



EDAD AVANZADA E INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Puntos Claves

- Se consideran 50 años o más, la edad de corte aceptada para definir edad avanzada en la población con infección por el VIH.
- Por encima de 65 años de edad se considerará el término "paciente mayor".

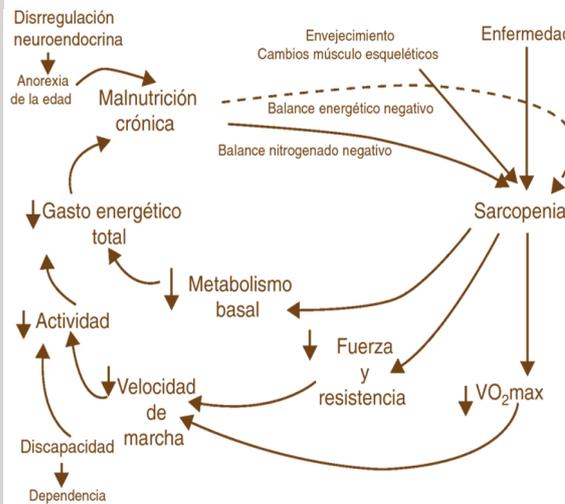
Epidemiología

- ONUSIDA, estima que en el mundo 3,6 millones de personas de ≥ 50 años de edad están infectadas por el VIH, constituyendo un grupo de población que ha aumentado en todas las regiones.
- En los países de ingresos altos, se estima que el 30% de todos los adultos con el VIH tiene ≥ 50 años.
- Es probable que en el año 2020 más del 50 % de las personas infectadas por el VIH sean mayores de 50 años.
- En Europa las cohortes también van envejeciendo.
- En España, el porcentaje de casos de SIDA notificados al Registro Nacional de SIDA cuya edad al diagnóstico era de 50 años o más aumentó desde el 3,2% en 1986 hasta el 28,1% en 2013
- Entre el 2008-2013, el porcentaje de personas fallecidas por VIH/SIDA con 50 años o más ascendió del 12,8% al 44%.

Fragilidad

Se conoce como fragilidad el riesgo variable de tener un "peor estado de salud" a la misma edad. Siendo el principal factor de riesgo de discapacidad en personas mayores.

Se trata de un ciclo clínico "vicioso" de desregulación de energía del que se desprende un fenotipo de fragilidad. Se identifican cinco dimensiones: debilidad, baja resistencia al esfuerzo, lentitud, baja actividad física y pérdida de peso, y las hace operativas en cinco criterios. Los sujetos frágiles son aquellos que cumplen uno o dos criterios y los sujetos no frágiles o robustos los que no cumplen ninguno.



Tratamiento Antirretroviral (TAR)

Se deben contemplar las diferentes comorbilidades asociadas a la edad antes de decidir con qué TAR empezar. La mayor edad se relaciona con una prevalencia más alta de ERC, fracturas por fragilidad, eventos vasculares o riesgo vascular elevado, dislipemia, depresión y alteración del metabolismo de la vitamina D, por lo que el uso de determinados fármacos debe ser objeto de una vigilancia estrecha.

Detección y Cribaje Retraso Diagnóstico

Se recomienda la realización de una serología frente al VIH a todo adulto de hasta 65 años de edad con actividad sexual, al que se vaya a realizar una extracción sanguínea por cualquier motivo y que resida en provincias con elevada prevalencia de infección por el VIH (tasa de prevalencia de infección por el VIH no diagnosticada $\geq 0,1\%$). A su vez, está indicada la realización de una serología frente al VIH a todos los pacientes procedentes de países con elevada prevalencia de infección por el VIH con independencia de la edad, así como a todos los pacientes con exposiciones de riesgo con repeticiones anuales mientras se mantengan las conductas de riesgo con independencia de la edad y a todo adulto con síntomas compatibles con infección por el VIH con independencia de la edad.

Inmunidad y Envejecimiento

Se recomienda la monitorización del cociente CD4/CD8. Los pacientes con cociente CD4/CD8 ($< 0,3-0,5$) presentan mayor riesgo de complicaciones no-SIDA, SIDA y muerte, independientemente de la cifra de linfocitos CD4, por lo que podrían beneficiarse de programas de seguimiento estrecho, despistaje precoz de complicaciones no-SIDA, así como de un control más agresivo de los factores de riesgo más prevalentes, como tabaquismo, hipertensión y diabetes.



Polifarmacia e interacciones, Toxicidad por TAR

Las interacciones farmacológicas son un factor a tener en cuenta en la elección de las opciones terapéuticas más adecuadas, tanto desde el punto de vista de tratamiento antirretroviral como de las comorbilidades metabólicas.

En pacientes con el VIH mayores se recomienda la revisión de toda la medicación prescrita, al menos, cada 6 meses en individuos que tengan ≥ 4 medicamentos, y al menos una vez al año para el resto. Se deben tener en cuenta las contraindicaciones y realizar los ajustes de dosis correspondientes cuando sea necesario.

Se debe registrar en la historia clínica todos los medicamentos (antirretrovirales y no antirretrovirales), productos naturales y medicinas alternativas que toma el paciente para evaluar posibles interacciones entre ellos. Esta evaluación debería realizarse por lo menos una vez al año.

Diagnóstico y tratamiento de las comorbilidades (Cardiovascular, renales, óseas, neurocognitivas)

Los pacientes mayores con el VIH deberían tener controles al menos anuales de las cifras de creatinina sérica, del filtrado glomerular y de la proteinuria. En pacientes con un cambio agudo en la función renal se deben evaluar todas las causas de enfermedad renal.

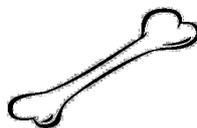
Es fundamental ajustar la dosis de fármacos a la función renal (incluidos los antirretrovirales) y se tendrán en cuenta las interacciones farmacológicas.



Es fundamental identificar los factores de riesgo de osteopenia/osteoporosis modificables. La densitometría ósea es fundamental para el diagnóstico y la monitorización.

Está recomendada en las mujeres postmenopáusicas y en hombres mayores de 50 años.

El tratamiento depende de la etiología de la osteoporosis-osteopenia. Se ha demostrado eficacia de los bifosfonatos, aunque el seguimiento el corto. Puede ser necesario el cambio de tratamiento antirretroviral en pacientes con osteoporosis.



La población con el VIH de edad avanzada es especialmente vulnerable al deterioro cognitivo y funcional. Las alteraciones funcionales asociadas más importantes son dificultades en la toma de la medicación y dificultad para realizar las actividades de la vida diaria.

Otros factores de riesgo que hay que tener en cuenta son las enfermedades cerebrales previas, un bajo nadir del recuento de células CD4, carga viral plasmática detectable y un recuento actual bajo de células CD4. Por este motivo es especialmente importante detectar precozmente estas alteraciones, para poder mejorar el funcionamiento diario y evitar una posible situación de invalidez.

Los trastornos de ansiedad y depresión son muy prevalentes en el paciente VIH con edad avanzada. Por ello, es fundamental su identificación y tratamiento de forma precoz. Es importante identificar el consumo de alcohol y recomendar su reducción.



Salud Sexual. Menopausia y Calidad de Vida

Se recomienda valorar la etiología psicogénica u orgánica de la disfunción sexual en hombres y mujeres de edad avanzada con el VIH, y derivar a los servicios sanitarios o sociales más adecuados. Si el TAR es el principal factor asociado a la disfunción sexual, se recomienda valorar el cambio a otros fármacos con menos impacto en la respuesta sexual.

Se aconseja la evaluación diagnóstica de las alteraciones menstruales en la mujer con infección por el VIH para confirmar o descartar la presencia de una menopausia precoz. En la mujer mayores con el VIH puede aumentar la prevalencia de osteopenia y osteoporosis.



El envejecimiento supone un importante reto emocional para las personas con infección por el VIH debido a que acentúa aspectos como el aislamiento social, el estigma y los síntomas depresivos. Rasgos psicológicos como la resiliencia, el optimismo y el sentido de control se relacionan con un envejecimiento saludable.

Las intervenciones basadas en la promoción de estrategias de afrontamiento y en el uso de programas de atención/conciencia plena mejoran la calidad de vida y el estado emocional de las personas que envejecen.

Inmunización (Vacunas)

Se recomienda la vacunación en todos los pacientes con el VIH de edad avanzada (Influenza, Hepatitis B y A, dt/dTpa, Varicela, Zoster, Meningococo, Haemophilus influenzae tipo b y neumococo), lo antes posible, independientemente de la cifra de linfocitos CD4, aunque la posibilidad de respuesta es mayor en pacientes con unos linfocitos CD4 más elevados y un TAR eficaz.

Adherencia

Es prioritario identificar y establecer estrategias para reducir la complejidad farmacoterapéutica en pacientes con el VIH de mayor edad, evitando en la medida de lo posible la polifarmacia. Este aspecto redundará en una mejora en la adherencia terapéutica, la prevención de efectos adversos, errores de medicación e interacciones. Se recomienda realizar la revisión de la farmacoterapia prescrita de forma sistematizada y mediante una metodología secuencial y estructurada.

Para obtener más información:

⇒ <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/recomendaciones.htm>

⇒ <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/home.htm>



Sociedad Española de Geriatría y Gerontología



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD