

EL ENVEJECIMIENTO Y EL VIH

**Suplemento especial del informe de ONUSIDA
sobre la epidemia mundial de sida 2013**

UNAIDS / JC2563/1/S

Copyright © 2013

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA)

Reservados todos los derechos

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. El ONUSIDA no garantiza que la información contenida en la presente sea completa y correcta, y no se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

ISBN 978-92-9253-054-9

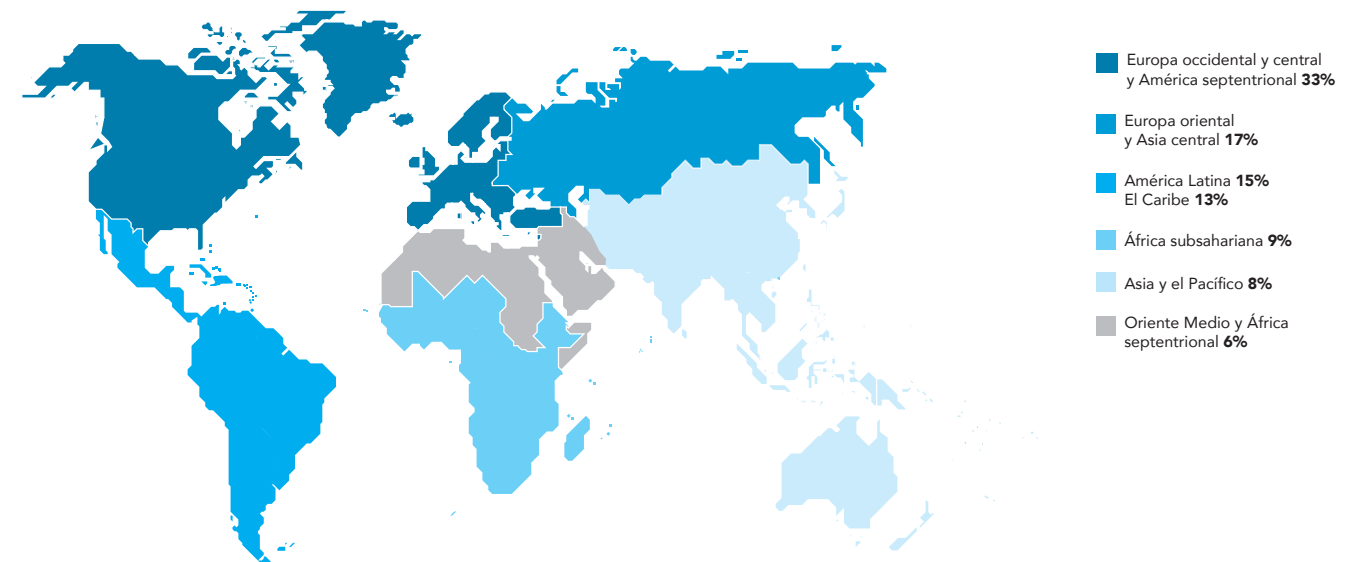
RESPONDER AL VIH EN LAS POBLACIONES DE 50 O MÁS AÑOS DE EDAD

Una tendencia que está cobrando cada vez más importancia en la epidemia mundial de VIH es el aumento en el número de personas de 50 o más años de edad que viven con el VIH, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos, donde hay muy pocas estrategias que estén atendiendo esta dimensión antes oculta de la epidemia de VIH. Sin embargo las poblaciones de 50 o más años de edad generan implicaciones importantes para las respuestas del VIH.

- Se estima que en todo el mundo 3,6 [3,2-3,9] millones de personas de 50 o más años de edad viven con el VIH.
- Por primera vez desde el inicio de la epidemia de VIH, el 10% de la población adulta que vive con el VIH en países de ingresos bajos y medianos tiene 50 o más años de edad (véase la Figura 1).
- En 2012 cerca de 2,9 [2,6–3,1] millones de personas de 50 o más años de edad vivían con el VIH en países de ingresos bajos y medianos.
- En los países de ingresos altos, se estima que el 30% de todos los adultos que viven con el VIH tiene 50 o más años de edad.
- La proporción de adultos seropositivos que tienen 50 o más años de edad ha aumentado en todas las regiones, a ritmos diferentes, desde 2007 (véase la Figura 2).

FIGURA 1

Porcentaje estimado de la población adulta (a partir de 15 años de edad) seropositiva que tiene 50 o más años de edad, por región, 2012.

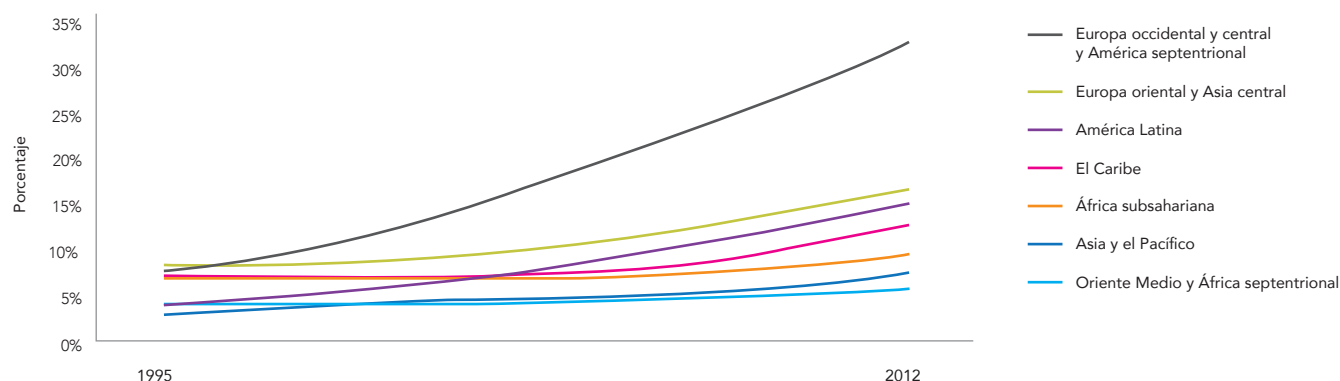


Fuente: ONUSIDA

Este “envejecimiento” de la epidemia de VIH se debe principalmente a tres factores: el éxito del tratamiento antirretrovírico, que prolonga la vida de quienes viven con el VIH; la disminución de la incidencia del virus entre los adultos más jóvenes, con lo que la carga de morbilidad se desplaza a edades más avanzadas; y, por último, que las personas de 50 o más años de edad practican muchas de las conductas de riesgo que también se observan en personas más jóvenes, un hecho que a menudo no se evalúa debidamente, y que por lo tanto se pasa por alto.

FIGURA 2

Los adultos de 50 o más años de edad, como porcentaje todos los adultos de 15 o más años de edad que viven con el VIH, por región, 1995-2012



Fuente: Estimaciones de ONUSIDA 2012

LA PREVALENCIA DEL VIH ESTÁ AUMENTANDO EN LAS POBLACIONES DE 50 O MÁS AÑOS DE EDAD

Se han realizado relativamente pocas encuestas sobre el VIH entre los adultos de 50 o más años de edad, pero aquellas de las que se dispone revelan una prevalencia alta del virus en este grupo. Por ejemplo, en una encuesta nacional sobre el VIH que se llevó a cabo en Sudáfrica en 2012, la prevalencia del virus ascendía al 13% en las personas de entre 50 y 54 años, y a un 12% en las mujeres y un 6,9% en los hombres de entre 55 y 59 años (en comparación con el 18% en los hombres y mujeres de entre 15 y 49 años)¹. Por su parte, una encuesta demográfica nacional realizada en Swazilandia en 2006 y 2007 reveló que el 13% de los hombres y el 7% de las mujeres de entre 60 y 64 años vivían con el VIH (en comparación con el 27% en los hombres y mujeres de entre 15 y 49 años). En Kenya, la prevalencia del virus era de un 5% en las personas de entre 50 y 64 años (en comparación con un 7,4% en las personas de entre 15 y 49 años)².

Se calcula que en los países de ingresos bajos y medianos 100.000 personas de 50 o más años de edad contraen el VIH cada año. De ellas, tres cuartas partes (el 74%) viven en países de África subsahariana. Es posible que la tasa de nuevas infecciones por el VIH en adultos de 50 o más años de edad sea más alta de lo que se pensaba hasta ahora, pero existen muy pocos estudios cuantitativos sobre las conductas sexuales y la incidencia del VIH en este grupo de edad en África subsahariana.³ Entre las pocas excepciones se encuentra una encuesta nacional sobre el VIH realizada en hogares de Sudáfrica en 2005, en la que más de la mitad de las personas de 50 o más años de edad indicó haber mantenido relaciones sexuales entre una y cuatro veces en los últimos 30 días, y más de una de cada cinco manifestó haberlas mantenido entre cinco y nueve veces en ese mismo periodo de tiempo (véase la Figura 3).

Como se muestra en la Figura 3, un estudio llevado a cabo en 2010 en la provincia de Mpumalanga, en Sudáfrica, señalaba que la prevalencia del VIH en esta zona ascendía a un 35% en los hombres de entre 55 y 59 años y a un 27% en las mujeres en este mismo rango de edad. Por su parte, la prevalencia del virus era de un 20% en los hombres de entre 60 y 64 años, y de un 17% en los hombres de entre 65 y 69 años, mientras que en las mujeres de los mismos grupos de edad era de un 13% y un 10% respectivamente⁵. El hecho de que en la zona de estudio la terapia antirretrovírica comenzara a aplicarse ampliamente en 2007 sugiere que un gran número de personas seropositivas de 50 o más años de edad podría haber contraído el VIH pocos años antes⁴.

¹ Shisana O, Rehle T, Zuma K, Simbaya LC, Jooste S, Pillay-van-Wyk V et al. (2013). *South African national HIV prevalence, incidence and behaviour survey, 2012*. Resumen presentado en la VI Conferencia sobre el Sida de Sudáfrica, Durban.

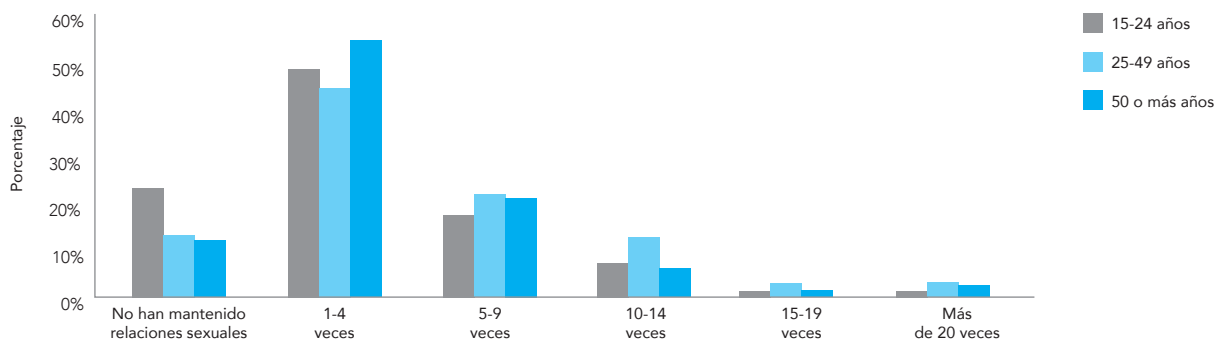
² Ministerio de Salud [Kenya] (2008). *AIDS Indicator Survey 2007*. Nairobi: Ministerio de Salud.

³ Hontelez JA, de Vlas SJ, Baltussen R, Newell ML, Bakker R, Tanser F et al. (2012). The impact of antiretroviral treatment on the age composition of the HIV epidemic in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 2012, 26 Suppl 1, pp. S19–30.

⁴ Gomez-Olive FX, Angotti N, Houle B, Klipstein-Grobusch K, Kabudula C, Menken J et al. (2013). Prevalence of HIV among those 15 and older in rural South Africa. *AIDS Care*, 25(9): 1122–1128.

FIGURA 3

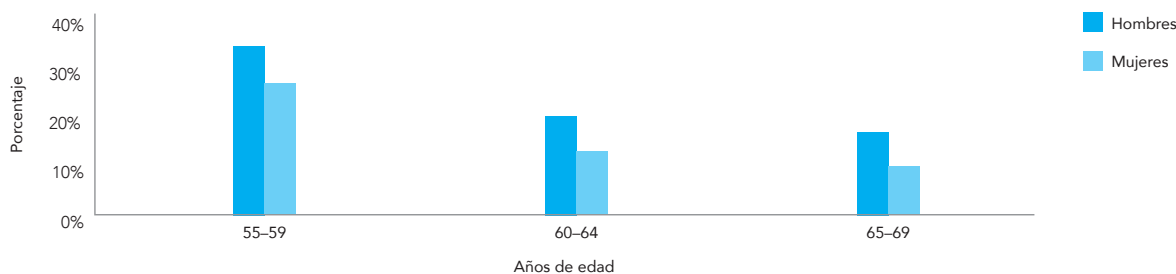
Frecuencia de las relaciones sexuales entre las personas encuestadas de 15 o más años de edad mantenidas en los últimos 30 días por grupo de edad, Sudáfrica, 2005.



Fuente: Shisana O, Rehle T, Zuma K, Simbaya LC, Jooste S, Pillay-van-Wyk V et al. (2013). South African national HIV prevalence, incidence and behaviour survey, 2012. Pretoria; Consejo de Investigación en Ciencias Humanas.

FIGURA 4

Prevalencia del VIH en hombres y mujeres con edades comprendidas entre 55 y 69 años en zonas rurales de Sudáfrica, 2010-2011.



Fuente: Gomez-Olive FX et al (2013). Prevalence of HIV among those 15 and older in rural South Africa. *AIDS Care*, 25(9): 1122-1128.

Los servicios de prevención del VIH (y otros, como los de detección de la tuberculosis) deben hacer un mayor hincapié en las personas de 50 o más años de edad, así como en sus realidades y necesidades concretas⁵. Dicha adaptación también debe reflejar las necesidades de las personas de este grupo de edad que pertenecen a poblaciones clave.

Existen indicios de que las personas de 50 o más años de edad pueden tener menos conocimientos sobre el VIH que las personas más jóvenes. Tal y como muestran las encuestas realizadas en nueve centros de África occidental, oriental y meridional, la concienciación era especialmente baja en las mujeres de 50 o más años de edad⁶. Los cambios biológicos se encuentran entre los factores que también pueden poner a las mujeres sexualmente activas de 50 o más años de edad en un mayor riesgo de contraer el VIH. Por ejemplo, después de la menopausia la pared vaginal se vuelve más delgada, lo que incrementa las posibilidades de sufrir lesiones y desgarros, y con ello el riesgo de transmisión del VIH durante las relaciones sexuales⁷.

⁵ Bendavid E, Ford N, Mills EJ (2012). HIV and Africa's elderly: the problems and possibilities. *AIDS*, 26 (Suppl. 1), pp. S85-S91.

⁶ Negin J, Nemser B, Cumming R, Lelera E, Ben Amor Y, Pronyk P (2012). HIV attitudes, awareness and testing among older adults in Africa. *AIDS Behav.*, 16(1):63-8.

⁷ Drew O, Sherrard J (2008). Sexually transmitted infections in the older woman. *Menopause Int.*, 14(3): 134-5.

OFRECER UN TRATAMIENTO EFECTIVO

Es evidente que con la ampliación del acceso al tratamiento antirretrovírico (y el incremento de la proporción de personas que comienzan antes la terapia y con recuentos superiores de células CD4) está desembocando en un aumento del número de personas de 50 o más años de edad que viven con el VIH.⁸ En países de ingresos altos, la esperanza de vida de una persona seropositiva que consigue y mantiene una supresión vírica bajo tratamiento antirretrovírico se acerca actualmente a la de una persona que no se haya infectado por el VIH.⁹ En África subsahariana, donde la esperanza de vida media de las personas que viven con el VIH ha aumentado considerablemente en la última década, se está produciendo una tendencia similar. Se calcula que entre 2009 y 2011, la esperanza de vida al nacer general de Sudáfrica aumentó de 56.5 a 60 años, debido en gran parte a la expansión del tratamiento antirretrovírico y a los programas de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH.¹⁰

Al mismo tiempo, es probable que la tasa de nuevas infecciones por el VIH en personas de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años siga descendiendo. El efecto combinado es un cambio constante en la composición etaria de la epidemia de VIH hacia edades más avanzadas³, tal y como se ha observado en países de ingresos altos. En los Estados Unidos de América, por ejemplo, en torno al 31% de las personas que vivían con el VIH en 2008 tenían 50 o más años, en comparación con un 17% en 2001¹¹. En África subsahariana se está produciendo un cambio similar: según la última elaboración de modelos, las personas de 50 o más años de edad constituirán una población seropositiva que crecerá progresivamente en los próximos años³.

Los servicios de pruebas y tratamiento del VIH deben, por consiguiente, abordar las necesidades y realidades, posiblemente diferentes, de las poblaciones de 50 o más años de edad que viven con el VIH. El inicio a tiempo de la terapia antirretrovírica es especialmente importante porque sus sistemas inmunitarios suelen tardar más tiempo en recuperarse que los de personas más jóvenes⁵. Sin embargo, las investigaciones realizadas en África subsahariana indican que es menos probable que las personas de 50 o más años de edad se realicen las pruebas del VIH en comparación con personas de menos edad^{6,12}. En consecuencia, parece que esta población recibe tarde el diagnóstico en el curso de la infección por el VIH, a menudo cuando su salud ya se ha deteriorado considerablemente, como se ha descubierto en Brasil, por ejemplo¹³.

El tratamiento antirretrovírico en personas de 50 o más años de edad puede plantear problemas especiales. Un análisis de los datos de nueve países de África subsahariana concluyó que más de una de cada 10 personas que iniciaban el tratamiento antirretrovírico pertenecían a este grupo de edad, y cerca de dos de cada tres eran mujeres. La mortalidad también era superior a la de personas más jóvenes, lo que parece indicar que necesitan más atención en los programas de tratamiento del VIH^{14,15}.

Ofrecer tratamiento del VIH también puede resultar problemático si la persona seropositiva padece alguna otra enfermedad crónica. En un estudio realizado en **Sudáfrica**, el 30% de las personas de 50 o más años

⁸ J 10 Johnson LF, Mossong J, Dorrington RE, Schomaker M, Hoffmann CJ, Keiser O et al. (2013). Life expectancies of South African adults starting antiretroviral treatment: collaborative analysis of cohort studies. *PLoS Med.*, 10(4): e1001418.

⁹ Nakagawa F, May M, Phillips A (2013). Life expectancy living with HIV: recent estimates and future implications. *Curr Opin Infect Dis.*, 26(1), pp. 17–25.

¹⁰ Consejo de Investigación Médica, *Rapid mortality surveillance report 2011*. Ciudad del Cabo: Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica; 2012.

¹¹ Centros de Control de Enfermedades (2010). HIV/AIDS surveillance reports. Volúmenes 17 y 23. Atlanta: Centros de Control y Prevención de Enfermedades.

¹² J. Williams, F.X. Gómez-Olivé, N. Angotti, C. Kabudula, J. Menken, S. Clark, et al. HIV risk and recent sexual behaviour of older adults in rural South Africa. Resumen THPDD0205. Conferencia Internacional sobre el Sida, 22-27 de julio de 2012, Washington DC.

¹³ Lacerda HR, Kitner D (2008). Mortality of the elderly is still exceedingly high at diagnosis of AIDS despite favourable outcomes after highly active antiretroviral therapy in Recife, Brazil. *Int J STD AIDS.*, 19: 450-4.

¹⁴ República Centroafricana, Côte d'Ivoire, República Democrática del Congo, Etiopía, Nigeria, República del Congo, Uganda, Zambia y Zimbabue.

¹⁵ Greig J, Casas EC, O'Brien DP, Mills EJ, Ford N (2012). Association between older age and adverse outcomes on antiretroviral therapy: a cohort analysis of programme data from nine countries. *AIDS*, 26 (Suppl. 1), pp. S31–S37.

de edad tenía dos o más enfermedades crónicas¹⁶. Aunque existen pruebas de que la observancia del tratamiento antirretrovírico es mayor en este grupo de edad que entre personas más jóvenes¹⁷, también se ha demostrado que dicha observancia puede verse afectada cuando los individuos padecen varias enfermedades crónicas simultáneamente¹⁸.

En países de ingresos altos, donde la mayor mortalidad entre personas seropositivas de 50 o más años de edad a menudo se atribuye a un mayor riesgo de padecer enfermedades no asociadas al sida, como enfermedades cardiovasculares, o insuficiencia renal y hepática, se han observado tendencias similares¹⁹. Estas enfermedades también pueden promover la progresión de la enfermedad del VIH²⁰. Las personas seropositivas de 50 o más años de edad también parecen correr un mayor riesgo de padecer enfermedades infecciosas como la tuberculosis²¹. Esto pone de manifiesto la necesidad de mejorar los conocimientos sobre la eficacia y las modificaciones de las posologías en diferentes grupos etarios, cuestiones de comorbilidad asociadas al envejecimiento, y sobre cómo la presencia de otras enfermedades puede repercutir en el tratamiento del VIH, lo que requiere una mayor integración del tratamiento antirretrovírico en los sistemas de atención de otras enfermedades crónicas³.

Este cambio demográfico podría tener también consecuencias más amplias en los sistemas de salud en general, especialmente en África subsahariana. Es probable que una mayor esperanza de vida aumente la prevalencia de otras enfermedades en la región, especialmente de enfermedades no transmisibles. En países con alta prevalencia del VIH, los índices de mortalidad relacionados con el sida suelen “ocultar” la incidencia de enfermedades no transmisibles, ya que una gran proporción de la población no sobrevive el tiempo suficiente para que estas enfermedades se manifiesten³. El envejecimiento de la epidemia de VIH puede afectar también a otros sectores sociales. La demanda de apoyo económico para adultos de edad avanzada (incluidas las pensiones) en países con un gran número de personas seropositivas puede ser superior a lo previsto antes de que empezara realmente la ampliación del tratamiento del VIH.

CONCLUSIONES

Las personas de 50 o más años constituyen una parte cada vez más importante de la epidemia del VIH y se necesitan por consiguiente nuevas respuestas. Muchas personas seropositivas viven más años y de forma más activa gracias a la expansión del tratamiento antirretrovírico efectivo. Cada vez son menos las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que se infectan por el VIH, lo que significa que los individuos de 50 o más años de edad son un grupo demográfico creciente en la epidemia de VIH. Los individuos de este grupo de edad comparten muchas de las conductas de riesgo en torno al VIH que se observan entre los jóvenes.

Las respuestas al VIH deben por lo tanto tener en cuenta este importante grupo demográfico reflexionando sobre los riesgos y las tendencias y ofreciendo servicios adecuados de prevención, pruebas y tratamiento. Los servicios del VIH destinados a este grupo de edad deberán integrarse debidamente en los servicios de diagnóstico y tratamiento de enfermedades no transmisibles, así como en otros servicios de salud apropiados.

Estos cambios en la epidemia del VIH nos recuerdan que esta plantea un desafío a cualquier enfoque único y universal y continúa demandando un conocimiento sólido y respuestas dirigidas.

¹⁶ Negin J, Martiniuk A, Cumming RG, Naidoo N, Phaswana-Mafuya N, Madurai L, et al. (2012). Prevalence of HIV and chronic comorbidities among older adults. *AIDS*, 26 Suppl 1:S55-63.

¹⁷ Silverberg MJ, Leyden W, Horberg MA, DeLorenz GN, Klein D, Quesenberry CP Jr. (2007). Older age and the response to and tolerability of antiretroviral therapy. *Arch Intern Med.*, 167(7):684-91.

¹⁸ Catz S, Balderson B, BlueSpruce J, Mahoney C, Harrison R, Grothaus L (2010). Chronic disease burden association with medication adherence and quality of life in an older HIV population, in Proceedings of the 18th International AIDS Conference, Vienna, Austria. Citado en Newman J, Iriondo-Perez J, Hemingway-Foday J, Freeman A, Akam W, Balimba A et al. (2012). Older Adults Accessing HIV Care and Treatment and Adherence in the leDEA Central Africa Cohort. *AIDS Res Treat.*, 2012:725713.

¹⁹ Balderson, B. H., L. Grothaus, et al. (2013). "Chronic illness burden and quality of life in an aging HIV population." *AIDS Care* 25(4): 451-458.

²⁰ Kirk JB, Goetz MB (2009). Human immunodeficiency virus in an aging population, a complication of success. *J Am Geriatr Soc.*, 57(11), pp. 2129-2138. Citado en Hontelez et al. (2012).

²¹ Schaaf HS, Collins A, Bekker A, Davies PD (2010). Tuberculosis at extremes of age. *Respirology*, 15, pp. 747-763.



20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org