

Comorbilidades en pacientes con VIH

En LATAM, se ha realizado un gran esfuerzo por garantizar el TAR a los pacientes con VIH/SIDA, además, la mortalidad atribuible a esta enfermedad ha disminuido en los últimos años.¹

En LATAM, del año 2010 al 2018, la mortalidad relacionada con el SIDA, disminuyó 14%. Las nuevas infecciones por VIH aumentaron un 7% en el año 2018 en comparación con el 2010.²

Muertes relacionadas con SIDA.²
-14%

Nuevas infecciones por VIH.²
+7%

En todo el mundo, del año 2010 al año 2018, el número de personas con VIH mayores de 15 años que recibían TAR, se incrementó del

25%
en el año 2010, al
62%
en el año 2018, aproximadamente.³

Del año 2007 al 2018, el número de personas que vivían con VIH mayores de 50 años...

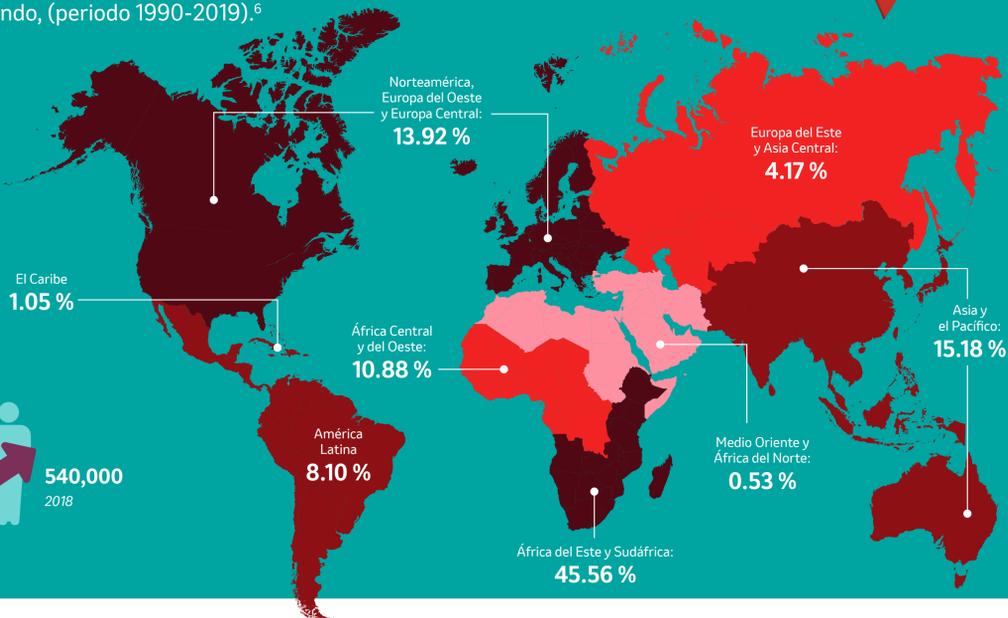
Fue más del doble a nivel mundial.⁴
3,100,000
2007

7,500,000
2018

Casi se triplicó en LATAM.⁵
190,000
2007

540,000
2018

Porcentaje de personas con VIH mayores de 50 años alrededor del mundo, (periodo 1990-2019).⁶



En un estudio retrospectivo, observacional, donde el objetivo fue describir y comparar la prevalencia de comorbilidades y la multimorbilidad en la población con VIH vs. la población general en Ontario, Canadá, la prevalencia de comorbilidades en personas con VIH fue más alta que en la población sin esta enfermedad.⁷

Las comorbilidades con alta prevalencia incluyeron:⁷



Enfermedades cardiovasculares
HIPERTENSIÓN:
14.9 %
(IC del 95 %, 14.4 a 15.5%)



Condiciones de salud mental
38.6 %
(IC del 95 %, 37.8 a 39.4%)



Alteraciones respiratorias
ASMA:
12.7 %
(IC del 95 %, 12.2 a 13.3%)
EPOC:
7.9 %
(IC del 95 %, 7.5 a 8.3%)



Alteraciones metabólicas
DIABETES:
8.3 %
(IC del 95 %, 7.9 a 8.8%)

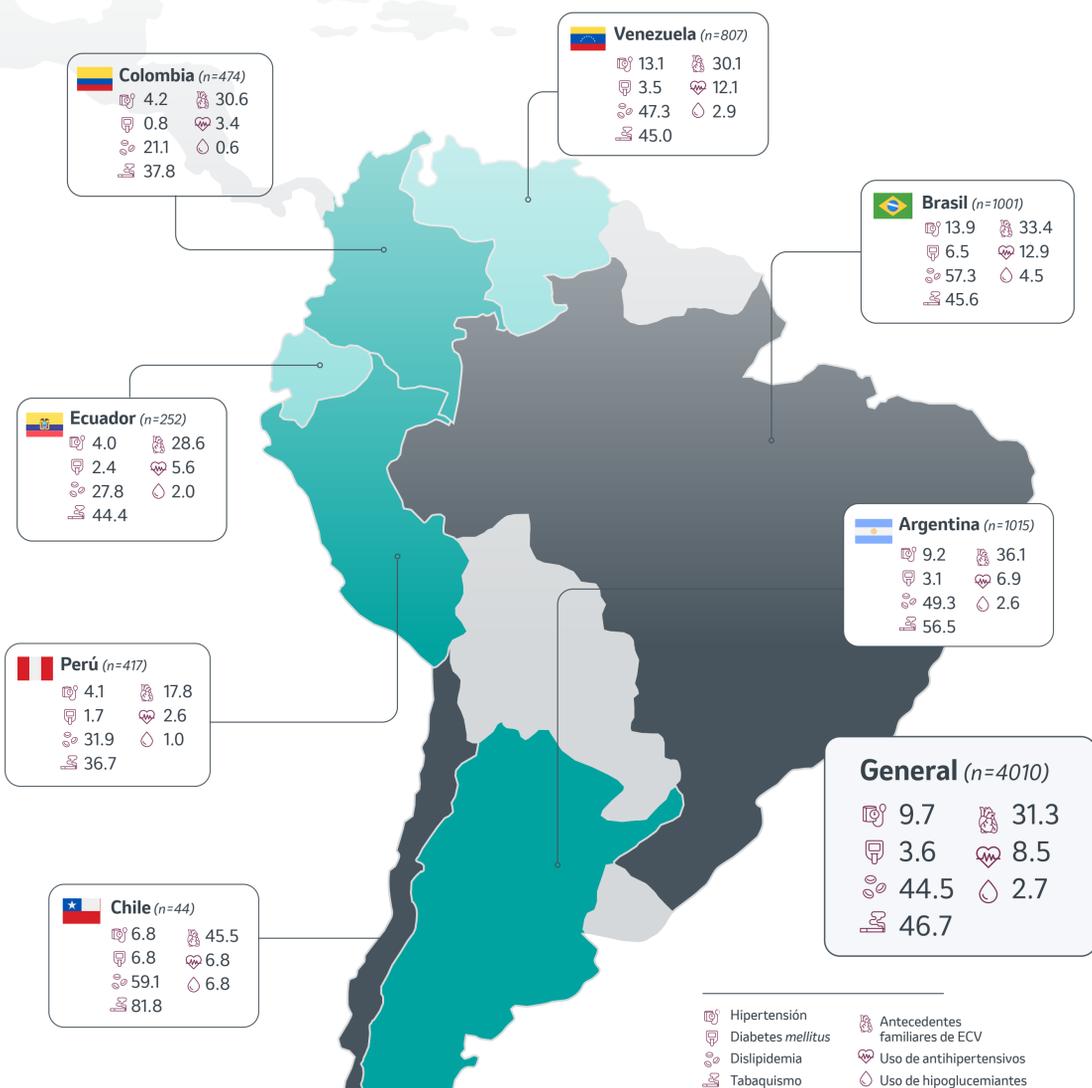
La prevalencia de multimorbilidades incluyó:⁷

AL MENOS 2 CONDICIONES FÍSICAS:
10.8 %
(IC del 95 %, 10.3 a 11.3%)

SALUD FÍSICA-MENTAL:
15.5 %
(IC del 95 %, 14.9 a 16.1%)

El incremento de edad en las personas que viven con VIH ha generado nuevos retos.⁸

Las características de los pacientes del análisis prospectivo que tuvo por objetivo, determinar la prevalencia de alteraciones metabólicas y estimar el riesgo a 10 años de enfermedad cardiovascular en pacientes con VIH y dislipidemia, que recibían TARSA en LATAM fueron:⁸



Los pacientes que vivían con VIH y bajo TARSA presentaron una alta prevalencia de dislipidemia.⁸



El riesgo general a 10 años, de desarrollar ECV, determinado por la Calculadora de riesgo Framingham, fue riesgo intermedio (10.4).⁸



Los hombres tenían una prevalencia alta de dislipidemia y factores de riesgo asociados a ECV como fue el fumar y la hipertensión arterial, mientras que en mujeres la prevalencia fue la obesidad, síndrome metabólico y la falta de ejercicio.⁸



El riesgo a 10 años de desarrollar ECV fue más alto en hombres, y más hombres estuvieron en la categoría de alto riesgo.⁸

Abreviaturas: LATAM: Latinoamérica; TAR: Tratamiento antirretroviral; VIH: Virus de inmunodeficiencia humana; SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; TARSA: Tratamiento antirretroviral sumamente activo; ECV: Enfermedad cardiovascular; RCV: Riesgo cardiovascular.

Diseño del estudio de Kendall, y cols.:

Estudio retrospectivo observacional, que analizó las características clínicas y demográficas de una cohorte de personas viviendo con VIH y las comparó con la población general en Ontario, Canadá. Para ello se analizaron bases de datos administrativas del Instituto para la Evaluación de Ciencias Clínicas de la provincia de Ontario, Canadá. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, residentes de Ontario entre 1 abril de 1992 y el 1 de abril de 2009. Se excluyeron pacientes de los que no se contaba con datos o códigos postales válidos. Para la comparación se creó una cohorte de individuos mayores de 18 años que estaban viviendo en Ontario sin VIH, utilizando un generador de números aleatorios computarizado en una proporción de 5:1 para la cohorte de pacientes con VIH. La población se dividió en dos grupos, población con VIH (n=14,005) y población general de Ontario (n=71,410). El objetivo del estudio fue describir y comparar la prevalencia de las comorbilidades y la multimorbilidad de personas con VIH vs. la población general ajustada a sexo y edad.⁷

Referencias:

- MILES TO GO. THE RESPONSE TO HIV IN LATIN AMERICA. Global AIDS Update 2018. Consultado el 13 de octubre de 2020 en: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/miles-to-go_latin-america
- UNAIDS DATA 2019. Consultado el 13 de octubre de 2020 en: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/2019-UNAIDS-data>
- AIDSinfo, UNAIDS. Coverage of people receiving ART (by age). Consultado el 10 junio 2020 en: <https://aidsinfo.unaids.org>
- AIDSinfo, UNAIDS. People living with HIV, Global. Consultado el 10 junio 2020 en: <https://aidsinfo.unaids.org>
- AIDSinfo, UNAIDS. People living with HIV, LATAM. Consultado el 10 junio 2020 en: <https://aidsinfo.unaids.org>
- AIDSinfo, UNAIDS. People living with HIV. All people aged 50 and over. Consultado el 27 de julio de 2020 en: <https://aidsinfo.unaids.org>
- Kendall CE, Wong J, Taljaard M, y cols. A cross-sectional, population-based study measuring comorbidity among people living with HIV in Ontario. BMC Public Health. 2014;14:161.
- Cahn P, Leite O, Rosales A, y cols. Metabolic profile and cardiovascular risk factors among Latin American HIV-infected patients receiving HAART. Braz J Infect Dis. 2010;14(2):158-66.

Diseño del estudio de Cahn, y cols.:

El estudio RAPID II (Registro y análisis prospectivo de pacientes infectados con VIH y dislipidemia) se basó en una cohorte de pacientes y se diseñó para la recolección prospectiva de datos demográficos, metabólicos y de modalidades de tratamiento en pacientes ambulatorios con VIH en TARSA en centros de tratamiento de 7 países latinoamericanos: Argentina (16 centros, n=1015), Brasil (15 centros, n=1001), Chile (2 centros, n=44), Colombia (3 centros, n=474), Ecuador (11 centros, n=252), Perú (5 centros, n=417) y Venezuela (9 centros, n=807), de noviembre de 2006 a septiembre de 2007. La obtención de los datos basales, demográficos, metabólicos y de RCV, se realizó mediante una entrevista e historia clínica detalladas y tomas sanguíneas para estudios de laboratorio, al momento del ingreso al estudio y cada 6 meses durante 2 años. El resultado primario del estudio fue la determinación de los factores de riesgo metabólico al ingreso y cada 6 meses de seguimiento durante 2 años, la evaluación de eventos cardiovasculares en cada visita de seguimiento y el cambio en los parámetros lipídicos. Se dividió el comportamiento hipolipemiante de los investigadores de cada centro en 4 grupos: Grupo A. Tratamiento hipolipemiante directo + cambio de TARSA; Grupo B. Tratamiento hipolipemiante directo sin cambio de TARSA; Grupo C. Tratamiento hipolipemiante indirecto sin cambio de TARSA; Grupo D. Tratamiento hipolipemiante indirecto + cambio de TARSA. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de alteraciones metabólicas y estimar el riesgo cardiovascular (RCV) a 10 años entre pacientes latino americanos infectados con VIH recibiendo tratamiento antirretroviral sumamente activo (TARSA) para comprender las complicaciones del TARSA a largo plazo en Latinoamérica además de desarrollar guías locales para el tratamiento y la prevención de las enfermedades cardiovasculares (ECV).⁸