD4, dentro de cada brazo del estudio se diferencian a aquellos que tuvieron un CD4 menor a 50 respecto a los pacientes con CD4 > 50 Cel/uL.
		Atención Clínica: Asistir mensualmente a la clínica a recolectar medicamentos. Cita médica al mes, luego a dos meses y finalmente cada 3 meses desde el inicio y durante el tratamiento Control con enfermería mensual	Atención Clínica Habitual Conteo CD4>50Cel. 422 pacientes Conteo CD4<50Cel. 172 pacientes	
Swendeman D. Et al. 2015. (38)	Total: 46 pacientes >18 años Culminaron intervención 44 pacientes Mujeres 80.4% (68.18% trabajadoras sexuales) - Hombres 19.6% Familiarios desconocen terapia TAR. Media de último conteo de CD4: 473, DE: 225, Rango 123-1001 Todos tenían móvil personal menos un paciente.	Intervención automática de respuesta interactiva de voz (IVR) Banco de 40 audios en idioma local con una duración de 33-44 segundos. Contenido: adherencia a medicamentos, cuidado de la comunicación, nutrición, higiene, reforzamiento positivo, apoyo social, relajación, alcoholismo, uso de condón e infecciones de transmisión sexual. Adaptados de estudios sobre alcoholismo y depresión. Orden aleatorio y al final contenían una encuesta de satisfacción (sí - no) Los mensajes de voz coinciden con el horario de la toma del medicamento; si el mensaje no era contestado se hacían otros dos intentos con intervalo de 5 minutos, de no responder tras ello; el mensaje de cola se escucharía sumado al de la siguiente dosis. Se realiza una encuesta antes de la intervención poblacional y luego de esta para valorar resultados		El estudio se limita solo a la evaluación con el autoreporte, corto periodo de tiempo, muestra poblacional pequeña y ausencia de grupo de control.
Sarajudee N.A.A. et al. 2017. (41)	Total: 242 personas >18 años Media de edad 33.4 años DE 9.2 IC 95% (32.23-34.56) Hombres 88.8% - Mujeres 11.2% Los pacientes tenían que tener 4 semanas de entrenamiento con vitaminas Todos tenían acceso a dispositivo móvil además acababan de iniciar terapia antiretroviral según la WHO 2013 Se excluyeron; personas que ya habían iniciado TAR por pérdida de el seguimiento anterior, mujeres embarazadas y extranjeros.	Módulo de recordatorio Se realizó un recordatorio a través de mensajes de texto y llamadas telefónicas, además de una consejería de adherencia en cada visita clínica; por un periodo de 6 meses desde el inicio de la TAR. Los mensajes incluían recordatorios de toma de medicamentos cada lunes a las 9:00 am, otros recordatorios individualizados que se enviaban a la hora del almuerzo 3 días antes de la cita clínica del paciente. Las llamadas tenían una duración promedio de 90 segundos y se realizaban un día antes a la cita clínica del paciente. Las sesiones de consejería duraban en promedio 15 min y se tenían mínimo 3 de éstas. Finalmente se recolectó la información del estado clínico del paciente (peso, síntomas, carga viral y conteo de CD4) a través de un cuestionario de adherencia especializado: Adult AIDS Clinical Trial Group (AACTG) La adherencia fue medida en una escala de 0-100 calculada utilizando una fórmula adaptada del estudio Reynolds NR et al. (52) que trata sobre adherencia a tratamiento contra VIH	Grupo de intervención 121 pacientes de los cuales finalizaron 116 a los 6 meses 107 (88.4%) hombres - 14 (11.6%) mujeres Edad media 32.1 años Media de conteo de CD4 232.64 DE +/- 137.9 P 0.297 Media carga viral 4.61 DE 0.9 P 144 Media de adherencia basal 80.1 DE 19.8 P 0.212	Se usaron cuestionarios de adherencia para distinguir, variabilidad en los síntomas y en la adherencia; destacando si la adherencia era óptima, si no omitía más de 3 medicaciones al mes y subóptimas si omitía más de 3 medicaciones. Se utilizó un módulo de recuerdo consistente en, un recordatorio SMS de toma de medicación los lunes a las 9 am, un recordatorio con 3 días de anticipación para las citas médicas junto a una llamada de 90 seg en hora de almuerzo el día anterior a dicha cita, esto por 24 semanas. Cada paciente tuvo 3 citas de consejería de 15 minutos de duración, en esas 24 semanas.
		Se llevó a cabo la toma de TAR de forma individual con sus respectivas citas clínicas habituales.	Grupo control 121 pacientes de los cuales finalizaron 108 a los 6 meses 108 (89.3%) hombres - 14 (10.7%) mujeres Edad media 34.7 años DE 9.5	
Belzer M. E. et al. 2014. (42)	Total: 37 pacientes (15-24 años) diagnosticados con VIH Finalmente culminaron el estudio 30 pacientes. Hombres 62% - Mujeres 38% Afroamericanos 70% Debían tener una historia de baja adherencia a uno o más componentes de TAR* Los pacientes entienden y hablan inglés Se excluyeron aquellos con déficit cognitivo, usuarios de psicoactivos o enfermedad mental.	Durante 6 meses se realizan llamadas de lunes a viernes por parte de los "facilitadores de adherencia" AF con el fin de: recordar la toma de la medicación, permitiendo a los pacientes expresar sus necesidades inmediatas y dificultades en cuanto a la adherencia al tratamiento, estimular el compromiso de solución de problemas con el facilitador, y de dar asistencia en el acceso clínico. Las llamadas tenían una duración de máximo 5 minutos, si no contestaba se repetía ésta a los 30 minutos y se dejaba un mensaje. Si definitivamente el paciente no contestaba la llamada se consideraba como no adherente. Si no respondía al 20% de las llamadas en 2 meses consecutivos era retirado del estudio. A los participantes se les facilitaba un teléfono móvil con plan de datos o si deseaban conservar el que ya tenían, se les daba un subsidio de 45 dólares para costearlo. Se determinó el grado de adherencia mediante autorreportes asistidos vía computador y audio, además de medición de carga viral. Esto se realizó al momento de iniciar el estudio, y a las semanas 6, 12, 24, 36 y 48. La adherencia por autorreporte se midió de dos formas: Escala visual analógica de 6 ítems (0-100%) y el protocolo alpha de Cronbach (fiabilidad de una escala de medida).	Grupo de intervención 19 pacientes Media de carga viral 4.39 Log10 P 0.52 Edad media 19.8 DE 2.52 Hombres 11 (57.89%) - Mujeres 8 (42.11%) 7 pacientes fueron retirados por baja adherencia a llamadas telefónicas 1 paciente fue retirado por se encarcelado y 1 porque murió	Se dividió a población en 18 sujetos control y 19 que serían intervenidos. Se cuestionó por autorreporte de adherencia al final de la semana, al mes y a los 3 meses, hasta semana 48. Además de medición de carga viral en semana 24 y semana 48.
			Grupo control 18 pacientes Media de carga viral 4.71 Log10 P 0.52 Edad media 21.06 DE 2.53 Hombres 12 (66.6%) - Mujeres 6 (33.3%) 1 paciente fue retirado por otra causa no especificada	

Gwadz M et al. 2015 (43)	Total: 95 pacientes > o = 18 años con promedio de edad de 48.02 años, 61,05% hombres y 38.95 mujeres Afroamericanos e Hispánicos con VIH, no comprometidos con el cuidado de la infección (uso de TAR = o < a 60 días en los últimos 3 meses y sin toma de TAR en los últimos 30 días) O que no toman TAR, con infección > 6 meses con último conteo < o = a 500 células/mm³. Capaces de realizar actividades en inglés. Años con diagnóstico de VIH 14.65 con DE 8.73 No cuentan con condiciones que pudieran interferir con el consentimiento informado o haga insegura la participación en el estudio En la visita inicial a modo de criterio de elegibilidad se realizó una entrevista y ejercicios interactivos para orientar e incluir a los participantes en el estudio; los participantes fueron compensados con 20 dólares inicialmente, además se les tomó carga viral, conteo de CD4 y mediante el MRF (formulario de reporte médico) se obtuvo información respecto a asistencias a citas médicas en el último año.	Hearth to Heart (HTH) Durante 8 meses se implementaron los 4 componentes de esta intervención: - Entrevistas motivacionales 1 a 1: 3 sesiones de 60-90 min cada una, en las que se mostraban videos con enfoque cultural (6) discutiendo barreras para el cuidado y terapia. Incluyendo ejercicios que fortalecían y motivaban frente a la TAR - Compañero de apoyo: Un compañero de apoyo se incluía en la sesión n° 3 de las entrevistas con el cual se revisaban las decisiones y se planeaba el apoyo motivacional en el inicio de TAR. - Navegación: Asesoría sobre manejo de barreras frente al cuidado y tratamiento, haciendo énfasis en fortalezas y facilitadores de atención. Sumado a la creación de planes de cambio con proveedores primarios de salud, quienes a su vez permiten la referencia a servicios auxiliares para el manejo de abuso de sustancias y la salud mental. - Grupos de apoyo especializados: Un máximo de 5 grupos con 6-9 participantes cada uno, liderados por un intervencionista y un par adecuadamente entrenado para vivir con VIH. Quienes se enfocan en las barreras específicas de cada paciente frente al tratamiento y brindan apoyo para vivir en sociedad. Posterior al estudio se siguió al grupo intervenido en dos tiempos distintos, con los mismos parámetros de la línea de base: T2: 3 meses post intervención haciendo énfasis en los últimos 3 meses T3: 9 meses post intervención haciendo énfasis en los últimos 6 meses, además se realizó un nuevo MRF, conteo de CD4, carga viral y concentración de antiretroviral en cabello (sólo aquellos que hayan iniciado la toma de TAR y lo estuvieran tomando por al menos 6 semanas) La estrategia HTH se evaluó en los siguientes ítems: 1.1 Aceptabilidad: satisfacción del participante según aspectos de la intervención medidos por la escala tipo LIKERT 1.2 Factibilidad: evaluada mediante la participación en las actividades de intervención; las muestras de cabello obtenidas, el registro completo del MRF y las evaluaciones de los seguimientos. Puntos de corte biológico: 1. Análisis de cabello: concentraciones de tenofovir (0.008-0.053 ng/mg) 2. Carga viral: en promedio la carga viral más reciente de T3 que se usó en el análisis fue de 239 días o 7.9 meses después de la línea basal, o 117 (4 meses aproximadamente) después de la intervención. Puntos de corte conductual 1. Iniciación de ART (autoreporte Si/No): evaluado en T2, T3 y en seguimientos como continuación del ART. 2. Adherencia a ART: se utilizó el índice CASE para evaluar adherencia mediante autorreporte tomado en T2 y T3 con énfasis en el mes pasado a cada punto de corte. Se consideró que puntajes iguales o mayores a 11 indicaba buena adherencia (con un puntaje total de 16)	Grupo intervención 47 pacientes, finalizaron 44 Edad media 47.7 años DE 8.83 Hombres 53.19% - Mujeres 46.81% Tomó TAR previa 48.94% Media Fracaso en adherencia previa 2.65 DE 2.16 Media CD4 1 año previo a estudio 308.28 DE 168.62 Media carga viral 1 año previa a estudio 3.26 log 10 DE 1.4	La focalización cultural de la intervención a las PVVS afroamericanas / negras y latinas se logró a través de breves segmentos de videos narrativos de infectados con VIH, seguidos de ejercicios interactivos específicos para fomentar la articulación y discusión de barreras culturales al VIH y ART. Con respecto a la secuencia de actividades, las sesiones MI se llevaron a cabo antes de la orientación, y los grupos de apoyo se llevaron a cabo simultáneamente con la fase de orientación. La intervención fue guiada por un manual, disponible del primer autor, al igual que el protocolo completo
		Los pacientes recibieron de forma habitual su tratamiento (servicio de salud, consejería de pares, actividades extras como yoga, acupuntura, etc. Además tenían la oportunidad de recibir apoyo intensivo de adherencia al ART) Posterior al estudio se siguió al grupo intervenido en dos tiempos distintos, con los mismos parámetros de la línea de base: T2: 3 meses post intervención haciendo énfasis en los últimos 3 meses T3: 9 meses post intervención haciendo énfasis en los últimos 6 meses, además se realizó un nuevo MRF, conteo de CD4, carga viral y concentración de antiretroviral en cabello (sólo aquellos que hayan iniciado la toma de TAR y lo estuvieran tomando por al menos 6 semanas)	Grupo control 48 pacientes, finalizaron 39 Edad media 48,66 años DE 8.97 Hombres 68.75% - Mujeres 38.25% Tomó TAR previa 64.58% Media Fracaso en adherencia previa 6.48 DE 8.83 Media CD4 1 año previo a estudio 318.61 DE 143.92 Media carga viral 1 año previa a estudio 3.44 log 10 DE 1.45	

La Universidad El Bosque no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia.