



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"**



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LA INFECCIÓN
POR VIH EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS. CIUDAD
HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". 2005 - 2015**

AUTOR: NATHALY RAMÍREZ M.

Valencia, octubre 2015.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”**



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LA INFECCIÓN
POR VIH EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS. CIUDAD
HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. 2005 - 2015**

AUTOR: NATHALY RAMÍREZ M.

TUTOR: ISABEL DÍAZ

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

Valencia, octubre 2015



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

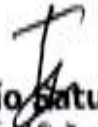
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LA INFECCIÓN POR VIH EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". 2005 - 2015

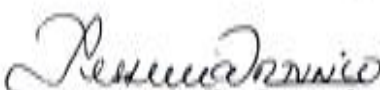
Presentado para optar al grado de **Especialista en Medicina Interna** por el (la) aspirante:

RAMÍREZ M., NATHALY M
C.I. V – 16802206

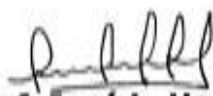
Habiendo examinado el Trabajo presentado, decidimos que el mismo está **APROBADO.**

En Valencia, a los cuatro días del mes de diciembre del año dos mil quince.


Prof. Darío Saturno (Pdte)
C.I. 4763220
Fecha 04-12-15


Prof. Yessenia Ortuno
C.I. 15300686
Fecha 04/12/2015




Prof. José L. Herrera
C.I. 9.445.736
Fecha 04/12/2015

TG: 104-15

DEDICATORIA

A Dios, por siempre estar a mi lado e iluminar mi camino.

A mis padres y hermanos, porquea ellos les debo lo que soy, por enseñarme las cosas que realmente son importantes.

A mi esposo, por haber creído siempre en mí y por su invalorable apoyo.

A mis profesores, porque gracias a sus exigencias, apoyo y consejos pude realizarme como profesional.

A mis amigos y compañeros, por el apoyo prestado a lo largo de mi etapa académica, sin el cual el camino hubiese sido más difícil.

A todo el personal de la Unidad de Infectología, por suacogida, su dirección y apoyo.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LA INFECCIÓN
POR VIH EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS. CIUDAD
HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. 2005 -2015**

Autor: Nathaly Ramírez M.

Año: 2.015

RESUMEN

Introducción: La epidemiología de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha cambiado en los últimos años. Se observa un aumento de casos en personas mayores de 50 años; es un grupo poblacional heterogéneo con peculiaridades clínicas y epidemiológicas. **Objetivo:** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH en pacientes mayores de 50 años de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en 78 pacientes mayores de 50 años en control médico en la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el período 2005 -2015. **Resultados:** La edad promedio de los pacientes fue 56, 8 años; 69,2% de sexo masculino y 30,8% femenino; 64,1% con grado de instrucción básico y 80,8% mencionó contar con apoyo familiar. Las comorbilidades más frecuentes fueron tabaquismo 38,5%, hipertensión arterial sistémica (HAS) 28,2% y dislipidemia 26,9% y los tratamientos no relacionados con el VIH antihipertensivos 28,2% e hipolipemiantes 10,3%. La mayoría de los pacientes se encontraban en estadios clínicos avanzados de la enfermedad, con un valor promedio de linfocitos TCD4 de 200,1 cel/uL. Las infecciones oportunistas más relevantes fueron síndrome diarreico crónico 38,5% y Candidiasis oroesofágica 25,6%. El principal factor de riesgo fue las relaciones sexuales heterosexuales (84,6%) seguido de la promiscuidad 43,6%. **Conclusión:** La mayoría de los pacientes fueron del sexo masculino, heterosexuales, con baja escolaridad, grave inmunodeficiencia al diagnóstico y frecuente comorbilidad asociada.

Palabras claves: VIH, mayores de 50 años.

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS of HIV
INFECTION IN PATIENTS OVER 50 YEARS. CITY HOSPITAL "DR. ENRIQUE
TEJERA". 2005 -2015**

Author: Nathaly Ramírez
Year: 2015

ABSTRACT

Introduction: The epidemiology of the infection by Human Immunodeficiency Virus (HIV) has changed in recent years. An increase of cases in people over 50 years is observed; it is a heterogeneous population group with clinical and epidemiological characteristics peculiar. **Objective:** To determine the clinical and epidemiological characteristics of HIV infection in patients over 50 years in control of Infectious Diseases Unit of the City Hospital "Dr. Enrique Tejera". **Methods:** An observational, descriptive, retrospective study was performed in 78 patients over 50 years medical supervision in the Infectious Diseases Unit of the City Hospital "Dr. Enrique Tejera". in the period from 2005-2015. **Results:** The mean age of patients was 56, 8 years; 69.2% male and 30.8% female; 64.1% grade of basic education and 80.8% mentioned having family support. The most frequent comorbidities were smoking 38.5%, systemic hypertension (SH) 28.2% and 26.9% dyslipidemia and treatments unrelated to the HIV antihypertensive 28.2% and lipid-lowering 10.3%. Most patients were in advanced clinical stages of the disease, with an average value of lymphocyte CD4 200.1 cells/uL. The most important opportunistic infections were chronic diarrhea syndrome 38.5% and oroesophageal candidiasis 25.6%. The main risk factor was heterosexual sex (84.6%) followed by promiscuity 43.6%. **Conclusion:** Most patients were male, straight, with little schooling, severe immunodeficiency diagnosis and frequent comorbidity.

Keywords: HIV, over 50 years.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
METODOLOGÍA	6
RESULTADOS	7
DISCUSIÓN	9
CONCLUSIONES	12
RECOMENDACIONES	13
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	14
ANEXOS	16

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Principales características sociodemográficas	17
Tabla 2. Distribución según estadio clínico	18
Tabla 3. Principales infecciones oportunistas	19
Tabla 4. Conductas de riesgo	20

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la epidemia hasta la actualidad, la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) se diseminó globalmente, alcanzando individuos sin distinción de edad y sexo. Aunque inicialmente haya sido considerada una enfermedad circunscrita a determinados grupos, la amplia difusión y diversidad en el patrón de distribución viene determinando cambios en el escenario epidemiológico, en el que destaca, el aumento en la edad de los pacientes en el momento del diagnóstico. En el período 1983-1988, la edad media de los pacientes diagnosticados de infección por el VIH fue de 23,3 años y en el período 1999-2003 pasó a ser de 37,2 años, tendencia que se ha mantenido en el tiempo.¹⁻² El aumento considerable de la vía sexual como comportamiento de riesgo es la causa más importante del aumento de la edad media de los pacientes infectados por el VIH.³ A este incremento de la edad media en el momento del diagnóstico hay que añadir la mayor accesibilidad y éxito del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), lo que condiciona una mejoría en la expectativa de vida y un envejecimiento progresivo de estos pacientes.²

Según la Organización de las Naciones Unidas para Prevención y Control del SIDA (ONUSIDA), se estima que, entre los 40 millones de personas que viven con VIH/SIDA en el mundo, aproximadamente 4,2 millones tienen edad igual o superior a 50 años. La mayoría viven en países de bajos y medianos ingresos, donde el porcentaje de adultos con VIH mayores de 50 años representa el 12 %, en comparación con los países de altos ingresos en donde aproximadamente un tercio de la población adulta que vive con el VIH son mayores de 50 años.⁴⁻⁶ En los Estados Unidos más de una cuarta parte de las personas con VIH tienen 50 años o más. En el

2013, el 18% de los nuevos diagnósticos ocurrieron en este grupo etario y representaron el 27% de los diagnósticos de SIDA.⁷ Por otro lado, en Brasil, la tasa incidencia de casos de SIDA en el grupo de 50 años y más, aumentó en el 60% en el período de 1998 a 2012.¹

La edad adoptada como punto de corte para definir los “pacientes mayores” o “ancianos” en los estudios referidos a la infección por el VIH o SIDA es la edad de 50 años. Este punto de corte se basa en la campana de distribución demográfica de casos de infección por el VIH en Estados Unidos comunicados a los Centers for Disease Control (CDC).^{3, 7, 8}

La población anciana con VIH emergente se constituye en 2 grandes grupos: aquellos que se infectan a edad avanzada y aquellos que se infectan a edades más tempranas y su esperanza de vida tras el TARGA se ha alargado notablemente.^{8- 9} Se trata de un grupo poblacional heterogéneo en cuanto a sus características sociodemográficas, prácticas de riesgo, repercusión psicológica y social de su enfermedad, actitud frente al tratamiento, etc.¹⁰

Las manifestaciones clínicas de la infección por VIH en ancianos, son similares a las de los pacientes más jóvenes. Sin embargo, la ambigüedad de los síntomas iniciales, propios de cualquier enfermedad en la población anciana, así como la menor sospecha por parte de los facultativos, retarda el diagnóstico y condiciona un peor pronóstico. Por otro lado, problemas subyacentes (comorbilidades asociadas) pueden afectar negativamente la evolución de la enfermedad, modificar su expresión clínica y hacer aún más tardío su diagnóstico.^{8, 11, 12}

Las personas mayores no son consideradas como un grupo de riesgo para la infección por el VIH por lo que no se les suele solicitar el estudio serológico. A nivel médico, muchas veces no se hacen preguntas dirigidas para conocer las prácticas de riesgo para contraer la infección por el VIH en personas mayores y ante unas determinadas manifestaciones clínicas no se valora de entrada la posibilidad de que puedan estar infectados por el VIH.¹¹ Por otro

lado la mayoría de los sistemas de vigilancia del VIH no incluyen personas mayores de 50 años; la recopilación de datos se centra en mujeres embarazadas en consultas de control prenatal, encuestas en la población general (15-49 años) y encuestas en poblaciones de alto riesgo, excluyendo a menudo a las personas mayores de 50 años.¹³

Los cambios biológicos que ocurren durante el envejecimiento, no siempre incluyen una disminución del deseo sexual. Los investigadores han encontrado que el 60% de los hombres y el 38% de las mujeres sobre los 60 años, dicen ser sexualmente activos. Sin embargo, en sus relaciones sexuales este colectivo elude el uso de preservativo por considerarlo un método anticonceptivo más que de protección. Además, los pacientes con problemas de erección evitan su uso y con la implementación de fármacos efectivos para el tratamiento de la disfunción eréctil ha aumentado los niveles de actividad sexual, factor que puede incrementar su promiscuidad.^{12, 14, 15}

El envejecimiento es un proceso evolutivo normal y complejo. Diferentes estudios sugieren que la edad y el sistema inmune llevan un curso paralelo (inmunosenescencia). Este envejecimiento se traduce en una alteración de los principales mecanismos de actuación del sistema inmune.^{2, 6} Antes de la introducción del TARGA, los pacientes ancianos infectados por el VIH presentaban una evolución más frecuente y grave de la enfermedad, con una inmunodepresión más profunda, una evolución a SIDA más rápida y una supervivencia proporcionalmente menor en comparación con los pacientes más jóvenes. Consecuentemente, la edad avanzada se consideraba un factor predictivo de progresión de la enfermedad y de riesgo de muerte en la era pre-TARGA.^{3, 8}

La generalización del TARGA consiguió resultados espectaculares sobre la progresión de la enfermedad y la supervivencia de los pacientes infectados en la población general. Sin embargo, todavía hay controversia acerca de si la respuesta al tratamiento de los pacientes mayores es equiparable a la de los jóvenes. Para algunos autores los adultos mayores siguen siendo

propensos a progresión más rápida de la enfermedad y reconstitución reducida de las células T a pesar de un control virológico exitoso con TARGA.^{3, 8}

Otro factor a tomar en cuenta, es que en los ≥ 50 años la media es de 2 a 2,5 comorbilidades por persona, lo que supone 4 veces más que en los <50 años. Entre las principales comorbilidades observadas en los pacientes mayores destacan: la dislipidemia, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus (DM) y otras, lo que conlleva la necesidad del uso de otras terapias específicas no relacionadas con la infección por el VIH.¹⁶

En los últimos años se ha evidenciado que los pacientes con VIH sufren un mayor número de eventos cardiovasculares y complicaciones metabólicas. Este aumento se debe a múltiples factores entre los que estarían el TARV, factores genéticos, el estilo de vida e incluso el propio VIH. La hiperglicemia en relación con el TARGA es más frecuente en los pacientes ancianos y la edad avanzada es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de la hipertensión arterial entre los pacientes con infección por el VIH.^{2, 17}

El VIH favorece el desarrollo de neoplasias al provocar inmunosupresión. Además, suele coexistir con otras infecciones víricas (ej. Hepatitis C, hepatitis B, virus del Epstein Barr) que se asocian con el desarrollo de determinadas neoplasias. Desde el inicio de la infección, los pacientes tenían un mayor riesgo para el desarrollo de neoplasias como el sarcoma de Kaposi o los linfomas no Hodgkin. El TARGA parece prevenir el desarrollo de estos tumores. En el momento actual, las neoplasias no definitorias de SIDA son las más frecuentes. Entre ellas, estarían algunos tumores como el linfoma de Hodgkin u otros cánceres que también aumentan con la edad (pulmón, mama, cabeza y cuello, colon, próstata, etc.)^{2, 16}

Independientemente de la edad y de la mayor susceptibilidad a las infecciones oportunistas derivadas de la inmunodepresión asociada al VIH, el colectivo de pacientes infectados presenta una mayor prevalencia de

enfermedades broncopulmonares. Así, es un hecho aceptado que la infección por el VIH es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de EPOC. La incidencia de la bronquitis aguda también es mayor en estos pacientes, suele ser recurrente y en ocasiones acaba produciendo bronquiectasias. También parece existir una sinergia entre la infección por el VIH, el tabaquismo y el desarrollo de enfisema.²

Indudablemente la infección por el VIH es cada vez más frecuente en pacientes ancianos. Este grupo poblacional está adquiriendo protagonismo en el escenario de la infección por el VIH en el siglo XXI ya que además de ser cada vez más numeroso presenta algunas características que lo diferencian del resto de la población general con infección por el VIH, y consecuentemente puede tener necesidades específicas³, por lo que en vista de la necesidad de conocer el perfil de estos pacientes a nivel regional esta investigación se estableció como objetivos:

Objetivo general:

1. Determinar las características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH en pacientes mayores de 50 años en control en la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”

Objetivos específicos:

1. Describir las principales características sociodemográficas de los pacientes infectados por VIH mayores de 50 años.
2. Identificar las principales comorbilidades presentes en estos pacientes.
3. Señalar los tratamientos recibidos no relacionados con el VIH.
4. Determinar el estadio clínico de los pacientes infectados por VIH mayores de 50 años.
5. Identificar las principales infecciones oportunistas presentes en estos pacientes al momento del diagnóstico.
6. Conocer las conductas de riesgo presentes en estos pacientes.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en pacientes mayores de 50 años en control médico en la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el período 2005 y 2015.

La muestra estuvo constituida por 78 pacientes infectadas por VIH que acudieron a la consulta de Infectología, seleccionados según los siguientes criterios de inclusión: pacientes VIH positivo, mayores de 50 años para el momento del diagnóstico, en control médico por la Unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.

La recolección de los datos se llevó a cabo mediante un instrumento tipo tabulado aplicado a las historias clínicas de los pacientes, en el cual se describieron las principales características clínicas (categoría inmunológica, categoría clínica, infecciones oportunistas, tratamientos no relacionados al VIH) y epidemiológicas de los pacientes (edad, sexo, grado de instrucción, situación familiar); además de describir las conductas de riesgo de estos pacientes (tendencia sexual, uso de drogas ilícitas, uso de preservativo, promiscuidad).

Los datos se ordenaron y tabularon mediante la hoja de tabla de datos Microsoft office Excel 2013 en Windows 8 y se procesaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 19.0, los resultados se presentaron en tablas de distribución de frecuencia absoluta y relativa, se calculó media y desviación estándar para las variables continuas.

RESULTADOS

El estudio estuvo conformado por una muestra de 78 pacientes, cuyas edades estaban comprendidas entre 50 y 79 años, con una media de 56, 8 años y una desviación estándar de 6,11, de los cuales 54 (69,2%) pertenecen al sexo masculino y 24 (30,8%) al sexo femenino. (Tabla 1)

Con respecto a sus características sociodemográficas se evidenció que, 64,1% (50) contaba con un grado de instrucción básico, seguido de un 21,8% (17) que expresó ser bachiller. Por otro lado, la mayoría de los pacientes, 63 (80,8%) mencionó contar con el apoyo de su familia, 19 (24, 4%) con su pareja y 10 (12,8%) refirió estar solos. (Tabla 1)

Entre las comorbilidades asociadas tenemos que las más frecuentemente encontradas fueron: tabaquismo en un 38,5% (30), hipertensión arterial sistémica 28,2% (22), dislipidemia 26,9% (21) y coinfección con el virus de la hepatitis B 16,7% (13). (Tabla 1)

En cuanto a otros tratamientos recibidos por los pacientes no relacionados con el VIH se evidenció que un 28,2% (22) tomaba antihipertensivos, 10,3% (8) hipolipemiantes y 2,6% (2) hipoglicemiantes orales. (Tabla 1)

El valor promedio de linfocitos TCD4 al momento del diagnóstico fue 200,1 cel/uL $\pm$ 182,5. (Tabla 1) La mayoría de los pacientes se encontraban en estadios clínicos avanzados de la enfermedad, siendo, C3: 29,4% (23), B3: 25,6% (20), B2 2,5% (2). (Tabla 2) Entre las infecciones oportunistas más relevantes figuran síndrome diarreico crónico 38,5% (30), Candidiasis oroesofágica 25,6% (20), pneumocistosis 9% (7) y TBC 7,7% (6). (Tabla 3)

En cuanto a su tendencia sexual el 84,6% expresó ser heterosexual, 9% homosexual y 6,4% bisexual. En relación a los demás factores de riesgo presentes en estos pacientes el 43,6% (34) expresó ser promiscuo, 11,5% (9) manifestó el uso de drogas ilícitas y solo el 10,3 % (8) refirió el uso de preservativo. (Tabla 4)

DISCUSIÓN

Aunque clásicamente se ha considerado la infección por el VIH una enfermedad propia de los jóvenes, en los últimos años se ha observado un cambio respecto al inicio de la epidemia, con un aumento de personas mayores de 50 años a las que se les diagnostica la infección por el VIH.¹⁻⁵

En este estudio se encontró que la edad promedio de los pacientes al momento del diagnóstico de VIH fue 56,8 años, predominando el sexo masculino con un 69,2%, estos datos epidemiológicos no difieren de los reportados en la literatura.^{8, 15, 18-20}

Al comparar esta investigación con una realizada en Perú, se observa la similitud de que la mayoría de los pacientes tenían un grado de instrucción bajo, dado por educación básica en un 64,1% en este estudio y educación primaria en 56,7 % en el caso de los peruanos.²⁰

En lo que respecta a las comorbilidades asociadas, la coincidencia de varias enfermedades crónicas en una misma persona es un hecho frecuente en los ancianos, 4 de cada 5 personas mayores de 65 años tienen al menos una enfermedad crónica.³ En los últimos años diferentes estudios han alertado acerca del alto riesgo de episodios cardiovasculares y complicaciones metabólicas al que están expuestos los pacientes con infección por VIH en tratamiento antirretroviral ya que se asocia a dislipidemia aterogénica.^{3,17} En un estudio realizado en México, 11.5% de los pacientes tenían hipertensión arterial, 3.8% diabetes mellitus, osteoporosis, enfermedad por reflujo gastroesofágico y hepatitis B.⁸ Mientras que en un trabajo realizado en España el 53,6% sufría de hipertensión arterial, 50%

presentaba tabaquismo, 46,4% hiperlipidemia, 28,5% alcoholismo y 14,3% diabetes mellitus.¹⁹

En esta investigación las comorbilidades más frecuentes fueron tabaquismo 38,5%, hipertensión arterial sistémica 28,2%, dislipidemia 26,9% y coinfección con el virus de la hepatitis B 16,7%. Generalmente, estas comorbilidades determinan que el paciente tenga que recibir otros tratamientos no relacionados con el VIH aumentando así, la carga diaria de medicamentos recibidos, siendo los más frecuentes los antihipertensivos, hipolipemiantes e hipoglicemiantes orales.

Asimismo se destaca que al momento de ser diagnosticados estos pacientes, la mayoría ya cumplen criterios para ser incluidos dentro del estadio C, esto debido a que los síntomas iniciales de infección por el VIH no son considerados como peligrosos por los pacientes ni los familiares e incluso cuando son evaluados por los médicos estos aun no consideran este diagnóstico por lo tanto no indagan sobre los factores de riesgo a los que estuvieron expuestos para infectarse por este virus.²⁰ Al evaluar la infección por VIH en pacientes mayores de 50 años en la etapa TARGA en el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela en España, el 46,4 % de los pacientes se encontraba en estadio C3 al momento del diagnóstico a diferencia de lo evidenciado en esta investigación en donde el 29,4% se encontraba en este estadio, sin embargo sigue siendo el grupo de mayor proporción en este estudio.¹⁹

El valor promedio de linfocitos TCD4 en esta investigación fue 200,1 cel/uL lo cual coincide con lo observado en un estudio realizada por Vallejos en España en donde este valor fue de 211, 5 cel/uL, expresando nuevamente tratarse de una enfermedad avanzada.²

Diversos estudios confirman un patrón de enfermedades oportunistas similar entre las personas mayores comparado con el de las más jóvenes. Al comparar los datos reportados por Antón et al. en una serie clínica de pacientes infectados por el VIH mayores de 50 años de Barcelona se

observa que las principales enfermedades oportunistas fueron la tuberculosis pulmonar (21,2%), el sarcoma de Kaposi (21,2%), la neumonía por *Pneumocystis jiroveci* (14,1%) y el linfoma no hodgkiniano (8,2%), mientras que en este estudio las infecciones oportunistas más relevantes fueron síndrome diarreico crónico 38,5%, Candidiasis oroesofágica 25,6%, pneumocistosis 9% y tuberculosis pulmonar 7,7%.²¹

En esta investigación se evidencia similitud con algunos autores en que, el principal factor de riesgo para adquirir VIH son las relaciones heterosexuales, pero existen además condiciones en nuestro medio que pueden incrementar el riesgo de infección, como la ingesta crónica de alcohol, relaciones sexuales con prostitutas sin protección y múltiples parejas sexuales.^{15, 20}

CONCLUSIONES

1. La edad media de los pacientes fue 56, 8 años, la mayoría del sexo masculino, heterosexuales, con un grado de instrucción básico y apoyo familiar.
2. Entre las comorbilidades asociadas las más frecuentes fueron tabaquismo e hipertensión arterial sistémica, siendo los tratamientos no relacionados con el VIH más frecuentemente recibidos antihipertensivos e hipolipemiantes
3. La mayoría de los pacientes se encontraban en estadíos clínicos avanzados de la enfermedad, con infecciones oportunistas como síndrome diarreico crónico y candidiasis oroesofágica
4. La promiscuidad fue el factor de riesgo predominante presentes en estos pacientes seguido del uso de drogas ilícitas y solo una pequeña proporción manifestó uso del preservativo.

RECOMENDACIONES

1. Promover campañas nacionales para la educación de la población mayor de 50 años para minimizar las conductas que los ponen en riesgo de contraer el VIH y se les garantice consejería en la prevención y acceso a las pruebas diagnósticas de VIH.
2. Elaborar planes y programas nacionales dirigidos al personal de salud para la prevención y diagnóstico precoz del VIH en esta población.
3. Fomentar una colaboración estrecha entre los médicos Infectólogos y demás especialistas para así ofrecer una atención integral al paciente anciano con infección por el VIH.
4. La realización de un estudio donde se haga seguimiento a estos pacientes para evaluar su adherencia al tratamiento antirretroviral y su respuesta inmunológica y virológica en comparación con la población joven.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nogueira J, Silva A, Sá LR, Almeida S, Monroe A, Villa T. SIDA en adultos de 50 años y más: características, tendencia y difusión espacial del riesgo. Rev. Latino-Am. Enfermagem mayo-jun. 2014;22(3):355-63.
2. Vallejo García M. Definición de edad Avanzada en la infección por el VIH [Tesis Doctoral]. Alcalá de Heranes: Universidad de Alcalá; 2011.
3. Brañas F, Serra J. Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(3):149–154.
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). The GAP report. People aged 50 years and older. Geneva Switzerland: UNAIDS; 2014
5. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). HIV AND AGING. Geneva Switzerland: UNAIDS; 2013
6. Libman. Will You Still Treat Me When I'm 64? Care of the Older Adult with HIV Infection. HIV in the Older Adult. May/June 2015; (23):97-103.
7. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) [sede Web]*. Atlanta: CDC [actualizada el 16 de Setiembre del 2015; fecha de acceso 19 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.cdc.gov/hiv/spanish/risk/age/older_americans/
8. Reyna Cruz M. “Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en pacientes adultos mayores de 50 años. Características clínicas y epidemiológicas en una cohorte” [Tesis Doctoral]. Toluca de Lerdo: Universidad Autónoma del Estado de México; 2013.
9. Lazarus J, Nielsen K. HIV and people over 50 years old in Europe. HIV Medicine. 2010; (11): 479–481.
10. Sankara A, Nevedala A, Neufeldb S, Berryc R, Luborskya M. What do we know about older adults and HIV? a review of social and behavioral literature. AIDS Care. October 2011; 23(10): 1187–120
11. Carvajal A. VIH/SIDA en las personas mayores. Academia Nacional de Medicina. Boletín ANM-Venezuela. Diciembre 2012; 4 (48) Sección I.

12. AIDS Community Research Initiative of America (ACRIA). El VIH y los adultos mayores. Nueva York: ACRIA; 2008.
13. Mahy M, Autenrieth C, Stanecki K, Wund S. Increasing trends in HIV prevalence among people aged 50 years and older: evidence from estimates and survey data. *AIDS*. 2014; 28 (suppl 4): S453-S459.
14. Cardona D, Segura A, Garzón M. Riesgo invisible y silencioso: Virus de Inmunodeficiencia Humana en mayores de 50 años. Colombia, 1998-2009. *Rev. Investigaciones Andinas*. Marzo 2014; 16 (29) 1086-1098
15. Nogueras M, Navarro G, Antón E, Sala M, Cervantes M, Amengual M et al. Epidemiological and clinical features, response to HAART, and survival in HIV-infected patients diagnosed at the age of 50 or more. *BMC Infectious Diseases*. 2006;(6):159
16. Negina J, Martiniuka A, Cumming R, Naidood N, Phaswana-Mafuya N, Maduraig L et al. Prevalence of HIV and chronic comorbidities among older adults. *AIDS*. 2012 July 31; 26(0 1): S55–S63.
17. Waters L, Patterson, Scourfield, Hughes A, de Silva S, Gazzard B et al. A dedicated clinic for HIV-positive individuals over 50 years of age: a multidisciplinary experience. *International Journal of STD & AIDS*. 2012; 23: 546–552.
18. Lugo L, Miquilareno M, Figueredo A, Silva M, Rodríguez A. Respuesta a la terapia antirretroviral altamente activa en pacientes de 50 años de edad o más viviendo con infección VIH/SIDA. *Gac Méd Caracas* 2012; 120(4):292-301
19. Villamil I, Losada E, Prieto A, Lires C, Quintela P. Infección por VIH en pacientes mayores de 50 años en la etapa TARGA. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2006;24(6):382-4
20. Huamani Pucllas P. Infección por el VIH en pacientes mayores de 50 años Estudio de serie de casos del Hospital Nacional Hipolito Unanue: 1984- 2004. Lima Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004
21. Antón E, Sala M, Mallolas J, Navarro G, Cervantes M, Gatellby J et al. Estudio de una serie clínica de pacientes infectados por el VIH mayores de 50 años. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005;23(3):145

Anexo 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

de historia:

Características clínicas	Categoría inmunológica	Categoría 1	
		Categoría 2	
		Categoría 3	
	Categoría clínica	Categoría A	
		Categoría B	
		Categoría C	
	Infecciones Oportunistas	Candidiasis Oro-esofágica	
		Síndrome diarreico crónico	
		TBC	
		Histoplasmosis diseminada	
		Toxoplasmosis Cerebral	
		Criptococosis meníngea	
		Pneumocistosis	
	Comorbilidades	Tabaquismo	
		DM 2	
		Dislipidemia	
		HTA	
		HPB	
		VHB	
		VHC	
		Oncológicas No relacionadas al VIH	
	Tratamientos no relacionados con el VIH	Otras	
		Antihipertensivos	
		Insulina	
		HGO	
		Hipolipemiantes	
Características epidemiológicas	Edad		
	Sexo	Femenino	
		Masculino	
	Grado de instrucción	Analfabeta	
		Básico	
		Bachiller	
		Técnico	
	Situación familiar	Universitario	
		Solo	
		Pareja	
		Familia	
Conductas de riesgo	Tendencia sexual	Amigos	
		Heterosexual	
		Homosexual	
	Uso de drogas ilícitas	Bisexual	
		Sí	
	Uso de preservativo	No	
		Sí	
	Promiscuidad	No	
		Sí	

Tabla 1. Principales características sociodemográficas de pacientes infectados por VIH mayores de 50 años. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. 2005- 2015.

	FA (n 78)	FR
Edad (años)	56,8 ± 6,11	
Femenino	56,3 ± 5,3	p 0,6140
Masculino	57,1 ± 6,5	
Sexo (%)		
Femenino	24	30,8%
Masculino	54	69,2%
Grado de Instrucción		
Analfabeta	4	5,1%
Básico	50	64,1%
Bachiller	17	21,8%
TSU	1	1,3%
Universitario	6	7,7%
Situación Familiar (%)		
Solo	10	12,8%
Pareja	19	24,4%
Familia	63	80,8%
amigos	0	0%
Comorbilidades (%)		
Tabaquismo	30	38,5%
HAS	22	28,2%
Dislipidemia	21	26,9%
VHB	13	16,7%
Alcoholismo	11	14,1%
HPB	6	7,7%
DM	3	3,8%
VHC	1	1,3%
Oncológicas	1	1,3%
Tratamientos (%)		
Antihipertensivos	22	28,2%
Hipolipemiantes	8	10,3%
Otro	5	6,4%
Hipoglicemiantes	2	2,6%
Insulina	1	1,3%
Contaje CD4+	200,1 ± 182,5	
Femenino	222,2 ± 159,7	p 0,4790
Masculino	190,3 ± 192,4	

Fuente: Datos de la Investigación (Ramírez, 2015)

Tabla 2. Distribución según estadio clínico de pacientes infectados por VIH mayores de 50 años. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. 2005-2015.

Categoría Inmunológica	Categoría Clínica			
	Categoría A	Categoría B	Categoría C	Todos
Categoría 1	6,7% (1)	7,9% (3)	0% (0)	5,1% (4)
Categoría 2	93,3% (14)	39,5% (15)	8% (2)	39,7% (31)
Categoría 3	0% (0)	52,6% (20)	92% (23)	55,1% (43)
Todos	19,2 % (15)	48,7% (38)	32,1% (25)	100% (78)

Fuente: Datos de la Investigación (Ramírez, 2015)

Tabla 3. Principales infecciones oportunistas presentes en pacientes infectados por VIH mayores de 50 años al momento del diagnóstico. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. 2005- 2015.

Infecciones Oportunistas	FA	FR
Síndrome Diarreico Crónico	30	38,5%
Candidiasis Oroesofágica	20	25,6%
Pneumocistosis	7	9%
TBC	6	7,7%
Histoplasmosis	4	5,1%
Toxoplasmosis	3	3,8%
Criptococosis	1	1,3%

Fuente: Datos de la Investigación (Ramírez, 2015)

Tabla 4. Conductas de riesgo presentes en pacientes infectados por VIH mayores de 50 años. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. 2005-2015.

Conductas de Riesgo	FA	FR
Tendencia Sexual		
Heterosexual	66	84,6%
Homosexual	7	9%
Bisexual	5	6,4%
Promiscuidad	34	43,6%
Drogas Ilícitas	9	11,5%
Uso de Preservativo	8	10,3%

Fuente: Datos de la Investigación (Ramírez, 2015)

