justri.
www.justri.org

El Momento Adecuado

Una guía para el cuidado de personas que envejecen con VIH

JUSTRI es una organización sin ánimo de lucro con sede en el Reino Unido, que se dedica a proporcionar recursos y educación a aquellas personas que tienen y/o trabajan con el virus del VIH, hepatitis y tuberculosis.

justri.
www.justri.org

Sigua nuestro trabajo en **www.justri.org**

Puede obtenerse información adicional relacionada con el VIH y el envejecimiento en:
www.natap.org; **www.aidsmap.com**; **www.i-base.info** y **www.hiv-druginteractions.org**

Escrito y recopilado por el Dr. Mike Youle, la profesora Juliet Wright, el Dr. Tristan Barber y el Dr. Tom Levett.

Contribuciones adicionales de Leonie Swaden, Abhishek Katiyar, Dr. Marc Lipman y Dr. Sanjay Bhagani

Diseñado por Geoff Sheridan, **www.premonition.co.uk**

Traducido al español por Emilio Romero Gómez

Especial agradecimiento a Robin Langley y Zoe Cuthbertson

Contenido

Sección 1: Introducción **5**

¿Cómo usar esta guía? 5

VIH y envejecimiento 6

El diagnóstico del VIH en ancianos 8

Modelos de atención para ancianos con VIH y el estigma 9

Investigación sobre el VIH y el envejecimiento 11

Sección 2: VIH para especialistas en el cuidado de ancianos **12**

Fundamentos del VIH 13

Tratamiento del VIH - Una guía sencilla 18

La polifarmacia y las interacciones entre medicamentos 25

Pruebas de monitorización del VIH 32

Comorbilidad relacionada con la edad en VIH 33

Sección 3: Atención a las personas mayores para especialistas en VIH **42**

1. Polifarmacia 44
2. Movilidad y problemas funcionales 45
3. Caídas 47
4. Incontinencia 48
5. Alteraciones del estado de ánimo 50
6. Declive cognitivo 51
7. Accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio 52
8. Trastornos del movimiento 53
9. Nutrición 54
10. Síncope 55
11. Mareo/Vértigo 56
12. Estreñimiento 57
13. Delirio 58
14. Fragilidad 59

Admisión de emergencia 61

Apéndice A-K 64

Enlaces web 77

Sobre los autores 78

Dedicatoria **79**

SECCIÓN 1

El Momento Adecuado

Introducción

Bienvenidos a la primera edición de esta guía de JUSTRI para los profesionales de la salud que se ocupan de las personas que envejecen con la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Tradicionalmente, la enfermedad del VIH, que provocaba el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y la muerte, hacía que llegar a la vejez convencional pareciera poco probable. Sin embargo, la eficaz terapia antirretroviral (TAR), que controla adecuadamente la infección por VIH, y otros avances médicos lo han cambiado todo.

El aumento de la esperanza de vida de las personas que envejecen con VIH está cambiando el enfoque de la monitorización, el tratamiento y la atención para dar cabida a la superposición entre las afecciones relacionadas con la edad y las enfermedades debidas al VIH, sus complicaciones y los efectos secundarios e interacciones entre los medicamentos antirretrovirales y otros agentes terapéuticos.

El objetivo de esta guía es destacar los desafíos de la atención a las personas envejeciendo con VIH y proporcionar consejos prácticos para los profesionales de la salud que tratan el VIH y los que trabajan en la medicina para ancianos. Ha sido compilada por profesionales de la salud de ambas disciplinas con la orientación y el asesoramiento de otros expertos y de personas que envejecen con VIH.

¿Cómo usar esta guía?

Esperamos que esta guía le ayude a usted, que está tratando y cuidando a personas que envejecen con VIH, a tener una comprensión más clara de los problemas, y que, al compartir la información con sus colegas médicos y otros profesionales, mejore la calidad del cuidado de estas personas. El conocimiento y la comunicación entre todas las partes, incluyendo al paciente, son las claves del éxito en esta empresa y esperamos que este material le ayude.

Después de esta introducción, la guía se divide en dos secciones principales. La primera está dirigida a quienes tratan y cuidan a personas mayores, pero que pueden tener un conocimiento limitado del VIH y su tratamiento. La segunda está diseñada para que los profesionales de la salud del VIH comprendan la evaluación, investigación y manejo del paciente anciano.

Envejecer con VIH es un campo nuevo y dinámico de información en constante evolución, por lo que no hemos hecho referencia a los hallazgos científicos específicos en el texto. Sin embargo, hay muchas fuentes online en la sección de Enlaces Web que proporcionan una gran cantidad de información sobre los avances en estos campos. Como con toda información impresa, por favor, compruebe las actualizaciones de la guía, especialmente si la lee después de diciembre de 2020; la última versión siempre estará en línea en **www.justri.org**.

Agradecemos los comentarios, correcciones e ideas o sugerencias para su inclusión en futuras ediciones; por favor, envíenlas a **home@justri.org**.

VIH y envejecimiento

El proceso de envejecimiento de los pacientes con infección por VIH, ya sea con tratamiento antirretroviral de larga duración o no, todavía no se conoce bien y se está investigando.

El proceso de envejecimiento de los pacientes con infección por VIH, ya sea con tratamiento antirretroviral de larga duración o no, todavía no se conoce bien y se está investigando.

Muchas anormalidades del sistema inmunológico asociadas con la infección del VIH son también las que se observan en el envejecimiento, entre ellas: bajo recuento de células CD4, altas tasas de activación inmunológica, actividad reducida del timo y telómeros más cortos. Además, otro proceso de envejecimiento, el estrés oxidativo, parece promover la replicación del VIH.

Esta y otras pruebas sugieren que la duración de la infección por VIH, especialmente si no se trata, se asocia con algunas comorbilidades/síndromes geriátricos relacionados con la edad y que la monitorización y las intervenciones para estos en las personas envejeciendo con VIH podrían tener que comenzar a una edad más temprana.

Hay una clara diferencia entre la edad cronológica (número de años vividos) y la edad biológica, ya que las personas envejecen a ritmos diferentes en función de factores vitales, sanitarios y sociales. El VIH puede afectar a la edad biológica de varias maneras, a través de:

- Edad en el diagnóstico - la transmisión vertical o el VIH diagnosticado a una edad mayor es peor que la infección cuando se es más joven.
- Duración del diagnóstico: el diagnóstico anterior a 1996, con muy pocas opciones de tratamiento y menos conocimiento sobre el VIH y las condiciones asociadas, era mucho peor que en el período posterior a la disponibilidad de una terapia antirretroviral eficaz.
- Gravedad y número acumulado de eventos de SIDA y comorbilidades desde el momento de la infección.
- Duración de la inmunosupresión antes del tratamiento y nivel de reconstitución inmunológica alcanzado con TAR.
- Número y toxicidad acumulada de los antirretrovirales (ARV) - los medicamentos más antiguos son más tóxicos y menos tolerables que los nuevos.

El uso a largo plazo de la terapia antirretroviral ha hecho que las afecciones relacionadas con el SIDA rara vez se desarrollen cuando se suprime el VIH y se produce una mejora adecuada en los recuentos de células CD4+. Sin embargo, el consiguiente aumento de la esperanza de vida ha hecho que las comorbilidades relacionadas con la edad sean más comunes. Entre ellas figuran: las enfermedades hepáticas, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades renales, los cánceres no relacionados con el SIDA, la osteoporosis, el declive y la fragilidad neurocognitivos, que pueden verse exacerbados por la

activación inmunológica crónica que sigue existiendo en los pacientes con VIH que reciben un tratamiento eficaz.

La enfermedad del VIH se ha transformado en una compleja enfermedad crónica asociada a múltiples afecciones, que afecta a muchos sistemas del cuerpo y requiere la experiencia de una amplia gama de especialistas en atención de la salud. En los pacientes más mayores con VIH, la atención debe centrarse en el individuo y su riesgo de enfermedad, pérdida de función o calidad de vida a partir del espectro de condiciones que tiene o es probable que desarrolle, es decir, tratarlas de forma integral. Es prudente ser cauteloso con respecto a los efectos del VIH en el envejecimiento a lo largo de toda la vida, ya que todavía se están generando datos longitudinales. Sin embargo, debemos ser optimistas en cuanto a que, independientemente de la edad que se tenga y de que se viva con VIH, prepararse para la vejez no es algo malo.

¿Podría ser VIH?
Guía para un diagnóstico rápido del VIH de JUSTRI
www.justri.org/could-this-be-hiv

El diagnóstico del VIH en ancianos

Los datos de observación en el Reino Unido muestran que la proporción de personas mayores de 50 años que acceden a la atención del VIH aumentó de 1 de cada 10 en 1999 a más de 1 de cada 3 en 2017, y en los datos de los Estados Unidos la proporción es de alrededor del 50%.

Parte del aumento del VIH en los mayores de 50 años se debe a nuevas infecciones, y una alta proporción se presenta tarde. La infección por VIH y las enfermedades asociadas deben considerarse como posibles diagnósticos por parte de todos los que prestan atención a las personas de edad, ya que es frecuente pasar por alto el diagnóstico del VIH. Entre los factores asociados con un diagnóstico tardío o erróneo en las personas de edad avanzada se encuentran la falta de pruebas de detección rutinarias del VIH en este grupo de edad y el escaso conocimiento de los factores de riesgo del VIH. Además, en muchos entornos, los profesionales de la salud no suelen tener en cuenta la infección por VIH en las personas de edad y la confusión entre los síntomas y signos de las infecciones oportunistas o específicas del VIH con los de otras afecciones que se observan con frecuencia en la vejez (por ejemplo, pérdida de peso, infecciones torácicas recurrentes, demencia o diarrea crónica, etc.).

A menudo no se obtienen de forma rutinaria un historial médico y sexual completo de los pacientes de mayor edad debido a la inquietud de los profesionales de la salud por hablar de sexo y orientación sexual, o por no reconocer que la actividad sexual continuada a una edad más avanzada es normal. Además, es posible que los pacientes de edad avanzada no se sientan cómodos con la idea de revelar información que consideren que debe ser discreta. El VIH debe considerarse en todas las personas de edad, incluso si dicen ser monógamas.

En **www.justri.org/could-this-be-hiv/** se puede encontrar una guía sencilla sobre las pruebas de VIH y los síntomas que pueden indicar la enfermedad.

Fuera de los clásicos grupos afectados de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) o los de los países de alta prevalencia, otras personas, en particular las mujeres heterosexuales, pueden no tener familia o redes sociales que conozcan el VIH. A muchos médicos de cabecera o geriatras no se les ocurriría ofrecer una prueba de VIH a la simpática señora mayor blanca que presenta infecciones torácicas recurrentes.

Modelos de atención para ancianos con VIH y el estigma.

La atención del VIH nunca se ha basado en la atención primaria y la prescripción del tratamiento antirretroviral está restringida a los hospitales. Esto presenta desafíos en la creación del mejor modelo de atención para las personas que envejecen con VIH, ya que la mayor parte de la atención de los ancianos tiene lugar en la comunidad.

LOS MODELOS POTENCIALES DE CUIDADO PARA PERSONAS QUE ENVEJECEN CON VIH INCLUYEN:

1. **Clínicas especializadas dedicadas e integradas en los servicios existentes para el VIH**

- Incluyendo clínicas conjuntas con servicios de envejecimiento y fragilidad
- Puede incluir médicos de cabecera dentro de los servicios de VIH
- Con evaluaciones anuales detalladas para tomar nota de los mayores riesgos

2. **Acceso rápido y directo a los servicios especializados del VIH**

- Incluyendo el cuidado de ancianos basado en la necesidad más que en la edad.

3. **Cuidado compartido con los médicos de cabecera de la comunidad.**

- Con la elaboración de criterios de selección a medida y con el apoyo de una mejor educación y capacitación

Tal vez sea necesario adaptar los modelos a la complejidad de la enfermedad subyacente del VIH, por ejemplo, las personas con múltiples diagnósticos de SIDA, expuestas a una terapia antirretroviral más tóxica en el pasado y con períodos previos más largos detectables del virus, que tienen muchas más comorbilidades y necesidades complejas.

Para todas aquellas personas que envejecen con VIH, aunque su médico especialista en VIH no pueda proporcionar todos los aspectos de la atención, cada paciente debe tener un profesional de la salud responsable de la coordinación de su atención, ya sea su médico de VIH, su médico de medicina de ancianos o su médico de cabecera. Es importante establecer esto, ya que asistir a múltiples citas y tomar muchos medicamentos puede resultar particularmente confuso con la edad y el aumento de las comorbilidades. Un intento de coordinar el cuidado de las personas que envejecen con VIH es el Pasaporte del Paciente de JUSTRI; ver en: **www.justripatientpassport.com**.

CUIDADO SOCIAL Y DEL FIN DE LA VIDA

Investigaciones recientes en el Reino Unido han sugerido que las personas mayores con VIH tienen poca fe en sus médicos de cabecera para controlar su envejecimiento y tienen temores sobre la atención futura y la preparación institucional para hacer frente al VIH. Otras preocupaciones son los temas relacionados con la sexualidad, para los HSH, por el estigma de los profesionales de la salud y la pérdida de control y la complejidad de su atención a medida que envejecen. En la actualidad, tal vez haya un bajo nivel sobre el VIH y el envejecimiento en el personal médico de urgencias, lo que entraña el riesgo de alejar a los que son remitidos a servicios concebidos y marcados para adultos de edad muy avanzada (por ejemplo, es posible que aún no se aprecien plenamente las necesidades de las personas que envejecen con VIH).

Es posible que las personas envejeciendo con VIH estén recibiendo ahora atención y apoyo antes de lo previsto y que también estén cuidando a otras personas, como sus parejas. Sus redes de apoyo podrían estar sometidas a cierta tensión, ya que a menudo están más relacionadas con amigos que en lugar de estar basadas abiertamente en la familia debido a cuestiones de divulgación y/o estigmatización. Estas redes pueden ser vulnerables a desaparecer con la edad, lo que conduce al aislamiento social y tal vez a la necesidad más temprana de recibir atención social y/o médica.

Con el envejecimiento de la población que vive con VIH, en los próximos años habrá una creciente necesidad de pacientes que necesiten apoyo en residencias a medida que aumente su dependencia y/o al final de la vida. Los profesionales de la salud que atienden a los pacientes de edad avanzada deben establecer planes de atención y apoyo individualizados que aborden los objetivos personales, los planes de optimización, los planes de escalada y emergencia, así como los planes de atención avanzada, para garantizar que se logren los mejores niveles de atención. El acceso a la atención social y de enfermería a largo plazo puede ser más difícil para las personas que envejecen con VIH, debido al estigma y a su necesidad a una edad más temprana de lo habitual.

La racionalización de la atención del VIH en el Reino Unido también puede tener el efecto no deseado de socavar o incluso silenciar el debate histórico y continuo sobre los efectos sociales y psicológicos de la infección por el VIH. El VIH, a pesar de la terapia antirretroviral, sigue siendo una condición socialmente patológica y estigmatizante, y esto continúa obstaculizando la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo. El estigma por asociación del VIH con el uso de drogas y la homosexualidad puede llevar a la gente envejeciendo con VIH a ocultar los factores de riesgo, o su diagnóstico, a profesionales sanitarios o familias, incluso hasta el final de su vida.

Investigación sobre el VIH y el envejecimiento

El envejecimiento, en general, es un tema candente; ralentizarlo, detenerlo o incluso invertirlo es el Santo Grial para muchos investigadores y profesionales de la salud.

Aunque las investigaciones actuales describen muchos problemas relacionados con la edad en personas con infección por VIH y sugieren algunas razones por las que se producen, hay importantes lagunas en nuestro conocimiento que deben ser cubiertas con estudios cuidadosamente diseñados. Muchas preguntas quedan por responder para las personas que envejecen con VIH - algunos ejemplos incluyen:

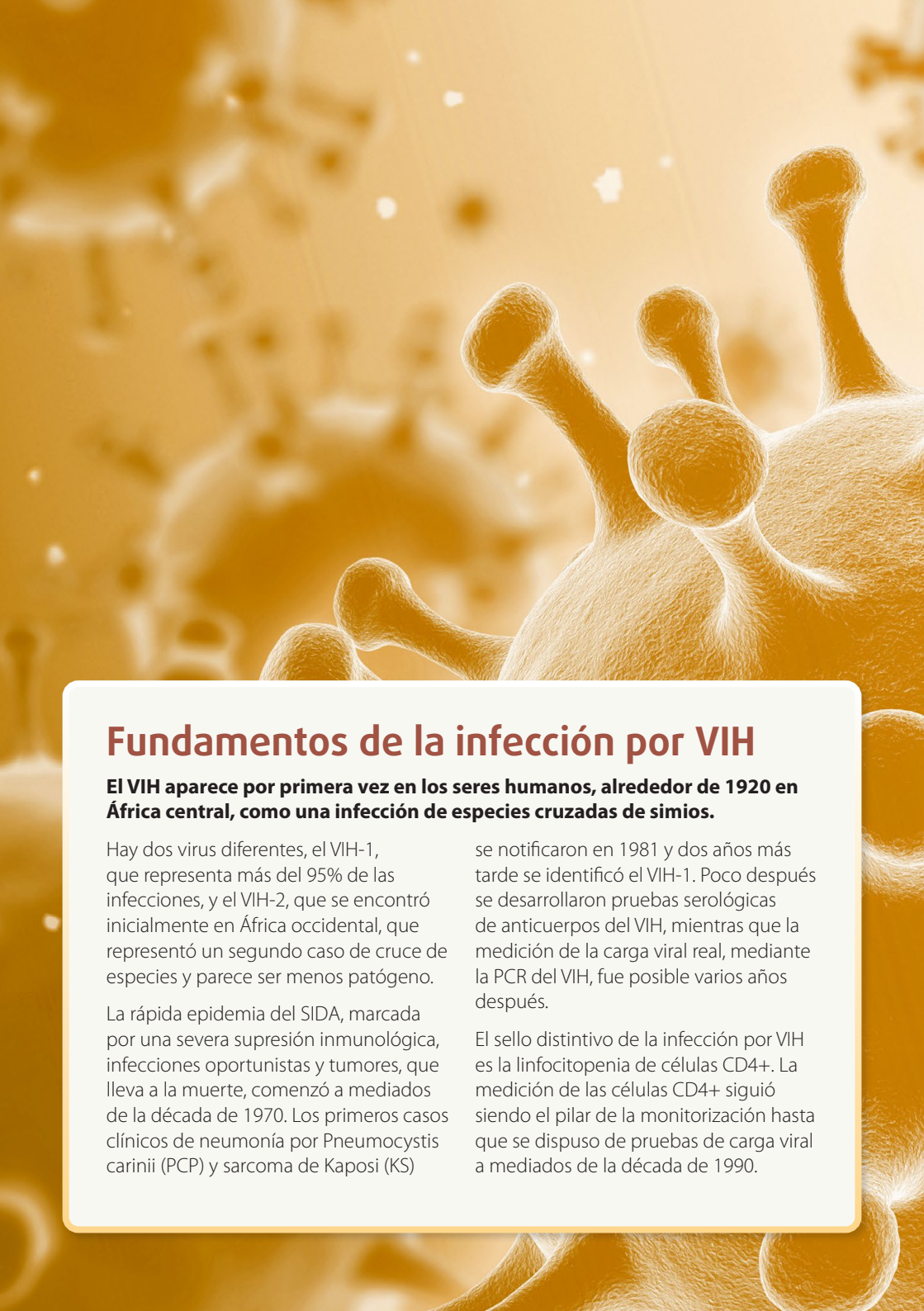
- ¿Cuáles son los factores de riesgo de transmisión del VIH en las personas mayores? ¿Cómo se puede orientar la prueba de manera eficaz en este grupo de edad?
- Exactamente, ¿cuánto riesgo adicional de comorbilidades en el envejecimiento confieren el VIH y el TAR? Tanto el TAR como el VIH aumentan las enfermedades cardiovasculares, pero ¿cuál es el equilibrio?

Las personas de edad suelen quedar excluidas de los ensayos clínicos, al igual que las personas con problemas médicos importantes. Se necesitan urgentemente ensayos diseñados específicamente para abordar las cuestiones relacionadas con la edad, y la investigación basada en los servicios es fundamental para determinar formas seguras y eficaces de tratar a las personas que van envejeciendo con VIH. Los estudios para investigar la calidad de la atención, la satisfacción de los pacientes y la relación coste-beneficio también deberían orientar la futura evolución de la prestación de atención a las personas que envejecen con la enfermedad.

Solamente mediante una investigación cuidadosamente diseñada y ejecutada podremos responder a las muchas preguntas que existen sobre la mejor manera de tratar y atender a las personas que envejecen con VIH.

SECCIÓN 2

VIH para especialistas en el cuidado de ancianos



Fundamentos de la infección por VIH

El VIH aparece por primera vez en los seres humanos, alrededor de 1920 en África central, como una infección de especies cruzadas de simios.

Hay dos virus diferentes, el VIH-1, que representa más del 95% de las infecciones, y el VIH-2, que se encontró inicialmente en África occidental, que representó un segundo caso de cruce de especies y parece ser menos patógeno.

La rápida epidemia del SIDA, marcada por una severa supresión inmunológica, infecciones oportunistas y tumores, que lleva a la muerte, comenzó a mediados de la década de 1970. Los primeros casos clínicos de neumonía por Pneumocystis carinii (PCP) y sarcoma de Kaposi (KS) se notificaron en 1981 y dos años más tarde se identificó el VIH-1. Poco después se desarrollaron pruebas serológicas de anticuerpos del VIH, mientras que la medición de la carga viral real, mediante la PCR del VIH, fue posible varios años después.

El sello distintivo de la infección por VIH es la linfocitopenia de células CD4+. La medición de las células CD4+ siguió siendo el pilar de la monitorización hasta que se dispuso de pruebas de carga viral a mediados de la década de 1990.

Las tres etapas de la infección por VIH

1 Infección aguda por VIH (Seroconversión)

La enfermedad por seroconversión generalmente se desarrolla entre 2 a 4 semanas después de la infección del VIH. Durante este período, algunos individuos tienen síntomas parecidos a los de la gripe, como fiebre, dolor de cabeza y dolor de garganta, mientras que otros no tienen ningún síntoma. Se pueden desarrollar nódulos linfáticos inflamados y/o erupciones; una pequeña proporción presenta complicaciones neurológicas. En esta etapa, los niveles de VIH en la sangre son muy altos, lo que aumenta enormemente el riesgo de transmisión del VIH.

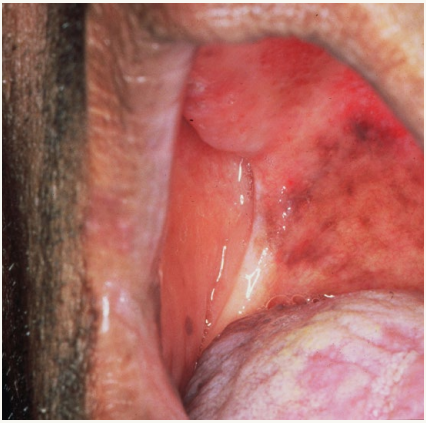
Erupción cutánea

2 Infección crónica por VIH

Durante esta fase los individuos pueden no tener síntomas relacionados con el VIH, pero hasta que son tratados la mayoría sigue siendo infecciosa.

Sin TAR, la enfermedad crónica por VIH suele avanzar hacia el SIDA en 10 años, aunque en algunas personas la progresión es más rápida. A medida que el sistema inmunológico disminuye, pueden desarrollarse afecciones comunes relacionadas con el VIH, como la cándida oral, el herpes zóster, la foliculitis y las infecciones fúngicas, y estas afecciones deberían conllevar una prueba de VIH en todas las personas mayores.

Foliculitis

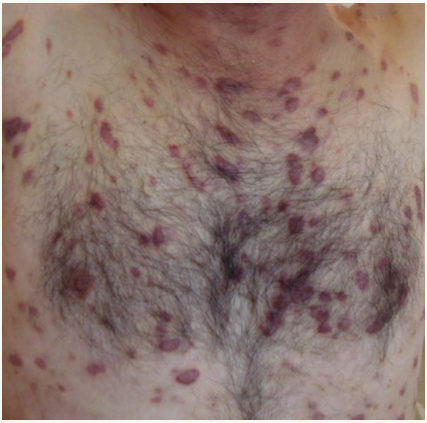


Candidiasis oral

Herpers Zoster

3 SIDA

El SIDA es la etapa final y más severa de la infección del VIH y se diagnostica con un recuento de CD4 de <200 células/mm^3 o cuando se producen ciertas infecciones oportunistas y tumores. Sin la terapia antirretroviral, las personas con SIDA sobreviven unos 3 años.



Sarcoma de Kaposi

Retinitis por CMV

Después de la infección por VIH, un pico inicial de viremia desencadena una respuesta inmunológica parcialmente eficaz, que luego disminuye con el tiempo a un ritmo que dependerá del nivel (o punto de referencia) del virus durante el período latente (crónico) [Figura 1].

Se trata de un simple equilibrio entre el nivel del virus y la velocidad con la que disminuyen las células CD4+. Si el ARN del VIH es <10.000 copias/ml la progresión de la enfermedad es lenta, mientras que si es >100.000 copias/ml la progresión es mucho más rápida.

La cantidad de células CD4+ se correlaciona, aunque de forma algo imprecisa, con el cuadro clínico del virus. Entre 500 y 200 células/mm3 estos eventos se vuelven más comunes y severos. Una vez que la cantidad cae por debajo de 200 células/mm3 ocurrirán eventos más graves, predominantemente de SIDA.

Sin embargo, si se le suministra el tratamiento con éxito y el individuo lo toma correctamente, la carga viral cae hasta ser indetectable, el recuento de CD4 se eleva, se produce una remisión clínica y, a todos los efectos, el paciente ya no es infeccioso.

La siguiente sección trata sobre la terapia del VIH, cómo se utiliza y cuáles son los efectos secundarios importantes de cada medicamento y las posibles interacciones medicamentosas con otros medicamentos.

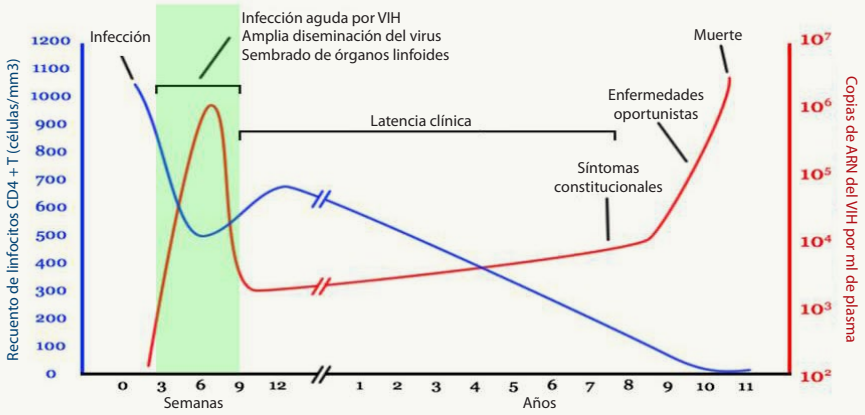


Figura 1. Etapas de la infección por VIH

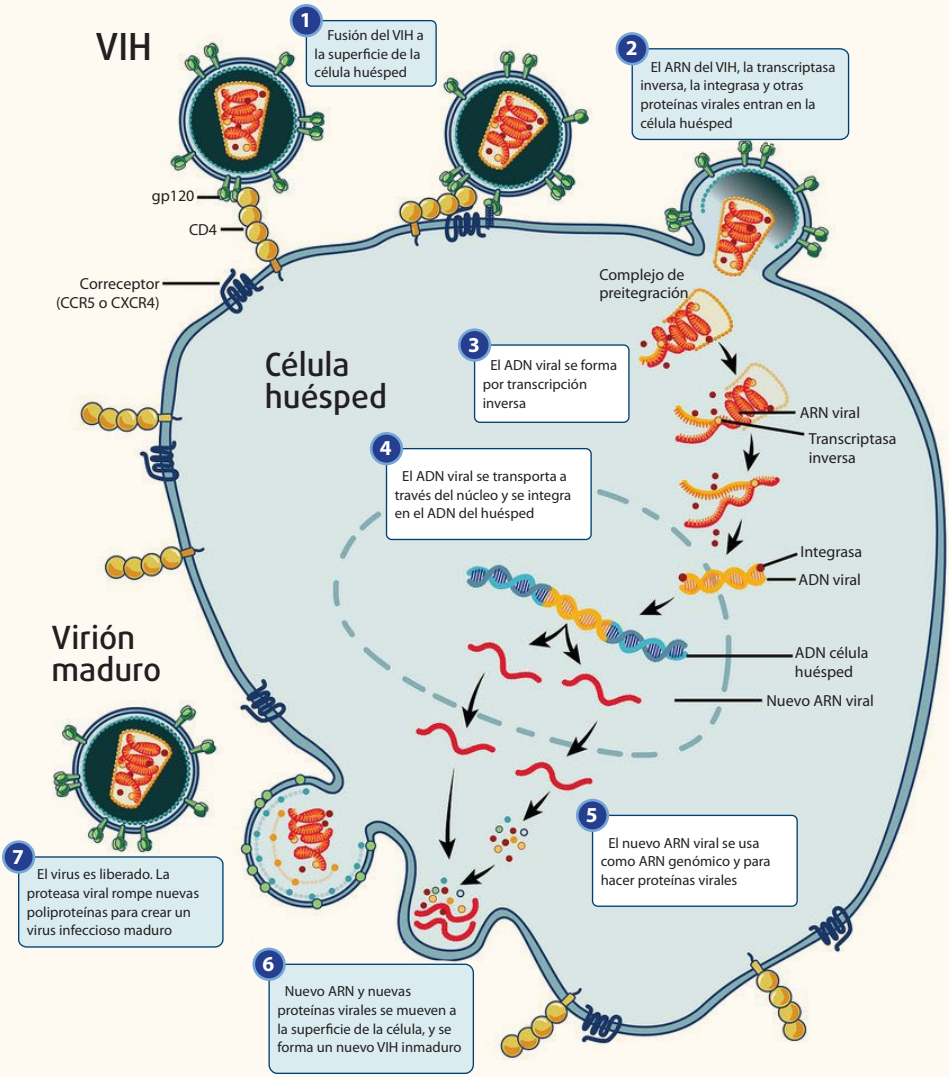


Figura 2. Ciclo de vida del VIH dentro de una célula

Tratamiento del VIH - una guía sencilla

Desde que se administró el primer antirretroviral, la zidovudina (AZT), en 1986, el panorama de la terapia del VIH se ha transformado con una gama cada vez más amplia de agentes.

Actualmente existen cinco clases de fármacos que actúan en diversas etapas del ciclo de vida del VIH en la célula huésped [Figura 2]; incluyen más de treinta fármacos actualmente utilizados, muchos de ellos combinados en formulaciones de un solo comprimido o cápsula. La mayoría de tratamientos consisten en la combinación de 3 medicamentos, sin embargo, los regímenes de dos medicamentos son cada vez más comunes, mientras que algunos pacientes con patrones de resistencia complejos estarán tomando más antirretrovirales.

Hoy en día, todas las personas diagnosticadas con VIH se inician rápidamente con tratamiento antirretroviral, aunque la terapia puede retrasarse temporalmente por ciertas infecciones oportunistas para reducir el riesgo de síndromes de reconstitución inmunológica.

Una vez que un paciente se establece en la terapia ARV, su carga viral disminuye a niveles indetectables de virus (por lo general menos de 20, 40 o 50 copias/ml, dependiendo del ensayo utilizado) y el recuento de CD4 se elevará, por lo que es menos probable que desarrollen enfermedades graves relacionadas con el VIH.

En la mayoría de los casos, más del 90% de los individuos en tratamiento tendrán una carga viral indetectable, la cual se mantiene si continúan tomando TAR; en muy pocos individuos recién iniciados fallará la terapia. Por consiguiente, la mayoría de los cambios en el tratamiento se hacen ahora para reducir o evitar la toxicidad, minimizar las interacciones entre los medicamentos o para simplificar el régimen.

Lista de fármacos (principios activos)

1	Inhibidores de la entrada
1A	**Inhibidor de la fusión**
Enfuvirtida [Fuzeon, T20]	Raramente usado en la actualidad, el T20 es un antirretroviral inyectable que previene la unión del VIH con el receptor CD4. El principal efecto secundario del T20 son las reacciones en el lugar de la inyección. Se administra por inyección subcutánea a una dosis de 90mg dos veces al día.
1B	**Inhibidor del coreceptor CCR5**
Maraviroc [Celsentri, MVC]	El MVC bloquea el correceptor CCR5 que facilita la entrada del virus en las células y es sólo activo contra el virus que utiliza CCR5 como receptor. El VIH puede ser de varias cepas, utilizando sólo receptores CCR5 (R5), receptores CXCR4 (X4), o tener tropismo mixto (capaces de utilizar ambos). Por lo tanto, antes de usar MVC se debe realizar un análisis de sangre llamado test de tropismo. El principal efecto secundario del MVC es hipotensión, pero esto es poco común. Dependiendo de los otros antirretrovirales usados, la dosis será 150/300/600mg una o dos veces al día.

2	Inhibidores de transcriptase inversa
2A	**Inhibidor de la transcriptase inversa análogos de nucleosido [INTR]**
Lamivudina [Epivir, 3TC]	Uno de los antirretrovirales más utilizados, el 3TC también es activo contra el virus de la hepatitis B (VHB). Generalmente, bien tolerado, un efecto secundario poco común es la neuropatía periférica. La dosis suele ser 300mg una vez al día o 150mg dos veces al día.
Abacavir [Ziagen, ABC]	Normalmente coadministrado con 3TC como Kivexa (ver abajo). Puede causar una reacción de hipersensibilidad en individuos alérgicos y se recomienda hacer pruebas genéticas para el alelo HLAB5701 antes de usar este medicamento. La positividad del HLAB5701 implica un mayor riesgo de sufrir una reacción alérgica grave y no se debe administrar el ABC. Los efectos secundarios comunes del ABC incluyen náuseas y dolor de cabeza, y en muchas ocasiones se evita su uso por la posibilidad de desarrollar problemas cardiovasculares. La dosis es de 600mg una vez o 300mg dos veces al día.
Emtricitabina [Emtriva, FTC]	Aunque no es totalmente igual, este INTR es clínicamente comparable al 3TC y normalmente combinado con tenofovir como Truvada o Descovy (ver más abajo). Generalmente, los efectos secundarios, bien tolerados y poco comunes incluyen neuropatía periférica y pigmentación de la piel. Una dosis única de 200mg al día.
Tenofovir	Este antirretroviral es ampliamente utilizado y es activo tanto contra el VIH como contra el VHB y es el principal antiviral utilizado para tratar este último. Está disponible en dos formas moleculares:
▪ **Tenofovir Disoproxil Fumarato [Viread, TDF]**	Normalmente combinado con la FTC como Truvada (ver abajo). Los efectos secundarios son renales (tubulopatía proximal y raramente el síndrome de Fanconi) y la pérdida de densidad mineral ósea. En la práctica, no es frecuente que se produzca una toxicidad grave por TDF. Una única dosis de 245mg al día
▪ **Tenofovir Alafenamida [TAF]**	Sólo disponible coadministrado con FTC como Descovy (ver más abajo), parece tener menos toxicidad renal y ósea que el TDF. Se dosifica a 10mg una vez al día con regímenes antiretrovirales que contienen ritonavir o cobicistat y 25mg al día con todos los demás.
Zidovudina [Retrovir, AZT]	Este antirretroviral se utiliza ahora muy poco debido a una toxicidad significativa (anemia, náuseas y cambios físicos en el cuerpo). Puede utilizarse por razones específicas (por ejemplo, embarazo, resistencia a la terapia antirretroviral o penetración en el sistema nervioso central). Dosis, 250mg dos veces al día.
Estavudina [Zerit, D4T] Didanosina [Videx, DDI]	Estos son dos antiguos INTRs, que no se usan actualmente debido a eventos adversos, incluyendo severa neuropatía periférica y daño hepático.

Cuadro 1 **Medicamentos antirretrovirales**

2B	Inhibidores no nucleósdos de la transcrptasa inversa [INNTIs]
Efavirenz [Sustiva, EFV]	Aunque es eficaz, el EFV tiene muchos efectos secundarios, incluyendo erupción (ocasionalmente el síndrome de Stevens-Johnson), cambios de humor, psicosis, problemas cognitivos, alteraciones del sueño (insomnio, sueños anormales), mareos y náuseas. La mayoría de ellos son de corta duración pero pueden persistir en una proporción significativa de pacientes, especialmente en el caso de las personas que envejecen con VIH. Algunos efectos pueden ser subclínicos con mejoría en aquellos que dejan de tomar el medicamento. Dosis, 600mg una vez al día.
Nevirapina [Viramune, NVP]	La NVP es efectiva pero tiene toxicidades potencialmente serias en las primeras semanas de uso. Entre ellas figuran la necrólisis epidérmica tóxica y la insuficiencia hepática fulminante, más común en mujeres de origen africano, especialmente cuando están embarazadas. Una vez que el paciente está estable, la NVP es muy bien tolerado. Por esta razón a los pacientes estables con NVP no se les suele cambiar de tratamiento, pero no se utiliza para nuevos pacientes. Se receta en dosis de 200 mg dos veces al día o 400 mg una vez al día con formulación de liberación prolongada.
Rilpivirina [Edurant, RPV]	La RPV es generalmente bien tolerada. El sarpullido y la alteración del estado de ánimo se presentan con menos frecuencia que con la EFV, pero aún así ocurren. Dosis 25mg una vez al día y debe ser tomado con la comida.
Etravirina [Intelence, ETV]	La ETV es activo contra la mayoría de los virus resistentes a los INNTs. Aunque generalmente es bien tolerado, tiene una formulación calcárea que muchos encuentran desagradable y su uso es poco común. Se receta a 200 mg dos veces al día, aunque a veces se receta a 400 mg una vez al día.

3	Inhibidores de la integrasa [INI]
Raltegravir [Isentress, RAL]	El RAL es un fármaco bien tolerado, aunque se ha observado una transaminitis moderada al inicio y se producen trastornos del estado de ánimo y del sueño. Se dosifica a 400mg dos veces al día (formulación original), o ahora más comúnmente en una nueva formulación a 1200mg una vez al día (como dos comprimidos de 600mg).
Elvitegravir [EVG]	El EVG no está disponible como agente independiente y sólo se administra en regímenes de comprimidos individuales coadministrado con un agente potenciador (véase más abajo).
Dolutegravir [Tivicay, DTG]	El DTG es un potente INI y en general se tolera bien, aunque puede causar alteraciones del sueño, dolor de cabeza y náuseas. Los trastornos del estado de ánimo y los efectos secundarios neuropsiquiátricos se producen en una minoría de los usuarios de DTG. También está coadministrado con ABC y 3TC, como Triumeq (ver más abajo). La dosis es de 50mg al día (50mg dos veces al día en aquellos con resistencia).
Bictegravir [BIC]	El BIC no está disponible como un agente independiente, sino que sólo está disponible coadministrado con Descovy como un régimen de un solo comprimido (véase más abajo).

Cuadro 1 **Medicamentos antirretrovirales**

4	Inhibidores de la Proteasa [IP]
Agentes potenciadores	Los inhibidores de la proteasa están en su mayor parte coformulados con un agente potenciador de baja dosis que bloquea el citocromo p450 y permite así administrar una dosis más pequeña del IP de tratamiento. Nótese que todos los IP potenciados aumentan los niveles de lípidos séricos en un grado variable y por asociación pueden alterar el riesgo cardiovascular. Hay dos agentes potenciadores disponibles:
Ritonavir [Norvir, RTV]	Se tolera bien pero puede causar diarrea y náuseas. Se receta, como un refuerzo, ya sea como 100mg una vez o dos veces al día (dependiendo del IP) y se representa como "/r".
Cobicistat [Tybost, cobi]	No es activo por si solo contra el VIH y tiene un perfil de efectos secundarios que es como el RTV. Se dosifica a 150mg una o dos veces al día y se representa como "/c".
Atazanavir [Reyataz, ATZ]	El ATZ suele tolerarse bien aunque en la mayoría de pacientes conduce a una hiperbilirrubinemia no conjugada clínicamente insignificante. Esto puede presentarse como ictericia de la piel y esclerótica, lo que puede angustiar al paciente y preocupar innecesariamente al médico no especialista en VIH. Más grave, pero menos común, son los cálculos renales, los cálculos biliares y piedras en la vesícula biliar, debido a los cristales del fármaco. Se dosifica a 300mg una vez al día potenciado con 100mg de RTV o con cobicistat (150mg coadministrado, ver abajo). El ATZ también puede ser administrada sin potenciador, menos común, a 400mg una vez al día.
Darunavir [Prezista, DRV]	El DRV es un potente y generalmente bien tolerado IP. Tiene una base de sulfonamida y, por tanto, puede producir erupción cutánea, está contraindicada, especialmente si se se es alérgico a la sulfonamida; también causa diarrea y aumento de peso en algunos individuos. Se dosifica a 800mg una vez al día o 600mg dos veces al día (potenciado con RTV (100mg con cada dosis) o cobicistat (150mg coadministrado, ver más abajo).
Lopinavir/ritonavir [Kaletra, LPV/r] **Fosamprenavir/ritonavir [Telzir, FPV/r]** **Saquinavir/ritonavir [Invirase, SQV/r]** **Tipranavir/ritonavir [Aptivus, TPV/r]**	Estos son los IP más antiguos que ahora se usan con menos frecuencia. Todos causan diarrea e hiperlipidemia como principales efectos secundarios.

Combinaciones

1	Regímenes de un solo comprimido
Estos comprenden regímenes de antirretrovirales completos. Los efectos secundarios son predecibles mirando los componentes individuales mencionados anteriormente.	
Atripla: EFV/TDF/FTC	**Triumeq: DTG/ABC/3TC**
Odefsey: RPV/FTC/TAF	**Symtuza: DRV/c/TAF/FTC**
Eviplera: RPV/TDF/FTC	**Juluca: DTG/RPV**
Genvoya: EVG/c/TAF/FTC	**(solo pacientes con cambio de tratamiento; no primera linea)**
Stribild: EVG/c/TDF/FTC	**Biktarvy: BIC/TAF/FTC**

2	Combinaciones con dosis fijas (FDC)
Generalmente se administran con otros antirretrovirales. Los efectos secundarios son predecibles mirando los componentes individuales mencionados anteriormente. Todos se toman una vez al día, excepto Combivir y Trizivir, que no se usan apenas y se toman dos veces al día.	
NRTIs	**PI**
Truvada: TDF/FTC	**Evotaz: ATZ/c**
Kivexa: ABC/3TC	**Rezolsta: DRV/c**
Descovy: TAF/FTC	
Combivir: AZT/3TC	
Trizivir: AZT/3TC/ABC	

Cuadro 1 **Medicamentos antirretrovirales**

La polifarmacia y las interacciones entre medicamentos

La polifarmacia en el VIH y el envejecimiento es un problema muy grande. Por lo tanto, no se trata de tratar a ciegas cada una de las condiciones asociadas con el VIH y el envejecimiento, sin tener en cuenta los problemas que pueden surgir de las interacciones entre los medicamentos, o de la toxicidad provocada por los cambios en el metabolismo de dichos medicamentos debido al envejecimiento.

Es importantísima una clara y constante comunicación entre los profesionales de la salud acerca de a quién y qué se le está recetando, ya que los cambios pueden ocurrir con frecuencia y esto aumentará el riesgo de interacción entre medicamentos, una de las principales razones de la morbilidad y la admisión en el hospital.

Revisiones regulares a las personas que envejecen con VIH del tratamiento, para qué sirve cada uno y cómo tomarlos será muy importante. Esto debe extenderse a todos los profesionales de la salud, y a ser posible, lo debe revisar un farmacéutico especializado en VIH. Esto asegura una dosis correcta, que puede reducir los posibles efectos secundarios y evitar posibles interacciones entre medicamentos.

INTERACCIONES IMPORTANTES ENTRE MEDICAMENTOS Y TAR

Mientras que ningún medicamento para el VIH carece completamente de interacciones significativas, las más importantes se dan con potenciadores como el cobicistat o el ritonavir, es decir, inhibidores de la proteasa potenciados, el elvitegravir (Stribild, Genvoya), así como algunos INNTIs.

Los medicamentos comunes que interactúan con algunos antirretrovirales incluyen ciertas estatinas y medicamentos de venta libre que reducen el ácido estomacal, la warfarina y los anticoagulantes orales directos, y muchas preparaciones con corticoides como los aerosoles nasales [Tabla 2]. Es muy importante comprobar las posibles interacciones antes de recetar estos medicamentos.

La principal fuente de información actualizada sobre las interacciones de los medicamentos contra el VIH en el Reino Unido es la página web de la Universidad de Liverpool sobre las interacciones de los medicamentos contra el VIH, www.hiv-druginteractions.org. Es fácil de usar, online o a través de la aplicación, y es una herramienta vital para monitorizar la terapia de medicamentos en personas mayores con VIH.

Tabla 2 **Posibles interacciones importantes comunes entre medicamentos y TAR**

Medicamento	*IP potenciado, Stribild, Genvoya*	*INNTIs*	*INSTIs sin potenciar*
Corticoides			
Prednisolona y metilpredniso-lona	Niveles incrementados	Niveles disminuidos con EFV, NVP y ETR No hay interacción con RPV	No hay interacción
Fluticasona, triamcinolona y mometasona	Contraindicado	Niveles disminuidos con EFV, NVP y ETR No hay interacción con RPV	No hay interacción
Dexametasona	Niveles incrementados	Contraindicado con RPV Niveles disminuidos con EFV, NVP y ETR	No hay interacción
Anticoagulantes/ACOD			
Warfarina	Los niveles pueden incrementar o disminuir; controlar el INR	Los niveles pueden incre-mentar o disminuir con EFV, NVP y ETR; controlar el INR No hay interacción con RPV	No hay interacción
Heparinas de bajo peso molecular	No hay interacción	No hay interacción	No hay interacción
Edoxabán	Niveles incrementados	No hay interacción	No hay interacción
Rivaroxabán	Contraindicado	Niveles disminuidos con EFV, NVP y ETR No hay interacción con RPV	No hay interacción
Apixabán	Contraindicado	Niveles disminuidos con EFV, NVP y ETR No hay interacción con RPV	No hay interacción
Dabigatrán	Contraindicado with COBI Se puede usar con 100mg de RTV	Niveles incrementados con ETR y RPV No hay interacción con EFV y NVP	No hay interacción

KEY

Roja – interacción severa - uso contraindicado
Naranja – interacción moderada, dosis podría necesitar un cambio
Verde – interacción leve, sin importancia clínica

ATZ: atazanavir **BIC**: bictegravir **COBI**: cobicistat **DTG**: dolutegravir **EFV**: efavirenz
ETR: etravirina **NVP**: nevirapina **RAL**: raltegravir **RPV**: rilpivirine **RTV**: ritonavir

Medicamento	*IP potenciado, Stribild, Genvoya*	*INNTIs*	*INSTIs sin potenciar*
Antiagregantes plaquetarios			
Clopidogrel	Contraindicado	Contraindicado con EFV, NVP y ETR No hay interacción con RPV	No hay interacción
Ticagrelor	Contraindicado	Podría reducir su eficacia con EFV, NVP y ETR No hay interacción con RPV	No hay interacción
Prasugrel	No hay interacción	No hay interacción	No hay interacción
Antidiabéticos orales			
Metformina	No hay interacción	No hay interacción	Niveles incrementados con DTG y BIC No hay interacción con RAL
Gliclazida	Niveles disminuidos con RTV No hay interacción con COBI	Niveles incrementados con EFV y ETR No hay interacción con NVP y RPV	No hay interacción
Sitagliptina	No hay interacción	Niveles disminuidos con EFV, NVP y ETR No hay interacción con RPV	No hay interacción
Estatinas			
Simvastatina	Contraindicado	Contraindicado	No hay interacción
Rosuvastatina	Niveles incrementados Dosis máxima 10mg una vez al día	No hay interacción	No hay interacción
Atorvastatina	Niveles incrementados Dosis máxima 20mg una vez al día	Niveles disminuidos con EFV, NVP y ETR No hay interacción con RPV	No hay interacción

Tabla 2 **Posibles interacciones importantes comunes entre medicamentos y TAR**

Medicamento	*IP potenciado, Stribild, Genvoya*	*INNTIs*	*INSTIs sin potenciar*
Antiácidos			
IBP	**Contraindicado con ATZ** **No hay interacción con otros IP potenciados**	**Contraindicado con RPV** **No hay interacción con EFV, NVP y ETR**	**No hay interacción**
Ranitidina	**Dejar 12 horas con el ATZ** **Sin interacciones con otros IP**	**Dejar 12 horas con la RPV** **No hay interacción con EFV, NVP y ETR**	**No hay interacción**
Suplementos minerales			
Hierro, Calcio, Zinc, Magnesio, Aluminio y Selenio	**No hay interacción**	**No hay interacción**	**Separar administración por al menos 6 horas**
Disfunción eréctil			
Sildenafilo	**Contraindicado para la hipertensión pulmonar** **ED - maximum dose 25mg every 48 hours**	**Niveles disminuidos con EFV, NVP y ETR** **No hay interacción con RPV**	**No hay interacción**
Tadalafilo	**ED - maximum dose 10mg every 72 hours**	**Niveles disminuidos con EFV, NVP y ETR** **No hay interacción con RPV**	**No hay interacción**
Vardenafilo	**Contraindicado**	**Niveles disminuidos con EFV, NVP y ETR** **No hay interacción con RPV**	**No hay interacción**

Tabla 2 **Posibles interacciones importantes comunes entre medicamentos y TAR**

Medicamento	*IP potenciado, Stribild, Genvoya*	*INNTIs*	*INSTIs sin potenciar*
Opiáceos			
Morfina	Niveles incrementados, monitorizar toxicidad por opioides	Niveles incrementados con EFV y ETR, monitorizar toxicidad por opioides No hay interacción con NVP y RPV	No hay interacción
Codeína y dihidrocodeína	No hay interacción	No hay interacción	No hay interacción
Tramadol	Niveles incrementados	Niveles disminuidos con EFV y NVP No hay interacción con ETR y RPV	No hay interacción
Oxicodona	Niveles incrementados	Niveles disminuidos con EFV, NVP y ETR No hay interacción con RPV	No hay interacción
Anticolinérgicos			
Oxbutinina	Niveles incrementados	Niveles disminuidos con EFV, NVP y ETR No hay interacción con RPV	No hay interacción
Solifenacina	Niveles incrementados Dosis máxima 5mg al día	Niveles disminuidos con EFV y NVP; incrementados con ETR No hay interacción con RPV	No hay interacción
Tolterodina	Niveles incrementados	Niveles disminuidos con EFV, NVP y ETR Precaución al usarlo con RPV ya que ambos prolongan el intervalo QT	No hay interacción
Sedantes			
Diazepam y otras benzodiazepinas	Niveles incrementados	Niveles disminuidos con EFV y NVP; mayor exposición con ETR No hay interacción con RPV	No hay interacción
Temazepam	No hay interacción	No hay interacción	No hay interacción

Tabla 2 **Posibles interacciones importantes comunes entre medicamentos y TAR**

Medicamento	*IP potenciado, Stribild, Genvoya*	*INNTIs*	*INSTIs sin potenciar*
Zopiclona	Niveles incrementados	Niveles disminuidos con EFV, NVP y ETR No hay interacción con RPV	No hay interacción
Antagonistas de la Dopamina			
Haloperidol	Niveles incrementados	Niveles disminuidos con EFV, NVP y ETR. Precaución al usarlo con RPV ya que ambos prolongan el intervalo QT	No hay interacción
Olanzapina	Niveles disminuidos con RTV No hay interacción con COBI	Niveles disminuidos con EFV No hay interacción con NVP, ETR y RPV	No hay interacción
Quetiapina	Contraindicado	Niveles disminuidos con EFV, NVP y ETR Precaución al usarlo con RPV ya que ambos prolongan el intervalo QT	No hay interacción
Risperidona	Niveles incrementados	Niveles disminuidos con EFV, NVP y ETR. No hay interacción con RPV	No hay interacción
Antieméticos y agentes procinéticos			
Metoclopramida y ciclizina	No hay interacción	No hay interacción	No hay interacción
Ondansetron	No hay interacción	No hay interacción con EFV, NVP y ETR. Precaución al usarlo con RPV ya que ambos prolongan el intervalo QT	No hay interacción
Domperidona	Contraindicado	Niveles disminuidos con EFV, NVP y ETR. Precaución al usarlo con RPV ya que ambos prolongan el intervalo QT	No hay interacción

Tabla 2 **Posibles interacciones importantes comunes entre medicamentos y TAR**

Medicamento	*IP potenciado, Stribild, Genvoya*	*INNTIs*	*INSTIs sin potenciar*
AINES			
Ibuprofeno	**No hay interacción**	**Niveles incrementados con EFV y ETR** **No hay interacción con NVP y RPV**	**No hay interacción**
Diclofenaco* **No se recomienda el uso del diclofenaco en pacientes con problemas cardiovasculares*	**No hay interacción**	**Niveles incrementados con EFV and ETR** **No hay interacción with NVP and RPV**	**No hay interacción**
Naproxeno	**No hay interacción**	**Niveles incrementados con EFV and ETR** **No hay interacción with NVP and RPV**	**No hay interacción**

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Obsérvese que el cuadro anterior no incluye todas las interacciones sino las más comunes.
Se puede obtener más información en los siguientes sitios web:

- **www.hiv-druginteractions.org**
- **www.eacsociety.org/files/guidelines_9.0-english.pdf**
- **hivclinic.ca/drug-information/drug-interaction-tables/**

Debido a la naturaleza rápidamente cambiante de la información sobre el tratamiento y las terapias del VIH, se aconseja a los lectores que vuelvan a comprobar la información contenida en esta publicación en los sitios web mencionados antes de tratar a un paciente. Si necesita más información sobre las interacciones entre los medicamentos, busque la ayuda de un farmacéutico especializado en VIH.

Tabla 2 **Posibles interacciones importantes comunes entre medicamentos y TAR**

Pruebas de monitorización del VIH

Todos los pacientes con VIH se someten a pruebas periódicas para vigilar su condición de VIH y evaluar el fracaso del tratamiento, las toxicidades de los medicamentos y las posibles comorbilidades:

Pruebas semestrales

- Carga viral del VIH
- Recuento sanguíneo completo
- Enzimas hepáticas, función renal y calcio y fosfato niveles
- Sífilis y otras infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Pruebas relacionadas con otras afecciones que requieren un tratamiento continuo
- Proteína total en orina: proporción de creatinina si se toma tenofovir

Pruebas anuales

- El recuento de CD4
- Niveles de lípidos en ayunas
- Estado de la hepatitis B y C
- Detección de cáncer de cérvix y colorrectal en las mujeres
- Detección de cáncer colorrectal en hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

El resto de las pruebas serán las mismas que para la población general a medida que envejecen.

Comorbilidad relacionada con la edad en VIH

BOCA, PIEL Y CABELLO

La infección por VIH puede dar lugar a síntomas orales, especialmente cuando los recuentos de CD4 son <300, como la candidiasis oral y la quelitis angular (boquera) que responde al tratamiento tópico con clotrimazol/hidrocortisona, la leucoplasia vellosa oral que puede ser tratada con aciclovir 800mg tres veces al día durante 3 semanas, y las aftas bucales. La gingivitis, la recesión de las encías y la falta de saliva son comunes en VIH. Todos los procedimientos dentales, incluyendo los implantes, se pueden realizar con seguridad en personas con infección por VIH independientemente de la edad. Si se necesitara usar anestesia es importante que el dentista conozca el tratamiento TAR, ya que existen algunas interacciones significativas [Tabla 2].

Las afecciones cutáneas asociadas al VIH, como la foliculitis, la dermatitis seborreica, la psoriasis y las infecciones bacterianas cutáneas tienden a mejorar una vez que el recuento de CD4 aumenta con el tratamiento. Sin embargo, algunas infecciones virales, como las verrugas y el molusco contagioso, pueden empeorar a medida que la inmunidad regresa. Muchos antirretrovirales pueden resultar en erupciones alérgicas y ocasionalmente en el síndrome de Stevens Johnson [Tabla 1]. Algunas afecciones son comunes tanto en VIH como en el envejecimiento, como la ictiosis, los herpes y el cáncer de piel, y el VIH duplica el riesgo de melanoma maligno. El herpes zóster (culebrilla) es común en VIH y también con el envejecimiento, las personas que envejecen con VIH se deben vacunar si el recuento de CD4 es >200.

Las complicaciones del VIH para el cuidado de los pies incluyen la neuropatía periférica, infecciones por hongos y las verrugas, que pueden ser bastante resistentes al tratamiento.

Se puede producir alopecia con pérdida parcial o total del cabello y en forma de parches con la sífilis, que es común en HSH (hombre sexo con hombre) con VIH.

EL CORAZÓN Y LOS VASOS SANGUÍNEOS

Las enfermedades cardiovasculares en VIH pueden ocurrir a una edad más temprana que en individuos no infectados por el VIH. Es muy importante abordar los factores de riesgo, especialmente la hipertensión y el tabaquismo, que son más comunes en personas con VIH. Ciertas herramientas de evaluación de riesgos cardiovasculares como QRISK 3 y Framingham pueden subestimar el riesgo en pacientes con VIH, aunque siguen siendo valiosas.

Hay que ser muy cuidadoso y elegir una estatina que no interactúe con la terapia antirretroviral [Tabla 2], ya que es una de las interacciones farmacológicas más graves que se observan en los individuos tratados con VIH.

La hipertensión se asocia tanto con el envejecimiento como con la infección por VIH, especialmente si la carga viral es alta y el paciente es de origen africano y/o tiene diabetes. Tanto la hipertensión como la diabetes se deben de tratar como para la población general, pero teniendo en cuenta las posibles interacciones medicamentosas [Tabla 2].

PULMONES

El tratamiento del VIH ha reducido enormemente las infecciones pulmonares graves o mortales, como la neumonía por Pneumocystis (PCP), por lo que ahora la mayoría de las infecciones torácicas en personas que envejecen con VIH son las que se observan en cualquier población de edad avanzada. Los pacientes con niveles de células CD4 <200 normalmente recibirán cotrimoxazol oral o pentamidina inhalada como profilaxis contra la PCP.

Las personas que envejecen con VIH tienen altos índices de enfermedad obstructiva crónica de las vías respiratorias (EPOC). Factores como la predisposición a infecciones torácicas recurrentes y las altas tasas de fumadores en personas infectadas por el VIH juegan un papel importante, al igual que la activación inmunológica relacionada con el VIH. Pueden producirse interacciones medicamentosas graves y evitables entre varios antirretrovirales y algunos inhaladores de esteroides [Cuadro 2].

La gripe parece causar una enfermedad más grave en las personas con VIH, especialmente en aquellas con bajos niveles de CD4. La vacuna contra la gripe en la población con VIH previene más muertes y enfermedades que en cualquier otro grupo. Las vacunas antigripales inactivadas se administran por inyección a los pacientes con VIH, independientemente del recuento de CD4 o de la edad, una vacuna cuadrivalente a los menores de 65 años y una trivalente a los mayores de 65 años. No debe utilizarse la vacuna en aerosol nasal atenuado con virus vivos.

Las infecciones por neumococo son más comunes en los pacientes con VIH que en el resto de la población, especialmente en aquellos con bajos niveles de CD4, incluso en terapia antirretroviral. Se recomienda la vacunación contra el neumococo a todas las personas con VIH, independientemente de su edad; aunque funciona mejor en personas con niveles de CD4 >200. La política de vacunación actual de "BHIVA" recomienda una vacuna conjugada inicial que se debe administrar una vez y que los pacientes con VIH de más de 65 años o con otras comorbilidades también reciban la vacuna neumocócica de polisacáridos.

La infección por VIH aumenta la probabilidad de desarrollar la enfermedad de la tuberculosis, y el riesgo de enfermarse es mayor en aquellos con niveles muy bajos de CD4.

La terapia antirretroviral reduce en gran medida el riesgo de tuberculosis activa, pero sigue siendo importante realizar pruebas de tuberculosis en las personas que provienen de países endémicos de la tuberculosis y en las que tienen un recuento bajo de CD4. El tratamiento será igual que en la población general, pero es importante identificar cualquier interacción con los medicamentos del TAR [Tabla 2].

El cáncer de pulmón es 2 o 3 veces más común en las personas con VIH y la tasa aumenta con la edad. Como el tabaquismo está fuertemente asociado, no está claro si este aumento del riesgo se debe al propio VIH o al tabaquismo en sí. Los nódulos o manchas pulmonares en personas que envejecen con VIH pueden ser causadas por otras condiciones que no sean el cáncer de pulmón y deben ser investigadas rápidamente.

RIÑONES

La enfermedad renal en VIH es muy parecida a la que se observa en el envejecimiento, con algunas excepciones. El VIH sin tratar puede presentarse, especialmente en aquellos de origen africano, con nefropatía asociada al VIH (NAVIH) que debe ser tratada iniciando una terapia de VIH.

Algunos antirretrovirales causan cálculos renales que consisten en cristales de medicamentos, otros una tubulopatía proximal y a veces el síndrome de Fanconi [Cuadro 1].

Los pacientes con VIH y enfermedades renales graves deben ser atendidos conjuntamente al nefrólogo.

HUESOS Y ARTICULACIONES

El VIH puede estar asociado tanto a la osteopenia como a la osteoporosis, con fracturas que se producen a una edad temprana. La razón de ello no está clara, pero cuanto más tiempo esté una persona infectada, mayor será el riesgo. Las mujeres con VIH pueden tener una menopausia precoz, lo que aumenta su riesgo de osteoporosis, y los hombres con hipogonadismo, que se observa comúnmente en la infección por VIH, también tienen un mayor riesgo de pérdida de hueso. El resultado de la evaluación de riesgo FRAX y la frecuencia con la que se deben realizar los exámenes de densidad ósea en personas con VIH no está claro, aunque la orientación de los estudios sobre el envejecimiento de la población no infectada por el VIH sugiere que se debe basar en la gravedad de la osteoporosis cuando se mide por primera vez. El tratamiento será el mismo que para la población general.

Las investigaciones han demostrado que casi un tercio de los pacientes VIH positivos tienen deficiencia de vitamina D, lo que se asocia con bajos recuentos de células CD4, así como con una mala exposición a la luz solar y/o una piel más oscura. Ciertos antirretrovirales están implicados en esta deficiencia [Tabla 1]. Se aconseja una terapia de reemplazo,

Los problemas articulares en infección por VIH son comunes y están relacionados con la inflamación y la infección. El diagnóstico y el tratamiento son esencialmente similares para el VIH y la enfermedad articular relacionada con la edad. Sin embargo, es de vital importancia revisar posibles interacciones de los medicamentos con los antirretrovirales si se consideran corticoides, ya sean orales, intraoculares o inyectables [Tabla 2].

TRASTORNOS DE LA SANGRE Y CÁNCERES

La anemia y la trombocitopenia son comunes tanto en las personas de edad como en las que tienen VIH, y en estas últimas pueden estar asociadas con el cotrimoxazol utilizado para tratar o prevenir la pneumocystis carinii.

El VIH suprime el sistema inmunológico, lo que le hace menos capaz de vigilar y matar las células cancerosas, por lo que aumenta el riesgo de desarrollar muchos tipos de cáncer y éstos suelen ocurrir a una edad más temprana. Tradicionalmente, las personas con infección por VIH y un sistema inmunológico muy dañado solían padecer tres tipos de cáncer: Sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin y carcinoma cervical invasivo en mujeres.

Estos tumores son definitorios del SIDA y están mediados por infecciones virales. El Sarcoma de Kaposi a menudo se pasa por alto o se diagnostican tarde, ver imágenes en **www.hiv.va.gov/provider/image-library/ks-hhv-8.asp**.

Varios tumores no definitorios del SIDA parecen ser más comunes en el VIH, aunque esto puede estar relacionado con tasas más altas de tabaquismo y la coinfección con los virus del herpes o virus oncogénico. Entre ellos se incluyen: el cáncer de pulmón; el linfoma de Hodgkin; el cáncer colorrectal, tanto en hombres como en mujeres y el cáncer de hígado (carcinoma hepatocelular) en aquellos coinfectados con hepatitis B y hepatitis C. Los cánceres de riñón y de piel, así como la leucemia y los tumores cerebrales y cuello, son el doble de frecuentes en aquellos con infección por VIH.

Las personas que envejecen con VIH deben seguir los programas de detección de cáncer de cada país a través de su médico de cabecera y, si es posible, acceder a los servicios de detección de neoplasias intraepiteliales anales (NIA) a través de su clínica de VIH.

HEPATOPATÍAS Y HEPATITIS VIRAL

Las hepatopatías son comunes en los pacientes que viven con VIH. Las infecciones virales crónicas con Hepatitis B y C son las causas más comunes, pero ciertos medicamentos (tanto TAR como no TAR, incluyendo los de venta libre y los medicamentos herbolarios), el abuso del alcohol, el uso de drogas recreativas y la enfermedad del hígado graso no asociado al alcohol, se reconocen cada vez más como causas importantes de la morbilidad hepática. Algunas infecciones oportunistas (por ejemplo, las infecciones micobacterianas, la leishmaniosis visceral y la infección diseminada por citomegalovirus) y su tratamiento también pueden causar enfermedad hepática.

Cuando se observe un aumento de las enzimas hepáticas se debe hacer una investigación inmediata, en colaboración con el equipo de hepatología, para determinar la causa y el alcance de la inflamación y la fibrosis hepática. En la mayoría de los casos esto puede lograrse mediante una prueba no invasiva (elastografía hepática, APRI, FIB-4), pero ocasionalmente puede requerirse una biopsia de hígado. En el caso de una lesión hepática inducida por medicamentos, será necesario detener el tratamiento y sustituirlo cuando sea posible.

- **La hepatitis A (VHA)** es común en los HSH infectados por el VIH, si no hay anticuerpos presentes, entonces es importante la vacunación para prevenir futuras infecciones.
- Los individuos infectados con **Hepatitis B (VHB)** deben ser atendidos a ser posible conjuntamente con un hepatólogo. Todos los pacientes con VHB deben ser examinados para detectar el VIH, ya que algunos antivirales utilizados para el VHB también tienen actividad anti-VIH y su uso por sí solo podría resultar en una supresión subóptima del VIH [Tabla 1]. La vacuna contra el VHB debe ser administrada a aquellos que no tienen inmunidad.
- **Hepatitis C (VHC)**: si hay anticuerpos, se debe realizar una carga viral de ARN del VHC y, si se detecta, el individuo debe ser remitido para tratamiento a un hepatólogo con experiencia en VIH.

LAS HORMONAS Y LA LIPODISTROFIA

Los trastornos tiroideos no parecen ser significativamente mayores en el VIH, aunque el hipotiroidismo se ha asociado con algunos antirretrovirales [Tabla 1].

Las mujeres con infección por VIH pueden experimentar irregularidades en sus ciclos y corren el riesgo de una menopausia precoz (antes de los 45 años). No hay gran cantidad de investigaciones sobre el uso de la terapia hormonal de reemplazo en mujeres VIH positivas y las formas comúnmente usadas pueden interactuar con la TAR [Tabla 2]. Se debe alentar a las mujeres que continúan siendo sexualmente activas, durante la menopausia y después de ella, a que practiquen el sexo seguro y a que se sometan a pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual. Todas las mujeres deben seguir sometiéndose regularmente a pruebas en el cuello uterino hasta los 65 años de edad, y vigilar los senos a todas las edades. El VIH y algunos medicamentos antirretrovirales pueden provocar cambios en la mama, haciéndola más grande y con más protuberancias; estas protuberancias suelen ser quistes benignos de tejido mamario.

En hombres infectados por el VIH, la deficiencia de testosterona suele ocurrir a una edad temprana y es más común con bajos niveles de CD4, o en aquellos que han tomado esteroides anabólicos androgénicos (suplementos de testosterona); la terapia de reemplazo funciona en la mayoría de los casos.

Puede ocurrir ginecomastia dolorosa en hombres con VIH, causada por algunos antirretrovirales [Tabla 1], el uso recreativo de esteroides anabólicos o desequilibrios hormonales. Se debe realizar una ecografía y derivar al endocrinólogo.

La frecuencia y el interés por el sexo disminuye con la edad en distintos grados en diferentes individuos; concretamente en las mujeres puede ocurrir repentinamente con el comienzo de la menopausia. En los hombres, la disfunción eréctil (DE), los problemas con la eyaculación y la incapacidad de alcanzar el orgasmo pueden ocurrir, tanto con el envejecimiento como con la infección por VIH, y se asocia con ciertos medicamentos para el VIH, especialmente los inhibidores de la proteasa y algunos antidepresivos y antihipertensivos.

Además de los cambios en la forma corporal relacionados con la edad, la lipodistrofia asociada al VIH se presenta como lipoatrofia (pérdida de grasa) o lipohipertrofia (aumento de grasa), que a veces se observan juntas en el mismo individuo; imágenes disponibles en **www.hiv.va.gov/provider/image-library/lipodystrophy.asp**. Se cree que los factores que contribuyen a ello son: algunos antirretrovirales (incluidos algunos que ya no se utilizan), el recuento de CD4 nadir, una dieta deficiente, los antecedentes familiares y el tabaquismo. La lipoatrofia facial de las almohadillas

de grasa de las mejillas y la zona de las sienes es considerada por algunos, como un sello distintivo de la infección por el VIH y puede conducir al estigma y la pérdida de autoestima. La lipoatrofia relacionada con el VIH puede imitar la pérdida de grasa que se produce con el envejecimiento en los brazos, las piernas, los pies y las nalgas.

La lipohipertrofia es la acumulación de grasa que se produce dentro del cuerpo alrededor de los órganos internos, y con mayor claridad en los senos y alrededor de la cintura tanto de hombres como de mujeres. Puede ser difícil distinguir la lipohipertrofia del simple aumento de peso y no existe una prueba única para determinarlo. Comenzar la terapia antirretroviral lleva poco a poco a un "retorno de la salud", y esto a menudo resulta en un aumento de peso, no siempre en los lugares correctos. Las pruebas sobre qué fármacos son mejores o peores para la lipodistrofia surgen constantemente y es probable que cambien con el tiempo con nuevos datos publicados.

Los tratamientos cosméticos (rellenos) para la lipoatrofia facial en el VIH pueden utilizarse con éxito para reducir los signos evidentes de pérdida de grasa facial. La lipoatrofia que afecta a los glúteos puede hacer que ciertas posiciones al sentarse sean incómodas y que dormir o bañarse sea difícil. La ropa interior acolchada (los pantalones cortos para el ciclismo son bastante efectivos) y los aros inflables para sentarse ayudan. El exceso de lipoatrofia en las mujeres puede requerir una reducción de senos.

EL CEREBRO Y LOS NERVIOS

El propio VIH puede afectar tanto al sistema nervioso central como al periférico, mientras que las infecciones oportunistas como la toxoplasmosis cerebral, la encefalitis por CMV, la meningitis criptocócica o tuberculosa y el linfoma cerebral primario suelen ser la presentación inicial de la enfermedad del VIH. La gravedad de la enfermedad cerebral es peor y puede ser mortal en el caso del VIH no tratado y en el de las personas con un nivel bajo de células CD4.

Desde la llegada de la terapia antirretroviral, la prevalencia de la demencia relacionada al VIH ha disminuido. Sin embargo, algunas investigaciones han demostrado que los trastornos neurocognitivos relacionados con el VIH están aumentando a medida que las personas viven más tiempo con la infección del VIH, especialmente con aquellas cuyo VIH no está bien controlado con la TAR. Estos forman un espectro, desde el deterioro neurocognitivo asintomático en el que los cambios neuronales se presentan sin síntomas, hasta el deterioro cognitivo leve con un notable deterioro en la capacidad de concentración, la memoria a corto plazo y la capacidad de realizar actividades de la vida diaria.

La etapa final de la demencia relacionada con el SIDA, es similar a la que se observa con el envejecimiento, pero puede desarrollarse antes con la infección por VIH. Un nivel de CD4 nadir es un factor de riesgo para un declive neurológico significativo, incluso si posteriormente se logra una carga viral indetectable y buenos niveles de CD4 con el tratamiento. Esto implica que la enfermedad cerebral asociada al VIH está relacionada con la duración y la gravedad de la infección y sustenta el argumento para iniciar la terapia antirretroviral poco después del diagnóstico. Algunos de los medicamentos utilizados para tratar el VIH pueden ofrecer más protección contra el deterioro neurocognitivo que otros, al reducir la actividad del virus en el cerebro de manera más eficaz. El diagnóstico tanto clínico como mediante pruebas neuropsicológicas es el estándar de atención en muchas clínicas de VIH.

La neuropatía periférica, común en personas que envejecen con VIH, puede deberse directamente a algunos antirretrovirales [Tabla 1], a otros medicamentos, a deficiencias vitamínicas, a la diabetes y al consumo excesivo de alcohol.

OJOS

Una vez que el sistema inmunológico ha sido restaurado con la TAR, no hay condiciones oculares específicas que parezcan estar asociadas con el propio VIH. El amarillamiento de la esclerótica y/o de la piel puede ser causado por ciertos medicamentos para el VIH [Tabla 1]. El control y el tratamiento de las condiciones oculares deben ser los mismos que para cualquier persona.

SECCIÓN 3

Atención a las personas mayores para especialistas en VIH

Atención a las personas mayores para especialistas en VIH

Con el éxito de los tratamientos para la infección por VIH y el envejecimiento de la población, las habilidades requeridas para cuidar de las personas que envejecen con VIH son similares a las de los médicos de medicina general y geriátrica. La evaluación y el tratamiento serán un componente de una evaluación geriátrica integral multidisciplinaria.

El geriatra realizará una revisión médica holística, diagnosticando y optimizando el manejo de cada condición médica. A continuación, se enumeran los problemas más comunes que se presentan. Para formular un plan de atención individualizada, a menudo se requiere la remisión a otros especialistas, terapeutas, enfermeros especializados y equipos de salud mental. Utilice un formulario de evaluación geriátrica [véase el apéndice A], o el formulario de evaluación de la Sociedad Británica de Geriatría - **www.bgs.org.uk/resources/resource-series/fit-for-frailty**

GESTIONAR PROBLEMAS MÉDICOS EN LA MEDICINA DE LOS ANCIANOS

Los principios clave de una evaluación se resumen en el enfoque **EIR**:

E – EVALUAR

I – INVESTIGAR

R – RESOLVER

Muchas condiciones no se presentan de manera específica en pacientes mayores, por lo que unos análisis de sangre ayudarán a detectar anormalidades metabólicas clínicamente significativas.

ANÁLISIS DE SANGRE EN GERIATRÍA

- **Hemograma**
- **Glucosa y HBA1c**
- **Urea y electrolitos**
- **Bilirrubina y transaminasas**
- **Función tiroidea**
- **B12 y folato**
- **El calcio y el fosfato**
- **Vitamina D**

1. POLIFARMACIA

EVALUAR:

- Obtener la lista de medicamentos precisa y actual - siempre vinculada a la historia medico:
  - » A menudo, el motivo por el que se receta un medicamento ya no es relevante, como la prescripción continua de antieméticos (por ejemplo, la metoclopramida con el riesgo de efectos secundarios antidopaminérgicos)
  - » Tener en cuenta la cascada medicamentosa (por ejemplo, el amlodipino para tratar la hipertensión causa hinchazón de los tobillos, lo que a su vez hace que se prescriba un diurético)
  - » Las recientes iniciaciones u omisiones de medicamentos pueden provocar la presentación de quejas (por ejemplo, la doxazosina y las caídas)
- Confirmar las vías de administración de los medicamentos
- Comprobar que el paciente está tomando correctamente la medicación y resolver cualquier duda sobre sus medicamentos.
- Considerar los problemas cognitivos:
  - » ¿La medicación (por ejemplo, los antimuscarínicos) podría estar agravando su declive?
  - » ¿Cuál es el impacto de los cambios cognitivos en la vía de administración (puede el paciente usar los inhaladores de manera efectiva?)

INVESTIGAR:

Considerar los síntomas del paciente con respecto a los efectos adversos e interacciones conocidas de ciertos medicamentos (por ejemplo, corticoides y/o antiácidos con antirretrovirales) [Tabla 2].

RESOLVER:

- Aplicar los criterios PARAR/COMENZAR [ver Apéndice B] y utilice la página web de la Universidad de Liverpool para interacciones medicamentosas en el VIH: **www.hiv-druginteractions.org**
- Asegurarse que haya una evidencia clínica a la hora de recetar en pacientes de cierta edad, por ejemplo, anticoagulantes para la FA y que las decisiones de omitir tratamientos se tomen por razones clínicas y no relacionadas con la edad
- Medicamentos importantes a revisar:
  - » Opiáceos
  - » Anticolinérgicos
  - » Sedantes
  - » Antagonistas de la dopamina
  - » AINES (evitar en insuficiencia cardíaca ya que aumentan la retención de líquidos)

- » Anticoagulantes
- » Medicamentos para la diabetes (puede ser necesario reducir la dosis cuando hay deterioro cognitivo y se saltan algunas comidas, o en el deterioro renal con un mayor riesgo de acumulación de medicamentos y episodios hipoglucémicos)

- Considerar cuando sea apropiado:
  - » El cuidador debe incitar al paciente a tomar sus medicamentos
  - » Simplificar los regímenes en la medida de lo posible a una o dos veces al día
  - » Cajas de dosificación diaria o semanal para el paciente
  - » Destreza manual y visión del paciente
  - » Revisar técnicas de inhalación
  - » Recetar formulaciones dispersables o suspensión oral en caso de disfagia
  - » Poner en contacto al paciente con un farmacéutico especialista en VIH

2. MOBILIDAD Y PROBLEMAS FUNCIONALES

EVALUAR:

- Establecer si ha habido un cambio repentino/agudo en la movilidad o si se trata de un descenso progresivo crónico

ALERTA - la velocidad a la que los síntomas se desarrollan

- Evaluar si la pérdida de la función es de origen musculoesquelético o neurológico
- Establecer si hay dolor asociado, ya que esto es a menudo clave para el origen de los síntomas
- Si es de origen neurológico, ¿hay un componente central o periférico?
- Establecer si hay pérdida motora, sensorial o autonómica

ALERTA - nueva alteración del esfínter/debilidad de inicio rápido/ pérdida sensorial

ALERTA - nuevas características centrales o en áreas corticales

ALERTA - nuevo dolor significativo

- Intentar recabar el historial de caídas cuando haya una nueva pérdida de movilidad o funcional (ver abajo)
- ¿Está el paciente haciendo frente a la situación en su casa, con o sin ayuda?
- Siempre pregunte si tiene problemas para llegar, entrar o salir del baño.
- ¿Podría el alcohol o las drogas recreativas ser causal o agravante?
- Considere todos los medicamentos (por ejemplo, las estatinas que causan mialgia, miositis y miopatía, o un trastorno del movimiento secundario a los antagonistas de la dopamina)

INVESTIGAR:	RESOLVER:
▪ Solicitar investigaciones radiológicas adecuadas a la velocidad de aparición de los síntomas (las hemorragias subdurales pueden presentarse indolentemente con una inestabilidad generalizada y un mal equilibrio, así como cambios de personalidad) ▪ Realizar análisis de sangre completo; incluir la velocidad de sedimentación globular (ESR) si los síntomas sugieren polimialgia reumática. ▪ Test "timed up and go" (TUG) - La Sociedad Británica de Geriatría aboga por esto como una herramienta de detección. **El paciente es cronometrado para levantarse de una silla, caminar hasta un punto a 3m de distancia y luego volver a la silla.** Un tiempo >10 segundos indica la necesidad de una evaluación geriátrica completa. ▪ **Índice de Barthel** [ver apéndice C] se utiliza para medir la dependencia en las actividades de la vida diaria. Ayuda a establecer la línea de base del paciente y a evaluar la respuesta a una intervención	▪ Una adecuada analgesia es clave para mantener la movilidad, los patrones de sueño y el estado de ánimo ▪ Consulte con el fisioterapeuta para el entrenamiento de fuerza y equilibrio, el ejercicio aeróbico y la fijación de objetivos. Ellos mejor que nadie pueden evaluar si es necesario algún accesorio para caminar y su tamaño apropiado - ¡tomarlo prestado de un amigo puede aumentar las caídas! ▪ Remitir a la terapia ocupacional, que puede evaluar y optimizar el día a día del paciente, maximizando su independencia. ▪ Evaluar la nutrición general del paciente y la ingesta de calorías. Considerar la posibilidad de remitirlo a un dietista. ▪ Considerar la posibilidad de un terapeuta del habla y el lenguaje en condiciones neurológicas progresivas para optimizar la nutrición y minimizar el riesgo de aspiración. ▪ Abordar el riesgo y el manejo de la osteoporosis

3. CAÍDAS

EVALUAR:

- Completar un historial de caídas y establecer la frecuencia de las mismas y cómo ha cambiado.

ALERTA - Más de dos caídas en un año

- ¿Cuál es la naturaleza de las caídas, son tropiezos, inestabilidad postural o hipotensión?
- ¿Hay síntomas previos a la caída? ¿Hay síntomas posteriores a la caída?
- ¿Hay un componente funcional? (por ejemplo, caerse de noche yendo al baño)
- ¿Es la mala visión una causa? (por ejemplo, cataratas)
- Siempre tenga claro si el paciente describe una inestabilidad postural inespecífica, mareos o verdadero vértigo (véase la sección sobre mareos)
- Excluir el síncope o una disritmia cardíaca (si se trata de un síncope, véase la sección siguiente)

INVESTIGAR:

- Realizar un ECG de 12 derivaciones - puede establecer una bradicardia, un bloqueo cardíaco o una FA no diagnosticada. Busque evidencia de que no se trate de un infarto de miocardio y se presente como una caída, o evidencia de riesgo de arritmia, como cambios isquémicos previos o un QTc anormal
- Revise la presión sanguínea en posición acostada y de pie, una caída sistólica de >20mmHg es significativa
- Realizar análisis sanguíneo completo - para excluir una infección aguda, alteración de electrolitos o disfunción de la tiroides que puede causar arritmias, o debilidad muscular.
- Solicitar un ecocardiograma si hay un soplo (especialmente un soplo sistólico de eyección compatible con la estenosis aórtica), o signos de disfunción cardíaca.
- Una revisión completa de la medicación será vital en una evaluación de las caídas

ALERTA - warfarina o ACOD – considerar suprimir o remplazar tratamiento.

RESOLVER:

- Optimizar las comorbilidades médicas

ALERTA - nuevo diagnóstico de bradicardia - considere la posibilidad de dejar de usar medicamentos para bajar el ritmo cardíaco (las gotas oculares beta-bloqueantes tienen efectos sistémicos).

- Una revisión de la medicación puede identificar medicamentos que deben ser reducidos o eliminados, especialmente los sedantes y los opiáceos (se recomiendan los preparados de oxicodona en el caso de la insuficiencia renal).

- Evaluar los cambios recientes en los antirretrovirales (por ejemplo, el maraviroc causa hipotensión postural).
- Si se confirma la hipotensión postural, entonces revise la necesidad de diuréticos y antihipertensivos. Realizar un Holter de tensión arterial de 24 horas puede ser muy útil para confirmar el control de la presión arterial, un ecocardiograma también puede ser útil para evaluar la función ventricular y apoyar la alteración de la dosis de diuréticos. A menudo este equilibrio es muy difícil y es importante que el paciente esté completamente informado e involucrado en la toma de decisiones.
- Derivar a la fisioterapia para apoyar los programas de marcha, fuerza y movilidad
- Derivar a la terapia ocupacional para optimizar la función y la vida independiente.
- Derivar a la unidad local de caídas para una evaluación completa del riesgo.
- Abordar el tratamiento de la osteoporosis

4. INCONTINENCIA

EVALUAR:

- En el caso de una paciente femenina, evalúe si el historial de incontinencia es típico de la incontinencia de esfuerzo (a menudo vinculada al historial obstétrico previo), de urgencia o ambas. Tenga en cuenta que una tos crónica puede agravar significativamente la incontinencia de esfuerzo. ¿Sugieren los síntomas una obstrucción de la salida de la vejiga y el subsiguiente desbordamiento?
- Para un paciente masculino establecer si hay síntomas de agrandamiento de la próstata

ALERTA - nueva alteración del esfínter

ALERTA - dolor al miccionar, hematuria o sospecha de cáncer de próstata

- Es importante evaluar:
  - » Diario miccional [ver Apéndice D], para incluir la ingesta de líquidos y la producción de orina
  - » Síntomas del tracto urinario inferior
  - » Ingesta diaria de líquidos
  - » El consumo de cafeína y alcohol
- Realizar una revisión de la medicación (los diuréticos, anticolinérgicos y opiáceos pueden causar retención urinaria con el consiguiente desbordamiento)

INVESTIGAR:

- Prueba de orina en tira reactiva, cultivo y citológico.
- Diario de la miccional para incluir la ingesta de líquidos y la producción de orina [ver Apéndice D]
- Considerar una ecografía de la vejiga y el volumen residual post vaciado (>200mL puede sugerir la necesidad de un catéter urinario)
- Analítica sanguínea completa
- Antígeno prostático específico (PSA)
- Excluir la diabetes (HbA1c)
- Considerar la posibilidad tumoral en la obstrucción de la salida de la vejiga.
- Enfermedades de transmisión sexual

RESOLVER:

- Tratar las infecciones del tracto urinario (ITU) de acuerdo con los protocolos locales de microbiología.

ALERTA - los hombres con infecciones en el tracto urinario inferior deben ser investigados por una causa estructural subyacente

ALERTA - la hematuria indolora debe ser derivada a urología bajo la regla de 2 semanas, ya que la sospecha de cáncer de vejiga es alta.

Derivar urgentemente según los síntomas de **ALERTA**.

- En un paciente con un IMC aumentado, la reducción de peso será muy importante – considere derivar a un dietista.
- Reducir el consumo de cafeína
- Asegurar un hábito intestinal regular
- Involucrar a los servicios de incontinencia en una fase temprana del plan de tratamiento, ya que la incontinencia es angustiosa y provoca alteraciones del estado de ánimo y el abandono de las actividades sociales - los absorbentes para la incontinencia son gratuitos en el NHS.
- Para la incontinencia de esfuerzo, proporcione un folleto de ejercicios para el suelo pélvico.
- Para la incontinencia de urgencia, proporcionar un folleto para "entrenar" la vejiga.
- Considerar la derivación a urología cuando la etiología o el control sean difíciles.

5. ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO

EVALUAR:

- ¿Se presentan síntomas de la alteración del estado de ánimo - los síntomas son expresados por el paciente, un familiar o cuidador?
- Establecer cualquier síntoma biológico, particularmente la pérdida de peso o la alteración del sueño.
- Todos los pacientes deben recibir una evaluación de riesgos.
- Establecer cuánto apoyo hay en casa o el grado de aislamiento social.
- ¿Hay un historial psiquiátrico o un historial previo de alteración del estado de ánimo?
- Evaluar el consumo de alcohol y el uso pasado y presente de drogas recreativas.
- ¿Ha habido algún acontecimiento asociado agudo, como un duelo o preocupaciones financieras?

INVESTIGAR:

- Analítica sanguínea completa
- Revisión de la medicación
- Realice una puntuación hospitalaria de ansiedad y depresión [ver Apéndice E], para diagnosticar, evaluar la gravedad y orientar el tratamiento y la respuesta
- Considere una evaluación cognitiva
- Medir el peso y el IMC, importante como punto de partida y para evaluar la respuesta al tratamiento.

RESOLVER:

- Gestionar según el riesgo.
- Considere si la TAR puede ser causante o agravante.
- Derivar al Servicio de Salud Mental y considerar la posibilidad de iniciar la medicación de primera línea.

6. DECLIVE COGNITIVO

EVALUAR:

- Recabar un historial completo del declive cognitivo del paciente y la familia/cuidadores
- Excluir la alteración del estado de ánimo.
- Establecer si hay pérdida de audición o visión reducida.
- Disponer del historial completo de medicamentos.
- Evaluar el consumo actual y anterior de alcohol y/o drogas recreativas.
- Establecer si hay antecedentes de caídas, especialmente importante si se toman anticoagulantes.

ALERTA - considerar una hemorragia subdural como causa.

INVESTIGAR:

- Realizar un TAC cerebral - importante en las personas que envejecen con VIH con deterioro cognitivo, para evaluar las causas reversibles y ayudar a diagnosticar los subtipos de demencia. Arreglar urgentemente si hay un deterioro repentino
- Considere la posibilidad de hacer una resonancia magnética cerebral si no hay resultados con el TAC y se considera una etiología vascular.
- Análisis sanguíneo - importante comprobar los niveles de B12, folato y tiroides.
- Evaluar la cognición con una herramienta reconocida, como:
  - » Mini Examen del Estado Mental (MMSE) [véase el apéndice F]
  - » Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) [ver Apéndice G] - esta prueba es útil para discriminar entre el deterioro cognitivo normal y el leve.
- Realizar un examen del estado mental para excluir un diagnóstico psiquiátrico.
- Documentar una evaluación de la capacidad.
- Excluir los diferenciales y otros diagnósticos contribuyentes (por ejemplo, la depresión).

RESOLVER:

- Derivar al paciente a un servicio de evaluación de la memoria o neurología
- Tratar los parámetros reversibles.
- Modificar el estilo de vida - fumar/alcohol

7. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR O ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO

EVALUAR:

ALARMA - Si se sospecha de un ictus, dirigir inmediatamente al equipo de emergencia.

INVESTIGAR:

- Un equipo de especialistas en accidentes cerebrovasculares se encargará de la hospitalización completa (fuera del alcance de la guía)

RESOLVER:

- Después de que el equipo de accidentes cerebrovasculares le dé el alta al paciente, la continuación del cuidado incluirá:
  - » Antiplaquetarios o anticoagulantes si el paciente sufre de FA, según aconseje el equipo de neurocirugía. Ambos son de por vida a menos que se desarrollen nuevas contraindicaciones. Usar una dosis baja de IBP para proteger de los efectos secundarios de los antiplaquetarios (comprobar la compatibilidad con los antirretrovirales, [Tabla 2])
  - » Control de la presión sanguínea, (considere realizar un Holter para evaluar el control) - objetivo de la presión sistólica < 130mmHg
  - » Control sobre los lípidos - el objetivo es reducir el colesterol no HDL en >40% en 3 meses - si no se logra con la pérdida de peso, factores de estilo de vida y los agentes reductores de lípidos, consultar con el equipo de endocrinología/vascular.
  - » Analizar niveles HbA1c - si es anormal, considere un tratamiento en conjunto con el médico de cabecera en primera instancia.
  - » Reducción de la ingesta de alcohol a <14 unidades por semana repartidas en 4 días
  - » Incentivar el dejar de fumar y evitar el tabaquismo pasivo.
- Considerar:
  - » Depresión después de un accidente cerebrovascular.
  - » Terapeuta del habla y del lenguaje tanto para disfasia como para problemas de deglución, que pueden empeorar con enfermedades intercurrentes.
  - » Fisioterapia: opciones de tratamiento para la espasticidad, incluyendo la toxina botulínica - remitir al equipo de rehabilitación
  - » Problemas de continencia

8. TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

EVALUAR:

- El parkinsonismo tiene muchas causas, entre ellas la enfermedad de Parkinson idiopática, el parkinsonismo vascular, el parkinsonismo inducido por fármacos, la demencia con cuerpos de Lewy, la parálisis supranuclear progresiva y la atrofia multisistémica. Las características clínicas típicas de estas condiciones están fuera del objetivo de esta revisión.
- Los principales rasgos del parkinsonismo son:
  - » Inestabilidad postural
  - » Bradicinesia (lentitud de movimientos)
  - » Temblor (temblor de rodamiento de la píldora), generalmente unilateral
  - » Rigidez (fenómeno de rueda dentada)
  - » Otros rasgos incluyen la falta de expresión facial y disminución del tamaño de la letra (micrografía)
  - » Las caídas se producen tarde en la EP; si el paciente se presenta con caídas, considere otra causa (por ejemplo, relacionada con medicamentos: metoclopramida, proclorperazina o antipsicóticos o un síndrome Parkinson-plus).

INVESTIGAR:

- Todos los pacientes necesitan un TAC cerbral para investigar la etiología
- Análisis sanguíneo completo
- Un DaTSCAN puede revelar la EP si el diagnóstico es incierto.

RESOLVER:

- Todo nuevo paciente debe ser derivado al neurólogo.
- Es vital asegurarse de que los medicamentos para la EP se administren siempre según la rutina del paciente.
- Si el paciente no puede tomar nada por vía oral, considere la posibilidad de prescribir un parche con agonista de dopamina transdérmico o un tubo NG temporal.
- Para un control de emergencia de la enfermedad de Parkinson: **www.parkinsons.org.uk/sites/default/files/2017-12/pk0135_emergencymanagement.pdf**
- Es importante detener los antagonistas de la dopamina que no sean esenciales (por ejemplo, la metoclopramida)
- Consultar los cambios en la medicación antipsicótica con un psiquiatra.
- Precaución con los anticolinérgicos recetados para controlar el temblor, a menudo causan confusión en pacientes mayores
- Es importante evaluar y controlar los síntomas no motores de la EP que a menudo se pasan por alto:
  - » Depresión
  - » Estreñimiento
  - » Alteraciones del sueño
  - » Caída de saliva

9. NUTRICIÓN

EVALUAR:

- Buscar posibles causas de la reducción del apetito, por ejemplo:
  - » Polifarmacia
  - » Alteración del estado de ánimo
  - » Causas del tracto gastrointestinal superior (dispepsia o disfasia)
  - » Causas del tracto inferior (estreñimiento)
- Considere las causas de la pérdida de peso:
  - » Tumor
  - » Enfermedad crónica (por ejemplo, EPOC no diagnosticada)
  - » Tabaquismo
  - » Alcohol
- Dentición (dentaduras postizas mal ajustadas), las úlceras bucales o la sequedad de boca
- El posible impacto de la restricción de la movilidad y acceso a las tiendas
- Considerar las limitaciones económicas
- Considerar el deterioro cognitivo no diagnosticado, o si se diagnostica, cualquier impacto en las rutinas de la comida o el acceso a la comida
- Todos los pacientes con mala nutrición corren el riesgo de sufrir daños en la piel y úlceras por presión, en particular los que sufren de incontinencia.
- Siempre examine la piel y las áreas de presión en un paciente de riesgo y, si es necesario, busque el consejo de un enfermero especialista en heridas y tejidos.
- Si no se ha cumplido el nivel de atención esperado, considere compartir el caso con Servicios Sociales

INVESTIGAR:

- Análisis sanguíneo completo
- Registrar el IMC en la evaluación inicial y vigilar regularmente
- Aplicar una herramienta de evaluación de riesgo de malnutrición como la "**Malnutrition Universal Screening Tool**" (MUST) [Apéndice H]
- Investigar la existencia de un tumor o de alguna enfermedad crónica

RESOLVER:

- Completar una revisión completa de la medicación (los anticolinérgicos pueden causar sequedad de boca; la toxicidad de la digoxina se asocia con las náuseas)
- Derivar al dietista de acuerdo con los resultados de la evaluación de riesgos de malnutrición (MUST)
- Considere la posibilidad de utilizar algún servicio de apoyo a la alimentación (cuidadores, Servicios Sociales, etc.)

10. SÍNCOPE

EVALUAR:

- Recabar información completa de los episodios. Es importante situar acontecimientos en el tiempo y sus posibles asociaciones para ayudar al diagnóstico.
- Establecer si los episodios están asociados con el dolor de pecho.

ALERTA - angina/enfermedad cardíaca isquémica o estenosis aórtica crítica - consulte a cardiología

- Establecer si está asociado a ciertas situaciones (como el síncope miccional)
- Evaluar si hay síntomas o palpitaciones asociados antes de producirse (presíncope)
- Considerar la estenosis aórtica, una convulsión o una causa metabólica (como la hipoxia)
- Es esencial una revisión completa de la medicación. Los agentes antiarrítmicos pueden ser pro-arrítmicos, sugieren los acontecimientos que los episodios son secundarios a una nueva medicación (por ejemplo, ¿un bloqueador alfa recetado para los síntomas prostáticos)?

INVESTIGAR:

- Análisis sanguíneo completo
- Registrar la presión arterial tumbado y de pie, una caída sistólica de >20mmHg al estar de pie es significativa.
- Un ECG de 12 derivaciones puede establecer una bradicardia, un bloqueo cardíaco o una FA no diagnosticada.
- Busque evidencia de que un nuevo infarto de miocardio se presente como un episodio sincopal, riesgo de arritmia como cambios isquémicos previos, o un QTc anormal (importancia de la revisión de la medicación)
- Considerar un ECG de 24 horas u otro monitor ambulatorio apropiado a la frecuencia de los síntomas
- Considerar la posibilidad de realizar un ecocardiograma para excluir una enfermedad valvular o cardíaca estructural significativa
- Considere hacer una prueba de supresión de cortisol si hay antecedentes de tratamiento con esteroides, tumor o evidencia bioquímica de posible insuficiencia suprarrenal

RESOLVER:

Si hay una caída en la presión arterial > 20mmHg

- Considere la posibilidad de aumentar la ingesta de líquidos si no hay insuficiencia cardíaca (IC)
- Medias de compresión si no hay riesgo de enfermedad vascular periférica (EVP)
- Mantener los diuréticos si no hay IC
- Detener los IECAS si hay problemas renales

- Considere la posibilidad de derivar al servicio local de caídas

ALERTA: síncope con bradicardia o taquicardia, derivar a cardiología.

- Siempre seguir los consejos de la DGT para evaluar la capacidad de conducción; **www.conduccionresponsable.com/wp-content/uploads/2013/02/GUIA_COMPLETA_DE_CONSEJO_MEDICO.pdf**

11. MAREO/VÉRTIGO

EVALUAR:

- El mareo puede ser un término difícil de evaluar su origen
- Establecer si el vértigo se debe a:
  - » Vértigo periférico (neuritis vestibular o vértigo postural paroxístico benigno VPPB)
  - » **ALERTA** - vértigo central (accidente cerebrovascular)
  - » Valorar si es secundario a hipotensión postural (> 20 mmHg de caída sistólica al ponerse de pie) o a los síntomas presincopales (ver sección de síncope)
  - » Considerar causas crónicas del mareo (por ejemplo, una enfermedad cerebrovascular)
  - » Considerar el uso de alcohol y drogas recreativas
  - » Completar una revisión completa de la medicación

INVESTIGAR:

- Realizar un examen neurológico
- Es importante evaluar la forma de andar del paciente - considere un síndrome cerebeloso
- La maniobra de Dix-Hallpike es útil para evaluar si realmente estamos ante vértigo y establecer si la causa es periférica o central (derivar a otorrinolaringología o realizar un escáner)
- Registra una mentira y comprueba la presión sanguínea
- Realizar un ECG
- Análisis sanguíneo completo
- Solicitar un TAC cerebral para excluir causas estructurales (por ejemplo, el neurinoma del acústico)

RESOLVER:

- Revisión de la medicación - considerar interacciones entre medicamentos
- Considere derivar a la clínica de caídas
- Considerar ayuda de un fisioterapia para el diagnóstico, el plan de manejo y la evaluación de los dispositivos de ayuda para caminar
- Evaluación de osteoporosis

12. ESTREÑIMIENTO

EVALUAR:

ALERTA - signos de obstrucción intestinal subaguda - intervención quirúrgica urgente

- Los pacientes de edad avanzada con estreñimiento pueden presentarse con síntomas muy diversos y nada específicos
- La presentación puede ser engañosa (por ejemplo, reducción del apetito)
- El estreñimiento es una complicación no motora común de la enfermedad de Parkinson
- Los pacientes pueden presentar un aumento de la confusión o delirio, en particular si hay un deterioro cognitivo subyacente
- Considere las complicaciones asociadas como una obstrucción del cuello vesical o una infección urinaria
- Pregunte sobre otros síntomas (por ejemplo, hemorroides)

INVESTIGAR:

- Siempre realizar un examen rectal
- Análisis sanguíneo completo

ALERTA - hipercalcemia – excluir la posibilidad de un tumor

- Asegurarse de que las pruebas de función tiroidea sean normales
- Completar una revisión de la medicación
- Solicitar una radiografía simple del abdomen, excluirá una obstrucción intestinal
- Considere un TAC abdominal o una colonoscopia y derivar al equipo de gastrointestinal si hay un cambio en el hábito intestinal, pérdida de peso o anemia por deficiencia de hierro.

RESOLVER:

Para el estreñimiento:

- Aumentar la ingesta de líquidos por vía oral y recomendar una dieta rica en fibra – considerar Plantago ovata
- Cuando sea posible, reducir los opiáceos
- Recetar supositorios si las heces son duras en el examen rectal
- Aumentar la motilidad intestinal con laxantes estimulantes y combinar con laxantes lubricantes
- Excluir la retención urinaria

13. DELIRIO

EVALUAR:

- El delirio es un síntoma común en pacientes mayores
- Pacientes con riesgo de delirio:
  - » Un deterioro cognitivo conocido o no diagnosticado aumenta el riesgo hasta 10 veces
  - » Pacientes hospitalizados – se observa aproximadamente en el 30% de los pacientes mayores hospitalizados
  - » Pacientes con discapacidad sensorial
- El delirio puede desencadenarse por:
  - » Cualquier infección, considere las infecciones oportunistas o los tumores relacionados con el VIH
  - » Una anormalidad bioquímica
  - » Trastornos del sistema endocrino
  - » Medicación - común como un efecto secundario de algún medicamento o secundario a alguna interacción entre medicamentos
  - » El período postoperatorio
  - » Un trastorno neurológico agudo
  - » Dolor incontrolado
  - » Estreñimiento o retención urinaria
  - » Úlceras por presión infectadas
- Los pacientes suelen tener un delirio impositivo, pero considere el delirio defensivo, en el que los pacientes se vuelven más retraídos con un afecto plano

INVESTIGAR:

- El método CAM (**Confusion Assesment Method**) [ver Apéndice I] es el instrumento más apropiado a la hora de diagnosticar delirium en comparación con otras herramientas.
- Análisis sanguíneo completo
- Una evaluación de la capacidad mental es importante y se debe documentar
- (Inglaterra y Gales) solicitar un Deprivation of Liberty Safeguard (DOL) si se considera necesario denegar ciertos derechos para garantizar la seguridad del paciente

RESOLVER:

- Tratar la causa y normalizar el entorno del paciente:
  - » Asegurarse que el paciente reciba luz natural
  - » Que un reloj sea visible
  - » Involucrar a la familia y amigos
  - » Cuando sea posible, retire las cánulas y los catéteres
- Optimizar la nutrición y la hidratación
- Asegurar una función intestinal regular

- Identificar el espacio del paciente con ropa de cama individualizada
- Permitir una movilización segura
- No utilizar medicación para tratar la agitación leve o moderada.
- Los pacientes con agitación significativa requieren altos niveles de apoyo de enfermería y son mejor atendidos en salas donde el equipo tiene la experiencia pertinente
- Considerar la posibilidad de administrar un sedante cuando exista un riesgo de daño o peligro para el paciente o los demás, o un estado de angustia grave. Consulte las directrices locales. (evitar los antipsicóticos en los pacientes con demencia de cuerpos de Lewy por el aumento de la mortalidad y en los pacientes con enfermedad de Parkinson por el empeoramiento de los síntomas)
- Es importante mantener a la familia y a los cuidadores al día - el delirio es un proceso angustioso para todos los involucrados y puede llevar de 4 a 6 semanas en resolverse; alrededor del 20% de los pacientes nunca regresan al punto de partida

14. FRAGILIDAD

EVALUAR:

- Se refiere a un estado de riesgo para resultados negativos de salud
- Es importante establecer el estado de fragilidad del paciente para dirigir el tratamiento y planificar las intervenciones para prevenir el deterioro.
- El estado de debilidad es reversible y los pacientes pueden volverse menos frágiles con intervenciones y tratamientos específicos apropiados
- Igualmente, un evento relativamente menor puede tener un impacto significativo en la debilitación del paciente
- No evalúe la fragilidad de un paciente durante la fase aguda de una enfermedad, sino cuando el paciente esté clínicamente estable en un entorno ambulatorio o comunitario
- La fragilidad es un estado evitable del envejecimiento
- No existe una definición universal de fragilidad
- **Escala de fragilidad clínica** - [véase el Apéndice J] se utiliza comúnmente en la práctica clínica

INVESTIGAR:

La Sociedad Británica de Geriatría recomienda que se haga una prueba de detección de la fragilidad en un entorno ambulatorio con una prueba de timed up and go (TUG) y el cuestionario PRISMA 7:

- TUG: El paciente se levanta de una silla, camina hasta un punto a 3 metros de distancia y luego regresa

a la silla. Un valor de más de 10 segundos dará positivo en la prueba

- **PRISMA 7** [Apéndice K] - las puntuaciones de 3 o más dará un resultado positivo

RESOLVER:

- Un TUG o PRISMA-7 positivos deberían desencadenar una evaluación geriátrica completa y derivar al paciente al servicio de geratría.
- Factores reversibles para mejorar el estado de un paciente incluyen:
  - » Tratamiento de los trastornos del estado de ánimo
  - » Optimización de la nutrición
  - » Medidas para mejorar el estilo de vida, incluido el tratamiento del tabaquismo y el consumo de alcohol
  - » Tratamiento de la sarcopenia con programas de ejercicio y apoyo de fisioterapia
  - » Mejorar la salud ósea

Los pacientes ancianos suelen ser vulnerables por una amplia variedad de razones, pero su riesgo aumenta considerablemente con el aislamiento, el deterioro cognitivo y el empeoramiento de alguna discapacidad. Es importante que en todas las consultas se considere la posibilidad de abuso físico, psicológico, financiero y sexual, así como la identificación de las deficiencias en las normas de atención y la necesidad de elevar las alertas de protección para proteger a los pacientes.

15. ADMISIÓN DE EMERGENCIA

Esta rápida evaluación de un paciente mayor y enfermo puede ser útil ya sea en una clínica, en urgencias o en cualquier planta del hospital.

La información proporcionada por un miembro de la familia u otro profesional de la salud puede ser muy útil y ahorrar tiempo.

Las preguntas deben centrarse en el problema actual y en la identificación de condiciones crónicas prexistentes.

Hay que comprobar los medicamentos y evaluar tanto la función física como la cognitiva, ya que las personas que padecen demencia y delirio a menudo no son diagnosticadas y tienen más probabilidades de sufrir efectos adversos.

HISTORIA

- Asegúrate de que el paciente tiene sus gafas y audífonos en su lugar si es que los usa.
- Preséntese y explíquele el propósito de su visita. Siéntese al mismo nivel del paciente y hable despacio y claramente
- Pregúntele qué es lo que les preocupa (los síntomas que presentan) y la historia de estos síntomas.
- Pregunte sobre otras condiciones médicas, incluyendo enfermedades recientes, visitas al médico de cabecera y al hospital, caídas, etc.
- Compruebe qué medicación está tomando el paciente, si tiene alergias, si fuma, si consume alcohol o drogas recreativas.
- Pregunte sobre problemas en actividades diarias, incluyendo incontinencia antes de esta admisión/visita
- Pregunte sobre la situación de su hogar, si viven solos; ¿tienen servicios o familiares para ayudarles?
- Pregunte si tienen a alguien designado para tomar decisiones de atención médica si hiciera falta.
- Cuando tienen un deterioro cognitivo significativo, puede ser necesario obtener toda esta información de un cuidador o un miembro de la familia.

EXAMEN FÍSICO

- Evaluar el aspecto general, higiene personal, nutrición e hidratación del paciente
- Revisar la visión, oído y el estado de la boca y dientes. Evaluar la ingestión de una pequeña cantidad de agua (25mL)
- Realizar una breve prueba de detección cognitiva para evaluar la orientación, atención, memoria y el lenguaje. Comprobar la capacidad de seguir un comando de dos pasos; evaluar el estado de ánimo
- Revisar el pulso y la tensión, tanto sentado, como tumbado y de pie.
- Evaluar el movimiento de todas las extremidades, incluyendo el tono y la potencia, y el desgaste muscular
- Buscar edemas, estado de la piel y úlceras por presión (especialmente en el talón y el sacro)
- Si es posible, coloque al paciente de pie para comprobar la capacidad de coordinación y equilibrio, y pídale que camine varios pasos (asegúrese de que dispone de ayuda para caminar y proporcione asistencia de reserva)
- Examinar los sistemas cardiovascular y respiratorio, y el abdomen, incluyendo la vejiga (y el examen rectal si está indicado)
- Asegúrate de que el paciente recibe un correcto balance de fluidos y nutrientes, haya un correcto control de las heces, y que tenga vigiladas las áreas de presión.

EL PASAPORTE DEL PACIENTE

JUSTRI permite a las personas que envejecen con vih mantener un historial médico portátil para facilitar la atención médica para mayor información visite **justripatientpassport.com**

Geriatric Assessment Form

Patient Contact	
☐	Home
☐	Care Home
☐	GP
☐	OPD
☐	ED
☐	Frailty
☐	

Clinical Frailty Score (Rockwood Scale):	

Patient's Details		Patient's Address	
Title		Add 1	
Name		Add 2	
Date of Birth		Add 3	
NHS Number		Town	
GP Practice		Postcode	

Cognition ☐ Within Normal Limits ☐ Mild Cognitive Impairment ☐ Dementia ☐ Delerium
☐ Abbreviated Mental test (AMT) Score: ☐ Mental Capacity Assessment required
Main lifelong occupation:

Emotional ☐ Within Normal Limits ☐ ↓Mood ☐ Depression ☐ Anxiety ☐ Fatigue ☐ Hallucination
☐ Delusion ☐ Other

Motivation ☐ High ☐ Usual ☐ Low

Health Attitude ☐ Excellent ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor ☐ Couldn't say

Communication **Speech:** Within Normal Limits Impaired **Hearing:** ☐ Within Normal Limits ☐ Impaired
Vision: Within Normal Limits Impaired **Understanding:** ☐ Within Normal Limits ☐ Impaired

Strength ☐ Within Normal Limits ☐ Weak **Upper:** ☐ Proximal ☐ Distal **Lower:** ☐ Proximal ☐ Distal

Exercise ☐ Frequent ☐ Occasional ☐ Not

		Baseline (two weeks ago)				Current (today)			
Balance	Balance	☐ Within Normal Limits		☐ Impaired		☐ Within Normal Limits		Impaired	
	Falls	☐ Falls Number: ☐				☐ Falls Number: ☐			
Mobility	Walk inside	☐ Independent	☐ Slow	☐ Assisted	☐ Can't	☐ Independent	☐ Slow	☐ Assisted	☐ Can't
	Walk outside	☐ Independent	☐ Slow	☐ Assisted	☐ Dependent	☐ Independent	☐ Slow	☐ Assisted	☐ Dependent
	Transfers	☐ Independent	☐ Standby	☐ Assisted	☐ Dependent	☐ Independent	☐ Standby	☐ Assisted	☐ Dependent
	Bed (in/out)	☐ Independent	☐ Pull	☐ Assisted	☐ Dependent	☐ Independent	☐ Pull	☐ Assisted	☐ Dependent
	Aid use	☐ None	☐ Stick	☐ Frame	☐ Chair	☐ None	☐ Stick	☐ Frame	☐ Chair
Nutrition	Weight	☐ Normal	☐ Under	☐ Over	☐ Obese	☐ Normal	☐ Under	☐ Over	☐ Obese
	Appetite	☐ Within Normal Limits		☐ Fair	☐ Poor	☐ Within Normal Limits		☐ Fair	☐ Poor
	Swallow	☐ Within Normal Limits		☐ Impaired Fluids		☐ Within Normal Limits		☐ Impaired Fluids	
				☐ Impaired Solids				☐ Impaired Solids	
Elimination	Bowel	☐ Continent	☐ Constipated	☐ Incontinent		☐ Continent	☐ Constipated	☐ Incontinent	
	Bladder	☐ Continent	☐ Catheter	☐ Incontinent		☐ Continent	☐ Catheter	☐ Incontinent	
ADLS	Feeding	☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent		☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent	
	Bathing	☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent		☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent	
	Dressing	☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent		☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent	
	Toileting	☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent		☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent	
IADLS	Cooking	Independent	Assisted	☐ Dependent		☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent	
	Cleaning	Independent	Assisted	☐ Dependent		☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent	
	Shopping	Independent	Assisted	☐ Dependent		☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent	
	Medications	Independent	Assisted	☐ Dependent		☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent	
	Driving	Independent	Assisted	☐ Dependent		☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent	
	Banking	Independent	Assisted	☐ Dependent		☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent	

Sleep ☐ Disrupted ☐ Daytime drowsiness **Socially Engaged** ☐ Frequent ☐ Occasional ☐ Not

Social

Marital Status
☐ Married
☐ Divorced
☐ Widowed
☐ Single

Lives
☐ Alone
☐ Spouse
☐ Other

Home
☐ House…
☐ Steps…
☐ Apartment
☐ Supported Living
☐ Care Home
☐ Other

Number of levels: ☐
Number of steps: ☐

Supports
☐ Informal
☐ Other
☐ Requires more support
☐ None

Caregiver Relationship
☐ Spouse
☐ Sibling
☐ Offspring
☐ Other

Caregiver Stress
☐ None
☐ Low
☐ Moderate
☐ High

Caregiver Occupation:

Advance directive in place: ☐ Yes ☐ No
CPR decision: ☐ Allow a natural death ☐ Resuscitate

Assessor: .....
(Name, Grade & Signature)

Date: .....

Geriatric Assessment Form

APPENDIX A

Associated Medication (mark meds started in hospital with an asterisk) – consider Stopp Start		
Medication	**Dose**	**Date Commenced**

Problem List	Action Required	Action By
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Long term conditions	
1	
2	
3	
4	
5	

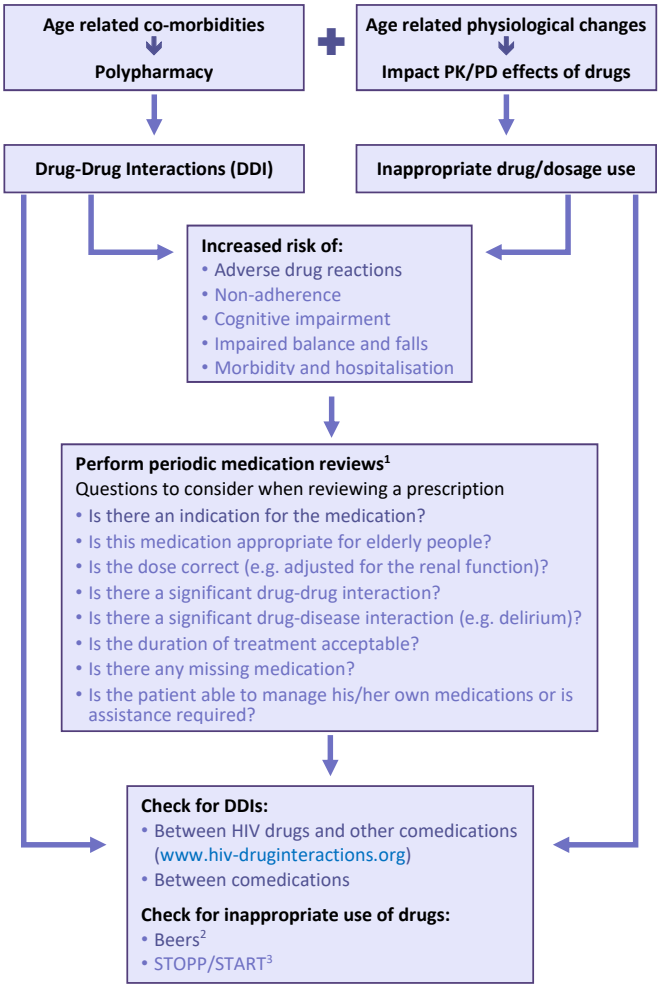
Notes

☐ For MDT Discussion consider long CGA ☐ Long CGA **not** required, copy of Clinical Frailty score to GP

Outpatient Appointments	
Department	Date and Time

Assessor .....
(Name, Grade & Signature)
Date .....

Stop/Start Criteria



*The **Beers** and **STOPP** criteria are tools established by experts in geriatric pharmacotherapy to detect and reduce the burden of inappropriate prescribing in elderly. Inappropriate medicines include:*

- *Those which in elderly persons with certain diseases can lead to drug-disease interactions.*
- *Those associated with a higher risk of adverse drug reactions in the elderly.*
- *Those that predictably increase the risk of falls in the elderly.*
- *Those to be avoided in case of organ dysfunction.*

*The **START** criteria consist of evidence-based indicators of potential prescribing omission in elderly with specific medical conditions.*

References

1. Reconsidering medication appropriateness for patients late in life. Holmes HM et al. *Arch Intern Med*, 2006, 166(6): 605-9
2. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. *J Am Geriatr Soc*, 2015, 63(11):2227-46
3. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. O'Mahony D et al. *Age Aging*, 2015, 44(2):213-8.

Barthel Index of Activities of Daily Living

Instructions: Choose the scoring point for the statement that most closely corresponds to the patient's current level of ability for each of the following 10 items. Record actual, not potential, functioning. Information can be obtained from the patient's self-report, from a separate party who is familiar with the patient's abilities (such as a relative), or from observation. Refer to the Guidelines section on the following page for detailed information on scoring and interpretation.

The Barthel Index

Bowels
0 = incontinent (or needs to be given enemata)
1 = occasional accident (once/week)
2 = continent
Patient's Score: _____

Bladder
0 = incontinent, or catheterized and unable to manage
1 = occasional accident (max. once per 24 hours)
2 = continent (for over 7 days)
Patient's Score: _____

Grooming
0 = needs help with personal care
1 = independent face/hair/teeth/shaving (implements provided)
Patient's Score: _____

Toilet use
0 = dependent
1 = needs some help, but can do something alone
2 = independent (on and off, dressing, wiping)
Patient's Score: _____

Feeding
0 = unable
1 = needs help cutting, spreading butter, etc.
2 = independent (food provided within reach)
Patient's Score: _____

Transfer
0 = unable – no sitting balance
1 = major help (one or two people, physical), can sit
2 = minor help (verbal or physical)
3 = independent
Patient's Score: _____

Mobility
0 = immobile
1 = wheelchair independent, including corners, etc.
2 = walks with help of one person (verbal or physical)
3 = independent (but may use any aid, e.g., stick)
Patient's Score: _____

Dressing
0 = dependent
1 = needs help, but can do about half unaided
2 = independent (including buttons, zips, laces, etc.)
Patient's Score: _____

Stairs
0 = unable
1 = needs help (verbal, physical, carrying aid)
2 = independent up and down
Patient's Score: _____

Bathing
0 = dependent
1 = independent (or in shower)
Patient's Score: _____

Total Score: _____

(Collin et al., 1988)

Scoring:

Sum the patient's scores for each item. Total possible scores range from 0 – 20, with lower scores indicating increased disability. If used to measure improvement after rehabilitation, changes of more than two points in the total score reflect a probable genuine change, and change on one item from fully dependent to independent is also likely to be reliable.

Sources:

- Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud*. 1988;10(2):61-63.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-65.
- Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? *Int Disabil Stud*. 1988;10(2):64-67.

Bladder Diary

Input/Output Chart

Please enter information for **three consecutive days**

DATE	/ / DAY ONE				/ / DAY TWO				/ / DAY THREE			
	TYPE	IN	OUT	WET	TYPE	IN	OUT	WET	TYPE	IN	OUT	WET
06.00												
07.00												
08.00												
09.00												
10.00												
11.00												
12.00												
13.00												
14.00												
15.00												
16.00												
17.00												
18.00												
19.00												
20.00												
21.00												
22.00												
23.00												
00.00												
01.00												
02.00												
03.00												
04.00												
05.00												
TOTAL		IN	OUT			IN	OUT			IN	OUT	

Hospital Anxiety & Depression Scale (HADS) assessment

Please read each item and place a tick in the box opposite the reply closest to how you have been feeling in the past month. Don't take too long over your replies: your immediate reaction to each item will probably be more accurate than a long thought-out response.

I feel tense / wound up

Most of the time	
A lot of the time	
Occasionally	
Not at all	

I feel as if I am slowed down

Nearly all the time	
Very often	
Sometimes	
Not at all	

I enjoy the things I used to

Definitely as much	
Not quite as much	
Only a little	
Hardly at all	

I have lost interest in my appearance

Definitely	
I don't take as much care as I should	
I may not take quite as much care	
I take just as much care as ever	

I get frightened feelings like 'butterflies' in my stomach

Not at all	
Occasionally	
Quite often	
Very often	

I get frightened feelings as if something awful is going to happen

Definitely and quite badly	
Not too badly	
Definitely not so much	
Not at all	

I can laugh and see the funny side of things

As much as I ever could	
Not quite so much now	
Definitely not so much	
Not at all	

I feel restless as if I have to be on the move

Very much indeed	
Quite a lot	
Not very much	
Not at all	

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Worrying thoughts go through my head

A great deal of the time	
A lot of the time	
From time to time	
Only occasionally	

I look forward with enjoyment to things

As much as I ever did	
Rather less than I used to	
Definitely less than I used to	
Hardly at all	

I feel cheerful

Not at all	
Not often	
Sometimes	
Most of the time	

I get a sudden feeling of panic

Very often indeed	
Quite often	
Not very often	
Not at all	

I can sit at ease and feel relaxed

Definitely	
Usually	
Not often	
Not at all	

I can enjoy a good book, radio or TV programme

Often	
Sometimes	
Not often	
Very seldom	

Scores: A = D =

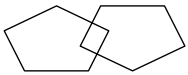
0 - 7 *Non-case / probable absence*
8 - 10 *Borderline / probable presence*
> 11 *Case / probable presence ie referral*

Acta Psychiatrica Scandanavica (1983) 67: 361 - 370

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Patient's Name: _____ Date: _____

Instructions: ***Ask the questions in the order listed. Score one point for each correct response within each question or activity.***

Maximum Score	Patient's Score	Questions
5		"What is the year? Season? Date? Day of the week? Month?"
5		"Where are we now: State? County? Town/city? Hospital? Floor?"
3		The examiner names three unrelated objects clearly and slowly, then asks the patient to name all three of them. The patient's response is used for scoring. The examiner repeats them until patient learns all of them, if possible. Number of trials: _____
5		"I would like you to count backward from 100 by sevens." (93, 86, 79, 72, 65, …) Stop after five answers. Alternative: "Spell WORLD backwards." (D-L-R-O-W)
3		"Earlier I told you the names of three things. Can you tell me what those were?"
2		Show the patient two simple objects, such as a wristwatch and a pencil, and ask the patient to name them.
1		"Repeat the phrase: 'No ifs, ands, or buts.'"
3		"Take the paper in your right hand, fold it in half, and put it on the floor." (The examiner gives the patient a piece of blank paper.)
1		"Please read this and do what it says." (Written instruction is "Close your eyes.")
1		"Make up and write a sentence about anything." (This sentence must contain a noun and a verb.)
1		"Please copy this picture." (The examiner gives the patient a blank piece of paper and asks him/her to draw the symbol below. All 10 angles must be present and two must intersect.) 
30		TOTAL

(Adapted from Rovner & Folstein, 1987)

Source: www.medicine.uiowa.edu/igec/tools/cognitive/MMSE.pdf

Provided by NHCQF, 0106-410

FULL DOC: www.uml.edu/docs/Mini%20Mental%20State%20Exam_tcm18-169319.pdf

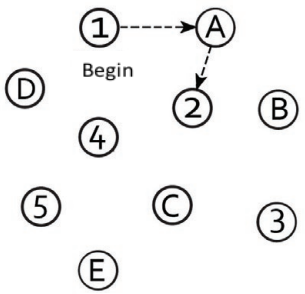
Cognitive Assessment (MOCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA®)

Version 8.3 English

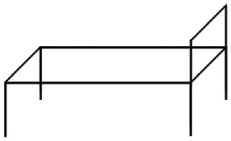
Name:
Education:
Sex:
Date of birth :
DATE :

VISUOSPATIAL / EXECUTIVE



[ ]

Copy bed



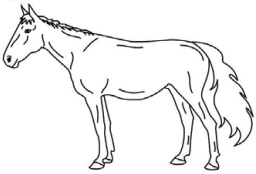
[ ]

Draw CLOCK (Five past ten)
(3 points)

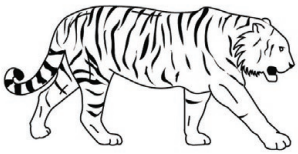
[ ] Contour [ ] Numbers [ ] Hands

POINTS __/5

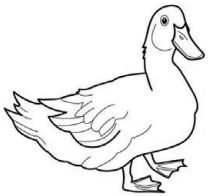
NAMING



[ ]



[ ]



[ ]

__/3

MEMORY

Read list of words, subject must repeat them. Do 2 trials, even if 1st trial is successful. Do a recall after 5 minutes.

	LEG	COTTON	SCHOOL	TOMATO	WHITE
1st TRIAL					
2nd TRIAL					

NO POINTS

ATTENTION

Read list of digits (1 digit / sec.).

Subject has to repeat them in the forward order. [ ] 2 4 8 1 5

Subject has to repeat them in the backward order. [ ] 4 2 7

__/2

Read list of letters. The subject must tap with his hand at each letter A. No points if ≥ 2 errors.

[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B

__/1

Serial 7 subtraction starting at 60. [ ] 53 [ ] 46 [ ] 39 [ ] 32 [ ] 25

4 or 5 correct subtractions: **3 pts,** 2 or 3 correct: **2 pts,** 1 correct: **1 pt,** 0 correct: **0 pt**

__/3

LANGUAGE

Repeat: The child walked his dog in the park after midnight. [ ]

The artist finished his painting at the right moment for the exhibition. [ ]

__/2

Language Fluency. Name maximum number of words in one minute that begin with the letter B. [ ] _____ (N ≥ 11 words)

__/1

ABSTRACTION

Similarity between e.g. banana - orange = fruit [ ] hammer - screwdriver [ ] matches - lamp

__/2

DELAYED RECALL

	(MIS)	Has to recall words WITH NO CUE	LEG	COTTON	SCHOOL	TOMATO	WHITE	Points for UNCUED recall only
Memory Index Score (MIS)	X3		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
	X2	Category cue						MIS = ____ /15
	X1	Multiple choice cue						

__/5

ORIENTATION

[ ] Date [ ] Month [ ] Year [ ] Day [ ] Place [ ] City

__/6

© Z. Nasreddine MD

www.mocatest.org

Administered by: _____

Training and Certification are required to ensure accuracy.

MIS: /15
(Normal ≥ 26/30)

Add 1 point if ≤ 12 yr education

TOTAL __/30

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)

APPENDIX H

BAPEN
www.bapen.org.uk

Step 1 + Step 2 + Step 3

Step 1 — BMI score

BMI kg/m²	Score
>20 (>30 Obese)	= 0
18.5-20	= 1
<18.5	= 2

Step 2 — Weight loss score

Unplanned weight loss in past 3-6 months

%	Score
<5	= 0
5-10	= 1
>10	= 2

Step 3 — Acute disease effect score

If patient is acutely ill **and** there has been or is likely to be no nutritional intake for >5 days
Score 2

If unable to obtain height and weight, see reverse for alternative measurements and use of subjective criteria

Acute disease effect is unlikely to apply outside hospital. See 'MUST' Explanatory Booklet for further information

Step 4

Overall risk of malnutrition

Add Scores together to calculate overall risk of malnutrition
Score 0 Low Risk Score 1 Medium Risk Score 2 or more High Risk

Step 5

Management guidelines

0 Low Risk
Routine clinical care

- Repeat screening
  Hospital – weekly
  Care Homes – monthly
  Community – annually
  for special groups
  e.g. those >75 yrs

1 Medium Risk
Observe

- Document dietary intake for 3 days
- If adequate – little concern and repeat screening
  - Hospital – weekly
  - Care Home – at least monthly
  - Community – at least every 2-3 months
- If inadequate – clinical concern – follow local policy, set goals, improve and increase overall nutritional intake, monitor and review care plan regularly

2 or more High Risk
Treat*

- Refer to dietitian, Nutritional Support Team or implement local policy
- Set goals, improve and increase overall nutritional intake
- Monitor and review care plan
  Hospital – weekly
  Care Home – monthly Community – monthly

* Unless detrimental or no benefit is expected from nutritional support e.g. imminent death.

All risk categories:

- Treat underlying condition and provide help and advice on food choices, eating and drinking when necessary.
- Record malnutrition risk category.
- Record need for special diets and follow local policy.

Obesity:

- Record presence of obesity. For those with underlying conditions, these are generally controlled before the treatment of obesity.

The Confusion Assessment Method (CAM)

Patient's name: _____

Date of birth: _____/_____/_____

Hospital number: _____

Feature 1 Acute onset and fluctuating course

This feature is usually obtained from a family member or nurse and is shown by positive responses to the following questions:

1. *Is there evidence of an acute change in mental status from the patient's baseline?*
2. *Did the (abnormal) behaviour fluctuate during the day, that is, tend to come and go, or increase or decrease in severity?*

Feature 2 Inattention

This feature is usually obtained by interacting with the patient, but may also be reported by family members or staff and is shown by a positive response to the following question:

3. *Did the patient have difficulty focusing attention, for example being easily distractible or having difficulty keeping track of what was being said?*

Feature 3 Disorganised thinking

This feature is usually obtained by interacting with the patient, but may also be reported by family members or staff and is shown by a positive response to the following question:

4. *'Was the patient's thinking disorganised or incoherent, such as rambling or irrelevant conversation, unclear or illogical flow of ideas, or unpredictable switching from subject to subject?'*

Feature 4 Altered level of consciousness

This feature is obtained by observing the patient and is shown by any answer other than 'alert' to the following question:

5. *Overall, how would you rate this patient's level of consciousness?*
   - *Alert (normal)*
   - *Vigilant (hyperalert)*
   - *Lethargic (drowsy, easily aroused)*
   - *Stupor (difficult to arouse)*
   - *Coma (unarousable)*

Scoring the test *(please tick as appropriate)*

	Positive	Negative
Feature 1		
Feature 2		
Feature 3		
Feature 4		

Clinical Frailty Scale

1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.

2 Well – People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.

3 Managing Well – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.

4 Vulnerable – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.

5 Mildly Frail – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.

6 Moderately Frail – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.

7 Severely Frail – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).

8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.

9 Terminally Ill – Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise evidently frail.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia,** recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia,** they cannot do personal care without help.

PRISMA-7 Questionnaire

PATIENT QUESTIONS		
1. **Are you older than 85 years?**	Yes ☐	No ☐
2. **Are you male?**	Yes ☐	No ☐
3. **In general, do you have any health problems that require you to limit your activities?**	Yes ☐	No ☐
4. **Do you need someone to help you on a regular basis?**	Yes ☐	No ☐
5. **In general, do you have any health problems that require you to stay at home?**	Yes ☐	No ☐
6. **If you need help, can you count on someone close to you?**	Yes ☐	No ☐
7. **Do you regularly use a stick, walker or wheelchair to move about?**	Yes ☐	No ☐
Total checked:	_____	_____

Instructions:

- For questions 3 through 7, do not interpret the answer; simply note the person's answer without considering whether or not it should be "yes" or "no".
- If the respondent hesitates between "yes" and "no", ask him/her to choose one of the two answers.
- If, despite several attempts, he/she persists in answering "a little" or "at times", enter "yes".

SCORING: If the respondent had 3 or more "yes" answers, this indicates an increased risk of frailty and the need for further clinical review.

Reference:

Raîche, M., R. Hébert, M-F. Dubois, and the PRISMA partners. User guide for the PRISMA-7 questionnaire to identify elderly people with severe loss of autonomy. In Integrated service delivery to ensure persons' functional autonomy, ed. R. Hébert, A. Tourigny, and M. Gagnon, 147-65. Quebec: Edisem.

PRISMA (Program of Research on Integration of Services for the Maintenance of Autonomy) is funded by the Canadian Health Services Research Foundation in partnership with the "Fonds de la Recherche en Santé du Québec". For more information, see www.prisma-qc.ca.

Web Links

AGE UK

www.ageuk.org.uk

www.ageuk.org.uk/information-advice/health-wellbeing/mind-body/10-tips-for-ageing-better

BRITISH GERIATRICS SOCIETY

www.bgs.org.uk

NHS ENGLAND, A PRACTICAL GUIDE TO HEALTHY AGEING

www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/09/hlthy-ageing-brochr.pdf

LIVERPOOL UNIVERSITY HIV DRUG INTERACTIONS WEBSITE

www.hiv-druginteractions.org

HIV AND AGEING INFORMATION

www.aidsmap.com

www.i-base.info

www.natap.org

www.aahivm.org/hivandageingforum

www.thebody.com

JUSTRI

www.justri.org/coming-of-age
(in many languages)

www.justripatientpassport.com

www.justrislide.com

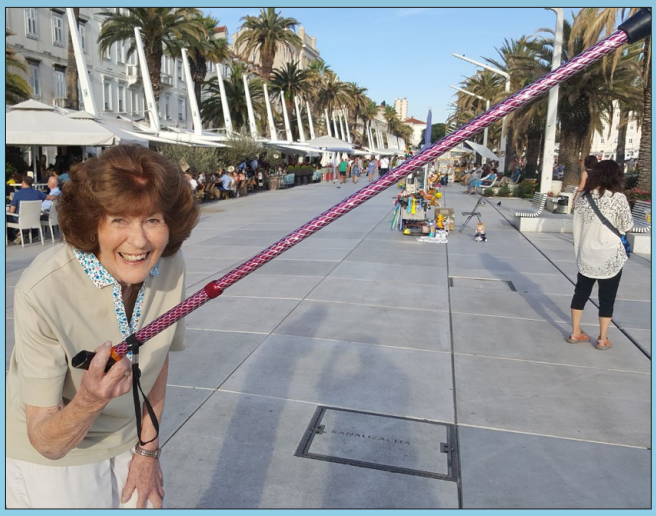
Acerca de los autores

El Dr. Mike Youle ha trabajado en VIH desde 1986, dedicando toda su carrera a la atención de pacientes con VIH y la investigación del virus. Es el director de investigación clínica sobre el VIH en el Royal Free Hospital de Londres. Fundó JUSTRI (www.justri.org) en 2010, una ONG que educa y provee recursos para mejorar el conocimiento del VIH, la hepatitis viral y el tratamiento y la atención de la tuberculosis, incluyendo esta guía "El Momento Adecuado" - una guía para el cuidado de personas que envejecen con VIH.

La Profesora Juliet Wright es Médico Adjunto Especialista en Geriatría en Brighton and Sussex Medical School, donde contribuye al servicio de fragilidad aguda. Tiene un gran interés en la investigación del VIH en los pacientes ancianos. Junto con el profesor Martin Fisher estableció la Silver Clinic para personas mayores que viven con el VIH. Supervisó dos doctorados en el campo de la geriatría, uno evaluando la fragilidad y el segundo investigando las barreras a la prueba del VIH en pacientes mayores.

El Dr. Tom Levett es profesor titular en Medicina y Fragilidad del Brighton and Sussex Medical School, con interés en la investigación del VIH y el envejecimiento. Completó un doctorado sobre la fragilidad en adultos mayores viviendo con el VIH. Es además, Médico Adjunto Especialista en Geriatría en Brighton and Sussex Medical School, donde colabora con los servicios agudos de fragilidad.

El Dr. Tristan Barber es Médico Especialista en VIH en el Royal Free Hospital de Londres, Reino Unido. Con experiencia en ensayos clínicos en fase 3 de antirretrovirales y estudios neurocognitivos relacionados con la discapacidad y el VIH. Es el presidente del BASHH HIV Interest Specialist Group y también preside el BHIVA International Partnership Working Group. Actualmente se encuentra desarrollando un servicio de consulta individualizada en fragilidad para las personas que envejecen con el VIH.



Dedicado a la memoria de

Joyce Edith Youle

6 de septiembre de 1930—11 de octubre de 2018

justri.

www.justri.org

agradecimiento a nuestros patrocinadores

GILEAD
Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson & Johnson