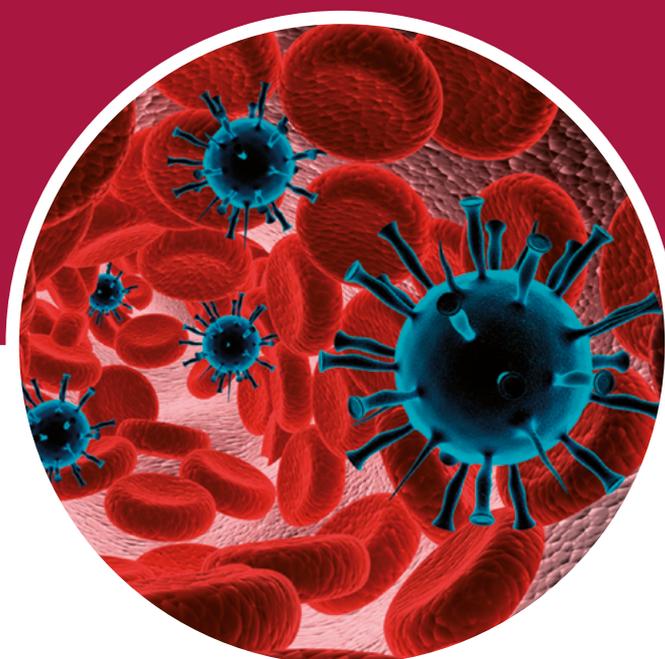


DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LA INFECCIÓN POR EL VIH



Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA)
Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA)



Comité de redacción

COORDINADORES

Javier De La Torre Lima	Hospital Costa del Sol. Marbella
Piedad Arazo Garcés	Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

REDACTORES

María J. Galindo Puerto	Hospital Clínico. Valencia
Roser Font Canals	Hospital Universitari MútuaTerrassa. Terrassa
Javier Toledo Pallares	Departamento de Sanidad. Zaragoza
Ángela Camacho Espejo	Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba
Alfonso del Arco Jiménez	Hospital Costa del Sol. Marbella
M ^a Jesús Pérez Elías	Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid
María Feijoo Cid	Departament d'Infermeria. Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona

REVISORES

Antonio Rivero Román	Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba
José R. Blanco Ramos	Hospital San Pedro – CIBIR. Logroño
María J. Téllez Molina	Hospital Clínico San Carlos. Madrid
José A. Pérez Molina	Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid
Manuel Crespo Casal	Complejo Hospitalario Universitario de Vigo
María J. Fuster Ruiz de Apodaca	Directora-Gerente de SEISIDA
Marta Pastor de la Cal	Presidenta de la Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia (Bizkaisida)

Agradecimientos por sus comentarios a **Juan E. Losa y Asunción Díaz**

ISBN: 978-84-697-2921-2

Nº Depósito Legal: SE 914-2017

Índice

1. OBJETIVO
2. PRÓLOGO Y BREVE HISTORIA
3. EL VIRUS Y LA INFECCIÓN
4. VIAS DE TRANSMISIÓN Y FORMAS DE PREVENCIÓN
5. LOS CUIDADOS AL PACIENTE
6. EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL
7. LA CONSULTA
8. ASPECTOS LEGALES Y ÉTICOS

Abreviaturas utilizadas

ADN: ácido desoxirribonucleico

ARN: ácido ribonucleico

CCR5: receptor de quimiocinas tipo 5

CDC: centro para el Control y la Prevención de Enfermedades

EEUU: Estados Unidos

ELISA: enzimoimmunoanálisis

GESIDA: grupo de Estudio de Sida de la SEIMC

HLA: sistema del antígeno leucocitario humano

HSH: hombres que tienen sexo con hombres

ITS: infecciones de transmisión sexual

ONGs: organizaciones no gubernamentales

ONUSIDA: programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida

OMS: organización Mundial de la Salud

PrEP: profilaxis pre-exposición

SEISIDA: sociedad Española Interdisciplinaria del Sida

Sida: síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

TAR: tratamiento antirretroviral

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana

WB: western-blot

1. OBJETIVO

El documento tiene como objetivo orientar a las personas con VIH, a sus familiares, y a los profesionales sanitarios de diversos ámbitos, en diferentes aspectos de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Su intención es mejorar el grado de conocimiento sobre la infección por VIH y contribuir con ello al cuidado de las personas con VIH. Si bien existen otros documentos que han abordado algunos aspectos relacionados con la información y el conocimiento de esta infección, estos son en general, de ámbito local y/o abordan aspectos concretos de la infección por VIH. El propósito del equipo que ha elaborado este documento ha sido intentar responder a las preguntas que con mayor frecuencia e interés plantea la infección por VIH. Para ello hemos intentado utilizar un lenguaje sencillo, fácil de comprender para todos los potenciales lectores, incluidos los no sanitarios. Todo ello motivado por la certeza de que la información clara y veraz, y la participación y responsabilidad de la persona con VIH y su entorno en su propio cuidado, son herramientas fundamentales en la prevención y el tratamiento de esta enfermedad.



2. BREVE HISTORIA Y SITUACIÓN ACTUAL DE LA EPIDEMIA

En este apartado se hace un repaso de la breve historia —tan solo 35 años— de la epidemia causada por el VIH. La idea es que conozcas los momentos clave de la epidemia y el impacto que ha supuesto para la humanidad en su conjunto y para todas las personas afectadas.

2.1. BREVE HISTORIA DE LA EPIDEMIA

Los comienzos de la infección por VIH se caracterizaron por los efectos de una enfermedad incurable, el miedo, el estigma y la muerte. Sin embargo, el descubrimiento del virus y las vías de transmisión, el desarrollo de los métodos de diagnóstico, y la aparición de los primeros fármacos antirretrovirales contribuyeron a controlar parcialmente la infección y a lograr una progresiva toma de conciencia social. Posteriormente, el desarrollo de fármacos antirretrovirales altamente eficaces, a mediados de la década de 1990, permitió el control del virus en las personas infectadas y a que, progresivamente, la esperanza de vida de las personas que viven con VIH actualmente se aproxime a la de las personas sin VIH.

Los primeros casos de infección por VIH en humanos se cree que ocurrieron alrededor de 1920, en la República Democrática del Congo (África), debido al salto entre especies de un virus similar que infecta a los chimpancés. Los datos disponibles sugieren que la epidemia actual, que acabó extendiéndose por todo el mundo, se inició a mediados de 1970. En junio de 1981, el Centro para el Control y

la Prevención de Enfermedades (CDC) en Estados Unidos publicó una serie de casos de una infección pulmonar rara, la neumonía producida por *Pneumocystis carinii*, en cinco hombres jóvenes homosexuales previamente sanos, en Los Ángeles. Hasta ese momento, este tipo de neumonía se limitaba casi exclusivamente a pacientes con afectación grave de su sistema inmunológico. Apenas cuatro meses después, se comunicaba el primer caso en España en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona.

En septiembre de **1982** se utilizó el término “sida” (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) por primera vez. En enero de 1983, el CDC informa de casos en parejas sexuales femeninas de hombres con sida, y en septiembre de ese año ya se habían identificado las principales vías de transmisión del VIH, descartando la transmisión por contacto casual, alimentos, agua, aire o superficies ambientales. Ese mismo año, el profesor Luc Montagnier, del Instituto Pasteur de Francia, identifica el virus que causa la enfermedad y que conocemos desde entonces como VIH. En abril de **1985**, el Departamento de Salud de los Estados Unidos y la Organización Mundial de la Salud (OMS) organizan la Primera Conferencia Internacional sobre el Sida en Atlanta, Georgia (EEUU). Para entonces, la epidemia ya había alcanzado a todas las regiones del mundo. Ese mismo año vio la luz la primera prueba para detectar anticuerpos contra el VIH en la sangre.

El año **1987** se producen dos hitos importantes: se aprueba el Retrovir® (zidovudina) como primer tratamiento contra el VIH y se presenta un test de diagnóstico del VIH más sensible, llamado Western blot.

En **1988**, la OMS declara el 1 de diciembre como Día Mundial del Sida, que se celebra ese año por primera vez.

En **1990**, tras 10 años de epidemia se calcula que, en todo el mundo, vivían entre 8 y 10 millones de personas con VIH y que había causado en torno a 320.000 muertes sólo ese año. Frank Moore, pintor de Nueva York, crea el lazo rojo para recordar a las personas fallecidas por el sida, convirtiéndose pronto en el símbolo de la solidaridad en la lucha contra la enfermedad.

En junio de **1995** se presenta el primer inhibidor de la proteasa, una nueva familia de fármacos. Esto marca el comienzo de una nueva era de la terapia antirretroviral de gran actividad (TAR) basada en la combinación de tres fármacos.

En **1996**, en Vancouver (Canadá), en la 11ª Conferencia Internacional sobre el Sida, se pone de manifiesto la eficacia del TAR. El número de nuevos casos de sida diagnosticados en los Estados Unidos disminuye por primera vez desde el comienzo de la epidemia.

En **1997** se aprueba la primera combinación de dos medicamentos antirretrovirales en un solo comprimido, facilitando en gran medida el tratamiento crónico de esta infección.

En **1999** la OMS anuncia que el sida se ha convertido en la cuarta causa de muerte en todo el mundo y la principal causa de muerte en África. Se calcula que en el mundo se producían 10 nuevos casos de transmisión de VIH por minuto.

En **2006** se observa por primera vez que disminuyen las muertes por sida a nivel mundial. Este hecho, que ya se observaba en los países desarrollados desde hacía años, se produjo gracias a la disminución de nuevas infecciones y al aumento del número de personas infectadas en tratamiento.

En **2012** se aprueba en Estados Unidos el primer auto test del VIH que permitirá a los usuarios conocer su estado serológico de forma inmediata. Ese mismo año, se aprueba el empleo de un fármaco antirretroviral como preventivo en las relaciones sexuales, lo que supone el inicio de la profilaxis pre-exposición (PrEP).

En marzo de **2014** se anunciaron los resultados de un estudio que demostró que los pacientes VIH en tratamiento antirretroviral y con carga viral indetectable durante más de 6 meses, es excepcional que transmitan el VIH a otras personas.

En **2015** el CDC anuncia que más del 90% de las nuevas infecciones por el VIH en los Estados Unidos podrían prevenirse mediante el diagnóstico y el tratamiento de

las personas que viven con el VIH. El mismo año la OMS presenta las nuevas recomendaciones sobre tratamiento que proponen que todas las personas que viven con el VIH comiencen con la terapia antirretroviral lo antes posible tras el diagnóstico.

2.2. LA SITUACIÓN EN ESPAÑA

En **2015** fueron 3.428 los nuevos diagnosticados de infección por VIH, casi diez cada día. En relación con la vía de transmisión, la vía sexual es el modo principal en los nuevos diagnósticos de VIH, y la transmisión entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) es la mayoritaria. Tras la introducción del TAR a mediados de la década de 1990, continúa la tendencia descendente de los nuevos casos de sida y cada vez menos personas con VIH llegan a desarrollar enfermedades relacionadas con el sida.

2.3. LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA EPIDEMIA EN EL MUNDO

A pesar de los avances en la prevención y el tratamiento, el VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haberse cobrado más de 34 millones de vidas hasta 2015 en todo el mundo. Aun así, la evolución mundial muestra datos que son esperanzadores.

En su informe de 2015, ONUSIDA mostraba que se había producido una disminución de un 35% en las nuevas infecciones por VIH desde el año 2000. En ese periodo, las nuevas infecciones por VIH entre los niños habían disminuido un 58%.

Se había registrado una disminución del 42% en las muertes relacionadas con el sida desde el punto máximo de 2004.

El acceso al tratamiento antirretroviral había aumentado un 84% desde 2010. A mediados de 2015, había 15,8 millones de personas infectadas por VIH que recibían tratamiento antirretroviral en todo el mundo.

Se calcula que solo el 54% de las personas con VIH conocen el diagnóstico.

En **2014**, a pesar de la eficacia del TAR en la prevención

de la transmisión materno-fetal, 1 de cada 4 embarazadas con VIH en todo el mundo no recibieron dicho tratamiento. Aunque se ha producido un gran avance en cuanto al acceso a los tratamientos, las personas actualmente tratadas representan menos de la mitad de las que lo necesitarían de acuerdo a las recomendaciones actuales.

REFERENCIAS

1. AVERT. History of HIV and AIDS overview. Disponible en http://www.avert.org/professionals/history-hiv-aids/overview_
2. U.S. Department of Health & Human Services. A Timeline of HIV/AIDS Disponible en www.aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/aids-timeline/.
3. Sida STUDI. 30 años de VIH/SIDA, 30 años de luchas: 1º Diciembre: Día Mundial de Lucha contra el Sida (2011) Disponible en <http://www.sidastudi.org/es/registro/d25f080433caee870133d9af2b160013?search=simple&text=30+a%C3%B1os>.
4. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y Sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología (Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2016). Disponible en http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2016.pdf.
5. ONUSIDA. El Sida en Cifras 2015. Disponible en www.unaids.org/es/resources/documents/2015/AIDS_by_the_numbers_2015.



3. EL VIRUS Y LA INFECCIÓN



3.1. CONCEPTO DE INMUNIDAD

¿Qué es la inmunidad?: La inmunidad es un sistema de defensa muy complejo que se conoce también como sistema inmunitario o sistema inmune. Está compuesto por un conjunto de células y sustancias producidas por el organismo cuya función es enfrentarse a la invasión de cualquier agente extraño, ya sean gérmenes (virus, bacterias, parásitos, etc.) o tóxicos, para evitar que se propague por el organismo. La activación de este sistema ante cualquier ataque se denomina respuesta inmune.

Por su naturaleza, podemos diferenciar dos tipos de respuesta inmune: la respuesta inmune celular (llevada a cabo por células) y la respuesta inmune humoral (realizada por unas proteínas especiales denominadas anticuerpos). Las células que forman parte de la respuesta celular son los glóbulos blancos, también llamados leucocitos. Existen diversos tipos de leucocitos: los linfocitos, los eosinófilos, los basófilos y los fagocitos (células capaces de “devorar” microorganismos).

¿Qué son los linfocitos y los CD4?: Los linfocitos son un tipo de glóbulos blancos. Tienen algunas de las funciones más importantes del sistema inmunológico: protegen de las infecciones virales, ayudan a otras células a combatir las infecciones provocadas por hongos y bacterias, producen anticuerpos, combaten el cáncer y coordinan las actividades de todo el sistema inmune.

Los dos tipos principales de linfocitos son los linfocitos B y los linfocitos T. Un tipo de linfocitos T son los CD4, o

células T CD4, a los que coloquialmente llamamos “defensas”, cuando informamos del resultado a las personas que se realizan la analítica en la consulta. Los linfocitos CD4 tienen como función activar el sistema inmune ante la presencia de infecciones o de cáncer.

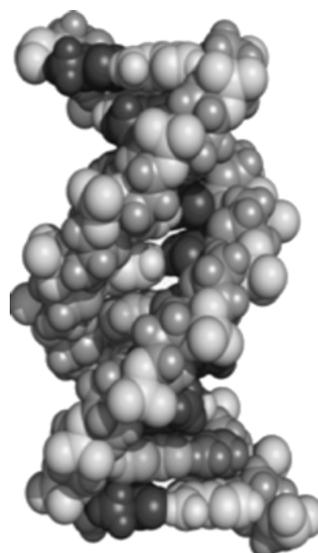
La infección por VIH destruye específicamente los linfocitos CD4 y ello debilita el sistema inmunitario. A medida que avanza la infección, el número de linfocitos CD4+ disminuye hasta llegar a límites muy bajos lo que pone en riesgo al paciente con VIH para padecer infecciones y tumores oportunistas.

El recuento de linfocitos CD4 nos indica el número de células CD4 que hay en sangre. Es un buen indicador del estado de las defensas y del progreso de la infección. El recuento normal de CD4 es generalmente entre 500 y 1600 células (por milímetro cúbico). A medida que disminuye el número de linfocitos CD4 por debajo de 500, y especialmente por debajo de 200, aumenta el riesgo de sufrir infecciones oportunistas y otras enfermedades.

3.2. CONCEPTO DE VIRUS

Un virus es un agente infeccioso que solo puede multiplicarse dentro de las células de otros organismos.

Concepto de ácido nucleico y de carga viral:



Los ácidos nucleicos son moléculas grandes, pero de estructura simple, encargadas de almacenar, transmitir y expresar la información genética. Existen dos tipos principales, el ADN (ácido desoxirribonucleico) y el ARN (ácido ribonucleico). Los virus solo tienen uno de ellos, o ADN, o ARN, según el tipo de virus.

El VIH es un virus ARN. El análisis de carga viral, consiste en medir la cantidad de copias de ARN del virus VIH en una cantidad concreta de sangre; se informa como “número de copias de VIH por mililitro de sangre”.

El objetivo del TAR es mantener la carga viral indetectable. El significado de “indetectable” depende del método de análisis empleado en cada hospital, y puede ser inferior a 20, 37 o 50 copias por mililitro. Por tanto, aunque no se detecten, puede haber pequeñas cantidades de virus en la sangre de los pacientes con carga viral “indetectable”. Además, es necesario saber que sólo un 2% de los virus VIH están en la sangre, y el análisis de carga viral sólo mide esto, no mide la cantidad de VIH en otros tejidos del cuerpo como los ganglios linfáticos, semen, el bazo o cerebro. Cuando los niveles de VIH disminuyen en la sangre, también lo hacen el tejido linfático y en el semen, pero no al mismo tiempo ni en la misma proporción.

Además, la carga viral es la principal herramienta para valorar la respuesta al TAR. En las personas que inician TAR, si este es efectivo, se observa una rápida disminución de la carga viral hasta hacerse indetectable en los primeros 6 meses de tratamiento. En caso contrario, cuando no se consigue la indetectabilidad de la carga viral en el periodo previsto o vuelve a detectarse el virus después de haber estado indetectable, podemos encontrarnos ante un fracaso del tratamiento. El fracaso del tratamiento puede ser debido a varias causas, sobre todo, al mal cumplimiento del tratamiento o a que el virus se ha hecho resistente al tratamiento. En este caso es necesario hacer un estudio de resistencias a los fármacos antirretrovirales y plantearnos un cambio de tratamiento.

3.3. CONCEPTO DE ENFERMEDAD

Infección por el VIH y sida: Una vez ha ocurrido la infección por VIH se produce una batalla entre el sistema inmune, que intenta eliminar la infección, y el virus que ataca y destruye los linfocitos CD4. Tras un tiempo variable desde la infección, entre pocos meses y más de 10 años, durante el cual la persona con VIH puede no manifestar ningún síntoma de la enfermedad, el virus acaba ganando la batalla y aparecen diferentes enfermedades infecciosas (candidiasis oral tuberculosis, neumonías, diarreas) y cánceres (linfomas u otros) asociados al grave deterioro del sistema defensivo inmunológico.

El sida es el conjunto de manifestaciones clínicas derivadas de la pérdida de la capacidad defensiva, o inmunodeficiencia, en nuestro organismo, secundarias a la infección por VIH y es la expresión final de la enfermedad. Sin embargo, no cualquier enfermedad en una persona con VIH indica que tenga sida. Dentro de la clasificación realizada por los CDC se establecen tres categorías clínicas de personas con VIH (ver tabla 1):

Categoría A: pacientes con infección primaria o asintomáticos.

Categoría B: pacientes que presentan o hayan presentado síntomas que no pertenecen a la categoría C, pero que están relacionados con la infección VIH.

Categoría C: pacientes que presentan o hayan presentado algunas complicaciones incluidas en la definición de Sida de 1987 de la OMS.

Tabla 1. Categorías Clínicas según los CDC

Categorías clínicas		
A	B	C
<ul style="list-style-type: none"> • Infección VIH asintomática. • Linfadenopatía generalizada persistente. • Enfermedad VIH aguda o primaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Angiomatosis bacilar. • Candidiasis vulvo-vaginal, o candidiasis oral resistente al tratamiento. • Displasia de cérvix uterino o carcinoma de cérvix no invasivo. • Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). • Fiebre menor a 38,5°C o diarrea, de más de un mes de duración. • Herpes zoster (más de un episodio, o un episodio con afección de más de un dermatoma). • Leucoplasia oral vellosa. • Neuropatía periférica. • Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI). 	<p>Bacterianas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Septicemia por <i>Salmonella</i> recurrente. • Infección por <i>Mycobacterium avium</i>. • Infecciones por micobacterias atípicas. • Víricas • Infección por citomegalovirus (retinitis o diseminada). • Infección por el virus del herpes simple (VHS tipos 1 y 2), puede ser crónica o en forma de bronquitis, neumonitis o esofagitis. <p>Hongos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspergilosis. • Candidiasis, tanto diseminada como del esófago, tráquea o pulmones. • Coccidioidomicosis, extrapulmonar o diseminada. • Criptococosis extrapulmonar. • Histoplasmosis, ya sea diseminada o extrapulmonar. <p>Protozoos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neumonía por <i>Pneumocystis jiroveci</i>. • Toxoplasmosis neurológica • Criptosporidiosis intestinal crónica. • Isosporiasis intestinal crónica. <p>Procesos crónicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bronquitis y neumonía. <p>Procesos asociados directamente con el VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demencia relacionada con el VIH (encefalopatía por VIH). • Leucoencefalopatía multifocal progresiva. • Síndrome de desgaste o wasting syndrome. <p>Tumores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sarcoma de Kaposi. • Linfoma de Burkitt. • Otros linfomas no-Hodgkin, especialmente linfoma inmunoblástico, linfoma cerebral primario o linfoma de células B. • Carcinoma invasivo de cérvix.

Clínica de la infección VIH. Clasificación y fases de la infección por el VIH

De forma habitual, la evolución de la infección por VIH es de desarrollo lento. Durante varios años, el virus va destruyendo las células del sistema inmunológico. Durante este periodo no hay síntomas concretos que indiquen la presencia del virus. Una vez que el VIH penetra en el organismo, si la persona no recibe tratamiento, la infección evolucionará y empeorará con el transcurso del tiempo.

Fase precoz: Infección aguda por el VIH

La infección aguda es la fase inicial de infección por VIH. Suele manifestarse de 2 a 10 semanas después de que una persona ha contraído el virus. Durante esta fase, muchas personas tienen síntomas como fiebre, dolor de cabeza, aumento del tamaño de los ganglios y erupción cutánea. En esta fase, el VIH se reproduce rápidamente y se propaga por todo el organismo. Al cabo de días o semanas ceden los síntomas de forma espontánea y se pasa a la siguiente fase. El VIH se puede transmitir en cualquier fase de infección, pero el riesgo es mayor durante esta fase aguda.

Fase intermedia: Infección crónica por el VIH (también llamada infección asintomática por el VIH o fase de latencia clínica)

Durante esta fase de la enfermedad, el VIH sigue replicándose en el cuerpo. Las “defensas” (linfocitos CD4) son destruidas por el VIH, pero el organismo es capaz de reponerlas, por lo que las personas con VIH pueden permanecer años sin tener manifestaciones de la infección. Como único síntoma se pueden notar los ganglios linfáticos aumentados de tamaño. Sin tratamiento, la infección crónica evoluciona habitualmente al sida, entre 10 y 12 años desde que se adquiere el virus.

Fase avanzada: Sida

El sida es la fase final de la infección por el VIH. Puesto que el virus ha destruido el sistema inmunitario, el cuerpo no puede luchar contra las infecciones oportunistas y

tumores. La neumonía por *Pneumocystis*, y la tuberculosis son ejemplos de infecciones oportunistas. Se diagnostica de sida cuando una persona con VIH tiene un recuento de linfocitos CD4 inferior a 200/mm³ y/o una o más infecciones oportunistas.

3.4. DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH

Prueba de detección del VIH

El diagnóstico definitivo de la infección por VIH sólo puede establecerse por pruebas de laboratorio mediante un análisis de sangre o de saliva. Las pruebas más rápidas pueden obtener resultados en menos de 3 minutos. La prueba es voluntaria y confidencial.

Hay métodos indirectos que demuestran la presencia de anticuerpos específicos anti-VIH, y métodos directos que objetivan el propio virus o alguna de sus proteínas.

Estas pruebas permiten detectar la infección por VIH, pero no pueden determinar cuánto tiempo lleva la persona con el VIH, ni si el paciente tiene sida.

Métodos Indirectos: el método más utilizado como prueba de cribado de la presencia de anticuerpos frente al VIH es el enzoinmunoanálisis (ELISA). Cuando el ELISA es positivo, es necesario realizar un test de confirmación. El western-blot (WB) es el test confirmatorio. Ambas pruebas se realizan en muestra de sangre.

Existen diversos métodos para la detección rápida de anticuerpos frente el VIH, cuyo resultado se obtiene en menos de 30 minutos, en sangre, suero, plasma, orina o saliva. Requieren siempre confirmación posterior.

Métodos directos: Consisten en el aislamiento en cultivo del virus, o la detección de una de las proteínas especiales del virus (antígeno p24), o la detección de ARN del virus mediante técnicas de biología molecular (detección de carga viral).

3.5. DÓNDE REALIZAR LA PRUEBA

La prueba se puede realizar a través del médico de atención primaria, en los centros de salud, en los centros de prevención de infecciones de transmisión sexual, o en cualquier consulta de cualquier médico. También se realiza en algunas farmacias y en ONGs.

3.6. ¿A QUIÉN HAY QUE REALIZAR LA PRUEBA?

En el caso de personas sin sospecha de infección por VIH se debe distinguir entre oferta rutinaria, dirigida y obligatoria. En cualquier caso, es necesario obtener el consentimiento de la persona antes de realizar la prueba (es suficiente el consentimiento oral).

Rutinaria:

- Mujeres embarazadas.
- Personas internas en instituciones penitenciarias.
- A valorar en toda persona entre 20 y 59 años, sexualmente activa, cuando acuda a una consulta de Atención Primaria y se le indique una extracción de sangre por cualquier motivo, salvo que la prueba se haya realizado previamente, o si ha habido una exposición/conducta de riesgo desde la última vez que se realizó, ya que en este último caso se trataría de una oferta dirigida.

Dirigida:

- A todas las personas que lo soliciten por sospechar una exposición de riesgo.
- Parejas sexuales de personas VIH.
- Personas usuarias de drogas intravenosas, en la actualidad o previamente, y sus parejas sexuales.
- Hombres que tienen sexo con hombres y sus parejas sexuales (hombres y mujeres).
- Personas que ejercen la prostitución: mujeres, hombres y transexuales, sus parejas sexuales y sus clientes.
- Personas heterosexuales con más de una pareja sexual y/o prácticas de riesgo.

- Personas que desean dejar de utilizar el preservativo con sus parejas estables.
- Personas que han sufrido una agresión sexual.
- Personas que han tenido una exposición de riesgo al VIH, ocupacional o no ocupacional (accidental).
- Personas procedentes de países con una alta prevalencia (más del 1% de la población está infectada por VIH) y sus parejas sexuales.

Obligatoria:

- Donación de sangre, trasplante, injerto o implantación de órganos, estudios de donantes y personas que vayan a entrar en un programa de técnicas de reproducción humana asistida, y obtención y recepción de semen.

3.7. INFORMACIÓN Y CONSEJOS POST-PRUEBA

Si el resultado de la prueba es negativo: Este resultado muestra que no se detecta el virus ni anticuerpos frente al virus en tu sangre. No obstante, si has tenido una exposición de riesgo reciente, el resultado negativo no descarta por completo la posibilidad de infección por VIH, ya que puedes estar en el llamado “periodo ventana” durante el cual no se detecta el virus en la sangre, a pesar de haberlo adquirido. Por este motivo, es necesario repetir la prueba a las 2-4 semanas y al cabo de 3 meses.

Si el resultado de la prueba es positivo: es necesario realizar algunos análisis complementarios y continuar el estudio para confirmar el resultado y decidir el inicio del tratamiento antirretroviral. Es importante que acudas cuanto antes al médico, aunque no te sientas mal o no presentes ningún síntoma, para que te informen de los pasos a seguir. El tratamiento antirretroviral consigue mantener el virus indetectable, aumenta las defensas, mejora la calidad de vida y disminuye la posibilidad de transmisión de la infección a otras personas.

REFERENCIAS

1. U.S. Department of Health & Human Services. A Timeline of HIV/AIDS Disponible en <https://aidsinfo.nih.gov>
2. Panel de expertos de GeSIDA y Plan Nacional sobre el Sida. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento anti-retroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. (Actualización enero 2017). Disponible en: www.Gesida-seimc.org.
3. VIH/SIDA CDC. Disponible en: www.cdc.gov/hiv
4. DHHS Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents – A Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC). Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. Disponible en: <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines>
5. Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013_2016.pdf
6. EACS guidelines version 8.0 October 2015. Disponible en: <http://www.eacsociety.org>
7. OMS.VIH/SIDA. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/ecuador_art.pdf



4. LA TRANSMISIÓN Y LA PREVENCIÓN



4.1. ¿CÓMO SE TRANSMITE EL VIRUS?

La sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna de las personas con VIH contienen altas cantidades de virus. La transmisión se puede producir cuando el virus (contenido en esos líquidos) llega hasta la sangre de otra persona a través de heridas o pinchazos en la piel, o cuando alguno de esos fluidos entra en contacto directo con mucosas corporales (vaginal, anal, conjuntival, oral), aunque éstas no tengan heridas.

VÍA SEXUAL:

La transmisión se produce al mantener relaciones sexuales con penetración (anal, vaginal u oral) sin preservativo con una persona con VIH. Una vez que una persona tiene el VIH, aunque no tenga síntomas, puede transmitirlo a otras durante el resto de su vida si presenta virus activo en la sangre o en los fluidos genitales. Cuantas más relaciones sexuales se tengan sin protección, mayor es la probabilidad de transmisión, pero recuerda que “una sola relación puede ser suficiente para transmitir el virus”.

El riesgo de transmisión del VIH aumenta si existen al mismo tiempo otras infecciones de transmisión sexual (ITS) (sífilis, gonorrea, herpes genital), ya que éstas producen heridas o úlceras que facilitan la entrada del virus. Consul-

ta a tu médico, en caso de sospecha, para tratar adecuadamente esas enfermedades.

Además, ten en cuenta que:

- No es posible saber, por el aspecto físico, si una persona tiene VIH: ¡utiliza siempre el preservativo!
- Puedes preguntar a tu médico o al personal sanitario de la consulta cualquier duda sobre este tema.
- Aunque la carga viral sea indetectable en la sangre, en los fluidos genitales puede existir virus. Por esta razón, aunque el riesgo de transmisión en las personas que toman correctamente el TAR sea muy bajo o nulo, aun es necesario utilizar siempre el preservativo. Esta medida te protege además frente a otras ITS.

VÍA SANGUÍNEA:

La transmisión se produce:

- Al intercambiar o compartir agujas, jeringuillas y utensilios utilizados para inyectarse drogas (cacitos, filtros...), que han estado en contacto con la sangre, aunque no la veas a simple vista.
- Al compartir cuchillas de afeitar, cepillos de dientes, o juguetes sexuales, que han estado en contacto con sangre.
- Al usar instrumentos para perforar la piel (tatuajes, agujas de acupuntura, perforación de orejas/piercing...), si éstos no están adecuadamente esterilizados.
- El consumo de drogas es perjudicial en sí mismo, pero si una persona no es capaz o no desea abandonar el consumo de drogas, puede intentar protegerse y proteger a los demás utilizando material estéril para uso individual.

VÍA MATERNO-INFANTIL:

La mujer con VIH puede transmitir el virus a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia. Esto suele ocurrir en 1 de cada 5 embarazos de mujeres con VIH que no reciben tratamiento y tienen carga viral detectable en sangre. Con

la leche materna de mujeres con carga viral detectable también se transmite el virus.

4.2. ¿CÓMO NO SE TRANSMITE EL VIRUS?

- La saliva, el sudor y las lágrimas no transmiten el VIH.
- A partir de 1986 en España se analizan todas las donaciones de sangre, plasma y órganos, por lo que el riesgo de infección por el VIH mediante estos productos es prácticamente cero.
- El contacto habitual con personas con VIH (en el hogar, en el trabajo, en la escuela, en locales públicos, lavabos, etc.) no supone ningún riesgo de infección.
- Cuidar a una persona con VIH siempre que no exista exposición accidental a sus fluidos en una zona de mucosas o piel con heridas.
- No se ha descrito casos por contacto cutáneo, por la tos o por picadura de mosquito.
- El uso del preservativo utilizado de manera correcta protege frente a la infección.
- Los resultados de los estudios realizados hasta ahora han mostrado que los fluidos de las personas que toman correctamente el TAR y tienen la carga viral del VIH indetectable de forma mantenida no transmiten el virus.

4.3. ¿CÓMO PUEDO REDUCIR EL RIESGO DE CONTRAER LA INFECCIÓN POR EL VIH?

El uso del preservativo masculino o femenino, tanto para el sexo vaginal como anal, previene la infección por VIH y la gran mayoría de las ITS, y es la medida más segura para evitar la infección por VIH durante las relaciones sexuales. A pesar de ello, no siempre se tiene acceso al preservativo, o simplemente no es una alternativa realista para algunas personas. Incluso en estos casos, diversas medidas pueden reducir (aunque no evitar) el riesgo de transmisión del VIH:

- Realizando prácticas sexuales que no impliquen penetración desprotegida
- Practicando sexo oral en vez de sexo vaginal o anal.

- Utilizando lubricante a base de agua o silicona para las penetraciones vaginales y anales, con el fin reducir el impacto de la penetración en la cavidad vaginal y/o anal (trauma en la piel y los tejidos), y disminuir la presencia de potenciales puertas de entrada para el VIH.
- Practicando sexo sin eyaculación en lugar de con eyaculación.
- Reduciendo el número de parejas sexuales con las que se practica sexo no protegido.

Por vía sanguínea, la única manera de evitar la infección por VIH implicaría utilizar exclusivamente agujas y material de inyección esterilizados, y no compartir estos utensilios con otras personas.

En caso de no tener acceso a material de venopunción esterilizado, o que no sea posible disponer de jeringuillas desechables, deberán limpiarse adecuadamente con una solución de lejía. Así mismo, es necesario utilizar cacitos y recipientes limpios, así como un algodón o filtro propio.

A. Medidas generales.

Aconsejadas para personas que están en estrecho contacto con persona con VIH, que tienen carga viral detectable.

Lavado de manos

- Si tienes cortes, llagas u otras lesiones en la piel, cúbreelas con un vendaje apropiado (tirita o similar).
- Si has tenido alguna exposición a vómitos o salpicaduras de sangre puedes usar un delantal o bata, protégete la boca y la nariz con una mascarilla; para protegerte los ojos, utiliza gafas.
- Si te manchas la piel de sangre u otros fluidos, basta con que te laves con agua y jabón; si la sangre te alcanza los ojos, lávatelos sólo con agua abundante (no uses jabón ni desinfectantes).

Utilización de guantes

- Usa guantes en presencia de sangre u otros líquidos corporales manchados de sangre, y para limpiar los

utensilios manchados con productos de desecho (orina, heces, vómitos...).

- Si has tenido contacto con sangre u otras secreciones del cuerpo, lávate bien las manos con agua y jabón, aunque hayas usado guantes.

Eliminación de residuos

- Los objetos punzantes o cortantes que hayan estado en contacto con sangre u otros fluidos corporales deben desecharse en frascos especiales para ese único uso.
- Tira en el inodoro todos los desperdicios líquidos que contengan sangre.
- Las toallas de papel, vendas, compresas, tampones vaginales y otros objetos manchados de sangre, semen o fluido vaginal deben meterse en una bolsita de plástico y tirarlos en la bolsa del cubo de la basura.

Utensilios y superficies

- No compartas utensilios personales que pudieran estar manchados de sangre (cepillos de dientes, maquinilla de afeitar, etc.).
- Para lavar la sangre de las superficies y recipientes, usa agua con jabón, y después desinfecta con una mezcla de agua y lejía (una unidad de lejía por cada 9 unidades de agua fría); renueva diariamente esta mezcla, e identifícala claramente para evitar accidentes. Para que sea eficaz, mantén la mezcla en contacto con la superficie a desinfectar durante 20 minutos. Toma las mismas precauciones en presencia de secreciones vaginales y semen.
- Una persona con VIH no necesita platos o utensilios de comer distintos, y los que use no requieren métodos especiales de limpieza. Deben lavarse de manera habitual, con detergente y agua caliente.
- Igualmente, puede cocinar para otros, siempre que no tenga lesiones erosivas o sangrantes en las manos.

Agujas y jeringuillas

Respecto a la utilización de agujas y jeringuillas en el cuidado de una persona con VIH:

- Nunca tapes nuevamente las agujas a mano, no quites las agujas de las jeringas, no rompas las jeringas, no dobles ni manipules las agujas, ya que podrías pincharte al hacerlo. Ten mucho cuidado de no pincharte cuando manipules agujas o jeringas.
- Una vez utilizada la jeringa, tómalala por el cuerpo y déjala caer con cuidado en un recipiente de pared dura. Nunca tires directamente las agujas en las bolsas de basura ni en otros recipientes que puedan romperse fácilmente. Mantén el recipiente de desecho de las jeringas cerca de donde se usen.
- Si te pinchas con una aguja usada, lávate a fondo el lugar accidentado con abundante agua y jabón, dejando correr la sangre y cuanto antes (preferiblemente en 2-4 horas) ponte en contacto con tu hospital de referencia donde deben valorar si precisas tratamiento antirretroviral para prevenir la infección (profilaxis postexposición)
- Si a pesar de todo existe un contacto con sangre, semen u otras secreciones que implique posibilidad de transmisión, acude al servicio de referencia en tu hospital en el menor tiempo posible para valorar si debes recibir profilaxis postexposición.

4.4. MEDIDAS EN PAREJAS MIXTAS (PAREJAS DONDE UNA PERSONA TIENE VIH Y LA OTRA NO)

Si un miembro de la pareja tiene el VIH hay que tomar medidas para reducir el riesgo de infección. Para ello:

- El uso del preservativo utilizado de manera correcta protege frente a la infección.
- Es importante conocer qué prácticas sexuales son más seguras y cuáles entrañan mayor riesgo. El sexo oral sin preservativo, entraña un riesgo bajo. La penetración anal o vaginal sin preservativo comporta un riesgo elevado de infección, tanto para

quien realiza la penetración como para quien es penetrado/a.

- Las actividades sexuales en las que no hay posibilidad de intercambio de fluidos corporales sexuales no conllevan ningún riesgo de contraer el VIH.
- Es importante realizar controles médicos periódicos. La pareja sin VIH requerirá análisis clínicos de rutina cada 12-24 meses.
- El tratamiento antirretroviral reduce casi a cero el riesgo de transmisión del virus a la pareja si la carga viral es indetectable.
- Si el preservativo se rompe durante la relación sexual, se debe valorar la indicación de realizar profilaxis postexposición a la pareja que no tiene VIH (indicada si la persona con VIH tiene carga viral detectable).

4.5. PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN O TRATAMIENTO PREVENTIVO

Es la administración de tratamiento antirretroviral a una persona sin VIH, para prevenir la transmisión del VIH, cuando se ha producido un accidente o contacto sexual que implique riesgo de transmisión del VIH (exposición directa en mucosas, a través de la piel, o dentro de nuestros vasos sanguíneos con fluidos potencialmente infectados: sangre, semen, secreciones vaginales, secreciones anales, leche materna u otros fluidos que tengan sangre). Este tratamiento preventivo debe administrarse lo antes posible en las primeras 24 horas y siempre dentro de las primeras 72 horas.

Si el accidente se produce en el ámbito sanitario el tratamiento se conoce como Profilaxis Postexposición Ocupacional y en todos los demás casos hablamos de Profilaxis Postexposición No Ocupacional. El tratamiento precoz en estas situaciones ayuda a disminuir la transmisión del VIH en los accidentes que se producen en el ámbito sanitario y en menor medida a los que se producen fuera de éste.

Todos los hospitales deben disponer durante las 24 horas del día los medios para valorar, atender y dar tratamien-

to a las personas que estén en esta situación. Ante una posible exposición de riesgo al VIH siempre se valorará si la persona con la que se ha tenido el contacto tiene VIH y en caso afirmativo si su virus en sangre es detectable. Si determinamos que tiene VIH y su virus es detectable y se ha producido una exposición se iniciará tratamiento antirretroviral durante 4 semanas. Además, se realizará un seguimiento con analíticas en sangre hasta los 3-6 meses para evaluar si la persona ha adquirido o no el VIH y otros virus.

4.6. PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN O TRATAMIENTO PREVENTIVO ANTES DE LA EXPOSICIÓN

Es una más de las opciones de tratamiento para evitar la infección y consiste en dar tratamiento con Truvada® (tenofovir y emtricitabina) a diario o tres días en el entorno de la exposición, a personas sin VIH pero que se exponen a éste de forma repetida sin usar otras medidas de prevención.

REFERENCIAS

1. Smith DK, Herbst JH, Zhang X, Rose CE. Condom effectiveness for HIV prevention by consistency of use among men who have sex with men in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2015; 68(3):337-344.
2. Baeten J M, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J et al; Partners PrEP Study Team. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *N Engl J Med* 2012; 367(5):399-410.
3. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. *AIDS* 2014; 28(10):1509-1519.
4. Weller, S., & Davis, K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Syst Rev* (1), CD003255.
5. Pretty LA, Anderson GS, Sweet DJ. Human bites and the risk of human immunodeficiency

- virus transmission. *Am J Forensic Med Pathol* 1999;20(3):232-239
6. Smith DK, Grohskopf LA, Black RJ, et al. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR* 2005; 54(RR-2):7.
 7. Documento de Consenso sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.08.005> Consensus.
 8. Recomendaciones sobre Profilaxis Pre-Exposición en adultos para la Prevención de la Infección por VIH en España del Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA). http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2016/gesida-guiasclinicas-2016-profilaxis_pre-exposicionVIH.pdf



5. LOS CUIDADOS



Para las personas con VIH cuidarse puede significar muchas cosas: cuidarse en sus relaciones sexuales, cuidar la infección (esto significa realizar seguimiento médico, tomar tratamiento...), cuidar la alimentación, y cómo no, también disfrutar de la vida. En este capítulo hablaremos del seguimiento clínico, de la alimentación y otros aspectos que son importantes para mejorar la calidad de vida de las personas con VIH.

5.1. ¿QUÉ MÉDICO ATIENDE LA INFECCIÓN POR EL VIH?

Una vez diagnosticada la infección por el VIH, el seguimiento se realiza en las consultas del hospital y no en atención primaria. Esto se debe sobre todo a que el tratamiento sólo se dispensa en las farmacias de los hospitales y a que las unidades especializadas en la infección por VIH se encuentran en centros hospitalarios. Además, las personas con VIH pueden tener otros problemas médicos que pueden requerir el cuidado del médico de familia o de otros especialistas.

5.2. ¿DÓNDE SE DEBE ACUDIR?

En el hospital se tratan todos los aspectos relacionados con el VIH, las hepatitis, y los problemas del tratamiento antirretroviral e interacciones con otros medicamentos, pero otros como el control de la diabetes, la presión arterial, o simplemente un catarro, puede ser resuelto por el médico de Atención Primaria. A veces puede ser necesario recurrir a otros especialistas por problemas puntuales: cardiólogo, neumólogo...

5.3. ALIMENTACIÓN

Una alimentación equilibrada es fundamental para mantener una vida saludable. Así, la dieta nos aporta los nutrientes que el cuerpo necesita para mantenernos saludables y luchar contra las enfermedades.

Es importante tener especial cuidado a la hora de hacer la compra, conservar, almacenar los alimentos y cocinarlos, para evitar que se produzcan infecciones por ese motivo.

5.4. ¿CUÁNDO SE DEBE COMER?

Lo recomendable es realizar 5-6 comidas diarias. Un desayuno completo y variado (evitar tomar sólo un café), una comida a mediodía y la cena que sea más ligera. Además de un tentempié a media mañana y media tarde, si es posible. No es bueno pasar muchas horas seguidas sin comer. Como la dieta tiene que ser variada, algo que puede ayudar a conseguirlo es realizar un menú semanal, y llevarse la lista de ingredientes necesarios al ir a hacer la compra, para evitar comprar alimentos innecesarios o poco adecuados.

5.5. ¿QUÉ SE DEBE COMER?

Una dieta equilibrada debe ser variada, con la composición de los nutrientes adecuados. Los nutrientes son los elementos básicos que los alimentos proporcionan al organismo para que pueda llevar a cabo todas las funciones fisiológicas. Éstos son:

- Los hidratos de carbono que aparecen en el azúcar, la miel, las mermeladas y las frutas en su forma más sencilla, y en la patata, harinas de cereales, arroz, sémola, pasta, legumbres y verduras en forma más compleja, con almidón y/o fibra. Aportan energía rápida si se consumen en su forma sencilla y más lentamente si se toman en la forma más compleja, ya que tienen que ser transformadas por el organismo.
- Las grasas, que proporcionan mucha energía en poco volumen. Se encuentran en los aceites, la nata, la

crema, la leche entera y sus derivados (sobre todo en los quesos y la mantequilla), la panceta o los embutidos. Se deben tomar con moderación, sobre todo si se tiene el colesterol o los triglicéridos altos. Pero no todas las grasas son malas: el aceite de oliva es muy saludable y se recomienda su utilización para cocinar y en crudo como aliño de ensaladas.

- Las proteínas se encuentran en la carne, el pescado, la leche y sus derivados, así como en los huevos. También se encuentran en menor cantidad en las legumbres y los cereales. Tienen múltiples funciones; por ejemplo, para mantener la masa muscular, crear anticuerpos capaces de luchar contra las infecciones, reparar las heridas, proporcionar energía, etc.

La dieta debe ser variada y contener verduras, frutas, cereales, frutos secos, productos lácteos, carnes y pescados. Además es importante mantener una hidratación adecuada. Beber agua ayuda a eliminar sustancias tóxicas y a regular la temperatura del cuerpo. En determinadas circunstancias, por ejemplo cuando se tiene fiebre o se realiza ejercicio y se suda mucho, la necesidad de hidratación aumenta, lo que se puede compensar tomando agua, infusiones, sopas, zumos...

Otra forma de tomar una dieta equilibrada es teniendo en cuenta la pirámide de los alimentos, que nos indica cuáles son los alimentos que hay que consumir y en qué proporción. Se recomienda un mayor consumo de aquellos que están en la base y menor cuanto más se asciende, aunque todo hay que adaptarlo a las necesidades de cada persona.

5.6. ¿CÓMO AUMENTAR EL APETITO?

La falta de apetito en las personas con VIH se asocia a causas variadas como: no tomar tratamiento antirretroviral, otras infecciones, dolor, ansiedad, depresión, cansancio o no hacer una dieta equilibrada. Aunque hay medicamentos que pueden aumentar el apetito, lo mejor es intentar corregir la causa responsable. Además, existen múltiples trucos que pueden ser eficaces para aumentar el apetito:



- Convertir la comida en una actividad placentera, en un ambiente y en compañía agradables.
- Comer pequeñas cantidades y más a menudo, cada vez que apetezca y cuando se tenga apetito.
- Preparar comidas o platos muy nutritivos, fáciles de digerir y apetitosos.
- Beber fuera de las horas de las comidas, ya que a la hora de comer disminuyen el apetito.
- Evitar comidas poco nutritivas pero que dan sensación de estar lleno: lechuga, verduras que produzcan muchos gases o bebidas gaseosas. Es mejor tomar, por ejemplo, batidos a base de leche y frutas, yogures bebidos, zumos o leche enriquecidos...
- Llevar siempre encima frutos secos tostados listos para tomar y que constituyen un alimento energético y nutritivo.
- Elaborar los alimentos con condimentos aromáticos que los hagan más apetecibles.
- Disminuir la ingesta de alcohol, café e intentar abandonar el tabaco.

5.7. HIGIENE

Desde el punto de vista de higiene personal es necesario ducharse una vez al día, usando un jabón de pH neutro para evitar que la piel se irrite, cepillarse los dientes después de cada comida, limpiando la lengua con el cepillo, usar seda dental y colutorios para completar la higiene bucal. Esto es especialmente importante si existe alguna infección en la boca.

Es fundamental llevar una dieta equilibrada, como ya hemos visto. Pero también es de vital importancia no fumar, ya que el tabaco altera también el sistema inmunitario y favorece la aparición de infecciones, enfermedades del pulmón como la bronquitis crónica, aumenta el riesgo de desarrollar cáncer y enfermedades del corazón y la circulación. Aunque es difícil dejar de fumar, existen programas de deshabituación y fármacos que te pueden ayudar a conseguirlo (pregúntale a tu médico).

Tampoco es recomendable consumir drogas ya que alteran el sistema inmunitario y aumentan el riesgo de padecer múltiples enfermedades. El alcohol además es tóxico para el hígado, sobre todo en personas que además tienen otra causa de hepatitis crónica (virus B o virus C). El consumo de pastillas para dormir y otros fármacos que actúan sobre el cerebro puede interactuar con los medicamentos antirretrovirales y siempre debes consultar con tu médico antes de tomarlos. El consumo de cocaína favorece la aparición de trastornos cardíacos y cerebrales.

También es importante realizar un ejercicio físico adecuado a cada persona. El ejercicio aumenta la fuerza muscular y la agilidad, el funcionamiento del corazón y los pulmones, mejora el colesterol y el azúcar, aumenta el apetito y ayuda a dormir mejor. Se debe combinar ejercicios de calentamiento y estiramiento con aeróbicos o cardiovasculares y de resistencia o de fuerza. Para gente a la que no le gusta ir al gimnasio, puede ser adecuada la realización de yoga, pilates, natación, o caminar. Lo importante es la constancia, establecer metas razonables y buscar un punto divertido o de disfrute para no dejar de realizarlo rápidamente. Hay que mantenerse en forma, sin lesionarse.

5.8. RECOMENDACIONES SOBRE VACUNAS Y VIAJES

En general, las personas con VIH deben ser vacunadas de acuerdo con las guías nacionales para toda la población.

Las vacunas pueden estar constituidas por virus vivos atenuados o por virus muertos o inactivos. Las que llevan virus inactivados se pueden administrar sin problemas. Las formadas por microorganismos atenuados (varicela, sarampión, paperas, rubéola, fiebre amarilla, fiebre tifoidea o BCG) deben valorarse en cada caso y están contraindicadas en personas con menos de 200 linfocitos CD4.

La respuesta a las vacunas puede ser insuficiente (se producen pocos anticuerpos) si la cifra de linfocitos CD4 es menor de 200-350 células. En este caso, podría ser necesario administrarlas de nuevo una vez haya aumentado

la cifra de linfocitos CD4 gracias al tratamiento antirretroviral.

La vacuna tifoidea oral tampoco se puede administrar en las personas con menos de 200 linfocitos CD4. En este caso, se debe administrar la forma pinchada. Tras la administración de la vacuna deben transcurrir varias semanas hasta que el organismo produce los anticuerpos que protegen frente a la infección

Se debería administrar la vacuna frente a la gripe anualmente, frente a Haemophilus y neumococo, hepatitis A y B, meningococo y Varicela-Zoster

Si vas a viajar, es recomendable que lleves un informe médico lo más actualizado posible, que incluya la medicación que estás tomando, tanto antirretroviral como no, por si tuvieras algún problema de salud que precisara asistencia sanitaria. También es recomendable informarse sobre el tipo de asistencia sanitaria del país al que viajas, así como de la disponibilidad en dicho país de los fármacos que estás tomando, por si la estancia se alarga. Se recomienda llevar la medicación antirretroviral en sus envases originales y en el equipaje de mano siempre que se pueda (para evitar extravíos).

Antes del viaje, debes acudir a una Unidad de Atención al Viajero, por lo menos un mes antes, independientemente del tipo de viaje. Es necesario actualizar el calendario de vacunación y valorar si es necesaria la profilaxis o prevención frente a la malaria, dependiendo del destino y la duración del viaje. Has de saber que la profilaxis frente a malaria se tiene que iniciar antes del viaje y mantenerlo durante y después del mismo.

Las personas que viajan a su país de origen, si llevan varios años en España pueden haber perdido la inmunidad (los anticuerpos) frente a infecciones endémicas en su país de origen y requieren los mismos cuidados que las personas que viajan por primera vez al mismo. A veces, puede ser necesario retrasar el viaje si el tratamiento antirretroviral se ha iniciado poco tiempo antes del mismo o si las condiciones de salud todavía lo desaconsejan.

Cuando ya se está de viaje, es conveniente mantener el



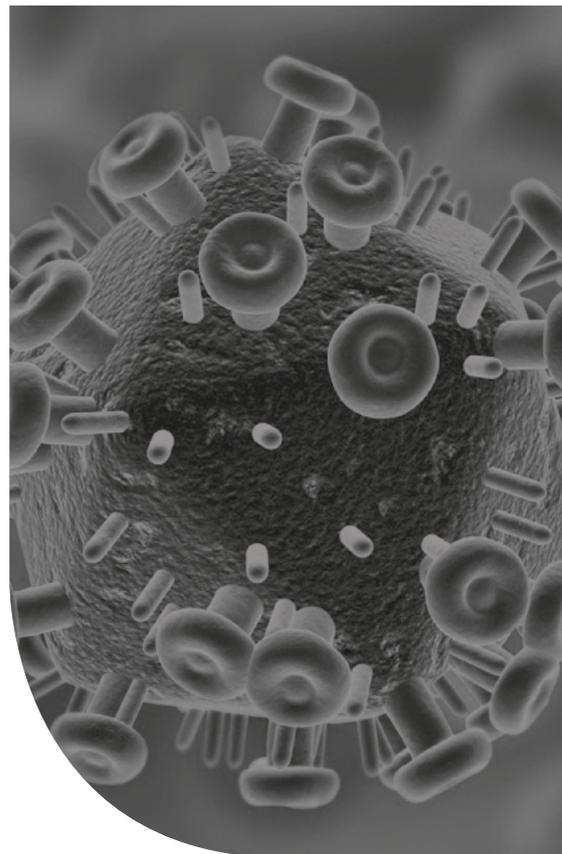
horario de los medicamentos, acortando el intervalo a la siguiente dosis cuando se viaja hacia el este.

Cuando llegues al país de destino, es necesario que sigas las mismas recomendaciones que cualquier viajero:

- Cuidar la higiene de los alimentos, evitando comer verduras crudas y beber agua no embotellada o bebidas con cubitos de hielo, para evitar infecciones gastrointestinales (diarrea del viajero, diarreas infecciosas o infecciones por distintos parásitos).
- Evitar las picaduras de insectos, utilizando repelentes y ropa adecuados.

REFERENCIAS

1. Panel de expertos de GeSIDA y Plan Nacional sobre el Sida. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento anti-retroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. (Actualización enero 2017). Disponible en: www.gesida-seimc.org.
2. DHHS Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents – A Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC). Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. Disponible en: <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines>.
3. EACS guidelines version 8.0 October 2015. Disponible en: <http://www.eacsociety.org>
4. OMS. Aprender a vivir con el VIH/SIDA. Manual sobre cuidados y apoyos nutricionales a los enfermos de VIH/SIDA. 2003. Disponible en: www.who.int/nutrition/pub
5. Recomendaciones de SPNS/GEAM/SENPE/AEDN/SED-CA/GESIDA sobre nutrición en el paciente con infección por VIH. ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006. Disponible en: www.gesida-seimc.org.



6. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL



6.1. CONCEPTOS BÁSICOS

Los medicamentos antiretrovirales impiden la multiplicación del VIH y evitan que disminuyan los linfocitos CD4. El tratamiento antirretroviral inicial más común consiste en una combinación de tres fármacos, la llamada “triple terapia”. Estos fármacos tienen muy pocos efectos secundarios y son fáciles de tomar (1-2 pastillas al día).

6.2. ¿CUÁNDO SE DEBE INICIAR EL TRATAMIENTO?

El inicio del tratamiento antirretroviral debe proponerse a todas las personas tras el diagnóstico de la infección por VIH. Es muy importante que el paciente tenga pleno convencimiento de la importancia de tomarlo correctamente, dado que actualmente es un tratamiento indefinido.

6.3. ¿ES IMPORTANTE HACER BIEN EL TRATAMIENTO?

La toma adecuada del tratamiento es la clave del éxito del tratamiento antirretroviral. El cumplimiento irregular favorece la progresión de la infección y la disminución de los linfocitos CD4. Además, aumenta el riesgo de que virus se haga resistente a los fármacos antirretrovirales, disminuyendo las opciones de encontrar un tratamiento eficaz. Por tanto, es necesario que sigas las indicaciones dadas por tu equipo médico.

6.4. ¿QUÉ MEDICAMENTOS SE USAN?

Existen varias clases o familias de medicamentos y se clasifican en función de su mecanismo de actuación.



Tabla nº 1. Inhibidores de transcriptasa inversa análogos de nucleósidos/nucleotidos* más comúnmente empleados

Análogos de nucleósidos	Dosis	Efectos adversos/interacciones
Lamivudina (Epivir®)	1 comprimido cada 24 horas con o sin alimentos	<ul style="list-style-type: none"> Raramente dolor de cabeza, náuseas, diarrea, lesiones en piel
Emtricitabina (Emtriva®)	1 cápsula cada 24 horas con o sin alimentos	<ul style="list-style-type: none"> Raramente dolor de cabeza, náuseas, diarrea, lesiones en piel
Zidovudina (Retrovir®)	1 comprimido cada 12 horas con o sin alimentos	<ul style="list-style-type: none"> Anemia, alteración muscular, daño al hígado
Abacavir (Ziagen®)	2 comprimidos cada 24 horas juntos o 1 cada 12 horas con o sin alimentos	<ul style="list-style-type: none"> No tomar si HLA B5701 positivo. Precaución si riesgo alto de enfermedad cardiovascular
Tenofovir disoproxil (Viread®)	1 comprimido cada 24 horas con alimentos	<ul style="list-style-type: none"> Vigilar daño en riñón y hueso

*Todos los fármacos de este grupo aunque con poca frecuencia pueden originar acidosis láctica que se manifiesta con síntomas generales como malestar, cansancio, dificultad para la respiración, náuseas y vómitos

Tabla nº 2. Inhibidores de transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos más comúnmente empleados

No análogos de nucleósidos	Dosis	Efectos adversos/interacciones
Nevirapina (Viramune®)	1 comprimido de 400 mg cada 24 horas con o sin comida. Se recomienda inicio gradual. Mitad de dosis los primeros 15 días	<ul style="list-style-type: none"> Lesiones en piel, daño al hígado Posibilidad de interacciones con otros medicamentos
Efavirenz (Sustiva®)	1 comprimido de 600 cada 24 horas, antes de dormir con estómago vacío	<ul style="list-style-type: none"> Mareos, vértigo, somnolencia, pesadillas Posibilidad de interacciones con otros medicamentos
Etravirina (Intelence®)	2 comprimidos juntos de 200 mg tragados o disueltos en agua, después de comer cada 24 horas	<ul style="list-style-type: none"> Lesiones en piel, dolor de cabeza, diarrea Posibilidad de interacciones con otros medicamentos
Rilpivirina (Edurant®)	1 comprimido cada 24 horas con comida o desayuno copioso	<ul style="list-style-type: none"> Lesiones en piel, trastorno del ánimo Evitar uso de omeprazol y posibilidad de interacciones con otros medicamentos

Tabla nº 3. Inhibidores de la proteasa más comúnmente empleados

Inhibidores de la proteasa	Dosis (todos con alimentos)	Efectos adversos/interacciones
Darunavir/cobicistat o Darunavir con ritonavir (Rezolsta® o Prezista® con Norvir®)	Darunavir+ cobicistat 1 comprimido cada 24 h Darunavir 800 + Ritonavir 100 cada 24 h Prezista 600 +Norvir 100 cada 12 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones en piel náuseas, diarrea • Posibilidad de interacciones con otros medicamentos
Atazanavir con o sin ritonavir o cobicistat (Reyataz®, Norvir®, Evtaz®)	Atazanavir 300 + ritonavir 100 cada 24 horas Atazanavir 300 + cobicistat 1 comprimido cada 24 h Atazanavir 200 mg 2 comprimidos cada 24 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Coloración amarillenta ojos, evitar uso omeprazol y similares • Posibilidad de interacciones con otros medicamentos
Lopinavir +ritonavir (Kaletra®)	2 comprimidos cada 12 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrea, alteración lípidos • Posibilidad de interacciones con otros medicamentos

Tabla nº 4. Inhibidores de la integrasa más comúnmente empleados

Inhibidores de la integrasa	Dosis	Efectos adversos/interacciones
Raltegravir (Isentress®)	1 comprimido de 400 mg cada 12 horas Con o sin alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Escasos. Lesiones en piel, debilidad muscular. Pocas interacciones
Dolutegravir (Tivicay®)	1 comprimido cada 24 horas (en rescate doble dosis) con o sin alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones en piel insomnio, dolor de cabeza. Pocas interacciones

Tabla nº 5. Otros fármacos antirretrovirales

Inhibidores de correceptores CCR5	Dosis	Efectos adversos/interacciones
Maraviroc (Celsentri®)	150 a 600 mg oral cada 12-24 h según fármacos que se combine	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas, vómitos, daño al hígado, lesiones en piel. • Necesita ajuste de su dosis en función de los fármacos con los que se combine
Inhibidores de la fusión		
Enfuvirtide (Fuzeon®)	Se administra vía subcutánea 1 vial de 90 mg cada 12 horas	Nódulos en piel y reacción en sitio pinchazo

Tabla nº 6. Combinaciones o coformulaciones en comprimido único

Composición	Dosis	Efectos adversos/interacciones
Elvitegravir-cobicistat + emtricitabina + tenofovir alafenamida (Genvoya®)	1 comprimido cada 24 horas con alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilidad interacciones con otros medicamentos
Dolutegravir+ abacavir + lamivudina (Triumeq®)	1 comprimido con o sin alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Los mismos que los tres componentes por separado
Rilpivirina + emtricitabina + tenofovir disoproxil (Eviplera®)	1 comprimido al día con comida	<ul style="list-style-type: none"> • Los mismos que los tres componentes por separado
Rilpivirina + emtricitabina + tenofovir alafenamida (Odefsey®)	1 comprimido al día con comida	<ul style="list-style-type: none"> • Los mismos que los tres componentes por separado.
Efavirenz + emtricitabina + tenofovir disoproxil (Atripla®)	1 comprimido antes de dormir y estómago vacío	<ul style="list-style-type: none"> • Los mismos que los tres componentes por separado
Emtricitabina + tenofovir disoproxil (Truvada®)	1 comprimido cada 24 horas con alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Los mismos que emtricitabina y tenofovir disoproxil por separado
Emtricitabina + tenofovir alafenamida (Descovy®)	1 comprimido cada 24 horas	<ul style="list-style-type: none"> • El tenofovir alafenamida tiene menor daño en riñón y hueso
Abacavir + lamivudina (Kivexa®)	1 comprimido cada 24 h con o sin alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Los mismos que lamivudina y abacavir por separado
Zidovudina + lamivudina (Combivir®)	1 comprimido cada 12 horas con o sin alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Los mismos que zidovudina y lamivudina por separado
Atazanavir + cobicistat (Evotaz®)	1 comprimido cada 24 horas con alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Coloración amarillenta ojos, evitar uso de omeprazol y similares
Darunavir + cobicistat (Rezolsta®)	1 comprimido al día con alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones en piel, náuseas, diarrea • Posibilidad de interacciones con otros medicamentos

6.5. EL TRATAMIENTO DURANTE EL EMBARAZO ¿QUÉ HACER?

El embarazo es una indicación absoluta de tratamiento antirretroviral para evitar la transmisión del virus de la madre al hijo. Es preferible que planifiques el embarazo, y usar los fármacos con los que hay mayor experiencia. Una vez confirmado el embarazo, si estás realizando tratamiento, debes contactar lo antes posible con tu médico para confirmar que los fármacos usados son seguros durante la gestación. Si alguno de los fármacos no pudiera usarse durante el embarazo, particularmente durante el primer trimestre, se modificará por otro más seguro. Si no recibes tratamiento antirretroviral te indicarán iniciar el tratamiento con una pauta segura y eficaz durante el embarazo tanto para la madre como para el feto. Cuando el diagnóstico de infección por VIH se realiza muy próximo al parto, debes iniciar una pauta de tratamiento eficaz lo antes posible, se valorará la necesidad de cesárea, y se administrará una pauta de tratamiento durante el parto.

6.6. TERAPIAS ALTERNATIVAS

El tratamiento antirretroviral, complementado con una dieta sana y un estilo de vida ordenado, son los ingredientes adecuados frente a la infección por el VIH.

Con frecuencia, se plantea el uso de otros fármacos o productos de herboristería, como tratamiento para combatir la infección. No existen evidencias científicas que apoyen este tipo de productos. Algunas plantas como hipérico o "hierba de San Juan", equinácea, ajo, ginseng, uña de gato, o el zumo de pomelo, puede ser peligrosos ya que interaccionan y alteran el tratamiento antirretroviral. Es recomendable que antes de iniciar el consumo de productos naturales/herboristería, consultes con tu médico para confirmar su seguridad.



6.7. ¿QUÉ SUCEDE CUANDO NO ESTÁS EN TU LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL?

Una duda frecuente es qué hacer cuando realizas un viaje o estás un tiempo fuera de tu residencia habitual. Como en todo, lo mejor es hacer una planificación con tiempo. En este sentido, es importante que lo comuniques a la farmacia del hospital donde se realiza el seguimiento, por si necesitas medicación adicional. Es conveniente que lleves un informe médico con el tratamiento que estás tomando. En caso de que se te acabe o pierdas la medicación, si estás en España, puedes dirigirte al centro más próximo con atención a personas con VIH, dónde te pueden facilitar medicación hasta la vuelta al lugar de tu residencia, evitando así la interrupción del tratamiento.

Si realizas viajes internacionales, es muy importante conocer los requisitos de entrada al país o países que visitarás, ya que algunos de ellos, limitan la entrada de personas con VIH, particularmente cuando las estancias van a ser largas.

6.8. ¿QUÉ OTROS TRATAMIENTOS PUEDEN SER IMPORTANTES?

Es importante que tu médico tenga conocimiento de todos los medicamentos que tomas para valorar el riesgo de interacciones con el tratamiento antirretroviral, en ocasiones graves. Debes consultar a tu médico antes de iniciar cualquier fármaco para el tratamiento de la hipertensión, el colesterol, o cualquier otra enfermedad.

REFERENCIAS

1. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2017). Disponible en: <http://www.gesida-seimc.org>
2. Documento de consenso de GeSIDA/Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida sobre la Asistencia en

el ámbito sanitario a las mujeres con infección por el VIH (marzo 2013). Disponible en: <http://www.gesida-seimc.org>

3. Influencia de la medicina alternativa en el tratamiento antirretroviral de gran actividad. M Vázquez Hernández, MF Hurtado Gómez, JR Blanco. Farm Hosp. 2009; 33(1):31-6
4. Información general y sobre fármacos. <https://aidsinfo.nih.gov>
5. Centros de vacunación internacional. <http://www.msssi.gob.es>
6. Información sobre viajes. <http://www.hivtravel.org>

7. LA CONSULTA



7.1. LA VALORACIÓN INICIAL

La valoración inicial de la persona recién diagnosticada de infección por VIH es un momento complejo en el que se deben cubrir múltiples objetivos. Resulta muy importante, y eficaz, construir una sólida relación entre médico y paciente con VIH. En esa primera valoración el médico realizará una entrevista minuciosa, dirigida a la obtención de datos clínicos, laborales, personales y familiares, que pueden resultar fundamentales durante el seguimiento.

7.1.1 Evaluación clínica

La realización de esa historia clínica detallada y una exploración física al inicio son imprescindibles.

Historia clínica: se te preguntará acerca de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, elevación de grasas en sangre, tabaco, etc.). Hay que determinar si padeces alguna otra enfermedad crónica por la que debas recibir medicación. También se te preguntará acerca de la alergia a fármacos, sobre el uso de drogas y tóxicos, infecciones previas o hábitos sexuales, específicamente las relaciones anales, y los antecedentes de enfermedades de transmisión sexual. También te preguntaran acerca de otras medicaciones que tomes, productos de herboristería o alternativos. Es importante saber el país de origen, o si has realizado algún viaje a países o a zonas donde existan infecciones endémicas.

A las mujeres se les preguntará sobre los métodos anticonceptivos, controles ginecológicos previos y sus resultados, ciclo menstrual, deseo reproductivo, y sobre la menopausia, si procede.



7.2. EXPLORACIÓN FÍSICA

En la primera visita se te medirá tu talla, peso y tensión arterial. Posteriormente se te examinará la cavidad oral y piel, se te auscultará el corazón y pulmones, se te palpará el abdomen y valorar si hay adenopatías en el cuello, axilas o zona inguinal.

7.2.1 Evaluación de laboratorio y otros estudios complementarios

Te realizarán análisis generales de sangre y orina, que se repetirán periódicamente, entre 2 y 4 semanas, antes de las visitas. Hay dos determinaciones que nos ayudan a valorar la evolución de la infección: los linfocitos CD4, que nos informan de cómo van tus defensas, y la carga viral, que nos informa de la actividad del VIH. También se recomienda una prueba (tuberculina) para saber si has estado en contacto con la tuberculosis. A las mujeres se les aconseja una visita al ginecólogo para la realización de una citología de cuello de útero. A los hombres que mantienen relaciones con otros hombres se les aconseja realizar una exploración del canal anal.

7.2.2 Otros aspectos. Información general y educación

En las primeras visitas recibirás información sobre aspectos básicos de la infección por el VIH, modos de transmisión, evolución de la enfermedad, formas de prevenirla y las distintas opciones terapéuticas. Se te explicarán los riesgos y beneficios del tratamiento antirretroviral y te aclararán cualquier duda que puedas tener.

Es importante que conozcas también al personal de enfermería, que presta un gran apoyo para asegurar el cumplimiento del tratamiento (adherencia), y te ayuda a resolver dificultades y dudas que pueden ir surgiendo durante el seguimiento.

Las primeras semanas son importantes para conocer el estado de la infección y proponer un tratamiento. Al principio

las visitas serán más frecuentes, pero posteriormente los controles se realizan cada 3-6 meses, dependiendo de la evolución de la infección, de cómo toleres el tratamiento y de tu estado de salud.

Es importante que te prepares para las visitas:

- Es conveniente que previamente anotes las dudas, las molestias y todo aquello que quieras consultar con tu especialista.
- Debes aprovechar la consulta para preguntar y recibir la información que necesites.
- Puedes pedir una copia de los resultados de los análisis y que te ayuden a valorarlos.

Es importante adoptar una actitud proactiva respecto a la infección, es recomendable la implicación en la toma de decisiones y compromisos en cuanto al tratamiento y a tu salud. El equipo de profesionales debe saber cómo quieres ser tratado, y cuáles son tus miedos y problemas. Puedes ir acompañado a la consulta, si lo consideras necesario.

Es importante que aprendas a diferenciar cuando es necesario consultar de forma rápida y cuando un problema puede esperar. Muchos de los problemas serán infecciones leves (infecciones víricas, dermatitis, catarros) y puedes consultarlos con el médico de atención primaria.

7.3. EL SEGUIMIENTO

En las visitas de seguimiento se te preguntará sobre la presencia de prácticas de riesgo y se te darán consejos para prevenir la transmisión, así como promover hábitos saludables. También se valorará tu estado psicológico y el apoyo familiar del que dispones para poder aportar soluciones. Se te preguntará sobre la aparición de nuevas infecciones sexuales y se deben valorar las visitas periódicas al odontólogo (para buscar infecciones dentales) y al ginecólogo en las mujeres (para realizar examen de cuello de útero).

Valorar la evolución de la infección con el recuento de linfocitos CD4 y la carga viral permitirá ajustar la fre-

cuencia de las revisiones sucesivas, generalmente, entre 3-6 meses.

Si tienes dificultades para acudir a la cita, es importante que avises siempre que sea posible, para poder aprovechar la cita para otro/a paciente. Mediante el teléfono de contacto, el equipo médico puede proporcionarte información de los resultados.

Hay centros que hacen uso de la de la telemedicina: mediante las tecnologías de la información se te puede facilitar el seguimiento si es muy difícil acceder a la consulta, por trabajo o viajes. Estas tecnologías incluyen las consultas telefónicas, por correo electrónico o video conferencia. Siempre que sea posible, es bueno realizar el seguimiento en el mismo centro. En caso de cambio de centro, solicita un resumen de tu historia clínica para facilitar tu seguimiento en el nuevo centro.

Todos los hospitales tienen un servicio de farmacia donde debes recoger la medicación antirretroviral, con la receta médica hospitalaria. Los profesionales de esas unidades informarán de los horarios y del sistema de recogida.

REFERENCIAS

1. Von Wichmann MA, Locutura J, Blanco JR, Riera M, Suárez-Lozano I, Saura RM, Vallejo P y Grupo de Estudio del Sida (GESIDA). Indicadores de calidad asistencial de GESIDA para la atención de personas infectadas por el VIH/SIDA *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2010; 28(Supl 5):3-5
2. i-base. Introduction to combination therapy. January 2016. Disponible en: <http://i-base.info/guides/wp-content/uploads/2015/09/Intro-to-ART-January-2016e.pdf> I-BASE



8. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES RELACIONADOS CON EL VIH



Vivir con VIH es una experiencia compleja, no sólo porque es una enfermedad crónica sino porque, socialmente, es una enfermedad que estigmatiza y discrimina tanto a las personas que la padecen como a sus familias. La causa del estigma y la discriminación radica en los significados morales atribuidos a la enfermedad por estar asociada a prácticas ilícitas (consumo de drogas por vía intravenosa) y a comportamientos sexuales “desviados” (homosexualidad, bisexualidad, transexualidad, prostitución o promiscuidad). Dichos significados han provocado, y continúan provocando, el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH. Es por ello que en esta parte de la guía nos centraremos en los aspectos legales y éticos asociados a vivir con el VIH, tanto en lo que respecta a la relación profesional sanitario/paciente como aquellos asociados a la responsabilidad que comporta vivir con el VIH.

8.1. CONFIDENCIALIDAD DEL DIAGNÓSTICO Y DERECHO A LA INTIMIDAD

La intimidad es el ámbito en que los seres humanos gestionamos libre y privadamente nuestros valores (religiosos, filosóficos, culturales, políticos, sexuales, económicos...) y todo lo que directa, o indirectamente, tiene que ver con

ellos. El derecho a la intimidad es uno de los derechos personales más difíciles de delimitar y proteger en el derecho penal. Este derecho nos protege frente a la intromisión no deseada de otras personas sin nuestro consentimiento.

Todo aquello que pertenece al ámbito de la intimidad es de carácter confidencial. Ser diagnosticado de infección por VIH forma parte de la vida íntima de la persona con VIH, que tiene derecho a que el diagnóstico sea confidencial, es decir a que el profesional sanitario mantenga el secreto. Es por ello que existe una protección legal especial a la confidencialidad del diagnóstico. Esta protección pretende preservar la identidad de las personas con VIH para evitar daños asociados a prácticas discriminatorias y de exclusión. Mantener la confidencialidad del diagnóstico, además de ser un deber ético, tiene un sentido social y preventivo ya que según la OMS ayuda a controlar de la epidemia.

¿Quiénes deben respetar el derecho a la confidencialidad del diagnóstico?

Los profesionales sanitarios y otros profesionales que por su actividad conozcan la identidad de las personas infectadas. La legislación española sobre protección de datos considera que, dada su sensibilidad, los datos de salud merecen la máxima protección. Por este motivo, las personas con VIH tienen derecho a que se respete el carácter confidencial de sus datos y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización. Cada centro debe archivar y custodiar las historias clínicas de sus pacientes, garantizando su seguridad, correcta conservación y recuperación de la información.

La regla de confidencialidad obliga a cualquier profesional a no compartir dicha información con terceras personas. No obstante, el respeto a la confidencialidad admite excepciones cuando colisiona con otras obligaciones jurídicas o morales más apremiantes que tutelan intereses de igual o mayor entidad. Por ejemplo:

1. Revelación a otro profesional. La revelación el estatus serológico del/la paciente a otro profesional está

supeditada a la necesidad de que la información sea conveniente para el cuidado o tratamiento de la persona con VIH.

2. Revelación para evitar daños a terceras personas. El VIH y el sida abren el dilema sobre si puede quebrarse la confidencialidad para alertar a personas en riesgo de adquirir la infección. Algunos autores consideran que la intimidad no debiera considerarse un derecho absoluto cuya protección justificara el daño a terceros. Es por ello que, tanto a nivel ético como legal, existe un debate que pretende hallar un equilibrio entre el derecho a la intimidad y los intereses generales de la comunidad.

España no tiene una normativa especial para el caso de divulgación del diagnóstico para proteger a terceros. El médico puede (aunque no es un deber) vulnerar la confidencialidad del diagnóstico en caso de peligro real de transmisión a otras personas. La recomendación, desde la perspectiva ética, es que el profesional sanitario debe tratar por todos los medios que sea la persona con VIH, quien informe a su/s pareja/s. Este proceso puede llevar tiempo; se te ha de ofrecer tiempo para asimilar el diagnóstico y consejo para desarrollar las estrategias que te permitan compartirlo. Se recomienda que, antes de vulnerar la confidencialidad de la persona con VIH, los profesionales, deben haber agotado cualquier otra vía y fomentar las relaciones seguras entre la pareja.

8.2. ENSAYOS CLÍNICOS. CONSENTIMIENTO INFORMADO

La infección por el VIH se ha convertido en una enfermedad crónica gracias al desarrollo y la comercialización de fármacos antirretrovirales muy eficaces y seguros para el tratamiento de la infección. Un fármaco es comercializado cuando pasa con éxito las fases preclínica y clínica de la investigación. La investigación preclínica consiste, básicamente, en estudios de laboratorio en los que a partir de cultivos celulares en un tubo de ensayo y más tarde en animales se estudian las sustancias seleccionadas. En la

fase clínica, el fármaco se estudia en humanos a partir de ensayos clínicos.

Un ensayo clínico es un experimento controlado con pacientes en el que se evalúa la seguridad y eficacia de un nuevo antirretroviral, comparándolo con otros tratamientos ya aprobados.

¿Por qué es importante tu participación en los ensayos clínicos? Porque tu participación, siempre voluntaria, contribuye a mejorar la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH.

La participación de seres humanos en ensayos clínicos está regulada por la ley y debe realizarse siempre cumpliendo con preceptos éticos de buena práctica. Cuando te propongan participar, los profesionales sanitarios te darán toda la información que necesites y te propondrán firmar el consentimiento informado.

El consentimiento informado se ampara en tu derecho a la información. La decisión de participar o no en un ensayo es un proceso que incluye la explicación del estudio por parte de los investigadores, la garantía de que comprendiste la información y la firma del documento de Consentimiento Informado.

Recuerda: participar en un ensayo clínico siempre es voluntario. Puedes abandonar el estudio por razones personales o de salud en cualquier momento, incluso una vez hayas firmado el consentimiento informado o hayas iniciado el ensayo.

8.3. RESPONSABILIDAD EN LA TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD

Compartir que tienes VIH es un hecho complejo, pero aún lo es más si se trata de tu/s pareja/s, ya sean esporádicas o estables. Para tomar esta decisión, que no es fácil, debes saber que:

1. Según las leyes españolas, las personas con VIH no tienen la obligación legal de revelar a sus parejas sexuales esporádicas o estables, su condición de persona con VIH, siempre y cuando se pongan los medios

para prevenirla y no haya transmisión. En principio no está considerado ni como delito ni como falta administrativa, y lo que se preserva es el derecho a la intimidad.

2. No obstante, nadie está obligado a decir a un tercero que tiene el VIH, aunque sea una relación estable siempre y cuando ponga los medios adecuados para evitar la transmisión. La ley también apunta que, en caso de que se produzca una situación de riesgo, y previamente no se haya revelado el estado serológico, la persona con VIH debe declarar el estado serológico para que se puedan adoptar las medidas de profilaxis post exposición o para que la pareja sexual asuma el riesgo de la infección por el virus. Lo que se realiza aquí es un ejercicio de responsabilidad.
3. En España no existe una legislación específica para la transmisión del VIH. Generalmente los casos de transmisión se tramitan por la jurisdicción civil (en la que de acuerdo al artículo 1902 del Código Civil se requiere una compensación económica si el demandado es considerado culpable), o más frecuentemente por la jurisdicción penal. En la jurisdicción penal la transmisión del VIH se encuadra dentro del delito general de lesiones (artículo 147 del código Penal) o más comúnmente en el delito de lesiones grave (art. 149 del Código Penal). En esta jurisdicción penal, se requiere la falta de uso de medidas profilácticas o de prevención junto con la intención de transmitir la infección, o al menos, la asunción de una alta probabilidad de que la transmisión se produzca para que el delito de lesiones ocurra. La revelación de la condición de persona con VIH no es motivo suficiente para eliminar la responsabilidad legal del demandado debido a que el artículo 155 del Código Penal establece que el consentimiento de la víctima reduce, pero no elimina la responsabilidad del demandado. Por tanto, la cuestión central para que no se aplique el delito es que la persona con VIH haya utilizado medidas profilácticas aunque ayudará a reducir la responsabilidad

(en caso de haber transmisión) el que haya revelado su condición a la otra persona.

4. Las conductas sexuales realizadas con intención manifiesta de transmitir el VIH son todas penalizadas.

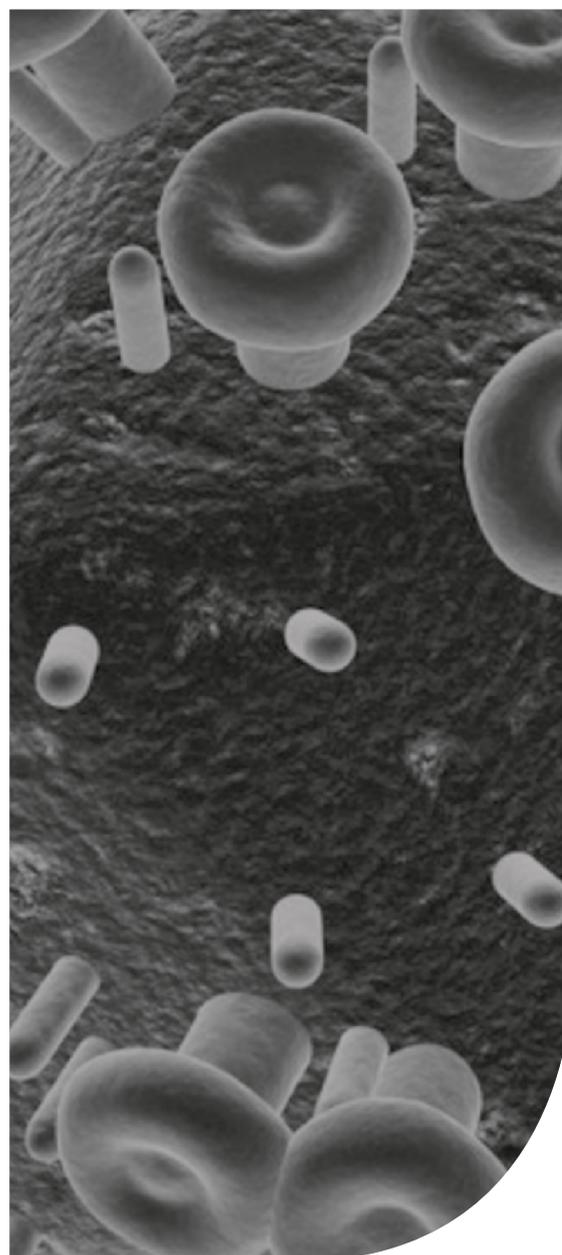
¿Qué responsabilidad ética existe en la transmisión del VIH?

Como ya hemos visto la ley exige de la obligación de revelar el diagnóstico, pero penaliza cuando no se ha informado acerca de la infección al tener una práctica de riesgo o cuando, intencionadamente, se pretende transmitir la infección. A nivel ético, se discute si la transmisión del VIH es una responsabilidad compartida o individual. Cuando se habla de responsabilidad individual, se entiende que cada una de las personas que mantiene una relación sexual sin preservativo, tanto la persona con VIH como la que no lo tiene, es responsable de su propia salud y decide, cómo cuida de ella. Un equipo de investigadores analizó el concepto de “todo el mundo es responsable de su propia salud”, en el contexto del VIH, llegando a la conclusión que en un encuentro sexual, la responsabilidad se traspa a la otra persona (ambos son responsables).

Cuando se habla de corresponsabilidad, responsabilidad compartida, o responsabilidad común, asociada a la transmisión del VIH, la responsabilidad va más allá del individuo y se conecta con el bienestar del prójimo o la comunidad. Una persona no sólo es responsable de la propia salud y de su autocuidado, sino que también lo es de la salud del otro y de su cuidado.

REFERENCIAS

1. Feijoo Cid M. Mi sangre está enferma, yo no: narrativas del mundo Sida y la gestión del tratamiento [Internet]. Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili; 2013.
2. Llinas M; Carballo M; Feijoo M; Gómez R; Ribera E. Ayudar a vivir positivamente. Manual para personas seropositivas. 3ª edición. Barcelona, 2015.
3. Bolaños Gutiérrez MR. Implicaciones éticas, legales y sociales del diagnóstico de VIH/Sida en la mujer. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. Sociedad Cubana de Administración de Salud; 2013;39(1):124-34.
4. Word Press. Definición. de ley - Qué es, Significado y Concepto. 2016. Disponible en: <http://definicion.de/ley/>
5. Bertrán JM, Collazo E, Gervas J, González Salinas P, Gracia D, Júdez J, et al. Intimidad, confidencialidad y secreto. Fundación de Ciencias de la Salud, editor. Madrid; 2005. Disponible en: http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/06/CONFIDENCIALIDAD_Y_SECRETO_MEDICO.pdf
6. Maglio I (coord). Guía de buenas prácticas ético legales en VIH/Sida. 2a ed. Buenos Aires; Disponible en: http://inadi.gob.ar/wp-content/uploads/2014/08/guia_buenas_practicas_etico_legales.pdf
7. Koerting A; Hernández J; Valor D; Ramiro MA; Ramírez P y Escudero R. VIH, discriminación y derechos. Guía para personas que viven con el VIH. Madrid. 2015. Disponible en: www.cesida.org/wp-content/uploads/2015/12/Guia_ESTIGMA_nov2015.pdf
8. GTt: Grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH. (2009). ¿Qué es un ensayo clínico?. Disponible en: <http://gtt-vih.org/aprende/participar>
9. Lazcano-Ponce E, Salazar-Martínez E, Gutiérrez-Castrellón P, Angeles-Llerenas A, Hernández-Garduño A, Viramontes JL. Ensayos clínicos aleatorizados: variantes, métodos de aleatorización, análisis, consideraciones éticas y regulación. Salud Publica



- Mex [Internet]. Instituto Nacional de Salud Pública; 2004;46(6):559-84.
10. ASCO. American Society of Clinical Oncology. About Clinical Trials. Disponible en: <http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/how-cancer-treated/clinical-trials/about-clinical-trials>
 11. ASCO. American Society of Clinical Oncology. Deciding to Participate in a Clinical Trial. Disponible en: <http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/how-cancer-treated/clinical-trials/deciding-participate-clinical-trial>
 12. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
 13. Rangel J, Adam B. Everyday moral reasoning in the governmentality of HIV risk. *Sociol Health Illn* 2014; 36(1):60-74.



