



## 573 - ¿MÁS COMORBILIDADES IMPLICAN PEOR CONTROL INMUNOVIROLÓGICO? ANÁLISIS EN PERSONAS CON VIH ? 60 AÑOS

*Alberto Rodríguez Iglesias, Marta de la Fuente López, Esther Panedas Redondo, Frank Suárez López, Marina García de Vicuña Oyaga, Javier Gamazo Herrero, Lucía Martínez Martínez y Carlos Dueñas Gutiérrez*

*Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España.*

### Resumen

**Objetivos:** El aumento en la supervivencia de las personas mayores que viven con VIH (PMVIH) supone un nuevo reto asistencial: el creciente número de comorbilidades no directamente relacionadas con la infección. Entender cómo se relacionan estas comorbilidades con las variables clínicas seguidas habitualmente puede ayudar a orientar estrategias de atención más ajustadas a las necesidades de esta población. Evaluar la presencia de asociaciones entre la carga de comorbilidades en pacientes con VIH ? 60 años y las siguientes variables clínicas: control inmunoviroológico, años de seguimiento, número de líneas de tratamiento antirretroviral recibidas y estadio de SIDA al diagnóstico.

**Métodos:** Estudio transversal realizado sobre una cohorte de 194 pacientes con edad ? 60 años en seguimiento por la Unidad de Enfermedades Infecciosas. Se recogieron variables clínicas, número de comorbilidades, recuento de CD4, carga viral, años de seguimiento, número de líneas de tratamiento antirretroviral (TARGA) y estadio clínico inicial. Se definió alta comorbilidad como la presencia de cinco o más enfermedades crónicas concurrentes. Se emplearon pruebas de correlación de Spearman, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis, además de un modelo de regresión logística para identificar predictores de polimedicación.

**Resultados:** No se encontró asociación significativa entre el número de comorbilidades y el control inmunológico (CD4:  $r = 0,044$ ;  $p > 0,05$ ) ni virológico (carga viral:  $r = -0,006$ ;  $p > 0,05$ ). Tampoco se hallaron diferencias en la carga comórbida entre los pacientes según el estadio clínico de SIDA al diagnóstico ( $p = 0,897$ ). Sí se identificó una correlación positiva débil pero significativa entre los años de seguimiento y el número de comorbilidades ( $r = 0,18$ ;  $p = 0,010$ ), lo que sugiere una acumulación de estas con el tiempo. Se observó una tendencia, aunque sin llegar a ser significativa, entre número de líneas de tratamiento recibidas y las comorbilidades presentadas ( $r = 0,13$ ;  $p = 0,081$ ). El subgrupo con alta comorbilidad (? 5 comorbilidades) mostró de manera significativa más fármacos prescritos ( $p < 0,0001$ ), más líneas de tratamiento recibidas ( $p = 0,031$ ) y más años de seguimiento ( $p = 0,026$ ), pero sin observarse diferencias en el recuento de CD4 ( $p = 0,404$ ) ni carga viral ( $p = 0,763$ ) en comparación con el resto. En el análisis multivariante, el número de comorbilidades fue el principal predictor independiente de polimedicación ( $p < 0,001$ ).

**Discusión:** Los resultados reflejan que la carga comórbida en PMVIH no está relacionada con el control inmunoviroológico, sino con la evolución clínica acumulada por estos pacientes. La duración del seguimiento y la complejidad terapéutica parecen contribuir más al perfil clínico que presentan los PMVIH que el estadio inicial de la enfermedad o los niveles actuales de inmunosupresión.

*Conclusiones:* En nuestra cohorte de PMVIH no se observa relación entre las comorbilidades y el control de la enfermedad, lo que refuerza la necesidad de un abordaje integral de estos pacientes para la gestión de las comorbilidades más allá de un seguimiento centrado exclusivamente en la situación inmunológica.