

Envejecer con VIH

Qué podemos esperar cuando nos hacemos mayores



Afortunadamente, las personas que vivimos con VIH en España hemos visto aumentar nuestra esperanza y calidad de vida en los últimos años. Los avances científicos en este campo, que se concretan en un aumento de los fármacos disponibles para el tratamiento del VIH y en una mejor preparación de los profesionales sanitarios que nos atienden, así como el carácter universal de los sistemas sanitarios españoles, han contribuido a que ahora podamos planificar nuestra vida a medio y largo plazo.

Somos más los que cumplimos años y, por tanto, los que llegamos a edades avanzadas. Muchos no estábamos preparados para ello, porque nunca imaginamos que llegaríamos a mayores. Tampoco lo estaban los equipos que nos tratan. Hacerse mayor con VIH es una muy buena noticia, pero, como todas las situaciones nuevas, lleva consigo muchos interrogantes que, con el tiempo, irán encontrando respuesta.

A medida que se incrementa el número de personas con VIH y edad avanzada, aumenta el inte-

rés de médicos e investigadores por las particularidades de la infección por VIH en este segmento de la población. De un tiempo a esta parte, en las más importantes citas científicas sobre la infección por VIH se vienen dedicando sesiones enteras a este tema. El uso de antirretrovirales a largo plazo, las complicaciones propias de la edad en el contexto de la infección por VIH, así como la duración de la infección, son temas bajo estudio sobre los que cada día vamos aprendiendo un poco más.

Con este especial *Envejecer con VIH* queremos hacerte llegar parte de este conocimiento, de manera fácilmente comprensible, para que te pueda servir de ayuda a la hora de tomar decisiones junto con tu médico sobre tu tratamiento del VIH y tu estilo de vida.

Tratamos las complicaciones más importantes asociadas a la edad y al VIH, que tienen que ver con los cambios en el metabolismo, la salud de nuestro corazón, venas y arterias, de nuestros huesos, con el riesgo de padecer

cánceres, problemas de riñón o hígado, con la pérdida de memoria y otros trastornos cognitivos. Finalmente, terminamos con un capítulo sobre el sexo, un aspecto para muchas personas fundamental de cara a obtener una calidad de vida aceptable.

Esperamos que te resulte útil. ¡Y que cumplas muchos más!

Índice

- Metabolismo
- Corazón
- Huesos
- Cáncer
- Riñón
- Hígado
- Mente
- Sexo

Metabolismo

El metabolismo es el conjunto de procesos físicos y reacciones químicas que se producen en el organismo para generar y usar energía, como la digestión de los alimentos y nutrientes y su posterior eliminación. Estos procesos pueden alterarse con la edad, el propio VIH, las enfermedades relacionadas o con el uso de fármacos.

Cuando hablamos de síndrome metabólico nos referimos a un conjunto de afecciones relacionadas comúnmente con el envejecimiento, aunque para tener lugar son necesarios una vida sedentaria, el seguimiento de una dieta inadecuada y/o la presencia de determinados factores genéticos. Así, se consideran parte de este síndrome la resistencia a la insulina, la hipertensión arterial, niveles elevados de colesterol "malo" (LDL) y bajos de colesterol "bueno" (HDL), niveles elevados de triglicéridos y la obesidad abdominal.

En el caso de personas con VIH, la propia infección por el virus y el tratamiento antirretroviral favorecen la

aparición de alteraciones que se solapan con las propias de la edad y que tienen que ver con la forma en que nuestro organismo procesa las grasas y los azúcares. La coinfección por hepatitis C también actúa en la misma dirección.

Las combinaciones de antirretrovirales pueden estar más o menos implicadas en las complicaciones metabólicas, según la clase y el fármaco en concreto. La tabla siguiente resulta muy útil para tener una idea general del impacto de los fármacos por separado.

En general, se considera que los inhibidores de la proteasa (IP) son la clase con mayor impacto —seguramente por la contribución de ritonavir—, seguida de los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (ITIN) y de los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (ITINN). Esta tabla no incluye las nuevas clases de fármacos, puesto que, según los autores, los datos disponibles son muy limitados. Lo que se desprende de la información disponible es que tanto los inhibidores de la entrada como los de la inte-

grasa pueden tener un impacto limitado en las alteraciones metabólicas.

Puedes mejorar los niveles de colesterol y triglicéridos reduciendo las grasas saturadas y el colesterol en tu dieta, así como el alcohol y el tabaco. La ingestión de alimentos ricos en omega 3 (como el pescado azul) o de suplementos de dichos ácidos grasos puede disminuir los niveles de triglicéridos. El ejercicio físico de resistencia (correr, nadar, ir en bicicleta) puede resultar también de gran ayuda.

Si la dieta, los suplementos y el ejercicio no son suficientes, tu médico puede optar por cambiar tu tratamiento antirretroviral o recetar medicamentos para reducir el colesterol LDL o los triglicéridos.

Otra complicación que puede ocurrirnos con la edad, el sobrepeso y el uso de ciertos fármacos, es la elevación de la glucosa (azúcar) en sangre. Para poder detectar estos aumentos, así como los cambios en el colesterol y los triglicéridos, es importante que estés en ayunas cuando vayas a sacarte sangre.

Tener la glucosa elevada en ayunas puede significar que nuestro or-

TABLA: Impacto metabólico de clases de antirretrovirales y de fármacos en particular

		Impacto metabólico de los antirretrovirales		
		menos		más
Impacto metabólico de los antirretrovirales	menos	ITINN	ITIN	IP
		NVP (nevirapina, Viramune®)	3TC (lamivudina, Epivir®) ¹ FTC (emtricitabina, Emtriva®) ² TDF (tenofovir, Viread®) ³	
		EFV (efavirenz, Sustiva®) ⁴	AZT (zidovudina, Retrovir®) ⁵ ABC (abacavir, Ziagen®) ⁶	ATV/r (atazanavir/ritonavir, Reyataz®/ Norvir®) SQV/r (saquinavir/ritonavir, Invirase®/ Norvir®)
			ddl (didanosina, Videx®)	LPV/r (lopinavir/ritonavir, Kaletra®) fAPV/r (fosamprenavir/ritonavir, Telzir®/ Norvir®) DRV/r (darunavir/ritonavir, Prezista®/ Norvir®)
más			d4T (estavudina, Zerit®)	IDV/r (indinavir/ritonavir, Crixivan®/ Norvir®) TPV/r (tipranavir/ritonavir, Aptivus®/ Norvir®) RTV a dosis completas (ritonavir, Norvir®)

1 Coformulado con AZT en Combivir®, con ABC en Kivexa® y con AZT y ABC en Trizivir®. **2** Coformulado con TDF en Truvada® y con TDF y EFV en Atripla®. **3** Coformulado con FTC en Truvada® y con FTC y EFV en Atripla®. **4** Coformulado con FTC y TDF en Atripla®. **5** Coformulado con 3TC en Combivir® y con 3TC y ABC en Trizivir®. **6** Coformulado con 3TC en Kivexa® y con 3TC y AZT en Trizivir®.

Fuente: European AIDS Clinical Society (EACS). *Guidelines for the Clinical Management and Treatment of HIV Infected Adults in Europe*. Octubre 2008

ganismo está desarrollando resistencia a la insulina, una hormona que ayuda a que los azúcares obtenidos a partir del alimento lleguen a las células para suministrar energía.

Si te han diagnosticado resistencia a la insulina, puedes prevenir que desemboque en diabetes reduciendo la cantidad de calorías en tu dieta y evitando tomar azúcar. La práctica de ejercicio físico y dejar de fumar también puede ayudar mucho. Cuando no sea suficiente, tu doctor puede optar por recetarte antidiabéticos orales, que, como en el caso de los fármacos para reducir lípidos, pueden requerir algún ajuste de dosis.

Corazón

Las enfermedades cardiovasculares (del corazón, venas y arterias) están claramente asociadas al envejecimiento. Las personas con VIH, además, tenemos más probabilidades de padecerlas, ya que tanto la propia infección como el uso crónico de determinados antirretrovirales incrementan el riesgo.

Recientemente, se han asociado a un aumento del riesgo de infarto de miocardio los IP lopinavir e indinavir y los ITIN abacavir y ddI. Es importante que tu médico valore tus factores de riesgo cardiovascular si te receta algunos de estos fármacos.



No obstante, es importante recordar que los beneficios del tratamiento son superiores a estos posibles riesgos. De hecho, se sabe que, además de evitar el deterioro del sistema inmunitario y el desarrollo de enfermedades, una terapia antirretroviral bien controlada puede disminuir los marcadores de inflamación crónica que se dan en la infección por VIH sin tratar. Inflamación que aumenta el riesgo cardiovascular al incrementar la coagulación sanguínea.

En general, un buen control de los factores de riesgo, la cuidadosa selección de los antirretrovirales, teniendo en cuenta las características y los factores de riesgo de cada persona, y la adopción de un estilo de vida saludable, pueden contrarrestar el riesgo cardiovascular de forma notoria.

El sólo hecho de ser mayor de 45 años (en hombres) o de 55 (en mujeres) ya constituye, en sí mismo, un factor de riesgo cardiovascular. Otros factores a tener en cuenta son:

- El sexo (ser hombre implica un riesgo superior)
- Historial familiar de enfermedades cardiovasculares
- Tabaquismo

- Niveles de colesterol y/o de triglicéridos elevados
- Presión arterial elevada, especialmente la diastólica (la baja)
- Niveles elevados de azúcar en sangre, resistencia a la insulina o diabetes
- Sedentarismo

La realización de ejercicio físico ha mostrado, en diferentes estudios, la capacidad de disminuir los niveles de grasas en sangre y de glucosa. Dejar de fumar, además, puede reducir notablemente la presión arterial.

Huesos

La pérdida de masa ósea es una de las características importantes asociada al envejecimiento. Aunque se da en ambos sexos, es de elevada incidencia en mujeres posmenopáusicas. Dicha pérdida puede ser de diferente grado, siendo la osteopenia el primer paso y la osteoporosis una condición más grave. La pérdida de masa ósea es problemática, dado que incrementa de forma notable el riesgo de fracturas.

En el caso de personas con VIH, la osteopenia/osteoporosis puede producirse de forma prematura y más grave que en la población general. Si bien las causas exactas de este riesgo incrementado no se conocen por completo, existen una serie de factores que han sido relacionados por diversos estudios con una reducción de la densidad mineral ósea:

- **Tratamiento antirretroviral:** los IP han sido relacionados con la pérdida de hueso por algunos estudios, aunque en otros se ha descartado dicha relación. Por otro lado, se ha observado que tenofovir puede reducir la densidad ósea durante los primeros 6 meses de utilización. La toxicidad mitocondrial asociada al empleo de ITIN también se ha relacionado con una posible pérdida de densidad ósea.
- **La propia infección por VIH:** ésta y el estado de inflamación crónica asociado se han planteado como factores relacionados con estos problemas.
- **Bajos niveles de testosterona:** la infección por VIH conlleva, en muchos casos, la presencia de niveles reducidos de testosterona, tanto en hombres como en mujeres. Uno de los efectos de dicho déficit es la disminución de la densidad de los huesos. La reposición de testosterona (con parches) se ha mostrado eficaz en la reversión de los efectos derivados de su carencia.
- **Lipodistrofia:** en algunos estudios se ha observado que la incidencia de osteoporosis es mayor en personas que han desarrollado lipodistrofia.

El diagnóstico de la osteopenia/osteoporosis se consigue a partir de los resultados de una densitometría (conocida como DEXA). Se trata de un tipo de prueba no invasiva e indolora. Ofrece una puntuación Z (que compara a la persona con los valores considerados normales para una persona de su edad y sexo) y/o una puntuación T [que compara la densidad mineral ósea de la persona con la máxima alcanzada por la población sana del entorno]. Valores de T

entre -1 y -2,5 DE se consideran definitorios de osteopenia y menores de -2,5 DE, de osteoporosis.

Dejar de fumar, un consumo moderado de alcohol, realizar ejercicio y seguir una dieta rica en calcio, proteínas y vitamina D, pueden ayudar a reducir la pérdida ósea. Si es necesario un paso más allá, tu médico puede recetarte suplementos de calcio y/o de vitamina D. Es importante hacer actividades en el exterior durante unos minutos al día, pues la luz del sol ayuda a estimular esta vitamina.

Se recomienda alcanzar los 1.200mg de calcio diarios y entre 800 y 1.000 UI de vitamina D₃ en personas adultas en riesgo elevado de osteopenia/osteoporosis. Otros medicamentos que se han mostrado efectivos en la prevención y/o tratamiento de estos problemas son la calcitonina, los bifosfonatos (como el alendronato) y en algunos estudios se ha sugerido cierta actividad beneficiosa de las estatinas (medicamentos para reducir el colesterol).

Una condición más grave es el desarrollo de osteonecrosis o necrosis avascular, donde se interrumpe el flujo sanguíneo que irriga el tejido óseo, que muere; lo que requiere una intervención quirúrgica para reemplazarlo. Aunque se trata de una afección poco común, en personas con VIH su incidencia es superior a la de la población general. El dolor en caderas, hombros o rodillas puede ser un primer indicador que precisa ser confirmado mediante una resonancia magnética. Obtener un diagnóstico precoz es importante para el éxito del tratamiento y la mejora de la calidad de vida.

Cáncer

En los últimos años, se ha podido constatar un cambio en el patrón de aparición de casos de cáncer en personas con VIH: mientras la incidencia de cánceres asociados a sida —como el linfoma no de Hodgkin o el sarcoma de Kaposi— ha ido disminuyendo gracias a la eficacia del tratamiento antirretroviral, la de otros tipos de cáncer no lo ha hecho.

El cáncer es una enfermedad cuya incidencia aumenta conforme las personas envejecen, por lo que puede considerarse una enfermedad relacionada, en cierto modo, con el envejecimiento. El aumento de la esperanza de vida de las personas con VIH ha conllevado, como era de esperar, un incremento en la aparición de casos de cáncer. Sin embargo, lo sorprendente ha sido que la incidencia de cánceres no asociados a sida es muy superior a la observada en la población general. En un estudio se calculó que el riesgo de padecer cáncer en hombres con VIH es 2,3 veces mayor que el de la población general, y en mujeres, 1,5 veces mayor.

En cuanto a las posibles causas de dicho riesgo, cabe destacar el potencial de la inmunosupresión. El sistema inmunitario está implicado en la destrucción y eliminación de tumores en formación, y el desequilibrio que el VIH supone para dicho sistema puede conllevar el desarrollo de aquellos tumores que no han podido ser eliminados.

Los cánceres del tracto respiratorio (de pulmón, garganta o nasales) tienen, además, el tabaquismo como gran aliado, ya que un estudio evidenció que el 90% de las personas con dichos tumores eran fumadoras. El cáncer hepático también presenta una incidencia importante, siendo mayor su riesgo en personas con VIH y hepatitis C.

Otro tipo de cánceres, asociados esta vez al virus del papiloma humano (VPH), también se dan con más fre-

cuencia entre mujeres y hombres con VIH que en la población general. La probabilidad de desarrollar lesiones en los genitales, ano o boca causadas por este virus es mayor entre nosotros, y la de que esas lesiones desemboken en cánceres como el de cuello de útero o el cáncer anal, también.

Aunque en España no existe un protocolo para la prevención y seguimiento de este tipo de cánceres en personas con VIH, es muy importante que podamos conseguir que nos controlen ocularmente y, en caso necesario, mediante biopsia, para así evitar el desarrollo de lesiones malignas.

En general, mantener unos buenos niveles de CD4 mediante una óptima adhesión al tratamiento y llevar un estilo de vida saludable son las dos estrategias principales para prevenir la aparición de cáncer en personas con VIH. Por otro lado, es importante un seguimiento médico adecuado que permita la detección precoz de un cáncer en el caso de que éste tuviera lugar, puesto que dicha detección mejora el pronóstico notablemente.

Riñón

Es bien sabido que, con la edad, el riñón va perdiendo capacidad para llevar a cabo su función. En personas con VIH, además de la edad, se cree que un estadio avanzado de la enfermedad y el uso prolongado del antirretroviral tenofovir podrían ser factores de riesgo de insuficiencia renal. Sin embargo, la relación entre estos factores es compleja y, a menudo, las investigaciones han proporcionado datos contradictorios.

Muchas personas con VIH, sobre todo aquéllas en edades más avanzadas, tienen además otras enfermedades,



como por ejemplo hipertensión y diabetes, que las hacen más vulnerables de padecer enfermedad renal. Aun así, la incidencia de la enfermedad renal asociada al VIH ha disminuido notablemente en la última década, gracias al uso generalizado de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA).

La tasa de aclaramiento de la creatinina y la de filtración glomerular permiten determinar si existe una alteración de la función renal. La creatinina es un producto de deshecho que se encuentra en la sangre, producido por el metabolismo de las células de los músculos. Si la función renal es anómala, la eliminación de la creatinina a través de la orina es lenta. La tasa de filtración glomerular hace referencia a la cantidad de sangre que se filtra por minuto.

Tenofovir es el antirretroviral que más se relaciona con la enfermedad renal. Algunos estudios, realizados sobre todo entre pacientes que han tomado tratamiento para el VIH durante mucho tiempo, parecen indicar que algunas personas susceptibles (como aquéllas con enfermedad renal preexistente) pueden sufrir toxicidad renal vinculada con este fármaco. En cualquier caso, el medicamento no está contraindicado en estos casos, aunque sí se recomienda un seguimiento más estrecho.

Otros fármacos que pueden dañar la función renal son foscarnet, cidofovir o analgésicos como ibuprofeno, así como el uso prolongado de cocaína.

Una dieta sana, baja en calorías y grasas, y rica en fibra, frutas y verduras, te ayudará a mantener a raya la diabetes y la hipertensión, factores ambos, a su vez, de enfermedad renal. Beber agua en abundancia es una forma eficaz de limpiar tus riñones. Por último, el ejercicio regular de intensidad moderada (nadar, caminar a paso ligero o correr) es asimismo una estrategia de prevención esencial.

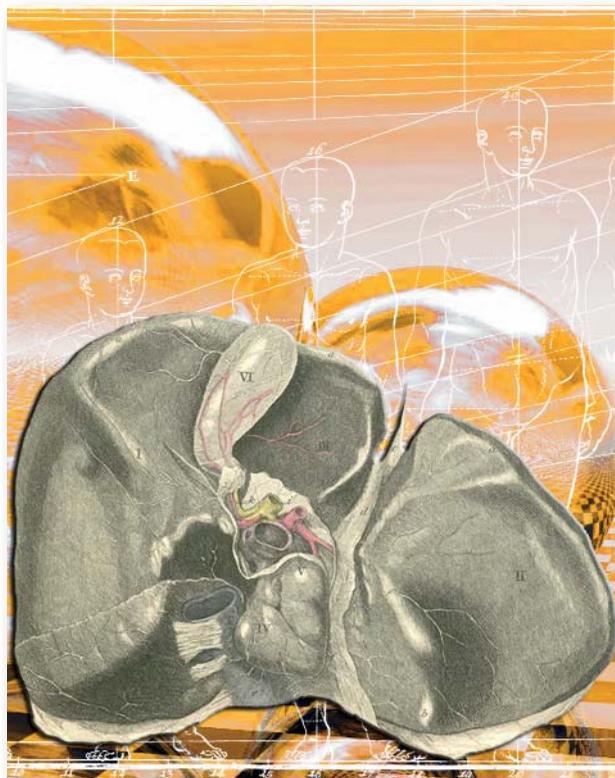
Hígado

El hígado, a diferencia de lo que sucede con otros órganos y sistemas del cuerpo humano, preserva su función relativamente bien con el envejecimiento. Las células hepáticas (hepatocitos) tienen la habilidad de regenerarse de forma regular por sí mismas, por lo que el impacto del envejecimiento sobre este órgano es mínimo.

Sin embargo y como consecuencia de otros factores, los desórdenes hepáticos están cobrando una mayor relevancia entre las personas con VIH de más edad. Aunque el VIH puede hallarse también en las células hepáticas, en muchas personas los problemas de hígado están relacionados con la coinfección por los virus de la hepatitis B y/o C (VHB y/o VHC). Además, es bien sabido que algunos medicamentos antirretrovirales podrían provocar toxicidad en dicho órgano. Por último, cabe señalar que, en algunos casos, se desconoce cuál es la causa del daño hepático.

Los estudios están proporcionando cada vez más indicios de que el uso del tratamiento antirretroviral tiene un efecto beneficioso sobre la evolución y los resultados de la hepatitis C crónica. No obstante, en los estudios más avanzados de ésta, se ha encontrado que una edad mayor, junto con otros factores, como una inmunosupresión grave o la triple coinfección por VIH, VHC y VHB, podría comprometer sus resultados.

La esteatosis hepática es el término médico utilizado para denominar el "hígado graso", que puede desarrollarse como consecuencia del consumo de alcohol, hepatitis,



obesidad y toxicidad farmacológica. Esta acumulación de grasa en las células del hígado puede afectar a la forma en que éste procesa las grasas.

La esteatosis hepática con frecuencia conduce a acidosis láctica (una elevación de los niveles de ácido láctico que el hígado no puede procesar de forma correcta), y ésta, a su vez, podría derivar a cirrosis. La acidosis láctica se diagnostica mediante un examen físico, los análisis de laboratorio, un escáner abdominal o una biopsia del hígado.

Entre los síntomas más habituales de la esteatosis hepática figuran: cansancio inexplicable —a menudo intenso—, malestar, vómitos y náuseas, dolor de estómago, abdomen y/o hígado, pérdida de peso inexplicable, dificultad respiratoria y mala circulación sanguínea, y aparición súbita de neuropatía periférica.

Las personas con VIH podríamos tener un mayor riesgo de padecer este tipo de esteatosis hepática como consecuencia del uso prolongado del tratamiento antirretroviral y/o de la coinfección por las hepatitis virales. Entre la medicación antirretroviral que más se asocia a esteatosis hepática y acidosis láctica, figuran los análogos de nucleósido/nucleótido (zidovudina, 3TC, d4T, ddI, abacavir, emtricitabina y tenofovir) por su toxicidad sobre la mitocondria, un orgánulo de la célula encargado de suministrar la mayor parte de la energía necesaria para la actividad celular.

Los antioxidantes pueden ayudar a superar la toxicidad mitocondrial, por lo que el empleo de suplementos orales de antioxidantes, como la vitamina C, los complejos de vitamina B, la L-carnitina o la coenzima Q, pueden ser útiles y son prescritos por algunos médicos.

Algunos de los principales marcadores que los médicos usan para seguir el estado de nuestro hígado y su funcionamiento son la alanina aminotransferasa (ALT), la aspartato aminotransferasa (AST), la fosfatasa alcalina, la gamma-glutamil-transpeptidasa (GGT), la bilirrubina, la se-roalbúmina y el tiempo de protombina.

Mente

Las funciones cognitivas se definen como un conjunto de habilidades mentales que tienen que ver, entre otras facultades, con la percepción, la atención, el lenguaje, la memorización y la coordinación física. El envejecimiento no afecta a todas estas funciones de la misma manera y sus efectos varían de una persona a otra.

El daño cognitivo asociado al VIH parece estar relacionado con la replicación del virus en el sistema nervioso central. Dado que las personas con VIH viven más tiempo, cada vez se hace más difusa la línea que separa el deterioro cognitivo causado por el propio virus de los efectos propios del envejecimiento.

Recientemente, una serie de estudios han comenzado a evaluar los trastornos cognitivos asociados al VIH y al tratamiento antirretroviral en per-

sonas mayores. Los estudios efectuados hasta la fecha han revelado que los fármacos con una buena penetración en el sistema nervioso central son más eficaces a la hora de controlar la replicación del VIH en el líquido cefalorraquídeo que aquéllos que tienen dificultades para penetrar en él. Los infectólogos y neurólogos han barajado la hipótesis de que las personas con VIH que toman antirretrovirales que tienen un mayor potencial para actuar en el cerebro tendrían menos probabilidades de que el virus se replicase en él y de que, por esta razón, el daño cognitivo fuese menor.

Sin embargo, los resultados de algunos estudios están mostrando que, si bien los antirretrovirales con una buena penetración permiten reducir los niveles de VIH en el cerebro, no parecen protegerlo de un posible deterioro de la función neurocognitiva.

La demencia es uno de los trastornos cognitivos más graves asocia-

dos al envejecimiento en la población general. Ésta afecta a menos de un 1% de las personas sin VIH de menos de 60 años; no obstante, aproximadamente la mitad de las personas con VIH de la misma edad podrían experimentar alguna forma de trastorno neurocognitivo. Por ejemplo, una investigación que evaluó a más de 1.000 personas con VIH (cohorte CHARTER), con una media de edad de 43,2 años, halló que casi la mitad de ellas tenía déficit cognitivo.

La pérdida de memoria es habitual y puede deberse a múltiples causas, pero si va acompañada de la aparición de otros problemas, como dificultad para mantener la atención, para coordinar movimientos o para llevar a cabo procesos más complejos (como resolución de problemas o planificación), debería hacernos sospechar que puede tratarse de un desorden asociado al VIH o, incluso, de demencia.

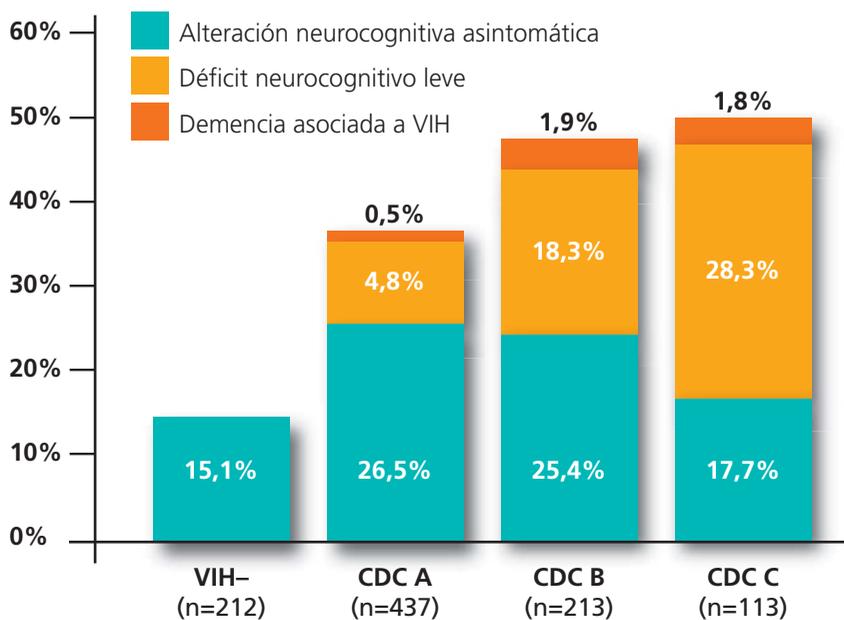
La depresión es, asimismo, otra manifestación neuropsicológica que se da con elevada frecuencia en personas con VIH de más edad. Un estudio estadounidense (ROAH) halló una tasa de un 52% de síntomas de depresión en un grupo de personas con VIH mayores; de éstos, un 26% recibió un diagnóstico de depresión grave.

Además de la depresión, el consumo de alcohol y drogas, haber tenido recuentos previos de CD4 bajos y estar coinfectado por hepatitis C, por ejemplo, son factores que pueden causar mermas en nuestra capacidad cognitiva.

Si padeces algún grado de trastorno cognitivo, además de hablarlo con tu médico, puedes poner en práctica algunos consejos que te permitirán de forma fácil manejarte mejor en casa. Por ejemplo, retirar cualquier cosa que te pudiera hacer tropezar y caer; dejar alguna luz encendida por la noche (por ejemplo, la del cuarto de baño); dejar una copia de tus llaves de casa a alguien de confianza; utilizar un reloj con alarma para recordar la toma de la medicación, etc.

El trastorno neurocognitivo es prevalente incluso en los estadios A y B de la infección por VIH

Prevalencia de las alteraciones neurocognitivas en la cohorte CHARTER según estadio VIH



Pacientes estratificados según la clasificación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en EE UU [CDC, en sus siglas en inglés]: **A**, infección por VIH asintomática; **B**, infección con ciertas complicaciones asociadas al VIH y; **C**, infección por VIH con enfermedades definitorias de sida. Cada estadio se clasifica a su vez en categorías inmunológicas (recuentos de células T-CD4): **1**, >500 células/mm³ (o >29%); **2**, 200-499 células/mm³ (o 14-28%); **3**, <200 CD4 (o <14%).

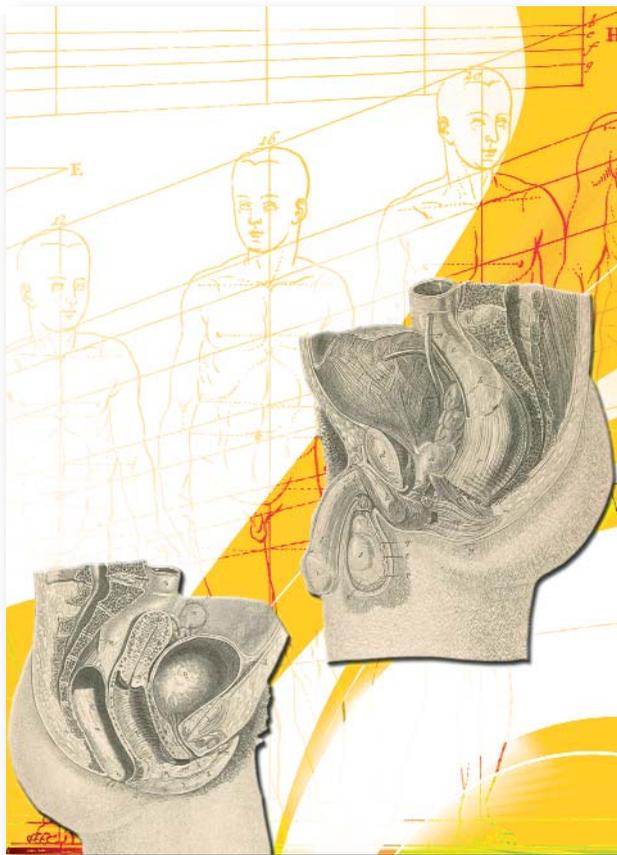
Referencia: Letendre S, 4th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Sydney, Australia 2007.

Sexo

Aunque hay personas con VIH que deciden no tener actividad sexual alguna, para muchas otras las prácticas sexuales placenteras contribuyen a mejorar la calidad de vida. Así,

poder mantenerlas en la vejez puede resultar de gran importancia.

La disfunción sexual no es una parte inevitable del envejecimiento; su aparición, en muchos casos, está muy relacionada con otros factores que se le asocian, como por ejemplo la salud física y mental y los condicionantes socioculturales (mitos, roles de género, miedos...), que pueden obstaculizar el goce de la sexualidad y, por consiguiente, tener un gran impacto sobre la calidad de vida de las personas mayores.



Los trastornos sexuales implican tanto una reducción de la libido (una pérdida de interés en el sexo) como dificultades físicas (falta de erección —disfunción eréctil— o dificultad para alcanzar el orgasmo).

Se calcula que entre un 20 y un 70% de las personas con VIH experimentan algún tipo de disfunción sexual, como por ejemplo reducción del deseo sexual y/o dificultades para lograr la erección, la eyaculación o el orgasmo. Muchos factores pueden contribuir en su desarrollo, entre ellos, problemas psicológicos, el propio VIH, el uso de ciertos medicamentos antirretrovirales y el déficit de testosterona (hipogonadismo). El hipogonadismo es el resultado de una alteración en la conexión hormonal entre el cerebro y los testículos. Entre los síntomas, se incluyen: una reducción del deseo sexual, disfunción eréctil, pérdida de la fuerza muscular, pérdida de peso y fatiga.

Las mujeres con VIH, igualmente, pueden presentar niveles bajos de testosterona que podrían provocar una

reducción del deseo sexual, fatiga y depresión. Los niveles de hormonas sexuales disminuyen con la edad tanto en hombres como en mujeres, pero sólo éstas experimentan una disminución brusca en la producción hormonal.

Un análisis de sangre puede medir la cantidad de testosterona libre que circula en ella. El tratamiento de testosterona es una opción terapéutica para reducir la depresión y la fatiga y aumentar la libido. La testosterona (en concentraciones mucho más bajas), asimismo, se está estudiando como un tratamiento de la disfunción sexual en las mujeres.

Pese a que la disfunción sexual no está señalada por lo general como un efecto secundario de los fármacos antirretrovirales, varios informes la han relacionado con los regímenes antirretrovirales que contienen inhibidores de la proteasa. Además, muchos otros medicamentos, como sedantes y tranquilizantes para tratar la depresión, así como también el tabaco, el alcohol y el uso de drogas, pueden disminuir la libido y provocar problemas de erección en hombres.

Para tratar la disfunción eréctil, existen medicamentos eficaces, pero que requieren un empleo cuidadoso. Estos fármacos [sildenafil (Viagra®), vardenafil (Levitra®) y tadalafil (Cialis®)] actúan en las arterias del pene, abriéndolas para que pueda fluir el riego sanguíneo y producirse así la erección. Aunque otras arterias del cuerpo normalmente no responden a su acción, los efectos secundarios, sobre todo dolor de cabeza, dificultades en la visión y palpitaciones, son consecuencia de un mayor ensanchamiento de las arterias del cerebro, la retina y el corazón.

Los tratamientos antirretrovirales pueden interactuar con estos medicamentos, por lo que es necesario ajustar su dosis. Si tomas inhibidores de la proteasa, éstos aumentan los niveles de sildenafil, vardenafil y tadalafil. Por ello, se recomienda no tomar más de 25mg de sildenafil en un período de 48 horas. En el caso de vardenafil, se aconseja una única dosis de 2,5mg cada 72 horas; y si tomas tadalafil, se recomienda una dosis de 10mg cada 72 horas.

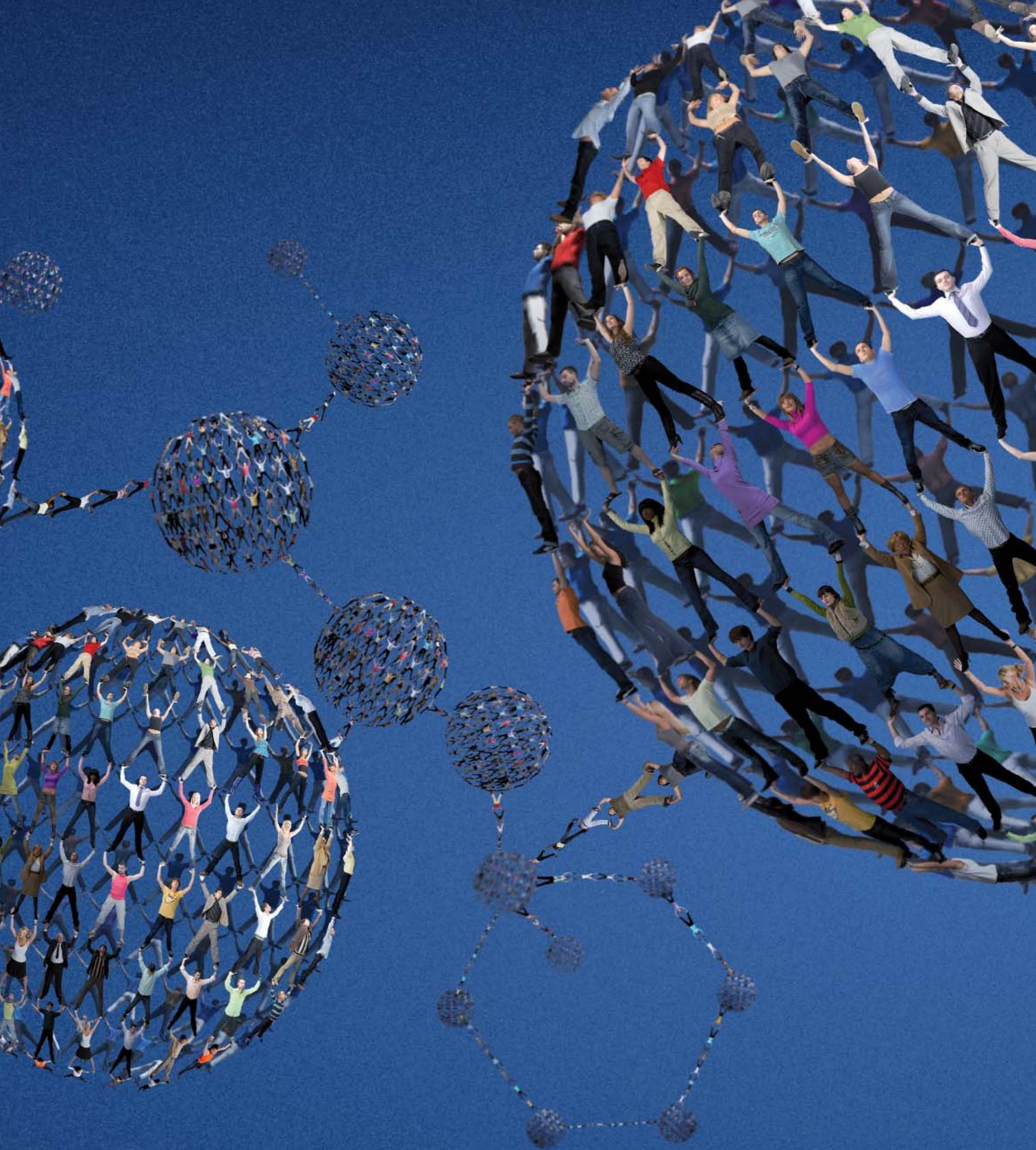
La disfunción sexual en mujeres puede ser debida, en parte, a un suministro insuficiente de sangre en los genitales. No obstante, y a diferencia de los hombres, no existen actualmente opciones terapéuticas para tratar este trastorno. Lamentablemente, la disfunción sexual de las mujeres en general, y de las que tienen VIH en particular, suele ser obviada y, por tanto, no tratada.

El uso de vitaminas y minerales puede ser una estrategia para mejorar la función sexual. El zinc aumenta la síntesis de testosterona tanto en hombres como en mujeres, si bien la dosis no debería superar los 50mg al día. El selenio es un antioxidante y su déficit podría provocar disfunción eréctil. El manganeso contribuye también a la producción de hormonas sexuales y la vitamina B aumenta el orgasmo. La vitamina E reduce el riesgo de ateroma, los depósitos anómalos de grasa en las arterias, y la vitamina C activa y promueve la producción hormonal.

Si piensas que tienes disfunción sexual, es importante que lo hables con tu médico para que lo valore y pueda derivarte, si es necesario, a un especialista.

Este documento ha sido producido y su contenido elaborado por el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH) de Barcelona (España), gracias a una ayuda no condicionada de la compañía Pfizer. Barcelona, 2009.

www.gtt-vih.org



LA FÓRMULA DE LA VIDA. ¿A QUIÉN NO LE INTERESA DESCUBRIRLA?

Vivir mejor. Esa es la fórmula de la vida. Y en Pfizer pensamos que la clave de esa fórmula es la salud. Por eso, somos la compañía biomédica que más invierte en investigación, desarrollo e innovación de nuevos medicamentos en el mundo. Esa es nuestra contribución al descubrimiento de la fórmula de la vida. Sabemos que te interesa. Y, si a ti te interesa, a nosotros también.

www.pfizer.es



Trabajando juntos por un mundo más sano™