



ISSN: 1697-090X

Inicio Home

Indice del
volumen Volume
index

Comité Editorial
Editorial Board

Comité Científico
Scientific
Committee

Normas para los
autores
Instruction to
Authors

Derechos de autor
Copyright

Contacto/Contact:



INFLUENCIA DE LOS FACTORES CLÍNICOS Y SOCIODEMOGRÁFICOS EN LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS INFECTADAS POR EL VIH

Laisa Socorro Briongos-Figuero¹, Pablo Bachiller-Luque²,
Teresa Palacios-Martín², Manuel González-Sangrado³,
José María Eiros-Bouza⁴.

¹Medicina Familiar y Comunitaria, ²Servicio de Medicina Interna,
³Unidad de Investigación. Hospital Universitario del Río Hortega.
⁴Servicio de Microbiología. Hospital Clínico Universitario.
Valladolid. España.

laisadoc@hotmail.com

Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2010;3:7-15

[Comentario del revisor Dra. María Ángeles Mantecón Vallejo, PhD.](#) Microbiología. Complejo Asistencial Universitario de Burgos. España.

[Comentario del revisor Dr. José A. Oteo.](#) Jefe del Area de Enfermedades Infecciosas del Hospital San Pedro - Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR). Logroño. España.

ABSTRACT: CLINICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS INFLUENCING QUALITY OF LIFE OF HIV INFECTED PEOPLE

Objetives: Health related quality of life (HRQL) is a new clinical marker used in the assessment of chronic illness. The aim of this investigation was to describe clinical and sociodemographic factors most influential in HRQL in HIV infected people.

Methods: A cross-sectional study over 150 patients in a tertiary hospital. HRQL data were collected by the MOS-HIV, a disease-specific questionnaire for HIV people. Research team designed a specific template to get clinical and sociodemographic data.

Results: Almost three-quarters of the population were men. 64% of patients had between 1 to 4 symptoms while 21% had 5 or more. Women got worse scores in Pain and Cognitive Function domains. Stage C patients had better scores for 3 of the 11 domains of HRQL. Asymptomatic patients had better scores on all domains.

Conclusions: We documented a strong association between MOS- HIV quality of life domains and HIV related symptoms. The assessment of HRQOL in this population can help us to detect problems that may influence the progression of the disease.

KEY WORDS: Quality of life; HIV; clinical marker; health status.

RESUMEN

Objetivo: La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) constituye un nuevo indicador clínico en la valoración de

enfermedades crónicas. El objetivo de nuestra investigación fue describir los factores clínicos y sociodemográficos más influyentes en la CVRS en personas infectadas por VIH.

Material y método: Se diseñó un estudio transversal en 150 pacientes de un hospital de tercer nivel midiendo la CVRS mediante el cuestionario específico MOS-HIV (Medical Outcomes Study HIV health Survey). Para el resto de datos el equipo investigador diseñó un modelo de recogida de datos específico.

Resultados: Dos terceras partes de nuestros pacientes eran varones. Un 64% que presentaba entre 1 y 4 síntomas y un 21% presentaba 5 o más. Las mujeres presentaron peores puntuaciones en las dimensiones Dolor y Función Cognitiva. Los pacientes en estadio C obtuvieron mejores puntuaciones en 3 de las 11 dimensiones de CVRS. Los pacientes asintomáticos presentaban mejores puntuaciones en todas las dimensiones.

Conclusiones: Se ha documentado una fuerte relación entre las dimensiones de CVRS del cuestionario MOS-HIV y la sintomatología asociada a VIH. La evaluación de la CVRS en este grupo de población permite detectar problemas asociados que pueden influir en la progresión de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Calidad de Vida, VIH; marcador clínico; estado de salud.

INTRODUCCIÓN

La infección por VIH origina un importante impacto y deterioro de las funciones físicas y psicosociales del individuo. El perfil actual de estos pacientes requiere un control cercano valorando el bienestar y la percepción del paciente sobre su estado de salud¹. La Calidad de Vida, y en concreto la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), mide el impacto de la enfermedad y aporta una medida de la percepción del paciente^{2,3}.

En la literatura científica se han identificado diversas variables que influyen en la CVRS en la población VIH, entre ellas factores clínicos y sociodemográficos como la edad y el sexo. Otras variables identificadas son falta de recursos económicos, precariedad laboral, escasez de redes familiares y/o sociales, educación incompleta, nivel de linfocitos CD4 y carga viral de VIH, presencia de sintomatología relacionada con la enfermedad (lipodistrofia, diarrea), historial de hospitalizaciones y tiempo de evolución de la infección, aparición de enfermedades definitorias de categoría SIDA e incluso la vía de transmisión de la infección y la satisfacción con el equipo médico⁴⁻⁷.

El proceso de aprender a vivir con el VIH es un balance y un constante ajuste entre la progresión de la enfermedad y el deseo de mantener el control de la vida y de la CVRS. La valoración de la CVRS puede determinar áreas específicas de disfunción susceptibles de tratamiento encaminado a prevenir el desarrollo de complicaciones, potencia la relación médico-paciente y es útil a la hora de diseñar herramientas específicas de intervención y como variable complementaria en la investigación⁸⁻¹⁰.

El objetivo del presente estudio fue analizar y describir el estado sociodemográfico y clínico y su relación con la CVRS en una muestra poblacional de personas infectadas por VIH y seguidas en la Consulta de VIH de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y METODOS

Se diseñó un estudio descriptivo transversal en personas infectadas por VIH en seguimiento en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. La población objeto estuvo constituida por las personas infectadas seguidas en nuestra Consulta de manera habitual y que aceptaron participar en el estudio en el periodo comprendido entre Marzo de 2007 y Abril de 2008. Se seleccionó de manera consecutiva una muestra de 150 pacientes (de acuerdo con las indicaciones de la Unidad de Investigación) mediante la firma de un consentimiento informado específico diseñado de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki.

Se elaboró un cuestionario de recogida de datos integrando instrumentos de medida (cuestionarios) de las variables que se iban a analizar:

- Variables sociodemográficas: edad, sexo, nacionalidad, estado civil, convivencia, paternidad, nivel de estudios, situación laboral, ingresos percibidos.
- Variables clínicas: nivel de linfocitos CD4 (medido mediante citómetro de flujo FACScalibur Becton-Dickinson®), nivel de carga vírica (medición de PCR viral mediante HIV monitor Ultrasensible Cobas-Amplicor Roche®), vía de contagio, clasificación SIDA (criterios CDC -Centers for Disease Control and Prevention-) y sintomatología.
- En cuanto a CVRS se seleccionó el cuestionario específico MOS-HIV de calidad de vida relacionada con la salud (Medical Outcomes Study HIV Health Survey). Fue desarrollado por Wu y cols. en 1991, a partir del Medical Outcomes Study, añadiendo a 16 ítems del cuestionario SF-36 aquellas escalas del estudio con un contenido relevante para los pacientes VIH¹¹. Consta de 35 ítems agrupados en 11 dimensiones: Percepción General de Salud, Dolor, Función Física, Función de Rol, Función Social, Salud Mental, Energía, Problemas de Salud, Función Cognitiva, Calidad de Vida y Salud Transitoria. Es posible obtener los índices resumen Salud Física (ISF) y Salud Mental (ISM), mediante coeficientes de ponderación. Las puntuaciones se transforman, obteniendo valores entre 0 (peor estado de salud posible) y 100 (mejor estado de salud posible). La versión utilizada en España es la versión 2.1 del cuestionario original, adaptada y validada

con alta consistencia interna (α Cronbach = 0,78-0,89)^{12,13}.

Se contactó con los pacientes para programar una entrevista personal en la Consulta donde un solo entrevistador entrenado administró el cuestionario descrito anteriormente y elaborado por nuestro equipo. Se realizó un análisis descriptivo del perfil de la muestra y de la CVRS expresado como media \pm desviación estándar, frecuencias y porcentajes. Posteriormente, se estudió la asociación entre variables empleando la prueba de Chi cuadrado con test exacto de Fisher o razón de verosimilitud dependiendo de las condiciones de aplicación y analizando la diferencia entre medias mediante t de Student y ANOVA. Los datos hallados en el estudio se analizaron con el paquete estadístico SPSS v15.0 (SPSS Inc®). El nivel de significación se consideró para $p \leq 0,05$. El análisis de CVRS se realizó según las indicaciones de los autores originales¹⁴.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 150 pacientes, de los cuales 112 eran varones (74,7%) y 38 mujeres (25,3%). La edad media del grupo fue de $44 \pm 8,3$ años, siendo de $45 \pm 8,2$ años en hombres y de $43 \pm 8,8$ años en mujeres sin hallarse diferencias entre ellos. De los 150 pacientes, 19 hombres y 5 mujeres fueron mayores de 50 años. En cuanto a la procedencia, 138 eran españoles (92%) y el resto, 12 pacientes (8%) extranjeros.

El 57,3% (N=86) de los pacientes tenía un nivel de estudios básico, entendido como estudios primarios completos o incompletos.

Globalmente considerado, ser soltero fue el estado civil más prevalente (46%) seguido de estar casado (35%). Se ha documentado significación en el sentido de que los varones fueron con más frecuencia solteros frente a otros estados civiles y las mujeres fueron con más frecuencia casadas y viudas ($p < 0,001$). El 53% manifestaron no tener hijos frente al 46,7% que sí tenían. En lo referente al núcleo básico de convivencia, la opción de convivencia más prevalente fue convivir en pareja o con hijos o ambos (48,7%), de manera significativa para las mujeres (65,8% vs 42,9%; $p = 0,015$). El 31% de nuestros pacientes convivía con sus progenitores u otros familiares y el 20% vivían solos o con amigos, con proporciones similares entre ambos sexos.

De manera global, nuestros pacientes tenían una media de 908 ± 707 €/mes, con mediana de 825 euros/mes. El 51% percibían algún tipo de ingreso derivado de una actividad laboral. El 35% eran pensionistas/jubilados y el 13% se incluyeron en el grupo de desempleados/amas de casa/otros.

En relación a los mecanismos de transmisión del VIH, la principal vía fue el uso compartido de material de inyección entre usuario de drogas por vía parenteral (UDVP) heterosexuales (38%), seguida por la transmisión por contacto heterosexual no UDVP (35,3%) y relación homosexual (18,7%). Los hombres se infectaron con más frecuencia por uso de drogas por vía parenteral que las mujeres (42% vs 26%) y éstas por contacto heterosexual (63% vs 26%); $p < 0,001$. El 58% de los mayores de 50 años se infectaron por contacto heterosexual y los de menor edad por el uso de drogas por vía parenteral (44%) seguido del contacto heterosexual (31%); $p = 0,006$.

En lo referente al estadiaje, un tercio de los pacientes correspondían a la categoría A. El 32% se encontraban en estadio SIDA, de los cuales el 44% adquirió la infección por uso compartido de material de inyección entre UDVP; el 35% se infectó por contacto heterosexual y en proporciones de 10% cada uno, los pacientes que se infectaron por contacto homosexual y los que desconocían el mecanismo de infección. Las enfermedades definitorias de SIDA se describen en la Tabla 1, destacando la neumonía por *P. jiroveci* (30,5%), la tuberculosis pulmonar (22%) y la candidiasis esofágica (10,2%). El porcentaje de pacientes que desconocían estar infectados por VIH en el momento del diagnóstico SIDA fue del 27% (36% de hombres y 7% de mujeres), ascendiendo al 40% de los contagiados por vía homosexual, 35% de los infectados por vía heterosexual y 5% de los infectados por uso de drogas vía parenteral.

Tabla 1. Descripción de las enfermedades iniciales definitivas de categoría C o SIDA documentadas en nuestra serie.

Enfermedad	N	%
Neumonía por <i>P. jiroveci</i>	18	30,5
Tuberculosis pulmonar	13	22
Candidiasis esofágica	6	10,2
Tuberculosis extrapulmonar	5	8,5
Síndrome caquético por VIH	3	5,1
Toxoplasmosis cerebral	3	5,1
Neumonía bacteriana recurrente	3	5,1
Herpes simple bronquial o esofágico	3	5,1
Sarcoma de Kaposi	2	3,4
Herpes simple mucocutáneo crónico	1	1,7
Cáncer invasivo de cuello uterino	1	1,7
Linfoma no Hodgkin	1	1,7
Total	59*	100

*La suma de la N excede del 100% de casos SIDA en la muestra (48) porque cada caso puede presentar más de una enfermedad indicativa de SIDA en la notificación.

En nuestro estudio, el 54% de los pacientes presentaban niveles de linfocitos CD4 \leq 500 cel/mm³, siendo la carga viral menor de 400 copias/ml en el 45% (menos de 40 copias-indetectable- en el 23%).

El 15% de los pacientes se encontraban asintomáticos en el momento del estudio, un 64% que presentaba entre 1 y 4 síntomas y un 21% presentaba 5 o más (media $3 \pm 2,3$; mediana 3; rango 0-11). De manera global, 53% presentaban lipodistrofia; 31% fatiga; 31% insomnio; 29% sudoración; 27% diarrea; 19% dolor de cualquier tipo; 11,3% astenia y 5,3% pérdidas frecuentes de memoria.

Todos nuestros pacientes contestaron al cuestionario MOS-HIV. La puntuación media del Índice global de Salud Física (ISF) fue $52,3 \pm 8,8$, mientras que la puntuación media del Índice global de Salud Mental (ISM) fue $49,3 \pm 9,9$. La distribución de las puntuaciones de las dimensiones de CVRS del cuestionario MOS-HIV se refleja en la Tabla 2.

Tabla 2. Puntuación media y percentiles de las distintas escalas del cuestionario MOS-HIV.

Índices	Media	Mediana	DE	Percentiles		
				25	50	75
Índice global de Salud Física (ISF)	52,3	54,6	8,8	49,3	54,6	58,7
Índice global de Salud Mental (ISM)	49,3	49,6	9,9	43,8	49,6	56,9
Dimensiones						
Percepción General de Salud (PS)	46,1	45	24,2	25	45	65
Dolor (D)	79,4	88,9	24,2	66,7	88,9	100
Función Física (FF)	84,3	91,7	19,7	75	91,7	100
Función de Rol (FR)	82,7	100	32,2	50	100	100
Función Social (FS)	88	100	22,7	80	100	100
Salud Mental (SM)	68,1	68	21,8	56	68	88
Energía (E)	63,8	67,5	23,4	50	67,5	85
Problemas de Salud (PR)	82,7	90	20	70	90	100
Función Cognitiva (FC)	84,6	90	17,5	80	90	100
Calidad de Vida (CV)	58,2	50	20,9	50	50	75
Salud Transitoria (ST)	54,8	50	18,9	50	50	75

DE: Desviación estándar.

Al categorizar las dimensiones de CVRS encontramos que, de manera significativa, las mujeres presentan puntuaciones más bajas para las dimensiones Dolor ($p=0,038$) y Función Cognitiva ($p=0,037$), sin diferencias en el resto de dimensiones. Los pacientes mayores de 50 años presentaron mejores índices en las dimensiones Dolor ($p=0,018$), Problemas de Salud ($p=0,018$) y Función Cognitiva ($p=0,004$). Los solteros ($p=0,020$), los que viven solos ($p=0,006$) y los que no tenían hijos ($p<0,001$) obtuvieron mejor puntuación en Percepción General de Salud que el resto. En este último grupo, las puntuaciones en Energía ($p=0,018$), Calidad de Vida ($p=0,007$) y los índices ISF ($p=0,005$) e ISM ($p=0,012$) fueron mejores que aquellos con hijos. No obtuvimos diferencias al relacionar el grado de escolarización y las dimensiones de CVRS. Aquellos que contrajeron la infección VIH por compartir material de inyección entre UDVP presentaron puntuación menor que el resto en Percepción General de Salud ($p=0,034$).

Atendiendo al estado inmunitario de nuestros pacientes, no encontramos relación entre las dimensiones del cuestionario MOS-HIV y las variables número de linfocitos CD4 y carga viral. Al analizar la distribución en función de las categorías CDC observamos que los pacientes en estadio C obtuvieron puntuaciones más altas que el resto de pacientes para las dimensiones Salud Mental ($p=0,023$), Energía ($p=0,050$), Función Cognitiva ($p=0,046$), Calidad de Vida ($p=0,018$) e ISM ($p=0,025$).

Los pacientes asintomáticos presentaban puntuaciones significativamente más altas para todas las dimensiones ($p<0,001$) salvo para la dimensión Salud Transitoria ($p=0,268$). La Tabla 3 muestra el análisis pormenorizado de la categorización de las dimensiones del cuestionario MOS-HIV en función de la presencia de diversos síntomas. Por otro lado, aquellos pacientes que habían sido hospitalizados durante el año anterior a la realización del estudio presentaron puntuaciones más bajas para las dimensiones Función Física ($p=0,014$), Función Social ($p=0,005$), Salud Mental ($p=0,020$) e ISM ($p=0,033$).

Tabla 3. Características de las dimensiones de CVRS en función de la presencia de sintomatología (análisis individual por síntoma).

	Presencia de sintomatología							
	Lipodistrofia (N=80)	Dolor (N=29)	Diarrea (N=41)	Sudoración (N=44)	Fatiga (N=47)	Astenia (N=17)	Insomnio (N=46)	Pérdida memoria (N=8)
Índices								
ISF	0,010	<0,001	0,014	<0,001	<0,001	0,055	0,001	0,016
ISM	0,077	<0,001	0,003	<0,001	0,007	0,030	<0,001	<0,001
Dimensiones								
PS	0,038	<0,001	0,000	<0,001	<0,001	0,039	0,015	<0,001
D	0,397	<0,001	0,145	0,004	0,005	0,427	0,020	0,025
FF	0,029	<0,001	0,225	0,001	<0,001	0,342	0,006	0,031
FR	0,210	<0,001	0,723	0,158	0,013	0,564	0,039	0,187
FS	0,073	<0,001	0,003	0,101	0,002	0,039	0,018	0,270
SM	0,197	<0,001	0,022	0,001	0,021	0,270	<0,001	0,003
E	0,057	<0,001	0,001	<0,001	0,001	0,009	0,002	<0,001
PR	0,424	0,004	0,030	0,001	0,021	0,052	0,010	0,008
FC	0,444	0,104	0,007	0,008	0,081	0,467	0,011	<0,001
CV	0,282	0,002	0,081	0,005	0,438	0,638	0,010	0,069
ST	0,834	0,005	0,181	0,326	0,912	0,699	0,241	0,423

Las relaciones establecidas en el análisis bivalente se indican mediante el valor de p.

ISF: Índice global de Salud Física; ISM: Índice global de Salud Mental; PS: Percepción general de Salud; D: Dolor; FF: Función Física; FR: Función de Rol; FS: Función Social; SM: Salud Mental; E: Energía; PR: Problemas de Salud; FC: Función Cognitiva; CV: Calidad de Vida; ST: Salud Transitoria.

DISCUSION

La población de nuestro estudio se caracteriza por un desbalance a favor de los varones, cuya proporción resulta de 3:1 con respecto a las mujeres, con edad media homogénea para ambos sexos correspondiente con la quinta década de la vida. Estas características han sido fruto de la estrategia metodológica adoptada en el modelo de intervención. El perfil, que no ha sido deliberadamente buscado, se aproxima a lo reflejado en la serie de casos notificado al Registro Nacional de Casos Sida¹⁴, lo cual refrenda la representatividad de nuestra muestra. La validez externa referida a estudios nacionales e internacionales viene avalada por el hecho de que series de amplio número de individuos presentan perfiles de edad y sexo que oscilan entre el 69,1% de varones de Murri et al.¹⁶, el 71,2% de Préau et al.¹⁷ y el 73% de Ruiz Pérez et al.¹⁸.

Dada la historia de la enfermedad, la población afectada y el estigma que aún hoy sigue existiendo, parece lógico que casi la mitad de los pacientes permanezcan solteros. Estos datos son concordantes con los aportados por otros estudios realizados en nuestro país¹⁹. Por otro lado, hemos encontrado en la literatura un escaso número de publicaciones que detallen el núcleo de convivencia de los pacientes⁶, es por ello que nuestros hallazgos aportan datos de relevancia al analizar las relaciones de nuestro grupo en este sentido.

Entre los individuos estudiados, encontramos que el principal mecanismo de transmisión del VIH fue el uso compartido de material de inyección entre UDVP. Históricamente, en nuestro medio, este grupo ha sido el de mayor riesgo de contagio¹⁵ y los datos aportados por nuestra investigación se aproximan a los de otros grupos españoles^{18,20} si bien estudios internacionales muestran datos más alejados^{6,17}. De nuestros resultados se desprende que el mecanismo por el que los pacientes de mayor edad se contagian es el contacto sexual heterosexual. Estos aspectos son raramente comunicados por otros grupos de trabajo. Por otra parte, uno de cada cuatro pacientes estudiados no era consciente de estar infectados en el momento del diagnóstico SIDA, dato que refleja la importancia de la detección de hábitos de riesgo de transmisión para establecer programas de prevención primaria y secundaria.

La distribución equilibrada en cuanto al estadio de infección por VIH no ha sido deliberadamente buscada y responde a la amplia variedad de individuos infectados que son atendidos en nuestro hospital. Esto apoya la representatividad de nuestra muestra y ofrece una visión homogénea del perfil de asistencia que cubre un hospital de tercer nivel de una comunidad media española.

La completa caracterización del estado de salud de los pacientes es un hecho cada vez más relevante en un contexto de asistencia integral. Los datos aportados por nuestra serie en cuanto a sintomatología se aproximan a otras series españolas como la de Badía et al.²¹ donde el 68% de los pacientes presentan algún tipo de sintomatología; en cambio, hemos hallado mayor frecuencia en lo relativo al número de hospitalizaciones en los meses previos al estudio que en otras series (12% en la serie de Zinkernagel

et al.²². Estas diferencias pueden explicarse entre otros factores por el aumento de la edad media de los pacientes incluidos en los estudios a lo largo del tiempo. Muy recientemente la aportación de Deeks y Phillips abunda en este extremo, que en nuestra serie resulta un hallazgo positivo²³. No obstante cabe señalar la necesidad de establecer protocolos de atención y seguimiento prospectivo que puedan aportar luz a la hora de delimitar los factores que condicionan los episodios de hospitalización, máxime en un sistema de salud público en el que los recursos son limitados.

Entre la sintomatología asociada cabe destacar que en nuestra serie el síntoma más frecuentemente identificado ha sido la lipodistrofia, hallada en el 61,1%. Este hecho ha sido documentado tanto en su prevalencia como en su potencial repercusión sobre la vida de los individuos de manera muy amplia por diversos grupos^{24,25}. Nuestra serie documenta en menor medida una amplia gama de otros efectos asociados a este tipo de medicación (insomnio, fatiga, astenia, diarrea), siendo éste un aspecto menos referido en la literatura. La serie de Martín Suárez et al.²⁶ documenta los síntomas con frecuencias más elevadas que nuestra serie, hecho posiblemente influido por la situación de deterioro inmunológico avanzado de los pacientes de este grupo onubense.

La relación que se puede establecer entre las variables edad y sexo con las dimensiones de CVRS es controvertida. Nuestra investigación no encuentra relaciones significativas al categorizar los índices ISF e ISM por edad y sexo, al igual que otros grupos^{6,22}, ello puede obedecer en un análisis simple a la falta de potencia de la muestra analizada. La convivencia puede ser un factor influyente en la CVRS y nuestro grupo ha documentado que aquellos pacientes que permanecen solteros, los que viven solos y los que no tienen hijos presentaron de manera significativa mejores puntuaciones para la dimensión Percepción General de Salud que el resto de pacientes. Worthington et al.⁶ no hallan relación, mientras que Ruiz Pérez et al.¹⁸ describen una relación positiva entre convivir en pareja y los índices ISF e ISM. Como parece lógico, la percepción de ingresos mejora puntuaciones en las dimensiones de CVRS, relación encontrada por otros autores⁶.

En lo relativo al estado inmunológico de los individuos estudiados, existe gran discordancia ya que diferentes grupos no hallan relación significativa entre el número de linfocitos CD4 y la carga viral^{6,16}, al igual que nuestro grupo. En cambio otros grupos encuentran relación positiva de la CVRS con el número de linfocitos CD4 y negativa con la carga viral¹⁸. Este hecho puede obedecer a que a pesar del esfuerzo realizado por los diferentes organismos internacionales que categorizan la infección VIH tanto en el mundo desarrollado como en los países en vías de desarrollo, se necesita una mejor correlación entre los parámetros de carga viral y estado inmunitario. Por otro lado, los pacientes de nuestra investigación que se incluyen en estadio SIDA muestran mejores puntuaciones en los índices Salud Mental, Energía, Función Cognitiva, Calidad de Vida e ISM, contrariamente a los datos hallados en la literatura revisada^{18,22}. Este hecho puede deberse a la estabilidad alcanzada en la evolución clínica a lo largo de los años de enfermedad, manteniéndose la categoría C de la clasificación CDC a lo largo del tiempo.

Al valorar de manera complementaria el estado de salud de nuestros pacientes, hemos hallado una fuerte relación entre todas las dimensiones de CVRS y la sintomatología asociada a la infección VIH, de tal manera que los pacientes asintomáticos presentan mejores puntuaciones en todas las dimensiones y a mayor número de síntomas peores puntuaciones. Esta relación está avalada en la literatura tanto en series nacionales^{13,21} como internacionales^{4,6,27}. Por otro lado, aquellos pacientes que estuvieron hospitalizados los meses anteriores a la realización del estudio presentaron peores valores en las dimensiones Función Física, Función Social, Salud Mental e ISM, datos concordantes con los hallados por Zinkernagel et al.²² y Murri et al.¹⁶.

En conclusión, la investigación en CVRS es un aspecto cada vez más relevante y en continuo desarrollo^{10,28,29}. Este estudio refleja la importancia de la medición de la CVRS y los factores clínicos y sociodemográficos que la condicionan en el colectivo de pacientes VIH, empleando cuestionarios específicamente desarrollados para este grupo poblacional permitiendo la detección de problemas que los indicadores clínicos clásicos no aportan.

REFERENCIAS

1. O' Cleirigh C, Safren SA. Domains of life satisfaction among patients living with HIV: A factor analytic study of the Quality of Life Inventory. *AIDS Behav.* 2006;10:53-8.
2. Knobel H. Calidad de vida, satisfacción, adherencia y efectividad del tratamiento antirretroviral. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2005;23:579-80.
3. Herdman MJ. Reflexiones sobre la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en España. *Gac Sanit.* 2005;19:91-2.
4. Douaihy A, Singh N. Factors affecting quality of life in patients with HIV infection. *AIDS Read.* 2001;11:450-4, 60-1, 75.
5. Casado A, Consiglio E, Podzamczar D, Badía X. Highly active antiretroviral treatment (HAART) and health-related quality of life in naive and pretreated HIV-infected patients. *HIV Clin Trials.* 2001;2:477-83.
6. Worthington C, Krentz HB. Socio-economic factors and health-related quality of life in adults living with HIV. *Int J STD AIDS.* 2005;16:608-14.
7. Ruiz Pérez I, Soto Blanco JM, De Labry Lima AO, Castro Recio JM, López EG, Basanta JJ, et al. Factors that affect the quality of life of prison inmates on antiretroviral treatment. *AIDS Care.* 2006;18:433-40.

8. Badía X, Guerra L, García M, Podzamczar D. La evaluación de la calidad de vida en los pacientes con infección por el VIH y SIDA. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:739-44.
9. García Ordóñez MA, Mansilla Francisco JJ, Nieto Aragón E, Cereto MR, Salas Samper F, Vallejo Díaz M, et al. Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes infectados por VIH medida por el Cuestionario de Salud SF-36. *An Med Interna*. 2001;18:74-9.
10. Herrera C, Campero L, Caballero M, Kendall T. Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. *Rev Saúde Pública*. 2008;42:249-55.
11. Wu AW, Rubin HR, Mathews WC, Ware JE, Jr., Brysk LT, Hardy WD, et al. A health status questionnaire using 30 items from the Medical Outcomes Study. Preliminary validation in persons with early HIV infection. *Med Care*. 1991;29:786-98.
12. Wu AW, Revicki DA, Jacobson D, Malitz FE. Evidence for reliability, validity and usefulness of the Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV). *Qual Life Res*. 1997;6:481-93.
13. Badía X, Podzamczar D, López-Lavid C, García M. Medicina basada en la evidencia y la validación de cuestionarios de calidad de vida: la versión española del cuestionario MOS-HIV para la evaluación de la calidad de vida en pacientes infectados por el VIH. Grupo Español de Validación de los cuestionarios MOS-HIV y MQOL-HIV. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1999;17:S103-13.
14. Wu AW, Gray SM, Brookmeyer R. Application of random effects models and other methods to the analysis of multidimensional quality of life data in an AIDS clinical trial. *Med Care*. 1999;37:249-58.
15. Vigilancia epidemiológica del SIDA en España. Registro Nacional de Casos de Sida. Actualización a 30 de Junio de 2009. Informe Semestral n°1, año 2009. En internet: http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jsp [consulta: 3 Noviembre, 2009].
16. Murri R, Fantoni M, Del Borgo C, Visona R, Barracco A, Zambelli A, et al. Determinants of health-related quality of life in HIV-infected patients. *AIDS Care*. 2003;15:581-90.
17. Préau M, Marcellin F, Carrieri MP, Lert F, Obadia Y, Spire B. Health-related quality of life in French people living with HIV in 2003: results from the national ANRS-EN12-VESPA Study. *AIDS*. 2007;21:S19-27.
18. Ruiz Pérez I, Rodríguez Baño J, López Ruz MA, del Arco Jiménez A, Causse Prados M, Pasquau Liaño J, et al. Health-related quality of life of patients with HIV: impact of sociodemographic, clinical and psychosocial factors. *Qual Life Res*. 2005;14:1301-10.
19. Ruiz Pérez I, Olry de Labry-Lima A, Delgado Domínguez C, Marcos Herrero M, Muñoz Roca I, Pasquau Liaño J, et al. Impacto del apoyo social y la morbilidad psíquica en la calidad de vida en pacientes tratados con antirretrovirales. *Psicothema*. 2005;17:245-9.
20. Badía X, Podzamczar D, García M, López-Lavid CC, Consiglio E. A randomized study comparing instruments for measuring health-related quality of life in HIV-infected patients. Spanish MOS-HIV and MQOL-HIV Validation Group. *Medical Outcomes Study HIV Health Survey*. *AIDS*. 1999;13:1727-35.
21. Badía X, Podzamczar D, Casado A, López-Lavid C, García M. Evaluating changes in health status in HIV-infected patients: Medical Outcomes Study-HIV and Multidimensional Quality of Life-HIV quality of life questionnaires. Spanish MOS-HIV and MQOL-HIV Validation Group. *AIDS*. 2000;14:1439-47.
22. Zinkernagel C, Taffe P, Rickenbach M, Amiet R, Ledergerber B, Volkart AC, et al. Importance of mental health assessment in HIV-infected outpatients. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2001;28:240-9.
23. Deeks SG, Phillips AN. HIV infection, antiretroviral treatment, ageing, and non-AIDS related morbidity. *BMJ*. 2009;338:a3172
24. Bechara FG, Sand M, Potthoff A, Altmeyer P, Brockmeyer NH. HIV-associated facial lipoatrophy--review of current therapy options. *Eur J Med Res*. 2008;13:93-9.
25. Fundación para la Formación e Información sobre Tratamientos en el VIH/sida (FIT). Tratamiento quirúrgico de la lipodistrofia asociada a la infección por VIH. Conclusiones de una Reunión Multidisciplinar. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007;25:324-8.
26. Martín Suárez I, Cano Monchul R, Pérez de Ayala P, Aguayo Canela M, Cuesta F, Rodríguez P, et al. Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. *An Med Interna*. 2002;19:396-404.
27. Bader A, Kremer H, Erlich-Trungenberger I, Rojas R, Lohmann M, Deobald O, et al. An adherence typology: Coping, quality of life, and physical symptoms of people living with HIV/AIDS and their adherence to antiretroviral

treatment. Med Sci Monit. 2006;12:CR493-500.

28. Soto J, Rejas J, Ruiz M, Pardo A. Estudios de calidad de vida relacionada con la salud incluidos en ensayos clínicos: valoración de su calidad metodológica mediante de una lista-guía. Med Clin (Barc). 2009;133:314-20.

29. Rebollo P, Garcia Cueto E, Zardain PC, Cuervo J, Martinez I, Alonso J, et al. Desarrollo del CAT-Health, primer test adaptativo informatizado para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en España. Med Clin (Barc). 2009;133:241-51.

Correspondencia:

Dra. Laisa Socorro Briongos-Figuero
Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario del Río Hortega.
C/Dulzaina 2, 47012 Valladolid.
España
Mail: laisadoc@hotmail.com

Comentario del revisor Dra. Maria Ángeles Mantecón Vallejo PhD. Microbiología. Complejo Asistencial Universitario de Burgos. España.

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud tiene que ver con el impacto que la enfermedad y su tratamiento tienen en el funcionamiento diario, el bienestar físico, emocional y social percibido por el paciente. Este término es un indicador de salud que cada vez está teniendo mayor relevancia en la asistencia sanitaria.

A la hora de abordar el tratamiento y seguimiento de pacientes con una enfermedad como es la infección por VIH en la que además intervienen factores no sólo clínicos sino también sociales, psicológicos, económicos se ha observado la importancia de valorar las diferentes aspectos de la vida del paciente que se pueden ver afectadas por la enfermedad.

En el trabajo presentado por la Dra Briongos-Figuero y colaboradores la recogida de datos ha sido exhaustiva ya que se ha elaborado un cuestionario en el que se han tenido en cuenta tanto factores clínicos como sociodemográficos. Debido a ello y al número de pacientes estudiados durante este periodo y su representatividad, los datos recogidos y analizados aportan información relevante mostrando en qué medida aspectos como el núcleo de convivencia, la sintomatología y el estadio de la enfermedad entre otros, influyen en la percepción del paciente sobre su enfermedad.

Otro aspecto a resaltar es la necesidad e importancia de detectar los hábitos de riesgo e instaurar las medidas de prevención oportunas.

Comentario del revisor Dr. José A. Oteo. Jefe del Area de Enfermedades Infecciosas del Hospital San Pedro - Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR). Logroño. España.

Han pasado ya casi 30 años desde la descripción de los primeros casos de lo que más tarde se denominaría SIDA y se convertiría en uno de los problemas más importantes de Salud Pública de finales del siglo XX y comienzos del XXI. Durante estos años se han producido grandes avances, y en la actualidad podemos hablar de la transformación de la infección por el VIH en una enfermedad crónica.

En este artículo, los autores estudian la "Influencia de los factores clínicos y sociodemográficos en la Calidad de Vida de personas infectadas por el VIH" mediante un cuestionario validado. En esta época en la que nos preocupamos más del éxito terapéutico desde un punto de vista de eficacia virológica y de respuesta inmunitaria resulta loable el esfuerzo realizado en conocer la verdadera calidad de vida de nuestros pacientes. Ahondar en estos aspectos resulta de suma importancia y debe servirnos de reflexión para un correcto diseño de las estrategias terapéuticas.

Recibido 23 de octubre de 2010.
Publicado 4 de diciembre de 2010