

PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH EN ATENCIÓN PRIMARIA



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO



Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE SANIDAD





Edición:

**© SECRETARÍA DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO**

Luis Guerra Romero

Teresa Sánchez de Vega

NIPO: 351-01-010-2

Depósito Legal: M. 45.736-2001

Imprime: FER/EDIGRAFOS

ÍNDICE

Prólogo

Actuación en prevención de la infección por el VIH en atención primaria

1. Introducción.
2. Prevención de la infección por VIH en la comunidad.
3. Prevención de la infección por VIH en población general en la consulta.
4. Estrategia para el diagnóstico de la infección.
5. Prevención en situaciones especiales.

Manejo del paciente infectado por VIH en atención primaria

1. Introducción.
2. Diagnóstico serológico de la infección por VIH.
3. Atención a la persona recién diagnosticada. Estadiaje.
4. Cuidados generales del paciente infectado por el VIH.
5. Nutrición del paciente infectado por el VIH.
6. Profilaxis de enfermedades asociadas.
7. Tratamiento de la infección por VIH.
8. Atención social y psicológica.
9. Atención en el domicilio.
10. Coordinación asistencial.

Prólogo

Cuando han pasado ya 20 años desde la declaración de los primeros casos de sida, la epidemia de la infección por VIH sigue suponiendo un tremendo reto para la sociedad, las instituciones sanitarias y sus profesionales, tanto en la esfera preventiva como en la asistencial. El campo de conocimientos que se ha generado sobre el sida es de gran envergadura. Este libro ilustra perfectamente el buen número de intervenciones preventivas y asistenciales que son fruto de investigaciones previas de diversa índole.

Los profesionales de la Atención Primaria han tenido durante estos años una implicación heterogénea en relación con la epidemia de sida. Algunos equipos están teniendo el protagonismo que les corresponde desde un planteamiento integral de la atención sanitaria, pero otros, especialmente en áreas geográficas menos afectadas por la epidemia, no han tenido prácticamente ningún papel asistencial, que ha recaído sobre la Atención Especializada. Los médicos hospitalarios que atienden en España a las personas con infección por VIH y sus patologías asociadas son globalmente unos profesionales con una gran experiencia y dedicación, que deben recibir todo nuestro apoyo y de los que debemos sentirnos orgullosos.

Este libro, que ahora edita la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, es el producto de un grupo de profesionales, la mayoría médicos de Atención Primaria, con la colaboración de otros del campo de la enfermería y del trabajo social, realizado con el apoyo de la Comunidad Autónoma de Madrid y la Dirección Provincial del INSALUD de Madrid, publicado en dos manuales titulados “Actuación en prevención de la infección por el VIH en Atención Primaria” y “Manejo del paciente infectado por VIH en Atención Primaria”. El texto original de estos dos manuales se ha respetado íntegramente en esta edición, habiéndose eliminado los aspectos referidos exclusivamente a la Comunidad Autónoma de Madrid y actualizándose los datos epidemiológicos referentes al conjunto de España recogidos en el primer manual.

Se trata de un manual escrito con una orientación muy práctica y con un estilo coloquial, que nos enseña que la atención integral del paciente VIH+ en el marco asistencial ha de incluir múltiples tareas preventivas y asisten-

ciales, en las que los profesionales de la Atención Primaria tienen y deben tener un protagonismo. Aunque el tratamiento antirretroviral sea en la actualidad complejo en cuanto a su prescripción y control y recaiga sobre la Atención Especializada, ello no justifica, en absoluto, que otras instancias de la red de cuidados no tenga “su papel”, igualmente importante. La red de atención de drogodependientes, la de atención social y la propia Asistencia Primaria tienen muchas tareas que llevar a cabo, muy bien definidas las de esta última red en el presente libro.

Un mensaje fundamental que subyace en todo el manual es que los aspectos preventivos relacionados con la infección por VIH deben unirse con los estrictamente asistenciales en un marco integrador tanto de la persona infectada como de la que tiene prácticas de riesgo de adquisición de esta infección, en este caso con el papel protagonista de la Atención Primaria.

Confiamos que este libro sea no sólo una fuente de información, sino que también sea un estímulo para que los médicos de Atención Primaria y el resto de profesionales que trabajan en ella se impliquen en el mejor manejo y control de la epidemia de sida. Agradecemos a la Comunidad Autónoma de Madrid y al Insalud por su generosa colaboración para su edición.

EL SECRETARIO DEL PLAN NACIONAL
SOBRE EL SIDA

Francisco Parras Vázquez

Madrid, Septiembre de 2001

**ACTUACIÓN EN PREVENCIÓN
DE LA INFECCIÓN POR EL VIH
EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Autores:

Julia Cecilia Navazo. Médico de Familia. Gerencia AP Área 1.

Natividad Gamarra Mendoza. Médico de Familia. Gerencia AP Área 4.

Jose Manuel Hermida. Médico especialista en Enf. Infecciosas. Oficina Regional del SIDA.

Raquel Martínez Martínez. Médico de Familia. Gerencia AP Área 3.

Teresa Regidor Roper. Enfermera. Gerencia AP Área 6.

Amparo Rodríguez Ramón. Trabajadora Social. CS Potes. Área 11.

M^a del Mar Sanz Pascual. Médico de Familia. Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria. Área 4.

José Zarco Montejo. Médico de Familia. Unidad docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Área 7.

1. INTRODUCCIÓN

Desde que a primeros de los 80 se descubrieran los primeros casos de sida, la pandemia de la infección VIH se ha convertido en una catástrofe mundial. Según la OMS y el programa ONUSIDA a finales del 2000 vivían en el mundo más de 36 millones de personas con VIH/SIDA.

En España, desde 1981, año en que comenzó la epidemia, hasta el 30 de junio de 2001, se han acumulado un total de 61.028 casos de sida, pero en más del 53% de ellos se ha notificado ya su fallecimiento. Hasta este día se ha recibido información de 2.326 casos diagnosticados en el año 2000, entre los cuales siguen predominando los hombres (77,6%).

La vía de transmisión más frecuente ha sido el uso compartido de material de inyección para la administración de drogas inyectadas (55%), lo que se confirma tanto en hombres (58%), como en mujeres (48%). La transmisión por relaciones heterosexuales no protegidas asciende al 22%, pero adquiere especial relevancia en las mujeres, donde representa el 40% de los casos. La tercera vía de transmisión más frecuente han sido las relaciones homosexuales no protegidas entre hombres, suponiendo el 12% de todos los casos y el 15% de los casos en hombres.

En los últimos años se observa un progresivo aumento de la proporción de casos de sida debidos a la transmisión sexual del VIH, en detrimento de los debidos a la inyección de drogas con material contaminado. También se observa un aumento progresivo en la edad media de los enfermos, que ha pasado de 29 años en 1985 a 37.6 en 2000. Por el contrario, la distribución por sexos se mantiene sin apenas variaciones.

Las personas afectadas por el VIH/SIDA, sus familiares y amigos necesitan cuidados continuos, información, educación y apoyo en todas las etapas de la enfermedad y lo más cerca posible de la comunidad a la que pertenecen.

Prevención

La prevención es la única manera de frenar la transmisión del VIH. Las estrategias sanitarias de ámbito comunitario encaminadas a la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), han contribuido a contener la epidemia en los países industrializados. La prevención comunitaria, sin embargo, tiene sus limitaciones. Su mensaje con frecuencia no alcanza las necesidades individuales, generalmente no llega a personas con riesgo, en situaciones precarias o marginales y no puede aprovechar oportunidades de actuación. Los profesionales de Atención Primaria (AP) tienen contacto regular con casi todas las personas de la comunidad y, por tanto, disponen de la oportunidad de lanzar mensajes preventivos y reafirmar las conductas saludables.

La prevención desde AP deberá estructurarse en diferentes niveles o escalones:

- En primer lugar, se contribuirá en lo posible a promover las conductas saludables en la población general, considerando especialmente ciertos grupos de población que por sus características puedan estar expuestas a un mayor riesgo de infección o contribuyan de forma más importante a la transmisión de la misma, por ejemplo: adolescentes y mujer en edad fértil.
- En segundo término, se investigará sobre la existencia de prácticas o conductas de riesgo. De ser detectadas, se intentará modificarlas, ofreciendo, cuando sea preciso, la realización de test serológicos de detección de infección para el VIH. Se adecuará el consejo de forma individual según la práctica detectada (CDVP/ homo-heterosexual). Con ello conseguiremos hacer un “diagnóstico precoz” de la infección, ofreciéndoselo a cada paciente y consensuando con él las diferentes opciones terapéuticas, adecuando las medidas preventivas necesarias en cada caso.

Tratamiento y cuidados

En los 16 años de epidemia se han producido cambios importantes. En la época de la monoterapia, los pacientes sabían que padecían una enfermedad mortal y que morirían en pocos años. Las terapias combinadas, dispo-

nibles en la actualidad en los países desarrollados, suponen la primera oportunidad real de aumentar la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes infectados.

Una oportunidad, sin embargo, no es sinónimo de realidad. Muchos pacientes infectados se sienten “sanos” y por tanto rechazan el comenzar cualquier tratamiento. Tampoco se sabe con certeza por cuanto tiempo estas terapias consiguen suprimir eficazmente la replicación del virus. Existen importantes efectos secundarios y los regímenes terapéuticos son difíciles de mantener. La adherencia al tratamiento representa una alta exigencia, sobre todo para los pacientes que están asintomáticos. Desafortunadamente, los abandonos de tratamiento conducen rápidamente al desarrollo de resistencias, para las que los tratamientos de segunda línea son mucho menos efectivos.

Todas estas incertidumbres de riesgos y beneficios relacionados con los nuevos regímenes terapéuticos hacen emerger nuevos problemas, tanto médicos y psicológicos, como sociales. Por tanto, los pacientes infectados por el VIH candidatos a recibir tratamiento antirretroviral precisan mucho más que la simple realización de la carga viral o la monitorización de los CD4.

Los profesionales de AP deberán estar familiarizados con las diferentes opciones terapéuticas y el momento de ofertar las mismas, así como con sus efectos secundarios y numerosas interacciones medicamentosas que puedan presentar. Deberán contribuir en lo posible al control y facilitación de la adherencia al tratamiento que, por sus peculiaridades, se convierte en uno de los pilares claves del éxito y fracaso del mismo. Deberán conocer los tratamientos profilácticos tanto primarios como secundarios, sus indicaciones y momento de aplicación, así como cerciorarse de la correcta realización de los mismos. Por último, deberán dispensar los cuidados necesarios para el paciente “terminal de sida” (situación cada vez más difícil de definir), utilizando los recursos que para ello sean necesarios.

Futuro

La terapia combinada demostrará su eficacia a largo plazo y la infección por VIH se convertirá en una enfermedad crónica para muchos pacientes, de forma que las necesidades terapéuticas y de cuidado se parecerán cada vez más a las de las otras enfermedades crónicas, con las que los profesionales de AP están familiarizados. Las consecuencias del limitado acceso a los tratamientos y cuidados de las poblaciones más marginales se harán cada vez más aparentes. A medida que los tratamientos van consolidando su eficacia, mantener conductas saludables puede ser cada vez más difícil. Aumentará el número de pruebas serológicas pedidas.

Todas estas consideraciones son razones más que suficientes para que los profesionales de AP realicen esfuerzos en mejorar su accesibilidad y mejoren el abordaje de las necesidades de las personas que estén en riesgo de infectarse por el VIH y de las que ya lo estén.

2. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH EN LA COMUNIDAD

El reconocimiento de que son determinadas conductas las que implican riesgo de transmisión del VIH ha centrado el interés en la modificación de las mismas, sin tener en cuenta que el comportamiento no está determinado sólo por elementos personales, sino que la influencia de los factores socio-culturales tiene una gran importancia; factores tales como pobreza, analfabetismo, promiscuidad, desempleo, prisión, etc.

Ante esta situación es necesario un cambio en el enfoque frente la epidemia de VIH, que reconozca la influencia de los factores sociales, económicos y culturales en la expansión de la enfermedad y adopte una estrategia de prevención que incluya la acción comunitaria sobre el ambiente socio-cultural.

La intervención comunitaria es, por tanto, una de las estrategias que los servicios de salud usan, junto con la orientación clínica individual y la familiar, para mejorar la salud de su población de referencia. También resulta una herramienta útil para aumentar la accesibilidad a estos servicios de la población más marginal, luchar contra las actitudes sociales de exclusión, promoviendo, a cambio, actitudes de solidaridad.

Los programas de prevención y promoción de la salud no deben realizarse de forma individual, sino a través de la participación de la comunidad en los servicios sanitarios.

La estrategia de participación debe ser elaborada por cada EAP, distrito, área sanitaria, comisiones socio-sanitarias, etc. en función de las características propias de cada centro de salud y de la comunidad.

NO OLVIDAR:

- La participación comunitaria no surge de forma espontánea ni impuesta; es necesaria la motivación y la formación de los profesionales.
- La población puede no considerar aspectos de prevención y promoción de la salud algo prioritario. Es posible que no tenga la misma motivación para participar en estos aspectos como para reivindicar la necesidad de vivienda, empleo, etc. ...
- No podemos considerar la participación comunitaria como algo dirigido por los profesionales de atención primaria. Nosotros no somos los únicos agentes responsables de la salud de la población.
- Es imprescindible conocer previamente qué conocimientos, actitudes, prácticas, creencias y necesidades tiene la comunidad sobre la prevención en VIH y tenerlos en cuenta a la hora de planificar los programas.

MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Los EAP deben conocer bien el tejido asociativo de la comunidad, ya que el abordaje de las medidas de prevención tiene que realizarse de forma interdisciplinar. Dentro del EAP son los trabajadores sociales los profesionales que mejor conocen las redes y los mecanismos de participación social, ya que están en contacto con los distintos recursos sociales e instituciones de la zona.

Como punto de partida en la estrategia comunitaria hay que tener en cuenta los siguientes puntos:

1. **¿Cómo es la estructura de la comunidad, sus redes personales y sociales? Su conocimiento ayuda a identificar posibles participantes en un programa de prevención de la infección VIH.**

2. ¿Cuáles son los cauces de comunicación vigentes en la comunidad?

- Mesa de salud escolar en el barrio
- Consejo de salud en la zona.
- Periódicos locales, de asociaciones vecinales, juveniles, etc. ...
- Emisoras locales
- Comisiones socio-sanitarias de coordinación entre los servicios sociales y los de salud (Ej.: las reuniones mensuales de los servicios sociales municipales y los trabajadores sociales de los EAPs).

3. ¿Quiénes son los agentes de salud más influyentes en la zona?

- Grupos reivindicativos por otro problema que existan en el barrio.
- Líderes comunitarios
- Población gitana, inmigrantes. Representantes de esos grupos...

4. ¿Cuáles son y cómo funcionan los recursos asociativos?

- Asociaciones que existen y actividades que realizan.
- Asociaciones juveniles. Actividades y lugares de reunión.
- Asociaciones de ocio y tiempo libre, religiosas, ONG.s , etc. ...

5. ¿Qué programas de educación para la salud de las distintas instituciones de la zona están funcionando?

Educativas:

- El Ministerio de Educación, Cultura y Deporte introduce en 1990 la Educación para la Salud (EpS) como materia transversal obligatoria en todos los cursos. Incluye programas de prevención de ETS, VIH y embarazo en adolescentes en los institutos de secundaria.
- Escuelas de padres
- Colaboraciones de los EAPs con las actividades de EpS de los centros educativos

Servicios Sociales

- Programas de apoyo y seguimiento a menores
- Educadores de calle
- Realojo de población marginal
- Atención a inmigrantes

Centros de atención a drogodependientes:

- Programas de “acogida”
- Programas de intercambio de jeringuillas (PIJ)

- Programas de mantenimiento con metadona (PMM)
- Programas libres de drogas
 - Otras redes sanitarias
- Ayuntamientos: programas de prevención en VIH/sida
- Comunidades Autónomas y sus propios programas de prevención

COMO DESARROLLAR LA ESTRATEGIA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

- Aprovechar la actividades de los recursos asociativos de la comunidad.
- Potenciar las iniciativas que ya están en marcha.
- Trabajar conjuntamente con las organizaciones de voluntariado, ONGs, educadores de calle etc. ...

METODOLOGÍA

- 1. Análisis de la situación:**
Identificación de asociaciones representativas y/o entidades ciudadanas del distrito, área de salud,...
- 2. Toma de contacto con las instituciones implicadas.**
Informar, sensibilizar, sondear intereses, ofrecer colaboración, ceder protagonismo.
- 3. Valoración conjunta de las necesidades “sentidas” por la población y de los problemas detectados por los profesionales en relación con la salud.**
- 4. Formulación del programa.**
Priorización conjunta de las áreas de intervención
Definición de las zonas geográficas de actuación
- 5. Diseño de las actividades de participación comunitaria.**
Se hará con los grupos de trabajo implicados. Especificar claramente actuaciones prioritarias en función de los objetivos del programa
- 6. Ejecución. Registro de las actividades.**
- 7. Evaluación.**
Se evaluarán periódicamente las actividades realizadas dentro del programa

3. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH EN POBLACIÓN GENERAL EN LA CONSULTA

El objetivo de las actividades de promoción y prevención a realizar desde las consultas, el equipo de atención primaria (EAP) o la comunidad es disminuir la incidencia de nuevos casos de infección por el VIH.

Para ello deberemos:

- Promover hábitos de vida saludables
- Detectar conductas de riesgo para la infección
- Ayudar al individuo a modificar las conductas de riesgo detectadas

No podemos olvidar toda la “carga” añadida que las palabras VIH y sida traen. A la cabeza de nuestro paciente (y a la nuestra) acuden ideas en ocasiones erróneas, como: sida = muerte; “grupos de riesgo” = marginación; sida = rechazo social... que pueden dificultar el abordaje de la prevención, tanto por los profesionales como por los pacientes. El primer paso es acercarse a lo que paciente CREE (actitudes) y HACE (habilidades), no sólo a lo que SABE (conocimientos) en relación al VIH.

Muchos jóvenes saben qué es el VIH, cómo se transmite y cómo protegerse, pero si CREEN que no va con ellos porque siempre van con gente con “buena pinta”, no tienen porqué aprender cómo negociar con la pareja prácticas sexuales con menor riesgo o el uso del preservativo.

Desde las consultas, y aprovechando cualquier encuentro, las actividades van encaminadas a que el individuo:

- Identifique su propio riesgo de infección
- Diferencie conductas seguras de otras con más riesgo de infección
- Modifique su conducta, si es preciso, para reducir y, si es posible, eliminar el riesgo de infección.

Para ello es fundamental que todo paciente tenga registrado en su historia clínica una información mínima acerca de:

1. Hábitos tóxicos y consumo de sustancias inyectadas
2. Historia sexual
3. Otros riesgos: transfusiones, tatuajes...

No sólo se trata de hacer una recogida de datos, sino de proporcionar los conocimientos suficientes para que el paciente pueda identificar tanto sus riesgos como las dificultades que tiene para cambiar sus prácticas. Tanto el profesional como el paciente se implican: se produce una “negociación” con el objetivo de acordar un plan para la disminución de riesgos. Para que esto se produzca es necesario que la relación clínica sea de confianza y respeto. Vamos a utilizar la palabra “consejo” (por abreviar la traducción de “counselling”) aunque no se trata de “aconsejar” sino de una relación de ayuda.

Como norma general es recomendable considerar el nivel sociocultural de cada individuo, edad, sexo y relación con él, (adecuar el lenguaje). Valorar en presencia de quién se hacen las preguntas y evitar cargarlas de nuestras propias creencias, prejuicios personales, excesiva emotividad o incluso vergüenza. Muchos usuarios de nuestras consultas no tienen ahora prácticas de riesgo, pero deben saber que pueden hablar con nosotros más adelante si lo precisan.

ESQUEMA GENERAL DE PREGUNTAS PARA VALORAR EL RIESGO DE INFECCIÓN VIH:

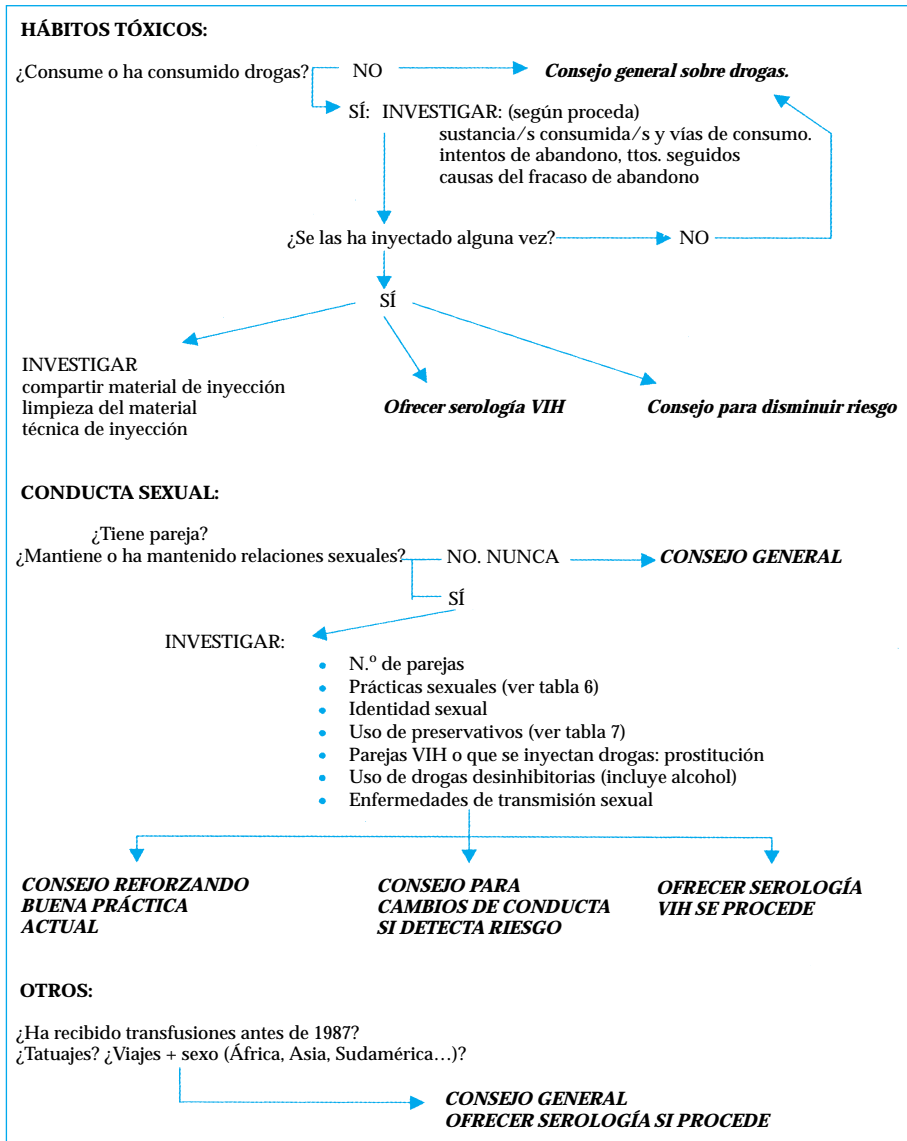


Tabla 1.

Reconocer el riesgo que uno tiene (primer paso para cambiarlo) puede implicar reconocerse incluido en una categoría rechazada ó marginada y dificultarlo. Una frase introductoria (Ej.: “tengo que hacerte unas preguntas delicadas...”) y una actitud franca y sin “cortes” pueden ayudar. Enlazar la historia sexual a la ginecológica en una mujer, la historia sobre drogas a la anamnesis sobre tabaco y alcohol o aprovechar la revisión del adolescente de 14 años, pueden ser otras formas de empezar.

La periodicidad deberá ser adaptada a la situación del paciente (al menos bienal). Que no tenga riesgo ahora no significa que no lo tenga en el futuro. Siempre habrá que dejar la puerta abierta para que el paciente nos consulte si precisa más información o ayuda en estos temas. Cualquier profesional puede realizarlo: médico, enfermera o trabajador social. A veces podremos abordar el tema en consulta a demanda, pero, al menos los individuos con más riesgo, requieren la dedicación de una o varias consultas programadas.

Con el “Esquema general de preguntas...” (tabla 1) podremos identificar las personas con mayor o menor riesgo de infección por el VIH (tabla 2). Los contenidos a investigar se disponen en forma de árbol, de manera que una respuesta positiva implica continuar la investigación. No obstante, es muy probable que en una primera visita, por limitaciones de tiempo, etc., no se puedan completar todos los apartados, pero se podrá hacer en ulteriores entrevistas.

Todos los pacientes deben recibir CONSEJO adecuado a sus circunstancias individuales y conocimientos previos (tabla 3), aunque en el momento actual no tengan conductas de riesgo. Explorar lo que ya conoce y reforzarlo o corregir creencias erróneas es más efectivo que soltar un “rollo”. Por ello tampoco perderemos el tiempo con alguien que no desea hablar del tema. En ocasiones habrá que ofrecer la realización de pruebas serológicas. (Ver capítulo siguiente).

**POBLACIÓN CON RIESGO AUMENTADO
PARA LA INFECCIÓN VIH:**

- Consumidores de drogas que comparten o han compartido material de inyección (agujas, jeringas, filtros, recipientes, cucharillas...).
- Sujetos activos sexualmente ahora ó en el pasado con:
 - múltiples parejas
 - intercambio de sexo por drogas ó dinero
 - parejas que tienen ó tenían infección por VIH o consumían drogas
 - prácticas sexuales inseguras (tabla 5)
 - consumo de drogas desinhibidoras antes o durante la actividad sexual.
- Personas que recibieron transfusiones de sangre antes de 1987 o en otros países no desarrollados.

Tabla 2.

CONSEJO GENERAL

Podemos comenzar con preguntas como: ¿Qué sabe acerca del VIH?, ¿Quiere que hablemos de ello?. Si no desea hablar ahora, ofrecerse para hablar de ello más adelante.

El virus del sida se puede transmitir cuando tenemos relaciones sexuales de riesgo (Tabla 5) o compartimos material punzante (jeringuillas, etc.) con una persona infectada.

Cuando el virus entra en el organismo éste reacciona produciendo anticuerpos que se pueden detectar (prueba del VIH) y entonces se dice que está infectado o es seropositivo. Si no se recibe tratamiento, el virus ataca el sistema inmunitario (de defensa) destruyéndolo poco a poco. Con el tiempo (de 7 a 10 años) puede comenzar a padecer infecciones múltiples y entonces se dice que tiene sida.

Si se toman drogas o alcohol nos podemos arriesgar a hacer cosas que habitualmente no haríamos, cómo tener relaciones sexuales sin tomar precauciones.

Cualquier persona que haya tenido alguna práctica de riesgo puede estar infectada (ser portador o seropositivo) sin saberlo, por lo que, cuando tengamos relaciones sexuales, debemos tomar precauciones para evitar un posible contagio. Ej.: usar el preservativo en cada relación con penetración.

El virus del sida NO se transmite por estar con una persona infectada en casa, el trabajo o el colegio; ni por tocarse, compartir la vajilla, la ropa o el baño. Ni por picaduras de mosquitos u otros animales.

El sida es una enfermedad, no un castigo. No debemos añadir nuevos sufrimientos por rechazo o marginación a las personas infectadas.

Tabla 3.

Es posible que la población conozca ya estos mensajes. Será más efectivo entonces investigar sus conocimientos sobre el tema, reflexionar con el paciente sobre sus creencias y práctica real al respecto, que aburrirle repitiendo lo que ya sabe.

MANEJO DE PERSONAS QUE CONSUMEN DROGAS INYECTADAS:

Si se ha inyectado, investigar sobre:

- Hábitos de consumo: compartir jeringuillas, agujas, cucharillas, filtros, droga...; limpieza y desinfección de jeringuillas y agujas usadas (tabla 4) y demás utensilios
- Intentos de abandono del consumo, éxitos/fracasos, cambios de vía de administración
- Intenciones /motivaciones para el cambio de conducta
- Conocimiento de recursos de ayuda

Ejemplos de preguntas:

- *¿Has compartido alguna vez jeringuillas? ¿Usas una jeringuilla nueva cada vez y para ti sólo? ¿Siempre? Si no es así ¿ cómo limpias la jeringuilla? ¿Te limpias la piel antes de ponerte el “pico”?...*
- *¿Has pensado en dejar de inyectarte y fumar la droga? ¿Por qué no la fumas (“chinos”) en vez de metértela por la vena (“chutarse”)?...*
- *¿Lo has intentado dejar? ¿Dónde has ido? ¿Conoces quién te puede ayudar?*
- *Si lo intentó ¿a qué crees que se debió el fracaso? ¿Lo has vuelto a intentar? ¿Quieres volver a intentarlo?...*
- *¿Conoces los programas de intercambio de jeringuillas? ¿Sabes cómo se limpia una jeringuilla usada? ¿Conoces los programas de mantenimiento con metadona, los CAD, CAIDs, etc., (recursos de la zona)?...*

Una vez investigado el riesgo se debe dar **CONSEJO**. Las estrategias orientadas a la reducción de daños asociados al consumo de drogas han demostrado mayor efectividad en disminuir la transmisión de la infección que el empeñarse en el abandono del consumo. (Es mejor desinfectar la jeringuilla cogida en el parque que usarla tal cual; es mejor facilitarle jeringuillas a que use la primera que pille; es mejor fumar la droga que inyectársela; es mejor tomar metadona que pillar heroína; es mejor continuar con la metadona que intentar dejarla antes de tiempo y recaer).

Debemos actuar reforzando las conductas que reducen o eliminan el riesgo, (refuerzo positivo), según el momento en el que se encuentre el sujeto y respetando su libertad de actuación. Si se establece una relación de ayuda con el profesional, más adelante podrán plantearse otras modificaciones más exigentes.

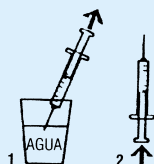
RECOMENDAR: (y trabajar con el paciente cómo lo va a hacer)

- | | |
|---|---|
| • <i>Inyectarse con limpieza</i> | <i>instrucciones para inyección IV limpia</i> |
| • <i>Limpiar las jeringuillas usadas:</i> | <i>instrucciones de lavado de jeringuillas</i> |
| • <i>Uso de jeringuillas nuevas:</i> | <i>programas de intercambio de jeringuillas</i> |
| • <i>Cambio de vía de administración:</i> | <i>vía inhalada, sin riesgo de VIH</i> |
| • <i>Tto de sustitución con opiáceos:</i> | <i>prog. de mantenimiento con metadona</i> |
| • <i>Abandono del consumo:</i> | <i>prog. libre de drogas</i> |
| • <i>Usar preservativo en cada relac. sex.:</i> | <i>dispensación gratuita de preservativos</i> |

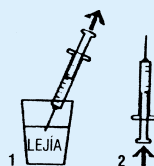
Si existe o ha existido riesgo de infección, se deber ofertar serología.

Si no tienes posibilidad de conseguir una jeringa nueva y vas a inyectarte con una usada como mínimo debes seguir todos estos pasos para prevenir la infección:

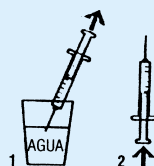
1. Primero lavarla bien con agua varias veces (aguja y jeringuilla)



2. Después desinfectarla con lejía pura cargándola a través de la aguja y mantenerla un minuto como mínimo.



3. Para terminar es muy importante que vuelvas a aclararla varias veces con agua para que no queden restos de lejía ni en la aguja ni en la jeringa.



No olvides limpiar también el resto de las cosas que uses (cucharilla, recipiente, filtro nuevo...). Recuerda que siempre es menos peligroso fumar o inhalar (coca o heroína) que pincharse.

Tabla 4.

MANEJO DE PERSONAS CON ACTIVIDAD SEXUAL DE RIESGO:

Para identificar el riesgo de infección por VIH es imprescindible hablar de sexo con los pacientes. Hablar de sexo es delicado. Hay que aprender a no transmitir con nuestra expresión verbal y no verbal juicios e ideas que condicionen la comunicación con el paciente. Tampoco queremos conocer toda la vida del paciente, en un sólo día y menos en temas tan íntimos. Es mejor utilizar preguntas abiertas, que no incluyan la posible respuesta y evitar utilizar términos discriminatorios o muy técnicos. Hay que trabajar para crear un clima de cordialidad y empatía. (Ej.: no es lo mismo preguntar “¿No lo habrás hecho sin preservativo?!” ó “¿Eres homosexual?” que “¿Utilizas habitualmente...?” ó “¿Has tenido relaciones con hombres?”).

Las preguntas realizadas se deben adaptar a la situación y ser progresivas en función de las respuestas obtenidas. En el siguiente cuadro encontramos EJEMPLOS, que nos pueden ayudar a elaborar nuestro propio diálogo con el paciente, pudiendo no ser necesario abordar todas las áreas, ni hacer todas las preguntas, ni en ese orden.

Ejemplos de preguntas:

- *¿Tienes pareja? ¿Mantienes relaciones sexuales? ¿Has tenido alguna vez relaciones? ¿Cuándo tuviste el último contacto? ¿Has tenido relaciones en los últimos...10 años...6 meses...?*
- *¿Aparte de tu pareja has tenido alguna relación? ¿Cuántas parejas has tenido en los últimos 6/2/1 mes? ¿Has cambiado recientemente de pareja? ¿Cambias con frecuencia de pareja? ¿Has practicado sexo en grupo?*
- *¿Qué tipo de relaciones mantienes? ¿Has tenido relaciones con penetración? ¿Has realizado ó realizas el sexo oral? ¿Has realizado ó realizas alguna vez el coito anal? ¿Utilizas algún objeto en tus relaciones?*
- *¿Has tenido contacto con una pareja de tu mismo sexo? ¿Mantienes relaciones con hombres, con mujeres, con hombres y con mujeres? ¿Sólo lo has probado con mujeres?*
- *¿Usas algún método anticonceptivo? ¿Usas el preservativo? ¿En todas las relaciones o sólo en algunas? ¿Durante toda la relación ó sólo al final? ¿Con todas sus parejas o sólo fuera de su pareja estable?*
- *¿Sabes si alguna de tus parejas tenía infección por VIH ó consumía drogas? ¿Sabes si alguna ha tenido relaciones con personas que consumían drogas?*
- *¿Alguna vez has mantenido relaciones bajo los efectos de drogas (pastillas, alcohol, coca...)? ¿Mantuviste las mismas precauciones que cuándo no las habías tomado?*
- *¿Has tenido alguna vez contacto con prostitutas? ¿Se ha ido de...? ¿Alguna vez has pagado o te han pagado para tener relaciones? ¿Has necesitado prostituirte para conseguir dinero para tu dosis?*
- *¿Has tenido alguna enfermedad de transmisión sexual: gonorrea, supuración, úlceras, bultos o verrugas...? ¿Cuándo? ¿Hiciste tratamiento, etc. ?¿Has tenido relaciones mientras alguno de los dos tenía lesiones en los genitales?*

Durante la valoración vamos haciendo que el paciente comprenda e identifique su/s posibles conductas de riesgo, si existen, a la vez que le informamos de cómo se puede evitar. Hay que ayudar a las personas a descubrir su capacidad para reducir su riesgo mediante cambios de conducta. Por medio de una “RELACION DE AYUDA” pretendemos:

- Motivar para el cambio de conducta
- Investigar las dificultades del paciente para el cambio
- Ayudar a elaborar estrategias personales para el cambio
- Apoyar las decisiones aunque sean pequeñas (refuerzos positivos)
- RESPETAR LA LIBERTAD DE LAS PERSONAS

Realizar una actividad de “counselling” no es fácil y menos en una esfera íntima y de comportamientos tan arraigados en lo profundo de la persona como la sexual. Escuchar del profesional que sus prácticas sexuales tienen riesgo de infección puede eliminar creencias erróneas y predisponer al cambio. Es mucho más efectivo intentar que el paciente decida cuáles son los cambios que va a asumir que decirle “lo que tiene que hacer”.

Ej.: “ Debes saber que las prácticas que me cuentas (coito anal sin preservativo hombre- hombre) tienen riesgo de contagio, ya que las mucosas del ano y recto son frágiles y se producen pequeñas heridas que sangran, ¿cómo crees que podrías reducir el riesgo?.”

(Si no lo dice se puede proponer un cambio a otras prácticas con menos riesgo o el uso del preservativo con lubricación extra; la elección será personal)

La estrategia de proponer y discutir alternativas sobre un sexo más seguro es más efectiva que dar una lista de prohibiciones. Un buen momento para proponer cambios de conducta puede ser cuando termina o empieza una relación de pareja o se consulta por una ETS. Recordar que algunas personas (más las mujeres) tienen una serie de condicionantes (culturales, de género, económicos..) que les impiden reducir su riesgo aunque estén convencidas de que deban hacerlo.

En el ejemplo anterior puede ser más fácil dejar de realizar coito anal si se comienza con una nueva pareja que si se continúa con la misma, en cuyo caso a lo mejor sería más factible el uso del preservativo. O seguir igual pero

proponer que los dos miembros de la pareja se realicen la serología y que, si son seronegativos, continúen en una relación exclusiva. Una mujer puede sentir que si lleva un preservativo en el bolso “por si acaso” van a pensar que es “promiscua” o “una p...”. Algunos hombres de mediana edad aprendieron que sólo se pone un preservativo cuando uno “se va de p...”

Pequeñas dosis de información se escuchan y recuerdan mejor que prolijas explicaciones. Personalizar el consejo también lo hace más efectivo. **No hay que limitarse a un sólo día sino que debe ser una actividad continuada de acompañamiento en su proceso de cambio.** Tendremos que apoyar y reforzar los pequeños éxitos, animando a mantenerlos. Revisar el plan elaborado con el paciente cada cierto tiempo es necesario para que se mantenga a largo plazo.

Volviendo al primer ejemplo, no se haría la misma recomendación si la práctica se realiza con varias parejas desconocidas en lo que se refiere a la infección VIH, que si es con una sola, estable y sin otras relaciones a su vez o si es con una pareja seropositiva.

RECOMENDACIONES SOBRE SEXO MÁS SEGURO

- Reforzar las prácticas con menos riesgo (refuerzo positivo)
- Evitar prácticas sexuales inseguras (ver tabla 5)
- Utilizar el preservativo siempre en cada relación con penetración. Repasar su uso correcto (ver tabla 6).
- Evitar relaciones con penetración con personas que tienen múltiples parejas sexuales o que consumen drogas si se desconoce su situación respecto a la infección.
- Reducir el número de parejas sexuales.
- Son seguras las relaciones monógamas entre dos personas sin infección VIH en relación de confianza
- No tener relaciones bajo el efecto de alcohol o drogas, porque disminuye la capacidad para elegir prácticas más seguras
- Hay que llegar a un equilibrio entre sexo, placer y salud. No se trata de menos sexo, sino más seguro. El amor en sí mismo no protege de la infección. Hay que protegerlo.

Formas de relación sexual que no entrañan riesgo:

- Mirarse, exhibirse, hablar, fantasías, juegos...
- Masajes, abrazos, caricias
- Besarse, chuparse mutuamente la piel sana, mordisquearse...
- Masturbación mutua

Prácticas sexuales ordenadas de menor a mayor riesgo:

- Contacto con la boca de la pareja: peneano, anal, vaginal o bucal. (“Que tu pareja te haga una felación, cunnilingus, o annilingus...”)
- Coito vaginal o anal con uso correcto del preservativo
- Compartir instrumentos sexuales (sin cubrir)
- Contacto boca- pene sin ingesta de semen (“Hacerle a tu pareja una felación”)
- Contacto boca- vagina (“Hacerle a tu pareja un cunnilingus”)
- Contacto boca- pene con ingesta de semen (“Hacerle a tu pareja una felación”)
- Penetración rectal con la mano sin protección
- Coito vaginal insertivo sin protección
- Coito vaginal receptivo sin protección
- Coito anal insertivo sin protección
- Coito anal receptivo sin protección



Evitar el contacto íntimo con una persona si persona si presenta infección o lesión en la zona anal, genital u oral, así cómo durante la menstruación, pues aumenta el riesgo de transmisión.

Tabla 5.

Es cierto que la abstinencia sexual y las prácticas sexuales entre personas no infectadas que mantengan una relación mutuamente fiel no entrañan riesgo frente al VIH. Sin embargo, muchas personas prefieren escoger otras opciones. Debemos ser conscientes de ello y mantener una actitud abierta y realista, informando sobre el mayor o menor riesgo de las diferentes prácticas sexuales.

INSTRUCCIONES DE USO CORRECTO DEL PRESERVATIVO

- Comprar preservativos de buena calidad (no olvides leer la fecha de caducidad y conservarlos en un lugar seco).
- Tened cuidado de no estropearlo con las uñas o dientes, al abrir el envoltorio y al manipularlo.
- Es importante colocarlo antes de cualquier contacto genital, anal o bucal. (No olvides que antes de la eyaculación salen unas gotas de semen).
- Coge el preservativo por el depósito y desenróllalo sobre el pene erecto. (Así evitarás que entre aire, que podría tensarlo y romperlo ante la fuerza de la eyaculación).
- En el caso de que el modelo que uses no tenga depósito, tienes que crearlo en la punta estirándolo suavemente al desenrollarlo.
- Después de eyacular, retira el pene todavía en erección y sujeta el preservativo por la base, retirándolo lentamente. Anúdalo y comprueba que no gotea el semen.
- No lo dejes en cualquier sitio, no lo tires al w.c. sino a la basura.
- No olvides cambiar el preservativo en cada relación.
- No uses nunca grasas, aceites o lociones, ya que estos productos pueden romper el preservativo. Si necesitas lubricación, puedes utilizar un lubricante a base de agua (glicerina, “K.Y.”[®]). Pregunta en la farmacia.
- Consérvalos en lugar seco y no expuestos al calor ¡Nunca en la guantera del coche!

Tabla 6.

4. ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA

En un porcentaje elevado de las personas que figuran en el registro nacional de casos de sida, la fecha del diagnóstico coincide o es muy cercana a la fecha en que se diagnostica la infección por el VIH. Este retraso impide la posibilidad de tratamiento precoz –que permite la conservación del sistema inmune– y de poner en marcha medidas para prevenir la transmisión de la infección. Debemos intentar hacer un **DIAGNÓSTICO PRECOZ**: identificando personas con prácticas de riesgo (cap. anterior) y realizando las pruebas diagnósticas precisas cuando estén indicadas.

La realización de la prueba para la detección de anticuerpos frente a la infección por el VIH nunca debe ser obligatoria.

¿A quién ofrecer la prueba?

- *Personas en las que se detecten prácticas de riesgo (ver tabla 2).*
- *Personas que lo soliciten aun sin reconocer prácticas de riesgo.*
- *Sospecha clínica de infección por VIH (candidiasis de repetición, herpes zóster diseminado, tuberculosis,...).*
- *Mujeres embarazadas.*

La realización indiscriminada no está justificada desde el punto de vista ético, ni ha demostrado eficacia para prevenir la transmisión.

No se debe hacer la prueba a:

- *Personas a las que se realiza un examen de salud, por ej. laboral, ya que puede tener falsos positivos y negativos y favorecer la discriminación.*
- *Personas a las que se realiza un examen preoperatorio, ya que puede generar falsa seguridad y evitar la adopción de medidas de protección universal. Además no protege al profesional si está en periodo ventana.*
- *Personas a las que se les aplican “baterías estándar” de pruebas durante un estudio por cualquier patología, ya que, las consecuencias de la prueba son importantes y, al no explorar prácticas de riesgo, no se puede valorar periodo ventana, ni prevenir futuras exposiciones a la infección.*

La realización universal de la prueba en las donaciones de sangre, órganos o semen se considera que tiene el consentimiento del donante que asume la donación de manera voluntaria.

¿Cómo realizar la prueba?

ANTES: Consejo asistido pre-prueba

DEBE SER: { VOLUNTARIA
INFORMADA
CONFIDENCIAL
ASESORADA
APOYADA

VOLUNTARIA: en un proceso de diálogo con el paciente, éste debe poder dar o no su consentimiento. Puede ser verbal o apoyado por el consentimiento escrito. Es preferible seguir trabajando con el paciente sobre sus prácticas de riesgo y darle tiempo para reflexionar, que forzarle para la realización del test.

INFORMADA: para consentir hay que saber. Se debe dar información suficiente y comprensible sobre:

- Qué se hace: el paciente tiene que conocer y comprender su riesgo.
- En qué consiste la prueba.
- Qué significan los resultados (positivo y negativo); periodo ventana si procede.
- Tiempo de espera de los resultados.
- Adelantar posibles alteraciones durante la espera de resultados.
- Adelantar reacciones ante resultados positivos y negativos.

CONFIDENCIAL: todas las personas que intervienen en el proceso están obligadas por el secreto profesional y no deben revelar los resultados a nadie sin el consentimiento del paciente. Debemos asegurar en nuestros centros los mecanismos necesarios para garantizar la confidencialidad de los resultados

ASESORADO: realizar la prueba no protege del contagio. Este momento es valiosísimo para conseguir que la percepción del riesgo sea ajustada al riesgo real que la persona tiene y para que se planteen cambios que pueden comenzar nada más salir de nuestra consulta, mientras se esperan los resultados. El consejo, tal como se explicó en el capítulo anterior, es la herramienta más útil para prevenir la transmisión, aún cuando el paciente rechace realizarse la prueba.

APOYADO: Debe dejarse un tiempo para que el paciente pueda expresar sus dudas y temores. Se debe asegurar el apoyo del profesional durante todo el proceso: emocional, consultas de dudas, apoyo para la comunicación de la prueba y los resultados a otras personas, derivación y tratamiento en caso de estar infectado... Siempre transmitir esperanza sea cual sea el resultado.

CONSEJO PRE-PRUEBA

- *La prueba del VIH es un simple análisis de sangre en el que se buscan anticuerpos contra el virus. (ver tabla de Consejo general en el capítulo anterior). Los resultados tardan en venir ... días.*
- *Un resultado positivo confirmado significa que la persona tiene el virus y ha desarrollado anticuerpos contra él: está infectada. No quiere decir que tenga sida.*
- *Cuando una persona se infecta tarda entre 1 y 3 meses (excepcionalmente hasta 6 m.) en desarrollar anticuerpos, por lo que, a veces, hay que repetir la prueba unos meses más tarde si es negativa. (Periodo ventana).*
- *Si hace más de seis meses que tuvo la última práctica de riesgo y el resultado es negativo, quiere decir que no se ha infectado, pero lo puede estar en el futuro si mantiene sus prácticas de riesgo.*

- *¿Sabes qué son “prácticas de riesgo”? En tu caso son... (no olvidar explorar otras aparte de la que nos llamó la atención en primer lugar: un adicto a heroína también tiene relaciones sexuales)*
- *La prueba no protege del contagio. Es importante que comiences a cambiar tus prácticas por otras más seguras o con menos riesgo: “No te fíes de la pinta”: amigos, gente conocida... Medidas de sexo seguro o de consumo de drogas desde ya (ver cap. anterior).*
- **Recordar que hay que investigar otras posibles enfermedades: ETS, hepatitis, TBC...Repasar estado vacunal frente a hepatitis B y tétanos, porque puede estar indicado vacunar.**
- *Nadie, aparte del equipo que te va a atender y las personas que tú nos digas, conocerán que te has hecho la prueba y los resultados. Si quieres, te podemos ayudar a decírselo a tu pareja (u otros)*
- *A veces, mientras se esperan los resultados de la prueba, la preocupación puede hacer que aparezcan pequeñas alteraciones como diarreas, dolores de cabeza o cuello o pequeñas molestias. Es normal pensar que pueden ser porque estamos enfermos, sin estarlo en realidad, pero se deben a los nervios.*
- *¿Cómo reaccionarías si el resultado fuese positivo?(ayuda a descartar pensamientos catastrofistas, y a orientar el apoyo psicológico) ¿cómo cambiaría tu vida? ¿cómo se lo dirías a tu pareja? . En este caso habría mucho que hacer: cuidados, ttos....Nosotros te ayudaríamos.*
- *¿Y si fuera negativo? (anticipar reacciones de euforia o de sensación de “invulnerabilidad” que harían olvidar las medidas de protección: “Si no me he contagiado hasta ahora...”)*
- *Durante estos días puedes venir cuando quieras si necesitas hablar, aclarar algo o si te encuentras demasiado nervioso.*

El consentimiento puede quedar implícito después del diálogo, pero se debe preguntar y dar la oportunidad de responder sí ó no. A veces podemos ayudarnos con un formulario escrito: el paciente puede salir de la consulta, leerlo (mientras nosotros seguimos la consulta) y luego dialogar sobre ello.

Como siempre, adecuar el lenguaje a las características y situación del paciente. No tiene que ser muy largo. RECORDAR AL FINAL EXPLORAR SI NOS HEMOS EXPLICADO Y QUÉ ES LO QUE HA COMPRENDIDO.

DESPUÉS: Comunicación de resultados:

La información de los resultados de la prueba debe hacerse en consulta programada y con tiempo suficiente:

- Personalmente en entrevista directa con el interesado (nunca por teléfono).
- De forma clara y sin rodeos.
- Por la misma persona que realizó la entrevista anterior y que la solicitó.
- Si es posible a principio de semana, para que el profesional esté accesible los primeros días de conocer la seropositividad (¡nunca un viernes!)

a) Resultado positivo

- Hay que comunicar el resultado una vez confirmado por técnicas de western-blot o inmunofluorescencia (no comunicar como + un resultado no confirmado: ej., un solo ELISA). No es fácil dar un resultado positivo. Se debe ser asertivo y no crear falsas esperanzas, si es +, es +. No obstante, una frase introductoria, de aviso inicial, de que estamos ante una mala noticia (ej.: “mire, las cosas no han salido como nos hubiera gustado a los dos...”) ayuda al paciente a prepararse para “el golpe”.
- Hay que dar tiempo a la persona a “digerir” la noticia, después se le dará una explicación clara y objetiva de la situación. El principal objetivo de esta consulta es comunicarle su estado de seropositividad, valorando el impacto emocional, atendiendo las demandas más inmediatas y mostrarle la mayor accesibilidad posible y apoyo por nuestra parte.

Debemos ser conscientes de que el paciente no es capaz de absorber mucha información, por lo que no es el momento de hablar de pronóstico de la infección.

- **Apoyo emocional:** las reacciones más habituales son el shock emocional, la ausencia de reacción, la explosión emocional, el llanto, las ideas depresivas y los pensamientos de muerte. Hay que darle **tiempo**, dejarle que exprese libremente sus sentimientos. No se debe minimizar lo que siente el paciente (evitar decir cosas como “no es para tanto” ó “tranquílcese” ó “supongo que ya lo esperaba”...) Debemos evitar frases de compasión, moralizantes o paternalistas; es mejor no decir nada. **Una mano sincera en el hombro puede ayudar más que mil palabras.** Estar presentes. Debemos ofrecerle apoyo psicológico y/o grupos de autoayuda, y asegurarle el apoyo médico que precise.
- Ofrecer apoyo para comunicar el resultado a sus seres queridos. Empezar a formar su red de apoyo.
- Reafirmar la confidencialidad.
- Se indicará al paciente que reflexione sobre el resultado, que apunte todas las dudas y necesidades que le surjan, citándolo, si es posible, en los primeros 2 ó 3 días.
- Insistir sobre los cambios de conducta para proteger a otras personas y a sí mismo, recalcando la importancia de los controles de seguimiento y tratamientos recomendados.
- Garantía de soporte y accesibilidad por nuestra parte. Explicarle dónde se le va a derivar para ayuda específica y que se le seguirá viendo también en atención primaria.

Si esto se lleva a cabo hábilmente, sentará las bases para una buena relación médico paciente que revertirá en el seguimiento y tratamiento de la infección por el VIH.

b) Resultado negativo

Comunicación del resultado de la prueba: con un ELISA negativo es suficiente.

- Informar que un resultado negativo será totalmente seguro una vez transcurridos 6 meses después de la última situación de riesgo.
- Compartir la satisfacción.
- Se deberá informar el significado del resultado; la posibilidad de hacerse seropositivo si continua con prácticas de riesgo será sólo cuestión de tiempo (un resultado negativo puede crear un sentimiento de euforia y falsa seguridad).
- Analizar conjuntamente con la persona las medidas preventivas a adoptar, las dificultades y las posibles soluciones a ellas.
- Ofertar los Servicios existentes y adecuados para cada situación: los propios del centro de salud, planificación familiar, centros de salud mental, CAD, CAID, ONGs, etc.

Si las prácticas son de elevado riesgo (Ej.: pareja de un seropositivo) pueden ser necesarios encuentros frecuentes, con el fin de valorar la adopción, mantenimiento y/o dificultades habidas en la adopción de medidas preventivas o cambio de comportamientos expresados en anteriores entrevistas. Se reforzará cualquier intento o logro de cambio.

5. PREVENCIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

Existen algunos grupos de población en los que hay que realizar consideraciones especiales: los adolescentes, las mujeres y las personas que han estado en prisión.

PREVENCIÓN EN ADOLESCENTES:

La etapa de la adolescencia es teóricamente la mejor para introducir hábitos de vida saludables, que prevengan enfermedades. También es la edad en la que puede existir riesgo de adquirir ETS debido a:

- Inexperiencia, comienzo de la actividad sexual, falsas creencias.
- Inmadurez, falta de percepción de riesgo, sensación de invulnerabilidad.
- Falta de habilidades para negociar con la pareja el uso de protección o para actividades sexuales alternativas al coito y seguras.
- Etapa de prueba: frecuente cambio de pareja; varias monogamias sucesivas = múltiples parejas.
- Dificultades para acceder a los medios de protección (precio, lugar, falta de previsión...) y para usarlos correctamente.

En demasiadas ocasiones los mensajes sobre sexo están orientados exclusivamente a las relaciones con penetración, entendiendo el sexo sólo como coito. ¿Colaboramos cuándo hablamos sólo del preservativo?

Los profesionales de AP pueden actuar a distintos niveles: en la consulta, con educadores y padres y colaborando con otras instituciones. Por ejemplo:

Sería bueno comenzar una educación afectiva y sexual adecuada en los preadolescentes, antes de que comience la actividad sexual, ya que es más fácil comenzar con buenos hábitos que intentar cambiarlos. (Oportunidad de intervención: revisiones del niño de 14 años) Educar en la autorresponsabilidad sobre la propia salud desde la infancia crea el terreno también para la salud sexual.

Además, otros expertos encuentran comportamientos más seguros cuanto más tarde comienzan los adolescentes las relaciones con penetración: es un buen momento para proponerles que valoren el retrasar el comienzo de sus relaciones para poder afrontarlas mejor. (No tiene sentido si ya las han comenzado, claro)

Hay estudios en los que los adolescentes manifiestan querer saber más sobre VIH y que la mejor persona para ello sería su médico. Sería interesante que los profesionales de AP se muestren accesibles a los adolescentes (Consulta Joven; facilitar la consulta a solas, sin familiares y asegurando confidencialidad; trato personal cercano a ellos, ofertar nuestra disponibilidad cuando acuden por otros motivos...)

Es importante la prevención en la escuela, dentro de una educación de la afectividad y la sexualidad, que no se deben separar. (Los adolescentes se quejan de que todo el mundo les enseña a poner un preservativo, pero nadie les ayuda con sus problemas afectivos y de pareja: así ¿cómo van a poder negociar actividad sexual sin riesgo?) Aquí el papel de Atención Primaria será más de trabajo con profesores, educadores, monitores de tiempo libre... que directamente con los chavales.

Muy interesante es la formación de “personas clave”, adolescentes que pueden jugar el papel de “promotores de salud” entre sus compañeros, ya que la educación por iguales es muy efectiva a esa edad.

PREVENCIÓN EN LA MUJER

Hace 10 años el sida era una epidemia masculina: menos del 10% de los afectados eran mujeres. Hoy esto ha cambiado: el 60% de los nuevos casos de infección en el mundo ocurre en personas de 15 a 24 años, en proporción 2 mujeres/1 hombre.

En España, en 1986 las mujeres eran un 18.8% del total de casos de sida. En 1998 eran el 20,1%. En cuanto a las vías de transmisión, aunque la principal sigue siendo el compartir material de inyección, la vía heterosexual aumentó del 10% al 35% en mujeres y no varió en hombres. La tasa de incidencia por millón de mujeres aumentó de 4,8 a 63,5; tres veces más que la tasa en la Unión Europea. (24,8). El sida es la primera causa de muerte en mujeres de 25 a 34 años.

La única imagen que se ha dado de la mujer en relación con el VIH es la de la madre que transmite la infección a su hijo, lo importante es hacer serología a la embarazada, proponer la interrupción voluntaria del embarazo ó proteger al feto. ¿Y LA MUJER? (parece que “desapareciera” como paciente)

Hay varios factores que hacen a la mujer más vulnerable a la infección por el VIH:

Factores biológicos:

- El contagio vía sexual es de 2 a 4 veces mayor de hombre a mujer que de mujer a hombre, ya que la mujer expone mayor superficie mucosa y el semen lleva mayor concentración de virus . Las chicas jóvenes tienen menor defensa mucosa vaginal.
- Las ETS son con más frecuencia asintomáticas en la mujer y favorecen la transmisión.

Factores sexuales, culturales y económicos:

- Papel pasivo de la mujer en las relaciones sexuales. Subordinación al varón. Los roles masculino y femenino tradicionales de nuestra cultura están cambiando, pero el cambio aún no alcanza a todas las capas sociales, ni ha profundizado desde lo público (escuela, empleo) hacia lo privado (casa, cama...).

- Ninguna de las medidas de protección está bajo el control exclusivo de la mujer (preservativos, reducción del número de parejas, fidelidad mutua...)
- Presencia de violencia contra la mujer
- Dependencia económica del varón
- Hasta ahora la mujer no se reconocía como sujeto en riesgo al no poderse identificar con los estereotipos difundidos: drogadicta, prostituta/promiscua. Muchas mujeres se han contagiado de su única pareja: su marido. Si no crees tener riesgo, no puedes protegerte.

Todos estos factores condicionan que la mujer no se proteja aunque conozca la teoría sobre el VIH. En países en vías de desarrollo las mujeres suponen el 50% de los casos, a veces más. En países desarrollados el 15-20%.

¿Qué podemos hacer desde Atención Primaria?

La relación sexual es cosa de dos y, por tanto, los papeles de los dos miembros deben estar equilibrados. Muchas veces habrá que reforzar el papel de la mujer dentro de la pareja.

- Aprovechar consultas por planificación familiar, exámenes de salud ginecológicos, clases de preparación al parto... para introducir contenidos sobre VIH y dialogar.
- Tener en cuenta los factores condicionantes expuestos a la hora del consejo asistido en consulta a las mujeres. Si no se abordan, no se producirán los cambios necesarios para disminuir el riesgo. Reflexionemos en casos como estos:
 - Mujer, 34 años, estudios primarios, ama de casa, pareja de seropositivo. Hemos hablado con ella en tres consultas de que debe usar preservativos para protegerse. El último ELISA es positivo. ¿Qué ha fallado?: No se exploró cómo veía ella lo de usarlo, ni si podían comprarlo, ni si él quería (nunca aparece por la consulta). Ella no se considera importante: sólo un ama de casa que no puede imponer su opinión en la pareja. Ya estaban acostumbrados a “la píldora” y ahora cambiar...

- Mujer, 21 años, estudia periodismo. Hace 6 meses rompió con su pareja de 4 años y no tiene ganas de “atarse”. Cuando “se tercia” tiene relaciones con un amigo u otro; la última vez con una persona que conoció con otra amiga este verano. Toma la píldora y nunca se ha parado a pensar que podría “coger el sida”. No se imagina a sí misma llevando preservativos en el bolso, ni proponiéndoselo al otro.
- Ofrecer serología a todas las mujeres embarazadas, siempre con consentimiento y consejo asistido pre-prueba. En caso de seropositividad se debe ofrecer:
 - Consejo asistido sobre las consecuencias para ella y para el feto.
 - Acceso rápido a interrupción del embarazo si la mujer lo desea (si existe problema de conciencia del profesional, se debe pedir a otro compañero que oriente a la paciente o derivarla al trabajador social o al centro de planificación familiar de manera urgente).
 - Si desea continuar el embarazo, la instauración de tratamiento antirretroviral durante el embarazo y el parto ha logrado disminuir mucho la transmisión al feto (de un 25% a un 8%, por ej. en algún estudio) y esta disminución es más marcada si se realiza cesárea programada.
 - Seguimiento especializado del embarazo, ya que es de riesgo. Los cuidados en el embarazo y parto disminuyen la tasa de transmisión.
 - No olvidar remitir a infecciosas para seguimiento de su infección por VIH y asegurarse de que continúe después del parto.
 - Apoyo social si precisa. (Recordar que no podrá lactar, ya que la leche puede transmitir el virus)
- Cualquier iniciativa que potencie a las mujeres y les dé posibilidades de contrastar experiencias y conocimientos, ayuda en la prevención de la transmisión (grupos de mujeres).

ACTUACIÓN EN PERSONAS QUE HAN ESTADO EN PRISIÓN:

En España la tasa de infectados por el VIH entre la población reclusa es muy alta (dependiendo de centros y regiones). La adicción a drogas se asocia a la comisión de delitos y muchos internos adquirieron la infección “en la calle”. Pero, además, las conductas con riesgo de transmisión pueden ocurrir en el interior de las prisiones y no siempre el paciente nos las va a contar: vis-a-vis sin usar preservativo, consumo de droga IV compartiendo material de inyección, prácticas homosexuales sin protección y, a veces, sin consentimiento (violaciones). Muchas veces esas conductas no son habituales para el sujeto, se avergüenza de ellas o no quiere recordarlas, y no va a poder hablar.

Por ello, puede ser interesante preguntarle si le hicieron serología de VIH en la prisión u ofrecérsela directamente si no la tiene hecha. En esta situación resulta especialmente útil el consentimiento informado de la prueba, con la finalidad de que la persona pueda identificar su riesgo, respetando a la vez su silencio y dejando abierta la puerta para abordar el tema cuando él lo necesite y sea capaz de hacerlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe de incidencia epidemiológica del SIDA en la Comunidad de Madrid y en España (30-9-98). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 1998. 5 (18)
2. Fournier A.M., Carmichael C. *Influencias socioeconómicas sobre la transmisión de la infección por el VIH*. Arch. Fam. Med, 1998; 7: 214-217.
3. Gutiérrez B., Aroche J.L. *Salud Pública y Educación para la salud. Cap. 32: Participación Comunitaria*. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria. 1996.
4. Aguado C., Aguilar J.A., Fidalgo S., Fransi L., García de la Noceda M.D., Gutiérrez M, Mascort J., Thomas V., Velázquez A., Zarco J. *Guía de atención al paciente VIH/SIDA en atención primaria. Serie "Recomendaciones SemFyC"*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona. 1997.
5. Aguado C., Álvarez A., Fransi L., Fidalgo S., Gutiérrez M., Mascort J., Thomas V., Vicente O., Zarco J. *Programas básicos de salud: Programa del Adulto. VIH-SIDA y Tuberculosis*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona. 1998.
6. American Medical Association. *A Physician Guide to HIV Prevention*. 1997.
7. U.S. Preventive Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services. Second Edition*. 1996.
8. OMS. *Serie OMS sobre el SIDA nº 8: Directrices para la labor de consejo sobre la infección y las enfermedades causadas por el VIH*. 1991.
9. Harvey J., Makadon M.D., Jonathan G., Silin EdD. *Prevention of HIV Infection in Primary Care: current practices, future possibilities*. *Annals of Internal Medicine*. 1995; 129; 715-719.

10. Genuis St. J., Genuis Sh. J. *Adolescent sexual involvement: time for primary prevention*. *The Lancet*. 1995; 345; 240-241.
11. Editorial anónimo. *Sex education in schools: peers to rescue?* *The Lancet*. 1994; 344; 899-900.
12. Martínez P., Ayala O., Ciprián C. *La mujer y el SIDA*. Colección *Mujer y Salud* nº 7. Instituto de la Mujer. Ministerio de Asuntos Sociales y Ministerio de Sanidad y Consumo. 1998.
13. Vivar de Andrés P. *Ser mujer y SIDA*. *Revista Sidrapres*.
14. Larki M. *Mujeres y sexualidad en tiempos del VIH/SIDA*. Libro de Ponencias del Congreso Iberoamericano de Sexología y Educación Sexual. La Habana. Cuba. Nov. 1994.
15. Sola E. *Algunos problemas relativos al derecho a la intimidad del paciente VIH+*. *Revista Derecho y Salud*. 1995; 3; 71-88.
16. Mutter R.C., Grimes R.M., Labarthe D. *Evidence of intraprisn spread of HIV infection*. *Arch. Intern. Med*. 1994; 154: 793-795.

**MANEJO DEL PACIENTE
INFECTADO POR VIH
EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Autores:

Julia Cecilia Navazo. Médico de Familia. Gerencia de AP Area 1.

Natividad Gamarra Mendoza. Médico de Familia. Gerencia de AP. Area 4.

Jose Manuel Hermida. Médico especialista en Enf. Infecciosas. Oficina Regional del SIDA.

Raquel Martínez Martínez. Médico de Familia. Gerencia AP Area 3.

Teresa Regidor Ropero. Enfermera. Gerencia AP Area 6.

Amparo Rodríguez Ramón. Trabajadora Social. CS Potes. Area 11.

M^a del Mar Sanz Pascual. Médico de Familia. Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria.

José Zarco Montejo. Médico de Familia. Unidad docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Area 7.

Agradecimientos:

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todas las personas que han colaborado en la elaboración del presente documento, tanto por su apoyo como por la lectura y crítica de los sucesivos borradores. Especialmente queremos nombrar a: Arantzazu Urtzelai, Javier Barbero, Pablo Simón, José Luis Sánchez, Consuelo Martín, Julia Alvarez, Miriam Castro y también a todos nuestros compañeros de trabajo que han asumido otras responsabilidades mientras nosotros participábamos en este grupo.

SIGLAS UTILIZADAS A LO LARGO DEL TEXTO
(por orden alfabético)

AP	Atención Primaria.	LGP	Linfadenopatía Generalizada Persistente.
ARV	Antirretroviral.	LIA	Inmunoanálisis lineal.
AZT	Zidovudina.	M. Avium	Mycobacterium avium.
BCG	Bacilo de Calmette Guerin (vacuna).	NASBA	Nucleic and sequence-based amplification.
BK	Baciloscopia.	ONG	Organización No Gubernamental.
CAD	Centro de Atención al Drogo-dependiente.	PAPPS	Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud.
CAID	Centro de Atención Integral al Drogodependiente.	P. Carinii	Pneumocistis carinii.
CDC	Center for Diseases Control (Centro de enfermedades de Atlanta. USA).	PCR	Técnica de reacción en cadena de la polimerasa.
CMV	Citomegalovirus.	PIJ	Programa de Intercambio de Jeringuillas.
CS	Centro de Salud.	PMM	Programa de Mantenimiento con Metadona.
CV	Carga Viral.	PPD	Purified Protein Derivate (Derivado Proteico Purificado).
d4T	Estavudina.	PVP	Precio de Venta al Público.
ddC	Zalcitabina.	RIPA	Análisis por Radioinmunoprecipitación.
ddI	Didanosina.	Rx.	Radiografía.
DM	Diabetes Mellitus.	SAD	Servicio de ayuda a domicilio.
DNA	Acido desoxirribonucleico.	SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida humana..
DNI	Documento Nacional de identidad.	S. typhi	Salmonella typhi.
EAP	Equipo de Atención Primaria.	TARGA	Terapia Antirretroviral de Alto Grado (corresponde al "HAART" inglés: High Activity Antiretroviral Therapy).
EIA	Enzimoinmunoanálisis.	TBC	Tuberculosis.
EpS	Educación para la Salud.	TI	Transcriptasa Inversa.
ESAD	Equipo de Soporte a la Atención Domiciliaria.	3TC	Lamivudina.
ETS	Enfermedad de Transmisión Sexual.	TSI	Tarjeta Sanitaria Individual.
HDL	Lipoproteína de alta densidad.	UVAAD	Unidad de Valoración y Apoyo a la Atención Domiciliaria.
HTA	Hipertensión Arterial.	VHB	Virus de la Hepatitis B.
IFI	Inmunofluorescencia Indirecta.	VHC	Virus de la hepatitis C.
IM	Intramuscular.	VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
IP	Inhibidor de la Proteasa.	WB	Western Blot.
ITIAN	Inhibidor de la transcriptasa Inversa Análogo de Nucleótido.		
ITINAN	Inhibidor de la transcriptasa Inversa No Análogo de Nucleótido.		
IV	Intravenoso.		
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo.		

Las tasas de mortalidad de la pandemia de la infección por el VIH, han disminuido de forma importante en los últimos 3 años en los países desarrollados. Esta disminución se debe por una parte a la profilaxis frente a infecciones oportunistas, los avances terapéuticos, el aumento en la experiencia en los profesionales de la salud en el cuidado de las personas infectadas por el VIH, la mayor accesibilidad a la asistencia sanitaria, la disminución de nuevas infecciones debido a los esfuerzos preventivos y, por otra, al hecho de que un gran número de personas con prácticas de alto riesgo ya estaban infectadas. De todos estos, quizás el factor más influyente ha sido el desarrollo de potentes fármacos frente al VIH, administrados generalmente en combinación de 3 o más agentes, que incluyen un inhibidor de la proteasa. Dichos fármacos se incluyen en la denominación de “terapia antirretroviral de alto grado o eficacia” (TARGA).

Se han desarrollado guías para el uso correcto del tratamiento antirretroviral de alta eficacia para adultos, adolescentes, niños y mujeres embarazadas. Dichas guías aplicadas correctamente han conseguido mejorar el pronóstico de las personas infectadas por el VIH y disminuir de forma muy marcada el riesgo de transmisión vertical de la madre infectada al hijo. A pesar de esto, siguen existiendo personas infectadas por el VIH que no responden adecuadamente a esos tratamientos, no toleran sus efectos secundarios, tienen serias dificultades de adherencia a los mismos (elevado número de pastillas diarias, numerosas interacciones con otros fármacos), o tienen dificultades para el acceso a ellos por causas socioeconómicas. A esto hay que añadir la aparición de cepas resistentes para los fármacos disponibles en la actualidad.

Todos estos progresos en el manejo de la infección por el VIH hacen que la consideremos, cada vez más, una enfermedad de evolución crónica, que requiere un abordaje y seguimiento diferentes y para los cuales, los profesionales de Atención Primaria pueden y deben aportar una mayor contribución. Si bien los tratamientos específicos son cada vez más complejos y, por ello, más propios de unidades especializadas con las que el paciente va a contactar cada vez de forma más temprana (carga viral, tratamiento precoz...), éstos no suelen dirigir su atención hacia otras actividades

1. INTRODUCCIÓN

básicas como son las de prevención, de atención psicológica y atención social. Por otro lado, son pacientes que cada vez viven más y en mejores condiciones, lo que conlleva la posibilidad de un mayor número de contactos, tanto sociales como sexuales, de personas ya infectadas por el VIH, con el consabido mayor riesgo de transmisión de la infección a otros. Es éste un reto preventivo para los profesionales de Atención Primaria, quienes además de poder aportar sus conocimientos en el manejo de otras enfermedades crónicas a las que están acostumbrados a tratar (DM, HTA, enfermedades degenerativas, etc.), deben esforzarse en intentar alcanzar las conductas más seguras posibles entre las personas infectadas por el VIH. Por ello, todas las actividades preventivas deben aplicarse aún con mayor intensidad una vez que sabemos que la persona ya está infectada, sin olvidar las ventajas que también puede suponer para la misma (evitar el aumento de la carga viral o la transmisión de resistencias, etc.).

Se deben realizar esfuerzos en conseguir una mejor coordinación y comunicación entre los diferentes niveles asistenciales que prestan servicios a los pacientes infectados por el VIH, esencial para conseguir, utilizando bien los recursos disponibles, una atención integral y continuada adecuada a los mismos.

No debemos olvidar, sin embargo, que la situación en los países en desarrollo es completamente diferente, siendo el pronóstico alarmantemente nefasto: importantes dificultades o imposibilidad de acceder a bienes básicos (agua, comida...), a los medicamentos más elementales, imposibilidad de adoptar medidas preventivas y menos de instaurar tratamientos antirretrovirales, etc., etc., etc. A finales de 1998 existían más de 33 millones de personas en todo el mundo infectadas por el VIH, siendo un 43% mujeres, según el Programa de Naciones Unidas frente al VIH/sida.

Aproximadamente aparecieron 5.8 millones de nuevas infecciones por el VIH durante 1998 (≈ 16.000 por día), de las cuales más del 95% corresponden a países en vías de desarrollo, siendo la infección por el VIH la 4ª causa de muerte en todo el mundo, resultando en unos 2.3 millones de muertes/año. Y lo peor aún está por venir. Si se siguen las tendencias actuales, más de 40 millones de personas estarán infectadas al entrar en el nuevo milenio, disminuyendo la esperanza de vida en los 9 países de África con mayor prevalencia de infección por VIH, en unos 16 años de media hacia el año 2010.

En la 1.^a parte de este libro queda claro que la infección por el VIH en adultos se puede evitar mediante la modificación de conductas. Existen evidencias de que la prevención, cuando se realiza correctamente, es efectiva. Esto incluye las medidas ya comentadas en el mismo, como:

- Educación y modificación de conductas sexuales y de consumo de drogas.
- Promoción y dispensación de condones.
- Tratamiento de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Tratamiento de los consumos de sustancias (Programas de Mantenimiento con Metadona: PMM).
- Acceso a programas de intercambio de jeringuillas (PIJs).
- Utilización de terapias antirretrovirales y otras intervenciones (cesárea programada) para disminuir la transmisión vertical.

En la 2.^a parte se revisan de forma concisa los avances técnicos en el tratamiento del paciente infectado por el VIH, haciendo mayor hincapié en el papel que los profesionales de Atención Primaria deben desempeñar en las actividades preventivas y los cuidados al paciente ya infectado, así como en el de sus familiares y/o parejas.

1. Fauci AS. *The AIDS epidemic. Considerations for the 21st Century.* N Eng J Med 1999; 341 (14): 1046-1050.
2. Palella FJ Jr, Delancy KM, Moorman AC. *Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection.* N Eng J Med 1998; 338: 853-860.
3. Vittinghoff E, Scheer S, O'Mailley P, Colfax G, Holmberg SD, Buchbinder SP. *Combination antirretroviral therapy and recent declines in AIDS incidence and mortality.* J Infect Dis 1999; 179: 717-720.
4. *The world health report 1999: making a difference.* Geneva: World Health Organization 1999.

BIBLIOGRAFÍA:

Para el diagnóstico de la infección por el VIH se utilizan **pruebas de cribaje o screening** (con una alta sensibilidad, superior al 99%) que posteriormente se confirman con otras de alta especificidad: las **pruebas de confirmación**. Ambas se basan en la detección de la presencia de anticuerpos anti-VIH (son métodos indirectos) que comienzan a aparecer entre la 4ª y la 8ª semana de la infección (en raras ocasiones pueden tardar hasta 6 meses). Ese periodo, en el que hay infección pero no anticuerpos, se denomina “periodo ventana”.

De las pruebas de cribaje, las más utilizadas son:

El **enzimoinmunoanálisis (EIA)** de primera (proteínas que provienen del lisado viral), segunda y tercera generación (proteínas recombinantes o péptidos sintéticos), que son más sensibles y específicos. Pueden ser a su vez de tipo indirecto o competitivo, tipo sandwich o de captura.

Pruebas de aglutinación.

Métodos de **inmunoaderencia.**

Pruebas de detección rápida

Análisis de “dot—blot”.

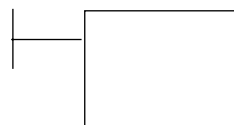
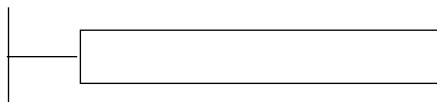
De las pruebas de confirmación, las más utilizadas son:

- **Western-blot (WB):** permite discriminar frente a qué antígenos virales se dirigen los anticuerpos presentes en la muestra problema. Aunque ha sido la más utilizada, es cara, requiere mucho tiempo y personal experimentado para su interpretación y tiene el inconveniente de los resultados indeterminados.
 - **Inmunoanálisis de tipo lineal (LIA):** muy desarrollado en la actualidad por su excelente sensibilidad y especificidad. Pueden ser causa de falsos negativos en la infección aguda por VIH-1 y en los niños.
 - **Inmunofluorescencia indirecta (IFI)**
 - **Análisis por radioinmunoprecipitación. (RIPA).**
- Alta subjetividad y complejidad

2. DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE LA INFECCIÓN VIH

•

•
•
•



Por último, en la actualidad existen **métodos directos**, que demuestran la presencia del propio virus o de sus constituyentes (proteínas y ácidos nucleicos):

Cultivo viral.

Detección de ácidos nucleicos: PCR cualitativa, o cuantitativa (**carga viral**) mediante PCR cuantitativa, b DNA, NASBA...

Antigenemia p24.

Es conveniente que conozcamos el método que usa nuestro laboratorio, sobre todo a la hora de valorar resultados dudosos o comparar con otro laboratorio.

Para el diagnóstico de la infección por el VIH es imprescindible seguir las recomendaciones expuestas en el capítulo 4 de la 1.^a parte, que se resume en los siguientes cuadros:

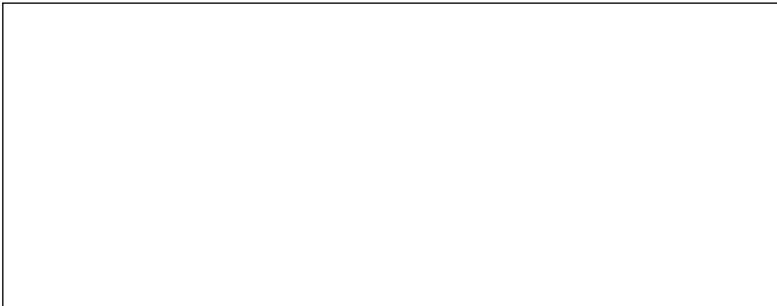
Realizar consejo asistido antes de la prueba:

La prueba debe ser:

VOLUNTARIA
INFORMADA
CONFIDENCIAL
ASESORADA
APOYADA

-
-
-

Manejo diagnóstico



Realizar consejo asistido después de la prueba:

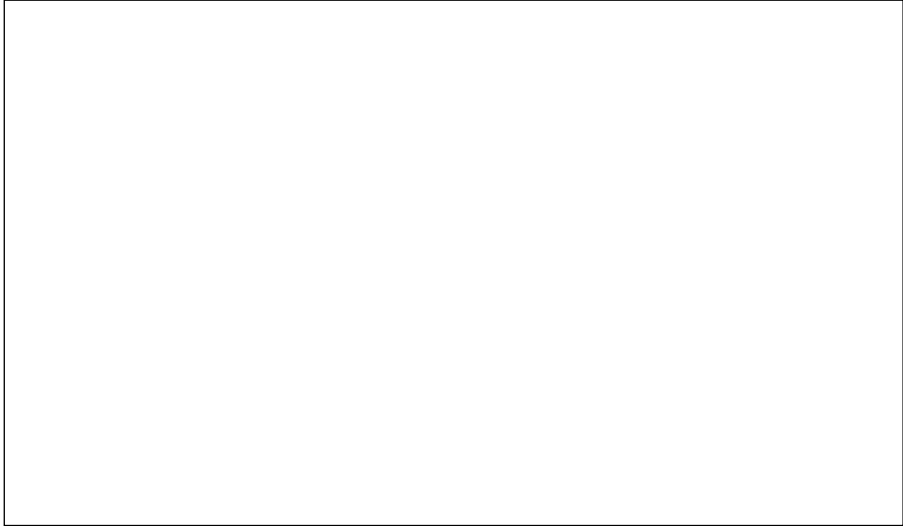
Si resulta **positiva**: una vez confirmada, breve preparación
dejar “digerir” la noticia
apoyo emocional
información sobre pasos a seguir (mejor 2 ó 3 días después): estudio y tratamiento; esperanza.
medidas preventivas a tomar

Si resulta **negativa**: notificar, valorando periodo ventana si procede
Contrarrestar ideas de falsa seguridad (“si hasta ahora no lo he cogido...”).
Repasar medidas preventivas.
Volver a citar para seguimiento continuado si precisa (por ej.: pareja de seropositivo)

En la práctica clínica, se extraerá una muestra de sangre del paciente para realizar una prueba de cribado (EIA mixto para VIH-1 y VIH-2). Si es positiva se debe repetir para estar seguros y realizar una prueba de confirmación (WB y/o LIA). Hay laboratorios que lo hacen automáticamente y otros piden una nueva muestra (para minimizar las posibilidades de error en la identificación). En este caso, se debe advertir antes de hacer la prueba que puede hacer falta realizar dos extracciones de sangre. En cualquier caso, nunca se debe considerar como infectado a un paciente hasta no tener hecha la de confirmación. Y, por supuesto, no se debe comunicar el resultado hasta estar seguros.

Si la prueba es negativa, hay que valorar el tiempo transcurrido desde la última práctica de riesgo, por si hay que repetirla (se calcula un tiempo de “periodo ventana” de entre 1 y 6 meses). Los resultados “indeterminados” son, hoy día, excepcionales y la gran mayoría, finalmente negativos.

El resultado de la prueba debe ser notificado por la persona que la pidió, con tiempo suficiente (mejor en consulta programada) y lo antes posible. En caso de que no quede otro remedio y tenga que hacerlo otro compañero o un suplente, debe asegurarse que conoce los volantes de resultados, el proceso del paciente y lo que se le ha explicado.



Para el **diagnóstico de infección aguda** (que puede ser asintomática, cursar con un síndrome clínico parecido al de la mononucleosis infecciosa, acompañarse de manifestaciones neurológicas, etc.) existen dos posibilidades:

En la fase aguda, detección directa de los productos del virus: antigenemia p24 o a. nucleicos por PCR diagnóstico (cualitativo), B DNA o NASBA. (ya que no hay anticuerpos detectables)

Hacer serología al menos un mes después del cuadro clínico.

1. Gatell JM, Clotet B, Podzamczar D, Miró JM, Mallolas J. *Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. Ed. MASSON. Barcelona 1998.
2. Perlmutter BL, Glaser JB, y Oyugi SO. *How to recognize and treat acute HIV syndrome*. Am Fam Physician 1999; 60:535-46.
3. Soriano V, González-Lahoz J. *Manual de SIDA*. Ed. IDEPSA.. Madrid, 1999. 3.^a edición.

-

-

BIBLIOGRAFÍA

Si la comunicación del diagnóstico se ha hecho de una manera adecuada, habrá sentado la mejor base para una buena relación profesional-paciente, que facilitará el abordaje de todos los problemas. Hay que tener en cuenta que en las consultas del hospital hay temas que no se abordan por diferentes razones, estando los profesionales de atención primaria mejor situados para trabajarlos con el paciente y sus allegados si procede.

Establecer una buena relación con el paciente requiere conocer que, después del diagnóstico, pueden ser frecuentes las reacciones de negación, rabia, desesperación, etc... Deben valorarse convenientemente dentro de un proceso normal de adaptación, con el fin de que no lleve a la frustración del profesional y del propio paciente.

La prevención de la infección por el VIH es la actividad fundamental a realizar desde AP. Las intervenciones preventivas no finalizan una vez que el paciente se ha infectado, sino que cambian para adaptarse a la nueva situación: ya no se trata de una persona con prácticas de riesgo de la que desconocemos su estado serológico, sino de una persona de quien sabemos que está infectada por el VIH y que, por lo tanto, lo puede transmitir a terceros si sigue manteniendo conductas de riesgo.

Los objetivos de esta actividad son:

Ayudar al paciente a comunicar su condición de seropositivo a su familia y sus contactos íntimos.

Forma parte del proceso normal de adaptación a la nueva situación que el paciente encuentre dificultades o rechazo a la comunicación de la noticia a sus familiares o contactos. Es imprescindible, por tanto, iniciar con él un proceso de apoyo y seguimiento en este sentido, insistiendo en los siguientes aspectos.

3. ATENCIÓN A LA PERSONA INFECTADA RECIÉN DIAGNOSTICADA. ESTADIAJE

Actuación preventiva. Asesoramiento

-

Con respecto a la familia o los convivientes:

Aclarar con el paciente qué conocimiento o sospechas tiene la familia respecto a las conductas de riesgo del paciente y sus posibles consecuencias.

Habrá que explorar los lógicos temores que el paciente tendrá hacia las repercusiones que el comunicar el diagnóstico tendrá en su vida afectiva y en su mundo de relaciones: miedo a herir, a ser rechazado, etc.

Elegir, para empezar a comunicar la noticia, a aquel familiar o amigo con quien se prevea mayor receptividad y apoyo.

Tendremos que ayudar al paciente a planificar el momento, la forma y el escenario en que comunicará a su familia su condición de seropositivo. Habrá que entrenarle sobre la forma de dar la información, su significado y sus consecuencias.

Es imprescindible que el profesional se ofrezca como mediador, testigo o colaborador en la comunicación de la noticia.

Habrá que tener prevista la posibilidad de que la familia acuda al profesional, tratando de que el paciente no se entere, para solicitar más información o comprobar la veracidad de la misma. Es conveniente, por ello, acordar con el paciente qué información complementaria podrá darse.

Con respecto a los contactos íntimos, además de lo anterior, habrá que insistir en lo siguiente:

Será necesario valorar junto con el paciente los riesgos reales que corren los que han tenido o tienen contacto íntimo con él sin guardar las precauciones adecuadas.

Es importante que, sin culpabilizar, se reflexione conjuntamente sobre las responsabilidades que uno tiene hacia los otros, sobre todo hacia aquellos a quienes se quiere.

En caso que el paciente tenga contactos íntimos y no se considere preparado todavía para hablar de su situación con su pareja, será imprescindible valorar junto con él cómo introducir medidas de protección de la otra persona –por ejemplo, utilizar un diagnóstico intermedio, como hepatitis B, para introducir el uso del preservativo en las relaciones sexuales o explicar porqué no deben seguir compartiendo jeringuillas.

•

•

•

•

•

•

•

•

Será importante que el paciente sea consciente de que el profesional está ética y legalmente obligado a mantener la confidencialidad del diagnóstico, y que sólo se informará –más allá del conocimiento del diagnóstico por parte del equipo sanitario que se encargue directamente de su cuidado- a aquellas personas que él decida y autorice. Esto último deberá quedar registrado en la historia clínica.

Si se ofrece un proceso adecuado de apoyo por parte de los profesionales, la mayoría de los pacientes acceden a comunicar el diagnóstico a sus parejas o contactos íntimos. Sólo en casos muy raros, excepcionales, el paciente se negará a introducir medidas de protección de sus contactos y a comunicarles el diagnóstico. Tales situaciones deberán manejarse con extrema prudencia. Será necesario explicarle al paciente que puede estar colocando al profesional en un conflicto entre su obligación de mantener el secreto profesional y su obligación de preservar la salud de terceras personas, que a veces pueden incluso ser pacientes suyos –la pareja del infectado-. Si esto no es suficiente, quizás haya que exponerle, en un segundo momento, que puede estar incurriendo en un delito de contagio deliberado, y que el profesional no puede ocultar tal situación. Será bueno comentar el caso en el equipo –preservando la identidad del paciente- para valorar entre todas otras alternativas. Si la situación se vuelve insostenible, es posible que al profesional no le quede más remedio que comunicar el diagnóstico a las personas en riesgo. Todos los pasos de este proceso deberán quedar convenientemente anotados en la Historia Clínica.

Investigar, entre los contactos de riesgo del paciente, otros posibles infectados:

Una vez que se ha dado el paso de comunicar a la familia y a los contactos íntimos la situación, habrá que investigar la posibilidad de que se haya producido un contagio real: anteriores parejas sexuales, “colegas” con los que se compartieron material de inyección y la droga misma, hijos de mujeres infectadas...

Disminuir el riesgo de transmisión a terceros:

Cada vez que una persona infectada realiza una práctica de riesgo puede haber un contagio. Todas las medidas preventivas ya explicadas cuando se pidió la prueba, deben repasarse con detenimiento, centrándose en aquellas que tengan más importancia en nuestro paciente.

•

•

•

Hay que evitar “meter miedo” que sólo produce reacciones de huida (hacia delante: “Yo me habré j... pero me voy a llevar a todos por delante”, o hacia atrás: inhibición total con imposibilidad de tener relaciones sexuales).

Aunque es deseable que el paciente no tenga ninguna práctica con riesgo, a veces los cambios de conducta no se pueden producir de golpe, sino paso a paso, de manera progresiva, con lo que pequeños logros iniciales pueden ser considerados como grandes éxitos en muchas ocasiones.

Es importante lograr un compromiso por su parte para disminuir el riesgo de transmitir la enfermedad, pero también debemos facilitar que pueda acceder a medios para lograrlo: programas de metadona o de intercambio de jeringuillas, entrega gratuita de preservativos, ayudas para poder dejar actividades de prostitución, etc.

Las parejas sexuales deberían participar en la intervención preventiva, juntos o separados, o al menos habría que tenerlas presentes.

La preocupación de contagio en la convivencia cotidiana debe disiparse y se deben comentar las medidas de manejo de sangre y fluidos. Las parejas en edad de procreación pueden pedir asesoría del riesgo de transmisión vertical, los medios anticonceptivos y las medidas a tomar en caso de desear descendencia.

Disminuir el riesgo de reinfección del propio paciente:

El evitar situaciones de riesgo de transmisión del virus también le protege ya que:

- Posibilidad de reinfección → ↑ carga viral → evolución más rápida a sida.
- Posibilidad de infección por otras cepas → transmisión de resistencias a fármacos.
- Posibilidad de adquirir otras enfermedades (VHC, VHB, etc.).

Mantener el mejor nivel de salud posible, favoreciendo los autocuidados:

Es importante que el paciente se implique en el cuidado de su salud. Le haremos ver que no sólo es importante ocuparse de lo relacionado con su infección por el VIH, sino de todos sus problemas de salud, igual que en cualquier otro paciente. (consejo antitabaco...).

•

•

Para que las medidas preventivas sean efectivas, deberemos intentar, en lo posible, ayudar al paciente a recuperar y/o fortalecer su autoestima, para lo que puede necesitar un abordaje multidisciplinar (psiquiatra, psicólogo, pares...)

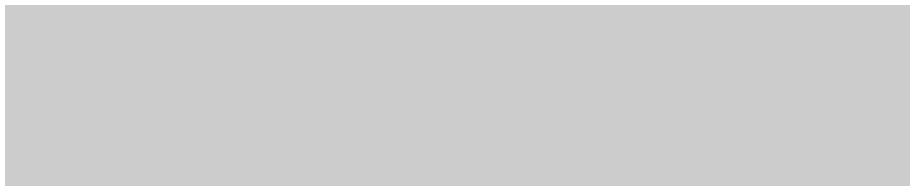
En el contexto de una continuidad en los cuidados habrá que estar alerta ante cambios en las circunstancias y entorno del paciente (cambios de pareja, recaída en consumo de drogas, cambios laborales, fallecimientos cercanos, cambios en la situación clínica...) que requieran adaptar nuestro plan de cuidados y consejos consecuentemente.

Es esencial establecer una muy buena relación con el paciente infectado por el VIH, quien debe saber qué le podemos ofrecer desde la atención primaria en cuanto a su cuidado y por qué es importante que también acuda al hospital.

Una vez diagnosticado el paciente de infección por VIH, para poder elaborar conjuntamente un plan de cuidados adecuado, es necesario hacer una evaluación completa que incluya:

- una correcta anamnesis por aparatos (Tabla 1),
- una exploración física completa (Tabla 2),
- una serie de pruebas complementarias (Tabla 3) Habrá que explicarle al paciente en qué consisten dichas pruebas y para qué se solicitan.
- una valoración psico-social (Tabla 4)

Es en este momento cuando es muy importante la realización de una carga viral (CV) (tabla 5) y un estudio de las subpoblaciones linfocitarias (CD4), pues la actitud terapéutica a seguir dependerá en gran parte de sus resultados. El paciente deberá acudir al hospital para completar esta valoración inicial, donde el equipo de especialistas correspondientes realizará las pruebas y valorarán, también con el paciente, la actitud terapéutica más adecuada.



Valoración inicial del paciente infectado por el VIH

-
-
-
-

Con los resultados obtenidos podremos clasificarle en el estadio correspondiente de la clasificación del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) (Tabla 6).

Una vez realizada esta valoración global, fijaremos los objetivos relacionados con:

- Consejo sobre la infección, autocuidados, conductas de riesgo y parejas (ver apartados anteriores).
- Inicio del tratamiento antirretroviral: siempre respetando la opinión del paciente.
- Vacunaciones y profilaxis de las infecciones oportunistas que procedan.
- Tratamiento y seguimiento de otros problemas relevantes que presente (como la dependencia a opiáceos).
- Reevaluación del apoyo psico-social (recursos, ayudas...)
- Atención domiciliaria, si precisa.

Preguntaremos por síntomas:

Generales: fiebre, astenia, anorexia, pérdida de peso, sudoración.

Neurológicos: cefalea inusual, convulsiones, alteraciones de los pares craneales, sensitivo-motoras o del comportamiento.

Respiratorios: tos, disnea, expectoración, síntomas de sinusitis.

Digestivos: disfagia, odinofagia, náuseas, vómitos, lesiones en la boca, dolor abdominal, ritmo intestinal, lesiones anales, ictericia, acolia, coluria.

Alteraciones cutáneas: dermatitis seborreica, psoriasis, nódulos, lesiones herpéticas...

Oftalmológicos: disminución de la visión.

Ginecológicos: amenorrea, leucorrea, lesiones genitales.

Psiquiátricos: trastornos adaptativos, ansiedad, depresión, insomnio...

Situación del calendario vacunal.

Dieta habitual: calidad y cantidad.

Tabla 1: Anamnesis por órganos y sistemas (exploración de síntomas y signos).



Peso, talla e índice corporal. (Valoración del estado de nutrición)
Estado general: aspecto, piel.
Exploración cardiorrespiratoria.
Exploración abdominal.
Ganglios linfáticos.
Mucosas: cavidad oral y nasal, recto-anal y genital.
Fondo de ojo.
Exploración neurológica y neuropsicológica

Tabla 2: Exploración física.

Hemograma con fórmula, recuento, VS y actividad de protrombina.
Bioquímica: enzimas hepáticos, proteínas totales y albúmina, creatinina.
Subpoblaciones linfocitarias (CD₄; CD₈; CD₄/CD₈) para valorar la etapa de la infección en que está el paciente y cuando empezar ciertas profilaxis de enfermedades oportunistas.
Carga viral (tabla 5).
Estudio serológico: hepatitis B, C y δ , sífilis, otras ETS, *toxoplasma*, citomegalovirus (CMV) y *leishmania*.
Intradermorreacción de Mantoux y valorar test de anergia cutánea si es negativo
Rx. de tórax.
Citología cérvicovaginal.
Parásitos y cultivo de heces.

Tabla 3: Pruebas complementarias.

-
-
-
-
-
-
-
-

-
-
-
-
-
-
-
-
-

Estado emocional/soporte emocional: grado de aceptación de la enfermedad, existencia de apoyo emocional, comunicación de seropositividad a terceras personas.

Hábitos de vida saludables (conductas de menor riesgo).

Situación familiar: convivientes (familiares, amigos), relaciones, apoyos.

Situación laboral.

Situación económica.

Situación judicial, si procede.

Información sobre la enfermedad, evolución y alternativas terapéuticas.

Tabla 4: Valoración psico-social.

Carga Viral: : mide la cantidad de VIH (viremia: n.º de copias/ μ l) circulante en plasma. Se solicita inicialmente en dos ocasiones separadas 2-4 semanas. Se realiza para:

1. Predecir la progresión clínica de la infección
2. Indicación de tratamiento específico
3. Monitorizar la respuesta al tratamiento con antirretrovirales
4. Estimar el riesgo de transmisión fetal

Existen 2 técnicas disponibles:

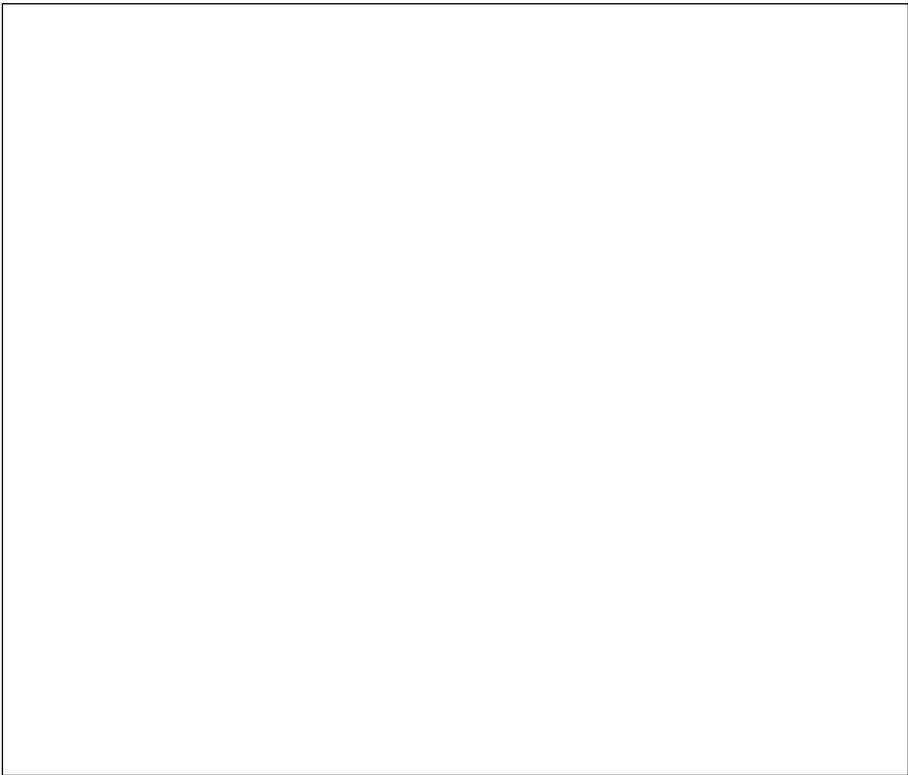
- **PCR:** detecta desde 50 copias/ μ l. Es la técnica cuantitativa más utilizada hoy en día.
- **BDNA:** detecta desde 500 copias/ μ l.
- **NASBA**

Los resultados obtenidos con cada una de ellas no son exactamente equivalentes.

Los resultados se pueden expresar en cifras absolutas (p ej. : 100.000 copias) o en su logaritmo (100.000 son 5 log; 10.000 serían 4 log. ; 1000, 3 log. ; etc...) Se puede usar una u otra expresión, según queramos manejar cifras de más o menos números.

Tabla 5: Carga viral.

-
-
-
-
-
-
-



CATEGORÍAS CLÍNICAS

CATEGORÍAS INMUNO- LÓGICAS	A: Primoinfección. Asintomático. LGP*	B: Sintomático. No A ni C	C: Enfermedad diagnóstica de sida. (Tab. 7)
1: CD4 \geq 500 /mm ³	A1	B1	C1
2: CD4: 200-499/mm ³	A2	B2	C2
3: CD4 < 200/mm ³	A3	B3	C3

* LGP: Linfadenopatía Generalizada Persistente.

Tabla 6: Estadios de la infección por VIH (CDC 1993).

Listado de enfermedades indicativas de sida: (Definición de caso de sida vigente en España)

Candidiasis traqueal, bronquial, pulmonar o esofágica.

Carcinoma de cervix invasivo.

Coccidioidomicosis diseminada (en una localización diferente o además de la pulmonar o los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).

Criptococosis extrapulmonar.

Criptosporidiasis o isosporidiasis con diarrea > 1 mes.

Infección por CMV en el niño de más de 1 mes de edad (en otra localización distinta a hígado, bazo o ganglios linfáticos).

Retinitis por CMV.

Encefalopatía por VIH.

Herpes simple que causa una úlcera mucocutánea de más de 1 mes de evolución, bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración, que afecten a un paciente de más de un mes de edad.

Histoplasmosis diseminada (en una localización diferente o además de los pulmones, ganglios cervicales o hiliares).

Sarcoma de Kaposi.

Linfoma de Burkitt o equivalente.

Linfoma inmunoblástico o equivalente.

Linfoma cerebral primario o equivalente.

Tuberculosis pulmonar, extrapulmonar o diseminada.

<ul style="list-style-type: none">••• ••• ••• •••••
--

Infección por *M. avium intracellulare* o *M. kansasii* diseminada o extrapulmonar.
Infección por otras micobacterias extrapulmonar o diseminada.
Neumonía por *P. carinii*.
Neumonía recurrente (>2 episodios/año)
Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
Sepsis recurrente por *Salmonella* sp. diferente a *S. typhi*.
Síndrome caquético (wasting syndrome).

Tabla 7.

Para decidir la actitud terapéutica hace falta realizar pruebas que sólo están disponibles en el hospital (carga viral). La gran complejidad de los tratamientos antirretrovirales en la actualidad hace imprescindible su manejo por especialistas, pero se debe asegurar una continuidad entre los cuidados prestados en un nivel y otro, que deben complementarse.

Una parte importante de nuestra labor puede ser el motivar al paciente a comenzar y mantener el seguimiento en el hospital, que a veces resulta muy exigente. La derivación no debe significar perder el seguimiento del paciente ya que, como hemos dicho, muchos cuidados de los que precisa son propios de la atención primaria y, por ello, tenemos más experiencia. (Consultar capítulo de Coordinación con especializada)

-
-
-
-
-
-
-

Seguimiento con atención especializada

1. Aguado C, Aguilar JA, Fidalgo S, Fransi L, García de la Noceda MD, Gutiérrez M, Mascort J, Thomas V, Velázquez A, Zarco J. *Guía de atención al paciente VIH/SIDA en atención primaria*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona 1997.
2. Aguado C, Álvarez A, Fransi L, Fidalgo S, Gutiérrez M, Mascort J, Thomas V, Vicente O, Zarco J. *Programas básicos de salud: Programa del Adulto. VIH-SIDA y Tuberculosis*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona 1998.
3. Barbero Gutiérrez J. *SIDA y familia; cómo y a quién informar*. MEDIFAM 1994; 4:87-94.
4. Kamb ML, Fishbein M, Douglas JM, Rhodes F, Bolan G, Zenilman J et al. *Eficacia del asesoramiento para la reducción del riesgo para prevenir la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual*. JAMA (ed. esp.) 1999; 8(4):147-156.
5. Lamb ML, Fishbein M, Douglas JM, Rhodes F, Rogers J, Bolan G et al. *Efficacy of risk-reduction counselling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases*. JAMA 1998; 280:1161-1167.
6. Little SJ, Daar ES, D'Aquila RT, Keiser PH, Connik E, Whitcomb JM et al. *Reducción de la susceptibilidad a los fármacos antirretrovirales en los pacientes con infección por el VIH*. Jama (ed. esp.) 2000;9(3):91-100.
7. Miller KE y Graves C. *Update on the prevention and treatment of sexually transmitted diseases*. Am Fam Physician 2000;61:379-86.
8. Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA. *Prevención de la infección por el VIH en el marco asistencial*. 1999.
9. *USPHS/IDSA guidelines. Part I "Prevention of Exposure"* Am Fam Physician 2000;61:163-174.
10. Weinhardt LS, Carey MP, Johnson BT, Bickham NL. *Effects of HIV Counseling and testing on sexual risk behavior: a meta-analytic review of published research, 1985-1997*. Am J Public Health 1999;89:1397-1405.

BIBLIOGRAFÍA

4. CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE VIH-SIDA

El seguimiento de los pacientes infectados por VIH se asemeja cada vez más al de otros enfermos crónicos de larga y lenta evolución y sin posibilidades de tratamiento definitivo. Los diferentes profesionales (sanitarios o no) debemos intentar ayudar al paciente y a las personas que le rodean (pareja, familiares...) a comprender su enfermedad y sus factores condicionantes, a aprender a convivir con ella y a entender la importancia del seguimiento, tanto del tratamiento como de las recomendaciones médicas.

Para hacer esto posible es necesario establecer un tipo de relación que posibilite una continuidad en los cuidados: exige asegurar una buena comunicación basada en la sinceridad, poniéndonos en el lugar del paciente, respetando y aceptando las diferencias, manteniendo una congruencia en la información y evitando juicios de valor. Es importante ofertar accesibilidad para dar respuesta a dudas, dificultades y necesidades que surjan.

Desde que sabemos que el paciente está infectado por el VIH, comienza un largo camino de colaboración entre los diferentes niveles asistenciales, con el objetivo de atender de una manera integral al paciente con VIH- sida.

Una vez realizado el diagnóstico y la valoración inicial, las visitas sucesivas se programarán con una periodicidad acorde a las necesidades específicas de cada individuo. Como orientación para las visitas de seguimiento, se propone una periodicidad de 3-6 meses, en consulta programada, dejando siempre la puerta abierta en la consulta a demanda, para cualquier eventualidad que pueda surgir. En ellas revisaremos las actividades incluidas en la tabla 1 en función de las peculiaridades de cada individuo y su evolución:

- Refuerzo de comportamientos preventivos. Educación para la salud (EpS)
- Potenciar hábitos saludables.
- Prevención y tratamiento de las infecciones oportunistas
- Valoración dietético nutricional y cuidados.
- Valoración clínica
- Adherencia al tratamiento antirretroviral (TARGA)
- Apoyo psico-social

Tabla 1. Actividades a realizar en consulta programada.

REFUERZO DE COMPORTAMIENTOS PREVENTIVOS

En el marco de una educación para la salud recordaremos y animaremos a mantener comportamientos preventivos y de autocuidado.

Podría ser el momento de plantearse la implicación de la familia (incluida la pareja) como elemento clave y fuente de confianza, refuerzo y seguridad, así como para el abordaje de posibles conflictos de convivencia: temor al rechazo de la pareja o de la familia, negativa a comunicar su seropositividad, aislamiento. Valorar estas cosas también es importante en aquellos casos en los que conocemos al paciente mucho tiempo después de haber sido diagnosticada la infección.

Los aspectos esenciales a retomar en cada consulta son aquellos que refuerzan las conductas preventivas que disminuyen el riesgo de transmisión a terceros y la reinfección del propio usuario. Pero no debemos olvidar todo lo que también recomendamos a otras personas en función de su edad, sexo, antecedentes familiares, etc..., (recordamos el PAPPs), para mantener el mejor estado de salud posible, que contribuirá a ralentizar la evolución de la enfermedad.

Haremos referencia a las tres vías de transmisión, reforzando conductas que disminuyan el riesgo y adecuando el consejo a las circunstancias individuales y conocimientos previos de cada individuo.

Recomendaciones sobre sexo más seguro

La infección por el VIH tiene un impacto importante sobre la sexualidad. Los pacientes pueden experimentar sentimientos de culpa, miedo a infectar a la pareja, pérdida de la imagen corporal, pérdida de la autoestima... Esto puede condicionar la aparición de reacciones negativas, como conductas temerarias o de inhibición en la esfera sexual.

Es importante un abordaje abierto sobre las prácticas sexuales del paciente para que éstas lleguen a ser de bajo riesgo, intentando evitar que sean percibidas como relaciones sexuales limitantes que impliquen rechazo.

La intervención del profesional tiene como objetivo que el propio paciente aprenda a identificar sus conductas de riesgo, ayudándole a descubrir su capacidad para modificar dichas conductas disminuyendo el riesgo. Intentaremos:

- Motivar el cambio.
- Detectar dificultades.
- Colaborar en la estrategia para el cambio.
- Reforzar positivamente cualquier cambio realizado.
- Respetar la libertad de la persona.

Podemos reforzar comportamientos sobre sexo más seguro con el siguiente recordatorio:

- Lo más importante es **que utilices siempre el preservativo** de forma correcta en cada relación con penetración, porque:
 - Evitas la transmisión del VIH a tu pareja.
 - Te proteges de nuevas infecciones por VIH (reinfecciones), que pueden deteriorar más tu sistema inmunitario.
 - Evitas otras infecciones de transmisión sexual.
- Realiza prácticas sexuales de menor riesgo que te permiten dar y obtener placer sin penetración: fantasías, juegos eróticos, masturbación mutua...
- Disminuye el número de parejas sexuales; la exposición al virus y el riesgo de transmisión de la infección serán menores.
- Recuerda que ni la “marcha atrás”, ni la ducha vaginal, ni los anti-conceptivos, ni el diafragma y los espermicidas protegen de la transmisión del VIH. (*)
- Si quieres evitar el embarazo, el preservativo puede ser un buen método aunque no el único. Sin embargo, el preservativo es la mejor barrera para evitar la transmisión del VIH.

(*) Hay que recordar que la “marcha atrás” es un método muy utilizado y que, aunque notoriamente imperfecto, puede en cierta medida disminuir algo el riesgo; no debiéndose “desmontar” esta idea hasta haber asegurado un uso consistente y correcto del preservativo.

Tabla 2: Recomendaciones sobre sexo más seguro.

Es importante el conocimiento previo sobre las prácticas sexuales del paciente infectado por VIH para llegar a modificar sus comportamientos de riesgo. Es importante **escuchar** al paciente para poder eliminar creencias

erróneas sobre prácticas de riesgo y para intentar que decida “lo que tiene que hacer”. Es más efectivo discutir alternativas sobre un sexo más seguro que dar una lista de prohibiciones. Por ejemplo: “las prácticas que me cuentas (coito vaginal con pareja estable sin preservativo, o coito anal ocasional...) tienen un riesgo de contagio porque... (explicar que la mucosa rectal tiene mayor absorción). ¿Se te ocurre alguna manera de poder reducir el riesgo?”.

Parejas serodiscordantes

Entendemos por parejas serodiscordantes las parejas formadas por un individuo seropositivo y otro seronegativo (ya se trate de una pareja heterosexual u homosexual). Es una situación muy frecuente, que requiere un abordaje especial, ya que se trata de la situación de máximo riesgo para el individuo más vulnerable: el seronegativo. Es en esta situación donde hay que focalizar el máximo esfuerzo preventivo, intentando siempre trabajar con los dos componentes de la pareja.

El grado de transmisibilidad del VIH de una persona infectada a otra que no lo está depende de múltiples factores que influyen en la magnitud del riesgo:

- Factores dependientes del individuo infectado:
 - Estado inmunológico: carga viral (cualquier situación que aumente la CV aumentará la infecciosidad: vacunas, otras infecciones...)
 - Momento de la infección (mucho más riesgo en la infección aguda)
 - Tratamiento con TARGA o no.
- Factores del propio virus: tipo de virus (el VIH-2 es más transmisible por vía sexual).
- Factores dependientes de la persona en riesgo:
 - Estado inmunológico (otras enfermedades, estrés...)
 - Presencia de lesiones de ETS
 - Sexo: existe una mayor vulnerabilidad de la mujer a la transmisión heterosexual.
- Tipo de práctica sexual: (comentado en la 1ª parte de este libro).

Conviene puntualizar una serie de peculiaridades importantes a tener en cuenta según la composición de la pareja:

- **Pareja serodiscordante heterosexual:** existe mucho mayor riesgo de transmisión (al menos en lo referente al VIH-1, que es el presente en el mundo occidental) de hombre seropositivo a mujer seronegativa, que de mujer seropositiva a hombre seronegativo. En este proceso, el factor más determinante de los anteriormente comentados parece ser la CV, de forma que cuanto más alta sea, mayor será el riesgo de transmisión. En España, como se citó anteriormente, la mayoría de mujeres infectadas por vía heterosexual tenían una pareja que se había infectado por consumir drogas inyectadas en algún momento de su vida.
- **Pareja serodiscordante homosexual:** existen numerosos estudios que han seguido cohortes de parejas serodiscordantes, en las que, a pesar de mantener relaciones de sexo oral (felación) sin protección, parecía que el riesgo de transmisión era muy bajo, lo que ha hecho considerar a dicha práctica casi sin riesgo. No obstante, un reciente estudio realizado por el CDC ha desatado la voz de alarma, ya que considera la felación con ingesta de semen como la práctica de riesgo responsable de un 6.6% de la transmisión del VIH en 122 pacientes infectados en el transcurso del último año. También hay que reseñar que en muchas parejas estables de homosexuales se acepta con normalidad la existencia de contactos sexuales esporádicos fuera de la misma. Debemos también abordar las medidas preventivas que se toman en estas ocasiones.

En cualquier caso hay que recordar siempre:

- Con el tiempo, las parejas serodiscordantes, si no se han infectado, tienden a relajar las conductas preventivas exponiéndose a un altísimo riesgo de contagio. Esto se constata en pacientes que se han infectado transcurridos incluso muchos años desde que su pareja estaba infectada (llegan a tener una falsa sensación de invulnerabilidad). Esta situación es cada vez más frecuente, dado la mayor supervivencia de los individuos VIH + y su mejor calidad de vida.
- Hay que desmontar falsos conceptos como: “para demostrarte mi amor no me importa exponerme al riesgo (no usar el preservativo)...” e intentar que el razonamiento sea: “precisamente por que te quiero, para poder cuidarte, es más importante que no me exponga al riesgo.”

- La mujer puede encontrarse en una situación de mayor vulnerabilidad dentro de la pareja (además de la biológica, ya comentada) debido a factores culturales, menor capacidad de negociación de un sexo más seguro, etc., que habrá que considerar y trabajar a la hora de plantear cualquier actividad preventiva.
- Siempre hay que trabajar con los dos componentes de la pareja. Aunque alguna vez pueda existir cierto rechazo inicial (tras conocer el estado de seropositividad del VIH), si se trabaja adecuadamente con el paciente, será casi excepcional que dicho rechazo persista.
- La manera más eficaz de evitar la transmisión dentro de la pareja es la utilización correcta del preservativo en *TODAS* las relaciones sexuales con penetración.
- No olvidar la posibilidad de contactos fuera de la pareja.

Disminuir riesgos derivados del uso de drogas

La primera opción que debemos intentar para disminuir riesgos en los pacientes usuarios de drogas inyectadas es la recomendación del cambio de vía de administración a otra más segura.

Si no se consigue lo anterior, la siguiente opción será prevenir el uso compartido de material de inyección. A este respecto, cabe reseñar que es frecuente que no consideren “compartir” el que la pareja utilice el mismo material (cucharillas, filtros...). Igual que en temas de sexo, hay que escuchar al paciente, preguntarle por la forma habitual de administrarse la droga con detalle y conocer sus creencias (¿qué cree él que contagia y qué no?, ¿cómo hay que coger la vena? o, ¿cómo aprovechar mejor una dosis exigua...?). Debemos “desmontar” las ideas erróneas y guiar hacia los programas de intercambio de jeringuillas, enseñar cómo limpiar el material usado con lejía en caso de apuro...

Podemos proponer estrategias de reducción del daño, como el programa de mantenimiento con metadona, sin descartar como objetivo final un programa libre de drogas. Para ello informaremos y facilitaremos el contacto con los centros de atención más próximos donde se desarrollen estos programas.

- *Puede ser suficiente compartir el material una vez para adquirir la infección VIH. No compartas los objetos que utilizas para inyectarte (agujas, jeringuillas, cucharillas, filtros...) ni utilices jeringuillas precargadas.*
- *Si el material que utilices no puede ser nuevo o propio, lava las agujas y jeringuillas con agua abundante, llénalas después con lejía sin diluir durante dos minutos, lavándolas de nuevo con abundante agua antes de usarlas.*
- *Podemos informarte de a dónde debes dirigirte para utilizar los programas de intercambio de jeringuillas (*).*
- *Intenta cambiar la vía de administración de la droga: por ej. , en lugar de pincharte, fúmala (heroína) o esnífala (cocaína).*
- *Si no puedes abandonar el consumo (completar un “Programa libre de drogas”), puedes plantearte iniciar un programa de mantenimiento con metadona oral. (*)*

() Debemos conocer los recursos del Área.*

Tabla 3: Prevención de la transmisión con el uso de drogas.

Transmisión materno fetal

La transmisión vertical de la infección por el VIH ha experimentado un importante cambio en los últimos años, desde la introducción de tratamiento profiláctico con antirretrovirales durante la etapa final del embarazo, el periodo perinatal y las primeras semanas de vida del recién nacido. Diversos estudios constatan una disminución muy significativa de la infección en niños nacidos de madres seropositivas. Con las nuevas pautas de TARGA de las embarazadas se espera que la reducción sea todavía mayor.

La combinación de cesárea programada electiva y TARGA parece disminuir aún más la transmisión vertical de esta infección.

Pero, no cabe duda que la medida más eficaz para evitar la transmisión de la infección por VIH materno fetal es evitar el embarazo. Sin embargo, nuestro papel en el ámbito de la Atención Primaria consistiría en aportar toda la información necesaria para la toma de una decisión responsable por

la pareja, asesorando de los posibles riesgos tanto para la madre como para el hijo, de las alternativas preventivo-terapéuticas vigentes en cada momento, así como de la posibilidad de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), como marca la ley.

Como puntos clave podemos recordar:

- Si quieres evitar el embarazo, el preservativo puede ser un buen método aunque no el único. Sin embargo, el preservativo es la mejor barrera para evitar la transmisión del VIH
- No debes confundir la posibilidad de quedarte embarazada con el riesgo de transmisión del VIH.
- Si eres seropositiva o si mantienes relaciones sexuales de riesgo, es indispensable que, además del método anticonceptivo recomendado por tu médico, utilices correctamente el preservativo.
- Infórmate y valora responsablemente la situación antes de quedarte embarazada
Acude lo antes posible a tu médico si te quedas embarazada y eres seropositiva o lo es tu pareja.
- Puedes plantearte continuar con el embarazo (valorar tratamiento antirretroviral) o decidir un aborto terapéutico dentro de los supuestos legales y antes de la 22 semana del embarazo.

Tabla 4: Prevención de la transmisión madre – hijo.

Otras vías de transmisión:

Es importante aclarar todas las dudas y no dejar de despejar ansiedades sobre el posible contagio. Estas dudas son más frecuentes en familias que tienen niños y en el cuidado de pacientes inmovilizados. No olvidemos que se despiertan muchos temores irracionales, pero comprensibles si se carece de una información completa.

A pesar de la excepcionalidad de la transmisión en el cuidado de una persona infectada por el VIH o en la convivencia con ella, es importante explicar las “medidas de precaución universales” de la misma manera que lo deberíamos hacer para el cuidado de cualquier paciente (Tabla 5).

- Usa guantes si existe contacto con sangre, fluidos manchados con sangre, secreciones vaginales y semen.
- Lávate las manos con agua y jabón a menudo y siempre después de quitarte los guantes.
- Puedes usar guantes de goma caseros para las tareas del hogar que impliquen contacto con sangre u otros líquidos corporales. Puedes lavarlos, desinfectarlos y reutilizarlos.
- Utiliza una mezcla de agua y lejía al 10% durante 20 minutos para el lavado de utensilios, recipientes y superficies que estuviesen manchados de sangre o secreciones corporales.
- Si estas expuesto a salpicaduras de sangre o vómito, protégete la boca y la nariz con mascarilla y los ojos con gafas. Si se manchara la piel con sangre u otros fluidos, lávate con agua y jabón. Los ojos lávalos sólo con agua abundante.
- El lavado de ropas y sábanas puede realizarse con la del resto de la familia salvo que contengan sangre o fluidos corporales.
- La vajilla y los cubiertos pueden ser utilizados por todos los convivientes y no requieren un método especial de limpieza salvo que existan aftas o heridas en la boca.
- No compartas objetos de higiene personal que pudieran estar manchados de sangre (cepillo de dientes, cuchillas de afeitar...).
- Cuando utilices agujas o jeringas en el cuidado del paciente infectado por VIH no manipules la aguja: no intentes taponarla con el capuchón a no ser con una sola mano, ni doblar, romper o sacar la aguja de la jeringa. Deséchala en un recipiente rígido (lata, plástico...) o mejor pide un recipiente especial en tu centro de salud.
- La eliminación de residuos contaminados (toallas de papel, vendas de heridas, compresas, tampones vaginales y otros objetos manchados de sangre, semen o fluidos vaginales que no pueden tirarse por el inodoro) se llevará a cabo en doble bolsa de plástico eliminándola con el resto de la basura.
- Si se produce un accidente al pincharse con la aguja usada, se recomienda lavado con agua y jabón y realizar una valoración por el médico sobre profilaxis post- exposición.

Tabla 5. Medidas de precaución universales.

Prevención de las infecciones oportunistas.

Actualmente, una de las medidas que previenen más eficazmente el desarrollo de infecciones oportunistas, es el uso de tratamientos antirretrovirales de alta eficacia (TARGA), con lo que se consigue una recuperación progresiva del sistema inmunológico.

En el capítulo correspondiente se explica más específicamente la profilaxis de dichas infecciones asociadas, pero existen medidas generales y precauciones sencillas que disminuyen la exposición a los hongos, bacterias, micobacterias, virus y parásitos responsables de las mismas y que podemos mantener en el domicilio (tabla 6).

(Es conveniente individualizar estas medidas en función de la situación inmunológica del paciente.)

- Evita comer carne, pescado o marisco crudos o poco hechos. Los alimentos deben estar bien cocinados para destruir los posibles quistes tisulares de toxoplasma.
- No tomes leche o productos lácteos sin control sanitario. Evitarás, entre otras, la infección por brucella. Respeta las fechas de caducidad.
- Lava la fruta y verdura que se consuma cruda en agua con unas gotas de lejía. Con esto disminuye el riesgo de infección por toxoplasma por ingestión de los quistes del germen, que pueden ser eliminados por los gatos en sus heces. También eliminas la posibilidad de ingestión de huevos de algunos parásitos intestinales que pudiera contener el agua de riego contaminada con excretas humanas.
- Es aconsejable evitar comer marisco, sobre todo “al natural”, porque puede ser vehículo de agentes infecciosos.
- Usa guantes para manipular carne, pescado y verduras crudas.
- Lava todos los utensilios utilizados antes de comenzar a trabajar con otro alimento.
- No mezcles los jugos de alimentos sin cocinar con otros productos.
- Limpia el interior del frigorífico con agua y jabón con regularidad y comprueba su temperatura (0° - 5°) y la del congelador (-18°).

- Los alimentos ya cocinados no deben estar a temperatura ambiente por un periodo de tiempo superior a dos horas.
- Evita las mayonesas, cremas, natas y otros alimentos que se estropean fácilmente, salvo que estén recién preparados.
- Debes lavarte las manos con agua y jabón después de tocar a los animales. Es importante que otra persona se encargue de la limpieza de los excrementos de los animales; si no es posible, usa guantes y lávate las manos después.
- Vacía y limpia regularmente tu cubo de basura.
- Cuando se manipule tierra o se hagan trabajos de jardinería conviene usar guantes.
- No viertas el agua de la fregona en la pila donde se preparan las comidas.
- Si alguna de las personas que conviven con una persona infectada por el VIH presenta varicela o herpes zóster o existe la posibilidad de exposición previa, debe evitar el contacto con el enfermo y acudir al médico para valorar la administración de inmunoglobulina hiperinmune varicela-zóster.

Tabla 6. Medidas para prevenir enfermedades oportunistas o asociadas.

HABITOS SALUDABLES

• Cuidado de la forma física

El ejercicio físico tiene efectos relajantes y estimulantes (abre el apetito) y en términos generales mejora la calidad de vida.

El tipo de ejercicio a realizar va a depender de la situación clínica. En general son más recomendables los deportes o actividades de tipo aeróbico (andar deprisa, correr, nadar, ciclismo, baile...) Pero, como mínimo, es conveniente dar diariamente algún paseo (30 a 60 minutos). Se mantendrá la actividad deportiva que se venía realizando mientras sea posible.

Es importante respetar un descanso nocturno suficiente (de aproximadamente 8 horas) para poder mantener un adecuado nivel de actividad.

- **Higiene corporal**

Es importante mantener una buena higiene corporal e hidratar la piel para protegerse de posibles infecciones (piel, cuero cabelludo, aparato genital).

- **Higiene bucal**

Una buena higiene y cuidado dental previenen infecciones de la boca, facilita la masticación, estimula el apetito y mejora la nutrición al hacer más agradable el comer.

- *Lávate los dientes después de cada comida.*
- *Cepíllate con frecuencia la lengua y el paladar para extraer la saliva espesada.*
- *Utiliza un cepillo de dientes que no te haga daño.*
- *No compartas nunca el cepillo de dientes.*
- *Acude al dentista siempre que tengas molestias bucales y, si no, al menos una vez al año.*

Tabla 7.

En los infectados por VIH suele ser más frecuente y grave la periodontitis. Con frecuencia los pacientes tienen una muy mala salud dental por causas diversas: consumo intravenoso de drogas, mala higiene, pocos cuidados, malos hábitos alimenticios (dulces...).

Cuando acuda a un profesional (odontólogo, higienista dental...), debe informarle de su infección y asegurarse de que usa las medidas de protección adecuadas: guantes, mascarilla y gafas cuando haya posibilidad de salpicaduras, esterilizado adecuado del instrumental

- **Otros hábitos tóxicos**

Fomentar un estilo de vida saludable incluye abordar el consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco. A las razones habituales para recomendar moderación en el consumo de alcohol, en el caso de personas infectadas por el VIH se añaden las siguientes consideraciones:

- El alcohol puede ser incompatible con los diferentes tratamientos farmacológicos antirretrovirales.
- La mayor parte de los fármacos antirretrovirales se metabolizan a través del hígado, por lo que una ingesta excesiva de alcohol puede dañarlo, dificultando así el tratamiento de la infección.
- No es infrecuente que coexista una hepatopatía por otros virus (VHB, VHC).
- Puede además disminuir la capacidad de juicio y decisión en el seguimiento de actitudes y medidas preventivas.

Si existen problemas de abuso, se deben abordar y/ o derivar para su adecuado tratamiento. Como a cualquier persona, se recomienda no sobrepasar las cantidades de 40 gramos/día o 280 gramos/semana de alcohol en hombres y 25 gramos/día o 175 gramos/semana de alcohol en mujeres. La abstinencia está indicada cuando se está en tratamiento farmacológico.

Fumar, además de ser un factor de riesgo para padecer numerosas patologías, disminuye el apetito, la resistencia pulmonar frente a infecciones y perjudica la higiene bucal. Se debe recomendar el abandono del hábito (consejo antitabaco). Pero tendremos en cuenta la existencia de otras sustancias cuyo abandono ha de ser prioritario: heroína, cocaína... Procuraremos motivar, apoyar y reforzar con las medidas necesarias el abandono del consumo: grupos de deshabituación tabáquica, parches o chicles de nicotina...

BIBLIOGRAFÍA

1. *Cuidando de alguien con sida*. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud Madrid 1.997
2. Hernández F. *Guía para una correcta comprensión y manejo de la infección por VIH*. Fundación Anti-SIDA de España. Escuela de sida, salud y convivencia Madrid 1.997.
3. Najera Morrondo P., González Lahoz, J.M. *Atención integral al paciente con VIH* Sociedad Española interdisciplinaria del sida. Madrid 1.996.
4. Recomendaciones SEMFYC. *VIH-sida*. Barcelona 1997.
5. Soriano V, González Lahoz, J. *Manual del SIDA* (3ª edición) Idepsa. Madrid 1999 (529 – 548).
6. *Guía práctica para pacientes con infección por el VIH*. Hospital Ramón y Cajal. Madrid, mayo 1999.
7. R. Córdoba, R. Ortega, C. Cabezas, D. Forés, M. Nebot. *Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización 1999 del PAPPS*. Atención Primaria 1999. Vol 24: 118-132.
8. Vernazza P, Eron JJ, Fiscus M y Cohen MS. *Sexual transmission of HIV: infectiousness and prevention*. AIDS 1999; 13:155-166.
9. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, Serwadda D, Li Ch, Wabwire-Mangen F et al. *Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1*. N Engl J Med 2000; 342:921-9.
10. Dillon B, Hecht FM, Swanson M, Goupil-Sormany I, Grant RM, Chesney MA y Kahn JO. *Primary HIV infection associated with oral transmission*. www.retroconference.org/2000/abstracts/473.htm

5. NUTRICIÓN DEL PACIENTE INFECTADO POR EL VIH

La infección por el VIH lleva consigo, además del deterioro inmunológico, un importante déficit nutricional y una progresiva pérdida de peso.

La mayoría de los pacientes, cuando acuden a consulta, suelen hacer referencia a su peso, la falta de apetito o a la pérdida de masa muscular, demandando una solución rápida. A veces no se atiende específicamente este punto, centrándonos más en otros aspectos del tratamiento. Esto hace que muchos pacientes decidan tomar, de forma no controlada, complejos vitamínicos, hormonales o “dietas alternativas”, que en muchas ocasiones no son los más adecuados a su situación.

Mantener un estado nutricional óptimo es fundamental desde el momento del diagnóstico para prevenir las consecuencias de la malnutrición: alteración del sistema inmunitario, deterioro de la reposición de tejidos lesionados y una menor tolerancia y respuesta a los tratamientos.

Por ello, el **cuidado dietético/nutricional** del infectado por el VIH debe formar parte del cuidado integral del mismo.

Es importante identificar los problemas nutricionales lo más pronto posible para indicar la intervención más adecuada: consejos dietéticos, utilización de suplementos orales, terapias estimulantes del apetito o alimentación enteral.

El término “wasting syndrome” o síndrome de desgaste, define una situación clínica con una pérdida no intencionada > del 10% del peso habitual sin causa aparente capaz de producir pérdida de peso, acompañado de fiebre o diarrea durante más de 30 días.

La etiología de esta malnutrición es multicausal:

La **anorexia** (por alteración anímica, secundaria a fármacos, secundaria a infecciones o por aumento de citoquinas), los **errores alimenticios** (dieta

basada en alimentos de escaso valor nutritivo), la **disfagia** (candidiasis oro-esofágica, úlceras, periodontitis), los **trastornos de la deglución** (alteración del sistema nervioso central, y/o de los pares craneales, falta de piezas dentarias) y la **disminución de la absorción** (diarreas, patógenos gastrointestinales como salmonella, CMV, cándida y cierta medicación); pueden producir una disminución en la entrada de nutrientes.

La intervención nutricional será distinta e individualizada en cada paciente y dependerá de:

- La valoración del estado nutricional
- Necesidades nutricionales
- Valoración de la situación socioeconómica que permita concretar una dieta individualizada.

- **Valoración del estado nutricional**

En atención primaria no vamos a realizar complejas exploraciones. Algunas cosas sencillas nos pueden ayudar. Podemos recoger en la historia clínica los siguientes parámetros que nos permitan identificar los pacientes con riesgo de *desnutrición*.

- ***Historia dietética general***

Se valorarán los hábitos nutricionales anteriores y actuales del paciente que nos permitan detectar una reducción de su ingesta habitual por múltiples causas (anorexia, intolerancia digestiva secundaria a la medicación, alteraciones gustativas...).

Podemos realizar un diario que registre la ingesta realizada en los últimos 3 días, incluyendo la forma de preparar los alimentos, para valorar la suficiencia o no de la misma.

- ***Mediciones antropométricas***

Peso y talla: la desnutrición del paciente no va paralela a la pérdida de peso y los cambios en el peso corporal son un signo poco sensible a la hora de valorar el estado de nutrición. Sin embargo, puede ser útil comparar con pesos previos estimando la pérdida del 10% del peso corporal en 3 meses o 5% en un mes como un signo de desnutrición.

Perímetro braquial: es una medida indirecta de la masa muscular. Una reducción superior a 2 cm en 3 meses o 1 cm en 1 mes sugiere una desnutrición proteica severa.

– **Pruebas analíticas:** (Indicadores bioquímicos).

La cifra de **albuminemia** constituye un dato importante en la valoración del estado proteico. Una hipoalbuminemia nos indica unos balances nitrogenados negativos de varias semanas de evolución, ya que su vida media es de 20 días. Resulta poco útil para deprivaciones proteicas agudas.

El **colesterol** no es un buen indicador, pero cifras inferiores a 100-150 mg/dl sugieren desnutrición.

- **Necesidades nutricionales.**

Los resultados de los estudios sobre gasto energético en estos pacientes son controvertidos. Los estudios de Macallan establecen que el aumento del gasto energético basal registrado en los periodos en los que aparecen infecciones secundarias, no determina un aumento del gasto energético total porque los pacientes en estas situaciones tienen menos actividad y comen menos. El primer determinante de la pérdida de peso en los pacientes VIH con desnutrición asociada es la reducción en la ingesta y no el aumento del gasto energético.

Como norma general se recomendará una dieta de 30/35 Kcal/ Kg./día repartidas en 5 tomas.

¿Cómo realizar un adecuado cuidado nutricional?

Las primeras medidas se tomarán en el momento del diagnóstico, informando y educando desde el punto de vista nutricional tanto al infectado por el VIH, como a sus familiares, amigos, cuidadores o a las personas con las que conviva.

El plan de educación incluirá:

- Establecer un plan de alimentación individualizado.
- Formación sobre una alimentación equilibrada, siendo las recomendaciones dietéticas similares a la población general (Tabla 8).
- Desarrollo de habilidades sobre cómo realizar modificaciones de la dieta ante situaciones especiales (Tabla 9).

- Revisión del plan de medicación y su interacción con los alimentos
- Información sobre las medidas de seguridad alimentaria fundamentales en el cuidado de estos pacientes (Tabla 6).
- Información sobre la conveniencia de reforzar su alimentación en los periodos de infección oportunista.
- Establecer un programa de ejercicio físico individualizado.

Es muy importante recordar que no existen “dietas milagrosas” o productos de alimentación “mágicos” que combatan la infección. Sólo alimentándose con una dieta equilibrada, que le proporcione correctamente la energía adecuada, proteínas, vitaminas y minerales, mejorará su situación inmunitaria.

NO HAY QUE COMER MUCHO, HAY QUE COMER BIEN

Durante la fase asintomática es recomendable efectuar un seguimiento cada 3-6 meses evaluando parámetros antropométricos y reforzando la educación sobre hábitos nutricionales.

A pesar de que el consejo dietético debe ser individualizado se puede plantear, si no existe alguna contraindicación médica que lo impida, que tome en su menú los alimentos que se indican a continuación:

- 500 cc de leche al día. Podrá sustituir 250 cc. por un yogur o 50-60 g. de queso
- 2-3 piezas de fruta al día.
- 1 a 4 veces a la semana legumbre: garbanzos, judías, lentejas, habas secas.
- Patatas se pueden tomar diariamente.
- 6-7 veces a la semana verdura.
- 3-5 veces a la semana pescado, principalmente azul: bonito, sardinas, boquerones, salmón, caballa, arenques, trucha.
- 2-3 veces a la semana carne magra: ternera, buey, choto, cordero o cerdo(eliminando la parte grasa), pollo.
- 3 huevos a la semana.
- 3 veces a la semana pasta o arroz.
- Pan diariamente.
- Azúcar diariamente en pequeña cantidad, 10- 30 g.
- Cocinar o aderezar con aceites vegetales, preferentemente aceite de oliva; en su defecto girasol, maíz o soja.

Se recoge a continuación un modelo de dieta que puede ser útil en la práctica (Tabla 8).

Para desayunar aconsejamos tomar:

- Una ración de fruta (pieza de fruta de 130 gramos)
- Una ración de galletas, pan o bollería (50 – 80 gramos)
- Media ración de charcutería(jamón, lomo, chorizo, chicharrón cocido) o pescado en aceite o queso (media ración es igual a 60 – 65 gramos), aceite de oliva 10 cc y /o mermelada 20 gramos.
- Una ración de leche (200 cc).

Para comer aconsejamos tomar:

- Una ración de arroz (60 – 80 gramos) o pasta (60 – 80 gramos) o legumbre (50 – 80 gramos) o patata (250 – 400 gramos).
- Una ración de carne magra(pollo, ternera, buey, cordero o cerdo sin grasa)(100 – 110 gramos) o pescado (120 – 130 gramos).
- Media ración de verdura como guarnición vegetal (150 – 175 gramos).
- Una ración de fruta como ensalada verde(lechuga, escarola, espinacas, acelga), fruta fresca o ambas (130 gramos).
- Media ración de postre lácteo(queso fresco, natillas, flan, yogures, requesón (60 – 80 gramos).
- Media ración de pan, pasta, arroz, patatas o legumbres (50 – 80 gramos).

Para merendar aconsejamos tomar:

- Una ración de galletas, pan o cereales y una ración de lácteos.

Para cenar aconsejamos tomar:

- Media ración de verduras (100 – 150 gramos) y media ración de patata, pan o pasta (50 – 80 gramos)
- Una ración de carne o pescado igual que en la comida.
- Media ración de verdura verde
- Media ración de fruta que podrá cambiar por postre lácteo.
- Media ración de fruta que podrá cambiar por postre lácteo.
- Una ración de carne o pescado equivalente a dos huevos.

Se recomienda beber de 2 a 3 litros diarios de agua. Aceite para todo el día: 50 cc.

Tabla 8: Modelo de dieta para el paciente VIH.

Durante la evolución habitual de la infección por el VIH aparecen momentos en los que existe dificultad para alimentarse adecuadamente: falta de apetito por fiebre, dolor al masticar, episodios de diarrea, etc. Por ello, se adjuntan algunos consejos para esas situaciones.

Perdida de peso/Anorexia

- Realiza ingestas más frecuentes y con menor cantidad en cada una de ellas.
- Come siempre que tengas apetito. Ten alimentos para “picar” a mano.
- Evita productos descremados, “light” y preparaciones de mucho volumen y poco valor energético (ensaladas verdes, caldos, verduras solas).
- Procura que la comida sea hecha por otra persona.
- Selecciona alimentos y líquidos de alto valor calórico (aceites, mantequilla, nata, quesos, crema de leche, pasta italiana, pastelería...).
- Utiliza suplementos dietéticos según necesidades.
- Elabora los platos en forma de “guiso”, fritos, empanados o rebozados. Por ejemplo: cocido, lentejas con arroz, patatas guisadas con carne...
- Aumenta el consumo de alimentos proteicos como carne, pescado (sobre todo el azul), huevos, leche entera y legumbres.

Diarrea

- Reduce la cantidad de lactosa de la dieta, suspendiendo o disminuyendo temporalmente (hasta una semana del cese de la diarrea) la ingesta de leche y derivados salvo quesos curados o yogur y leche sin lactosa (descremada).
- Reduce la ingesta de fibra evitando el consumo de determinadas frutas (ciruela, uva), verdura (coliflor, judía verde, brócoli) y productos integrales (pan, cereales). No consumas pan recién sacado del horno.
- Realiza comidas frecuentes y de poca cantidad.
- Reduce la grasa en la dieta.
- Evita productos de casquería (sesos, hígado...), embutidos y productos enlatados.
- Evita fritos o guisos con salsas o condimentos.

Se recomienda tomar:

- Manzana (cruda, rallada, cocida o en compota) y/o plátano.
- Patata y zanahoria en puré o cocida.

- Arroz refinado cocido.
- Yogur natural sin azúcar (con sacarina) y queso fresco.
- Carne de pollo, pavo, ternera o vaca limpia de grasa.
- Pescado blanco.
- Beber fundamentalmente agua. Puedes también tomar infusiones tipo té o manzanilla, zumo de limón...
- Los alimentos deben ser elaborados de forma sencilla: cocidos, asados en su jugo o a la plancha.

Problemas de deglución.

- Consume alimentos de consistencia blanda a temperatura media. Evita alimentos secos o suavízalos con salsa o mantequilla.
- Evita bebidas alcohólicas o gaseosas.
- Utiliza anestésicos tópicos si los precisas: Lidocaína viscosa al 1 %. En caso de sequedad de boca, el chupar granizado de solución de zumo limón, manzanilla y miel puede aliviar.

Nauseas y vómitos

- Haz tomas pequeñas y frecuentes, comiendo lentamente y masticando bien los alimentos para evitar que el estómago este vacío.
- Las bebidas gaseosas y alimentos ácidos (limón, pepinillo...) pueden reducir las nauseas.
- Selecciona alimentos poco condimentados. Se aconsejan alimentos de consistencia blanda y con poco aroma. Se prepararán los alimentos de la forma más sencilla posible: cocidos, asados en su jugo o a la plancha.
- Come alimentos "secos" al levantarte, que parece se toleran mejor (bocadillo, galleta...). Espera media hora antes de tomar líquidos.
- Relájate después de las comidas en posición semisentada y espera un rato antes de acostarte.
- Procura no tomar agua u otros líquidos durante la comida. Sepáralos al menos media hora .
- Utiliza antieméticos.

Tabla 9: Consejos dietéticos en situaciones especiales.

Las estrategias desarrolladas para prevenir la desnutrición y especialmente el “wasting syndrome” incluyen el tratamiento específico de la infección por VIH, el tratamiento de las infecciones oportunistas y la identificación de las situaciones de riesgo, así como el tratamiento de las causas de la malnutrición.

En los casos de deterioro del paciente, cuando la pérdida de peso corporal sea mayor o igual del 10% en tres meses o del 5% en un mes, será remitido a atención especializada donde se podrá establecer una terapia combinada con fármacos orexígenos anabolizantes y soporte nutricional con nutrición enteral o parenteral según su situación clínica.

ASPECTOS NUTRICIONALES DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON INHIBIDORES DE LA PROTEASA

La eficacia de los fármacos inhibidores de la proteasa (IP) ha quedado patente tras demostrar que un porcentaje elevado de pacientes consigue llegar a niveles indetectables de carga viral, mejorando en líneas generales el estado nutricional. No obstante, los efectos adversos asociados y las resistencias nos deben mantener alerta para identificar pacientes en riesgo de desnutrición.

Los efectos sobre aspectos nutricionales que más han llamado la atención en los últimos 2-3 años en pacientes en tratamiento con IP han sido las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado y lipídico, así como los cambios en la composición corporal.

Trastorno del metabolismo hidrocarbonado

Se ha descrito hiperglucemia por una disminución importante de la sensibilidad a la insulina que produce un cuadro de resistencia insulínica. Ésta contribuye a una progresiva pérdida de la grasa subcutánea desarrollándose un cuadro de lipodistrofia muy característico. Incluso hay casos de desarrollo de cuadros de diabetes.

Sugerencias en caso de hiperglucemia

- Evitar azúcares de mesa (sacarosa) y aquellos alimentos elaborados con la misma como mermelada, confituras, postres y dulces comerciales, helados, nata.
- Evitar bebidas alcohólicas y refrescos azucarados.
- Pueden tomarse bebidas refrescantes light.

Trastorno lipídico

Aparece en un porcentaje elevado de pacientes en tratamiento con IP(50%). El patrón lipídico descrito corresponde a:

- Elevación muy clara de los niveles de triglicéridos
- Elevación de los niveles de colesterol total, siendo esta la gran diferencia con los pacientes que no toman IP.
- Descenso de los niveles de colesterol HDL.

Sugerencias para el control de la hipertriglicerideremia:

- No tomar bebidas alcohólicas
- Evitar alimentos preparados con azúcares de mesa
- Combatir la obesidad (dieta y ejercicio).

Recomendaciones para el control de la hipercolesterolemia:

- Evitar alimentos que contengan grasas saturadas (mantequilla, margarina, nata, helados, productos de pastelería y bollería, quesos grasos, carnes grasas, embutidos, marisco, productos de casquería).
- Tomar preferentemente leche y derivados desnatados, legumbre cocinada con verdura, fruta y pescado blanco.
- Vigilar el etiquetado de los alimentos o comidas preparadas que se compran para evitar alimentos elaborados con grasa animal o aceite de palma y coco.

Trastornos de la composición corporal

Probablemente sean los trastornos relacionados con la distribución de grasa corporal los que los pacientes consideran más importantes. Estos se quejan de que su cuerpo sufre cambios estructurales: les adelgazan los brazos, las piernas y los glúteos, en ocasiones la cara; y, por otro lado, aumenta su perímetro abdominal, con acúmulo de grasa visceral y aumenta también la grasa de la zona mamaria. Esto es lo que la mayoría de los autores denominan “lipodistrofia benigna periférica” y los pacientes “crixipanza”.

Se ha estimado que hasta un 74% de los pacientes tratados con IP (Indinavir-CRIXIVAN®) ha llegado a presentar este cuadro. En menor número puede aparecer un acúmulo de grasa en la parte posterior del cuello denominado “giba de búfalo”.

La trascendencia de estas modificaciones en la distribución de grasa no es sólo estética, sino que en gran medida estos pacientes presentan algunas de las alteraciones metabólicas antes descritas: hiperlipemia en ayunas, niveles de glucemia basales elevados, incluso diabetes mellitus diagnosticada. Todos ellos son conocidos factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.

Estas alteraciones metabólicas deben ser tratadas con las modificaciones en la alimentación y el estilo de vida (ejercicio, no fumar...) recomendadas en la población general. Igualmente, en ocasiones, precisarán tratamiento farmacológico. La retirada del IP no siempre se acompaña de una mejoría en la distribución de la grasa y debe valorarse cuidadosamente, dado el gran beneficio producido en la situación inmunológica.

Los TARGA han permitido disminuir hasta hacer indetectable la carga viral en un elevado número de pacientes con infección por VIH, revolucionando el pronóstico vital de los mismos. Pero, a la vista de la gran cantidad de efectos adversos, todavía deben ser optimizados.

Es probable que, en un futuro próximo, la mayor eficacia de las nuevas pautas de TARGA pueda evitar la desnutrición como complicación frecuente en la infección VIH y sobre todo en sida. Mientras tanto, se recomienda un abordaje multidisciplinario, que incluya educación y soporte nutricional, buena adhesión al tratamiento, prescripción personalizada de fármacos para la anorexia y/o suplementos dietéticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Johnston S., B Sc (Hons), SRA. *Desnutrición en el paciente con infección por VIH* Jano 13-19 Noviembre 1998 Vol LV n[1275 (1.789-1.792).
2. Hernández F. *Guía para una correcta comprensión y manejo de la infección por VIH*. Fundación Anti-SIDA de España. Escuela de sida, salud y convivencia Madrid 1997.
3. Álvarez Hernández, J. *Nutrición y Sida*. *Nutrición Hospitalaria*(1999). Vol. XIV.(Sup.2)62-70.
4. Green CJ: *Nutritional support in VIH infection and AIDS*. *Clin. Nutr.*, 1995,14:197-212.
5. Macallan DC, Noble C, Baldwin C, Jebb SA, Prentice A M, et al.: *Energy expenditure and wasting in human immunodeficiency virus infection*. *N Eng J Med*, 1995; 333:83-88.
6. Carra A, Samaras K, Thorisdottir A, Kaufman GR, Chrisholm DJ, Cooper DA: *Diagnosis, prediction and natural course of HIV-1 protease – inhibitor – associated lipodystrophy, hyperlipidaemia and diabetes mellitus: a cohort study*. *Lancet* 1999; 353:2093-2098.
7. *Malnutrición y SIDA*. Recomendaciones del Consejo Asesor Clínico del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1997 nº 9.

6. PROFILAXIS DE ENFERMEDADES ASOCIADAS: Vacunas e infecciones oportunistas

Dentro de la atención clínica de la persona infectada por el VIH, uno de los pilares fundamentales, además del tratamiento antirretroviral, es la prevención de las infecciones. Esto incluye tanto vacunas como medidas higiénicas y quimioprofilaxis de infecciones oportunistas que, junto con las estrategias de prevención de la transmisión de la infección, constituyen algunas de las piezas claves de actuación en atención primaria. Sabemos que los pacientes sin tratamiento antirretroviral, al recibir medidas profilácticas (prevención de infecciones oportunistas), aumentan su calidad de vida. Por tanto, en atención primaria, lo primero que debemos verificar y asegurar es que:

1. **El paciente tenga administradas todas las dosis de las vacunas recomendadas.**
Si no es así, se explicaran al paciente las grandes ventajas de la vacunación y sus escasos inconvenientes y, si está de acuerdo en que se le administren, se le facilitarán los trámites burocráticos que precise: direcciones, cartilla de vacunación etc.
2. **El paciente y su familia conozcan las medidas de higiene para evitar contagiarse y contraer infecciones frecuentes en nuestro medio (varicela, salmonella...).**
3. **El paciente tenga pautado el tratamiento para la profilaxis de infecciones oportunistas que le corresponda en su caso, apoyándole en la adherencia al mismo.**
4. **El paciente, los convivientes y otros profesionales (pediatría, enfermería) conozcan su situación inmunológica y las contraindicaciones de ciertas vacunas (polio oral para pacientes y convivientes) y/o los peligros de algunas enfermedades infantiles (sarampión y varicela).**

VACUNAS

La administración de vacunas en el paciente infectado ha sido motivo de controversias ya que dicha administración puede conllevar un incremento de la carga viral. Pero este aumento es transitorio y menos importante que el que

podrían ocasionar algunos de los procesos patológicos que se intentan evitar con las mismas. Se recomienda, de todos modos, que cualquier medición de la carga viral se realice antes de la administración de una vacuna o al menos varias semanas después, para así evaluar correctamente la respuesta al TARGA.

En general, los pacientes infectados tienen una respuesta inmunitaria a las vacunas inferior a la de las personas sanas. Esta respuesta es aún mucho menor e irregular en los pacientes sintomáticos.

La inmunodepresión de los pacientes es diferente en cada caso y depende del estadio evolutivo de la enfermedad. Por tanto, es importante que los pacientes sean vacunados lo antes posible durante la evolución de la infección por el VIH, de forma que podamos conseguir una mayor respuesta inmunológica. Por las mismas razones, en los pacientes que presentan un avanzado grado de inmunodepresión, puede ser preferible aplazar la vacunación hasta unos meses después del comienzo de la terapia antirretroviral, con el objeto de maximizar la inmunogenicidad de la vacuna. Así, no debemos, a la hora de vacunar, distinguir entre infección VIH y sida, sino que la situación inmunitaria del paciente es la que va a marcar nuestra pauta de actuación (n.º de CD4). Debemos coordinar nuestra actuación con la del hospital para evitar duplicidades o información contradictoria.

Es importante saber que:

- **Las vacunas de microorganismos vivos**, con excepción de la triple vírica, no deben administrarse a individuos infectados por el VIH. Estas son: BCG, polio oral (tipo Sabin), tifoidea oral, varicela-zóster, fiebre amarilla. La vacuna de la rabia se puede administrar cuando existe una situación de gran riesgo.
- **Las vacunas inactivadas o toxoides** (difteria, tétanos, tosferina, polio parenteral (tipo Salk), tifoidea parenteral, haemophilus influenza, neumococo, virus de la gripe, hepatitis B, hepatitis A...) se pueden administrar en pacientes VIH + ya que no presentan ningún problema de tolerancia y seguridad.
- Igualmente, en caso de **viajes o estancias ineludibles en países que lo requieran**, se deben utilizar otras vacunas: meningococo, cólera, peste, encefalitis japonesa, antirrábica...

VACUNAS INDICADAS:
Vacunas que todo paciente VIH debe tener

- Antineumocócica
- Hepatitis B
- Difteria-tétanos
- Triple vírica

VACUNAS NO INDICADAS SISTEMÁTICAMENTE:
Vacunas indicadas según situación epidemiológica, viajes...

- Virus de la gripe
- Haemophilus influenzae B
- Tifoidea parenteral
- Hepatitis A
- Polio IM tipo Salk

VACUNAS CONTRAINDICADAS:
En algún caso () también contraindicadas en convivientes.*

- BCG
- Polio oral (tipo Sabin)*
- Tifoidea oral *
- Varicela-zóster *
- Fiebre amarilla

Algunas consideraciones sobre vacunas:

— ***Antineumocócica.***

A causa de la enorme incidencia de infecciones neumocócicas graves, se aconseja la vacuna neumocócica a todo paciente VIH. La neumonía neumocócica es la localización más frecuente en el contexto de la infección, siendo el riesgo de sepsis neumocócica 200 veces mayor que en población

general. Aunque en estadios avanzados la respuesta en anticuerpos es menor, el beneficio obtenido sigue siendo importante.

Se administra una sola dosis. Se recomienda revacunar a los 3-5 años.

Ya se encuentra comercializada en España por dos casas comerciales. Se financia como “medicamento de diagnóstico hospitalario”, que precisa informe del especialista del hospital y visado de inspección.

— *Hepatitis B*

Los pacientes infectados por el VIH que tienen una hepatitis B desarrollan con mayor frecuencia una infección crónica. Por ello se debe administrar la vacuna, previa realización de los correspondientes marcadores, en especial en CDVP (que tienen una alta prevalencia de infección por VHB). Estos pacientes tienen una respuesta alterada a la vacuna, por lo que es conveniente medir los niveles de anticuerpos después de la tercera dosis y, si no hay respuesta, administrar de una hasta tres dosis más de refuerzo.

— *Triple vírica*

Debe considerarse su utilización en todo adulto VIH positivo que no haya tenido la enfermedad. El desarrollo de sarampión en estos pacientes es muy grave, por lo que, en caso de duda, el médico debe plantear la vacunación, ya que estas vacunas pueden no haber estado disponibles en su niñez.

— *Polio*

La inmunización frente a la polio está indicada en pacientes no vacunados o que viajan a países con una alta prevalencia. La vacuna oral está contraindicada en estos enfermos, así como en personas que convivan con ellos (niños: hijos, sobrinos, etc.) o en el personal sanitario que esté habitualmente en contacto con los mismos, ya que se eliminan virus atenuados por las heces y la faringe de las personas a las que se les administra la misma, pudiendo provocar la infección sintomática en personas inmunocomprometidas. Se recomienda que se realice con la vacuna parenteral de virus atenuados (tipo Salk), tanto en pacientes VIH como en personas que convivan con estos enfermos.

— ***Antigripal***

Está indicado administrarla durante el otoño tanto a los pacientes como a las personas que conviven con él.

— ***Antitetánica***

Indicada en todo adulto no vacunado, en especial si consume drogas inyectadas, ya que tienen un mayor riesgo de contraer el tétanos. La presentación actual, de elección, es la asociada a la difteria del adulto.

— ***Antihaemophilus influenzae tipo B***

No existe información acerca de su efectividad en adultos con infección VIH. Sí se sabe que éstos tienen un riesgo aumentado de tener una neumonía por *Haemophilus*. Debe considerarse el riesgo de contraer la enfermedad y la propia eficacia para decidir su uso.

— ***Hepatitis A***

Está indicada en personas que mantienen prácticas sexuales de tipo oral y anal con contactos múltiples, consumidores de drogas inyectadas y viajeros a países donde la hepatitis A es endémica. También está indicada en personas que tienen mayor riesgo de desarrollar una hepatitis fulminante en caso de infección por este virus. (Aquellas con serología positiva a VHB y/o VHC o con hepatopatía crónica de otro origen).

En España, la prevalencia de infección es del 80% en mayores de 30 años y del 40% en el grupo de 20 a 29 años, por lo que es conveniente la determinación de anticuerpos antes de proceder a la vacunación en estos grupos de edad.

La receta para la vacuna requiere visado de inspección.

— ***Inmunoglobulinas específicas***

Las específicas frente a hepatitis B, rabia humana, tétanos, varicela-zóster y las inespecíficas tienen las mismas indicaciones y dosificación que en los pacientes no infectados por el VIH.

PROFILAXIS DE INFECCIONES OPORTUNISTAS

Un aspecto muy importante en la prolongación de la supervivencia y mejoría en la calidad de vida constatado en estos pacientes es una correcta y temprana profilaxis de las infecciones oportunistas asociadas, tanto para prevenir su aparición (profilaxis primaria) como para evitar el desarrollo de una enfermedad tras la infección o la recidiva de aquellas cuyo tratamiento haya sido completado adecuadamente (profilaxis secundaria).

Antes de instaurar cualquier tratamiento con este fin debemos asegurarnos de que:

1. El paciente conoce las medidas higiénicas de cómo evitar la exposición.
2. Se va a supervisar y apoyar la adherencia al tratamiento. Para ello es imprescindible explicar previamente al paciente los objetivos de la profilaxis, sus beneficios y posibles efectos secundarios.

Se está reevaluando constantemente el tratamiento preventivo debido a la reconstrucción del sistema inmune que se produce con los nuevos tratamientos antirretrovirales. Algunas profilaxis secundarias se están comenzando a retirar e incluso en profilaxis primarias existen cambios en fármacos y dosis.

QUIMIOPROFILAXIS DE LAS ENFERMEDADES OPORTUNISTAS MÁS HABITUALES

Tuberculosis:

Se debe realizar una prueba de la tuberculina (Mantoux o PPD) a todos los pacientes VIH+ y repetirla anualmente si es negativa.

Si la depresión inmunológica es severa y el resultado es negativo, para considerarlo como tal habría que constatar la ausencia de anergia cutánea. Se puede valorar el realizar las pruebas de anergia cutánea.

Indicaciones de quimioprofilaxis:

- *PPD \geq 5 mm independientemente de la edad.*
- *Pacientes anérgicos si hay situación epidemiológica que lo aconseje: colectivos cerrados como prisiones, toxicómanos activos, personas con indigencia, sin-techo, contacto conocido con TBC aunque haga muchos años...*
- *Presencia de lesiones residuales en la radiografía de tórax.*
- *Consumidores de drogas (IV, alcohol...)*
- *Contactos estrechos de enfermos bacilíferos, independientemente de los resultados del PPD. (Incluso, en algunas situaciones, se puede valorar aunque ya haya realizado una quimioprofilaxis correcta en otra ocasión.)*

MUY IMPORTANTE

ANTES DE INICIAR UNA QUIMIOPROFILAXIS HAY QUE DESCARTAR CUIDADOSAMENTE LA EXISTENCIA DE UNA ENFERMEDAD ACTIVA:

Realizar evaluación clínica, Rx. Tórax y baciloscopia (BK) en esputos. A veces se precisan otras exploraciones para obtener muestras: esputos inducidos, lavado broncoalveolar mediante fibrobroncoscopia, biopsia ganglionar o pleural...

Fármacos empleados:

- *Isoniazida 300 mg/día 12 meses (min. 6 meses; mejor 9 a 12) (CEMI-DON B6 ® 2 comp.)*

PAUTAS CORTAS: recientemente se han publicado muy buenos resultados con 2-3 fármacos durante 2 o 3 meses. Interesantes en situaciones en las que asegurar tratamientos largos es difícil (cárcel, desplazados..).

Fármacos empleados:

- *Rifampicina 600mg./día + Pirazinamida 1500 mg./día, diario, 2 meses. (similar a 12 m de Isoniazida). (RIMACTAN® 600 ó RIFALDÍN® 600 1 comp. + PIRAZINAMIDA PRODES® 250 , 6 comp.)*
- *Isoniazida 300 mg./día + Rifampicina 600 mg./día, diario, 0 3 meses (similar a 6 meses de isoniazida). (RIFINAH® 2 comp.)*
- *Rifampicina 600 mg./día + Pirazinamida 60mg/Kg/día, 2 veces en semana, 3 meses (similar a 6 meses de isoniazida) (RIMACTAN® 600 o RIFALDIN® 600 1 comp. + PIRAZINAMIDA PRODES® 250, 12 a 22 comp (60 a 90 Kg.)*

Pneumocistis carinii:

La profilaxis primaria se debe iniciar en todos los pacientes que presenten un n.º de CD4 <200, con cotrimoxazol 3 días por semana. También confiere protección frente a toxoplasma e infecciones por salmonella. Si existe intolerancia, se puede utilizar pentamidina en aerosol aunque siempre en centro especializado y teniendo en cuenta que sólo protege frente a la neumonía por *Pneumocistis carinii*. Se debe dar de manera continuada. Está en estudio el suspenderla cuando ya se ha recuperado el sistema inmune tras un TARGA.

La profilaxis secundaria es la misma a las mismas dosis. En algunos casos se está planteando retirarla cuando el TARGA consigue recuperar el sistema inmune.

Fármacos utilizados:

- *Cotrimoxazol: 960 mg./ 3 días en semana (SEPTRIN FORTE® 1 COMP. L - Mx - V.)*
- *Pentamidina en aerosol en habitación usada sólo para ello con sistema de ventilación con presión negativa. (Una sesión mensual).*

Toxoplasmosis:

La profilaxis primaria se inicia en pacientes que presentan un n.º de CD4 < 100 y serología de toxoplasma positiva. El cotrimoxazol es el fármaco indicado en las mismas dosis que para el P. carinii. En caso de intolerancia, la alternativa es dapsona + pirimetamina complementadas con a. folínico. También se debe tomar de manera continuada e indefinida.

En la profilaxis secundaria no se utiliza cotrimoxazol sino sulfadiazina y pirimetamina complementadas con a. folínico.

Fármacos empleados:

- *Cotrimoxazol 960 mg. /3 días en semana (SEPTRIN FORTE® 1 COMP. L - Mx - V)*
- *Dapsona 50 mg.+ Pirimetamina 50 mg.+ A. fólico 15 mg/día (SULFONA® 1/2 COMP. + DARAPRIM® 2 COMP. + LEDERFOLIN® 1 COMP.)*
- *Sulfadiazina 1 g.+ Pirimetamina 25 mg.+ A. Fólico 15 mg./día (SULFADIAZINA® 2 COMP. + DARAPRIM® 1 COMP + LEDERFOLIN® 1 COMP.)*

EN RESUMEN

Para realizar profilaxis primaria de infecciones en un infectado por VIH debemos pensar en:

EDUCACIÓN SANITARIA
ACTUALIZAR VACUNACIÓN SISTEMÁTICA (tétanos-difteria y triple vírica)
VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA
DESPISTAJE Y QUIMIOPROFILAXIS DE TUBERCULOSIS.
VACUNACIÓN ANTIGRIPAL
VACUNACIÓN ANTIHAEMOPHILUS
VACUNACIÓN ANTIHEPATITIS B

Si CD4 < 200: QUIMIOPROFILAXIS P. CARINII

Si CD4 < 100: QUIMIOPROFILAXIS TOXOPLASMOSIS.

QUIMIOPROFILAXIS SECUNDARIAS

Cuando un paciente ya ha padecido una infección oportunista a veces debe realizar un tratamiento profiláctico de mantenimiento para evitar las recidivas. Existen tratamientos para muchas de ellas, pero queremos destacar sólo los más habituales:

- *Herpes*: si ha habido más de tres episodios de infección moderada o uno grave.
- *Candidiasis*: si los episodios son muy frecuentes (en pacientes seleccionados).
- *Criptococosis*
- *Citomegalovirus*: todos los que han tenido una enfermedad ocular o una extraocular grave.

Actualmente están en marcha estudios para evaluar la retirada de estos tratamientos tras la restauración del sistema inmune en algunos pacientes tratados con ARV y con respuesta óptima. Se están obteniendo buenos resultados pero aún requieren confirmación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miller KE y Graves C. *Update on the prevention and treatment of sexually transmitted diseases*. Am Fam Physician 2000;61:379-86.
2. USPHS/IDSA guidelines. Part I "Prevention of Exposure" Am Fam Physician 2000;61:163-174.
3. USPHS/IDSA guidelines. Part II "Prevention of the First Episode of Disease" Am Fam Physician 2000;61:441-477.
4. USPHS/IDSA guidelines. Part III "Prevention of Disease Recurrence" Am Fam Physician 2000;61:771-785.
5. Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida. *Prevención de las infecciones oportunistas en pacientes adultos y adolescentes infectados por el VIH en la era del tratamiento antirretroviral de gran actividad*. Octubre 2000.

7. TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR VIH

Introducción. Principios del tratamiento

El tratamiento de la infección por VIH se ha complicado de manera importante: se utilizan regímenes terapéuticos de 3 ó 4 fármacos, que tienen múltiples efectos secundarios y numerosas interacciones, que precisan la monitorización de parámetros no disponibles en atención primaria (carga viral) y están sometidos a un ritmo de investigación con cambios constantes. Todo ello hace recomendable que su manejo sea llevado a cabo por personal con experiencia suficiente y medios adecuados.

Ello no debe impedir que los profesionales de atención primaria conozcan los principios del tratamiento antirretroviral (TARGA) y tengan, al menos, las nociones básicas sobre fármacos, principales efectos secundarios, interacciones y facilitación de la adherencia, que les permitan realizar una atención integral a los infectados. Esta atención debe ser, además, coordinada con los profesionales de atención especializada con los que se comparten los cuidados del paciente.

En la práctica diaria se dan situaciones en las que estos conocimientos nos serán necesarios:

- Lectura e interpretación de informes hospitalarios.
- Asesoramiento al paciente infectado, incluida la valoración de diferentes opciones terapéuticas.
- Apoyo psicológico.
- Prescripción de medicación en patología intercurrente.
- Diferenciar efectos secundarios de patología intercurrente u oportunista.
- Consultas sobre actuación en caso de aparición aguda de efectos secundarios.
- Apoyo a la adherencia al tratamiento.

Gracias a los ensayos clínicos realizados sabemos que:

- El TARGA es capaz de retrasar la progresión clínica y aumentar la supervivencia.
- Existe una buena correlación entre la respuesta virológica (carga viral), la respuesta inmunológica (CD4) y la respuesta clínica (retraso de la progresión/mayor supervivencia).
- Se puede producir selección de virus resistentes a los diferentes anti-retrovirales. Esto se puede prevenir suprimiendo la replicación viral.
- Objetivo del TARGA: disminuir la viremia por debajo de los límites de detección de los métodos disponibles, durante el mayor tiempo posible. Si no es posible, al menos que baje por debajo de 5000 copias/ml. (método bDNA) ó 10.000 copias (método PCR-TI).
- Este objetivo se debe intentar con el menor número posible de fármacos.
- Cuando el deterioro inmunológico es importante, aunque se instaure un TARGA con éxito, el sistema inmune se recupera lentamente y en menor medida de lo esperado, por lo que no se debe retrasar innecesariamente el comienzo.
- Hay que personalizar y adaptar a cada situación la estrategia terapéutica.
- Debe establecerse pensando a largo plazo. (Un tto. de inicio temprano y duración indefinida probablemente tendrá problemas de toxicidad y resistencias que requerirán cambios: hay que intentar no “quemar” opciones terapéuticas futuras.)

- **La adherencia al tratamiento es esencial:** un mal cumplimiento se asocia a no alcanzar los objetivos de supresión o disminución de la carga viral, a la progresión a sida y menor supervivencia, así como a la aparición de resistencias a fármacos.

El TARGA debe integrarse en el conjunto de otras medidas igualmente importantes: vacunaciones, profilaxis de enfermedades oportunistas y su tratamiento si precisa, apoyo psicológico y social, atención a drogodependencias, prevención de la transmisión del VIH y cuidados de la situación terminal.

- **El análisis de beneficios y riesgos** antes de iniciar el TARGA , realizado conjuntamente con el paciente, debe dirigir cualquier estrategia terapéutica (ver tabla 1).

BENEFICIOS	RIESGOS
<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la carga viral. • Disminución del riesgo de aparición de resistencias. • Mantener el sistema inmune. • Retrasar la progresión a sida . • Aumentar la supervivencia a corto y medio plazo. En pacientes sintomáticos mejora la calidad de vida. • Evitar la toxicidad de los fármacos (mayor cuanto más deterioro) • Posible disminución de la transmisibilidad del virus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aún se desconocen la efectividad y la toxicidad a largo plazo. • Los efectos adversos y la toma diaria de tratamientos complejos pueden disminuir la calidad de vida.(Sobre todo en pacientes asintomáticos). • Desarrollar resistencias en etapas tempranas, lo que limitaría opciones terapéuticas futuras. • Transmitir cepas resistentes. • Si no se toma bien más del 95% de las dosis prescritas, ineficacia y aparición de resistencias.

Tabla 1.

Tratamiento inicial

La decisión de comenzar un tratamiento se debe tomar conjuntamente entre el paciente y su médico. Para ello hay que realizar un análisis de beneficios frente a riesgos y valorar:

- Deseos del paciente
- Situación clínica
- Grado de inmunodepresión (CD4)
- Riesgo de progresión (carga viral)
- Probabilidad de cumplimiento del régimen que se va a prescribir.

El análisis de beneficios frente a riesgos es más complicado en pacientes asintomáticos, en los que una determinada combinación puede limitar opciones terapéuticas futuras.

No se debe excluir a ningún paciente de la posibilidad de empezar un TARGA. Por ejemplo, una persona con problemas relacionados con el consumo de heroína o alcohol, o con problemas de indigencia social, o con problemas psiquiátricos, suele tener dificultades, pero puede hacer un tratamiento correctamente si se abordan y tratan sus problemas y está suficientemente motivada y apoyada.

Se deben implantar estrategias que ayuden al cumplimiento del tratamiento: educación, objetivos consensuados, regímenes pactados y adaptados a su realidad y sin olvidar el abordaje de los problemas médicos y psicosociales asociados (tto. de su adicción, tto. psiquiátrico, mejora de la red de apoyo, acceso a ayudas, salario social...). No se debe comenzar un tratamiento hasta estar seguro de que el paciente ha entendido los objetivos y la necesidad de una adherencia estrecha, comprometiéndose con él a pesar de las dificultades. El momento de inicio puede estar condicionado por una patología aguda, que implique toxicidad cruzada de los fármacos, interacciones, dificultades con el cumplimiento del régimen... Puede ser mejor, en estos casos, retrasar el comienzo del TARGA.

No se debe usar monoterapia. Se deben usar siempre combinaciones de, al menos, 3 fármacos.

Tratamiento en pacientes que ya han recibido tratamiento previo

Como norma no se debe usar monoterapia. Los casos de doble terapia se deben revisar (excepcionalmente pueden ser adecuados). Se recomiendan distintas combinaciones de tres fármacos según los tratamientos ya recibidos.

Para realizar un cambio de tratamiento es preciso distinguir entre fracaso terapéutico y efectos secundarios.

Si es por aparición de efectos secundarios puede sustituirse el ARV por otro con un mecanismo similar de acción, pero diferente perfil de toxicidad.

En caso de fracaso la dificultad estriba en la definición del mismo, pudiéndose considerar como tal:

- Progresión clínica (“fracaso clínico”)
- Caída de las cifras de CD4 por debajo de las basales (“fracaso inmunológico”)
- Cambios en la carga viral o respuestas subóptimas: (“fracaso virológico”)
 - Disminución de carga viral menor de 10 veces la cifra basal a los dos meses de iniciado el tratamiento.
 - Reparición de carga viral detectable después de haber sido indetectable.
 - Fracaso en bajar la carga viral a menos de 5000 copias (bDNA) ó 10.000 (PCR-TI).

La realidad actual es que muchos pacientes con tratamientos previos han desarrollado resistencias a varios antirretrovirales y las combinaciones posibles quedan muy limitadas.

Si un paciente tiene problemas de tolerancia con la medicación, no debe bajar la dosis ni suspender alguno de los antirretrovirales, ya que quedaría con una monoterapia encubierta. Si hay necesidad de suspender un TARGA por efectos secundarios intolerables, por interacciones medicamentosas, por tratarse de una embarazada en el primer trimestre de la gestación que así lo decide u otra razón, es mejor suspender transitoriamente toda la medicación.

Se recomienda, para obtener una información detallada, consultar “Prevención de las infecciones oportunistas en pacientes adultos y adolescentes infectados por el VIH en la era del tratamiento antirretroviral de gran actividad”. Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida. Octubre 2000.

Fármacos antirretrovirales

Existen tres grupos de fármacos antirretrovirales por ahora:

- Los inhibidores de la transcriptasa inversa **análogos** de nucleósidos (ITIAN) Tabla 1.

- Los inhibidores de la transcriptasa inversa **no análogos** de nucleósidos (ITINAN) Tabla 2.
- Los inhibidores de la proteasa. Tabla 3.

Fármaco (DCI) Siglas	Especialidad farmacéutica	Interacciones (toma con alimentos)	Efectos adversos
Zidovudina (AZT) dos veces al día	RETROVIR® 100 cáp 100 mg 40 cáp 250 mg 60 comp 300 mg Sol oral 200 ml (10 mg/ml) COMBIVIR® (con Lamivudina)	Pueden aumentar su toxicidad otros fármacos nefrotóxicos y mielotóxicos (ganciclovir). Con paracetamol puede aumentar la mielotoxicidad. Con aciclovir IV puede causar letargia intensa. En ayunas (sin grasas)	Macrocitosis (95%); anemia, neutropenia y leucopenia: (graves: 1,8%) trombopenia. Cefalea (>50%) astenia (>50%), náuseas, vómitos, mialgias.(raro)
Didanosina (ddI) una o dos veces al día	VIDEX® 60 comp 25 mg 60 comp 50 mg 60 comp 100 mg 60 comp 150 mg	Interfiere la absorción de todos los fármacos que requieren ph bajo (dapsona, antifúngicos). Disminuye la absorción de ciprofloxacino, tetraciclinas (espaciar 2 h.) Evitar fármacos que produzcan pancreatitis (pentamidina) 1 h. antes o 2 h. después de alimentos separar 1h. del indinavir o la delavirdina	Pancreatitis (1-3%) Hiperamilasemia (20%) Diarrea (30%) Fiebre (12%) Neuropatía periférica (1-3%), hiperuricemia, ↑ transaminasas

(Continúa)

Fármaco (DCI) Siglas	Especialidad farmacéutica	Interacciones (toma con alimentos)	Efectos adversos
Zalcitabina (ddC) tres veces al día	HIVID® 100 comp 0,75 mg	Evitar fármacos que produzcan neuropatía periférica (vincristina, hidantoína, dapsona, metronidazol, isoniazida). Da igual	Neuropatía periférica (20-35%) Fiebre, erupción maculopapular. Estomatitis (13%)
Estavudina (d4T) dos veces al día	ZERIT® 56 cáp 15 mg 56 cáp 20 mg 56 cáp 30 mg 56 cáp 40 mg	Evitar fármacos que produzcan neuropatía periférica o pancreatitis. Mejor con alimentos	Neuropatía periférica (15 - 20%), ↑ transaminasas, pancreatitis (<1%)
Lamivudina (3TC) dos veces al día	EPIVIR® 60 cáp 150 mg Sol oral 240 ml (10mg/ml) COMBIVIR® (con zidovudina)	El trimetropím disminuye su excreción renal; el ciprofloxacino y la pentamidina disminuyen la potencia antiviral. Mejor en ayunas	El mejor tolerado. Cefalea, Pancreatitis en niños (15%)
Adefovir (análogo de nucleótido)	No comercializado. En fase de ensayo clínico		Disfunción renal. Nauseas
Abacavir dos veces al día Trizivir dos veces al día	ZIAGEN® 60 cáp 300 mg Sol oral 240 ml (20mg/ml) TRIZIVIR® 60 comp/envase (Abacavir 300 mg + AZT 300 mg + 3TC 150 mg)	Evitar ingesta alcohol. El alcohol aumenta sus niveles un 40%. Da igual	Hipersensibilidad (2 - 4%) grave. Puede ser fatal un 2.º intento en pacientes que ya la han sufrido antes.

Tabla 2: Inhibidores de la T.I. análogos.

Fármaco (DCI)	Especialidad farmacéutica	Interacciones (toma con alimentos)	Efectos adversos
Nevirapina dos veces al día	VIRAMUNE® Tab. de 200 mg	Induce las enzimas del citocromo P450. Monitorizar si se administra conjuntamente con rifampicina, rifabutin, anticonceptivos orales, triazolam, midazolam e inhibidores de la proteasa. Reduce con intensidad los niveles de metadona (produce síndrome de abstinencia). Da igual	Erupción cutánea ó rash (20 - 30%). Grave en el 3%. S. Johnson en el 0,4%. (Vigilar mucosas; si grave suspender). Hepatitis y ↑ transaminasas.
Delavirdina tres veces al día	RESCRIPTOR® Tab. de 100 mg	Inhibe las enzimas del citocromo p450. Aumenta los niveles de claritromicina, dapsona, quinidina, warfarina, indinavir y saquinavir. Está contraindicado su uso conjunto con terfenadina, astemizol, cisaprida, rifabutin, rifampicina, alprazolam, midazolam, triazolam, derivados de la ergotamina, anfetaminas, nifedipino, fenitoína, carbamacepina y fenobarbital. Da igual Separar 1h. de la didanosina	Erupción cutánea ó rash (20 -30%) que puede evolucionar a S. Stevens-Johnson (aunque raro, vigilar mucosas). Cefalea.

(Continúa)

Fármaco (DCI)	Especialidad farmacéutica	Interacciones (toma con alimentos)	Efectos adversos
Efavirenz una vez al día	SUSTIVA® Cáp de 200 mg.	Puede estimular o inhibir las enzimas A4 del citocromo P450. Además de lo de arriba, se recomienda monitorizar cuando se administre con: rifabutina, rifampicina y etinilestradiol. Mejor con grasas.	Aturdimiento al comenzar el tratamiento Exantema. Falsos positivos a cannabis. ↑ transaminasas..

Tabla 3: Inhibidores de la T. I. no análogos.

Fármaco (DCI)	Especialidad farmacéutica	Interacciones (toma con alimentos)	Efectos adversos
Saquinavir tres veces al día	INVIRASE® 270 cáp 200 mg	Moderado inhibidor de citocromo P450. Puede inhibir el metabolismo de astemizol, terfenadina, cisaprida... Puede ser inhibido por ketoconazol y otros imidazólicos. Los inductores hepáticos (rifampicina, rifabutina, fenobarbital, fenitoína) pueden disminuir sus concentraciones plasmáticas. El ritonavir inhibe su metabolismo. Mala absorción oral: mejor con zumo de pomelo o cápsulas de gelatina blanda. Mejor con una comida importante	Lipodistrofia. Alt. metabólicas: hiperglucemia, diabetes, hipertrigliceridemia... (con el tiempo, casi todos.) Diarrea, náuseas y dolor abdominal (<5%)

(Continúa)

Fármaco (DCI)	Especialidad farmacéutica	Interacciones (toma con alimentos)	Efectos adversos
		Los inductores enzimáticos disminuyen sus concentraciones (rifampicina, fenobarbital...) Mejor en ayunas. (sin grasas) separar 1h. de la didanosina. Beber muchos líquidos	tiempo, casi todos)
Nelfinavir dos veces al día	VIRACEPT® 270 comp 250 mg Polvo oral env. 114 gr (50 mg/gr Polvo)	Se metaboliza por P450. No administrar con Rifampicina. Su metabolismo es inhibido por Ritonavir, Ketoconazol e Itraconazol, evitar Astemizol, Terfenadine, Triazolam y Midazolam Mejor con alimentos	Diarrea. (10 - 30%) Lipodistrofia. Alt. metabólicas: hiperglucemia, diabetes, hipertrigliceridemia.... (con el tiempo, casi todos)
Amprenavir dos veces al día	AGENERASE® 240 cáp de 150 mg 480 cáp de 50 mg Solución oral 240 ml (15 mg/ml)	Se metaboliza por P450. No administrar con Rifampicina. Su metabolismo es inhibido por Ritonavir, Ketoconazol e Itraconazol, evitar Astemizol, Terfenadine, Triazolam y Midazolam Evitar ingesta con alimentos grasos	Nauseas, diarrea, exantema, cefaleas, parestesias orales. Lipodistrofia. Alt. metabólicas: hiperglucemia, hipertrigliceridemia... (con el tiempo casi todos)

(Continúa)

Fármaco (DCI)	Especialidad farmacéutica	Interacciones (toma con alimentos)	Efectos adversos
Lopinavir + Ritonavir dos veces al día	KALETRA® 180 cáp (5 estuches de 6 blisters) (6 cáp/blister) cap 133 mg Lopi + 33,3 mg Rito Sol. Oral (80 mg Lopi + 20 mg. Rito/ml)	Se metaboliza por P450. No administrar con Rifampicina. Su metabolismo es inhibido por Ritonavir, Ketoconazol. Evitar Astemizol, Terfenadine, Triazolam, Midazolam y Nimozide. Mejor con alimentos	Náuseas, vómitos, diarrea, astenia. Lipodistrofia. Alter. metabólicas: hiperglucemia, hipertrigliceridemia... (con el tiempo casi todos)

Tabla 4: Inhibidores de la proteasa.

Continuamente se están investigando nuevas moléculas. Algunas llegan a la fase de ensayo clínico pasando, poco después, a incorporarse a la práctica clínica habitual. Cuando en Estados Unidos se aprueba un fármaco puede pasar un tiempo hasta que se comercializa aquí (aprobado por la Agencia Europea del Medicamento); entre tanto se puede adquirir como medicamento extranjero. Existe también la posibilidad de utilizar fármacos que, aunque estén en fase de ensayo clínico por su perfil de toxicidad o resistencias cruzadas, pueden ser útiles a determinado paciente. Entonces se solicita, previo consentimiento del paciente, autorización para su “uso compasivo” al Ministerio de Sanidad y Consumo. El fármaco suele ser aportado gratuitamente por el laboratorio. Muchos medicamentos que comenzaron a usarse así ahora son de uso común.

Situaciones especiales

Primoinfección:

Existe evidencia de que el TARGA, cuando se ha podido identificar la primoinfección por el VIH, antes de la seroconversión, tiene beneficios inmunológicos. Por ahora la duración del tratamiento, una vez iniciado, es indefinida.

Si se sospecha una primoinfección muy reciente, se debe derivar para medir carga viral, ya que la serología puede ser todavía negativa y está indicado tratar con intensidad y cuánto antes. (Parece que puede ser beneficioso dentro del primer año de infección)

Embarazo:

La infección por VIH debe ser tratada igual en las mujeres embarazadas que en las que no lo están. Cualquier régimen que se establezca debería contener AZT, ya que es el único que ha demostrado reducción de la tasa de transmisión vertical del VIH. (De un 25% a un 4%)

Si se descubre la infección simultáneamente con el comienzo del embarazo, se puede diferir el inicio al 2º trimestre si la situación lo permite, evitando posible teratogenicidad. No existen datos sobre seguridad de los demás ARV en el embarazo, por ello la mujer debe ser informada de los riesgos y beneficios para ella y su futuro hijo y tomar una decisión conjunta. Igualmente, si una mujer en tratamiento con antirretrovirales se queda embarazada, la recomendación es continuar con el régimen de 3 fármacos, pero si ella lo desea se puede interrumpir durante el primer trimestre, aunque no hay datos sobre el efecto de esta interrupción en el desarrollo de resistencias a fármacos.

Si la mujer no quiere realizar TARGA combinado, se debe recomendar AZT para disminuir el riesgo de transmisión vertical, ya que es seguro durante el embarazo. Así mismo, los cuidados ante y perinatales y la cesárea programada reducen la tasa de transmisión.

Profilaxis postexposición:

En caso de accidente profesional con aguja infectada de alto riesgo, la probabilidad de infección (es de 0,30%; 0,15% si es con guantes) disminuye si se inicia inmediatamente TARGA (hasta un 80% con AZT sólo). La recomendación es comenzar triple terapia dentro de las 8-12 h. postexposición y prolongarlo 4 semanas.

Por ahora no se recomienda rutinariamente en caso de exposición sexual o por intercambio de material de inyección, ya que el balance riesgo/beneficio no está establecido, resulta difícil confirmar la infección de la fuente, son conductas que se pueden repetir y el tratamiento podría tener un efecto

paradójico de disminuir las conductas de protección. En cualquier caso, en caso de decidir realizarla, debería ser igualmente precoz, intensa y acompañarse de medidas educativas para evitar nuevas exposiciones.

Síndrome de reconstitución del sistema inmune:

Se ha observado en pacientes con una inmunodeficiencia severa (<50 CD4) que, al poco tiempo de comenzar una triple terapia, se manifiestan síntomas de una infección oportunista de manera abrupta y grave, pero que suele responder bien al tratamiento (TBC diseminada o meningea, herpes zóster...)

Se atribuye a la presencia de microorganismos contra los que el sistema inmune no reacciona hasta que comienza a recuperarse.

Apoyo al paciente para la adherencia al tratamiento

El TARGA requiere un alto grado de adherencia para ser realmente eficaz: existen estudios que relacionan el ajuste a las dosis prescritas (tanto nº de pastillas como horario, intervalo entre las dosis, relación con las comidas, etc.) con los resultados en suprimir el virus: en un estudio presentado en 1999 se obtuvieron estos resultados:

<i>% de dosis correctas</i>	<i>% de pacientes que consiguen carga viral indetectable</i>
> 95 %	81%
90 - 95 %	61%
80 - 90 %	50%
70 - 80 %	25%
< 70 %	6%

En España, el porcentaje de pacientes que mantienen una adherencia mayor del 80% de la dosis prescrita varía entre el 56 y el 83% según diversos estudios. El tratamiento subóptimo debido a la baja adherencia, además de disminuir la eficacia, facilita el desarrollo de resistencias que, a su vez, limitan mucho las posibilidades de encontrar una combinación eficaz posteriormente.

Un TARGA puede incluir de 2 a 5 tomas diarias, de entre 10 y 15 pastillas o cápsulas, de las que unas se pueden tomar con comida y otras no, otras no se pueden mezclar, con efectos secundarios molestos, todos los días de la semana, todo el año, durante muchos años...Muy exigente.

No se conocen adecuadamente los condicionantes ni las intervenciones que pueden mejorar la adherencia. Tampoco se conoce cual es el grado mínimo de cumplimiento que evita la aparición de resistencias. La mayoría de las recomendaciones para mejorar la adherencia se refieren a la actuación del equipo especializado en VIH que atiende al paciente. (médicos especialistas, farmacéuticos, enfermeras...) (tabla 5)

<p>Relacionadas con la medicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre efectos secundarios, preverlos y tratarlos. • Simplificar los requisitos sobre alimentos. • Evitar las interacciones farmacológicas adversas. • En lo posible, disminuir el n.º de píldoras.
<p>Relacionadas con el paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Negociar un protocolo adaptado al paciente, que lo entienda y con el que se comprometa. • Utilizar tiempo dialogando con el paciente. No comenzar un tto. hasta comprobar que él/ella está listo. • Solicitar apoyo de familiares y amigos. • Desarrollar protocolos prácticos para cada régimen (horarios, organización, comidas...). • Desarrollar estrategias prácticas: bolsas unidosis, plannings, alarmas, cajas de bolsillo... • Desarrollar grupos de apoyo a la adherencia. • Considerar los ensayos con caramelos de goma.
<p>Relacionadas con el médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación basada en la confianza mutua. • Servir como educador, fuente de información, apoyo y monitorización constante.

(Continúa)

<p>Relacionadas con el equipo sanitario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer mecanismos de contacto para resolver dudas; prever las vacaciones (teléfono, compañero sustituto...). • Monitorizar adherencia. Intensificar en periodos de posible baja adherencia. • Recabar el apoyo del resto del equipo sanitario (enfermería, farmacia...) y no sanitario (t. sociales, administrativos) y de voluntarios (ONGs...). • Considerar la repercusión de nuevos diagnósticos sobre la adherencia e incluir una intervención. • Todo el equipo puede y debe hacer algo. • Debe planificarse la formación necesaria para hacerlo. • Deben planificarse actuaciones sobre la adherencia incluidas en el trabajo diario de cada uno (especificadas, por ej., en las tareas de determinado puesto de trabajo).
---	---

Tabla 5: Estrategias para mejorar la adherencia.

Los profesionales de atención primaria, al estar en una situación de mayor cercanía al paciente y su realidad, pueden también colaborar en muchos casos para conseguir una buena adherencia:

- Pueden “sembrar” el terreno para una buena adherencia en el futuro si, en “momentos clave” para el paciente, como son el diagnóstico de la infección, la comunicación a los familiares y amigos, la derivación al hospital, la decisión de comenzar el tratamiento, una infección oportunista..., consiguen:
 - Establecer una relación profesional - paciente sincera y orientada a la ayuda.
 - Apoyar al paciente para que pueda asumir su enfermedad, entendiéndola y con esperanza.
 - Abrir vías para la mejora o solución de otros problemas asociados: médicos (drogodependencias...), psicológicos (ansiedad, depresión...) y sociales (familia/red de apoyo, trabajo, vivienda...)

- En cualquier contacto con el paciente infectado, puede intentar conocer el grado de adherencia al TARGA y las dificultades que tiene para completarlo:
 - Dialogando con el paciente que acude a nuestras consultas sobre cómo lleva a cabo el tratamiento, si cumple todas las dosis, los horarios, la separación con las comidas, qué hace cuando se le olvida alguna...
 - Recabando información adicional de familiares o convivientes u otros profesionales (CAD, consulta de VIH, trabajadora social, unidad de metadona...) o voluntarios que asisten al paciente o su familia.
 - Intentando conocer el porqué de las dificultades del paciente y si él/ella tiene alguna idea de cómo se podría solucionar o qué le podría ayudar.
 - investigando la motivación del paciente para hacer el tratamiento, sus actitudes frente a los medicamentos en general y el TARGA en particular (sentimientos, esperanzas...) y sus habilidades para ser ordenado, sistemático, disciplinado...

- Realizar intervenciones desde atención primaria, si es necesario, que ayuden a mejorar la adherencia:
 - Abordar los problemas psico-sociales del paciente y su red de apoyo (familia, amigos...).
 - Trabajar su motivación y sus actitudes hacia el tratamiento.
 - Explicar, consensuar, entrenar y supervisar estrategias prácticas para mejorar la adherencia: bolsas unidosis, carteles recordatorios, despertadores o alarmas, organización adaptada al paciente y su rutina diaria...
 - Recordar que patologías intercurrentes pueden afectar la adherencia: vómitos, depresiones, recaída en drogodependencias... En estos casos el apoyo psicológico, tratamientos y buena coordinación con especializada pueden ayudar.
 - Recabar la ayuda y el apoyo de familiares, amigos, voluntarios de ONGs...

- Mantener canales de comunicación y coordinación dentro del equipo de atención primaria (EAP) (médico - enfermera - t. social e incluso otros) y con otros equipos que intervienen en la asistencia al paciente:

hospital, consulta de VIH, centros de atención a drogodependientes, equipos de salud mental, farmacia...) Para ello es útil:

- Conocer las estrategias puestas en marcha por nuestro hospital de referencia (mejor participar en su elaboración) y apoyarlas.
 - El médico de familia puede actuar de “case-manager” y centralizar la información (esto requiere formación, compromiso y una delimitación clara de funciones con especializada).
- Potenciar y colaborar con los grupos de autoayuda y los grupos de voluntariado que apoyan o trabajan en los campos de VIH/SIDA, drogodependencias, etc... e intentar que incluyan contenidos sobre adherencia en sus actividades, formación de voluntariado, etc. Estar accesibles para compartir iniciativas y coordinar estrategias prácticas.

- Los sanitarios damos por sentado que el objetivo de “tener más salud” o “evitar enfermar” es suficientemente motivador como para que alguien dedique todos sus esfuerzos a ello. Pero para muchas personas lo importante es “sentirse bien”, “poder hacer lo que me gusta”, “estar con mi familia” o “disfrutar” y el TARGA puede interferir con ello. Hay que trabajar con cada persona “su” motivación.
- El paciente puede no “creerse” la eficacia del TARGA: en su experiencia, muchos amigos o conocidos que ya murieron tomaban ARV. La información que le llega por parte de su “grupo de pares” tiene mucha importancia. Habrá que explorarla con cuidado, desmontando creencias y bulos en un lenguaje asequible.
- Para realizar esto es más importante escuchar que hablar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. DHHS. Fundación Henry J. Kaiser Family. Comisión sobre prácticas clínicas para el tratamiento de la infección por el VIH. *Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV infected adults and adolescents*. Enero 2000.
2. Sperling R, Shapiro D, Coombs R, et al: *Maternal viral load, zidovudine treatment, and the risk of transmission of HIV from mother to infant*. N. Eng. J. Med. 1996; 335: 1621-1629.
3. Paterson D, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis E, Squier C, et al. *How much adherence is enough? A prospective study of adherence to protease inhibitor therapy using MEMSCaps*. (Abstract) IN 6th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Chicago, 1999.
4. Grupo de Estudio de SIDA de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. *Recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral*. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Junio 2000.
5. Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida. *Prevención de las infecciones oportunistas en pacientes adultos y adolescentes infectados por el VIH en la era del tratamiento antirretroviral de gran actividad*. Octubre 2000.

8. ATENCIÓN SOCIAL Y PSICOLÓGICA

Las repercusiones psicosociales que padecen las personas infectadas por el VIH son tan variadas y complejas que requieren de un abordaje multidisciplinar bien coordinado. Además muchas de ellas son similares a las de otras enfermedades crónicas:

- Incertidumbre.
- Miedo a perder la autonomía personal
- Sufrimiento.
- Miedo a la muerte...

Sin embargo, el rechazo social y la discriminación incluso en sus formas más sutiles, son repercusiones características del paciente infectado por el VIH o enfermo de sida.

Según Goffman, el **estigma** es un atributo que desacredita socialmente a quien lo soporta, sometido a reacciones adversas, de hostilidad y rechazo, que favorecen la soledad y el aislamiento social. Produce también problemas de culpabilidad, baja autoestima y problemas emocionales que no suelen aparecer en otras enfermedades crónicas menos discriminadas.

Estas personas son objeto de situaciones de rechazo por parte de muchos sectores sociales: trabajo, entorno próximo, la propia familia o la pareja. Esto, unido a los condicionantes biológicos que conlleva la enfermedad, crea en ellos una serie de desajustes, por lo que existe una clara necesidad de intervención social; no sólo para reducir las conductas de riesgo, sino para paliar la ansiedad que el diagnóstico y las repercusiones personales y sociales generan a la persona infectada y a sus allegados.

El **apoyo social** es el conjunto de actuaciones que contribuyen a cubrir necesidades sociales básicas de la persona, tales como:

- La afiliación (vínculos familiares).
- El afecto.

- La pertenencia.
- La seguridad.
- La aprobación.

La mayoría de los pacientes no tienen cubiertas estas necesidades, como consecuencia de conductas de riesgo anteriores a la enfermedad, que han favorecido la ruptura de las relaciones sociales en el ámbito social y familiar. El apoyo social actuaría como amortiguador de los acontecimientos sociales, ofreciendo un soporte emocional, que permitiría un adecuado afrontamiento de la enfermedad.

Existen numerosos estudios epidemiológicos que han demostrado la relación entre el apoyo social y la salud, de forma que, al aumentar el apoyo social, mejora la salud física y psíquica de la persona. Los profesionales de atención primaria podemos contribuir a mejorar el apoyo social de los pacientes a través de nuestras intervenciones, no sólo en el ámbito individual, sino también a través de actividades de educación para la salud y de participación comunitaria.

Con el objetivo de detectar la falta de cobertura de estas necesidades sociales básicas y poder llevar a cabo una intervención, resulta imprescindible realizar una valoración del apoyo social de los pacientes desde el mismo momento en que se diagnostica la infección. Aunque no todos necesitan una intervención inmediata, tampoco hay que esperar a que la situación sea extrema. Si se detecta alguna situación que lo requiera, se puede proponer al paciente la derivación al trabajador social, que realizará una valoración más exhaustiva con una buena historia social. (Ver tabla 4 del capítulo de valoración inicial). Ejemplo:

Antonio, de 32 años, conoce desde hace 12 meses que tiene una infección por VIH en estadio avanzado, adquirida por contacto homosexual. Siempre ha acudido a la consulta con puntualidad y mostrándose animado. Parece seguir bastante bien los tratamientos.

Pero últimamente ha faltado a varias citas, llamando en el último momento para retrasarlas. Incluso acudió varios días más tarde a reco-

ger su medicación en farmacia del hospital. Siempre acude sólo y habla poco de su situación personal, pero la última vez se le preguntó por sus relaciones: actualmente vive solo, ya que, al diagnóstico, su amigo y pareja con el que convivía se fue de casa. Su familia no conoce su enfermedad, ni “por supuesto”, nadie de su trabajo. Los fallos de las últimas citas se deben a que tiene problemas para acudir en horario laboral y no quiere decir que viene al hospital para no tener que dar explicaciones. Está convencido que le despedirían si se enterasen. Aunque aparenta no darle importancia, comenta que la última vez que tuvo una diarrea estuvo día y medio sin comer porque no podía bajar a hacer la compra.

Su médico le propone una entrevista con la trabajadora social. Al principio se muestra reticente: “yo no necesito eso”, pero tras explicarle que en su situación estaría mejor si tuviera apoyos de otras personas y que ella no le va a dar “recetas mágicas” sino que sólo van a valorar juntos las posibilidades que hay y que a lo mejor él no conoce, accede a una entrevista.

Durante la misma la trabajadora social profundizó en los problemas:

Emocionalmente se encuentra aparentemente fuerte frente a su enfermedad, esperanzado, aunque muy afectado por la ruptura con su pareja, que “se llevó” muchos otros amigos. Ahora casi no sale y no se ha vuelto a sincerar con nadie, por temor a un nuevo rechazo. No conoce a otros infectados más que “de lejos”.

Vive sólo, con su gato. De su familia sólo su hermana conoce el diagnóstico. Ha sido incapaz de hablar con sus padres y los otros hermanos, a pesar de la insistencia de su hermana.

Como no ha vuelto a tener relaciones sexuales y nunca “se ha picado” no cree que pueda contagiar a nadie. Hace algo de ejercicio cuando puede, pero no ha vuelto al gimnasio. Come regular: “cocinar para uno solo...”.

Estudió económicas y tiene un buen trabajo, aunque es una empresa muy competitiva y no se puede descuidar un momento, ya que parte del sueldo es variable. Al irse su pareja, la hipoteca de la casa quedó en sus manos y se lleva la mitad del sueldo, por lo que ha tenido que ajustarse. No quiere ni pensar en lo que pasaría si pierde el trabajo.

La valoración de la trabajadora social fue:

PROBLEMAS DETECTADOS:

Necesidad de apoyo personal y familiar

Inestabilidad laboral

Necesidad de ayuda domiciliaria

Soledad y aislamiento

En sucesivas entrevistas se valoran las distintas alternativas de ayuda al paciente para contribuir a mejorar su situación social:

1. Se le propone la conveniencia de contratar los servicios de alguien que pueda realizar las siguientes tareas: recoger medicación en la consulta, realizar gestiones que eviten que tenga que solicitar permiso en el trabajo, tareas de limpieza de hogar, compra, comida... que ayudarían a que estuviera bien cuidado. Se le facilitan teléfonos de servicios de ayuda a domicilio (probablemente tengan que ser privados).
2. A nivel relacional se le pone en contacto con el “Colectivo de Gays y Lesbianas” que se ajusta a su perfil socio-cultural. Estos colectivos cuentan con programas de voluntariado que pueden colaborar para que salga de su aislamiento.

El paciente aceptó las dos propuestas. Quedaron en verse de nuevo para evaluar los resultados de estas medidas y abordar el “tema familiar”, para el que dijo necesitar ayuda para decidirse a comunicar su situación y poder contar con la ayuda de su familia.

La actuación preventiva en este campo es también muy importante y debe ponerse en marcha tanto en fases precoces de la infección como en las más avanzadas. Veamos algunos ejemplos:

- En un joven adicto a drogas con formación profesional deficitaria y sin posibilidades laborales, que se encuentre en buena situación inmunológica, se debe plantear desde el principio como objetivo facilitar el acceso al mundo del trabajo.

- Una mujer que vive sola con sus hijos pequeños y está en situación avanzada de sida, tiene que prever en que situación económica o de tutela quedarían éstos si ella se descompensa clínicamente o muere.

Es conveniente, por tanto, que todos los pacientes infectados por VIH sean valorados por el trabajador social para que complete la aproximación psicosocial al problema y así poder planificar y consensuar con ellos eventuales intervenciones.

La intervención del trabajador social va encaminada a posibilitar que las personas desarrollen y utilicen recursos propios para afrontar sus problemas, complementándolos con los que la sociedad aporta. Igualmente actúa como elemento fundamental para la coordinación de los diferentes recursos y la facilitación de las “pesadas inercias y burocracias”, que pueden llegar a ser un obstáculo insalvable para las personas con problemas.

La intervención debe realizarse de manera que permita al trabajador social:

- *Contribuir al **análisis** del problema, identificar sus preocupaciones, priorizarlas y alentar al paciente para que se responsabilice y tome sus propias decisiones.*
- *Mantener con el paciente un proceso de **diálogo** que facilite la escucha activa, la empatía y el refuerzo positivo en cuanto a pautas y normas a seguir.*
- *Promover una buena relación de ayuda, identificar conjuntamente **estrategias** y formas de afrontar sus problemas.*
- *Realizar un seguimiento continuado.*

Muchas instituciones implicadas en la atención disponen de trabajadores sociales, pero hay que destacar dos: hospital, a veces específico para las consultas de VIH, y centros de atención a drogodependientes. Con frecuencia pueden realizar valoraciones completas e intervenciones sociales, que pueden ser complementarias con las que se realicen en atención primaria. Es importante fomentar la coordinación, el reparto de funciones y la comunicación entre los diferentes profesionales de trabajo social para evitar dupli-

ciudades, múltiples citas... El profesional más accesible será el encargado de centralizar la información, dirigir la búsqueda de recursos, etc. Por ej., un paciente en programa de mantenimiento con metadona es más fácil que sea atendido por el trabajador social del programa, ya que tendrá que ir casi todos los días por allí.

SITUACIONES QUE PUEDEN REQUERIR LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL:

- *Problemas laborales*

Debido a las nuevas expectativas de vida de los pacientes, es necesario informar y asesorar sobre programas de integración laboral.

Para ello se deben conocer los recursos que existen en la zona y fuera de ella, como por ejemplo:

- Programas de inserción sociolaboral dependientes de los ayuntamientos o de otras instituciones.
- Programas de búsqueda de empleo a través de los servicios sociales de zona.
- Cursos de formación ocupacional: Escuelas-Taller, Casas de Oficios...
- Talleres ocupacionales de otras instituciones de la zona, como ONGs, asociaciones vecinales, parroquias...

- *Problemas económicos*

Asesorar e informar a los pacientes sobre la tramitación de prestaciones económicas y ayudas públicas:

- Pensiones de invalidez, contributivas o no contributivas, con derecho a prestación farmacéutica gratuita: “cartilla de pensionista”.
- Tramitación de la Tarjeta de Campaña Sanitaria, a través de la inspección de zona, para aquellos pacientes ya diagnosticados de sida.

Tarjeta de campaña sanitaria

- La tramita el médico a través de la Inspección de zona para aquellos pacientes diagnosticados de sida pero sin criterios de invalidez (si los tuvieran debe tramitarse la de pensionista).
- El médico sólo debe enviar:
 - un informe o fotocopia donde conste el diagnóstico de sida
 - un formulario de solicitud
 - fotocopias del DNI y de la tarjeta sanitaria

Todo ello llega en sobre cerrado al Inspector Médico, que remitirá al domicilio del paciente la tarjeta de Campaña Sanitaria.

- Debe renovarse cada 6 meses.
- Da derecho a prestación farmacéutica con aportación de sólo el 10% del PVP, hasta un máximo de 439 pesetas.
- Cubre especialidades farmacéuticas, fórmulas magistrales y preparados oficiales, pero no cubre apósitos, pañales ni nutriciones.
- Presentándola en la consulta junto a su TSI, obtendrá recetas con la leyenda “campaña sanitaria”, con las que en la farmacia podrá comprar los medicamentos con aportación reducida.

- Acceder a un salario de integración social.
En algunas CC.AA. se concede a aquellas personas que carecen de ingresos pero no tienen criterios para la invalidez. Se establece a modo de contrato, con el fin de obtener el compromiso por parte de quién lo percibe de realizar actuaciones pactadas previamente como: completar tratamientos antituberculosos, escolarizar a los niños, hacer cursos de formación profesional o de educación para la salud etc.
- Acceso a otras ayudas procedentes de: Cáritas, asociaciones vecinales, fundaciones...

- *Problemas relacionados con la falta de adherencia al tratamiento*

La intervención del trabajador social puede mejorar situaciones en las que es difícil hacer bien un tratamiento (falta de vivienda, de ingresos...) A veces hay que buscar alternativas para localizar al paciente o

a sus familiares dentro de su entorno, tratar de motivarlos y poner en marcha otras estrategias que se desarrollan más ampliamente en el capítulo de tratamiento.

- *Problemas originados por la limitación de autonomía personal*

Con frecuencia requerirán nuestra atención en la casa y en ocasiones además de servicios de ayuda a domicilio (SAD), que en general prestan ayuda doméstica, iniciándose el apoyo del SAD a través de los programas existentes en los Servicios Sociales Municipales o en las ONGs que prestan este servicio.

- Las tareas que pueden realizar los servicios de asistencia domiciliaria son:

- Aseo personal.
- Levantar, acostar, cambios posturales.
- Compra de alimentos.
- Preparación de comidas.
- Limpieza del hogar.
- Seguimiento de medicación.
- Gestiones y acompañamiento a consultas en Centro de salud, hospital...

- Otros servicios de interés pueden ser:

- Teleasistencia.
- Lavado y planchado de ropa.
- Eliminación de barreras en la vivienda.

- *Problemas de aislamiento y soledad*

Trabajar conjuntamente con el usuario estos problemas, facilitando el acceso a grupos asociativos como son asociaciones de ayuda mutua, grupos de apoyo, ONGs para portadores de VIH y enfermos de sida, parroquias, en el barrio o en otras zonas.

- *Problemas de adicción a drogas*

Proporcionar información y orientación sobre estrategias para reducción de riesgos y daños y/o búsqueda de recursos para iniciar tratamiento y, a veces, de recursos alternativos ante la carencia de apoyo familiar.

Es interesante que exista contacto entre los diferentes profesionales implicados en el manejo del caso, para que las actuaciones que se planifiquen integren todas las características de la persona.

- *Problemas derivados de altas hospitalarias de enfermos sin apoyo familiar y/o sin vivienda...*

Valorar su ingreso o estancia en Casas de Acogida existentes en la comunidad, dependientes de Cáritas, Cruz Roja, y otras instituciones.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

En este apartado vamos a intentar resumir y concretar en “otro lenguaje” muchas ideas que ya han sido expresadas en los capítulos de este libro y que impregnan el “estilo” de hacer las cosas que proponemos y que sabemos ayudan a nuestros pacientes.

Las personas infectadas por el VIH suelen pasar por un proceso de cambios muy importante en vivencias, proyectos, percepciones, expectativas, hábitos y relaciones... que requiere de un importante esfuerzo de adaptación psicológica. Este proceso lleva tiempo y su elaboración va a resultar costosa. El profesional ha de saber que acompañar procesos no es lo mismo, necesariamente, que resolver problemas.

Algunos problemas psicológicos son comunes a otras enfermedades y otros más específicos. Se pueden dar desde reacciones habituales como sorpresa, negación, hostilidad... hasta respuestas más problemáticas, como la ideación o conducta suicida o la depresión mayor. Hay que tener presente que, en ocasiones, aparecerán complicaciones neurológicas que producirán síndromes neuropsiquiátricos como la demencia.

Algunos de estos problemas podrán ser enfrentados y resueltos por el propio individuo con sus recursos internos y externos (red de apoyo infor-

mal); otros requerirán ayuda externa no especializada desde estrategias de counselling (médicos, enfermeros, trabajador social...) y, por último, otros problemas, en función de su complejidad o gravedad, precisarán de apoyo especializado (psicólogo o psiquiatra).

El Programa Global del SIDA de la Organización Mundial de la Salud¹ define el “counselling” o “consejo asistido” como un proceso dinámico de diálogo a través del cual una persona ayuda a otra en una atmósfera de entendimiento mutuo.

Este proceso precisa de habilidades de comunicación que van dirigidas a facilitar que los pacientes afronten las situaciones, puedan tomar decisiones y trabajen en la resolución de problemas de una manera adaptativa.

Estas habilidades, por muy buenas que sean, no “funcionan” si no se fundamentan en tres actitudes básicas:

- Aceptación incondicional de la persona (lo que no significa aprobación necesaria de sus ideas o conductas).
- Congruencia entre lo que pensamos, sentimos y expresamos. (atención a las formas de expresión no verbal)
- Empatía.

Las fundamentan por dos razones: porque está demostrado que, desde el punto de vista técnico, se precisan como condición necesaria para que se produzca el cambio a conductas más saludables (para “funcionar”) y porque el counselling no puede acabar convirtiéndose en un proceso de manipulación de la persona.

Las estrategias de counselling son importantes en algunas situaciones clave que pueden aparecer en el paciente infectado por el VIH, como pueden ser su desconfianza frente al respeto a la confidencialidad, el comportamiento conflictivo del adicto a drogas o el bloqueo psicológico frente a la idea de la muerte. También son útiles en otras situaciones de crisis ante las que deberemos estar especialmente atentos por su potencial desadaptativo:

- Notificación de la seropositividad.
- Comportamientos de riesgo sexuales o endovenosos.

- Comunicación del diagnóstico a la familia, especialmente a la pareja.
- Posibles pérdidas significativas: pareja, trabajo...
- Deseo o situación de embarazo.
- Malas noticias de indicadores biológicos: aumento de carga viral, disminución de CD4...
- El inicio, cambio o suspensión de tratamiento.
- Ingreso hospitalario.
- Aparición de discapacidades.
- Fase terminal o percepción cercana del momento de la muerte.

Incorporar las estrategias de counselling a la práctica habitual es complejo y más si los temas a manejar son tan delicados (sexualidad, pronóstico, muerte...etc.) La clave estará en la comunicación y será necesaria una actitud de aprendizaje basada en la adquisición, entrenamiento y supervisión de estas estrategias.

Recordemos algunas de ellas, especialmente necesarias al tratar pacientes con infección por VIH:

1. **Fomentar la capacidad de decidir y controlar la propia vida frente a la sensación de indefensión que siente el paciente.** La información sobre lo que ha ocurrido, lo que puede ocurrir y las diferentes posibilidades que existen y, sobre todo, las habilidades de pacto del profesional, en realidad reconocen la capacidad de decidir y controlar del sujeto.
2. **Realizar una escucha activa,** transmitiendo interés por lo que cuenta el paciente y ayudándole a autoexplorarse en cuanto a hechos reales, sentimientos y valores. Sin acogida real y empática de la persona, desde la escucha, no podrá haber confrontación de las conductas de riesgo o de las estrategias de adherencia, por citar algún ejemplo. (“Es más importante escuchar que hablar”).
3. **Preguntar y no presuponer.** No hay un paciente igual a otro. Es muy fácil caer en los estereotipos, sobre todo de cara a los drogodependientes. Recordad que la emisión de juicios a priori sobre un paciente, con muchas probabilidades va a deteriorar la comunicación y la dinámica de la confianza necesaria.
4. **Diferenciar entre preocupaciones** (percibidas subjetivamente por el paciente) y **problemas** (percepción del profesional). No siempre

- coinciden. No siempre lo que a ti, profesional, te preocupa, le va a preocupar al paciente y, desafortunadamente, tampoco a la inversa.
5. **Mantener una actitud de diálogo** que facilite el intercambio, para impedir que la relación terapéutica se convierta en un monólogo o en un interrogatorio.
 6. **Motivar**, reforzando las conductas positivas o el proceso de cambio saludable. Difícilmente hay avance sin expectativas.
 7. **Comprobar que el paciente ha captado nuestros mensajes**. No dar por supuesto que lo enunciado por nosotros ha sido comprendido. No siempre nuestros mensajes son claros, podemos dar demasiada información y, con frecuencia, una diferencia cultural con el paciente puede hacer que una expresión se interprete de manera diametralmente opuesta a nuestra intención.
 8. **Promover dinamismos vitales** como la confianza, el optimismo, las ganas de luchar y vivir...
 9. **Mantener una actitud de flexibilidad**, sabiendo combinar lo normativo con lo eventual, la organización y el acompañamiento.

Ante los problemas de drogodependencia, sobre todo si se acompañan de otros problemas psiquiátricos (patología dual), no podemos minusvalorar las alteraciones psicológicas que pueden producirse. Será necesario –y no sólo en estas situaciones– el uso de ansiolíticos y otros psicofármacos de apoyo. Conviene estar muy atentos a estas problemáticas garantizando que uno de los profesionales que atienden al paciente (el médico de Atención Especializada, el de los Centros de Drogodependencias, el de Atención Primaria) sea el responsable de monitorizar el seguimiento y de garantizar que la prescripción –cuando esté indicado– se realiza. (Ver capítulo Coordinación asistencial).

Planificación anticipada de las decisiones al final de la vida

Durante demasiado tiempo las palabras sida y muerte –como cáncer y muerte– han estado estrechamente asociadas. Pero como se ha comentado repetidamente en este libro, la situación ha cambiado radicalmente en los países desarrollados. No obstante, hemos de tener en cuenta que la posibilidad de muerte (común a todos nosotros) está más presente en una persona infectada y más si está enfermo y cumple criterios de sida.

Por eso es necesario aprender a hablar de la muerte con los pacientes de sida con el objetivo fundamental de ayudarle a que se clarifique sobre cómo y en qué medida quiere afrontar, protagonizar o compartir, el hecho de su propia muerte. Por eso deberá iniciarse cuanto antes una planificación anticipada de las decisiones al final de la vida y no esperar al último momento.

En este sentido será importante:

- Escoger el momento adecuado de la relación terapéutica en que deberá comenzarse a profundizar en esta cuestión. Como orientación general no será buen momento el del diagnóstico inicial, aunque es seguro que en ese momento la preocupación de la muerte aparecerá más o menos explícitamente. Ahí, más que ahondar en la posibilidad de la muerte, aunque sin ignorarla, habrá que insistir más en las posibilidades de vida que tienen actualmente los enfermos de sida. Quizás el mejor momento para introducir por primera vez la cuestión sea cuando hayamos comunicado una buena noticia al paciente, por ejemplo el resultado satisfactorio de unos análisis. Preguntas abiertas como “Oye, no quiero ser aguafiestas, pero ¿y si los análisis hubieran salido mal, muy mal, y esto fuera a ir cada vez peor? ¿qué harías?..., ¿y si tu situación llega a estar tan mal como para pensar en que te morirás?..., ¿cómo querrías morir?..., ¿preferirías hacerlo en casa o en el hospital?...”. De esta manera podemos ir introduciendo poco a poco una planificación anticipada de las decisiones.
- Animar y ayudar al paciente a identificar, poco a poco y escogiendo el momento adecuado para ello, cuatro cuestiones relevantes:
 - Quién deberá actuar como su representante o sustituto en el caso de que sea incapaz de tomar decisiones por sí mismo.
 - Qué intervenciones o decisiones sanitarias desea que se eviten claramente: “no quiero que, bajo ningún concepto, me intuben”, “no quiero que me ingresen en una UVI”, “no quiero que me hagan diálisis”, “no quiero que me pongan sondas nasogástricas para alimentarme o hidratarme cuando esté consciente y a punto de morir”, etc.
 - Qué intervenciones o decisiones sanitarias desea que se realicen claramente: “quiero morir sin dolor, aunque para ello me tengan que dejar inconsciente”, “quiero que eviten como sea que me muera asfixiándome”,

- Qué valores desea que, en lo posible, se respeten en el proceso de muerte o cuando ya sea incapaz: “Deseo morir en casa, rodeado de los míos”, “no quiero morir solo”, “quiero que se evite que mi imagen corporal se deteriore en exceso, prefiero morir antes”.
- Insistir al paciente en la conveniencia de que comente con el representante o sustituto que ha escogido, todo lo anterior, con el fin de que esté al tanto de los deseos del paciente. Ofertar al paciente la posibilidad de que el profesional actúe como mediador, moderador o intermediario en este proceso.
- De la misma manera, animarle a que comente todo lo anterior con sus seres queridos, con el fin de ir preparando todos juntos la posibilidad de que un día se llegue al final. Este es, quizás, uno de los objetivos más importantes de la planificación anticipada. También habrá que ofertar la posibilidad de que el profesional intervenga en este proceso.
- Registrar de alguna manera todo lo anterior. La Historia Clínica es el lugar, en principio más adecuado. El problema es que la Historia Clínica se queda en el Centro de Salud y no llega a Atención especializada. Por eso en muchos países, España incluida, se han ido introduciendo documentos denominados Testamentos Vitales o Directrices Previas o Anticipadas, generales o relacionados con situaciones especiales, como Testigos de Jehová o enfermos de sida. Dichos documentos, firmados por los pacientes, consignan con mayor o menor amplitud, la información que antes se ha mencionado. Su validez legal en España todavía está sometida a discusión, aunque es muy probable que en breve se proceda a regularizar su utilización, habida cuenta que el artículo 9 del “Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina”, en vigor en nuestro país desde el 1 de enero de 2000, o la Recomendación 1418 (1999) de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa sobre “Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos”, avalan claramente su conveniencia.

En cualquier caso, más allá de estas consideraciones legales, lo verdaderamente relevante es que los profesionales sanitarios implicados puedan conocer de alguna manera los deseos de los pacientes y tenerlos en cuenta en el proceso de atención.

- Revisar y actualizar periódicamente las opiniones y deseos del paciente respecto a todo lo anterior.

APOYO AL CUIDADOR

Una parte fundamental de la atención social y psicológica, presente a lo largo de toda la evolución, se dirige a las personas más cercanas al paciente, sus cuidadores.

El proporcionar apoyo, ya sea al cuidador o a la familia, no requiere aprender habilidades especiales o mantener actitudes “heroicas”. Se trata de saber qué aspectos del cuidado del paciente deben conocer los familiares y cómo transmitir la información. A su vez, facilitarles el acceso a los recursos que puedan necesitar para garantizar ese cuidado, es decir, procurar cuidar al cuidador.

En primer lugar debemos tener en cuenta que la familia ha de estar lo más informada posible de la evolución de la enfermedad, así como lo más capacitada posible para poder manejar los síntomas molestos. Todo ello teniendo en cuenta los deseos del paciente en cuanto a confidencialidad.

Cómo trabajar el apoyo al cuidador y a la familia

- Cuando proporciones la información, no la des toda de una vez y actúa de la siguiente forma:
 - Facilita un plan de cuidados paso a paso, recalcando lo fundamental.
 - Las malas noticias en segundo lugar. Lo primero que se dice se recuerda mejor.

- Recuerda que la familia atraviesa las mismas etapas que el enfermo, pasa por las siguientes situaciones:
 - Detención en una etapa de adaptación. Se produce el bloqueo.
 - Participación con el paciente en la conspiración de silencio (“no pasa nada”). Es la fase de negación.
 - Dificultades para aceptar el diagnóstico, el deterioro y en última Alejamiento del enfermo.
 - Deseo de facilitación en el proceso de la enfermedad, de ayudar en una vida con limitaciones. Entrar en el proceso de facilitación de la muerte.

- Cuando el enfermo está ya en la fase avanzada, informa a la familia sobre los últimos momentos, para evitar ansiedades sobre “lo que se podría hacer o haber hecho”.
 - Informa sobre los recursos de apoyo psicológico, así como de los trámites finales.
 - Como ya dijimos, mantén una puerta abierta para el seguimiento del duelo del cuidador y/o la familia.

Claves para una buena relación de apoyo al cuidador y/o familia

- No infravalores ni menosprecies la influencia de la enfermedad sobre la familia. No son personas que sólo “atienden” al enfermo. Presentarán problemática emocional y clínica de manera paralela y la tendremos que abordar
- Considera a la familia colaboradora de los cuidados que como profesional determines, pero a la vez como beneficiaria de la asistencia que se proporciona al enfermo y a ella misma.
- Para facilitar una buena relación con el paciente y la familia:
 - Informa del diagnóstico de manera clara, asegurándote de que han comprendido las implicaciones del mismo, así como el pronóstico.
 - Apoya en la mejora de la comunicación posibilitando que pregunten y se sientan comprendidos.
 - Facilita su presencia y colaboración en las distintas fases del desarrollo de la enfermedad.
- Expresa preocupación e interés por sus problemas.
- Aprende a escuchar.
- Muestra sensibilidad.
- No olvides las necesidades propias del cuidador; si él no se cuida, no podrá cuidar al paciente.
- Realiza educación sanitaria: alimentación, higiene, cambios posturales, curas, etc., administración de medicamentos, qué hacer ante determinadas situaciones, facilitar y mejorar la comunicación con el paciente.
- Proporciona apoyo emocional y social. Comparte sentimientos y disminuye la carga emocional.
- Mantén con la familia reuniones periódicas.
- Garantiza la atención al enfermo inconsciente.
- Preserva un ambiente adecuado para la familia en el centro.
- Programa el seguimiento posterior de la familia (parálisis o shock; periodo de alivio o relajación; periodo de resentimiento; periodo de recuerdo y periodo de separación).

BIBLIOGRAFÍA

1. Emanuel LL, Danis M, Pearlman RA, Singer PA. *Advance care planning as a process: structuring the discussions in practice*. J Am Geriatr Soc 1995; 43:440-446.
2. Singer PA, Thiel EC, Salit I, Flanagan W, Naylor CD. *The HIV-specific advance directive*. J Gen Intern Med 1997; 12:729-735.
3. Singer PA, Martin DK, Lavery JV, Thiel EC, Kelner M, Mendelssohn DC. *Reconceptualizing Advance Care Planning From the Patient's Perspective*. Arch Intern Med 1998; 158:879-884.
4. Martin DK, Thiel EC, Singer PA. *A New Model of Advance Care Planning. Observations from people with HIV*. Arch Intern Med 1999; 159:86-92.
5. OMS. *Asesoramiento psicosocial para individuos afectados de VIH, SIDA y enfermedades relacionadas*. Manual de formación para talleres de formación nacionales, regionales e interregionales sobre el asesoramiento preventivo y psicosocial (traducción española). Ginebra, 1989.
6. Contreras M. *Estudio de los problemas clínicos y psicosociales de un grupo de expertos en SIDA*. Madrid. 1994. (policopiado).

9. ATENCIÓN EN DOMICILIO

Actualmente, las personas infectadas por el VIH, si mantienen un régimen de vida con pautas de comportamiento saludables (alimentación equilibrada, ejercicio regular, ausencia de hábitos tóxicos, adherencia terapéutica) y siguen el tratamiento correctamente, pueden mantener durante periodos prolongados una vida activa. Suelen ser personas jóvenes, en la mayoría de los casos con actividad laboral y social y adecuados niveles de independencia para su cuidado.

Pero, en ocasiones, por la evolución de la infección, aparecen situaciones que pueden precisar de atención en el domicilio para el propio paciente y para las personas que conviven con él:

- Complicaciones o problemas intercurrentes, agudos, que no requieren hospitalización.
- Convalecencia tras complicaciones agudas, hayan precisado o no de hospitalización.
- Secuelas crónicas de la infección o de otras enfermedades que limitan la movilidad del paciente.
- Situaciones sociales o barreras, físicas o de otros tipos, que requieren acercar los servicios al entorno del paciente.
- Situaciones de enfermedad muy evolucionada, terminal, que requieren cuidados paliativos.

La atención en el domicilio supone aproximar los servicios de salud al entorno donde viven las personas. Además tiene otros beneficios añadidos, incluso en personas que son capaces habitualmente de acudir a las consultas, como son el conocer el ambiente en el que viven y poder identificar necesidades o descubrir problemas para así adecuar los cuidados a su realidad.

Las personas infectadas por el VIH reúnen características que hacen que la atención en todos los ámbitos, también en el domicilio, tenga algunas peculiaridades:

- Es una enfermedad infecciosa transmisible, cuya prevención requiere aprendizaje y modificación de conductas, tanto del paciente como de los que conviven con él.
- Predominantemente son personas jóvenes que se tienen que enfrentar a incapacidades, dependencia y, en ocasiones, a la muerte, a una edad en la que habitualmente no se piensa en ello.
- Pueden padecer procesos complicados en cuanto a su manejo diagnóstico y terapéutico: pluripatología, problemas multisistémicos, polifarmacia...,
- Se asocian con mucha frecuencia problemas psicosociales (drogadicción, pobreza, marginalidad, desempleo, educación deficitaria, desestructuración familiar, soledad, procesos judiciales,...) que dificultan la atención.

Los motivos que habitualmente provocan que un infectado requiera atención en el domicilio han cambiado. Hace unos años predominaban las

- Problemas sociales y/o de accesibilidad de la red asistencial existente, habitualmente entremezclados con problemas de drogadicción y falta de adherencia a los tratamientos.
- Secuelas de afecciones neurológicas: demencia, hemiparesia, paraplejía, ...
- Caquexia.
- Hepatopatías muy evolucionadas y frecuentemente asociadas (VHC,VHB, enólica...)
- Tumores malignos en fase avanzada o terminal.
- Tuberculosis y otras infecciones oportunistas.

situaciones muy avanzadas, terminales, que requerían cuidados paliativos. En la actualidad, a modo de ejemplo, según los datos proporcionados por la Unidad de Valoración y Apoyo a la Atención Domiciliaria (UVAAD), relativos a la asistencia en las áreas 1 y 8 de Madrid, predominan los problemas crónicos debidos a:

Los pacientes nos pueden “llegar” de diferentes fuentes. En general es interesante la captación de manera activa. Algunas de ellas son:

- Comunicación de altas hospitalarias o de consultas específicas de VIH.
- Altas desde otras instituciones: comunidades terapéuticas, servicios médicos penitenciarios...
- Comunicación por los familiares en la consulta médica o de enfermería.
- “Avisos” a demanda tanto en medicina como en enfermería.
- Consultas a demanda al trabajador social
- Comunicación desde grupos de la comunidad: colectivos vecinales, voluntarios, ONGs...

Es relativamente frecuente que ni los pacientes ni los familiares –que algunas veces no están disponibles- demanden este tipo de atención. Las situaciones de marginalidad, el recurso “fácil” de las urgencias, el desconocimiento de esta posibilidad y nuestra propia falta de comunicación y coordinación entre instituciones lo dificultan todavía más. Por ello se deben establecer los canales para que se realice una verdadera captación activa. Para algunos pacientes puede representar la única manera de acceder a cuidados de salud, que posteriormente podrían normalizarse y pasar a las consultas.

Los objetivos que los profesionales de atención primaria persiguen a través de la atención domiciliaria son:

- **IDENTIFICAR** las necesidades del paciente y su familia que requieren ser satisfechas.
- **ENSEÑAR** los cuidados necesarios para que el individuo y su familia puedan alcanzar adecuados niveles de independencia, conozcan la enfermedad, vías de transmisión,...
- **AYUDAR** a satisfacer las necesidades identificadas de manera optima para llegar al mayor grado de bienestar posible.
- **GARANTIZAR** adecuados niveles de calidad de vida a través al menos del mantenimiento del confort.
- **SUSTITUIR** en los cuidados al individuo y a su familia cuando aquellos requieran de la intervención profesional: realizar una cura, pedir una prueba diagnóstica, aplicar un tratamiento, colocar una sonda, realizar una gestión social...

En el equipo de atención primaria todos los profesionales desempeñan su papel en la atención: desde el personal administrativo, enfermería, trabajador social, hasta el médico. Cuando hablamos de atención en el domicilio queremos destacar especialmente algunos aspectos:

- El papel del equipo administrativo en facilitar la comunicación (acceso telefónico, por ej.) y la buena coordinación entre todos los profesionales del equipo de atención es fundamental.
- En la valoración clínica, tanto médica como de enfermería, se prestará tanta atención a los aspectos de confort y funcionalidad como a los diagnósticos “clínicos”.
- La valoración de los aspectos sociales tiene en estos casos todavía mayor importancia. Se vuelve imprescindible la visita del trabajador social.
- Tanto el paciente como el cuidador principal y otros convivientes son sujetos de la intervención y a la vez participantes activos en el “equipo” de cuidados. Esto precisa prestar mucha atención y dedicación a la comunicación, que debe ser fluida, y al entrenamiento en las nuevas tareas.
- Debe existir una continuidad en la atención. Para ello hay cuatro cosas importantes:
 - Toda visita, encuentro en la consulta con el cuidador o cualquier otro tipo de contacto, se debe intentar que sea concertado en la medida de lo posible. Lo mejor es que acordemos la fecha de la siguiente visita antes de despedirnos.
 - Aunque el mayor peso, medido en n.º de visitas, recae sobre el personal de enfermería, debe existir una buena comunicación y coordinación entre enfermería, médicos y trabajadores sociales, para poder planificar la atención, repartir tareas y rentabilizar esfuerzos. Una buena manera de llevarlo a cabo son las reuniones periódicas para comentar la evolución y el plan de actuación.
 - Incluso cuando estas reuniones no son posibles, el elemento que sostiene esa comunicación y coordinación es el buen uso de la historia clínica, en la que todos los profesionales van dejando constancia de la evolución del paciente, de sus actuaciones y comentarios. La existencia de un ejemplar reducido, con el plan de actuación, en el mismo domicilio, también ayuda.

- El EAP completo debe tener organizada la atención a demanda en el domicilio y durante los permisos, de manera que se asegure una real continuidad: valoración entre el profesional que tenga el “turno de avisos” y el responsable del paciente sobre los problemas del mismo, posibilidad de que sea el mismo profesional responsable el que hable por teléfono para valorar una urgencia, o para acudir él mismo más tarde. Después, la comunicación verbal del motivo y resultado de la visita y/o el escribir en la historia completarán la actuación.
- Igualmente, aunque el mayor peso recaiga sobre el EAP, debe existir comunicación fluida y coordinación con los diferentes recursos externos al mismo, realizando visitas conjuntas cuando la situación lo requiera:
 - Consultas hospitalarias donde se atiende a pacientes infectados por VIH, específicas o no (coordinación fundamental en pacientes que tienen TARGA). Urgencias, hospital de día...
 - Atención domiciliaria urgente, con protocolos conjuntos para cuando se produce el fallecimiento (esperado) fuera del horario de atención, medicación parenteral...
 - Hospitales de cuidados mínimos que pueden proporcionar ingresos en caso de reagudizaciones, claudicación familiar...
 - Recursos sociales de asistencia domiciliaria.

En función de los problemas de salud y necesidades para el autocuidado detectados y priorizados se acordarán los objetivos a lograr para resolver dichos problemas y las actividades que se deben realizar. Se favorecerá el abordaje conjunto de estos problemas entre el usuario, la familia y los profesionales, evitando la duplicidad de esfuerzos.

Se debe establecer el plan de cuidados y escribirlo, para poder “repararlo” periódicamente y poder atender coordinadamente los diferentes problemas que planteen los pacientes y su entorno. Existen planes de cuidados estandarizados, herramientas que se han definido desde la perspectiva del cuidado. Su uso puede mejorar la calidad científico-técnica de la atención sanitaria que prestamos.

A continuación presentamos, en esquema y como ejemplo, algunos de los planes de cuidados de enfermería para los problemas más frecuentes en este tipo de pacientes. Se aporta bibliografía donde se desarrollan extensamente estos planes.

ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN POR DEFECTO, RELACIONADO CON DIFICULTAD PARA INGERIR NUTRIENTES

Objetivo:

El paciente realizará una ingesta adecuada a sus necesidades nutricionales y de acuerdo a su estadio evolutivo.

Actividades:

- Informar al paciente/familia sobre las necesidades energéticas en estos pacientes, no aconsejar dietas hipercalóricas, ni hiperproteicas, ni suplementos vitamínicos, ni estimulantes del apetito.
- Adecuar la consistencia de los alimentos a la disfagia (purés, espesantes para líquidos, yogures, helados, flanes,...)
- Aconsejar alimentos avinagrados y fríos en caso de náuseas y vómitos.
- Mantener una adecuada hidratación. Ofrecer bebidas frecuentemente: de 6-8 vasos de líquidos al día en pequeños sorbos.
- En caso de lesiones en cavidad oral, enseñar al paciente a realizar enjuagues con lidocaína viscosa antes de las comidas para evitar el dolor en la ingesta.
- Mantener mucosa hidratada y labios lubricados con vaselina.
- Aumentar salivación, chupar cubitos de hielo, gajos de frutas ácidas, etc...

(Ver también capítulo Nutrición.)

ALTERACIÓN DE LA MUCOSA ORAL RELACIONADO CON MALNUTRICIÓN, DESHIDRATACIÓN

Objetivos:

- El paciente mantendrá la integridad de la cavidad oral.
- El paciente/cuidador demostrará conocimientos sobre higiene oral y nutrición adecuadas.

Actividades:

- Evitará alimentos y bebidas dulces entre comidas.
- Enseñar cuidados en caso de gingivitis o sequedad. Lavados bucales con agua oxigenada y agua tibia enjuagando después con solución salina.
- Comentar la forma correcta de cepillado de los dientes.
- Enseñar los cuidados ,en caso de aftas, realizando enjuagues con agua con bicarbonato sódico.
- Lubricación de los labios con lanolina ,crema de cacao, etc.

RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA RELACIONADO CON INMOVILIDAD

Objetivos:

- El paciente mantendrá íntegra la piel.
- El cuidador conocerá la forma de prevenir los factores que favorecen la aparición de las úlceras.

Actividades:

- Explicar al paciente y/o cuidador:
 - Factores que favorecen a la aparición de las úlceras.
 - Signos y síntomas que preceden a la lesión.
- Insistir en la necesidad de:
 - Mantener la piel limpia, seca y bien hidratada.
 - No utilizar productos irritantes ni sustancias que puedan macerar la piel.
 - Proteger zonas de prominencias óseas y puntos de apoyo, enseñando el modo de hacerlo.
 - Realizar cambios posturales, enseñando el modo de hacerlos.
 - Evitar encamamiento.
 - Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Recaltar la importancia de tener una alimentación variada, garantizando el aporte proteico y abundante aporte de líquidos.
- Fomentar la deambulación, si está indicada.
- Enseñar a realizar ejercicios activos o pasivos según el grado de movilidad.

**DÉFICIT DE AUTOCUIDADO (ALIMENTACIÓN,
BAÑO/HIGIENE, VESTIRSE/ARREGLARSE)
RELACIONADO CON LIMITACIÓN
DE LA MOVILIDAD**

Objetivos:

- El paciente conseguirá el mayor nivel posible de autocuidado de acuerdo a su limitación.
- El cuidador demostrará habilidad en las actividades de suplencias requeridas.

Actividades:

- Determinar conjuntamente el grado de dependencia:
 - ¿Qué puede hacer?.
 - Tipo de ayuda que requiere.
 - Forma de proporcionársela.
- Estimular la participación activa.
- Evitar sobreprotección.
- Elogiar los logros conseguidos.
- Enseñar al cuidador las necesidades de suplencia que requiera el paciente.

ALTERACIÓN DEL PATRON DEL SUEÑO RELACIONADO CON FALTA DE ACTIVIDAD

Objetivo:

El paciente conseguirá restablecer un ritmo de sueño/vigilia satisfactorio para él y su cuidador.

Actividades:

- Establecer un horario para dormir y descansar evitando permanecer demasiado tiempo en cama.
- Limitar la cantidad y duración de las siestas estableciendo actividades que le mantengan entretenido durante el día según sus posibilidades. Se recomienda que la siesta no sea superior a 15-20 minutos.
- Desaconsejar el consumo de cafeína y otros estimulantes por la tarde, al menos cuatro horas antes de acostarse.
- Establecer un ambiente favorecedor del sueño: cama confortable, ropa cómoda, evitando ruidos y luces innecesarias.
- Enseñar y practicar técnicas de relajación, masajes y respiraciones profundas.
- Adecuar la pauta de la administración de los fármacos respetando el periodo del sueño.
- Control de síntomas, en especial el dolor.
- Respetar costumbres del paciente para conciliar el sueño: baño caliente, leer, tomar leche caliente, infusiones...

ANSIEDAD RELACIONADA CON CAMBIO EN SU ESTADO DE SALUD/AMENAZA DE MUERTE

Objetivo:

El paciente adquirirá mecanismos eficaces para afrontar y disminuir el nivel de ansiedad personal.

Actividades:

- Establecer una relación de confianza donde el paciente y la familia puedan exponer sus preocupaciones, temores y dudas.
- Ayudar al individuo a reconocer las causas de su ansiedad así como sus manifestaciones.
- Enseñar al paciente mecanismos alternativos de autocontrol y de adaptación.
- Ayudar a controlar el miedo del paciente a quedarse sólo acompañándole el mayor tiempo posible.

RIESGO DE AISLAMIENTO SOCIAL RELACIONADO CON CONDUCTAS Y/O VALORES SOCIALES NO ACEPTADOS

Objetivo:

El paciente disminuirá su sensación de aislamiento.

Actividades:

- Fomentar la comunicación y la integración social a través de: Escuchar atentamente, animarle a que comparta sus sentimientos con sus allegados, animarle al contacto con amigos/vecinos/familia.
- Valorar e identificar con el paciente/familia la existencia de barreras para el contacto social y ayudar a buscar soluciones: correspondencia, teléfono.
- Valorar e identificar las actividades que le mantengan entretenido fomentando su participación en ellas: leer diarios, escuchar la radio, ver la T.V., presencia de animales de compañía.
- Informar de redes formales de apoyo: asociaciones, centros de reunión, grupos parroquiales, grupos de ayuda para el paciente/familiares.

RIESGO DE CANSANCIO DEL CUIDADOR RELACIONADO CON

- Prolongación de los cuidados.
- Falta de conocimientos.
- Falta de recursos.
- Alteraciones en la salud del cuidador.

Objetivo:

El cuidador aumentará la capacidad para afrontar la situación.

Actividades:

- Explicarle en qué consiste el problema de salud de la persona cuidada.
- Planificar conjuntamente la organización de los cuidados a fin de distribuir los roles del cuidador.
- Enseñarle progresivamente las técnicas y habilidades necesarias para los cuidados.
- Mantener una actitud comprensiva y empática, sin emitir juicios de valor.
- Favorecer la expresión de sentimientos, ideas, emociones...
- Reconocer la frustración que ocasiona el papel de cuidador.
- Informarle del papel del trabajador social y los beneficios que puede proporcionarle.
- Proporcionar contactos con grupos de autoayuda.
- Planificar conjuntamente un tiempo de descanso y distracción.
- Favorecer la relación que permita al cuidador reconocer la necesidad de pedir ayuda sin desarrollar sentimientos de culpa.
- Ver capítulo Apoyo al cuidador.

DUELO ANTICIPADO RELACIONADO CON

- Pérdida real o percibida.
- Próxima muerte percibida de uno mismo.

Objetivo:

El paciente y la familia progresarán en las etapas del proceso de duelo hasta lograr la resolución de la pérdida.

Actividades:

- Proporcionar información sobre las fases del duelo, facilitando la expresión de sentimientos. Dichas fases de duelo son: negación inicial, periodo de desesperación, comprensión creciente de la pérdida, tristeza, enojo, culpa, llanto, luto, depresión, vacío, aceptación.
- Promover actividades que proporcionen distracción y alegría, aunque sea en breves momentos.
- Fomentar y reforzar la toma de decisiones sobre su vida y/o cambios de salud.
- Respetar y apoyar en todo momento las creencias religiosas y valores personales.
- Ayudar al paciente/familia a diseñar estrategias para mantener, en la medida de lo posible, los hábitos y vida habituales.
- Ayudar en la revisión de la vida e identificar y reforzar los logros y aspectos positivos de ésta.

DOLOR RELACIONADO CON FALTA DE HABILIDAD PARA MANEJAR LAS PAUTAS ANALGÉSICAS

Objetivos :

El paciente reducirá o eliminará la percepción del dolor.

Actividades:

- Adiestrar a la familia sobre dosis, horarios y efectos secundarios de los analgésicos prescritos.
- Enseñar al paciente o cuidador técnicas no invasivas de alivio del dolor: cambios posturales frecuentes que ayuden a disminuir el dolor, masajes, ejercicios de relajación.
- Adiestrar a la familia a utilizar las dosis extras de analgésicos en los picos de dolor.
- Explicar las causas del dolor si se conocen, y si se considera oportuno.
- Monitorizar la duración del alivio tras la analgesia.
- Adiestrar a la familia para no restar importancia a las quejas de dolor del paciente.

** En este tema es importante recordar que, si el paciente es un drogodependiente activo o está en tratamiento de mantenimiento con opiáceos, el tratamiento del dolor se puede complicar.*

ADHESIÓN INADECUADA AL TRATAMIENTO RELACIONADO CON DÉFICIT COGNITIVO /FALTA DE CONOCIMIENTOS

Objetivos:

El paciente/cuidador realizarán correctamente el régimen terapéutico prescrito

Actividades.

- Instruir al paciente/cuidador sobre el tratamiento: identificación de los medicamentos, pauta ,dosis, vía de administración y duración.
- Informar al paciente/cuidador sobre la importancia de una correcta cumplimentación, así como de las consecuencias para su salud derivadas de la falta de seguimiento.
- Facilitar al paciente la información necesaria para el buen manejo de la medicación ayudado si es preciso de: planillas, calendarios, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arroyo M.P., Cortina A., Torralba M.J., Zugasti J. *Ética y legislación en enfermería : Análisis sobre la responsabilidad profesional.* 1997. Mc Graw Hill Interamericana España.
2. Contel M.C., Gené Y., Pega M. *Atención Domiciliaria.* 1999. Springer Ed. Española.
3. Gatell J.M., Clotet B., Podzamczar D., Miró J.M., Mallolàs J. *Guía Práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento.* 5ª ed. Editorial Masson. Barcelona. 1998.
4. López Martín I. *Atención Domiciliaria. Diagnósticos de Enfermería.* 1994. Mc Graw Hill Interamericana España.
5. Nájera R., De la Loma A., Estébanez P., Anabitarte H., Garzón E., Usiete R. *SIDA: Un problema de salud pública.* 1987. Ed. Díaz de Santos S.A.
6. Rogers-Seidi F. *Planes de cuidados en enfermería geriátrica.* 1995. Masson Ed. Española.
7. Subdirección General de Atención Primaria INSALUD. *Proyecto de estandarización de planes de cuidados.* 1999.

10. COORDINACIÓN ASISTENCIAL EN EL MANEJO DE PACIENTES INFECTADOS POR VIH

Está claro que la infección por VIH trasciende lo puramente sanitario ya que produce en el enfermo, en su familia y en el entorno un impacto psico-social sin precedentes.

Así, desde el momento del diagnóstico de la infección hasta las fases más avanzadas de la enfermedad, la atención a este problema de salud debe contemplar tres aspectos básicos:

- Las intervenciones diagnósticas y terapéuticas deben ser precoces para así tener dimensión preventiva al mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los infectados. Además pueden contribuir a disminuir el riesgo de transmisión del VIH.
- La asistencia ha de ser continuada y multidisciplinar: Será imprescindible para la resolución de problemas concretos en las diferentes esferas: orgánica, psicológica y sociofamiliar, e incluirá trabajar aspectos de:
 - Comunicación,
 - Apoyo emocional,
 - Control de síntomas
- Necesitará de la colaboración de diferentes recursos, pues el seguimiento clínico será necesariamente largo y, dadas las características epidemiológicas en nuestro medio, se verán con frecuencia involucrados recursos de distinta índole:
 - Sanitarios: hospitales, centros de atención primaria, centros de atención a drogodependientes, centros de prevención y tratamiento de ETS, servicios médicos de instituciones penitenciarias...
 - Sociales: ONGs, voluntariado, grupos de autoayuda, instituciones religiosas...

Pensemos en un caso práctico:

Inés tiene ahora 26 años y es madre de dos niños, de 2 y de 4 años. No tiene pareja actualmente. Desde los 16 años hasta hace cuatro meses ha consumido heroína inyectada y en el primer embarazo se enteró de que era seropositiva. En las ocasiones en que ha acudido a su centro de salud para obtener medicación para “el mono” su médico le ha insistido en que acudiera a la consulta del hospital para que le trataran la infección por el VIH.

También la ha remitido al CAD aunque ella no ha ido “porque está bien así y tiene que buscarse la vida”. Hasta hace 4 meses ha vivido en la calle practicando ocasionalmente la prostitución para conseguir dosis.

El contacto con sus hijos ha sido esporádico, puesto que ambos viven con sus abuelos paternos, en régimen de acogida el más pequeño y de adopción el mayor.

Hace cuatro meses ingresó en urgencias del hospital por un cuadro de deterioro general con fiebre, que ha resultado ser una tuberculosis y allí comenzó a recibir metadona e inició tratamiento antirretroviral.

Cuando le dieron el alta, a través de su médico de cabecera ingresó en un PMM dependiente de un centro del Ayuntamiento donde también recibe el tratamiento antituberculoso..

Ahora tiene que hacerse analítica de sangre cada quince días porque ha presentado una elevación de las transaminasas. El análisis se lo hace en el centro de salud y lo controla su médico de familia, quien además mantiene una comunicación fluida con el especialista del hospital. La trabajadora social del centro le ha ayudado a solicitar una pensión no contributiva y le ha puesto en contacto con Cáritas de la parroquia, para conseguirle plaza en un piso de acogida.

En este caso real podemos ver como coinciden varios problemas que contribuyen a la desestructuración social y familiar, como son la adicción a drogas, la prostitución, la indigencia y marginalidad y la infección por VIH. El abordaje de cualquiera de ellos es muy difícil y supone una alta exigencia para la paciente, ya que tendría que acudir a multitud de revisiones en diferentes sitios (centro de salud, hospital, centro de atención a drogodependientes...) si no fuera por la intervención coordinada de diferentes profesionales. Aún así todavía tendrá que tomar muchos fármacos para

realizar el tratamiento de forma correcta, recoger casi todos los días las dosis de metadona, mantenerse abstinente, hacerse analíticas periódicas ...

Por todo ello va a requerir necesariamente de la intervención coordinada de distintos profesionales y tendrá éxito siempre y cuando se base en la continuidad de los cuidados. En esta paciente la recaída en el consumo probablemente supondría el abandono de los tratamientos tuberculostático y antirretroviral, con las implicaciones que ello tendría sobre su propia salud y sobre la salud pública. Por supuesto estas medidas no son planteables si previamente no se ha iniciado tratamiento de la adicción y no tiene un lugar dónde vivir.

ORGANIZACIÓN DE LA RED DE CUIDADOS:

En función del periodo evolutivo de la enfermedad y de las demás patologías que puedan asociarse, así como de la red asistencial existente en el medio, el protagonismo de la atención recaerá en unas u otras instancias.

Así la Atención Primaria tiene un papel fundamental en:

- Búsqueda de casos y diagnóstico precoz de personas infectadas.
- Aspectos preventivos de la infección y de la transmisión mediante la potenciación de conductas más saludables y la prevención, profilaxis, diagnóstico precoz e incluso tratamiento de ciertas enfermedades relacionadas (cáncer de cuello uterino, TBC, infecciones neumocócicas, hepatitis, etc.).
- Adecuado uso de pruebas diagnósticas.
- Apoyo emocional del individuo y de su familia.
- Valoración social, intervención y coordinación con la red de recursos sociales.
- Coordinación con otros recursos asistenciales como centros de ETS (enfermedades de transmisión sexual) o centros de atención a drogodependientes.
- Control de pacientes en estadios iniciales.
- Sensibilización hacia el inicio precoz del tratamiento antirretroviral.
- Apoyo para favorecer la adherencia a los tratamientos.
- Atención en el domicilio.
- Atención en fases avanzadas o terminales.

Por supuesto también debe mantener adecuados cauces de comunicación y protocolos de seguimiento conjuntos con la Atención Especializada (hospital, consultas externas, hospitalización de día, unidades de atención domiciliaria...) cuyo protagonismo se centrará en:

- Control inmunológico y viral de la infección VIH (CD4 y carga viral).
- La indicación y seguimiento de tratamientos antirretrovirales y de profilaxis.
- Seguimiento en fases avanzadas de la enfermedad.
- Diagnóstico y tratamiento de complicaciones agudas graves.
- Apoyo en materia de formación a profesionales sin dedicación exclusiva a este problema.

Es fundamental también, trabajar por una mejor coordinación con todos los recursos implicados en la red de drogas (CADs, CAIDs, etc.), dependientes de distintas administraciones: Ayuntamientos, Consejería de Sanidad, Sistema Nacional de Salud y diversas ONGs. Sus actividades, que son esenciales para un correcto abordaje de la infección VIH en España, estarán dirigidas a:

- Tratamiento específico de las drogodependencias: PMM...
- Contribución en el control y seguimiento de ciertas enfermedades: tratamiento directamente observado de TBC, etc.
- Realización de diversas actividades de reducción del daño: PIJs, dispensación de preservativos.
- Captación y derivación de pacientes, incluso de pacientes “no reglados legalmente”: inmigrantes...
- Valoración e intervención social
- Contribución en la formación en drogodependencias de los profesionales de atención primaria.

Por último, no debemos olvidar el trabajar la coordinación con otras instituciones sanitarias o sociales, ajenas a la red sanitaria pública, que en determinadas ocasiones pueden ser fuente de pacientes: centros de planificación familiar, centros de ETS, instituciones penitenciarias, etc.

El objetivo común debe ser la continuidad de cuidados y la facilitación de los mismos en todos los pacientes, especialmente en aquellos que pre-

senten pluripatología médica y social, con escasez de recursos y que fácilmente pueden perderse si se produce desconexión en la atención.

El modelo de atención debe orientarse hacia ese objetivo común y diseñarse de acuerdo a las características de la población a atender y a los recursos asistenciales del ámbito en el que se vayan a desarrollar.

Factores que condicionan la organización de la atención

- distribución urbana o rural de la población
- prevalencia de la infección
- conductas de riesgo predominantes
- nivel socioeconómico de la zona o existencia de bolsas de pobreza o marginación.
- características del hospital de referencia
- cobertura por equipos de atención primaria
- red de recursos sociales existentes

Elementos facilitadores de la actuación coordinada pueden ser:

- Desarrollo de protocolos clínicos de atención coordinada para clarificar responsabilidades y criterios de derivación entre niveles. Veamos algún ejemplo:
- Las vacunaciones antitetánica, antineumocócica y frente a VHB en un varón adicto y seropositivo que acaba de ingresar en un PMM, pueden administrarse en las visitas de control en el centro de salud.

En el momento en que esta persona sea derivada a un servicio de enfermedades infecciosas para la valoración evolutiva de la infección por VIH, se debe aportar esta información, que también conocerá el centro de atención de drogodependientes.

- Si en el curso de su enfermedad aparece una tuberculosis, que se diagnostica durante un ingreso, es fundamental que durante el mismo no se interrumpa la toma de metadona. También es preciso que el médico de familia conozca la situación antes de que se produzca el alta, para

poder organizar el tratamiento directamente observado al que será firme candidato este paciente.

Conociendo el caso de antemano pueden hacerse llegar los antituberculosos al lugar donde reciba la metadona (centro de atención de drogodependientes, farmacia, dispositivo móvil...) y asegurar así la toma de ambas medicaciones.

Si el paciente no puede acudir por el momento a recoger su metadona, puede ser necesaria la colaboración de un voluntario para que se la lleve a casa y supervise el tratamiento.

- Comunicación telefónica fluida y ágil para la solución de dudas.
- Formación de los profesionales de Atención Primaria con el apoyo docente, de interconsultas y rotaciones con Atención Especializada.
- Acceso desde los centros de AP a determinaciones analíticas necesarias para el seguimiento (serologías y nº de CD4).
- Remisión de informes previos al alta a los Centros de Salud para poder “atar” la continuidad en los cuidados.
- Potenciación de unidades de hospitalización de día y de apoyo a la atención domiciliaria por la atención especializada.
- Disponer de listados actualizados de red de recursos sociales y mantener comunicación fluida con los mismos.
- Desarrollar protocolos de coordinación entre trabajadores sociales de atención primaria y atención especializada, ayuntamientos, centros de atención a drogodependientes, ONGs...

BIBLIOGRAFÍA

1. Nájera Morrondo P., González Lahoz, J.M. *Atención integral al paciente con VIH*. Madrid 1996. Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida.
2. Gatell J.M., Clotet B., Podzamczar D., Miró J.M., Mallolàs J. *Guía Práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. Barcelona 1998. 5ª ed. Editorial Masson.
3. Gijón Vidaurreta P. *Atención Primaria y SIDA*. *Medicine* 1998;7(85):3999-4004.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. *Ordenación de Servicios para la atención al paciente con infección por el VIH*. 1994.
5. Gallant, Joel E. *The seropositive patient-The initial encounter*. Vol. 1999 Medscape, Inc. HIV Clinical Management.