



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina



FACULTAD DE MEDICINA

PROGRAMA DE GRADUACIÓN OPORTUNA PARA
ESPECIALIZACIONES MÉDICAS

**EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA
SALUD EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIRUS DE
INMUNODEFICIENCIA HUMANA QUE RECIBEN TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL
CUESTIONARIO MOS-HIV (VERSIÓN VALIDADA AL ESPAÑOL Y
PARA POBLACIÓN MEXICANA) EN EL "INCMNSZ"**

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE

I N F E C T Ó L O G O

P R E S E N T A :

Dr. Fernando Antonio Silva Sánchez

Tutores: Dr. Juan Gerardo Sierra Madero
Dra. Angelina Villasís Keever



México, D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN
PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA
QUE RECIBEN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL MEDIANTE LA
APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO MOS-HIV (VERSIÓN VALIDADA AL
ESPAÑOL Y PARA POBLACIÓN MEXICANA) EN EL “INCMNSZ”**

ANTECEDENTES: El estudio de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con infección por VIH cobra importancia porque con el tratamiento antirretroviral esta enfermedad tiende a la cronicidad, no hay estudios previos en América Latina y junto con la adherencia al tratamiento constituyen áreas poco exploradas en relación con la infección. Contamos con un instrumento fiable y recientemente validado en su versión al español para medición de CVRS en la población mexicana (cuestionario MOS-HIV). **OBJETIVO:** Analizar la relación entre las dimensiones de CVRS y los parámetros sociodemográficos, clínicos y terapéuticos de los pacientes que acuden a la Clínica de VIH del INCMNSZ y que reciben ARV mediante aplicación del cuestionario MOS-HIV versión en español. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se aplicó el cuestionario a 226 pacientes inscritos al Programa Gubernamental de Medicamentos y a la Clínica de VIH en el INCMNSZ hasta junio de 2007 para relacionar variables sociodemográficas, clínicas y con respecto al tratamiento antirretroviral (TAR) con mala calidad de vida en las once esferas que evalúa el MOS-HIV. **RESULTADOS:** De los once parámetros que evaluó el cuestionario se obtuvieron dos índices, el índice de salud física (ISF) y el índice de salud mental (ISM). Para categorizar mala calidad de vida se incluyó en este rubro a todos los enfermos que cayeran por debajo del percentil 25 en ambos índices. Mediante un análisis univariado se identificó que el género masculino, la homosexualidad, el hecho de no presentar evento inicial al momento de la primera ELISA (+), la ausencia de comorbilidad y ser menor de 50 años predicen buena calidad de vida en el aspecto de salud física. Encontrarse en estadio C de la enfermedad, pertenecer al género femenino y haber padecido evento inicial al diagnóstico predicen mala calidad de vida en el aspecto de salud mental. Al ajustar las variables mediante el modelo de regresión logística binaria los únicos predictores de mala calidad de vida fueron: celularidad de linfocitos CD4+ recientes menor a 50, presentar evento inicial definitivo o asociado a SIDA (para salud física) y pertenecer al género femenino (para salud mental). **CONCLUSIONES:** Varias de las asociaciones con mala CVRS no se verificaron en nuestro protocolo, hace falta completar la muestra para reunir el poder estadístico suficiente y que el estudio refleje con certeza los resultados. Hasta el momento, en nuestra población el mal apego al TAR no guarda relación con mala calidad de vida.

ÍNDICE:

| | Páginas |
|---|---------|
| • Definición del problema. | 1 |
| • Antecedentes. | 3 |
| ○ <i>Dimensiones de la calidad de vida según el enfoque objetivo.</i> | 4 |
| ○ <i>Escalas para medición de CVRS en pacientes infectados por el VIH.</i> | 9 |
| ○ <i>MEDICAL OUTCOMES STUDY (MOS) y MOS-HIV.</i> | 9 |
| ○ <i>Validación de MOS-HIV al español y en población mexicana.</i> | 10 |
| • Objetivos. | 12 |
| ○ <i>Objetivo general.</i> | 12 |
| ○ <i>Objetivos específicos.</i> | 12 |
| • Hipótesis. | 13 |
| • Justificación. | 14 |
| • Alcance. | 15 |
| • Metodología. | 16 |
| a) <i>Diseño del estudio.</i> | 16 |
| b) <i>Definición del universo y tamaño de muestra.</i> | 16 |
| c) <i>Criterios de inclusión.</i> | 16 |
| d) <i>Criterios de exclusión.</i> | 17 |
| e) <i>Criterios de eliminación.</i> | 17 |
| f) <i>Definición de variables y pruebas estadísticas.</i> | 18 |
| • Resultados. | 20 |
| ○ <i>Análisis descriptivo.</i> | 20 |
| ○ <i>Tabla 1. Características clínicas, sociodemográficas y relacionadas al tratamiento en el grupo de pacientes con infección por VIH incorporados al Programa Gubernamental de Medicamentos del INCMNSZ.</i> | 21 |
| ○ <i>Figura 1. Eventos iniciales más frecuentes.</i> | 23 |
| ○ <i>Figura 2. Frecuencia de eventos adversos.</i> | 23 |
| ○ <i>Análisis de la variable dependiente (calidad de vida).</i> | 24 |
| ○ <i>Tabla 2. Puntuaciones medias, desviaciones estándar (DE) e intervalos de confianza del 95% en las distintas subescalas y dimensiones del cuestionario MOS-HIV del grupo de pacientes que reciben TAR mediante el Programa Gubernamental de Medicamentos.</i> | 24 |
| ○ <i>Tabla 3. Distribución y frecuencias de los índices de salud física y mental respecto a calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).</i> | 25 |
| ○ <i>Tabla 4. Resultado del análisis univariado correspondiente a parámetros relacionados con buena y mala calidad de vida.</i> | 26 |

| | |
|---|----|
| ○ <i>Tabla 5. Asociación de variables significativas con mala calidad de vida en el índice de salud física.</i> | 27 |
| ○ <i>Tabla 6. Asociación de variables significativas con mala calidad de vida en el índice de salud mental.</i> | 28 |
| • Conclusiones. | 29 |
| • Bibliografía. | 32 |
| • Anexos. Cuestionario MOS-HIV versión en español para México. | 34 |

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una pandemia que representa la crisis relacionada con la salud en nuestra época. Se estima que aproximadamente 40 millones de personas viven con la infección y alrededor de 25 millones de personas han fallecido a nivel mundial como consecuencia del VIH. Tan solo en el año 2005, en todo el mundo se registraron 4.1 millones de nuevos casos y 2.8 millones de muertes relacionadas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Se trata de un proceso dinámico en una epidemia evolutiva que se relaciona con cambios temporales, distribución geográfica, magnitud, diversidad viral y modo de transmisión. Al día de hoy, no existe región en todo el mundo que esté libre de la pandemia. El tratamiento antirretroviral (TAR) es la mejor opción para mantener una supresión viral prolongada, consecuentemente, para disminuir la morbilidad y la mortalidad. Se requiere la combinación tres o más fármacos activos para conseguir tal meta (tratamiento antirretroviral altamente activo, TARA por sus siglas). Esta intervención terapéutica debe incluir, en lo posible, un régimen simplificado con drogas potentes, pero bien toleradas, con vidas medias prolongadas. Los medicamentos actuales no erradican la infección por VIH por lo que el tratamiento se administra de por vida ⁽¹⁾.

Calidad de vida (CV) se refiere al bienestar, felicidad, satisfacción personal que permite la capacidad de actuación o funcionamiento en un momento dado de la vida. El concepto resulta subjetivo e individual, está influido por el entorno en que se desempeña como la sociedad, la cultura y las escalas de valores. Tal pareciera que este concepto aparece al existir un bienestar social como ocurre en los países desarrollados. En concreto, se alcanza una buena calidad de vida cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. Un objetivo primario en el tratamiento en las personas con enfermedades crónicas es el alivio de los síntomas ⁽²⁾. Ya se ha examinado la asociación de varios síntomas como disnea, fatiga y dolor con

un desenlace clínico. Estos pacientes presentan una calidad de vida menor, un pobre estatus funcional y mortalidad más elevada. Se calcula que aproximadamente el 80% de los recursos de atención a la salud se destinan a enfermedades crónicas, así que es fundamental evaluar la mejoría de la salud en los pacientes con ese tipo de padecimientos ⁽³⁾. Las mediciones bioquímicas no son siempre suficientes o relevantes para cumplir con esa finalidad, también son necesarios instrumentos que valoren las dimensiones fisiológicas, psicológicas y sociales. Deben existir bases racionales para medir los resultados de los tratamientos y es indispensable conocer el curso clínico a largo plazo de los sujetos en estudio, evaluando la cantidad de vida subsecuente a un evento y la calidad con que ésta ocurre. La enfermedad y las intervenciones del médico influyen tanto en la cantidad (supervivencia) como en la calidad de vida del paciente. Si la calidad de vida se equipara con el bienestar del paciente, el sufrimiento correspondería a la ausencia o disminución de esa calidad. La razón fundamental para evaluarla correspondería a saber si una intervención es capaz de mitigar el sufrimiento, aunque no se salve la vida o se restablezca la salud del paciente, pues mitigar el sufrimiento también forma parte de los objetivos de la práctica médica. Por lo tanto, un objetivo secundario primordial es la identificación de estrategias que maximicen la calidad de vida relacionada con salud (CVRS) ^(2,3). La importancia del estudio de la calidad de vida con relación a la salud en pacientes con infección por VIH se sustenta en que estos pacientes viven más gracias al TARA, pero poco se sabe sobre si viven mejor. Es factible llevar a cabo un estudio para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en nuestra Clínica de VIH, en quienes están infectados y reciben tratamiento antirretroviral.

ANTECEDENTES:

Desde 1948, Karnofsky y sus colaboradores desarrollaron una medición de la capacidad física. En 1963, Katz y colaboradores elaboraron un índice de independencia en las actividades de la vida diaria. Poco a poco se fue progresando en la medición del estado de salud con el SIP (*sickness impact profile*) y el índice de bienestar. A fines de 1990 se habían publicado cerca de 108 trabajos sobre calidad de vida en pacientes oncológicos que utilizaron escalas que agrupaban aspectos como:

- ✓ Índices de síntomas específicos, entre los que sobresalen los que evalúan actividad.
- ✓ Escalas de evaluación psicológica.
- ✓ Instrumentos diseñados específicamente para evaluar la calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1947 la CV como *el estado de completo bienestar físico, mental y social, no solo la ausencia de enfermedad o dolencia*. Ante esto surge la dificultad para definir la salud en términos de medición. Contamos con otras definiciones dentro de las cuales cabe la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida del paciente. El enfoque subjetivo contempla la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con lo que percibe como posible o ideal ^(2,4).

Dimensiones de la calidad de vida según el enfoque objetivo.

•Física.

–Percepción de la salud, es decir, ausencia de la enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos al tratamiento.

•Psicológica.

–Percepción del estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de la autoestima y la incertidumbre del futuro. Incluye creencias personales, religiosas y espirituales como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

•Social.

–Percepción individual sobre las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo social y familiar, la relación médico-paciente y el desempeño laboral.

Como se ha descrito, se trata de un concepto amplio que incorpora todos los factores que afectan la vida de una persona como el estado económico, funcionamiento social, estado de salud, satisfacción con su historia de vida y bienestar percibido. La definición que da la OMS para calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) corresponde a la *extensión de afcción de un usual o esperado bienestar físico, emocional o social por una condición médica o su tratamiento.*

Según la OMS se debe englobar once rubros para evaluar CVRS, estos son:

- ✓ Actividad física: actividades de la vida diaria y las actividades extenuantes.
- ✓ Salud mental: presencia de ansiedad, depresión, bienestar y control emocional y conductual.
- ✓ Funcionamiento social: cantidad y calidad de contactos sociales.
- ✓ Funcionamiento de rol: habilidad para desempeñar el trabajo y las actividades usuales.
- ✓ Funcionamiento cognitivo: estado de la atención, la memoria y la concentración.
- ✓ Energía: percepción de la fatiga.
- ✓ Percepción general de salud: autoevaluación global de la salud.
- ✓ Dolor: severidad y frecuencia del dolor.

- ✓ Síntomas.
- ✓ Funcionamiento sexual: desempeño y satisfacción.
- ✓ Sueño: cantidad y calidad del sueño.

Desde su introducción en 1996, los TARAA han logrado una importante reducción de la mortalidad y de la incidencia de enfermedades oportunistas en SIDA. Estos avances tienden a aproximar la supervivencia de las personas infectadas por el VIH a la de la población general de la misma edad. La infección por el VIH ha llegado a ser considerada como una enfermedad de carácter crónico ⁽⁵⁻⁷⁾.

En la literatura especializada se describe cómo la calidad de vida física empeora con la progresión de esta enfermedad y con los síntomas. Otros factores clave en la calidad de vida del paciente están relacionados con el tratamiento antirretroviral. Los estudios de cohortes clínicas muestran que la mortalidad en las personas infectadas por el VIH depende de la duración de la infección, de la edad a la seroconversión y de la efectividad que consigue el tratamiento antirretroviral; ésta a su vez depende del momento de inicio del tratamiento, de la adherencia, de tratamientos previos subóptimos y de la presencia de coinfecciones ^(6,7). Un estudio norteamericano en 68 pacientes infectados evaluó CVRS mediante un cuestionario a los sujetos en el momento previo a la seroconversión, al momento de la seroconversión y al momento de iniciar TARAA. Comparativamente con los valores de pre-seroconversión, las calificaciones que evaluaban el estado físico disminuyeron después de seroconvertirse y de iniciar antirretrovirales. Tras utilizar TARAA durante más de cuatro años, el estatus mental era significativamente mejor que antes de la infección. Con esto se concluyó que la calidad de vida es un proceso dinámico durante las diferentes etapas de la infección por VIH. El proceso infeccioso deteriora el aspecto físico pero no el mental en cuanto a CVRS, al parecer, el tratamiento antirretroviral mejora el aspecto cognitivo ⁽⁸⁾.

En las personas infectadas con VIH suelen coincidir otras circunstancias en relación con el propio mecanismo por el que adquirieron el VIH, como es la adopción más frecuente de conductas de riesgo, la adicción a drogas, y la mayor frecuencia de otras enfermedades de transmisión sexual o parenteral, que ocasionan una mortalidad elevada por causas distintas del SIDA. Pese al descenso de la morbimortalidad asociada directamente al VIH, globalmente la causa de muerte en los pacientes infectados sigue siendo el SIDA, seguido de las hepatopatías (sobre todo hepatitis virales), las cardiopatías y las neoplasias. El riesgo de muerte se correlaciona de forma directa con el grado de depleción de los CD4, y es mayor en el grupo de pacientes con menos de 50 células. Por otro lado, la mortalidad sigue siendo mayor que en la población general, salvo en casos de buena respuesta al TARAA ^(10,11). Un estudio en Francia comparó la mortalidad observada en la población general con la de una cohorte de pacientes que iniciaron TARAA con inhibidores de proteasa. La mayor mortalidad ocurría en mujeres, pacientes adictos a drogas por vía parenteral y con virus de hepatitis C ⁽¹²⁾.

Los antirretrovirales también plantean problemas a corto y largo plazo. La principal causa de suspensión de tratamiento al inicio de éste es la toxicidad, sobre todo gastrointestinal. Se ha observado una mayor incidencia de neuropatía, insuficiencia renal y lipoatrofia como complicaciones tóxicas al tratamiento en pacientes con valores de CD4 inferiores a 200 células. En estos momentos se dispone de fármacos potentes y eficaces, cuya toxicidad conocemos bien tanto a corto como largo plazo. El hecho de combinarlos de forma adecuada es para conseguir la máxima potencia con los menores efectos secundarios, lo que ha motivado cambios en las recomendaciones para el tratamiento de inicio, y se han descartado fármacos que antes se consideraban de elección. Todo esto ha determinado que el TAR se adapte cada vez más a las características del paciente para conseguir el mayor éxito durante el mayor tiempo posible ⁽¹³⁻¹⁶⁾. Sin embargo, en un estudio que dio seguimiento a

pacientes durante dos años, se comparó la calidad de vida entre quienes tenían diagnóstico de lipodistrofia secundaria con pacientes controles. No hubo diferencias en las escalas mentales o físicas, la lipodistrofia tampoco se asoció con la presencia de síntomas depresivos. Los pacientes controles tenían puntuaciones más altas, pero los resultados de este estudio sugieren que la lipodistrofia no afecta negativamente la CVRS o provoca depresión ⁽⁸⁾.

La utilización de índices que miden calidad de vida con respecto a la salud para determinar diferencias entre pacientes vírgenes a tratamiento y pacientes pretratados, en términos de respuesta a tratamiento, es muy importante pues evidencia si se pueden llevar a cabo nuevas estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento. Por ejemplo, si hay cambios en la puntuación de los cuestionarios eso sugiere que los pacientes experimentan una respuesta limitada, por lo que sería necesario reforzar su percepción sobre la salud ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Como precedente para esta investigación, cabe hacer referencia a un estudio transversal que incluyó 320 pacientes en TAR de cuatro hospitales andaluces, administrando el cuestionario MOS-HIV (*vide infra*) por personal sanitario. Los pacientes con mayor carga viral presentaron puntuaciones más bajas en todas las dimensiones de calidad de vida a excepción de la función cognitiva. Los pacientes con SIDA mostraron peor calidad de vida en 10 de las 11 dimensiones. No hubo diferencias entre las medias de las dimensiones del cuestionario entre pacientes cuyo tratamiento incluía o no inhibidores de proteasa, a excepción de la dimensión de la calidad de vida. Con esto se concluyó que en su población, el estado clínico y la adherencia del paciente afectan diferentes dimensiones de la calidad de vida ⁽¹⁹⁾.

En la población norteamericana cabe destacar algunas investigaciones relevantes. Se llevó a cabo un estudio longitudinal de una cohorte representativa de la población norteamericana que evaluó 2267 pacientes, con la finalidad de estimar las asociaciones entre CVRS y los síntomas a través del tiempo en las personas infectadas

por VIH, durante el intervalo de 1996-1998. Se ajustaron las variables clínicas y sociodemográficas a través del tiempo, tras lo cual se concluyó que el número total de síntomas disminuyó, la percepción general de salud y la calidad de vida en general mejoraron durante el periodo. Al controlar la sintomatología y el resultado de calidad de vida basal, notaron que cada síntoma agregado durante el seguimiento se asociaba con peor percepción de salud y calidad de vida. La adición de más de dos síntomas era similar en magnitud a padecer depresión y al momento del diagnóstico de SIDA. Demostraron que en la población de pacientes con infección por VIH, los síntomas están relacionados con el detrimento en la CV respecto al tiempo, el funcionamiento y el bienestar se encuentra concatenado con los síntomas que experimentan ⁽²⁰⁾.

En otro estudio que analizó una población de veteranos encontró que estos pacientes tienen menor funcionalidad, probablemente atribuible a determinados síntomas como los depresivos. Se hace hincapié en que la intervención en ese rubro y en el aspecto religioso/espiritual son blancos potenciales para mejorar la CVRS en pacientes con infección por VIH-SIDA ⁽²¹⁾.

En la población africana con mínimos recursos para la salud se cuenta con el siguiente precedente. Se reclutaron sujetos con enfermedad avanzada y cuentas celulares de CD4 menores a 200. Comparativamente con un grupo control, la CVRS se encontró disminuida por limitaciones en movilidad, actividades cotidianas, dolor, ansiedad/depresión. Esto confirma que los servicios de salud enfrentan retos poco identificados en las poblaciones con prevalencia alta de infección por VIH en cuanto a la provisión de un manejo multidisciplinario ⁽¹⁸⁾.

ESCALAS PARA MEDICION DE CVRS EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH.

Estos instrumentos, tanto genéricos como específicos, se basan en la percepción de la propia salud y de aspectos relacionados con ella en el paciente portador del VIH. Entre los más citados están: Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV), Multidimensional Quality of Life (MQOL-HIV), AIDS Time-Oriented Health Outcomes Study (ATHOS), HIV/AIDS-targeted quality of life (HAT-QOL), Functional Assessment of Human Immunodeficiency Virus Infection (FAHI), HIV-QL31 y el HIV Overview of Problems-Evaluation System (HOPES) ^(2,24).

MEDICAL OUTCOMES STUDY (MOS) Y MOS-HIV.

El *MOS* es un instrumento muy utilizado para medir la calidad de vida, del cual se han derivado diferentes versiones en inglés. El *MOS* surgió de un estudio observacional de cuatro años de duración, fue diseñado para examinar la influencia de características específicas de proveedores, pacientes y sistemas de salud sobre los resultados de la atención médica; incluía un componente transversal y uno longitudinal. Estudiaron una población de más de 20 mil pacientes con una o más de las siguientes cuatro enfermedades: hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva o infarto del miocardio en el último año. La depresión constituyó el cuadro muestra para el estudio longitudinal de 2546 pacientes ⁽²²⁾. La versión *MOS-HIV (Medical Outcome Study-Human Immunodeficiency Virus)* se trata de una escala comprensiva y breve para medición de la calidad de vida en relación con la salud, específicamente para VIH/SIDA. Los elementos se extrajeron de un banco de preguntas existentes en el *MOS (Medical Outcome Study)*, y tal como se ha descrito previamente, analizó los efectos de las diferentes formas de atención a la salud en 1987.

Los treinta y cinco elementos que integran esta escala analizan los once rubros enunciados anteriormente según la OMS, exceptuando síntomas individuales, función

sexual y sueño. Como el dolor es un síntoma prevalente en esta población, así como un efecto adverso de algunos tratamientos, cobra relevancia evaluar este concepto con mayor precisión. Esta escala se puede completar en cinco minutos y puede auto-administrarse (ser completado por los pacientes en un ambiente hospitalario) o administrarse mediante una entrevista ⁽²³⁾. Además, en comparación con otras escalas, tiene las ventajas de ser rápida y comprensible, consta de pocos ítems, está ampliamente estudiada y es confiable, reduce el sesgo de respuesta, se ha comprobado en estudio longitudinales, es sensible al cambio y proporciona una medición multidimensional. Las dos desventajas primordiales estriban en que no evalúa sueño y función sexual, y que tiene efecto de “techo y piso”, es decir, cuando un paciente califica tener la mejor o peor calidad de vida, no puede mejorar o empeorar para mediciones posteriores. Es primordial que el participante considere los reactivos y conteste adecuadamente, por lo que hay que enfatizar la importancia del cuestionario ⁽²⁴⁾.

VALIDACIÓN DE MOS-HIV AL ESPAÑOL Y EN POBLACIÓN MEXICANA.

Recientemente se validó la escala MOS-HIV para su aplicación en investigación clínica en México. Los datos para esta validación se recogieron entre abril de 2002 y febrero de 2004. Un comité de expertos realizó una síntesis de dos traducciones al castellano del cuestionario MOS-VIH, cuya factibilidad se valoró midiendo tiempos de respuesta y números de ítems no resueltos en un grupo de 32 personas. Se aplicó el cuestionario a un grupo de pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana y a un grupo de referencia. Se evaluaron la consistencia interna, la validez discriminante y la validez convergente entre la puntuación del grupo de pacientes VIH (+) y las puntuaciones en la escala visual analógica (EVA) del cuestionario EQ-5D y en una lista de síntomas, la carga viral y el recuento de linfocitos T CD4+). El tiempo medio de respuesta del cuestionario fue 10 minutos y 22 segundos, el número medio de ítems sin resolver fueron 0,62. En las 11 dimensiones, el coeficiente α de Cronbach

fue mayor de 0,75. Las puntuaciones medias obtenidas por los dos grupos fueron distintas en nueve dimensiones y los intervalos de confianza del 95% de las áreas bajo las curvas ROC no incluyeron el valor 0,5 en ocho dimensiones. El valor absoluto del coeficiente de correlación de Spearman fue menor de 0,3 respecto del número de linfocitos T CD4+ y de la carga viral, y mayor de 0,3 entre cada dimensión y respecto de las puntuaciones en la lista de síntomas y en la EVA del cuestionario EQ-5D. Con todo esto, la escala MOS-HIV está debidamente validada para su uso en investigación en la población mexicana infectada por el VIH ⁽²⁴⁾.

OBJETIVOS:

Objetivo general:

Analizar la relación entre las dimensiones de CVRS y los parámetros sociodemográficos, clínicos y terapéuticos de los pacientes que acuden a la Clínica de VIH del INCMNSZ y que reciben ARV mediante aplicación del cuestionario MOS-HIV versión en español.

Objetivos específicos:

- Evaluar la frecuencia en que cada rubro de CVRS se encuentra afectado en los pacientes con VIH que reciben TAR.
- Analizar y describir los factores asociados a mala calidad de vida identificados en otras poblaciones (carga viral elevada, bajo conteo de CD4, mal apego al TAR), así como los factores que impactan en la población mexicana del INCMNSZ.

HIPÓTESIS:

- 1) La CVRS de los pacientes con infección por VIH bajo tratamiento antirretroviral que acuden a la Clínica de VIH-SIDA del INCMNSZ, varía en cuanto al estado inmunológico, factores sociodemográficos, adherencia al tratamiento, progresión de la enfermedad y efectos adversos asociados a los medicamentos antirretrovirales.
- 2) En esta población, la CVRS es mala en quienes tienen mal apego a los medicamentos.

JUSTIFICACIÓN:

El pronóstico y expectativa de vida de los pacientes con infección con VIH ha mejorado notablemente en los últimos años, por lo que en la actualidad, se considera como una enfermedad crónica en quienes reciben TARAA. El seguimiento de la CVRS en esta población puede permitir la identificación de subgrupos que tienen una salud física o mental delicada y ayudaría a orientar las políticas o las intervenciones para mejorar su salud. El impacto de este estudio radica en que las personas infectadas con buena calidad de vida son económicamente activas y productivas para la sociedad, por lo que es primordial asegurar el completo bienestar psicosocial en esta población. No se han realizado estudios para evaluar calidad de vida en pacientes con infección por VIH en México ni en Latinoamérica y, junto con el apego, representan un grupo de interrogantes por investigar a fondo en el estudio de las repercusiones de los tratamientos antirretrovirales. Además, en estudios previos se ha concluido que los efectos secundarios de los medicamentos antirretrovirales influyen negativamente en el apego y en la calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA. Contamos con la versión validada en español del cuestionario MOS-HIV que constituye un índice satisfactorio para medir objetivamente la calidad de vida en este contexto.

ALCANCE:

Dentro de los elementos fundamentales que constituyen la calidad de atención de la salud se describe la percepción de una mejor calidad de vida por parte del paciente. El estudio pretende alcanzar validez interna ya que se trata de un análisis de la población específica que recibe atención en la Clínica de VIH del INCMNSZ. Con los resultados completos pretendemos establecer un precedente para continuar con este tipo de investigaciones en otros centros o instituciones que atiendan rutinariamente pacientes con infección por VIH.

METODOLOGÍA:

a) Diseño del estudio:

Se trata de un estudio transversal, que se llevó a cabo mediante la aplicación del cuestionario *MOS-HIV* versión en español de forma autoaplicada, con la finalidad de eliminar el sesgo de cortesía. Se incluyó a los pacientes con infección por VIH que se encuentran inscritos en el Programa Gubernamental de Medicamentos hasta junio de 2007 y que acuden a consulta subsecuente en el INCMNSZ. El periodo de aplicación de cuestionarios inició en julio 2007 y se espera reunir a toda la población en un periodo de 60 días. Los pacientes ingresaron al estudio de forma consecutiva (al momento en que acudían a consulta o por medicamentos) por lo que la muestra no fue seleccionada. Además del cuestionario MOS-HIV se aplicó el cuestionario de apego ACTG ⁽²⁵⁾, el resto de la obtención de datos se llevó a cabo mediante revisión del expediente clínico. Durante el proceso de entrevista hubo un encuestador supervisor para asegurar el llenado correcto de los cuestionarios. Se obtuvo consentimiento verbal de los participantes para efectuar los reactivos. En todo momento la información será considerada estrictamente confidencial y nunca utilizada en perjuicio de alguien.

b) Definición del universo y tamaño de muestra:

Se incluyó de manera consecutiva a todos los pacientes que reciben medicamentos antirretrovirales mediante el Programa Gubernamental de Medicamentos inscritos en la Clínica de VIH-SIDA del INCMNSZ hasta junio del 2007.

c) Criterios de inclusión:

- Hombres o mujeres con infección documentada por VIH.
- Mayores de 18 años de edad.

- Que se encuentran recibiendo TAR.
- Que acuden a consulta subsecuente de Infectología-VIH o a recoger medicamentos en la clínica.
- Que acepten participar en el estudio.

d) Criterios de exclusión:

Pacientes analfabetas, pacientes con alguna enfermedad o impedimento que no les permita resolver adecuadamente el cuestionario (p. ej. demencia asociada a VIH, retraso mental, retinitis por CMV).

e) Criterios de eliminación:

Cuestionarios contestados de forma incompleta o incorrectamente.

f) Definición de variables y pruebas estadísticas:

La variable dependiente corresponde al apartado de calidad de vida que se midió a través de las dimensiones de CVRS que evalúa el cuestionario MOS-HIV. Las calificaciones totales se obtienen aplicando coeficientes de ponderación que proporcionan un resultado cuasidimensional comprendido en una escala del 1-100, donde los valores mayores corresponden a una mejor calidad de vida y viceversa. Tales dimensiones se pueden cuantificar a su vez en dos índices generales: salud física (ISF) y salud mental (ISM).

Las variables independientes corresponden a:

- Sociodemográficas*: Edad en años, género y situación laboral (empleado o desempleado), sitio de residencia (urbano o rural), escolaridad en años y autopercepción de apoyo social (bueno, regular o malo).
- Parámetros clínicos*: Fecha de diagnóstico (fecha de ELISA para VIH positiva), SIDA (según el criterio de CDC), tiempo de infección por VIH (meses o años), niveles de

linfocitos CD4 (cél/ μ l) y carga viral (detectable o indetectable con límite de 50 copias/ml) recientes, escala de funcionalidad de Karnofsky (evaluada de 0-100), factores de riesgo para adquirir la infección (hombres que tienen sexo con hombres, transfusional, uso de drogas intravenosas), nadir de CD4, presencia de comorbilidades, eventos asociados o definatorios de SIDA al momento del diagnóstico.

-Relacionadas con el tratamiento antirretroviral: Adherencia (buena o mala), tiempo de tratamiento (desde la fecha en que inició TARAA en meses o años) y número de tratamientos previos, combinación farmacológica (en base a inhibidores de proteasa, nucleósidos, no nucleósidos u otro esquema no convencional), efectos adversos.

Para la descripción de la muestra, las variables continuas se presentan como promedio \pm desviación estándar (DE) y como frecuencia y porcentaje para las variables categóricas. Inicialmente, se identificaron las variables que se asociaron significativamente con la mala calidad de vida (variable dependiente). Para tal propósito, se utilizaron las pruebas de *t-Student* o de la χ al cuadrado, según el tipo de variable. A pesar del número de participantes, se efectuaron también los análisis con pruebas no paramétricas. Posteriormente, se utilizaron las variables que resultaron significativas, de manera individual, en modelos binarios de regresión logística para probar su asociación independiente con la variable de interés (prueba de Wald). Las variables que resultaron significativas se emplearon para construir varios modelos según el grupo a que pertenecían las variables, ya fueran sociodemográficas, relacionadas con el tratamiento o parámetros clínicos. Estos grupos de variables se probaron mediante el análisis de regresión logística multifactorial para identificar las variables asociadas de forma independiente con la mala calidad de vida de los pacientes infectados con VIH. Finalmente, el análisis multifactorial se ajustó para otras variables potencialmente confusoras. Para verificar tanto el buen ajuste del modelo como el respecto a los postulados de base asumidos en la validez de la regresión se empleó el análisis de Hosmer-Lemeshow, así como el de los valores

residuales, ambos derivados de la regresión logística. Se empleó la razón de posibilidades (*odds ratio*, OR) como medida de asociación. El nivel de significación estadística utilizado fue $P < 0.05$ para reducir el efecto del azar en las asociaciones encontradas. Todos los análisis se realizaron mediante el paquete estadístico SPSS para Windows® (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos, v. 15.0).

RESULTADOS:

Análisis descriptivo:

En total hay 518 pacientes incorporados y en activo al Programa Gubernamental de medicamentos hasta julio de 2007. Se realizaron 250 cuestionarios de apego ACTG y MOS-HIV, se complementó la información mediante la revisión de 226 expedientes clínicos. Se calificaron los 226 cuestionarios de los expedientes revisados y este número corresponde a la muestra que reportamos en este escrito. En la tabla 1 se muestran los resultados descriptivos de la población.

- Variables sociodemográficas: Las mayoría fueron pacientes del género masculino con rango de edad entre 35 y 50 años; la mayor parte habita en medio urbano (casi todos en el Distrito Federal).

- Parámetros clínicos: Los hombres que tienen sexo con hombres constituyen el grupo que representa el factor de riesgo más común para adquirir la infección y aparentemente no hay usuarios de drogas intravenosas. La mayoría tuvo la primera prueba de ELISA para VIH positiva después del 2001. El 56.6% de la población analizada hasta el momento tuvo eventos asociados y/o definitorios de SIDA al momento del diagnóstico, de esta proporción, el 69.5% presentó dos o más eventos de forma concomitante. La frecuencia de tales eventos se graficó en la figura 1. La cuenta celular de linfocitos CD4+ es de 405.69 ± 228.76 (células/ μ l, promedio \pm DE), el 52% de la población se encuentra en estadio C de la enfermedad y 85.5% se encuentran indetectables (con límite inferior de detección 50 copias/ml). En base a la escala de funcionalidad de Karnofsky, el 86.2% de los pacientes califican en 100 su estatus con promedio y mediana de 97.9/80 respectivamente. Las comorbilidades están presentes en 72 pacientes (31.8%), las más frecuentes fueron diabetes mellitus (10 enfermos), hipertensión arterial (10 enfermos), infección por virus de hepatitis B (6 enfermos), infección por virus de hepatitis C (5 enfermos), trastorno depresivo (5 enfermos).

- Variables relacionadas con el TARA: El 58.4% de la población tiene esquema en

base a no nucleósidos y 36.7% en base a inhibidores de proteasa. La mayor parte de los pacientes tiene entre 1 y 9 años viviendo con la infección y el mismo rango de tiempo recibiendo TARAA. Los efectos adversos relacionados con el tratamiento aparecieron en 35% de la población y se graficaron en la figura 2. Solo el 8.4% de la población tiene mala adherencia al TARAA según el cuestionario de apego de ACTG.

Tabla 1. Características clínicas, sociodemográficas y relacionadas al tratamiento en el grupo de pacientes con infección por VIH incorporados al Programa Gubernamental de Medicamentos del INCMNSZ.

| | N (%) |
|---|---------------|
| Género | 226 (100) |
| <i>Femenino</i> | 30(13.27) |
| <i>Masculino</i> | 196(86.72) |
| Edad en años | 226 (100) |
| <i>[promedio±DE]</i> | [40.59±10.05] |
| 19-25 | 10(4.4) |
| 26-35 | 66(29.2) |
| 36-50 | 111(49.1) |
| 51-65 | 37(16.4) |
| 66-90 | 2(0.9) |
| Residencia | 226 (100) |
| <i>Urbano</i> | 218(96.5) |
| <i>Rural</i> | 8(3.5) |
| Factores de riesgo | 226 (100) |
| <i>Hombres que tienen sexo con hombres</i> | 156(69) |
| <i>Preferencia heterosexual</i> | 66(29.2) |
| <i>Transfusional</i> | 2(0.9) |
| <i>Más de un factor de riesgo</i> | 2(0.9) |
| <i>Drogas intravenosas</i> | 0 |
| Año de diagnóstico | 226(100) |
| 1980-89 | 6(2.7) |
| 1990-95 | 22(9.7) |
| 1996-2000 | 70(31) |
| 2001-2007 | 128(56.6) |
| Eventos iniciales al momento del diagnóstico | 128(56.6) |
| <i>Definitorio de SIDA</i> | 96(75) |
| <i>Asociado a SIDA</i> | 32(25) |
| Frecuencia de eventos iniciales al diagnóstico | 128(56.6) |
| <i>Un solo evento</i> | 39(30.4) |
| <i>Dos o más</i> | 89(69.5) |

| | |
|--|-----------------------|
| Número de linfocitos CD4+ recientes | 226(100) |
| (células/μl,media\pmDE) | [405.69 \pm 228.76] |
| <50 | 6(2.7) |
| 50-100 | 7(3.1) |
| 101-200 | 27(11.9) |
| 201-350 | 67(29.6) |
| 351-500 | 52(23) |
| >500 | 67(29.6) |
| Estadio clínico (según CDC) | 226(100) |
| A | 76(33.6) |
| B | 32(14.2) |
| C | 118(52.2) |
| Carga viral (no. de copias/ml) | 226(100) |
| Indetectable (menos de 50 copias) | 194(85.5) |
| Detectable (más de 50 copias) | 33(14.5) |
| Funcionalidad según escala de Karnofsky | 226(100) |
| Calificación mínima: 50 | 1(0.4) |
| Calificación máxima: 100 | 195(86.2) |
| [Promedio/mediana] | [97.9/80] |
| Presencia de comorbilidades | 72(31.8) |
| Una sola comorbilidad | 62(86.1) |
| Dos o más comorbilidades | 10(13.8) |
| Tratamiento antirretroviral en base a: | 226(100) |
| No nucleósidos/nucleótidos | 132(58.4) |
| Inhibidores de proteasa | 83(36.7) |
| Tres nucleósidos/nucleótidos | 3(1.3) |
| Esquema no convencional | 8(3.5) |
| Tiempo de infección | 226(100) |
| Menos de 6 meses | 2(0.9) |
| De 6 meses a un año | 7(3.1) |
| De 1-4 años | 85(37.6) |
| De 5-9 años | 92(40.7) |
| De 10-14 años | 22(9.7) |
| Más de 15 años | 18(8) |
| Tiempo de recibir TARAA | 226(100) |
| Menos de 6 meses | 12(5.3) |
| De 6 meses a un año | 11(4.9) |
| De 1-5 años | 114(50.4) |
| De 6-10 años | 78(34.5) |
| Más de 10 años | 11(4.9) |
| Efectos adversos al tratamiento | 79(35) |
| Apego irregular | 19(8.4) |

FIGURA 1. Eventos iniciales más frecuentes (N=113)

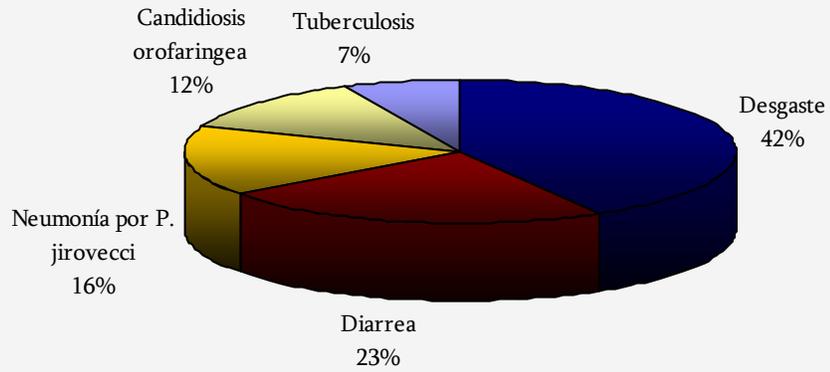
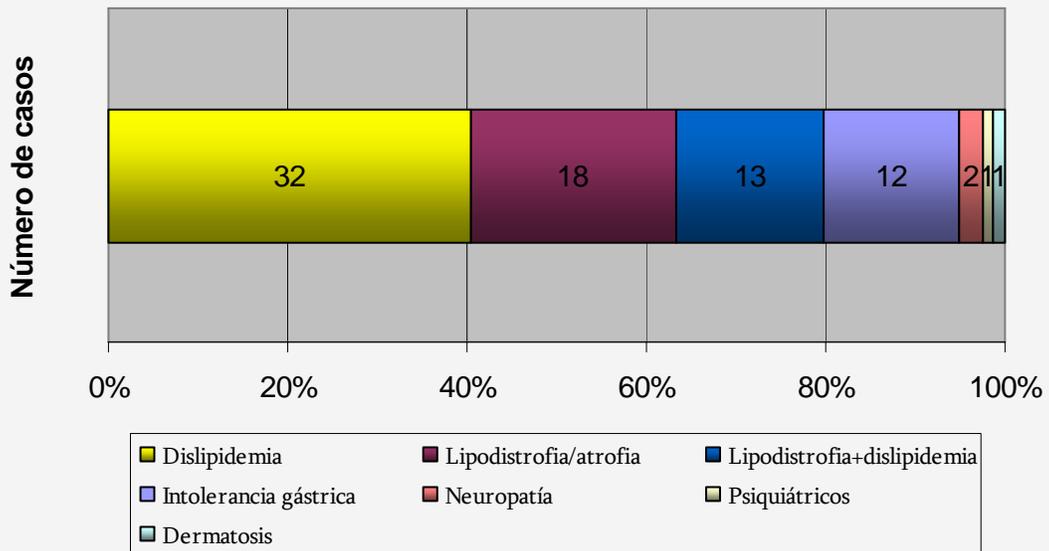


FIGURA 2. Frecuencia de eventos adversos (N=79)



Análisis de la variable dependiente (calidad de vida).

Tal como se describió en el apartado de metodología, se obtuvieron calificaciones de los once rubros que evalúan calidad de vida relacionada con la salud con resultados comprendidos en una escala del 1-100. Los valores mayores corresponden a una mejor calidad de vida y viceversa. De estas dimensiones se cuantificó a la vez dos índices generales, el índice de salud física y el índice de salud mental. Las frecuencias y comparación entre medias de estas variables se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Puntuaciones medias, desviaciones estándar (DE) e intervalos de confianza del 95% en las distintas subescalas y dimensiones del cuestionario MOS-HIV del grupo de pacientes que reciben TAR mediante el Programa Gubernamental de Medicamentos (INCMNSZ, junio 2007).

| Subescala o dimensión | Puntuación (promedio ± DE) | IC 95% |
|-------------------------------|---------------------------------------|---------------|
| <i>Percepción de la salud</i> | 61.40 ± 24.375 | 58.39 – 64.42 |
| <i>Dolor</i> | 81.03 ± 25.182 | 77.91 – 84.15 |
| <i>Calidad de vida</i> | 69.72 ± 21.784 | 67.01 – 72.43 |
| <i>Función de rol</i> | 90.12 ± 27.480 | 86.72 – 93.52 |
| <i>Función social</i> | 90.08 ± 21.237 | 87.44 – 92.71 |
| <i>Energía</i> | 76.23 ± 21.319 | 73.59 – 78.87 |
| <i>Salud mental</i> | 75.46 ± 19.673 | 73.02 – 77.91 |
| <i>Preocupación de salud</i> | 85.06 ± 18.953 | 82.71 – 87.41 |
| <i>Función cognoscitiva</i> | 83.73 ± 18.095 | 81.49 – 85.97 |
| <i>Transición de salud</i> | 73.71 ± 23.787 | 70.75 – 76.66 |
| <i>Función física</i> | 86.70 ± 19.779 | 84.25 – 89.15 |
| <i>Índice de salud física</i> | 54.73 ± 8.827 | 53.63 – 55.83 |
| <i>Índice de salud mental</i> | 53.60 ± 9.423 | 52.42 – 54.77 |

Para categorizar buena o mala calidad de vida nos basamos en los índices de salud derivados (ISF e ISM), por tratarse de una distribución no normal se tomó el cuartil 25 de la media de ambos índices y todo lo que calificó por debajo se catalogó como mala calidad de vida (tabla 3).

Tabla 3. Distribución y frecuencias de los índices de salud física y mental respecto a calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

| | | <i>Índice de salud física</i> | <i>Índice de salud mental</i> |
|------------------------------|-----------|-------------------------------|-------------------------------|
| <i>Promedios</i> | | 54.73 | 53.60 |
| <i>Desviaciones estándar</i> | | 8.827 | 9.432 |
| <i>Mínimo</i> | | 21 | 18 |
| <i>Máximo</i> | | 65 | 68 |
| <i>Percentiles</i> | <i>25</i> | 51.93 | 47.31 |
| | <i>50</i> | 57.51 | 55.60 |
| | <i>75</i> | 60.81 | 60.39 |

Con base en esto se relacionaron las variables con los índices de salud y mala CVRS. Las asociaciones que resultaron estadísticamente significativas mediante el análisis univariado (tabla 4) correspondieron, en cuanto al ISF: género femenino, tener edad mayor a 50 años, presentar un evento inicial al momento del diagnóstico, padecer enfermedades concomitantes (como factores de riesgo) y la práctica sexual de los hombres que tienen sexo con hombres (como factor protector). Para el ISM las asociaciones relevantes fueron el género femenino, presentar evento inicial al momento del diagnóstico y encontrarse en estadio C de la enfermedad (todos como factores de riesgo).

Tabla 4. Resultado del análisis univariado correspondiente a parámetros relacionados con buena y mala calidad de vida.

| | Índice de salud física | | OR (IC 95%) | p | Índice de salud mental | | OR (IC 95%) | p |
|---|------------------------|-------------------|----------------|--------------|------------------------|-------------------|----------------|-------------|
| | Buena CVRS n(%) | Mala CVRS n(%) | | | Buena CVRS n(%) | Mala CVRS n(%) | | |
| <i>Género femenino</i> | 18(56.3) | 14(43) | 2.7(1.2-5.9) | 0.008 | 19(54) | 13(40.6) | 2.3(1.1-5.1) | 0.02 |
| <i>Edad</i> | | | | | | | | |
| <i>Más de 35 años</i> | 114(77.6) | 33(22.4) | 0.75(0.4-1.4) | 0.38 | 115(78.2) | 32(21.8) | 0.6(0.3-1.2) | 0.23 |
| <i>Más de 50 años</i> | 24(63.2) | 14(36.8) | 2.1(1-4) | 0.045 | 28(73.7) | 10(26.3) | 1.1(0.5-2.5) | 0.7 |
| <i>Medio de residencia urbano</i> | 160(75.8) | 51(24.2) | 0.95(0.1-4.8) | 1 | 160(76) | 53(24) | 0.9(0.2-4.8) | 1 |
| <i>Factores de riesgo para adquirir VIH:</i> | | | | | | | | |
| <i>Hombres que tienen sexo con hombres</i> | 125(82) | 27(17.8%) | 0.3(0.18-0.6) | 0.001 | 120(78.9) | 32(21.1) | 0.5(0.3-1.1) | 0.1 |
| <i>Fecha de diagnóstico antes de la era HAART</i> | 18(66.7) | 9(33.3) | 0.6(0.2-1.4) | 0.23 | 19(70.4) | 8(29.6) | 0.7(0.3-1.7) | 0.5 |
| <i>Evento inicial al momento del diagnóstico CD4 recientes:</i> | | | | | | | | |
| <i>Menos de 200 células</i> | 24(72.7) | 9(27.3) | 0.82(0.3-2) | 0.6 | 22(66.7) | 11(33.3) | 0.6(0.2-1.3) | 0.18 |
| <i>Menos de 50 células</i> | 2(40) | 3(60) | 0.2(0.03-1.2) | 0.09 | 4(80) | 1(20) | 1.2(0.1-11) | 1 |
| <i>Estadio C (según CDC)</i> | 82(71.3) | 33(28.7) | 1.7(0.9-3.1) | 0.1 | 79(68.7) | 36(31.3) | 2.3(1.2-4.4) | 0.01 |
| <i>Carga viral detectable</i> | 23(74.2) | 8(25.8) | 1.1(0.4-2.6) | 0.8 | 20(64.5) | 11(35.5) | 2(0.8-4.3) | 0.1 |
| <i>Presencia de comorbilidades</i> | 45(63.4) | 26(36.6) | 2.6(1.3-4.9) | 0.003 | 52(73.2) | 19(26.8) | 1.2(0.6-2.3) | 0.5 |
| <i>Tiempo de infección mayor a 10 años</i> | 30(77) | 9(23) | 0.9(0.4-2.1) | 0.85 | 30(77) | 9(23) | 0.9(0.4-2.1) | 0.85 |
| <i>Esquema ARV en base a:</i> | | | | | | | | |
| - <i>No nucleósidos</i> | 97(75.8) | 31(24.2) | 1(0.5-1.8) | 0.9 | 101(78.9) | 27(21.1) | 0.6(0.3-1.2) | 0.2 |
| - <i>Inhibidores de proteasa</i> | 59(73.8) | 21(26.3) | 1.2(0.6-2.2) | 0.6 | 56(70) | 24(30) | 1.6(0.8-3) | 0.12 |
| - <i>Tres nucleósidos</i> | 2(66.7) | 1(33) | 1.5(0.1-17) | 0.56 | 2(66.7) | 1(33.3) | 1.5(0.1-17) | 0.56 |
| - <i>No convencional</i> | 8(100) | 0 | 0.7(0.6-0.8) | 0.2 | 7(87.5) | 1(12.5) | 0.4(0.05-3) | 0.6 |
| <i>Tiempo con TARAA:</i> | | | | | | | | |
| <i>Más de cinco años</i> | 63(74.1) | 22(25.9) | 1.1(0.6-2.1) | 0.6 | 67(78.8) | 18(21.2) | 0.7(0.4-1.4) | 0.4 |
| <i>Más de 10 años</i> | 6(54.5) | 5(45.5) | 2.7(0.8-9.5) | 0.14 | 6(54.4) | 5(45.5) | 2.7(0.8-9.5) | 0.14 |
| <i>Presencia de efectos adversos</i> | 54(71) | 22(29) | 1.4(0.7-2.7) | 0.2 | 55(72.4) | 21(27.6) | 1.3(0.7-2.5) | 0.38 |
| <i>Apego irregular</i> | 13(72) | 5(27.8) | 0.8(0.28-2.4) | 0.8 | 11(61.1) | 7(39.9) | 0.5(0.2-1.3) | 0.1 |

Se creó un análisis multivariado mediante regresión logística ingresando las variables que fueron significativas en los aspectos estadístico y clínico. Por ende, agregamos al modelo el tiempo de infección superior a 10 años, la cuenta más reciente de linfocitos CD4+ inferior a 50 células/ μ l, la presencia de efectos adversos y la adherencia irregular al TAR. En la escala física resultó que la ausencia de eventos iniciales al momento del diagnóstico constituye un factor predictor de buena calidad de vida y el recuento más reciente de linfocitos CD4+ inferior a 50 células predispone casi ocho veces a que el paciente experimente mala calidad de vida en tal esfera. En el aspecto de salud mental los hombres perciben mejor calidad de vida que las mujeres (tablas 5 y 6).

Tabla 5. Asociación de variables significativas con mala calidad de vida en el índice de salud física.

| | p | Razón de posibilidades [Odds ratio (OR)] | Intervalos de confianza (IC) al 95% | |
|--|--------------|---|--|---------------|
| | | | Inferior | Superior |
| <i>Género femenino</i> | 0.120 | 0.415 | 0.137 | 1.259 |
| <i>Homo/bisexualidad</i> | 0.235 | 1.665 | 0.718 | 3.858 |
| <i>Ausencia de evento inicial al momento del diagnóstico</i> | 0.025 | 0.364 | 0.150 | 0.881 |
| <i>Presencia de comorbilidades</i> | 0.188 | 0.602 | 0.282 | 1.283 |
| <i>Edad mayor a 50 años</i> | 0.227 | 0.541 | 0.200 | 1.466 |
| <i>Tiempo de infección >10 años</i> | 0.178 | 2.028 | 0.724 | 5.679 |
| <i>Cuenta de CD4 menor a 50 céls/μl</i> | 0.034 | 8.414 | 1.172 | 60.414 |
| <i>Presencia de efectos adversos</i> | 0.141 | 0.574 | 0.274 | 1.201 |
| <i>Apego irregular</i> | 0.722 | 0.778 | 0.195 | 3.098 |
| <i>Estadio C</i> | 0.916 | 0.953 | 0.391 | 2.325 |

Tabla 6. Asociación de variables significativas con mala calidad de vida en el índice de salud mental.

| | p | Razón de posibilidades [Odds ratio (OR)] | Intervalos de confianza (IC) al 95% | |
|--|--------------|---|--|--------------|
| | | | Inferior | Superior |
| <i>Género masculino</i> | 0.006 | 0.321 | 0.142 | 0.725 |
| <i>Homo/bisexualidad</i> | 0.890 | 0.951 | 0.466 | 1.940 |
| <i>Ausencia de evento inicial al momento del diagnóstico</i> | 0.356 | 0.675 | 0.293 | 1.554 |
| <i>Presencia de comorbilidades</i> | 0.576 | 1.238 | 0.585 | 2.620 |
| <i>Edad mayor a 50 años</i> | 0.868 | 1.081 | 0.430 | 2.721 |
| <i>Tiempo de infección >10 años</i> | 0.553 | 1.322 | 0.526 | 3.327 |
| <i>Cuenta de CD4 menor a 50 céls/μl</i> | 0.833 | 0.783 | 0.081 | 7.583 |
| <i>Presencia de efectos adversos</i> | 0.385 | 0.736 | 0.369 | 1.470 |
| <i>Apego irregular</i> | 0.527 | 1.501 | 0.426 | 5.286 |
| <i>Estadio C</i> | 0.067 | 0.452 | 0.193 | 1.057 |

CONCLUSIONES:

Este documento consiste en un avance preliminar en el cual se ha reunido casi a la mitad de la población que se pretende estudiar, y por lo tanto los resultados se deben considerar preliminares. Al reunir la totalidad de la muestra esperamos que el análisis consiga el poder estadístico suficiente para que las conclusiones sean más apegadas y reales que lo presentado hasta ahora.

Los resultados del estudio arrojan asociación entre el género, la cuenta baja de linfocitos CD4+ y la presentación con un evento inicial relacionado o asociado a SIDA con mala calidad de vida. Si bien al buscar inicialmente las asociaciones individuales muchas variables resultaron con significancia estadística, mediante el ajuste con regresión logística se observó que las mujeres, los pacientes que habían presentado un evento definitorio al inicio y los pacientes con CD4 muy bajos se asociaban en forma independiente a peor CV. La proporción de mujeres en nuestra población es pequeña (13.27%) mientras que a nivel mundial la proporción de mujeres afectadas es del 50% (1). El hecho que las mujeres experimenten mala percepción en su calidad de vida puede estar influido por muchos factores que deben ser explicados por medio de estudios psicológicos cualitativos apropiados.

El grupo de pacientes con cuentas de linfocitos CD4+ inferiores a 50 abarca a las personas con mayor mortalidad y quienes están más predispuestos a padecer efectos adversos al TAR (insuficiencia renal, lipoatrofia y neuropatía entre otros). En nuestra población no se detectaron cambios en la percepción de calidad de vida en los pacientes que presentan tales efectos, a pesar que son pocos casos en este reporte. Estos datos refuerzan el hecho de administrar medicamentos potentes con vidas medias prolongadas y posología fácil. De esta forma podemos concatenar la calidad de vida con la adherencia al tratamiento y los efectos secundarios.

Podemos concluir que la CVRS es un proceso dinámico que implica mejoría o deterioro a través del curso de la enfermedad. Siguiendo a varios pacientes a través del

tiempo se ha verificado, por ejemplo, que el TARA mejora las funciones relacionadas con salud mental a pesar que las funciones relacionadas con salud física no mejoren o incluso, sean menores que antes de la infección ⁽⁶⁾. Los resultados parecen variar entre los estudios publicados ya que las poblaciones son heterogéneas e influyen muchos factores sociodemográficos exógenos difíciles de medir.

Tal como se comentó anteriormente, el dolor es un síntoma prevalente en esta población, así como un efecto adverso de algunos tratamientos y cobra relevancia evaluar este concepto con mayor precisión. Otro elemento útil sería aplicar junto con el MOS-HIV el cuestionario de síntomas elaborado por el Dr. Wu. Este apartado requiere ser valorado incluyendo en el manejo multidisciplinario a un equipo neuropsiquiátrico para ver de forma objetiva la prevalencia de depresión y su impacto en CVRS de nuestros pacientes. Es alentador observar que los pacientes con varios años de tratamiento no tienen una menor percepción de su estado de salud, al igual que quiénes padecen comorbilidades o en quiénes el diagnóstico se hizo antes de la era HAART.

No se ha encontrado diferencia hasta el momento entre los diferentes esquemas de tratamiento y CVRS, aunque el diseño de este estudio no es el adecuado para dictaminar una aseveración entre los medicamentos. Parece pertinente implementar una medida para evaluar los efectos secundarios de Efavirenz como son las alteraciones en el sueño pues el cuestionario MOS-HIV no nos permite esa valoración.

No se encontró tampoco el desenlace esperado en cuanto a la adherencia, probablemente porque hace falta reunir la totalidad de la muestra para que esto se vea reflejado.

Pensamos que se debe aplicar el instrumento en estudios longitudinales como alguno que incluya pacientes vírgenes a recibir TAR y que padecen enfermedad avanzada, entre otras propuestas. Esperamos que este precedente sirva para mejorar la

calidad de la atención en estos rubros que son poco atendidos. Sigue siendo un área poco estudiada y que cobra importancia cardinal por lo ya comentado: a pesar que al día de hoy la infección por VIH no es curable, los tratamientos son efectivos para mejorar de manera sustancial la salud y la percepción que tienen los pacientes de su estado físico.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Simon V, et al. *HIV/AIDS epidemiology, pathogenesis, prevention and treatment*. Lancet 2006; 368:489-504.
2. <http://www.cdc.org/hrqol/>
3. Walke L, et al. *The association of symptoms with health outcomes in chronically ill-adults*. Journal of Pain and Symptom Management;33(1) Jan 2007.
4. Sánchez-Nuncio HR, et al. *Medical Outcomes Study modificado, validación para evaluar la calidad de vida del paciente con sida*. Rev Med IMSS 2002;40(3):197-201.
5. Lin M, et al. *Incorporating Quality of Life Measures in HIV Clinical Trials*. HIV Clin Trials 2002;3(3):202-18.
6. Liu Ch, et al. *Predictors for Lower Quality of Life in the HAART Era Among HIV-Infected Men*. JAIDS 42(4):470-477, August 1, 2006.
7. Liu Ch, et al. *Impacts of HIV infection and HAART use on quality of life*. Quality of Life Research 15(6):941-949, August 2006.
8. Steel JL, et al. *Effects of Lipodystrophy on Quality of Life and Depression in HIV-Infected Men on HAART*. AIDS Patient Care and STDs 20(8):565-75, Aug 2006.
9. Casado A, et al. *Highly active antiretroviral therapy (HAART) and Health-Related Quality of Life in Naïve and Pretreated HIV-infected Patients*. HIV Clin Trials 2001;2(6):477-83.
10. Aldaz P, et al. *Cambios en la mortalidad y en las causas de defunción en las personas con diagnóstico de infección por el VIH, 1985-2004*. Enferm Infecc Microbiol Clin 2007;25(1):5-10
11. Galindo Puerto MJ, et al. *La comorbilidad como factor limitante del TARGA*. Enf Infecc Microbiol Clin.2006;24 (Supl 2.):1-12.
12. Préau M, et al. *Health-related quality of life in French people living with HIV in 2003: result from the national ANRS-EN12-VESPA Study*. AIDS 2007, 21(suppl 1):S19-S27.
13. Miners A, et al. *Health-Related Quality of Life in Individuals Infected with HIV in the Era of HAART*. HIV Clin Trial 2001;2(6):484-92.
14. Clotet B, et al. *Adherence, quality of life, and general satisfaction with co-formulated zidovudine, lamivudine, and abacavir on antiretroviral-experienced patients*. HIV Clin Trials 2004;5(1):33-39.
15. Storm D, et al. *Protease Inhibitor Combination Therapy, severity of illness and quality of life among children with perinatally acquired HIV-1 infection*. Pediatrics 115(2):173-183, feb 2005.
16. Remor E. *Apoyo social y calidad de vida en la infección por VIH*. Aten Primaria 2002.jul-ago.30(3):143-9.
17. Delate T et al. *The use of 2 Health-Related quality of life measures in a sample of persons infected with Human Immunodeficiency Virus*. CID 2001;32(1 february).
18. Hughes J, et al. *The Health-Related quality of life of people living with HIV/AIDS*. Disabil Rehabil. 2004 Mar 18;26(6):371-6.

19. Ruiz-Pérez I, et al. *Estado clínico, adherencia al TARGA y calidad de vida en los pacientes con infección por VIH tratados con antirretrovirales*. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005; 23(10):581-5.
20. Lorenz K, et al. *Changes in symptoms and health-related quality of life in a nationally representative sample of adults in treatment for HIV*. *Qual Life Res* (2006) 15:951-958.
21. Mrus J, et al. *Health-related quality of life in veterans and non veterans with HIV/AIDS*. *J Gen Intern Med* 2006; 21:S39-47.
22. Tarlov A, et al. *The Medical Outcome Study, an application of methods for monitoring the results of Medical Care*. *JAMA* 1989;262(7):925-30
23. Wu A. *MOS-HIV Health Survey Users Manual*. Johns Hopkins University, 1996-99.
24. Peña de León E. *Validación mexicana de la escala MOS-HIV de calidad de vida en pacientes infectados por el VIH*. *Rev Panam Salud Publica* 21(5),2007.
25. <http://goodquestions.ucsf.edu/tools/surveys/pdf/2098.4188.pdf> (ACTG Adherence Follow Up Questionnaire).

CUESTIONARIO MOS-HIV

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE.

Por favor, responda a cada una de las siguientes preguntas poniendo esta señal "x" en la casilla correspondiente.

1. En general, usted diría que su salud es:
(marque una sola respuesta)

- | | | |
|-----------|---|--------------------------|
| Excelente | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Muy buena | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Buena | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Regular | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Mala | 5 | <input type="checkbox"/> |

2. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas dos semanas?
(marque una sola respuesta)

- | | | |
|--------------|---|--------------------------|
| Ningún dolor | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Muy poco | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Poco | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Moderado | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Severo | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Muy severo | 6 | <input type="checkbox"/> |

3. Durante las dos últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

(marque una sola respuesta)

- | | | |
|----------|---|--------------------------|
| Nada | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Un poco | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Regular | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Bastante | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Mucho | 5 | <input type="checkbox"/> |

4. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual ¿le dificulta hacer esas actividades? Si es así, ¿cuánto?

| (marque una casilla en cada pregunta) | SÍ , se me dificulta mucho (1) | SÍ , se me dificulta un poco (2) | NO , no se me dificulta nada (3) |
|---|--|--|--|
| a. El tipo o cantidad de esfuerzos intensos que puede hacer, como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes muy fuertes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. El tipo o la cantidad de esfuerzos moderados que puede hacer como mover una mesa y cargar la bolsa del mandado. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Subir una cuesta o varios pisos por la escalera. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Agacharse o levantar algo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Caminar una cuadra (unos 100 metros). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Comer o bañarse o ir al baño o vestirse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Su salud, ¿le impide hacer su trabajo, tareas domésticas o ir a la escuela?
(marque una sola respuesta)

Sí 1

No 2

6. ¿Hay algún tipo de trabajo, tarea doméstica o deberes escolares que no haya podido hacer a causa de su estado de salud?
(marque una sola respuesta)

Sí 1

No 2

En cada una de las siguientes preguntas, señale, por favor, la casilla de la respuesta que se acerque más a cómo se ha sentido durante las dos últimas semanas.

| | Siempre 1 | Casi siempre 2 | Muchas veces 3 | Algunas veces 4 | Sólo alguna vez 5 | Nunca 6 |
|--|--------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------|------------|
|--|--------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------|------------|

7. Durante las últimas dos semanas, ¿Cuántas veces su salud le ha dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o parientes cercanos)?

| | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

8. Durante las dos últimas semanas ¿Cuántas veces...

a. estuvo muy nervioso?

| | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

b. se sintió calmado y tranquilo?

| | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

c. se sintió desanimado y triste?

| | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

d. se sintió feliz?

| | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

e. se sintió tan decaído que nada podía animarle?

| | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

En cada una de las siguientes preguntas, señale, por favor, la casilla de la respuesta que se acerque más a cómo se ha sentido durante las dos últimas semanas.

| | Siempre 1 | Casi siempre 2 | Muchas veces 3 | Algunas veces 4 | Sólo algunas veces 5 | Nunca 6 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 9. Durante las últimas dos semanas ¿Cuántas veces... | | | | | | |
| a. se sintió lleno de vida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. se sintió agotado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. se sintió cansado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. tuvo fuerzas suficientes para hacer lo que quería hacer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. se sintió agobiado por sus problemas de salud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. se sintió desanimado por sus problemas de salud | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. llegó a perder la esperanza por sus problemas de salud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. llegó a tener miedo dado su estado de salud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Siempre 1 | Casi siempre 2 | Muchas veces 3 | Algunas veces 4 | Sólo algunas veces 5 | Nunca 6 |
|--------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------------|------------|
|--------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------------|------------|

10. En las últimas dos semanas, ¿Cuántas veces...

a. ha tenido usted dificultad al analizar y resolver problemas, por ejemplo al hacer planes, tomar decisiones o aprender cosas nuevas?

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

b. ha olvidado usted cosas que habían pasado recientemente, por ejemplo, el lugar donde había dejado las cosas o la fecha en que tenía citas?

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

c. ha tenido usted dificultades para mantener su atención al hacer una tarea durante mucho tiempo?

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

d. ha tenido usted dificultades a la hora de concentrarse y pensar al hacer una tarea?

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

| Totalmente cierta 1 | Muy cierta 2 | No lo sé 3 | Muy falsa 4 | Totalmente falsa 5 |
|---------------------------|--------------------|------------------|-------------------|--------------------------|
|---------------------------|--------------------|------------------|-------------------|--------------------------|

a. Estoy un poco enfermo.

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

b. Estoy tan sano como cualquiera.

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

c. Mi salud es excelente.

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

d. Me encuentro mal últimamente.

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

12. ¿Cómo calificaría su calidad de vida en las últimas dos semanas?
Es decir ¿Cómo le han ido las cosas?
(marque una sola respuesta)

Muy bien, no podrían haber ido mejor. 1

Bastante bien. 2

Cosas buenas y cosas malas, un poco de todo. 3

Bastante mal. 4

Muy mal, no podrían haber ido peor. 5

13. Comparada con la de hace dos semanas, su salud física y emocional ahora es...
(marque una sola respuesta)

Mucho mejor. 1

Algo mejor. 2

Más o menos igual. 3

Algo peor. 4

Mucho peor. 5

GRACIAS