



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

TESIS DE POSGRADO

**EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA
PRIMARIA EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS VIH
POSITIVOS, ATENDIDOS POR LOS MÉDICOS DE LA CLÍNICA
DE VIH DEL INCMNSZ**

QUE PARA OBTENER EL GRADO EN LA ESPECIALIDAD DE
INFECTOLOGÍA

PRESENTA:

DRA. MARÍA JOSÉ REYES FENTANES

TUTOR DE TESIS

DRA. BRENDA ELOISA CRABTREE RAMÍREZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO

DR. GUILLERMO MIGUEL RUÍZ PALACIOS

MÉXICO, D. F. JULIO 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

-

DR. SERGIO PONCE DE LEÓN ROSALES

DIRECTOR DE ENSEÑANZA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

-
DR. GUILLERMO MIGUEL RUÍZ PALACIOS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE INFECTOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FACULTAD DE MEDICINA

-
DRA. BRENDA ELOISA CRABTREE RAMÍREZ
COORDINADORA DE TESIS
MÉDICO ADSCRITO DE INFECTOLOGÍA
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
HIPÓTESIS	11
METODOLOGÍA	12
RESULTADOS	20
TABLAS DE RESULTADOS	24
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	28
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFÍA	36

INTRODUCCIÓN

La infección por VIH-1 se ha convertido en una enfermedad crónica a partir del inicio de TARA, que es de interés para la salud pública en todo el mundo.

Actualmente existen aproximadamente 34 millones de personas que viven con VIH en todo el mundo. Se ha reportado que hasta el 19% de infecciones nuevas por VIH ocurren en personas mayores de 55 años.¹

A nivel mundial el 10% de la población con VIH es mayor de 50 años. En nuestro país, de acuerdo a cifras de CENSIDA, el 12.6% de la población con VIH tiene más de 50 años.²

En la clínica de VIH del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán el total de pacientes activos es de 1602, de los cuales 385 tienen 50 años o más, lo que representa el 24%, una prevalencia incluso mayor de lo reportado a nivel mundial y a nivel nacional.

A partir del inicio de tratamiento con terapia antirretroviral altamente activa el curso de esta enfermedad ha cambiado, de ser una enfermedad potencialmente catastrófica donde los pacientes presentaban manifestaciones definitorias de SIDA en etapas tempranas y alta mortalidad, a ser una enfermedad crónica con aumento en la esperanza de vida de estos pacientes.³

Actualmente estamos viendo que los pacientes con VIH alcanzan la edad de adulto mayor y las enfermedades no comunicables son la mayor causa de morbi-mortalidad en este periodo, principalmente en países desarrollados. Estas enfermedades

suelen ser prevenibles y/o controlables, por lo que representan un campo de oportunidad dentro de la atención médica.⁴

Los cambios relacionados al envejecimiento inician de forma más temprana en las personas que viven con VIH que en la población libre de la enfermedad. En promedio estos cambios se presentan entre 5 y 10 años antes. Como consecuencia de esto, también las enfermedades no comunicables y sus complicaciones aparecen en edades más tempranas en el grupo de pacientes que viven con VIH. Tomando esto en cuenta, el escrutinio oportuno de estas enfermedades cobra una especial importancia en esta población.

Las enfermedades no comunicables son enfermedades no infecciosas, crónicas, de larga evolución, de lenta progresión, prevenibles y que involucran factores de riesgo relacionados con el estilo de vida. Estas enfermedades no comunicables engloban padecimientos crónicos relacionados con el envejecimiento, enfermedades metabólicas, enfermedades cardiovasculares y neoplasias malignas.

Los países subdesarrollados tienen el mayor número de pacientes con enfermedades no comunicables contribuyendo aproximadamente con el 80% de muertes relacionadas con enfermedades no comunicables. Un tercio de éstas muertes se presentan antes de los 60 años.

El grupo de pacientes con VIH tiene mayor riesgo que la población seronegativa de presentar enfermedades cardiovasculares, neoplasias malignas no definitorias de SIDA, osteoporosis, dislipidemia, intolerancia a los carbohidratos, trastornos neuropsiquiátricos y adicciones. Este riesgo mayor es secundario al proceso de inflamación crónica que acompaña a la infección por VIH, de la mayor frecuencia de

infecciones asociadas (Virus de papiloma humano) y de efectos secundarios de la terapia antirretroviral.

Las terapia antirretroviral altamente activa (TARAA) contribuye a estas alteraciones ya que se relaciona con cambios en la morfología corporal (lipohipertrofia, lipoatrofia), anormalidades en lípidos, alteración del metabolismo de la glucosa, acidosis láctica y disminución de la densidad mineral ósea. A pesar sus efectos secundarios, el beneficio de la terapia antirretroviral supera el riesgo de estas alteraciones metabólicas.

Las personas que viven con VIH tienen 3 características que los predisponen a tener enfermedades no comunicables en comparación con la población no VIH: 1. La propia infección por VIH, 2. Los efectos de la terapia antirretroviral y 3. El proceso prematuro de envejecimiento.⁵

En el pasado, las enfermedades se consideraban como infecciosas ó crónicas (no comunicables), sin embargo el VIH ha venido a cambiar este paradigma al tratarse de una enfermedad infecciosa, de curso crónico cuando se controla con TARAA y rodeada de enfermedades no comunicables. Principalmente en países subdesarrollados los principales problemas de salud son el VIH y las enfermedades no comunicables. Siguiendo esto, la atención de la salud actualmente debe enfocarse al cuidado de estas dos áreas.

Las enfermedades crónicas comparten similitudes en cuanto a sus factores de riesgo, progresión y manejo. El mayor factor de riesgo para VIH son las conductas sexuales de riesgo. Los mayores factores de riesgo para las enfermedades no comunicables son una mala dieta, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo. Las

estrategias para prevenir estas enfermedades deben de estar dirigidas a modificar estos comportamientos y estilo de vida.

Los efectos tanto del VIH, como de las enfermedades no comunicables progresan a lo largo del tiempo. El manejo de VIH y de as enfermedades crónicas debe enfocarse en fomentar conductas saludables los principales elementos para la prevención y manejo de VIH y de las enfermedades crónicas debe incluir apoyo familiar involucro del paciente y seguimiento médico continuo.

El infectólogo que dá seguimiento a estos pacientes suele ser el médico de primer contacto y muchas veces el único involucrado en la atención de este grupo, por lo que debe estar familiarizado con este tipo de padecimientos crónicos y tomar acciones para el escrutinio y prevención de estas enfermedades y para su tratamiento de forma temprana y oportuna una vez que se han manifestado.

El grupo de edad susceptible a estos padecimientos son los pacientes mayores de 50 años.

Las medidas de atención médica primaria que deben recibir los pacientes con VIH están especificadas en las Guías de atención primaria para pacientes con VIH de la Asociación de Medicina de VIH de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas, última actualización publicada en noviembre del 2013. (IDSA Guidelines 2013).

Planteamiento del problema:

¿Con qué frecuencia los médicos infectólogos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán están solicitando estudios y tomando mediciones para hacer escrutinio de enfermedades crónico-degenerativas y neoplasias no asociadas a SIDA en los pacientes con VIH mayores de 50 años atendidos en la clínica del Instituto? ¿Existe algún factor que se asocie a un mayor cumplimiento de estas medidas en este grupo de pacientes?

Justificación:

En la clínica de VIH del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán existen 385 pacientes que tienen 50 años o más, lo que representa el 24% de su población de pacientes con VIH activa, es decir, que acuden al menos a una consulta en el último año. Con el TARA y los cuidados de atención de los pacientes con VIH cada vez la población mayor de 50 años irá en incremento. Dentro del INCMNSZ los médicos infectólogos son los encargados de la atención del paciente con VIH y muchas veces el único médico involucrado en sus cuidados. Es importante que el médico infectólogo esté familiarizado con las enfermedades no comunicables y que el realizar pruebas de escrutinio para éstas, conocer su tratamiento y seguimiento forme parte de su práctica diaria. Es necesario conocer si en los años previos a este estudio los médicos infectólogos han cumplido con los estándares de cuidados de atención médica primaria en el grupo de pacientes mayores de 50 años con VIH. Una vez conociendo esto se podrá planear una estrategia-herramienta que mejore el cumplimiento de estos cuidados de atención primaria.

Objetivo General:

Determinar en forma retrospectiva el apego a mediciones y estudios de escrutinio recomendadas en guías internacionales como estrategia de prevención de enfermedades no comunicables en los pacientes con VIH a partir de los 50 años de edad por parte del grupo de infectología del INCMNSZ.

Objetivos específicos:

1. Conocer el porcentaje de estudios y mediciones que se realizan en este grupo de pacientes.
2. Comparar la proporción de escrutinio de cada una de las enfermedades por género.
3. Determinar si alguna de las variables dependientes se asocia con un cumplimiento mayor del 80% de las mediciones que se deben solicitar en estos pacientes.

Hipótesis:

Los pacientes mayores de 50 años que son atendidos en la clínica de VIH del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) reciben atención médica primaria inadecuada.

El apego al escrutinio enfermedades como hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus y dislipidemia es mejor que el apego al escrutinio de enfermedades malignas, osteoporosis y riesgo cardiovascular.

Menos del 50% de los pacientes cumplen con el 80% de los estudios que deberían realizarse como escrutinio. Existen características sociodemográficas asociadas con un mejor apego al escrutinio en estos pacientes: género masculino, <200 CD4 al diagnóstico, historia de infecciones oportunistas, historia de VPH, tabaquismo, alcoholismo, uso de drogas, <200 CD4 en la última visita a la clínica.

Metodología:

Diseño del estudio: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

Lugar: Clínica de VIH, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Universo: Todos los pacientes de 50 años y mayores que pertenezcan a la clínica de VIH del INCMNSZ. Que hayan acudido a consulta por lo menos una vez entre Enero de 2013 y Octubre 2014 (Pacientes activos).

Tamaño de la muestra: 385 pacientes.

Se sometió el estudio a evaluación por parte del Comité de Ética del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y fue aprobado por éste.

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de infección por VIH-1 documentada
- Pacientes que pertenezcan a la Clínica de VIH del INCMNSZ.
- Pacientes que hayan cumplido 50 años al momento del estudio.
- Pacientes que hayan acudido por lo menos una vez a consulta en el periodo comprendido entre Enero 2013 y Octubre 2014.

Criterios de exclusión:

- Aquellos pacientes que han sido diagnosticados con alguna de las enfermedades de interés en prevenir (Hipertensión arterial, Diabetes, Dislipidemia, Cáncer de colon, Cáncer mama, Infección por Virus del Papiloma Humano, Cáncer Cervico-uterino, Cáncer anal, Osteoporosis) no serán tomados en cuenta para el análisis del escrutinio de esa enfermedad en particular, sin embargo, se tomarán en cuenta para el resto de las variables.

Variables independientes:

- a) Edad
- b) Género
- c) Edad al diagnóstico de VIH
- d) Tiempo de atención en la Clínica de VIH del INCMNSZ
- e) Cuenta de CD4 al diagnóstico
- f) Historia de infecciones oportunistas
- g) Escolaridad
- h) Nivel socioeconómico
- i) Factor de riesgo de adquisición de VIH

- j) Historia de adicciones
- k) Última cifra de control de CD4
- l) Historia familiar de cáncer y enfermedad cardiovascular
- m) Otras infecciones: Hepatitis, tuberculosis, VPH, otras ETS
- n) Enfermedades crónicas: DM, Dislipidemia, hipertensión arterial, obesidad, enfermedad renal crónica, cáncer, osteoporosis

Variables dependientes:

La variable dependiente es la proporción de cumplimiento con los estudios y mediciones que se solicitan para cada una de las enfermedades no comunicables que se deben buscar en esta población. Estas medidas las tomamos de las Guías de atención primaria para pacientes con VIH de la Asociación de Medicina de VIH de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas, última actualización publicada en noviembre del 2013. (IDSA Guidelines 2013):

Las principales recomendaciones en estas guías son las siguientes:

- Toma de presión arterial sistémica anual.
- Glucosa de ayuno o Hemoglobina glucosilada A1C cada 6 a 12 meses.
- Perfil de lípidos en ayuno cada 6 a 12 meses.
- Escrutinio de cáncer de colon: a partir de los 50 años en pacientes con riesgo promedio.
- Mastografía anual en todas las mujeres a partir de los 50 años.
- Citología cervico vaginal anual después de dos citologías negativas el primer año posterior al diagnóstico de VIH.

- Densitometría ósea basal en mujeres postmenopáusicas y en hombres a partir de los 50 años de edad.⁶

En nuestro estudio se evaluó el apego a las siguientes mediciones y estudios que se deben solicitar en esta población de pacientes:

- a) Hipertensión arterial: toma de presión arterial anual.
- b) Dislipidemia: perfil de lípidos anual.
- c) Glucosa de ayuno alterada ó Diabetes mellitus: Glucosa de ayuno ó Hemoglobina glucosilada anual.
- d) Cáncer de colon: Colonoscopia cada diez años.
- e) Cáncer de mama: mastografía anual.
- f) Cáncer cérvico-uterino: citología cérvico-vaginal anual.
- g) Cáncer anorrectal: citología anal anual.
- h) Osteoporosis: densitometría ósea en una ocasión a partir de los 50 años.
- i) Riesgo cardiovascular: de acuerdo a escala de Framingham.

Recolección de datos:

Se recolectarán los datos demográficos del expediente físico y electrónico de cada paciente. Para cada uno de los pacientes de la población se evaluará que las siguientes mediciones y estudios de escrutinio se hayan solicitado y realizado por lo menos una vez a partir de que cumplieron 50 años de edad:

1. Toma de presión arterial
2. Perfil de lípidos
3. Glucosa de ayuno ó hemoglobina glucosilada
4. Densitometría ósea

5. Mastografía (mujeres)
6. Citología cervico vaginal (Mujeres)
7. Citología anal (Pacientes que practiquen sexo anal)
8. Colonoscopia, Sigmoidoscopia o sangre oculta en heces
9. Riesgo cardiovascular calculado por Framingham

Para cada uno de los pacientes de la población se evaluará que las siguientes pruebas de escrutinio se hayan solicitado y realizado por lo menos una vez en el último año de consultas, de acuerdo a las fechas en las que ha acudido cada uno de los pacientes a consultas en la Clínica, en el periodo comprendido entre Enero 2013 y Octubre 2014.

1. Toma de presión arterial
2. Perfil de lípidos
3. Glucosa de ayuno ó hemoglobina glucosilada
4. Mastografía
5. Citología cervico vaginal (Mujeres)
6. Citología anal (Pacientes que practiquen sexo anal)
7. Densitometría
8. Riesgo cardiovascular calculado por Framingham

Se realizará revisión de expedientes de los pacientes de la población y recolección de datos sobre las pruebas de escrutinio que se solicitaron y realizaron de forma adecuada en el último año o alguna vez desde que el paciente cumplió 50 años, previo a nuestra intervención. Se revisarán las notas médicas escritas físicamente en el

expediente y las notas médicas del expediente electrónico para recolectar información sobre toma de presión arterial durante la consulta y los estudios de laboratorio (Perfil de lípidos, Glucosa de ayuno o Hemoglobina glucosilada, Sangre oculta en heces), imagen (Mastografía), Endoscopia (Colonoscopia o sigmoidoscopia), Patología (Citología cervico-vaginal, Citología anal), densitometría ósea, según corresponda y que se hayan referido en las notas.

Búsqueda de resultados de estudios solicitados y realizados en el expediente físico y en el sistema electrónico alguna vez desde que el paciente cumplió 50 años y en el último año: Laboratorio (Perfil de lípidos, Glucosa de ayuno o Hemoglobina glucosilada, Sangre oculta en heces), imagen (Mastografía), endoscopia (Colonoscopia o sigmoidoscopia), patología (Citología cervico-vaginal, Citología anal), Densitometría ósea.

Análisis de resultados:

Se hará una medición transversal para cada una de las variables. Se utilizará estadística descriptiva para las características demográficas de la población, historia médica, características basales al diagnóstico de VIH y durante su evolución, comorbilidades, coinfecciones, adicciones e historia familiar de enfermedades (**Tabla 1**). Se recolectarán los siguientes datos sobre los pacientes: género, edad, edad al diagnóstico, tiempo atención en la clínica de VIH del INCMNSZ, nacionalidad, factor de riesgo para adquisición de VIH, cifra de CD4 al diagnóstico, historia de infecciones oportunistas, escolaridad, nivel socioeconómico, adicciones (tabaco, alcohol, drogas), otras infecciones (Hepatitis B y C, Tuberculosis, VPH, otras enfermedades de transmisión sexual), historia familiar de cáncer, historia familiar de enfermedad

cardiovascular, historia de enfermedades crónicas (Diabetes mellitus, dislipidemia, hipertensión arterial, obesidad, enfermedad cardiovascular, cáncer, osteoporosis), cifra de CD4 al momento de la última consulta.

Posteriormente se comparará el porcentaje de estudios realizados en el grupo de población femenina contra el grupo de población masculina. Se compararán para alguna vez desde que cumplieron 50 años (**Tabla 2**) y para el último año (**Tabla 3**). Las proporciones se obtendrán mediante prueba de chi cuadrada y prueba exacta de Fischer.

Del total de 9 mediciones de escrutinio para enfermedades crónicas que consideramos (Toma de presión arterial, perfil de lípidos, medición de glucosa, colonoscopia, densitometría, citología anal, citología cervical, mastografía y cálculo de riesgo cardiovascular) corresponden 8 mediciones para las mujeres (eliminando citología anal) y 7 mediciones para los hombres (eliminando mastografía y citología cervical). Se consideró una cantidad adecuada de estudios a los pacientes que contaban con >80% de estas mediciones. Este valor se eligió de forma arbitraria. Para las mujeres este porcentaje corresponde a 7 estudios y para los hombres a 6 estudios por lo menos, en el análisis de alguna vez desde que cumplió 50 años.

Para el análisis del último año se tomaron en cuenta 8 mediciones eliminando la colonoscopia, pues ésta está indicada realizarse en intervalos de cada 10 años. Se considero también un escrutinio adecuado si se cumplía con el 80% de las mediciones. Para las mujeres este porcentaje corresponde a 6 estudios y para los hombres 5 estudios.

Para cada una de las variables independiente se realizó un modelo de regresión logística univariado para encontrar si alguna de las características de la población se asociaba de forma favorable al cumplimiento de >80% de las mediciones de escrutinio. De este análisis se obtuvo el valor de razón de momios (OR), se calcularon los intervalos de confianza y se consideraron asociaciones estadísticamente significativas aquellas con un valor de $p < 0.10$. **(Tabla 4)**.

Se realizó un modelo de regresión logística multivariado incluyendo las variables demográficas y las variables estadísticamente significativas en el análisis univariado. Se obtuvo el valor de razón de momios (OR) para cada una de las variables, se determinaron los intervalos de confianza y se consideró una $p < 0.05$ como estadísticamente significativa. **(Tabla 5)**.

El análisis estadístico de los datos se hizo mediante Stata 11.

Resultados:

De los 385 pacientes no se logró recolectar la información completa de 30 pacientes, por lo que se excluyeron del estudio. Se analizaron los datos de 355 pacientes. En cuanto a las características demográficas la media de edad fue de 58.1 años, con una media de edad al momento del diagnóstico de VIH de 45.6 años. El tiempo promedio de atención en la clínica de VIH del INCMNSZ fue de 10.9 años. La mayoría de nuestra población son hombres en un 84.4% (299) y de nacionalidad mexicana el 97.5% (346). Al momento del diagnóstico de VIH el 40.6% (144) de los pacientes tenían menos de 200 CD4. El 53% (188) de nuestros pacientes tuvieron alguna enfermedad oportunista al ingreso a la Clínica de este Instituto. El 73% (259) de la población tuvo un nivel escolar mayor de 9 años y nivel socioeconómico medio 57.2% (203). La principal vía de transmisión fue homosexual/bisexual, es decir, Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) en un 63.7% (226), seguido del heterosexual en 31.8% (113). En cuanto a las adicciones el tabaquismo y la ingesta de alcohol fueron muy frecuentes en la población de estudio, en un 56.6% y 59.7% respectivamente. En cuanto al último control de CD4 de los pacientes analizados, el 43.4% (154) se encontró entre 200 y 500 y el 23.10% (82) por arriba de 500. El 32.7% (116) y el 35.5% (126) de los pacientes, tienen el antecedente familiar de cáncer y enfermedad cardiovascular, respectivamente. En cuanto a otras infecciones 12.7% (45) tuvieron Hepatitis B ó C, 14.5% (51) tuberculosis, 16.34% (58) VPH y 27.5% (133) otras enfermedades de transmisión sexual, principalmente sífilis. En cuanto a la prevalencia de enfermedades crónicas en este grupo de pacientes encontramos los siguientes valores: 26.8% para Diabetes mellitus, 56.6% para dislipidemia, 25.5% para hipertensión arterial sistémica, 14.7% para neoplasias malignas, 10.7% para enfermedad

renal crónica, 29.6% para obesidad, 13.24% para osteoporosis y 7.9% para enfermedad cardiovascular.

Se calculó el porcentaje que se realizó de cada una de las mediciones alguna vez desde que los pacientes cumplieron 50 años y se separaron por género, encontramos los siguientes valores: de las 56 mujeres incluidas en el estudio el 100% tuvo medición de presión arterial, glucosa y perfil de lípidos. Por otro lado, la densitometría ósea se realizó únicamente en el 55.4% (31). En cuanto al escrutinio de enfermedades malignas se realizó mastografía en el 87.5% (49) y citología cervical en el 91.1% (51), sin embargo la colonoscopia se realizó solamente en el 21.4% (12) de los casos. Se calculó el riesgo cardiovascular solamente en el 10.7% (6) de las pacientes. En cuanto a los cuidados relacionados con el VIH como son vacunación, VDRL y PPD se realizaron en el 98.2% (55), 94.6% (53) y 91.1 (51) de las pacientes, respectivamente.

Para los estudios realizados en el último año se tomaron en cuenta aquellas mediciones que están indicadas de forma anual. En el grupo de mujeres se midió la presión arterial, el perfil de lípidos y la glucosa en el 98.2% (55) de las pacientes. Se realizó mastografía en 44.6% (25) y citología cervical en el 51.8% (29). En cuanto a los cuidados relacionados con el VIH se realizó vacunación en el 96.4%, VDRL en el 50% y PPD en el 20%.

Por otro lado, en la población masculina se incluyó a 299 pacientes. Encontramos que se realizaron las mediciones de presión arterial, perfil de lípidos y glucosa en el 100% (299), 99% (296) y 99.7% (293), respectivamente. Se realizó densitometría ósea en el 15.7% (47) de los pacientes. Se realizó citología anal en el

60.9% (143) de los pacientes HSH. Se practicó colonoscopia en el 28.4% (85) de los pacientes y se calculó el riesgo cardiovascular solamente en el 14% (42) de los pacientes. En cuanto a cuidados relacionados con el VIH se realizó vacunación, VDRL y PPD en el 96.7%, 97% y 94.3% de los pacientes.

Cuando se analizaron los estudios realizados en el último año, para el grupo de hombres se midió presión arterial, perfil de lípidos y glucosa en el 100% (299), 99% (296) y 99.3 % (297) , respectivamente. Se realizó citología anal en el 18.9% (43) de los pacientes HSH. Para los cuidados relacionados con el VIH la vacunación se realizó en el 89.65, el VDRL en el 55.5% y el PPD en el 20.3%.

Se realizó un análisis univariado para determinar las variables asociadas de forma favorable con realizar más del 80% de las mediciones en el grupo de mujeres y en el grupo de hombres. El valor de más del 80% se seleccionó de forma arbitraria. En el análisis de alguna vez a partir de los 50 años, se tomaron en cuenta 7 estudios para las mujeres y 6 estudios para los hombres para cumplir con el valor de más del 80%. Las variables que se encontraron como estadísticamente significativas para tener más del 80% de las mediciones de atención primaria fueron CD4<200 al diagnóstico, historia de enfermedades oportunistas, escolaridad >9 años, historia familiar de enfermedad cardiovascular.

En el análisis multivariado resultó estadísticamente significativo para tener más del 80% de las mediciones de atención primaria una cuenta de CD4<200 al diagnóstico.

En el análisis univariado del último año para cumplir con más del 80% de estudios se tomaron en cuenta 6 estudios para las mujeres y 5 para los hombres. Se encontraron las siguientes variables estadísticamente significativas: último control de CD4 entre 200-500 e historia familiar de enfermedad cardiovascular.

En el análisis multivariado del último año resultaron estadísticamente significativas los $CD4 < 200$ al momento del diagnóstico y la historia familiar de enfermedad cardiovascular.

Tablas de resultados:

Tabla 1. Características demográficas, historia médicaa evolución del VIH y comorbiliades (N=355)

Característica	
Edad	Media 58.1 años (DS 6.99)
Edad al dx de VIH	45.6 años (DS 9.55)
Tiempo de atención en la clínica de VIH del INCMNSZ	10.9 años (5.94)
Género	
Femenino	56 (15.8 %)
Masculino	299 (84.2 %)
Nacionalidad	
Mexicana	346 (97.5%)
Otra	9 (2.5%)
CD4 al diagnóstico	
<200	144 (40.6%)
≥200	211 (59.4%)
Historia de enfermedades oportunistas	
Sí	188 (53.0%)
NO	167 (47.0%)
Escolaridad	
<9 años	96 (27.0%)
>9 años	259 (73.0%)
Nivel Socioeconómico	
Bajo	82 (23.1%)
Medio	203 (57.2%)
Alto	70 (19.7%)
Modo de transmisión VIH	
Heterosexual	113 (31.8%)
Homosexual	226 (63.7%)
Intravenoso	1 (0.3%)
Otros	15 (4.2%)
Adicciones	
Tabaquismo	201 (56.6%)
Alcoholismo	212 (59.7%)
Drogas	68 (19.2%)
Último control de CD4	
<200	119 (33.5%)
200-500	154 (43.4%)
>500	82 (23.10%)
Historia familiar	
Cáncer	116 (32.7%)
Enfermedad cardiovascular	126 (35.5%)
Otras infecciones	
Hepatitis B/C	45 (12.7%)
Tuberculosis	51 (14.4%)
VPH	58 (16.34%)
Otras ETS	133 (37.5%)
Prevalencia de enfermedades crónicas	
Diabetes mellitus	95 (26.8%)
Dislipidemia	201 (56.6%)
Hipertensión arterial	94 (25.5%)
Neoplasias malignas	52 (14.7%)
Insuficiencia renal	38 (10.7%)
Obesidad	105 (29.6%)
Osteoporosis	47 (13.24%)
Enfermedad cardiovascular	28 (7.9%)

Tabla 2. Porcentaje de estudios realizados y no realizados alguna vez desde los 50 años, divididos por género.

Prueba	Femenino (n=56)		Masculino (n=299)	
	Si se realizó % (n)	No se realizó%(n)	Si se realizó %(n)	No se realizó %(n)
*Medidas de atención médica primaria				
Toma TA	100 (56)	0	100 (299)	0(0)
Perfil de lípidos	100 (56)	0	99 (296)	1 (3)
Glucosa	100 (56)	0	99.7 (293)	0.3 (1)
Densitometría ósea	55.4 (31)	44.6 (25)	15.7 (47)	84.3 (252)
Mastografía	87.5 (49)	12.5 (7)	-	-
Citología anal	-	-	60.9 (143)	39.1 (92)
Citología cervical	91.1 (51)	8.9 (5)	-	-
Colonoscopia	21.4 (12)	78.6 (44)	28.4 (85)	71.6 (214)
Cálculo de riesgo cardiovascular	10.7 (6)	89.3 (50)	14 (42)	86 (257)
Tratamiento con ácido acetilsalicílico	7.1 (4)	92.9 (52)	11 (33)	89 (266)
*Cuidados relacionados con el diagnóstico de VIH				
Vacunación	98.2 (55)	1.8 (1)	96.7 (289)	3.3 (10)
VDRL	94.6 (53)	5.3 (3)	97 (290)	3 (9)
PPD	91.1 (51)	8.9 (5)	94.3 (282)	5.7 (17)

Tabla 3. Porcentaje de estudios realizados y no realizados en el último año, divididos por género.

Prueba	Femenino (n=56)		Masculino (n=299)	
	Si se realizó % (n)	No se realizó%(n)	Si se realizó %(n)	No se realizó %(n)
*Medidas de atención médica primaria				
Toma TA	98.2 (55)	1.8 (1)	100 (299)	0(0)
Perfil de lípidos	98.2 (55)	1.8 (1)	99 (296)	1 (3)
Glucosa	98.2 (55)	1.8 (1)	99.3 (297)	0.7 (2)
Mastografía	44.6 (25)	55.4 (31)	-	-
Citología anal	-	-	18.9 (43)	81.1 (185)
Citología cervical	51.8 (29)	48.2 (27)	-	-
*Cuidados relacionados con el diagnóstico de VIH				
Vacunación	96.4 (54)	3.6 (2)	89.6 (268)	10.4 (31)
VDRL	50 (28)	50 (28)	55.5 (166)	44.5 (133)
PPD	20 (10)	80 (40)	20.3 (29)	79.7 (192)

Tabla 4. Características sociodemográficas relacionadas con el cumplimiento de >80% de estudios indicados alguna vez a partir de los 50 años y en el último año

Característica	Cumplimiento >80% de estudios desde que cumplió 50 años (%)			Cumplimiento >80% de estudios en el último año		
	OR	P	IC	OR	P	IC
Género masculino vs femenino				0.162	0.000	(0.611-0.429)
CD4 al diagnóstico <200	3.810	0.009	(1.397-10.394)	1.403	0.494	(0.531-3.708)
Historia de enfermedades oportunistas	3.857	0.008	(1.414-10.521)	1.402	0.479	(0.537-3.752)
Escolaridad >9 años	0.772	0.564	(0.322-1.853)	0.728	0.539	(0.265-1.999)
Nivel Socio-económico Medio vs bajo	0.791	0.607	(0.324-1.927)	1.508	0.536	(0.409-5.553)
Alto vs bajo	0.134	0.061	(0.016-1.099)	1.595	0.550	(0.344-7.386)
Modo de transmisión VIH Homosexual vs Heterosexual	1.076	0.876	(0.426-2.720)	0.555	0.268	(0.196-1.573)
Adicciones						
Tabaquismo	0.688	0.369	(0.305-1.554)	0.469	0.127	(0.177-1.239)
Alcoholismo	0.713	0.416	(0.315-1.611)	0.521	0.182	(0.200-1.355)
Drogas	0.946	0.886	(0.446-2.006)	0.510	0.377	(0.115-2.267)
Último control de CD4						
200-500 vs <200	0.619	0.283	(0.257-1.486)	3.267	0.072	(0.900-11.855)
>500 vs <200	0.338	0.102	(0.092-1.240)	1.468	0.643	(0.288-7.461)
Historia familiar						
Cáncer	1.683	0.215	(0.739-3.834)	1.331	0.565	(0.502-3.528)
Enfermedad cardiovascular	1.975	0.094	(0.890-4.380)	2.244	0.088	(0.887-5.671)
Otras infecciones						
Hepatitis B/C	1.342	0.606	(0.438-4.107)	2.0627	0.220	(0.647-6.568)
Tuberculosis	1.146	0.809	(0.377-3.490)	1.204	0.775	(0.335-4.316)
VPH	4.731	0.000	(2.026-11.045)	1.025	0.969	(0.287-3.661)
Otras ETS	0.934	0.875	(0.400-2.178)	1.065	0.898	(0.402-2.819)
Prevalencia de enfermedades crónicas						
Diabetes mellitus	1.308	0.547	(0.545-3.141)	1.387	0.525	(0.505-3.807)
Dislipidemia	0.973	0.948	(0.429-2.207)	2.807	0.074	(0.905-8.706)
Hipertensión arterial	2.791	0.015	(1.225-6.360)	2.964	0.026	(1.139-7.712)
Neoplasias malignas	3.058	0.015	(1.245-7.510)	4.129	0.005	(1.521-11.205)
Insuficiencia renal	2.930	0.033	(1.091-7.869)	2.537	0.118	(0.790-8.147)
Obesidad	1.972	0.107	(0.864-4.501)	1.979	0.163	(0.758-5.165)
Osteoporosis	11.454	0.000	(4.809-27.278)	10.135	0.000	(3.764-27.287)
Enfermedad cardiovascular	2.428	0.130	(0.771-7.647)	2.496	0.169	(0.676-9.202)

Tabla 5. Análisis multivariado

Característica	Cumplimiento >80% de estudios desde que cumplió 50 años (%)			Característica	Cumplimiento >80% de estudios en el último año		
	OR	P	IC		OR	P	IC
Edad	1.017	0.599	0.952-1.087	Edad	0.976	0.573	0.898-1.061
Escolaridad >9 años	1.906	0.292	0.574-6.327	Escolaridad >9 años	1.152	0.845	0.276-4.809
Género masculino	0.277	0.031	0.086-0.888	Género masculino	0.083	0.000	0.022-0.308
CD4 <200 al dx	3.733	0.023	1.201-11.607	Nivel socio-económico alto	7.928	0.049	1.011-62.121
Nivel socio-económico alto	0.120	0.072	0.012-1.208	Hipertensión arterial	2.116	0.185	0.698-6.418
Hipertensión arterial	2.100	0.148	0.768-5.741	Hx Familiar de enfermedad cardiovascular	2.016	0.192	0.703-5.776
Hx Familiar de enfermedad cardiaca	2.035	0.104	0.863-4.800	Dislipidemia	3.955	0.034	1.108-14.117
Obesidad	1.849	0.200	0.722-4.737				
ERC	2.691	0.112	0.792-9.141				

Discusión de resultados:

En este estudio que pretende evaluar nuestra atención primaria y escrutinio de enfermedades no comunicables en adultos mayores con infección por VIH encontramos que la proporción de estudios realizados para este fin en algún momento desde que cumplieron 50 años y en el último año de atención en la Clínica de VIH es subóptima. Existen sin embargo, ciertas mediciones que se cumplen al 100% como la glucosa de ayunas, perfil de lípidos y tensión arterial, mientras que para otros estudios que requieren mayor infraestructura y acudir al Instituto sólo para ese estudio, la proporción de estudios realizados es relativamente baja. Lo anterior puede obedecer a dos factores: uno que puede ser que haya una omisión por parte de los médicos que atienden VIH de solicitarlo, o bien que los médicos sí lo indiquen pero los pacientes no lo realicen porque les genera un costo adicional su realización. Es importante mencionar que la prevalencia entre la población estudiada de enfermedades no comunicables es considerable (8-53%). Es interesante ver que padecer estas enfermedades no comunicables se asocia con una probabilidad mayor de realizar estudios de escrutinio de enfermedades no comunicables. En cuanto a las características de nuestra población encontramos que la mayoría es del género masculino, se diagnosticó con >200 CD4, tuvieron alguna enfermedad oportunista en su evolución. Tienen escolaridad mayor a 9 años y nivel socioeconómico medio. El principal factor de riesgo de transmisión del VIH fue el de homosexual. Se encontraron prevalencias $>50\%$ de adicción al tabaco y alcohol. El 66.5% de nuestra población tuvo un control de CD4 >200 en la última visita antes del estudio. En cuanto a las infecciones asociadas lo más común fueron las ETS. En cuanto a las enfermedades crónicas de base lo más común fue dislipidemia y obesidad, seguidas de diabetes mellitus e hipertensión arterial.

En cuanto a las estrategias de escrutinio de enfermedades metabólicas (perfil de lípidos, glucosa e hipertensión arterial) existe un adecuado apego con más del 99% de pacientes con estos estudios alguna vez y en el último año. Esto puede deberse a que el formato de consulta incluye la toma de presión arterial como parte de la exploración física. Las Guías para el uso de antiretrovirales en adolescentes y adultos con VIH recomiendan medir por lo menos una vez al año perfil de lípidos y glucosa ya que estos parámetros están también relacionados con algunos de los eventos adversos de los fármacos de la TARAA, esto puede explicar el buen apego que encontramos en el estudio para solicitar estas mediciones.

En cuanto a la densitometría en mujeres se realizó en el 55.4%, lo cual es un porcentaje bajo considerando la prevalencia de esta enfermedad en mujeres postmenopáusicas, su asociación con el VIH y con algunos de los fármacos de la terapia antirretroviral. Este porcentaje en el grupo de hombres disminuye hasta el 15.7%. Esta diferencia entre géneros podría deberse a que asociamos el diagnóstico de osteoporosis con la postmenopausia.

Para el escrutinio de neoplasias ginecológicas los porcentajes de estudios de mastografía y de citología cervical realizados fueron de 87.5% y 91.1% respectivamente. Existe una mayor proporción de escrutinio en nuestra población, comparado con lo publicado por Oster et al. en 2009 sobre prevalencia del escrutinio de cáncer cervico vaginal en mujeres con VIH en EUA entre 2000 y 2004, donde encontraron que en el 23% de las pacientes, prácticamente 1 de cada 4, no se solicitó citología cervico vaginal.⁷

En cuanto al escrutinio de neoplasias no asociadas al género, el porcentaje de colonoscopías solicitadas fue tan sólo de 21.4% en el grupo de mujeres. En 2012 Monplaisir et al. publicaron un estudio en el que se evaluó el papel de los médicos de atención primaria en mejorar el escrutinio de cáncer colorectal en pacientes con VIH. Encontraron que el 46.9% de los pacientes tuvieron escrutinio de cáncer colorrectal y que el 66.7% de estos pacientes con escrutinio tuvieron un médico de atención primaria involucrado en su manejo. Concluyeron que el hecho de tener un médico de atención primaria involucrado en la atención de pacientes con VIH aumenta 4.9 veces la probabilidad de tener escrutinio para esta neoplasia.⁸ Estos resultados podrían reflejar una mayor conciencia por parte de los médicos especializados en la atención del VIH de las neoplasias relacionadas con otras infecciones como es el cáncer cervicouterino que de neoplasias no relacionadas con infecciones como el cáncer de colon. Estos resultados también son compatibles con lo publicado por Monplaisir et al. en 2014 donde evaluaron las diferencias en la aplicación de escrutinio para cáncer de mama y cáncer de colon entre una población con VIH y una población sin VIH. Encontraron que se realiza menos escrutinio de cáncer de colon en pacientes VIH + (56 vs 65%), menos mastografías (42% vs 86.7%) y que el ser valorado por un médico general incrementa el porcentaje de escrutinio en este grupo de pacientes.⁹

En cuanto a las citologías anales se evaluó sólo a los pacientes HSH. Se encontró un porcentaje de 60.9% realizados. El escrutinio de VPH y las neoplasias asociadas a este es menor en hombres HSH que en mujeres, a pesar de que ambas poblaciones tienen indicado realizar las citologías de forma anual.

El cálculo de riesgo cardiovascular se cumplió solamente en el 10.7% de mujeres y en el 14% de hombres. Probablemente el bajo apego a realizar esta medición se deba a la complejidad de la misma. Calcular el riesgo cardiovascular implica que el médico dedique un espacio de su consulta para hacer la operación, que el médico esté familiarizado con la escala de Framingham, que conozca el modo de hacer el cálculo o tenga una calculadora automática disponible para realizarlo y una vez obtenido el cálculo la medición cobra importancia por que se deben tomar medidas específicas de acuerdo a cada clasificación.

Para las medidas relacionadas con el estándar de cuidado de VIH el apego fue mayor al 90%, éstas incluyeron vacunación, VDRL y PPD. Esto es comparable a lo reportado por Sheth et al. en 2006, en un estudio de 222 pacientes mayores de 40 años de edad donde compararon la provisión de medidas de salud general y medidas de salud relacionadas al VIH en una clínica urbana de la Universidad de John Hopkins. Encontraron que estos pacientes reciben más intervenciones relacionadas con el VIH como vacunación (Neumococo 87%, Hepatitis b 66%, Hepatitis A 28%) que intervenciones de escrutinio para enfermedades malignas (Citología cervico-vaginal 59%, Mastografía 31%).¹⁰ También Simonsen et al. Publicaron en 2014 un estudio que evalúa la calidad de la atención médica primaria en una población de mujeres con VIH. Encontraron que las medidas preventivas más frecuentes son la toma de presión arterial sistémica, recomendaciones sobre vacunación y evaluación de salud mental y control de adicciones. Sin embargo el escrutinio de neoplasias malignas fue bajo con el 56.8% para citología cervico vaginal, 65% para mastografía y sólo 10% para colonoscopia.¹¹

En el análisis de alguna vez a partir de los 50 años de edad hay 319 pacientes con resultados completos de estudios de estándar de cuidado de VIH (Vacunación, VDRL y PPD). De estos sólo 24 tienen cumplimiento igual o superior al 80% de los otros estudios alguna vez en su vida.

A pesar de que es ampliamente conocido que la población VIH+ es un grupo particularmente en riesgo de presentar enfermedades no comunicables las medidas de prevención primaria y escrutinio de estos padecimientos siguen siendo subóptimos.

Conforme nos enfrentamos a un incremento en la esperanza de vida de estos pacientes el médico de primer contacto debe estar familiarizado con estos datos y con las pruebas de escrutinio que deben aplicarse a este grupo de pacientes.

Las clínicas de atención médica especializadas para pacientes con VIH son los programas de atención de una enfermedad crónica que mejor funcionan a nivel mundial, incluyendo las clínicas en países subdesarrollados. El programa de atención que se sigue en estas clínicas comparte muchos estándares con las clínicas que atienden enfermedades crónico-degenerativas como: recomendación sobre conductas saludables, vigilar adherencia al tratamiento recomendado, monitoreo regular de la respuesta al tratamiento, educación al paciente y a sus familiares. Dadas las similitudes entre las estrategias de prevención y manejo del VIH con las enfermedades crónicas, los modelos, herramientas y abordajes que se utilizan para la atención del VIH deberían dirigirse también a la prevención de enfermedades no comunicables. En este escenario parece ideal tratar de integrar los cuidados y atención relacionados al VIH con la

vigilancia, prevención, detección y tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas.

Conclusiones:

Los médicos infectólogos que atienden a los pacientes de la clínica de VIH del INCMNSZ deben estar capacitados para proveer las medidas de atención primaria en esta población.

Las atención médica primaria en cuanto a escrutinio de enfermedades crónico degenerativas es subóptima, principalmente en relación a enfermedades neoplásicas no ginecológicas, osteoporosis y riesgo cardiovascular.

En general las medidas asociadas al estándar de cuidado de VIH se realizaron con mayor frecuencia que el las medidas asociadas con escrutinio de enfermedades crónico-denerativas.

Este estudio demuestra un campo de oportunidad para integrar el manejo de enfermedades no comunicables con los cuidados relacionados con el VIH. Se debe adoptar un modelo similar al de la atención de VIH para el diagnóstico y vigilancia de enfermedades crónicas en estos pacientes.

La meta de los centros de atención de pacientes con VIH actualmente debe ser integrar las prácticas de atención médica primaria al seguimiento y cuidados particulares de la infección por VIH. Esto se traduce en una respuesta adecuada al cambio de epidemiología de la enfermedad. El objetivo debe ser tratar la salud del paciente y no sólo una enfermedad aislada.

Este estudio deja abierta la posibilidad a proponer una herramienta que mejore la atención médica primaria por parte de los médicos especializados en atención del paciente con VIH.

-
- ¹ CDC. **Diagnoses of HIV infection in the United States and dependent areas. 2011.** HIV Surveillance report. 2013. Vol 23.
- ² **Registro Nacional de Casos de SIDA.** Censida. Junio, 2014.
- ³ Chu C. **An Epidemic in Evolution: The Need for New Models of HIV Care in the Chronic Disease Era.** Journal of Urban Health. 2011. 88:3.
- ⁴ **Global Update on the Health Sector Response to HIV, Executive Summary.** WHO. Julio 2014
- ⁵ Nigatu T. **Integration of HIV and Noncommunicable diseases in Health Care Delivery in Low and Middle-Income Countries.** Prev Chronic Dis. 2012.
- ⁶ Alberg JA.et al. **Primary Care Guidelines for the Management of Persons Infected with HIV: 2013 Update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America.** IDSA Guidelines. 2013, November.
- ⁷ Oster AM. Et al. **Prevalence of cervical cancer screening of HIV-infected women in the United States.** J Acquir Immune Defic Syndr. Aug 2009, 51(4).
- ⁸ Monplaisir F et al. **The Role of Primary Care Physicians in improving Colorectal Cancer Screening in patients with HIV.** J Gen Intern Med. 2012. 27(8): 940-4.
- ⁹ Monplaisir F.et al. **Preventive cancer screening practices in HIV- positive patients.** AIDS Care. 2014. 26(1), 87-94.
- ¹⁰ Sheth. AN et al. **Provision of General and HIV-Specific Health Maintenance in Middle Aged and Older Patients in an Urban HIV Clinic.** AIDS Patient Care and STDs. May 2006, 20(5): 318-325.
- ¹¹ Simonsen SE.et al. **Preventive Health care among HIV positive women in a Utah HIV/AIDS clinic: a retrospective cohort study.** BMC Women's Health. 2014, 14:37.