



18 José Ramón Blanco
José Antonio Oteo

Área de Enfermedades Infecciosas.
Hospital San Pedro de La Rioja, CIBIR

Correspondencia:

Dr. José R. Blanco
Área de Enfermedades Infecciosas
Hospital San Pedro de La Rioja, CIBIR
C/ Piqueras 98
26006-Logroño. La Rioja
Tfno.: 941 29 80 00 (ext. 88993)
E-mail: jrblanco@riojasalud.es

RESUMEN

En los últimos años, la infección por el VIH ha sufrido importantes cambios en su epidemiología. Uno de ellos es el incremento en la edad de los nuevos pacientes. A esto hay que añadir su mayor supervivencia. Todo ello contribuirá en los próximos años a un aumento en el número de personas mayores infectadas por el VIH. Por este motivo, es preciso llevar a cabo programas de prevención y atención integral que se adapten a las nuevas necesidades de este tipo de pacientes.

PALABRAS CLAVE

VIH, edad, epidemiología.

VIH y edad: una relación
en evolución

118

*HIV and age: a relationship
in progress*

SUMMARY

In the last years, HIV epidemiology has suffered important changes. One of this is the increasing age of the patient at diagnosis. On the other hand, the new HIV therapies have improved its outcome. So, in the following years, the number of HIV elderly patients will be higher. In the following years will be necessary to perform specific programs (prevention, care,...) for attending to them.

KEY WORDS

Aged, epidemiology, HIV.

“La edad madura es aquella en la que todavía se es joven, pero con mucho más esfuerzo”.
Jean-Louis Barrault (1910-1994)

La infección por el VIH en el paciente geriátrico es un capítulo que aún está por escribir. Para empezar, aunque para la mayoría de los estudios epidemiológicos los pacientes con más de 50 años no se consideran personas mayores, en el caso de los pacientes infectados por el VIH, los CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) los consideran así por tratarse de un grupo de población especial (1).

Desde el inicio de la epidemia de infección por el VIH, hace poco más de 25 años, la infección ha sufrido importantes cambios. Si bien en los inicios el perfil del los pacientes infectados en nuestro medio era el de personas jóvenes que consumían drogas por vía parenteral, en la última década la principal vía de adquisición es la vía sexual. Otra de las realidades con las que ahora nos encontramos es el aumento en la edad de nuestros pacientes en el momento del diagnóstico (23,3 años en el período 1983-1988 frente a 37,2 años en el período 1999-2003) (2). En una de las cohortes nacionales, la cohorte

de adultos con infección por el VIH (CoRIS), el 10% de los nuevos pacientes diagnosticados de infección por el VIH lo hicieron con más de 50 años (3). A esto hay que añadir la mejora en las expectativas de vida de nuestros pacientes, desde mediados de los años 90, tras la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA).

En la actualidad, el retrato del paciente de más de 50 años infectado por el VIH es el de un varón que mantiene relaciones sexuales (heterosexuales y/o homosexuales) no protegidas y que, por lo general, se diagnostica en las fases más avanzadas de la infección. Esta demora diagnóstica se debe a varios motivos. Por un lado, algunos de sus síntomas pueden pasar desapercibidos o estar enmascarados por la propia edad (4). Por otro, existe la falsa percepción de que las personas mayores no se consideran un grupo de riesgo para la infección por el VIH y no se solicita la realización de la prueba del VIH. A esto hay que añadir que muchas personas (y profesionales sanitarios) aún consideran a las personas mayores como seres asexuados. Nada más alejado de la realidad (5). Otra certeza es que una gran parte de las personas mayores elude el uso de preservativo por considerarlo un método anticoncep-



119 tivo y porque acrecienta sus problemas de erección. Por último, a nivel médico, se evita hacer preguntas dirigidas para conocer su riesgo para la infección por el VIH. Todas estas circunstancias favorecen la “pérdida de oportunidad” diagnóstica (6, 7).

Un aspecto no bien conocido es el de la fisiopatología del envejecimiento de estos pacientes. Algunos autores sugieren que la edad y el sistema inmune llevan un curso paralelo (“inmunosenescencia”) (8) que contribuiría a un mayor riesgo para procesos infecciosos, enfermedades autoinmunes y neoplasias. A esto habría que añadir que en los pacientes de mayor edad infectados por el VIH, la depleción de linfocitos T es más intensa, lo que también condicionaría una peor respuesta inmune. ¿Cómo responden estos pacientes al TARGA? Este aspecto también es objeto de discusión dado que, mientras que algunos estudios han demostrado una menor respuesta inmunológica entre los pacientes de mayor edad (2, 4, 9-12), para otros autores no hay diferencias (13-16). Quizá esa peor respuesta al tratamiento se deba a esa mayor demora diagnóstica y, por la tanto, a ese mayor deterioro inmunológico de los pacientes de mayor edad: de ahí la necesidad de realizar diagnóstico precoz.

Siguiendo con el TARGA, hasta la fecha ningún estudio ha evaluado si los pacientes mayores deban ser tratados de forma diferente a los más jóvenes. Todo ello a pesar de que en estos pacientes existen cambios fisiológicos relacionados con la edad. También queda por resolver la cuestión sobre el inicio del TARGA en este colectivo. Si bien el inicio precoz puede retrasar el deterioro inmunológico y me-

19 jorar su pronóstico, no iniciarlo en fases precoces minimiza los efectos adversos del tratamiento. No debemos olvidar que los pacientes mayores infectados por el VIH tienen una mayor presencia de comorbilidades (hipertensión arterial, EPOC, diabetes mellitus,...) (6, 13, 14, 17, 18) que los obliga al uso de otras terapias específicas no relacionadas con la infección por el VIH (AINEs, inhibidores de la bomba de protones,...) con el consiguiente riesgo de interacciones (18), algunas de ellas graves.

Si bien el pronóstico de la infección por el VIH en la era TARGA ha mejorado de forma considerable, los pacientes saben que, por el momento, su infección es incurable y que puede ser mortal. Todo esto supone para ellos un importante estigma social (depresión, aislamiento,...) y hace que este colectivo sea aún más “frágil” y que tenga una peor percepción de salud (19, 20). A esto habría que añadir el impacto de sus comorbilidades.

Hasta la fecha tampoco existen recomendaciones específicas respecto a la prevención de otras infecciones en este colectivo, por lo que se recomienda tomar las mismas medidas que para el resto de los infectados (vacunación antigripal, antineumocócica,...) (20, 21). Lo mismo sucede con otros cribajes (mamografía, citología ginecológica, colonoscopia,...), por lo que se recomienda que se sometan, al menos, a los mismos que el resto de la población.

En resumidas cuentas, nos encontramos ante un reto que exige la realización específica, dirigida e integral de programas de prevención, educación sanitaria y diagnóstico precoz en este colectivo (22). ¿Estaremos esta vez preparados?

BIBLIOGRAFÍA

- Centers for Disease Control and Prevention. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR Recomm Rep* 1992; 41: 1-19.
- Nogueras MM, Navarro G, Antón E, Sala M, Cervantes M, Amengual MJ *et al*. Epidemiological and clinical features, response to HAART, and survival in HIV-infected patients diagnosed at the age of 50 or more. *BMC Infect Dis* 2006; 6: 159.
- Caro-Murillo AM, Castilla J, Pérez-Hoyos S, Miró JM, Podzamczar D, Rubio R *et al*. Cohorte RIS de pacientes con infección por VIH sin tratamiento antirretroviral previo (CoRIS): metodología y primeros resultados. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2007; 25: 23-31.
- Grabar S, Kousignian I, Sobel A, Le Bras P, Gasnault J, Enel P *et al*. Immunologic and clinical responses to highly active antiretroviral therapy over 50 years of age. Results from the French Hospital Database on HIV. *AIDS* 2004; 18: 2029-38.
- Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O’Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 2007; 357: 762-74.
- Silverberg MJ, Leyden W, Horberg MA, DeLorenze GN, Klein D, Quisenberry CP Jr. Older age and the response to and tolerability of antiretroviral therapy. *Arch Intern Med* 2007; 167: 684-91.
- Stall R, Catania J. AIDS risk behaviors among late middle-aged and elderly Americans: the national AIDS behavioral surveys. *Arch Intern Med* 1994; 154: 57-63.
- Pawelec G. Immunosenescence: impact in the young as well as the old? *Mech Ageing Dev* 1999; 108: 1-7.
- Knobel H, Guelar A, Valdecillo G, Carmona A, González A, López-Colomé JL *et al*. Response to highly active antiretroviral therapy in HIV-1 infected patients aged 60 years or older after 24 months of follow up. *AIDS* 2001; 15: 1591-3.
- Manfredi R, Chiodo F. A case-control study of virological and immunological effects of highly active antiretroviral therapy in HIV-infected patients with advanced age. *AIDS* 2000; 14: 1475-7.
- Viard JP, Mocroft A, Chiesi A, Kirk O, Røge B, Panos G *et al*. Influence of age on CD4 cell recovery in human immunodeficiency virus-infected patients receiving highly active antiretroviral therapy: evidence from the EuroSIDA study. *J Infect Dis* 2001; 183: 1290-4.
- Kaufmann GR, Furrer H, Ledergerber B, Perrin L, Opravil M, Vernazza P *et al*. Characteristics, determinants, and clinical relevance of CD4 T cell recovery to <500 cells/microL in HIV type 1-infected individuals receiving potent antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis* 2005; 41: 361-72.
- Tumbarello M, Rabagliati R, de Gaetano DK, Bertagnolio S, Tamburrini E, Tacconelli E *et al*. Older HIV-positive patients in the era of highly active antiretroviral therapy: changing of a scenario. *AIDS* 2003; 17: 128-31.
- Tumbarello M, Rabagliati R, de Gaetano DK, Bertagnolio S, Montuori E, Tamburrini E *et al*. Older age does not influence CD4 cell recovery in HIV-1 infected patients receiving highly active antiretroviral therapy. *BMC Infect Dis* 2004; 4: 46.
- Cuzin L, Delpierre C, Gerard S, Massip P, Marchou B. Immunologic and clinical responses to highly active antiretroviral therapy in pa-

- 20
- tients with HIV infection aged >50 years. *Clin Infect Dis* 2007; 45: 654-7.
16. Fair Wellons M, Sanders L, Edwards LJ, Bartlett JA, Heald AE. HIV infection: treatment outcomes in older and younger adults. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 603-7.
17. Vallecillo G, Knobel H, Guelar A, Saballs P. Evolución de una cohorte de pacientes mayores de 60 años infectados por el VIH tratados con tratamiento antirretroviral de gran actividad. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005; 23: 390-1.
18. Shah S, McGowan J, Smith S, Blum S, Klein R. Comorbid conditions, treatment, and health maintenance in older persons with human immunodeficiency virus infection in New York City. *Clin Infect Dis* 2002; 35: 1238-43.
19. Desquilbet L, Jacobson LP, Fried LP, Phair JP, Jamieson BD, Holloway M *et al.* HIV-1 infection is associated with an earlier occurrence of a phenotype related to frailty. *J Gerontol A Biol Sci Med SCI* 2007; 62: 1279-86.
20. Pitts M, Grierson J, Misson S. Growing older with HIV: a study of health, social and economic circumstances for people Living with HIV in Australia over the age of 50 years. *AIDS Patient Care STDS* 2005; 19: 460-5.
21. Recomendaciones de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (actualización enero de 2008). Disponible en: <http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/dccconsensos.asp?apnv0=pcientifica&ap>.
22. Sanders GD, Bayoumi AM, Holodniy M, Owens DK. Cost-Effectiveness of HIV Screening in Patients Older than 55 Years of Age. *Ann Intern Med* 2008; 148: 889-903.
- 120