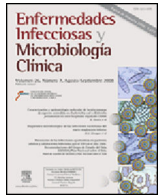




Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Original

Factores relacionados con la calidad de vida en personas que viven con el VIH en Alicante, España



Yina Lizeth García-López^{a,*}, Mari Carmen Bernal-Soriano^a, Diego Torrús-Tendero^b, José Antonio Delgado de los Reyes^c y Ramón Castejón-Bolea^a

^a Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, Universidad Miguel Hernández, Alicante, España

^b Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario de Alicante-ISABIAL, Alicante, Área de Parasitología, Universidad Miguel Hernández, Alicante, España

^c Unidad de Medicina Preventiva, Hospital Vega Baja, Orihuela, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de octubre de 2019

Aceptado el 22 de marzo de 2020

On-line el 20 de mayo de 2020

Palabras clave:

VIH/sida

Adulto

Mujer

Hombre

Estudios transversales

Calidad de vida relacionada con la salud

Cuestionario autoadministrado por los pacientes

R E S U M E N

Objetivo: Analizar los determinantes que influyen en la calidad de vida relacionada con la salud de las personas que viven con el VIH en Alicante (España).

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal que reclutó a 214 participantes castellanoparlantes mayores de 18 años con VIH atendidos en consultas externas de la Unidad de Enfermedades Infecciosas de un hospital de Alicante entre 2013 y 2014. Se autoadministró un cuestionario sociodemográfico y el cuestionario sobre calidad de vida relacionado con la salud Short-Form-36 (SF-36v2) que mide la salud en 8 dimensiones.

Resultados: El 70% de los entrevistados eran varones, el 50% presentaba cifras de linfocitos CD4+ entre 200 a 499 células/mm³. El 20% estaba coinfectado por el virus de la hepatitis C (VHC). Para las 8 dimensiones del SF-36v2, las puntuaciones medias fueron superiores a 45. Los hombres presentaron mejores puntuaciones que las mujeres en todas las dimensiones a excepción de la salud general, siendo estadísticamente significativos. La coinfección con VHC y una peor situación laboral resultaron con una menor puntuación en el componente sumario físico, mientras que estar casado o tener pareja se asoció significativamente con una mayor puntuación en el componente sumario mental.

Conclusión: El nivel socioeconómico y la presencia de factores clínicos como la coinfección por el VHC influyen en las dimensiones de calidad de vida de la salud física en los adultos que viven con VIH.

© 2020 Elsevier España, S.L.U.

y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

Factors related to quality of life of people living with HIV in Alicante, Spain

A B S T R A C T

Keywords:

HIV/AIDS

Adult

Female

Male

Cross-sectional studies

Health related quality of life

Patient-reported outcomes

Purpose: To analyze the determinants that influence the health-related quality of life of people living with HIV in Alicante (Spain).

Methods: A cross-sectional study was conducted, which recruited 214 Spanish-speaking participants over 18 years of age living with HIV from an outpatient consulting office of the infectious diseases in a hospital in Alicante between 2013 and 2014. A self-administration sociodemographic survey and the Short Form Health Survey (SF-36v2) was used to assess health-related quality of life. This questionnaire measures health on 8 domains.

Results: 70% of the participants were male, 50% had CD4 cell count between 200–499 cells/mm³ and 20% were infected by the hepatitis C virus (HCV). For the 8 SF-36v2 scales, the average scores were higher than 45. Men presented better scores than women; there were statistically significant differences in all the scales except for general health. Being co-infected with HCV and being unemployed or other situations other than having a job were significantly associated with a lower physical component summary, while being married or having a partner were significantly associated with a higher score in the mental component summary.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: y.garcialopez@yahoo.com (Y.L. García-López).

Conclusion: The socioeconomic level and the presence of clinical factors such as HCV influence the scales of quality of life of physical health among adults living with HIV.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. All rights reserved.

Introducción

En España, las tasas de nuevos diagnósticos de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) son superiores a la media de los países de la Unión Europea y Europa Occidental. Se estima que el VIH afecta a cerca de 145.000 personas en España¹; solamente en el año 2018 se reportaron 3.244 nuevos diagnósticos. Lo que representa una tasa anual estimada de nuevas infecciones por el VIH de 8,65 por 100.000 habitantes, mientras que la tasa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) fue de 1,4/100.000 durante el mismo periodo. Los nuevos casos de sida han ido disminuyendo desde mediados de la década de 1990 con la introducción de los tratamientos antirretrovirales (TAR)². La eficacia de estos tratamientos y el mayor acceso a los mismos ha aumentado la supervivencia de las personas que viven con el VIH (PVV) y como resultado viven más años³.

De este modo, el VIH se ha convertido en una condición crónica. Además, continúa siendo una crisis mundial de precariedad social persistente, sobre todo entre población marginada, y de incertidumbre debido al envejecimiento, la toxicidad del TAR a largo plazo y de las crecientes desigualdades sociales⁴. Por tanto, un aspecto importante a valorar entre las PVV/sida es la calidad de vida relacionada con su salud (CVRS), evaluando su bienestar y los factores que pueden influir en el mismo. Algunos factores que se han asociado claramente con la CVRS en PVV son edad avanzada, género, educación incompleta y desempleo, mientras que existe cierta controversia en la relación de CVRS con otros factores, como el nivel de linfocitos CD4+ y la carga viral⁵⁻⁸.

La CVRS, definida como una medida de resultado subjetiva que evalúa la influencia del estado de salud y el funcionamiento físico, mental y social en relación con los objetivos de un individuo⁹, puede analizarse con diferentes herramientas, como el cuestionario de salud Short-Form-36 (SF-36)¹⁰⁻¹⁴. Esta herramienta genérica proporciona un perfil exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir el estado de la salud desde el punto de vista del sujeto¹⁵. Adicionalmente, el SF-36 ha sido utilizado para evaluar la CVRS en población con VIH^{10-13,16,17}. Por ejemplo, la herramienta SF-36 se utilizó para explorar la asociación entre la percepción del apoyo social y los resultados de cada dimensión en salud en un grupo de PVV atendidos en una red hospitalaria en Colombia¹⁷ y para evaluar cambios en la CVRS en PVV un año después de iniciar el TAR¹⁶.

En cambio, en España se han realizado pocos estudios que valoren la CVRS en PVV medida con el SF-36 y los datos de estudios realizados en contextos diferentes del español pueden no ser extrapolables debido a posibles diferencias en el contexto social y sanitario. Por tanto, nuestro objetivo fue analizar los determinantes que influyen en la CVRS en las PVV en Alicante (España) y su asociación con variables sociodemográficas y clínicas medida con el cuestionario de salud SF-36v2.

Metodología

Diseño

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal con PVV atendidas en el área de consultas externas de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital General

Universitario de Alicante (HGUA) entre octubre del 2013 y febrero del 2014.

Participantes

Se seleccionó a 214 participantes que pertenecen al Departamento de Salud del HGUA. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con diagnóstico de VIH, procedentes de países de habla castellana, mayores de 18 años de edad y no presentar deterioro cognitivo severo. Se excluyó a aquellos sujetos de origen no castellano-parlantes debido a que el instrumento utilizado estaba validado únicamente en castellano¹⁸.

Procedimiento

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del HGUA el 31 de octubre del 2012.

Los participantes eran invitados a participar en el estudio durante su visita médica rutinaria en la Unidad de Enfermedad Infecciosas. A aquellos que aceptaban participar, y una vez firmado el consentimiento informado, se les proporcionaba el cuestionario sociodemográfico (que incluía datos de sexo, edad, estado civil, con quién viven, nivel de estudios, situación laboral, orientación sexual) y SF36v2. Finalmente, el investigador revisaba el cuestionario auto-completado para detectar respuestas perdidas.

Además, se consultó la historia clínica para obtener datos sobre el diagnóstico de VIH, fecha del diagnóstico, prácticas de riesgo, última carga viral disponible, nadir, nivel de linfocitos CD4+ actual, TARV, año de inicio del tratamiento e informe de laboratorio clínico actual sobre infección crónica por VHB o VHC.

Aquellos pacientes que rechazaron su participación aludían falta de tiempo, de interés o miedo a ser revelada su condición.

Instrumento

Para medir la CVRS se utilizó el cuestionario de salud SF-36v2, en su período recordatorio «estándar» (4 semanas)¹⁹. El SF36v2 consta de 36 preguntas agrupadas en 8 dimensiones de salud. Dos componentes sumarios se derivan de estas dimensiones, el componente de salud física (CSF) y el componente de salud mental (CSM). Las puntuaciones de 45 o más se consideran promedio o superior para esa dimensión de salud¹⁵. La versión española del cuestionario ha demostrado fiabilidad y validez para ser usado en enfermedades crónicas¹⁹ como el VIH²⁰.

Análisis estadístico

Se evaluó la fiabilidad para cada dimensión y del componente sumario del cuestionario SF-36v2 usando el alfa de Cronbach, modelo de consistencia interna basado en el promedio de las correlaciones entre los ítems. En general, el alfa de Cronbach superior a 0,70 se considera aceptable para una escala psicométrica^{15,18,19,21}.

Se realizó un análisis bivariable de los componentes sumarios, así como de las diferentes dimensiones que los componen. Se utilizó el test de Kruskal-Wallis o U de Mann-Whitney. Además, se calculó el coeficiente de correlación de Spearman entre la CSF y la CSM.

Tabla 1

Características clínicas y sociodemográficas de los participantes (n = 214)

Características sociodemográficas					
Edad (años)	Mediana (IQR)	46 (38-51)	Ocupación laboral	Trabaja, n (%)	93 (44)
	Rango (mín-máx)	20- 91		Desempleado, n (%)	53 (25)
	20-30 años, n (%)	17 (8)		Pensionista, n (%)	45 (21)
	31-40 años, n (%)	48 (22)		Estudia, n (%)	5 (2)
	41-50 años, n (%)	86 (40)		Ama de casa, n (%)	11 (5)
	51-60 años, n (%)	46 (22)		Incap. laboral, n (%)	7 (3)
	> 60 años, n (%)	17 (8)			
	Sexo	Hombre, n (%)		150 (70)	Origen
Mujer, n (%)		64 (30)	Latinoamérica, n (%)	78 (36)	
Estudios	Primarios, n (%)	38 (17)	Estado civil	Soltero, n (%)	99 (46)
	Graduado escolar, n (%)	60 (28)		Casado/pareja, n (%)	84 (39)
	Bachiller, n (%)	59 (28)		Divorciado/separado, n (%)	25 (12)
	Universitarios, n (%)	57 (27)		Viudo, n (%)	6 (3)
Orientación sexual	Heterosexual, n (%)	123 (58)	Conviven	Padres, n (%)	19 (9)
	Homosexual, n (%)	80 (37)		Solo, n (%)	60 (28)
	Bisexual, n (%)	11 (5)		Pareja, n (%)	98 (46)
				Amigo/a, n (%)	14 (6)
Prácticas de riesgo	Heterosexual, n (%)	72 (33)		Parientes, n (%)	23 (11)
	Homo/bisexual, n (%)	85 (40)			
	UDI, n (%)	25 (12)			
	No sabe/otros, n (%)	32 (15)			
Características clínicas					
Estadio de la infección VIH al diagnóstico ^a	VIH, n (%)	114 (53)	Coinfección	VHB, n (%)	9 (4)
	Sida, n (%)	100 (47)		VHC, n (%)	43 (20)
Nadir de linfocitos CD4	< 200 cél./mm ³ , n (%)	90 (42)	Linfocitos CD4+ (cél./ mm ³)	Mediana (IQR)	602 (416-748)
	200-499 cél./mm ³ , n (%)	107 (50)		Rango (mín-máx)	17-1.660
	≥ 500 cél./mm ³ , n (%)	17 (8)		< 200 cél./mm ³ , n (%)	14 (7)
Años diagnosticado	Mediana (IQR)	10 (5-19)	Carga viral (copias/ml)	200-499 cél./mm ³ , n (%)	63 (29)
	Rango (mín-máx)	0-31		≥ 500 cél./mm ³ , n (%)	137 (64)
TARV	Sí, n (%)	207 (97)		Media (DE)	4.477 (22.064)
	No, n (%)	7 (3)		Rango (mín-máx)	0-192.568
Años de tratamiento	Mediana (IQR)	7 (3-16)		< 20 copias (ml), n (%)	169 (79)
	Rango (mín-máx)	0-27		> 20 copias (ml), n (%)	45 (21)

DE: desviación estándar; IQR: rango intercuartílico; Max: máximo; Mín: mínimo.

^a VIH: A1-A2-B1-B2; sida: A3-B3-C.

Se realizaron 2 modelos de regresión lineal múltiple para explicar los componentes sumarios (CSF y CSM) en función de diferentes factores sociodemográficos y clínicos. Para construir los modelos se usó el método de pasos sucesivos (stepwise). Se evaluó el cumplimiento de los supuestos básicos del análisis, linealidad y normalidad, a través de la inspección de los gráficos de residuos; la homocedasticidad de los residuos a través de la prueba Breusch-Pagan y la colinealidad mediante el factor de incremento de la varianza (VIF) y la tolerancia (1/VIF), aceptando valores de VIF inferiores a 10 y de 1/VIF superiores a 0,10.

Los valores $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos. Los datos fueron analizados utilizando el paquete de software estadístico SPSSv17 (SPSS, Inc., Chicago, IL, EE. UU.) y Stata, versión 15 (StataCorp LP; College Station, TX).

Resultados

En este estudio participaron 214 PVV, cuyas características se muestran en la [tabla 1](#). No hubo respuestas perdidas en los cuestionarios. Los valores del coeficiente de alfa de Cronbach fueron superiores a 0,80 para las 8 dimensiones del SF-36v2 y en 3 de ellas fueron igual o superior a 0,90 ([tabla 2](#)).

Análisis bivariado

Variables asociadas con salud física

En cuanto al CSF, 46 (21%) sujetos presentaron puntuaciones por debajo de valores considerados normales. Entre las características que mostraron diferencias en el CSF destacan el género y edad de

Tabla 2

Puntuación de las dimensiones del SF-36v2

SF-36v2	Media ± DE	α Cronbach
<i>Dimensiones</i>		
Función física	88 ± 20	0,90
Rol físico	78 ± 29	0,93
Dolor corporal	66 ± 32	0,86
Salud general	61 ± 23	0,84
Vitalidad	62 ± 22	0,80
Función social	73 ± 28	0,81
Rol emocional	77 ± 28	0,90
Salud mental	65 ± 22	0,83
<i>Componente sumario</i>		
Componente sumario físico	52 ± 10	0,86
Componente sumario mental	45 ± 12	0,90

los pacientes. Las mejores puntuaciones se observaron en hombres y en aquellos pacientes más jóvenes (entre 20 y 30 años) ([tabla 3](#)).

A continuación, se detallan los resultados más relevantes obtenidos en las diferentes dimensiones incluidas en el CSF (función física, rol físico, dolor corporal y salud general), expresándose los datos obtenidos como media de puntuación; p valor [[anexo, tabla suplemento 1](#)].

Para cada dimensión incluida en el CSF, los hombres presentaron mejores puntuaciones que las mujeres, con diferencias estadísticamente significativas en todas a excepción de la salud general. La mayor diferencia en la CVRS entre ambos sexos se encontró en las puntuaciones medias de rol físico, con una diferencia de 13 puntos. También presentaron una mejor valoración de su CVRS física aquellos con mayor nivel de estudios y los que tenían un trabajo remunerado. Por otra parte, los hombres heterosexuales

Tabla 3Descriptivos de los componentes sumarios SF-36v2, como media $\pm$ desviación estándar, para las diferentes variables sociodemográficas y clínicas (n = 214)

Variable	Componente sumario físico		Componente sumario mental	
<i>Sexo</i>				
Hombre	53 $\pm$ 9	p < 0,01	46 $\pm$ 12	p = 0,08
Mujer	49 $\pm$ 11		43 $\pm$ 13	
<i>Edad, años</i>				
20-30	57 $\pm$ 5	p < 0,01	48 $\pm$ 9	p = 0,61
31-40	54 $\pm$ 8		44 $\pm$ 11	
41-50	50 $\pm$ 10		45 $\pm$ 13	
51-60	49 $\pm$ 11		45 $\pm$ 14	
> 60	54 $\pm$ 6		48 $\pm$ 12	
<i>Estado civil</i>				
Soltero	52 $\pm$ 10	p = 0,22	44 $\pm$ 12	p = 0,03
Casado/pareja	52 $\pm$ 10		48 $\pm$ 11	
Divorciado/separado	52 $\pm$ 7		43 $\pm$ 14	
Viudo	44 $\pm$ 10		35 $\pm$ 15	
<i>Convivencia</i>				
Padres	53 $\pm$ 9	p = 0,23	41 $\pm$ 13	p = 0,40
Solo	53 $\pm$ 10		44 $\pm$ 13	
Pareja	52 $\pm$ 9		46 $\pm$ 12	
Amigo/a	54 $\pm$ 11		49 $\pm$ 11	
Parientes	48 $\pm$ 10		44 $\pm$ 12	
<i>Nivel educación</i>				
Estudios primarios	49 $\pm$ 11	p < 0,01	43 $\pm$ 16	p = 0,10
Graduado escolar	49 $\pm$ 9		45 $\pm$ 12	
Bachiller	54 $\pm$ 8		44 $\pm$ 12	
Estudios universitarios	54 $\pm$ 9		48 $\pm$ 9	
<i>Ocupación laboral</i>				
Trabaja	56 $\pm$ 5	p < 0,01	48 $\pm$ 10	p < 0,01
Desempleado	52 $\pm$ 9		46 $\pm$ 12	
Pensionista	45 $\pm$ 11		41 $\pm$ 15	
Estudia	47 $\pm$ 8		48 $\pm$ 6	
Ama de casa	49 $\pm$ 11		41 $\pm$ 13	
Incapacidad laboral	43 $\pm$ 13		40 $\pm$ 13	
<i>Orientación sexual</i>				
Heterosexual	49 $\pm$ 11	p < 0,01	44 $\pm$ 13	p = 0,51
Homosexual	55 $\pm$ 7		46 $\pm$ 10	
Bisexual	55 $\pm$ 7		45 $\pm$ 10	
<i>Origen</i>				
España	50 $\pm$ 10	p < 0,01	44 $\pm$ 12	p = 0,21
Latinoamérica	55 $\pm$ 8		47 $\pm$ 12	
<i>Estadio infección al diagnóstico</i>				
VIH (A1-A2-B1-B2)	53 $\pm$ 9	p = 0,12	46 $\pm$ 12	p = 0,54
Sida (A3-B3-C)	51 $\pm$ 10		45 $\pm$ 12	
<i>Año diagnóstico</i>				
< 2000	49 $\pm$ 10	p < 0,01	44 $\pm$ 13	p = 0,13
2000-2013	54 $\pm$ 7		46 $\pm$ 11	
<i>Práctica de riesgo</i>				
Heterosexual	50 $\pm$ 11	p < 0,01	46 $\pm$ 14	p = 0,81
Homo-/bisexual	55 $\pm$ 7		46 $\pm$ 10	
UDI	45 $\pm$ 9		44 $\pm$ 12	
No sabe/otros	52 $\pm$ 9		42 $\pm$ 12	
<i>VHB</i>				
Sí	55 $\pm$ 6	p = 0,33	43 $\pm$ 13	p = 0,61
No	52 $\pm$ 10		45 $\pm$ 12	
<i>VHC</i>				
Sí	44 $\pm$ 10	p < 0,01	41 $\pm$ 14	p = 0,02
No	54 $\pm$ 8		46 $\pm$ 11	
<i>TARV</i>				
Sí	52 $\pm$ 10	p = 0,13	45 $\pm$ 12	p = 0,68
No	56 $\pm$ 7		44 $\pm$ 9	
<i>CD4+ (cél./mm³)</i>				
< 200 células/mm ³	48 $\pm$ 11	p = 0,18	44 $\pm$ 12	p = 0,51
200-499 células/mm ³	51 $\pm$ 10		44 $\pm$ 13	
$\geq$ 500 células/mm ³	52 $\pm$ 9		46 $\pm$ 12	
<i>Carga viral (copias/ml)</i>				
< 20 (indetectable)	52 $\pm$ 9	0,65	46 $\pm$ 12	0,21
> 20	51 $\pm$ 11		43 $\pm$ 11	

(HT) evaluaron peor su CVRS en comparación con homosexuales (HM) y bisexuales (BS), obteniendo puntuaciones más bajas en función física (HT=82, HM=98, BS=95; $p < 0,01$), rol físico (HT=71, HM=87, BS=92; $p < 0,01$), dolor corporal (HT=60, HM=74, BS=75; $p < 0,01$), mientras que en salud general la puntuación más baja fue para los hombres BS (BS=53, HT=57, HM=67; $p < 0,01$).

Según el lugar de origen, los pacientes de origen español (E) evaluaron peor su CVRS que los pacientes de origen latinoamericano (L). Observando diferencia en la puntuación de las dimensiones de función física (E=84, L=94; $p < 0,01$), rol físico (E=74, L=85; $p = 0,02$), salud general (E=57, L=67; $p = 0,02$).

En relación con la CVRS según las variables clínicas, los pacientes en estadio de sida presentaron puntuaciones inferiores en todas las dimensiones estudiadas por el SF-36v2 respecto aquellos en fases más tempranas de la enfermedad, con diferencias estadísticamente significativas en la función física (sida=85, VIH=90; $p = 0,05$).

También se encontró que las puntuaciones para todas las dimensiones fueron inferiores en aquellos pacientes coinfectados con el VHC, obteniendo los valores más bajos en las dimensiones de dolor corporal (VHC=44, NVHC=72; $p < 0,01$) y salud general (VHC=47, NVHC=64; $p < 0,01$). Los pacientes con linfocitos CD4+ ≥ 500 células/mm³ reportaron mayor CVRS en todas las dimensiones de la salud física, con diferencia estadísticamente significativa en la salud general (63; $p = 0,04$).

Variables asociadas con salud mental

Las puntuaciones del CSM estuvieron por debajo de valores normales en 97 (45%) sujetos. Los hombres (H) presentaron mejores puntuaciones del CSM y aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas, en las mujeres (M) la puntuación fue ligeramente inferior a niveles de normalidad (tabla 3).

Por otra parte, cada dimensión del CSM (anexo, tabla suplemento 2) fue mejor valorada en hombres. Estas incluyeron vitalidad (H=64, M=57; $p = 0,03$), función social (FS) (H=75, M=67; $p = 0,05$), rol emocional (RE) (H=77, M=67; $p < 0,01$) y salud mental (H=67, M=61; $p = 0,05$). En cuanto al nivel educativo, solo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en FS y RE, pacientes con estudios universitarios mostraron puntuaciones más altas (FS=80, RE=81), mientras que aquellos con estudios primarios obtuvieron las puntuaciones más bajas (FS=65, RE=67). Además, aquellos que trabajaban (T) o estudiaban (ES) presentaron las puntuaciones más altas para vitalidad (T=69, ES=75), FS (T=81, ES=82) y RE (T=83, ES=75).

Por otra parte, los hombres HT obtuvieron las puntuaciones más bajas en la FS ($p = 0,08$) y RE ($p = 0,03$) en comparación con HM y BS. Además, los pacientes de origen E evaluaron peor su CVRS que los pacientes de origen L en la dimensión de vitalidad (E=58; L=69; $p < 0,01$).

En relación con la CVRS según las variables clínicas, solo el tiempo desde el diagnóstico y la coinfección con el VHC mostraron diferencias significativas en el componente mental. Aquellos que no estaban coinfectados (NVHC) con el VHC mostraron puntuaciones superiores respecto a pacientes coinfectados (VHC) para las dimensiones vitalidad (NVHC=65, VHC=52; $p < 0,01$), FS (NVHC=76, VHC=60; $p < 0,01$), RE (NVHC=77, VHC=61; $p < 0,01$) y salud mental (NVHC=67, VHC=57; $p < 0,01$).

La correlación entre ambos componentes (CSF y CSM) fue débil ($r = 0,251$, $p < 0,001$).

Análisis multivariante

El análisis de regresión múltiple mostró que el CSF se asoció significativamente con una menor puntuación en pacientes coinfectados con VHC y una mayor puntuación en aquellos que tenían un trabajo remunerado. La coinfección con VHC también se asoció

significativamente con una menor puntuación en el CSM, mientras que estar casado o tener pareja se asoció con una mayor puntuación. Finalmente, una mayor puntuación en el CSF se asoció con una mayor puntuación en el CSM y viceversa (tabla 4).

Discusión

En el presente estudio hemos utilizado el instrumento genérico SF-36v2 para evaluar la CVRS en PVV. La puntuación media más alta registrada en la CVRS para el estado funcional fue en la función física 88 (20). Esta evalúa el grado en que la falta de salud limita las actividades de la vida diaria, tales como caminar o arrodillarse. Nuestros hallazgos fueron similares a los descritos en otro estudio realizado en España⁸, en el cual esta dimensión fue una de las mejores puntuadas, así como a un trabajo realizado en Colombia¹⁰ donde las PVV obtuvieron una puntuación media para esta dimensión de 90,29. Otro estudio realizado en Portugal mostró que tanto las PVV como los pacientes con otras enfermedades del sistema inmunológico también presentaban puntuaciones más altas en la función física, con una media de 69,1²². La valoración positiva de esta dimensión podría deberse a que algunas PVV cambian su estilo de vida a actitudes más saludables en cuanto a ejercicio físico como parte de superar el diagnóstico y el deseo de seguir viviendo^{7,23}.

Por otra parte, se han descrito diversos factores que influyen en la valoración de la CVRS en PVV⁵⁻⁸. Así pues, en el presente estudio se valoraron características tanto sociodemográficas como clínicas que pueden influir en la CVRS de estos pacientes y que se comentarán a continuación.

En primer lugar, ser mujer se ha asociado con un peor estado de la salud percibido^{5,7,8,10,16,24-27}. Un estudio realizado en España⁵ encontró que las mujeres informaron puntuaciones más bajas que los hombres en dimensiones como el dolor, la función física, la salud mental y la salud general. Nuestros datos también mostraron una peor valoración de la CVRS en las mujeres. Esto podría deberse a las normas y expectativas sociales asociadas al género, donde las mujeres pueden expresar de manera más abierta y detallada sus sentimientos, lo que les permitiría reportar más fácilmente su disconformidad relacionada con su estado de salud. Otro factor asociado a un peor estado de salud percibido fue la edad; nuestros pacientes mayores de 50 años presentaron una puntuación más baja en su salud general, coincidiendo con la literatura previa^{6,25}.

Factores que se han relacionado con una mejor CVRS en PVV consiste en tener un mayor nivel educativo^{6,17,25} y un trabajo remunerado^{10,16,24,27}. En el presente estudio, los pacientes con un mayor nivel educativo presentaron significativamente mejores puntuaciones en el CSF y aquellos que trabajaban presentaron mejores puntuaciones en ambos componentes de salud frente a quienes no trabajaban. Algunos estudios, como el de Briongos Figuero et al.⁸, no encontraron una correlación entre el nivel educativo, la ocupación y la CVRS.

Asimismo, nuestros resultados mostraron que los pacientes que declararon ser HM/BS percibieron un mejor estado de la salud física en comparación con otras condiciones sexuales. En cambio, la literatura refleja cierta controversia en la influencia de la orientación sexual en la valoración de la función física. Un estudio asoció ser HM con una mejor valoración de la función física¹⁷, mientras que otro estudio registró una baja puntuación de esta función en hombres que tienen sexo con hombres (HSH)⁸. En España, la mayoría de los nuevos diagnósticos de VIH se realiza en hombres, sobre todo en HSH, siendo el colectivo en el que menos retraso hay en el diagnóstico de la infección por el VIH², por lo que evaluar la CVRS en este grupo de pacientes podría ayudar a identificar el impacto de esta enfermedad en su salud.

Finalmente, entre las características sociodemográficas que pueden influir en la CVRS, nuestros resultados mostraron

Tabla 4

Factores que determinan la puntuación de los componentes sumarios SF-36 (análisis de regresión lineal múltiple)

	Componente sumario físico						Componente sumario mental					
	Coef. B	IC del 95%	p valor	Variabilidad explicada (%)	VIF	1/VIF	Coef. β	IC del 95%	p valor	Variabilidad explicada (%)	VIF	1/VIF
Constante	41,40	32,94; 49,87	<0,01	–	–	–	15,03	–2,06; 32,11	0,08	–	–	–
Sexo	2,28	–0,31; 4,86	0,08	0,9	1,16	0,86	2,83	–1,38; 7,03	0,19	1,01	1,49	0,67
Edad	–0,03	–0,15; 0,09	0,61	0,1	1,30	0,77	–0,01	–0,17; 0,15	0,90	0	1,20	0,83
Diagnóstico (sida)	0,79	–1,58; 3,17	0,51	0,1	1,15	0,87	–	–	–	–	–	–
Graduado escolar	–1,74	–5,16; 1,68	0,32	0,03	3,36	0,30	3,00	–1,91; 7,91	0,23	0,5	1,91	0,52
Bachiller	1,53	–1,92; 4,99	0,38	0,1	2,79	0,36	0,37	–4,82; 5,56	0,89	0,01	2,16	0,46
Estudios universitarios	–0,53	–4,23; 3,17	0,78	0,6	1,97	0,51	4,32	–1,04; 9,68	0,11	1,01	2,20	0,45
CSM	0,10	0,001; 0,19	0,05	0,9	1,10	0,91	–	–	–	–	–	–
VHC	–5,44	–8,42; –2,46	<0,01	4,5	1,19	0,84	–5,43	–10,48; –0,38	0,03	1,97	1,67	0,60
Trabaja	6,65	2,56; 10,74	<0,01	4,0	3,36	0,30	–	–	–	–	–	–
Desempleado	4,11	–0,18; 8,39	0,06	1,2	2,79	0,36	–	–	–	–	–	–
Pensionista	–1,51	–6,03; 3,00	0,51	0,1	2,84	0,35	–	–	–	–	–	–
CSF	–	–	–	–	–	–	0,27	0,08; 0,46	0,01	1,04	1,33	0,75
Soltero	–	–	–	–	–	–	8,04	–1,99; 18,06	0,12	2,26	9,87	0,10
Casado/pareja	–	–	–	–	–	–	11,81	1,76; 21,85	0,02	0,78	9,62	0,10
Divorciado/separado	–	–	–	–	–	–	7,22	–3,55; 32,11	0,19	2,49	4,89	0,20
Heterosexual	–	–	–	–	–	–	4,07	–0,91; 9,04	0,11	0,93	2,21	0,45
Homosexual/bisexual	–	–	–	–	–	–	–1,03	–637; 4,32	0,71	0,06	2,67	0,37
UDI	–	–	–	–	–	–	6,89	0,045; 13,73	0,04	1,53	1,97	0,51
	R ² = 0,33						R ² = 0,10					

Coef. β: coeficiente beta; IC del 95%: intervalo de confianza del 95%; MCS: componente sumatorio mental; PCS: componente sumatorio físico; UDI: usuario de fármacos inyectables; VIF: factor de incremento de la varianza; 1/VIF: tolerancia.

que aquellos pacientes que viven en pareja presentaron una mejor valoración del CSM, una relación positiva que también ha sido encontrada en estudios previos^{5,16} que sugieren que vivir en pareja podría ser un factor protector en la calidad de vida mental en PVV.

Además de las características sociodemográficas, descritas anteriormente, existen diversos factores clínicos que pueden influir en la CVRS en PVV. En nuestro estudio, el CSF se vio afectado por el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH, similar a lo descrito en otras investigaciones^{6,25,26}. Este efecto fue mayor en aquellos con más años de diagnóstico, los cuales presentaron peores puntuaciones en todas las dimensiones del componente físico, siendo más perceptible las dimensiones del dolor corporal y la salud general.

Por otra parte, en el presente estudio no se observaron diferencias en las dimensiones de la CVRS según el estado inmunológico (recuento de células CD4) y virológico (carga viral) del paciente, similar a lo reportado por otros grupos^{8,10}. En cuanto al estado inmunológico, un mayor nivel de CD4+ se ha asociado a una mejor salud física y un menor recuento de CD4+ con una baja salud mental²⁸. En cambio, una revisión sistemática concluye que existe una gran controversia en cuanto a la influencia del estado virológico en la CVRS de PVV⁷.

Otro factor clínico que parece influir en la CVRS es la coinfección por VHC. En nuestro estudio, la coinfección por este virus se asoció con las puntuaciones más bajas (peores) en todas las dimensiones del SF36v2 y en ambos componentes sumarios. Destacan los valores obtenidos en las dimensiones de salud general y dolor corporal, evaluadas como pobres. Además, los pacientes percibieron que el dolor interfería en su trabajo diario. Un trabajo realizado en España mostró resultados similares en la percepción de la salud general y dolor⁸.

Nuestro estudio tiene varias limitaciones. Primero, los pacientes provenían de un único centro hospitalario y, a pesar de que la muestra era representativa en cuanto a PVV atendidas en este centro asistencial, los resultados podrían no ser generalizables a la totalidad de la población de PVV. En segundo lugar, se utilizó un cuestionario genérico de calidad de vida, y aunque ha sido utilizado con éxito en población con VIH/sida, el no haber utilizado un instrumento específico en nuestro estudio ha podido excluir

determinados aspectos de la CVRS de particular interés en PVV. Por otro lado, los datos de investigación fueron recogidos hace 5 años. Finalmente, el diseño de nuestro estudio fue de carácter transversal y, por lo tanto, no puede utilizarse para determinar causalidad. Por lo tanto, estudios longitudinales futuros podrán determinar las direcciones causales de estas variables. Nuestros resultados sugieren que el nivel socioeconómico y la coinfección por el VHC influyen en la calidad de vida de la salud física entre los adultos que viven con el VIH.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A todo el equipo de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital General Universitario de Alicante y a todos los pacientes que participaron en el estudio.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.eimc.2020.03.005](https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.03.005).

Bibliografía

1. Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Prórroga 2017-2020. Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. 2018 [consultado 5 Mar 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Prorroga2017_2020_15Jun18.pdf.

2. Unidad de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA en España 2018: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida-D.G. de Salud Pública. Calidad e Innovación /Centro Nacional de Epidemiología-ISCIII. Madrid; 2019 [consultado 5 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/Informe.VIH.SIDA.2019.21112019.pdf>.
3. UNAIDS. Communities at the Centre Global AIDS Update 2019, Geneva, 2019 [consultado 5 Mar 2020].
4. Sangaramoorthy T. Chronicity, crisis, and the “end of AIDS”. *Glob Public Health*. 2018;13:982–96.
5. Fumaz CR, Larranaga-Eguilegor M, Mayordomo-Lopez S, Gomez-Martinez S, Gonzalez-Garcia M, Ornellas A, et al. Health-related quality of life of people living with HIV infection in Spain: A gender perspective. *AIDS care*. 2019;31:1509–17.
6. Fuster-RuizdeApodaca MJ, Laguia A, Safreed-Harmon K, Lazarus JV, Cenoz S, del Amo J. Assessing quality of life in people with HIV in Spain: Psychometric testing of the Spanish version of WHOQOL-HIV-BREF. *Health Qual Life Outcomes*. 2019;17:144.
7. Degroote S, Vogelaers D, Vandijck DM. What determines health-related quality of life among people living with HIV: An updated review of the literature. *ArchPublic Health*. 2014;72:40.
8. Briongos Figuero L, Bachiller Luque P, Palacios Martín T, González Sagrado M, Eiros Bouza J. Assessment of factors influencing health-related quality of life in HIV-infected patients. *Hiv Med*. 2011;12:22–30.
9. Shumaker S, Naughton M. The international assessment of health-related quality of life: A theoretical perspective. En: Shumaker SA, Beror RA, editores. *The international assessment of health related quality of life: Theory, translation, measurement and analysis*. Oxford: Rapid Communications of Oxford Ltd.; 1995. p. 3–10.
10. Cardona-Arias J, Peláez-Vanegas L, López-Saldarriaga J, Duque-Molina M, Leal-Álvarez O. [Health related quality of life in adults with HIV/AIDS in Colombia]. *Biomedica: Revista del Instituto Nacional de Salud*. 2011;31:532–44.
11. Gillis J, Cooper C, Rourke S, Rueda S, O'Brien K, Collins E, et al. Impact of hepatitis B and C co-infection on health-related quality of life in HIV positive individuals. *Qual Life Res*. 2013;22:1525–35.
12. Jaquet A, Garanet F, Balestre E, Ekouevi DK, Azani JC, Bognounou R, et al. Antiretroviral treatment and quality of life in Africans living with HIV: 12-month follow-up in Burkina Faso. *J Int AIDS Soc*. 2013;16:18867.
13. Sun W, Wu M, Qu P, Lu C, Wang L. Quality of life of people living with HIV/AIDS under the new epidemic characteristics in China and the associated factors. *PLOS ONE*. 2013;8:e64562.
14. Colautti M, Palchik V, Botta C, Salamano M, Traverso M. Revisión de cuestionarios para evaluar calidad de vida relacionada a la salud en pacientes VIH/sida. *Acta Farm Bonaerense*. 2006;25:123–30.
15. Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. Boston MA: The Health Institute, New England Medical Center; 1993.
16. Dutra BS, Ledo AP, Lins-Kusterer L, Luz E, Prieto IR, Brites C. Changes health-related quality of life in HIV-infected patients following initiation of antiretroviral therapy: A longitudinal study. *Braz J Infect Dis*. 2019;23:211–7.
17. Moreno-Montoya J, Barragán AM, Martínez M, Rodríguez A, González AC. Calidad de vida y percepción de apoyo social en personas con HIV en Bogotá, Colombia. *Biomedica*. 2018;38:577–85.
18. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. [Population reference values of the Spanish version of the Health Questionnaire SF-36]. *Med Clin (Barc)*. 1998;111:410–6.
19. Alonso J, Prieto L, Anto JM. [The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): An instrument for measuring clinical results]. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:771–6.
20. García Ordóñez MA, Mansilla Francisco JJ, Nieto Aragón E, Cereto MR, Salas Samper F, Vallejo Díaz M, et al. Quality of life associated with the health of patients with HIV infection measured with the Health Questionnaire SF-36. *An Med Interna*. 2001;18:74–9.
21. Nunnally J. *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill; 1978.
22. Campo C, Silveira A, Silva I, Ribeiro C, Gestal J, Vasconcelos C. Health related quality of life of chronic patients with immune system diseases: A pilot study. *Rev Bras Enferm*. 2012;65:454–9.
23. Arias-Colmenero T, Perez-Morente MA, Ramos-Morcillo AJ, Capilla-Diaz C, Ruzafa-Martinez M, Hueso-Montoro C. Experiences and attitudes of people with HIV/AIDS: A systematic review of qualitative studies. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17.
24. Munene E, Ekman B. Does duration on antiretroviral therapy determine health-related quality of life in people living with HIV? A cross-sectional study in a regional referral hospital in Kenya. *Glob Health Action*. 2014;7:23554.
25. Miners A, Phillips A, Kreif N, Rodger A, Speakman A, Fisher M, et al. Health-related quality-of-life of people with HIV in the era of combination antiretroviral treatment: A cross-sectional comparison with the general population. *Lancet HIV*. 2014;1:e32–40.
26. Emuren L, Welles S, Evans AA, Polansky M, Okulicz JF, Macalino G, et al. Health-related quality of life among military HIV patients on antiretroviral therapy. *PLOS ONE*. 2017;12:e0178953.
27. Ventura Cerdá JM, Martín Conde MT, Morillo Verdugo R, Tebenes Cortés M, Casado Gómez MA. [Adherence, satisfaction and health-related quality of life in HIV-infected patients with antiretroviral therapy in Spain The ARPAS study]. *Farm Hosp*. 2014;38:291–9.
28. Armon C, Lichtenstein K. The associations among coping, nadir CD4+T-cell count, and non-HIV-related variables with health-related quality of life among an ambulatory HIV-positive patient population. *Qual Life Res*. 2012;21:993–1003.