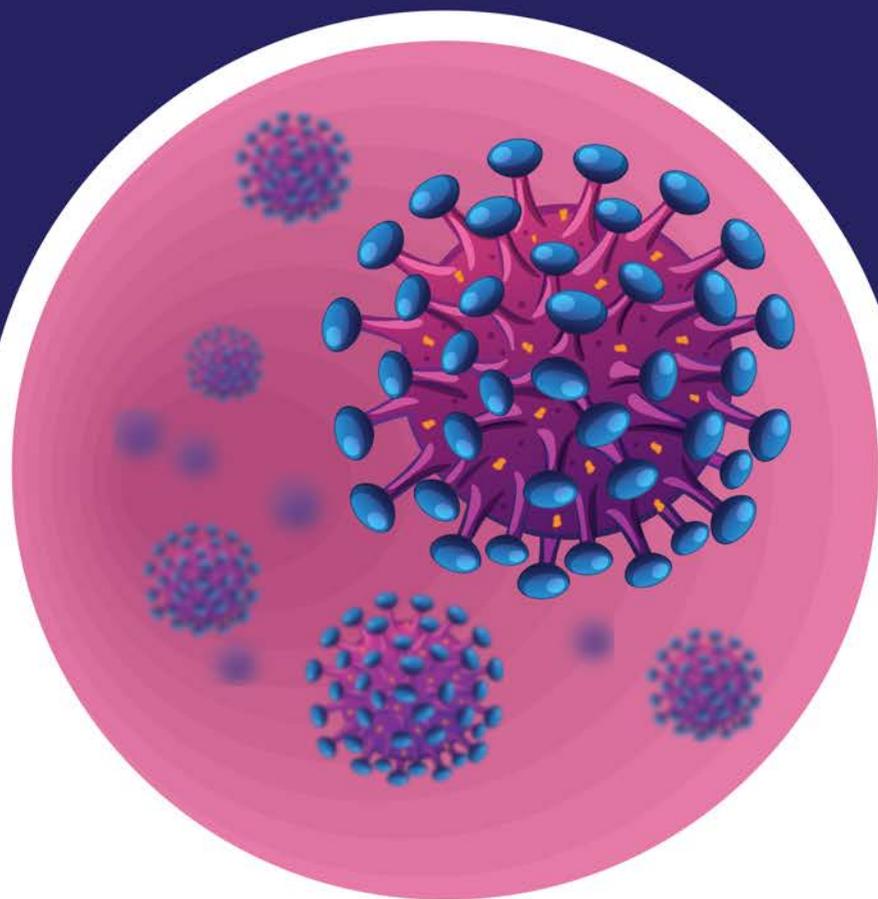


RETOS Y PERSPECTIVAS

# DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES VIH





RETOS Y PERSPECTIVAS

# DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES VIH

Med. Alejandra de Jesús Álvarez Vásquez

Med. Nelson Ricardo Chacha Suscal

Med. Elizabeth Katuiska Villegas Guerrero

Med. Henry Willian Sacoto Carranza

Med. Karolina Nicole Alcívar Mendoza

Med. Francisco Javier Guadamud Silva

Med. Fernanda Gisell García Reyes

Med. Karen Katuska Loza Bejarano

Med. María Lissette Soledispa Zambrano

Med. Mario Waldemar Pacheco Moreira







RETOS Y PERSPECTIVAS

# DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES VIH

## AUTORES

**Med. Alejandra de Jesús Álvarez Vásquez**

Médico Cirujano

Hospital San Vicente de Paul Ibarra; Residente

[aleja\\_alvarez14@hotmail.com](mailto:aleja_alvarez14@hotmail.com)

**Med. Nelson Ricardo Chacha Suscal**

Médico Cirujano

Clínica CLIESMETROSA

[ricardocsmed93@gmail.com](mailto:ricardocsmed93@gmail.com)

**Med. Elizabeth Katuiska Villegas Guerrero**

Médico Cirujano

Hospital Dr. Gustavo Domínguez Santo Domingo; Médico Residente de Anestesiología

[katty\\_92@hotmail.es](mailto:katty_92@hotmail.es)

**Med. Henry Willian Sacoto Carranza**

Médico Cirujano

Hospital Hospital Dr. Gustavo Domínguez de Santo Domingo; Médico Residente en Funciones

[henry20sacoto@hotmail.com](mailto:henry20sacoto@hotmail.com)

**Med. Karolina Nicole Alcívar Mendoza**

Médico Cirujano

Centro de Salud 4 Horas Santa Ana; Médico Rural del Área de Emergencia

[nicolalci\\_1994@hotmail.com](mailto:nicolalci_1994@hotmail.com)

**Med. Francisco Javier Guadamud Silva**

Médico Cirujano

Hospital Gustavo Domingo Santo Domingo;

Médico General

[javiermedicina@outlook.com](mailto:javiermedicina@outlook.com)

**Med. Fernanda Gisell García Reyes**

Médico Cirujano

Hospital Gustavo Domingo Santo Domingo;

Médico General

[fergigare@gmail.com](mailto:fergigare@gmail.com)

**Med. Karen Katiuska Loza Bejarano**

Médico Cirujano

Hospital Gustavo Domingo Santo Domingo;

Médico General

[mdlozakaren@gmail.com](mailto:mdlozakaren@gmail.com)

**Med. María Lissette Soledispa Zambrano**

Médico Cirujano

Hospital Gustavo Domingo Santo Domingo;

Médico General

[lisssolezambrano90@hotmail.com](mailto:lisssolezambrano90@hotmail.com)

**Med. Mario Waldemar Pacheco Moreira**

Médico Cirujano

Hospital Gustavo Domingo Santo Domingo;

Médico Cirujano

[mariowpacheco@hotmail.com](mailto:mariowpacheco@hotmail.com)





RETOS Y PERSPECTIVAS

# DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES VIH

## REVISORES

**Álvarez Sagubay Douglas José**

Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local;

Especialista en Medicina Interna;

Diploma Superior en Evaluación de la Calidad y Acreditación de la Educación Superior;

Diploma Superior en Enfermedades Inmunodeficientes en VIH-Sida;

Doctor en Medicina y Cirugía

*Hospital de Especialidades “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”*

**Tóala Mosquera Oliver Joel**

Especialista en Cirugía General;

Médico;

*Universidad de Guayaquil*





# DATOS DE CATALOGACIÓN

**AUTORES:** Med. Alejandra de Jesús Álvarez Vásquez  
Med. Nelson Ricardo Chacha Suscal  
Med. Elizabeth Katuiska Villegas Guerrero  
Med. Henry Willian Sacoto Carranza  
Med. Karolina Nicole Alcívar Mendoza  
Med. Francisco Javier Guadamud Silva  
Med. Fernanda Gisell García Reyes  
Med. Karen Katuska Loza Bejarano  
Med. María Lissette Soledispa Zambrano  
Med. Mario Waldemar Pacheco Moreira

**Título:** Retos y perspectivas de la atención en pacientes VIH

**Descriptor:** Inmunológica; Enfermedad venérea; Atención médica; Servicios de salud.

**Edición:** 1<sup>era</sup>

**ISBN:** 978-9942-787-81-1

**Editorial:** Mawil Publicaciones de Ecuador, 2019

**Área:** Educación Superior

**Formato:** 148 x 210 mm.

**Páginas:** 211

**DOI:** <https://doi.org/10.26820/978-9942-787-81-1>



## *Texto para Docentes y Estudiantes Universitarios*

El proyecto didáctico *Retos y perspectivas de la atención en pacientes VIH*, es una obra colectiva creada por sus autores y publicada por *MAWIL*; publicación revisada por el equipo profesional y editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de *MAWIL* de New Jersey.

**© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.**

\*Director General: MBA. Vanessa Pamela Qhispe Morocho Ing.

\*Dirección Central *MAWIL*: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

\*Gerencia Editorial *MAWIL*-Ecuador: Aymara Galanton.

\*Editor de Arte y Diseño: Lic. Eduardo Flores



**ÍNDICE**

**RETOS Y PERSPECTIVAS  
DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES VIH**





<b>PRÓLOGO</b> .....	15
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	19
<b>CAPÍTULO I</b> DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL VIH .....	23
<b>CAPÍTULO II</b> TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (ARV).....	71
<b>CAPÍTULO III</b> RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN VIH .....	95
<b>CAPÍTULO IV</b> RELACIÓN PERSONAL DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE VIH .....	125
<b>CAPÍTULO V</b> SISTEMA DE SALUD Y PACIENTES DE VIH.....	153
<b>CAPÍTULO VI</b> ESPECIFICIDADES EN LOS GRUPOS DE PACIENTES DE VIH.....	177
<b>GLOSARIO DE TÉRMINOS</b> .....	205
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	211



**PRÓLOGO**

**RETOS Y PERSPECTIVAS  
DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES VIH**







Desde el inicio de la epidemia del VIH /SIDA se ha observado un alto índice de estigma y discriminación hacia las personas viviendo con esta enfermedad (PVVS), lo que ha sido motivado por el desconocimiento y los prejuicios que un número representativo de la sociedad tienen acerca de esta patología infecciosa, creando una situación mucho más difícil y angustiante para las personas afectadas con ella y sus familias.

En razón de esto, es necesario señalar que la atención a quienes viven con el virus del SIDA no debe realizarse, a través de organismos sanitarios y salud, sino, a través de la participación activa de la familia, sociedad y grupos en general, con el propósito que las PVVS logren nuevamente su reinserción en la sociedad y logren alcanzar niveles de vida óptimos, los cuales, en la actualidad son difíciles de vivir, dado la magnitud de tabúes que existen en torno a este terrible mal crónico.

Es por tal motivo que, surge este material informativo, el cual va dirigido a las sociedades en general, con el firme propósito de que logren conocer acerca de la enfermedad del VIH /SIDA, buscándose con ello, que entiendan que ésta, es una patología infecciosa de tipo crónica, la cual, intervenida, a través de cuidados y tratamientos adecuados permiten a la persona vivir e interactuar con la sociedad de manera productiva y armónica; sentimientos que deben ir acompañados por la aceptación y amor que tanto necesitan estos pacientes VIH.

Por todo esto, y respondiendo a la necesidad de proporcionar a las PVVS, un material informativo que les ayude y facilite la realización de las actividades de la vida diaria, en su entorno familiar, social y laboral, fue redactado este libro, el cual no sólo busca ilustrar, informar y educar acerca de la enfermedad del VIH, sino que describe la importancia que tiene el manejo del autocuidado y alimentación, donde no solo se propone hábitos saludables, sino también prevenir las infecciones e informar de las posibles complicaciones que pueda desencadenar la enfermedad.

*Los autores*



**INTRODUCCIÓN**

**RETOS Y PERSPECTIVAS  
DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES VIH**







Las enfermedades siempre han provocado temor en la humanidad, sobre todo las desconocidas o nuevas, o aquellas sobre las que nadie sabe cómo prevenir, enfrentar o curar. El VIH/ SIDA no ha sido la excepción, pues ha sido considerada una de las pandemias que ha originado más muertes a nivel mundial, lo que ha llevado al hecho de que recibir el diagnóstico positivo sobre la misma, origine en la persona sentimientos que involucren mucha confusión y de incredulidad, como también mucho temor, miedo, culpa, rabia, dolor, angustia por no saber qué va a suceder.

Dicho esto, hace necesario reafirmar que la reacción de la sociedad ante esta enfermedad ha sido y sigue siendo en muchos casos agresiva u ofensiva, la mayoría de las veces por desconocimiento y/o por miedo ó quizás por lo que al inicio de la epidemia se la ha relacionado con grupos claves de la población (hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas, trabajadores/ras sexuales y otros). Otras veces se la considera como un castigo, como una pena que debe cumplir la persona afectada o como el resultado de algo malo que realizó.

Situación ésta que ha generado el surgimiento de políticas y programas de salud dirigidos a orientar a las personas sobre el VIH, buscándose a través de estos planes de salud, que las personas no se culpen de lo sucedido, considerándose que, contraer el VIH es algo que puede pasarle a cualquier individuo, motivando a éste a entender que el virus no debe cortar sus sueños, metas, esperanzas e ilusiones; por lo tanto hay que continuar estudiando, trabajando, realizando actividades cotidianas y hacer que la vida tenga sentido.

En términos generales, es importante que la sociedad en pleno comprenda que el SIDA es una enfermedad de evolución crónica, prevenible, siendo el contacto sexual la forma de transmisión más frecuente, lo que ha originado que se haya rodeado de mitos acerca de la transmisión del virus, la culpabilidad y el señalamiento de quienes lo padecen. De allí, que desde el inicio de la epidemia, se ha observado un alto índice de estigma y discriminación hacia las personas viviendo con el VIH/SIDA (PVVS), por el desconocimiento y los prejuicios, creando una situación mucho más difícil



y angustiante para ellos y sus familias.

Esta enfermedad causa terribles estragos, no sólo entre quienes contraen la enfermedad o mueren por esa causa, sino también entre sus familiares, comunidades y gobiernos. Esto se refleja en el número de huérfanos, los desequilibrios y traumas en las familias, el abatimiento de los trabajadores, la sobrecarga a los servicios de salud y en los sistemas sociales. Por tal motivo, la atención a quienes viven con el virus del SIDA no sólo debe ser implementada en el ámbito de los proveedores de la salud, pues debe existir una participación activa de la sociedad, familia, el grupo social al cual pertenece y se desenvuelve, con el propósito que las PVVS logren nuevamente su reinserción en la sociedad.

En virtud de estos señalamientos se establece la importancia del presente libro, el cual lleva por nombre: “Retos y perspectivas de la atención en pacientes VIH”, y se encuentra estructurado en seis capítulos , cada uno de ellos con información relevante acerca del origen del VIH/SIDA, uso e importancia de los Tratamientos Antirretroviral (ARV), la relación médico-paciente en VIH, la relación personal de enfermería con el paciente, estructura y funcionamiento del Sistema de salud y pacientes VIH y, por último, las especificidades en los grupos de pacientes de VIH.

# CAPÍTULO I

## DEFINICIÓN Y

## CARACTERÍSTICAS DEL VIH





## DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL VIH

La falta de conocimientos oportunos sobre salud sexual y reproductiva, y sus respectivos riesgos, deviene en problemáticas sociales como el embarazo temprano y el aumento de enfermedades de transmisión sexual, como lo es el caso del VIH, reconocido como una de las patologías de mayor incidencia y número de muertes en el mundo entero. Según datos de la Organización Mundial de la Salud. OMS, la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), como lo es el VIH ha venido incrementándose en los últimos años dentro en países latinoamericanos y el mundo entero, trayendo como consecuencia altas tasas de morbilidad y mortalidad.

Lo señalado lleva a considerar el VIH, como un problema de salud que afecta a la humanidad entera, convirtiéndose en la amenaza más grande para la supervivencia humana; no hay ninguna región en el mundo que escape de este flagelo; planteamiento éste que lleva a definir esta enfermedad como una pandemia que arrebatada con sus consecuencias, a los países, los recursos y capacidades de los que depende la seguridad y el desarrollo humano. De aquí, que para minimizar esta problemática se deben asumir compromisos sociales, los cuales permitan establecer los medios para prevenir este tipo de infecciones y establecer ámbitos de apoyo libres de estigmas y discriminación.

**Imagen N° 1. VIH**



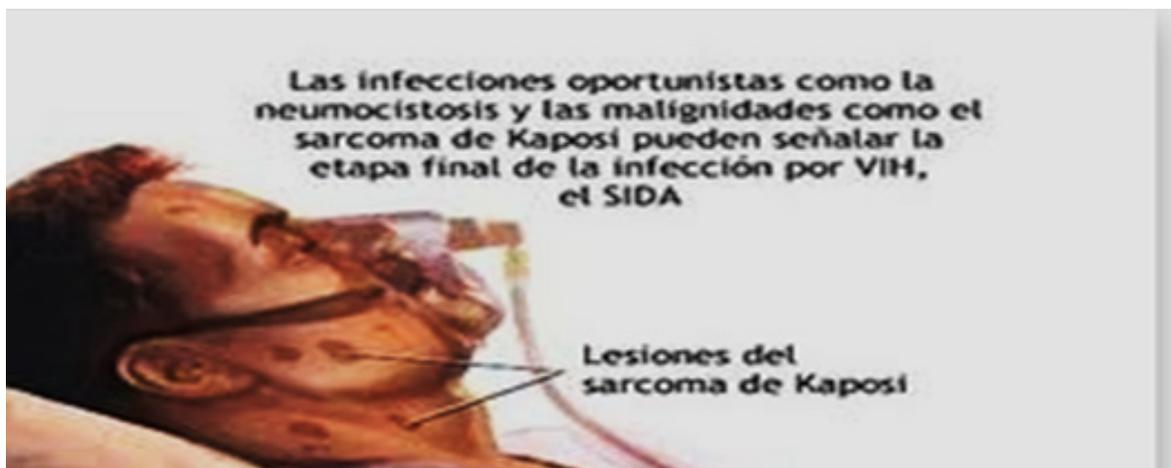
**Fuente:** Cleo (2017).



La Organización Mundial de la Salud OMS afirma, actualmente los países latinoamericanos han venido presentando un aumento en el índice de enfermedades de transmisión sexual; destáquese el caso de Ecuador; Nación ésta, en donde patologías como el VIH, papilomas, sífilis, gonorreas, han reflejado altas tasas de morbilidad; lo que lleva a considerar estas enfermedades como un problema de salud pública. Lo aquí descrito lleva a considerar el aumento en la incidencia de enfermedades de Transmisión Sexual ETS, siendo la de mayor prevalencia el VIH SIDA el cual es reconocido como una de las enfermedades que ha originado mayores estragos en las poblaciones a nivel mundial.

Ante estos señalamientos cabe preguntar: ¿Qué es el VIH?. A lo que se responde que, el VIH o Virus de la Inmunodeficiencia Humana es un retrovirus que ataca al sistema inmunitario de la persona infectada. El sistema inmunitario es la defensa natural del cuerpo humano frente a los microorganismos infecciosos, como las bacterias, virus y hongos capaces de invadir el organismo. En concreto, el VIH ataca y destruye los linfocitos CD4, que son un tipo de células que forman parte del sistema inmune y que se encargan de la fabricación de anticuerpos para combatir las infecciones causadas por estos agentes externos.

### **Imagen N° 2. Infecciones Oportunistas del (IO) del VIH**



**Fuente:** Cleo (2017).

En términos generales, la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se considera una pandemia que afecta a todos los países del mundo. Según el reporte consignado en la Declaración del año 2015 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/sida, a finales del 2018, 34 millones de personas vivían con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) alrededor del mundo, aumentando 19% desde el 2001 lo que es explicado por el aumento del acceso a la terapia antiretroviral.

En el 2015, murieron 1,7 millones de personas por causas relacionadas y se reportaron 2,5 millones de nuevas infecciones incluyendo 330.000 niños. Según el mencionado reporte en América Latina la epidemia se mantiene estable con poco más de 80.000 nuevos casos por año, observándose así mismo un aumento del número de personas viviendo con el virus debido al acceso a la terapia antiretroviral, el número de niños menores de 15 años viviendo con el virus ha disminuido así como las muertes.

### **Imagen N° 3. Día Internacional del SIDA.**



**Fuente:** Cleo (2017).

Se denomina SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) a la fase final de la infección por el VIH, caracterizada por un conjunto de enfermedades potencialmente fatales. El sida es el resultado del debilitamiento del sistema auto inmune, específicamente de los linfocitos CD4. La vía sexual es la forma más común de trasmisión, correspondiendo a más de



80% de los casos en el Paraguay, seguida por la transmisión vertical (más de 12%), drogas parenterales (5%), transfusiones y accidentes de punción.

EL VIH/SIDA además de ser un problema de salud pública a nivel mundial, es un serio problema social por el contexto discriminatorio que existe hacia el contagiado. La sociedad creó el estigma sobre el sida, cuando al principio el VIH fue detectado en varones homosexuales, siendo el sida catalogada como una “enfermedad de homosexuales”. La suma de prejuicios, desinformación, información insuficiente e ignorancia han reforzado el estigma social en todos los contextos: familia, amistades, trabajo, escuelas, hospitales, cárceles, instituciones públicas y hasta en las leyes.

Aún no existe en grado suficiente una cultura que perciba al VIH como una enfermedad que cualquiera puede padecer, ya que no discrimina entre género, edad, etnia o nivel socioeconómico. El problema más grande causado por la ignorancia y la discriminación se convierte en violaciones a los derechos humanos como: despidos del lugar de trabajo, negar la educación en las escuelas, maltrato al momento de recibir atención, en particular en servicios públicos, informar parcialmente acerca de la enfermedad, asignación inadecuada de fondos para el diagnóstico y tratamiento en países en vías de desarrollo.

## TIPOS

Existen dos tipos de VIH, explican desde Gesida: “El VIH-1, mayoritario en todo el mundo y que es al que habitualmente nos referimos, y otro tipo, el VIH-2 que se describe mayormente en África Occidental. Al igual que el VIH-1, el VIH-2 se transmite por contacto directo con líquidos corporales, como la sangre, el semen y los fluidos vaginales infectados por el VIH o de una madre VIH positiva al niño durante el embarazo, el parto o la lactancia materna (por medio de la leche). Por lo general, la infección por el VIH-2 lleva más tiempo en evolucionar a un cuadro sintomático del VIH/sida que la infección por el VIH-1.

No todas las personas infectadas por el virus presentan la enfermedad,



aunque la mayoría la acaba desarrollando. Lo más frecuente es que al cabo de unos cinco o diez años, un infectado por el VIH padezca los síntomas de esta patología si no ha recibido tratamiento. No obstante, aunque no existe cura para erradicar al virus del organismo infectado, se han elaborado una serie de medicamentos que pueden retrasar la aparición de los síntomas patológicos.

En efecto, el VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), es reconocido como el responsable del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el cual ataca a los linfocitos T-4, que forman parte fundamental del sistema inmunitario del ser humano, lo que en consecuencia, disminuye la capacidad de respuesta del organismo para hacer frente a infecciones oportunistas originadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y otros tipos de infecciones.

La causa más frecuente de muerte entre las personas que contraen el VIH es la neumonía por *Pneumocystis jiroveci*, aunque también es elevada la incidencia de ciertos tipos de cáncer como los linfomas de células B (linfoma no Hodgkin) y el sarcoma de Kaposi. También, son comunes las complicaciones neurológicas, la pérdida de peso y el deterioro físico del paciente. La mortalidad de esta enfermedad ha disminuido considerablemente, luego de la invención de los medicamentos antirretrovirales.

Bajo este enfoque, corresponde señalar que el VIH es una enfermedad que se puede transmitir por vía sexual (vaginal o anal) mediante el intercambio de fluidos vaginales o rectales o semen, así como mediante el contacto con el líquido pre - eyaculatorio durante las prácticas sexuales o por transfusiones de sangre. Una madre infectada con VIH también puede infectar al niño durante el embarazo mediante la placenta o durante el parto y la lactancia, aunque existen tratamientos para evitarlo.

Cuando una persona adquiere el virus del VIH, en su etapa inicial no presenta ningún tipo de síntomas que adviertan la presencia de una enfermedad o infección. Solo después de varios años se manifiestan un conjunto de sintomatologías que advierten la presencia de una anomalía orgánica.



Dichos síntomas son:

- Fiebre de 38°C o más durante un periodo no inferior a 10 días.
- Dolor de cabeza y/o garganta.
- Pérdida del 10% de su peso corporal en menos de un mes.
- Ganglios Inflamados.
- Fatiga permanente.
- Diarrea por más de un mes.
- Dolores musculares.
- Dificultad para pensar con claridad.
- Perdida de equilibrio.
- Depresión profunda.
- Sudoración y escalofrió nocturno

Es importante que la persona comprenda que, tras la infección, pueden pasar hasta 10 años para que se diagnostique el SIDA, que es cuando el sistema inmunitario está gravemente dañado y no es capaz de responder efectivamente a las infecciones oportunistas IO. Este tipo de Virus de manera general se manifiesta, a través de tres etapas, es decir, una vez que el VIH entra en el organismo se producen una serie de fases:

• ***Etapas 1: Infección Aguda o Precoz:*** Dentro de las 2 a 4 semanas al principio de la infección por el VIH, en algunos casos, las personas pueden sentirse enfermas como si tuvieran la gripe y esto puede durar algunas semanas. Esta es la respuesta natural del cuerpo a la infección. Cuando una persona tiene una infección aguda por el VIH, tiene una gran cantidad de virus en la sangre y se puede transmitir la infección con mucha facilidad, pero las personas con infección aguda a menudo no saben que están infectadas porque podrían no sentirse mal de inmediato.

• ***Etapas 2: Fase Intermedia o Crónica:*** Durante esta fase, el VIH sigue activo, pero se reproduce a niveles muy bajos, y las personas podrían no tener ningún síntoma ni sentirse enfermas. En las personas que no están tomando ningún medicamento para tratar el VIH, esta fase podría durar

varios años; sin embargo, otras personas pueden pasar más rápido por esta etapa. Las personas que toman medicamentos para tratar el VIH, Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, (TARGA) de la manera correcta, todos los días, pueden estar en esta etapa por varias décadas y no desarrollar SIDA. Es importante recordar que todavía se puede transmitir el VIH durante esta fase, aunque quienes que usan y mantienen una carga viral inhibida (o sea, que tienen un nivel de virus muy bajo en la sangre) tienen muchas menos probabilidades de transmitir el virus que aquellas que no tienen una carga viral controlada.

- ***Etapa 3: Fase Avanzada o de SIDA:*** En esta fase, como consecuencia del grave deterioro del sistema inmunológico, la CV es elevada, los CD4 están por debajo de 200 copias y surgen las enfermedades oportunistas y/o neoplasias. En esta fase el VIH está venciendo la batalla y si la persona no es tratada desarrollará enfermedades que le pueden provocar la muerte.

A medida que el virus se reproduce, el organismo se hace cada vez más vulnerable ante enfermedades contra las cuales, en tiempos normales puede defenderse. A estas enfermedades se las denomina enfermedades oportunistas. La caída de las defensas no es masiva y uniforme sino que permite con mayor probabilidad la aparición de ciertas enfermedades: infecciones (las más frecuentes son las pulmonares, y también otras producidas por diversos virus, bacterias, hongos y parásitos), y distintos tipos de cáncer (los más comunes son lo que afectan la piel y los ganglios linfáticos).

Uno de los indicadores más evidentes del avance de la infección y del desarrollo del SIDA, es la aparición de estas “enfermedades oportunistas”. Cuando el portador del VIH desarrolla este conjunto de afecciones se lo considera un enfermo de SIDA. Puede suceder que el VIH, una vez ingresado al organismo permanezca “en reposo” dentro de los linfocitos invadidos; en esta situación, el paciente no tiene síntomas, por eso se lo conoce como portador asintomático. Sin bien no presenta síntomas el portador

asintomático puede contagiar a otras personas sin saberlo.

**Imagen N° 4.** Enfermedades Oportunistas.



**Fuente:** Cleo (2017).

Tal y como se describe anteriormente, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), no distingue edad, sexo, raza, ocupación, país, condición social, etnia, nivel socioeconómico o religión y constituye sin duda uno de los principales problemas de salud en la actualidad, con una importante morbilidad y mortalidad en el sector más joven de la población.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el VIH/SIDA es una epidemia que pone en riesgo la salud de las personas en todo el mundo. Más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH que se producen en la actualidad afectan a los adolescentes, las cuales no tienen idea de cómo se propaga el VIH/SIDA ni de cómo protegerse.

A pesar de los avances sin precedentes que ha experimentado la respuesta al VIH/SIDA en los últimos años, existen pruebas que sugieren que se está dejando atrás a los adolescentes al no recibir la atención y los servicios que necesitan. Según los cálculos de ONUSIDA, la tasa de mortalidad relacionada con el SIDA entre adolescentes ha aumentado en un 50% en los últimos siete años, a pesar de haber descendido en todos los demás grupos de edad.

De igual forma, la Organización Mundial de la Salud (OMS). “el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta las células del sistema inmunitario y las destruye o altera su funcionamiento, lo que acarrea el deterioro progresivo de dicho sistema y acaba produciendo una deficiencia inmunitaria. Se habla de inmunodeficiencia cuando el sistema inmunitario ya no puede cumplir su función de combatir las infecciones y otras enfermedades.

### **Imagen N° 5. Manifestaciones del SIDA**



**Fuente:** Cleo (2017).

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), representa la etapa más avanzada de la infección por el VIH. Se define por la aparición de alguna de más de veinte infecciones oportunistas o cánceres vinculados con el VIH. Viene a ser el conjunto de síntomas que se manifiestan cuando el sistema inmunológico está muy débil como para combatir las infecciones causados por un virus llamado VIH que ocasiona la destrucción de nuestro sistema inmunológico.

### **CAUSAS QUE INCIDEN EN EL CONTAGIO DEL VIH / SIDA**

El SIDA, es un acrónimo que significa síndrome de inmunodeficien-



cia adquirida. Es el conjunto de manifestaciones clínicas en el organismo derivadas de la pérdida de las defensas, secundaria a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Es la expresión final de la enfermedad, caracterizada por la presencia de infecciones oportunistas y/o de ciertos tumores.

### **Forma de Contagio:**

Para contagiarse la persona del VIH, tienen que ser, a través de sangre infectada, semen o secreciones vaginales que deben ingresar en el cuerpo de la misma. Esto, puede suceder de diferentes maneras:

- Si la persona tiene relaciones sexuales. Puedes infectarte si tienes relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una pareja infectada cuya sangre, semen o secreciones vaginales ingresan a tu cuerpo. El virus puede ingresar al cuerpo a través de llagas en la boca o de pequeñas fisuras que, a veces, se producen en el recto o en la vagina durante la actividad sexual.
- Por transfusiones de sangre. En algunos casos, el virus puede transmitirse mediante transfusiones de sangre. Actualmente, los hospitales y los bancos de sangre estadounidenses realizan análisis de sangre para detectar anticuerpos del VIH, por lo que el riesgo es muy bajo.
- Por compartir agujas. Compartir parafernalia contaminada de drogas intravenosas (agujas y jeringas) te pone en riesgo de contagiarte el VIH y otras enfermedades infecciosas, como la hepatitis.
- Durante el embarazo o el parto, o por la lactancia. Las madres infectadas pueden transmitirles el virus a sus niños. Las madres infectadas con el VIH que realizan un tratamiento para la infección durante el embarazo pueden reducir, de manera significativa, el riesgo de contagiar a sus bebés.

En términos más generales, se resalta que: la causa es la infección por el



VIH, virus que se trasmite por vía sanguínea, vía sexual, fluidos y por la leche materna. En concreto, el virus del SIDA se transmite, a través de la sangre, el semen (incluido el fluido preseminal o previo a la eyaculación), así como el fluido vaginal y la leche materna. El VIH puede introducirse en el organismo por el recto, la vagina, el pene, la boca, otras mucosas, como el interior de la nariz, o directamente a través de las venas, tal y como a continuación se señala:

**El virus se propaga (transmite) de una persona a otra, a través de ciertos fluidos corporales:**

- Sangre
- Semen y líquido preseminal
- Fluidos rectales
- Fluidos vaginales
- Leche materna

**El VIH se puede diseminar si estos fluidos entran en contacto con:**

- Membranas mucosas (dentro de la boca, el pene, la vagina, el recto)
- Tejido dañado (tejido que ha sido cortado o raspado)
- Inyección en el torrente sanguíneo

**El VIH no se puede diseminar a través del sudor, la saliva o la orina, de manera general, se disemina principalmente:**

- A través del sexo anal o vaginal con alguien que tenga VIH sin usar un condón o que no tome medicamentos para tratar o prevenir el VIH
- Por medio de compartir agujas u otro equipo usado para inyectarse drogas con alguien que tiene VIH



### **Con menos frecuencia, el VIH se disemina:**

- De la madre al hijo. Una mujer embarazada puede propagar el virus a su feto a través de la circulación sanguínea compartida o una mamá lactante lo puede pasar a su bebé por medio de la leche materna. La evaluación y el tratamiento de las madres que son VIH positivas ha ayudado a disminuir el número de bebés que tienen VIH.
- A través de agujas o de otros instrumentos filosos que estén contaminados con VIH (principalmente trabajadores de la atención médica).

### **El virus NO se disemina por:**

- Contacto casual, como un abrazo o besos con la boca cerrada
- Mosquitos o mascotas
- Participación en deportes
- Tocar cosas que hayan sido tocadas por una persona infectada con el virus
- Comer alimentos manipulados por una persona con VIH

### **El VIH y la donación de sangre u órganos:**

- El VIH no se transmite a una persona que done sangre u órganos. Las personas que donan órganos nunca entran en contacto directo con las personas que los reciben. De la misma manera, alguien que dona sangre nunca tiene contacto con el que la recibe. En todos estos procedimientos se utilizan agujas e instrumentos estériles.
- Si bien es poco frecuente, en el pasado el VIH se ha transmitido a la persona que recibe sangre u órganos de un donante infectado. Sin embargo, el riesgo es muy pequeño debido a que los bancos de sangre y los programas de donación de órganos hacen chequeos (exámenes)

minuciosos a los donantes, la sangre y los tejidos.

### **Los Factores de Riesgo para contraer el VIH:**

Cualquier persona de cualquier edad, raza, sexo u orientación sexual puede contagiarse. Sin embargo, tienes mayor riesgo de contraer VIH y SIDA en los siguientes casos:

- Si la persona tiene relaciones sexuales sin protección. Usa un condón nuevo de látex o de poliuretano cada vez que tengas relaciones sexuales. El sexo anal es más riesgoso que el sexo vaginal. El riesgo de contraer VIH aumenta si tienes múltiples parejas sexuales.
- Si la persona tiene una infección de transmisión sexual. Muchas infecciones de transmisión sexual producen llagas abiertas en los genitales. Estas llagas actúan como entradas del VIH al cuerpo.
- La persona usa drogas intravenosas. En general, las personas que utilizan drogas intravenosas comparten agujas o jeringas. Esto los expone al contacto con gotas de sangre de otras personas.
- Eres un hombre sin circuncidar. Los estudios sugieren que la falta de circuncisión aumenta el riesgo de transmisión heterosexual del VIH.

En términos más resumidos, entre los factores de riesgo más predominantes se encuentran:

- Tener sexo anal o vaginal sin protección. Recibir sexo anal es el más riesgoso.
- Tener parejas múltiples también incrementa el riesgo. Usar correctamente un condón nuevo cada vez que tenga relaciones sexuales ayudará



enormemente a disminuir este riesgo.

- Consumir drogas y compartir agujas o jeringas.
- Tener una pareja sexual con VIH que no esté tomando medicamentos para el VIH.
- Tener una enfermedad de transmisión sexual (ETS).

De manera general, los factores de riesgo representan todas aquellas causales que inciden en el contagio o prevalencia de alguna enfermedad; en el caso del VIH /SIDA repercuten de manera directa, los siguientes aspectos:

- Inicio de una vida sexual en edades tempranas: todas las investigaciones demuestran que al nivel mundial los adolescentes empiezan su actividad sexual aproximadamente a partir de los 12 años de edad. La edad de los adolescentes y el intercambio de parejas o novios(as) es un factor para el contagio del virus. Cuando se asiste a sitios donde se puede estar con mujeres que están en contacto con diferentes individuos. Los adolescentes que inician una vida sexual a edad temprana, están más predispuestos para el contagio con el virus de papiloma humano, se equivocan en sus acciones por falta de conocimientos donde ellos buscan información muchas veces equivocadas con respecto al sexo, buscan en internet, folletos, revistas en donde creen que todo lo que ven o escuchan es real y se sienten con la necesidad de experimentar cayendo en las diferentes enfermedades.
- Romiscuidad: La promiscuidad es un factor muy relevante para el contagio del Virus del Papiloma Humano, por la escasez de información en la que haga recapacitar a la población en general sobre todos los riesgos de las diferentes enfermedades de transmisión se-

xual.

- **Falta o uso inadecuado del preservativo:** La ausencia de métodos preservativos tienden a ser un motivo o causa para adquirir o contagiarse, o la mala información que comprenda la persona acerca de los riesgos que trae una sexualidad irresponsable.
- **Higiene:** La falta de higiene es otro factor de riesgo para que permanezca todo tipo de infecciones a causa de la conservación de esmegma 1 y la llamada fimosis 2, generando el acúmulo de bacterias y virus en condiciones de irritación crónica, que fácilmente puede albergar a un agente patógeno e incrustarse por medio de la lesión
- **Alcoholismo, tabaquismo, drogadicción y abuso de medicamentos:** Es muy complicado entender que el tabaco y el alcohol predisponen al individuo al contagio del Virus del Papiloma Humano, se ha comprobado científicamente a nivel mundial que el alcohol y tabaco favorecen a la infección.
- **Conducta sexual:** La conducta sexual humana se basa en diferentes procesos de orden psicológico y fisiológico, pero tiene características peculiares que la transforman en una actividad que se podría encerrar entre los impulsos más primigenios y las emociones más sofisticadas; y también está afectada por las constantes influencias culturales.

## VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH

Existen diferentes vías que pueden originar el contagio del virus VIH, entre ellos destacan los siguientes:

- **Vía sexual:** Representa la principal vía de infección en el mundo.



Incluye las relaciones heterosexuales, así como la penetración anal, vaginal y el sexo oral; también se incrementan los hombres que tienen sexo con otros hombres, así como la presencia de alguna infección de transmisión sexual al momento de las relaciones sexuales desprotegidas.

- Uso de sangre y hemoderivados contaminados: Sobre esta vía se mantiene vigilancia epidemiológica, pero no es posible eliminar por completo la posibilidad de transmisión, dada la existencia del período de ventana (corresponde a los primeros meses de la infección, en que las pruebas serológicas son negativas por la ausencia de anticuerpos. Por su parte, la drogadicción como vía de transmisión no es un problema de salud en este medio. Cabe señalar que el VIH no está en el aire como otros agentes (*Mycobacterium tuberculosis*), es el contacto con las secreciones infectadas lo que resulta potencialmente contaminante, pero se toman las medidas de precaución universales para que el personal sanitario no se contamine, por lo cual no se justifican las acciones de rechazo y estigma durante la atención a estos pacientes.
- Trasmisión de la madre al feto o trasmisión vertical: Esta incluye 3 momentos: vía trans placentaria, durante el trabajo de parto por contaminación en el canal y lactancia materna. El riesgo de trasmisión al feto varía entre 15 y 45 %, pero hoy día se puede reducir a 1 % con la administración de la terapia antirretroviral sumamente activa, la cual consiste en la combinación de, al menos, 3 drogas antirretrovirales. Entre los esquemas utilizados figuran: nevirapina, zidovudina y lamivudina y en caso de lograr mayor protección se recomienda usar la combinación de lopinavir/ritonavir, a partir de las 14 semanas de embarazo. Realizar cesárea electiva a las 39 semanas y administrar zidovudina por vía endovenosa antes del parto. Algunos expertos recomiendan el parto transvaginal si la paciente tiene en ese momento la carga viral indetectable, se opta por la operación cesárea. Finalmente, se administra al recién nacido la zidovudina en jarabe durante 6 semanas y no lactancia materna. Se

recomienda mantener de por vida, luego del parto, la terapia antirretroviral recibida durante el embarazo, independientemente de los resultados de los estudios inmunológicos. Este último elemento ha resultado un factor determinante para mejorar la salud reproductiva de la mujer, pues le sirve para prevenir este tipo de infección en próximos embarazos.

## SÍNTOMAS

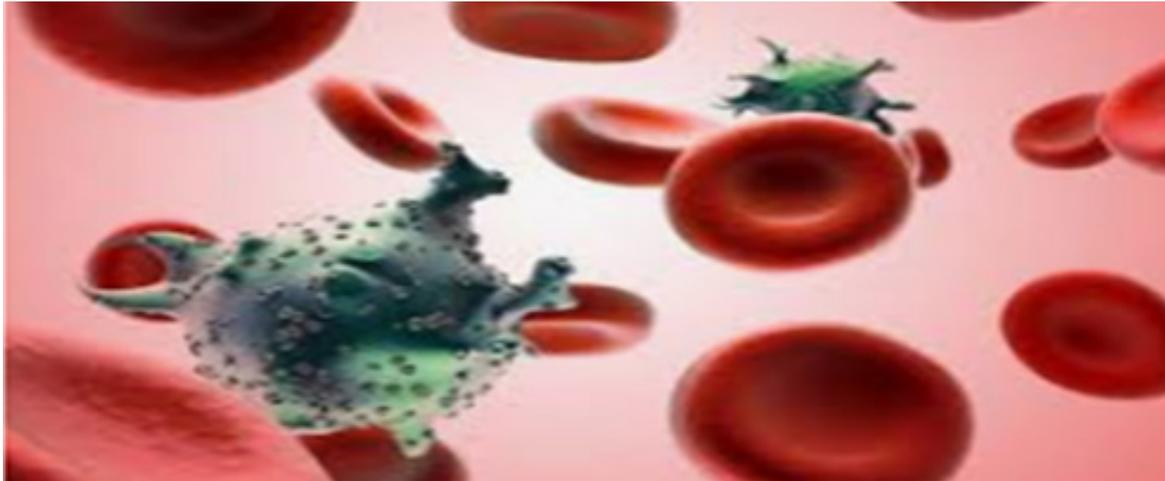
Los síntomas son muy variados y dependen del estadio de la enfermedad. Cuando solo se está infectado por el VIH, pero no se ha desarrollado el SIDA, lo más frecuente es estar asintomático o presentar herpes zóster o infección por candida en la boca. Una vez que la enfermedad se desarrolla, los síntomas se relacionan con las infecciones o tumores que ocurren como consecuencia de la pérdida de la función del sistema inmune.

La infección aguda, se plantea como un cuadro gripal intenso con mucha fiebre, cansancio y aumento del tamaño de los ganglios. De hecho, entre un 50 y un 90 por ciento de las personas que se han infectado por el virus del SIDA experimentan síntomas similares a un catarro o una gripe leve (cansancio, fiebre, pérdida de apetito) que remite a los pocos días. También pueden sufrir diarrea, sudoraciones nocturnas o aumento de los ganglios linfáticos.

La única forma de saber que se ha contraído la infección es con una prueba específica realizada por un profesional sanitario. Muchos VIH positivos no manifiestan los síntomas de la infección hasta que han transcurrido varios años; de ahí la importancia de conocer qué prácticas y situaciones pueden determinar la infección y actuar consecuentemente. Entre los síntomas que presenta el paciente VIH se encuentran:



### Imagen N° 6. VIH



**Fuente:** Cleo (2017).

**1. Pérdida de peso:** Es un signo y síntoma, que se asocia a la evolución del VIH. Las personas pueden disminuir la ingesta de alimentos por presentar: falta de apetito, astenia (debilidad), náuseas, vómitos, diarrea, dolor en epigastrio (dolor de estómago), retención de gases, dolor a la deglución ó gusto amargo en la boca, circunstancias o factores que intervienen negativamente para una buena alimentación.

**2. Diarrea:** Es la materia fecal de consistencia blanda o líquida, varias veces al día, con o sin dolor abdominal, causado por microbios provenientes del medio externo como: shígellas, salmonellas y otros, ya sea por los malos hábitos higiénicos durante la consumición o preparación de los alimentos, contaminación de los mismos ó por beber aguas contaminadas o no tratadas.

**3. Deshidratación:** Es la consecuencia de la disminución de líquidos corporales y electrolitos, producida por vómitos, diarreas y fiebre o por la insuficiente ingesta de líquidos. Las personas deshidratadas presentan signos y síntomas característicos como: sed, sequedad de boca, piel seca, con ojos hundidos y sin lágrimas, disminución de la diuresis (orina) y pulso rápido



o palpitaciones.

**4. *Fiebre:*** Es el aumento de la temperatura corporal por encima de 37,5 grados, que puede estar asociada a la misma infección por el VIH, pero, generalmente es un indicador de algún cuadro infeccioso agregado, que con frecuencia se acompaña de escalofrío y sudoración. Es un signo de alarma que todas las PVVS deben conocer y por lo cual deben consultar al médico en la brevedad posible.

**5. *Sistema respiratorio:*** Los cuadros respiratorios se presentan con frecuencia a repetición en las PVVS, muchas veces independiente al valor de los linfocitos T CD4. Guía de Autocuidado para Personas Viviendo con el VIH/SIDA PVVS Se presentan como infecciones de las vías respiratorias altas: faringitis, otitis y sinusitis y/ o bajas: bronquitis y neumonías. Se manifiestan por sensación de falta de aire, dificultad para respirar, tos seca e improductiva (no hay producción de moco) que puede volverse catarral, dolor de pecho, fiebre, debilidad y cansancio.

**6. *Sistema nervioso:*** La afectación del sistema nervioso central, es producida por múltiples causas, ya sea por el VIH u otras infecciones. Se presentan en cualquier estadio de la enfermedad. Los signos y síntomas son frecuentes y se presentan en forma variable, pudiendo ser la manifestación única o asociada, como:

- Síntomas leves como hormigueos, calambres y dolor en las extremidades.
- Dolor de cabeza, el cual puede ser constante.
- Cambios en la visión (visión borrosa, doble, con manchas)
- Pérdida de la memoria
- Dificultad para movilizar las piernas y brazos (debilidad o parálisis)
- Convulsión y pérdida de la conciencia

**7. *Sistema urinario:*** Las infecciones del árbol urinario se acompañan de:

- Necesidad frecuente de orinar
- Ardor y/o dolor al orinar

- Cambios en el color y cantidad de la orina
- Fiebre y escalofrío (chucho)
- Dolor en bajo vientre y en la región lumbar (cintura)

En virtud de estos señalamientos, es de suma importancia que exista una higiene íntima adecuada sobre todo en las mujeres, ya que están más predispuestas a adquirir este tipo de infección que se ve favorecido por las relaciones sexuales, la menstruación, el uso de ropa interior de lycra, o pantalones muy ajustados.

**8. Ganglios linfáticos (adenopatías):** La inflamación de los ganglios se manifiesta por aumento del tamaño con o sin dolor, que se localiza principalmente en la ingle, axila o a nivel del cuello. Es importante que al percibirse de la aparición de estos ganglios concorra a la consulta y avise a su médico de la presencia de los mismos.

**9. Boca:** En la boca se pueden presentar una gran variedad de lesiones, que pueden afectar la lengua, la mucosa bucal, las encías y la garganta, siendo las más frecuentes las placas blancas (aftas), lesiones en la comisura labial, lesiones ulcerosas, inflamación de las encías, manchas en la lengua y paladar duro; producidas por hongos, virus, bacterias o neoplasias (cáncer).

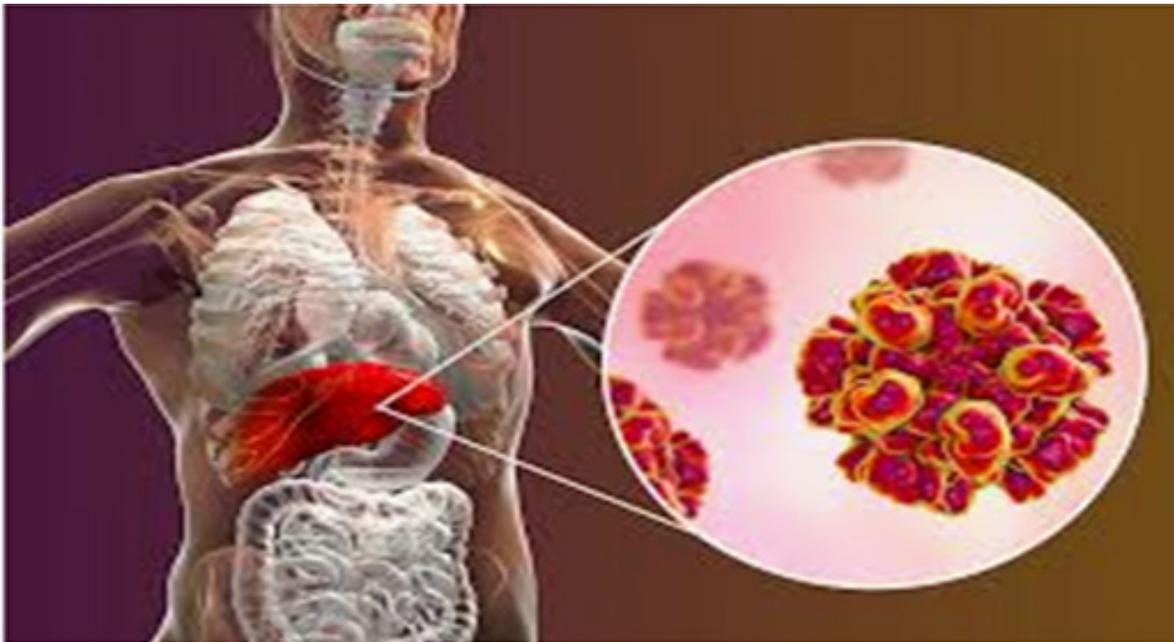
**10. Piel:** Las lesiones en la piel son los cuadros más frecuentemente observados, se localizan en cualquier parte del cuerpo, sobre todo en cara, tronco, extremidades superiores e inferiores, región perianal. Estas lesiones de manera general, se presentan de diferentes maneras como manchas, ampollas o vesículas, úlceras, verrugas que pueden acompañarse de picazón, ardor, enrojecimiento, piel caliente, endurecimiento, dolor y salida de líquido (acuoso o pus)

## COMPLICACIONES

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es el virus que causa el

SIDA. Cuando una persona se infecta con VIH, el virus ataca y debilita al sistema inmunitario. A medida que el sistema inmunitario se debilita, la persona está en riesgo de contraer infecciones y cánceres que pueden ser mortales. Cuando esto sucede, la enfermedad se llama sida. Una vez que una persona tiene el virus, este permanece dentro del cuerpo de por vida.

### **Imagen N° 7. Complicaciones del SIDA**



**Fuente:** Cleo (2017).

Es importante entender que, las complicaciones de esta enfermedad vienen por el debilitamiento del sistema inmunitario, lo que hace de la persona mucho más propensa a tener numerosas infecciones y a padecer ciertos tipos de cáncer.

### **Infecciones frecuentes del VIH/sida**

- ***Tuberculosis.*** En los países de recursos limitados, la tuberculosis es la infección oportunista más frecuente asociada con el VIH. Es una de las



principales causas de muerte entre las personas con sida.

- ***Citomegalovirus.*** Este virus del herpes frecuente se transmite mediante líquidos corporales, como la saliva, la sangre, la orina, el semen y la leche materna. Un sistema inmunitario sano desactiva el virus, por lo que permanece inactivo en el cuerpo. Si el sistema inmunitario se debilita, el virus reaparece y causa daño en los ojos, el tubo digestivo, los pulmones u otros órganos.
- ***Candidosis.*** La candidosis es una infección frecuente asociada con el VIH. Provoca inflamación, así como un recubrimiento blanco y espeso en las membranas mucosas de la boca, la lengua, el esófago o la vagina.
- ***Meningitis criptocócica.*** La meningitis es una inflamación de las membranas y del líquido alrededor del cerebro y de la médula espinal (meninges). La meningitis criptocócica es una infección frecuente del sistema nervioso central asociada con el VIH y provocada por un hongo que se encuentra en la tierra.
- ***Toxoplasmosis.*** Esta infección potencialmente mortal es provocada por el *Toxoplasma gondii*, parásito que contagian principalmente los gatos. Los gatos infectados transmiten los parásitos a través de sus heces, y así luego pueden contagiar a otros animales y a los humanos. Las convulsiones se producen cuando se disemina al cerebro.
- ***Criptosporidiosis.*** Esta infección es provocada por un parásito intestinal que comúnmente se encuentra en los animales. Se contrae al beber o comer alimentos o agua contaminada. El parásito crece en los intestinos y en los conductos biliares, y provoca diarrea intensa y crónica en personas con sida.



### Tipos de cáncer frecuentes en las personas con VIH/SIDA:

- ***Sarcoma de Kaposi.*** Es un tumor de las paredes de los vasos sanguíneos. Este cáncer es poco común en personas que no están infectadas con el VIH, pero frecuente en personas que sí lo están. Por lo general, se manifiesta a través de lesiones rosas, rojas o violetas en la piel y en la boca. En personas con piel más oscura, las lesiones pueden parecer marrones oscuras o negras. El sarcoma de Kaposi también puede afectar los órganos internos, incluidos el tubo digestivo y los pulmones.
- ***Linfoma.*** Este cáncer se origina en los glóbulos blancos. El signo más frecuente y que aparece primero es la hinchazón indolora de los ganglios linfáticos del cuello, de las axilas y de la ingle.

### Otras complicaciones

- **Síndrome de desgaste.** Los abordajes de tratamiento agresivos han reducido la cantidad de casos de síndrome de desgaste, pero este aún afecta a muchas personas que tienen sida. Se define como la pérdida de, al menos, el 10 por ciento del peso corporal; y, por lo general, está acompañada por diarrea, debilidad crónica y fiebre.
- **Complicaciones neurológicas.** Si bien al parecer el sida no infecta las neuronas, puede provocar síntomas neurológicos, como confusión, falta de memoria, depresión, ansiedad y dificultad para caminar. Una de las complicaciones neurológicas más frecuentes es el complejo de demencia del sida, que produce cambios en la conducta y una disminución de las facultades mentales.
- **Enfermedad renal.** La nefropatía asociada al VIH consiste en la inflamación de los pequeños filtros de los riñones que eliminan el exceso de líquidos y de desechos de la sangre y los transportan a la orina. Afecta con mayor frecuencia a afroamericanos e hispanos. Cualquier persona que pa-



dezca esta complicación debe iniciar un tratamiento antirretrovírico.

Aunque el SIDA es principalmente un trastorno del sistema inmunitario, también afecta al sistema nervioso y puede llevar a una amplia gama de trastornos neurológicos y otras afecciones graves. El virus no parece invadir directamente a las células nerviosas pero pone en peligro su salud y función. La inflamación resultante puede dañar al cerebro y la médula espinal y causar síntomas como confusión y olvidos, cambios en la conducta, dolores intensos de cabeza, debilidad progresiva, pérdida de la sensación en los brazos y las piernas y accidente cerebrovascular.

También es común el deterioro motor cognitivo o el daño de los nervios periféricos. La investigación ha demostrado que la infección con VIH puede alterar significativamente el tamaño de ciertas estructuras cerebrales implicadas en el aprendizaje y el procesamiento de la información. Otras complicaciones del sistema nervioso que se producen como resultado de la enfermedad o de medicamentos usados para tratarla son el dolor, convulsiones, herpes, problemas de la columna vertebral, falta de coordinación, dificultad o dolor al tragar, ansiedad, depresión, fiebre, pérdida de la visión, trastornos de la marcha, destrucción de tejido cerebral y coma.

Estos síntomas pueden ser leves en las etapas tempranas del SIDA pero pueden agravarse progresivamente. En los Estados Unidos, las complicaciones neurológicas se ven en más del 40 por ciento de los pacientes adultos con SIDA. Pueden producirse a cualquier edad pero tienden a evolucionar más rápidamente en los niños. Las complicaciones del sistema nervioso en los niños pueden comprender retraso del desarrollo, pérdida de hitos previamente alcanzados, lesiones cerebrales, dolor nervioso, tamaño craneano más pequeño que el normal, crecimiento lento, problemas oculares e infecciones bacterianas recurrentes.

Tal y como se ha descrito en los apartados anteriores, la infección por VIH ocasiona complicaciones en todos los aparatos y sistemas del cuerpo humano, pero los más afectados son el respiratorio, el digestivo y el SNC; entre ellos se destacan los siguientes:



1.-- Respiratorias: neumonía por *Pneumocistis Jirovesi*, tuberculosis pulmonar y sinusitis repetidas

2.-- Digestivas: cuadro diarreico crónico, enteropatía por VIH y disfagia

3.-- Neurológicas

- **Por infección primaria del VIH:** encefalitis por VIH (demencia por SIDA y atrofia cerebral), meningitis aséptica típica y mielopatía vascular.
- **Por infecciones asociadas a la inmunodepresión:** meningoencefalitis por *Cryptococcus neoformans*, neuro toxoplasmosis y lesiones tumorales por papiloma virus.

4.-- Procesos tumorales asociados al VIH: sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin y linfoma primario del sistema nervioso central.

5.-- Otras de las complicaciones que deben tenerse en cuenta son: Wasting disease, leucoplasia vellosa bucal, herpes zóster, multidermatoma, candidiasis bucal, dermatitis seborreica e hiperpigmentación cutánea, trombocitopenia asociada al VIH, nefropatía por VIH y otras.

## VÍAS DE TRANSMISION

- Sexual: la infección es adquirida por relaciones sexuales sin uso de barrera protectora (preservativo).
- Sanguínea: Esto puede ocurrir en los usuarios de drogas inyectables que comparten jeringas y agujas o al recibir transfusiones de sangre (glóbulos rojos, plasma, crioprecipitados), trasplante de órganos, tejidos y accidentes corto punzantes que contengan el virus.

- **Vertical:** Se llama a la transmisión que ocurre de una madre VIH positiva a su hijo/a durante el embarazo, parto o lactancia.

## **METODOS DE PREVENCION**

### **Sexual:**

- Uso correcto del preservativo en todas las relaciones sexuales.
- Pareja sexual única, mutuamente fieles.
- Abstinencia sexual.

### **Sanguíneas:**

- No compartir agujas o jeringas entre usuarios de drogas inyectables.
- Los equipos de salud deben cumplir, y hacer cumplir, las normas de precauciones universales en manejo de sangre y/o fluidos.
- Utilizar sangre estudiada para transfusiones.

### **Vertical**

Aplicación del protocolo de prevención de transmisión vertical a todas las embarazadas con VIH/SIDA, que consiste en:

- Administrar antirretrovirales desde las 14 semanas de gestación
- Parto cesárea programada, con administración de Zidovudina (AZT) E.V. antes y durante la cirugía.

- Supresión de la lactancia.
- Administrar al recién nacido (RN), AZT jarabe por 6 semanas.

### **MEDIDAS PREVENTIVAS DE USO PERSONAL:**

- Utilizar correctamente el condón en cada relación sexual.
- Absténgase de practicar las relaciones sexuales con penetración.
- Ser fiel a una pareja sexual que no esté infectada y no tener ningún otro comportamiento sexual de riesgo.
- Abstenerse de tener relaciones sexuales.
- No tener Infecciones de Transmisión Sexual ITS.

### **Imagen N° 8. Medidas Preventivas para el no contagio del VIH**



**Fuente:** Cleo (2017).



Los principales métodos de origen personal, utilizados para prevenir el contagio del VIH /SIDA, incluyen las siguientes recomendaciones:

1. Uso del Condón El condón masculino es una funda fina y elástica para cubrir el pene durante el coito, a fin de evitar la fecundación-actuando como método anticonceptivo y el posible contagio de enfermedades de transmisión sexual. Al condón masculino se le ha unido, desde 1993, el preservativo femenino para su inserción en la vagina. El condón, tanto femenino como masculino, es uno de los métodos anticonceptivos de barrera que evita embarazos no deseados y previene el contagio de enfermedades de transmisión sexual. El condón retiene el semen e impide toda posibilidad de unión de los espermatozoides con el óvulo y por tanto la posibilidad de un embarazo Los pasos para colocar y retirar bien el condón:

-Abrir el condón con cuidado de no dañarlo con uñas o anillos. Se debe abrir por un lateral y siempre con los dedos, nunca con ayuda del diente o tijeras. Una vez abierto y antes de colocarlo, comprobar si el condón está al derecho o al revés. Esto se puede hacer soplando un poco dentro del condón para ver hacia qué lado lo tenemos que desenrollar.

-Colocar el condón sobre el pene en erección, antes de cualquier penetración vaginal, anal u oral. Los fluidos producidos durante las primeras fases de erección pueden contener espermatozoides y microorganismos causantes de ITS.

-Coger el condón por el extremo cerrado (depósito) y sujetarlo con los dedos pulgar e índice. Presionar la punta del depósito para expulsar el aire y dejar espacio para el semen, pues si se forma alguna burbuja de aire puede romperse. Si el condón no lleva depósito, éste debe hacerse al colocarlo dejando un espacio libre de 1 a 2 centímetros de largo en la punta del pene.

-Mientras se sigue presionando el depósito con una mano, se ha de desenrollar con la otra el preservativo cuidadosamente hasta cubrir completamente el pene.



-Se aconseja utilizar un lubricante una vez puesto el condón para facilitar la penetración. La mayoría ya vienen con el lubricante incorporado, pero si no es suficiente se puede comprar en las farmacias. Deben utilizarse sólo los que sean solubles en agua, ya que los aceites pueden estropear el látex del condón. Se debe usar durante toda la penetración y asegurarse de que sigue en su sitio. Si se enrolla, hay que desenrollarlo de nuevo inmediatamente y, si se desprende, colocar un condón nuevo antes de continuar la relación sexual.

-Una vez ocurrida la eyaculación hay que quitar el condón, cuidando de no perder la erección. Si lo retiras después, el semen puede salir o salirse todo el condón dentro de la vagina.

-Verificar siempre que no se ha roto durante la penetración: llenarlo de agua o presionar el depósito, hacerle un nudo y tirarlo a la basura. No se debe tirar nunca al inodoro porque no son biodegradables. Utilizar un nuevo condón cada vez que se mantenga una relación sexual y si se cambia de práctica sexual (penetración vaginal, anal u oral). Después de retirar el condón el hombre debe limpiar su pene con agua y jabón antes de iniciar otro contacto o juego sexual.

### **Ventajas que ofrece el uso del Condón**

- Son muy accesibles (económicos) y no necesitan prescripción médica.
- Es muy fácil de usar.
- No tienen efectos secundarios. - Pueden ser utilizados como método anticonceptivo complementario.
- Protegen contra algunas enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH.



- Después de abandonar su uso, se recupera inmediatamente la fertilidad. Desventajas - Puede atenuar la sensación sexual tanto en los hombres como en las mujeres.
- Es necesario una buena colocación para que su efectividad sea alta.
- La mayoría no pueden ser utilizados si se tiene alergia al látex.
- No protege contra el virus del papiloma humano (VPH o HPV) en las zonas no cubiertas por el condón.

2. Pruebas de detección y asesoramiento en relación con el VIH y las ITS. La realización de pruebas de detección del VIH y otras ITS están altamente recomendada para todas las personas expuestas a cualquiera de los factores de riesgo, de modo que puedan conocer su estado y, llegado el caso, acceder sin demora a los oportunos servicios de prevención y tratamiento. La OMS también recomienda ofrecer pruebas de detección para el/la compañero/a sexual o para parejas.

### **¿Qué le pasa al organismo de la persona cuando es Infectada?**

Los virus no son capaces de reproducirse por sí mismos, necesitan utilizar a otros seres vivos para poder multiplicarse y sobrevivir. Cuando la persona es infectada el VIH se dirige a sus células diana, los CD4. Cuando encuentra un CD4, el virus se fija a la membrana de la célula y fusiona su cápside con la membrana celular, de modo que ahora puede introducir su material genético para que esta célula se ocupe de reproducirlo (multiplicarlo).

Una vez ha comenzado la replicación, sale a sangre y se propaga por todo el cuerpo infectando otras células que también usarán para que multi-



pliquen su material genético. Cuando esta multiplicación se produce, hay copias del virus circulando por la sangre (el número de copias del virus es lo que se conoce como Carga Viral) y se reduce la cantidad de células CD4 del organismo, que acaba produciendo una deficiencia inmunitaria.

Es en este momento el organismo pierde capacidad defensiva, provocando que la persona que lo sufre tenga más probabilidades de contraer otras infecciones o de desarrollar enfermedades relacionadas con el VIH, conocidas como enfermedades oportunistas. Las mismas, están provocadas por agentes que, ante sistemas inmunes que funcionan con normalidad, no causan ninguna enfermedad. Solamente cuando el sistema inmunitario está muy debilitado, aprovechan la “oportunidad” para desarrollar infecciones; de allí, que se habla de inmunodeficiencia cuando el sistema inmunitario ya no puede cumplir su función de combatir las infecciones u otras enfermedades.

Ante esta enfermedad no existe una cura definitiva, por lo que el VIH se ha convertido en una enfermedad crónica. No obstante, con la atención médica adecuada y tratamiento el VIH se puede controlar. Los medicamentos contra el VIH impiden que el virus se reproduzca (se replique), lo que reduce la carga viral. Al tener menos concentración del VIH en el organismo el sistema inmunitario tiene más posibilidad de recuperarse y aunque no se llega a eliminar del todo el virus del cuerpo, el sistema inmunitario está lo suficientemente fuerte como para combatir las infecciones y ciertos tipos de cáncer relacionados con el VIH. Por el contrario, las personas que no reciben tratamiento permitirán que el virus se extienda por su cuerpo, debilitando gravemente el sistema inmunitario y pudiendo llegar al estadio SIDA. Además, la carga viral en sangre es elevada y pueden propagar el virus.

Por todo lo aquí mencionado, es importante comprender que el VIH y SIDA no son sinónimos, es decir, tener VIH no significa tener SIDA. Estar infectado por el VIH significa que el virus está en el organismo de la persona multiplicándose, lo que provoca que su sistema inmunológico se debilite, pero no necesariamente que desarrolle una enfermedad. Contra-



rio a esto, el SIDA (Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida) es un conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen cuando la inmunodeficiencia que provoca la infección del VIH es muy acusada, y el sistema inmune del paciente es incapaz de defender a su organismo; de allí, que en la historia natural de la infección por VIH, el SIDA es la etapa más grave, y se caracteriza por la presencia de ciertas enfermedades oportunistas o neoplasias que pueden amenazar la vida del paciente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el ONUSIDA, clasifican las epidemias de VIH en tres grandes categorías: de bajo nivel, concentrada y generalizada.

- **Epidemia de bajo nivel:** La propagación de la infección por VIH no ha alcanzado niveles significativos en ninguna subpoblación. Las infecciones se limitan a personas con comportamiento de alto riesgo, a menudo forman parte de un subgrupo, ejemplo trabajadoras sexuales. La prevalencia del VIH no ha excedido en ninguna subpoblación el 5%.
- **Epidemia concentrada:** El VIH se ha propagado de manera importante en una o más subpoblaciones, pero no así en la población general. La prevalencia de VIH es sistemáticamente superior al 5% en subpoblaciones, pero no supera el 1% en embarazadas. El curso de la epidemia, dependerá de la frecuencia y la naturaleza de los vínculos entre la subpoblación con altos índices y la población general.
- **Epidemia generalizada:** El VIH se ha establecido sólidamente en la población general. Si bien las subpoblaciones de mayor riesgo, contribuyen de manera importante en la propagación de la infección. Las redes sexuales de la población general, son suficiente para mantener la propagación del virus en la población general. La prevalencia en embarazadas, se mantiene sistemáticamente por sobre el 1%.



Al analizar los factores de riesgo, desde una perspectiva poblacional, se reconoce que existen comportamientos de riesgo que favorecen la transmisión del VIH, y que luego pueden impulsar gran parte de nuevas infecciones. Entre éstos comportamientos destacan, relaciones sexuales sin protección, relaciones sexuales anales sin protección con parejas múltiples, y la inyección de drogas con jeringas y preparados compartidos.

En consecuencia, los grupos de población en los que se concentran este tipo de comportamientos incluyen:

- Mujeres que ejercen el comercio sexual
- Clientes de mujeres que ejercen el comercio sexual
- Consumidores de drogas inyectables
- Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH).

Reportes epidemiológicos, relevan que los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres a menudo se infectan cuando son muy jóvenes, con una mediana de la prevalencia del VIH del 5,4 % en los menores de 25 años, de acuerdo con estudios realizados principalmente en países con epidemias concentradas, como es el caso chileno.

De acuerdo a recomendaciones de ONUSIDA, son los comportamientos de riesgo, por lo que deben priorizarse las intervenciones en aquellas poblaciones consideradas de mayor riesgo de contraer y transmitir el VIH, e identificar las poblaciones que deberían tener prioridad, en los esfuerzos de vigilancia y evaluación de programas tanto a nivel nacional como sub nacional.

En razón de esto, se han venido generando infinidad de acciones, las cuales están dirigidas a la búsqueda de evidencia del abordaje preventivo poblacional frente al VIH-SIDA con el fin de abordar esta Pandemia, entre los actores que tienen un rol activo y permanente en la lucha contra



el SIDA, se encuentran las organizaciones no gubernamentales (ONG), quienes desempeñan un papel decisivo en la sensibilización de gobiernos y organismos de las Naciones Unidas, para que tomen medidas concretas, tanto a nivel nacional como internacional.

## **PRUEBAS DE DIAGNOSTICO**

Las pruebas de Diagnóstico del VIH establecen en la persona el padecimiento de esta enfermedad, dichas pruebas son establecidas de la siguiente forma:

**1.- ELISA** Es una técnica de inmuno ensayo en la cual un antígeno inmovilizado se detecta mediante un anticuerpo enlazado a una enzima capaz de generar un producto detectable, Se usa en muchos laboratorios para determinar si un anticuerpo particular está presente en la muestra de sangre de un paciente. Esta prueba utiliza sangre, saliva u orina para detectar anticuerpo contra el VIH.

Los resultados de estas pruebas pueden tardar hasta 2 semanas. Esta prueba debe realizarse semanas después de la práctica de riesgo y permite, en muchas ocasiones, la detección precoz del VIH. En el caso de obtener un resultado positivo con la prueba del ELISA, este debe confirmarse mediante una prueba más específica denominada Wester Blot.

**2.- PRUEBAS RÁPIDAS DE ANTICUERPOS DEL VIH** También utilizan sangre, saliva u orina para detectar anticuerpo contra el VIH. Los resultados de estas pruebas pueden tardar hasta 10 a 20 minutos. Si se obtiene un resultado positivo se debe realizar otra prueba llamada Western Blot para confirmar.

**3.- WESTERN BLOT** Es una técnica analítica usada para detectar proteínas específicas en una muestra determinada. Mediante una electroforesis en gel se separan las proteínas atendiendo al criterio que se desee: peso



molecular, estructura, hidrofobicidad, etc. Hay casi tantas posibilidades como tipos de electroforesis existen. Luego son transferidas a una membrana adsorbente (típicamente de nitrocelulosa o de PVDF) para poder buscar la proteína de interés con anticuerpos específicos contra ella. Finalmente, se detecta la unión antígeno-anticuerpo por actividad enzimática, fluorescencia entre otros métodos.

De esta forma se puede estudiar la presencia de la proteína en el extracto y analizar su cantidad relativa respecto a otras proteínas. Se utiliza para confirmar la presencia del virus de VIH; La confiabilidad de la prueba con el Western Blot da una confiabilidad del 99.999%. Se han presentado casos de personas que a pesar de dar como resultado “negativo” en la prueba de ELISA, resultan ser seropositivos después de 2 años de su última relación de alto riesgo y sin protección. Es por ello que la persona que está completamente seguro que tuvo comportamiento sexual de alto riesgo y sin protección se debe realizar la prueba cada 3 meses, durante mínimo 2 años y en dicho periodo debe utilizar barrera de protección como el condón.

## **PATOGENIA DEL VIH**

Los virus que producen la infección por VIH son retrovirus, los cuales son virus ARN que se replican mediante un ADN intermediario, que depende del ADN polimerasa o retrotranscriptasa, proveniente del ARN y que se encuentra dentro del virión. Este conjunto enzimático permite copiar o transcribir información genética de tipo ARN a ADN. Este proceso para sintetizar una partícula a partir de una información genética en forma de ARN, solo es atribuible a estos virus.

Asimismo, la familia de los retrovirus está dividida en varias subfamilias: oncoviridae, espumaviridae y los lentiviridae, las cuales tienen, desde el punto de vista de sus acciones biológicas, diferentes características. Estos últimos producen inmunodeficiencia, pues causan la destrucción lenta y progresiva de las células que infectan. Dentro de este subgrupo los que

provocan la enfermedad en los seres humanos son el VIH- 1 y 2, descubiertos 1983 y 1986, respectivamente.

El virus VIH- 1 tiene varios serotipos y se clasifican en 3 grandes grupos: M (main), O (outlier) y N (New, No M, No O). El primero causa la mayoría de las infecciones que registradas a escala mundial y se conocen los serotipos siguientes: A, B, C, D, E, F, G, H, J, K. Dentro de este grupo se han identificado las cepas recombinantes, las cuales han incorporado genes de combinaciones de algunas de las cepas. El grupo O aparece en cierta parte de África y tiene el inconveniente de que los exámenes de laboratorio para su detección no son sensibles y el N se ha identificado poco, generalmente en Camerún.

El serotipo que más circula es el B, en el que las cepas recombinantes se asocian a la progresión acelerada a la fase de caso sida, poca respuesta a la terapia antirretroviral y no son detectadas por los equipos de lectura de carga viral y posibilidad de transmisibilidad en la población que vive con VIH, lo cual favorece el fenómeno de la reinfección. Por su parte, el VIH-2, por ser de menor circulación mundial, tiene pocos serotipos: A, B, C y E.

## **SIDA**

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es producido por dos lentivirus, los virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Los primeros pacientes fueron diagnosticados en Estados Unidos en 1981. Se puede decir entonces que, el SIDA es una de las enfermedades infecciosas más devastadoras en la historia de la humanidad. Aproximadamente 78 millones de personas han contraído la infección y han fallecido unas 35 millones de individuos por enfermedades asociadas al sida desde el inicio de la epidemia.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) fue reconocido



como una nueva entidad clínica en 1981 en Estados Unidos, cuando un número creciente de hombres jóvenes con antecedente de relaciones homosexuales y de uso de drogas recreativas endovenosas, fallecían de infecciones oportunistas y de cánceres poco usuales. Poco tiempo después fue identificado un nuevo retrovirus (virus de la inmunodeficiencia humana o VIH) como el agente causante, origen de una de las enfermedades infecciosas con mayor mortalidad en la historia de la humanidad.

En los años 80, se avanzó en el esclarecimiento de su origen, al aislar un retrovirus denominado virus de la inmunodeficiencia de simios o VIS, de monos cautivos y luego de monos en su hábitat natural en África occidental, los denominados monos verdes (*Chlorocebus spp*) pero principalmente de los monos tiznados (*Cercocebus atys*). Asimismo a mediados de los años 80 se logró identificar en un paciente con SIDA proveniente de África occidental, un virus diferente al de los pacientes hasta ahora estudiados, el que se denominó VIH-2, similar al VIS. Así el VIH-2 se originó de VIS aislado de monos africanos tiznados por lo que se denominó VISsmm o VIH de sooty mangabey monkey (en lengua inglesa).

Por ende, El SIDA representa el estadio final de una enfermedad crónica trasmisible de tipo progresivo, de causa viral, en la cual se establece una relación muy diversa entre el huésped y el virus. Según progrese la inmunodeficiencia y más elevada sea la replicación viral, aparecerán entonces enfermedades oportunistas o tumores raros; esta epidemia no sólo representa una gran crisis humana, sino también una amenaza creciente para el desarrollo sostenible global, social y económico.

## **ETIOLOGIA**

El virus del SIDA ingresa al organismo a través de la sangre, el semen y los fluidos vaginales y una vez incorporado ataca el sistema inmunológico. Este sistema está constituido por un conjunto de componentes que incluyen células, anticuerpos y sustancias circulantes que enfrente a todo



elemento que sea reconocido como ajeno o extraño. Esto sucede, especialmente con los agentes infecciosos como bacterias, hongos, virus y parásitos. Frente a la presencia de agentes infecciosos el sistema inmunológico moviliza para defenderse células llamadas linfocitos. Los linfocitos, al ser invadidos por el virus VIH pierden su capacidad para reconocer y enfrentar a los agentes extraños, los que aprovechan la oportunidad de esta caída de la vigilancia inmunológica para proliferar.

Para multiplicarse, el virus pone en funcionamiento un mecanismo específico de los retrovirus por el cual copia su genoma (conjunto de información genética de un ser vivo) de Ácido Ribonucleico (ARN), en el Ácido Desoxirribonucleicos (ADN) de la célula. La presencia del virus estimula la actividad reproductiva de los linfocitos pero, dado que tienen copiado el genoma del VIH, en vez de reproducirse, multiplican células virales. El VIH es un lentivirus del grupo de los retrovirus, con tipo VIH-1 (más extendido en todo el mundo) y VIH-2 (limitado a algunas regiones de África). Estos virus tienen afinidad por las células que poseen receptor CD4 (linfocitos T-colaboradores, macrófagos, monocitos, células dendríticas).

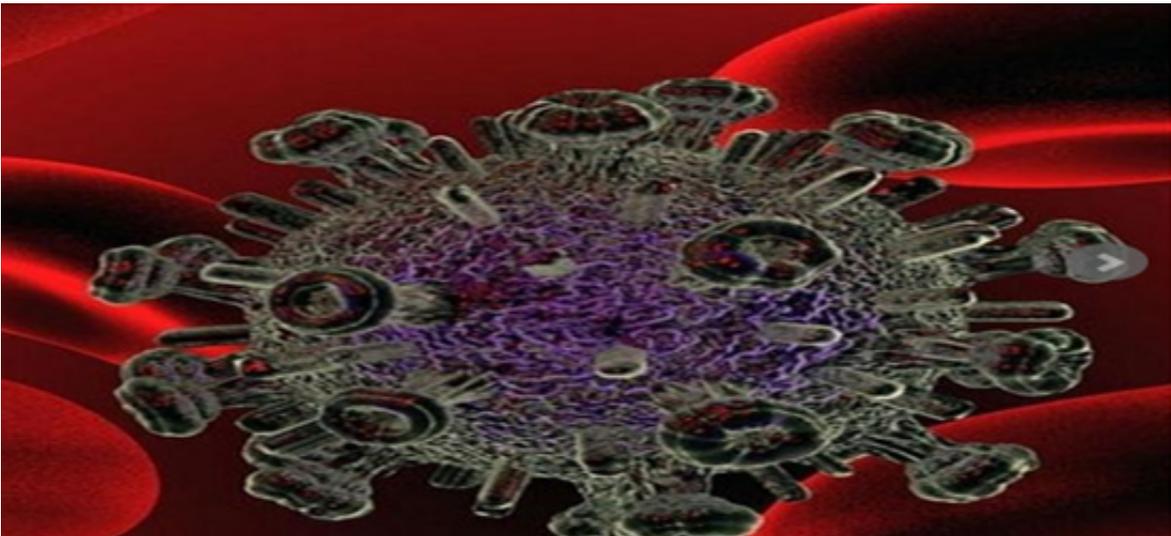
Etiopatogenia: una vez producida la infección, el VIH ingresa en células con los receptores CD4+ en su superficie (sobre todo linfocitos T colaboradores y macrófagos). La infección se presenta también en otras áreas, como SNC y tracto digestivo. Durante la infección primaria por VIH se produce elevada viremia, reducción transitoria del recuento de linfocitos T CD4+ en sangre periférica, y en un porcentaje de 40-90 % de los casos síntomas de enfermedad retroviral aguda. La infección crónica se caracteriza por una activación inmunológica persistente y una reducción gradual del recuento de linfocitos CD4+. Durante muchos años la infección tiene un curso clínico asintomático, aunque la replicación de VIH continúa en órganos linfáticos periféricos y se produce una disminución continua del recuento de linfocitos CD4, que produce un deterioro inmunológico, que facilita la aparición de enfermedades oportunistas.

## HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL SIDA

A principios de la década de los ochenta, el mundo científico se conmocionó con la aparición de una enfermedad desconocida hasta entonces. Todo comenzó en EE.UU. en 1981 con el reconocimiento en varones homosexuales de infecciones respiratorias causadas por un patógeno poco frecuente, *Pneumocystis carinii*, y de un tumor poco común, el sarcoma de Kaposi. Ambos parecían ser consecuencia de un defecto en la inmunidad de causa desconocida.

Para ese entonces, los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta acordaron denominar Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) al nuevo complejo de enfermedades infecciosas y tumores asociados a un defecto adquirido en la inmunidad. A partir de ese momento comenzó una carrera vertiginosa en el estudio de esta enfermedad y del virus que 2 años después demostró ser su agente causal. Hasta septiembre del año 2000, se estima que se habían infectado por el VIH más de 50 millones de personas, de las cuales había fallecido una tercera parte.

**Imagen N° 9 .** Virus de Inmunodeficiencia Humana. VIH.



**Fuente:** Cleo (2017).



En 1982 se le denominó SIDA o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; sin embargo su etiología no se aclaró hasta 1983 cuando un grupo de científicos franceses liderados por Françoise Barré-Sinoussi y Luc Montagnier del Instituto Pasteur de París lograron aislar e identificar un retrovirus en un hombre homosexual con linfadenopatía crónica, al que denominaron LAV o virus asociado a la linfadenopatía, un nuevo retrovirus, pero a diferencia del grupo de Robert Gallo, quienes también aislaron de pacientes con este síndrome un virus, no lo consideraron perteneciente a los VLTH.

Una gran discusión se planteó sobre quiénes habían sido los primeros en identificar este agente y se concluyó que el virus estudiado por el grupo de Gallo et al era el mismo que el aislado en Francia, habiendo este contaminado los cultivos celulares en Estados Unidos como parte del trasiego de muestras; de tal forma que no era un VLTH sino un nuevo retrovirus como habían planteado los investigadores franceses desde un inicio y que a partir de 1984 se denominó VIH o virus de la inmunodeficiencia humana.

La era del SIDA empezó oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando los CDC (Centers for Disease Control and Prevention (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades) de Estados Unidos convocaron una conferencia de prensa donde describieron cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en Los Ángeles. Al mes siguiente se constataron varios casos de sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel. Las primeras constataciones de estos casos fueron realizadas por el Dr. Michael Gottlieb de San Francisco.

Pese a que los médicos conocían tanto la neumonía por *Pneumocystis carinii* como el sarcoma de Kaposi, la aparición conjunta de ambos en varios pacientes les llamó la atención. La mayoría de estos pacientes eran hombres homosexuales sexualmente activos, muchos de los cuales también sufrían de otras enfermedades crónicas que más tarde se identificaron como infecciones oportunistas. Las pruebas sanguíneas que se les hicieron a estos pacientes mostraron que carecían del número adecuado de un tipo de células sanguíneas llamadas T CD4+. La mayoría de estos pacientes



murieron en pocos meses.

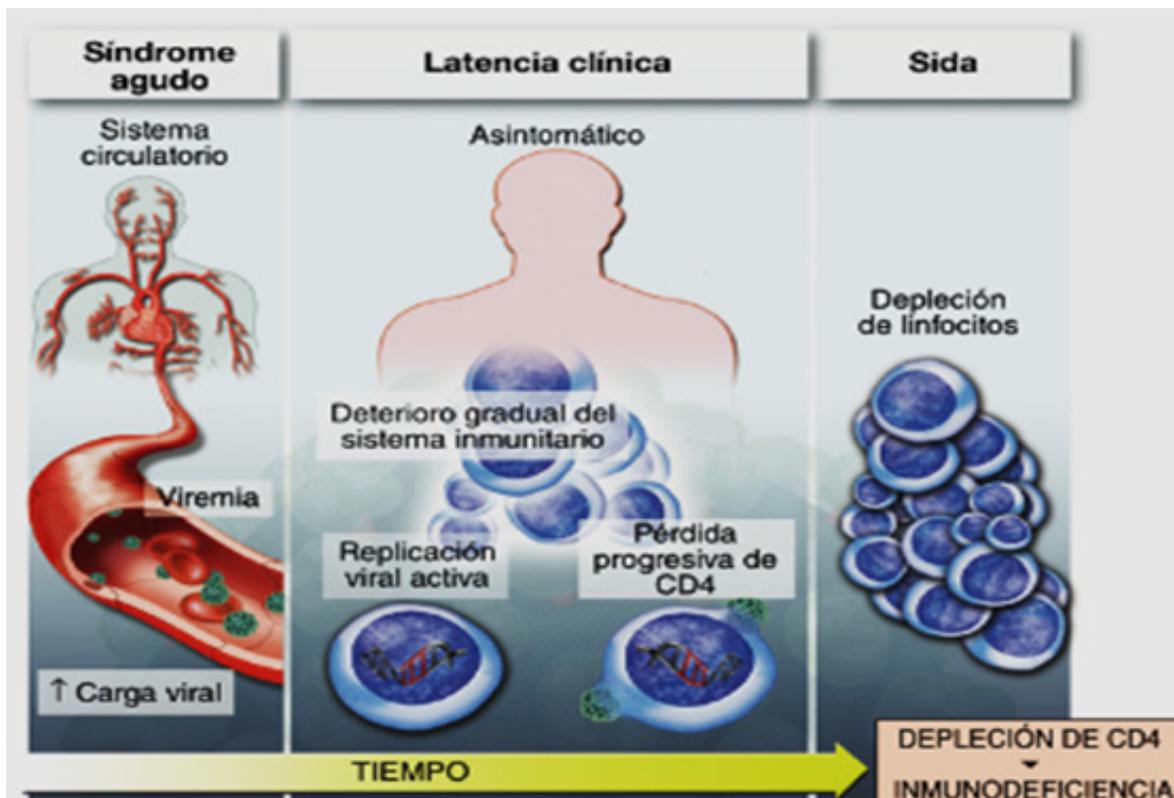
Por consiguiente, la aparición del VIH a nivel mundial, fue reconocida hace más de 30 años (1981). La propagación de esta enfermedad, ha logrado que en pocos años, se haya convertido en una pandemia mundial. En el año 2011 se estimaba en más de 30 millones de personas que fallecieron a causa del SIDA y que otros 33 millones de personas vivían con el VIH, que más de 16 millones de niños han quedado huérfanos a causa del SIDA, que cada día se producen más de 7.000 infecciones nuevas por VIH, la mayor parte en personas de países de ingresos bajos y medianos, y se cree que menos de la mitad de las personas que viven con el VIH son conscientes de su infección.

Tal enfermedad llamó la atención no sólo de los Organismos Sanitarios y de Salud, sino de la población médica, quienes centraban su atención en la aparición de unas manchas de color rosáceo en el cuerpo del infectado, la prensa comenzó a llamar al SIDA, la «peste rosa», causando una confusión, atribuyéndola a los homosexuales, aunque pronto se hizo notar que también la padecían los inmigrantes haitianos en Estados Unidos, los usuarios de drogas inyectables y los receptores de transfusiones sanguíneas, lo que llevó a hablar de un club de las cuatro haches que incluía a todos estos grupos considerados de riesgo para adquirir la enfermedad.

Para el año de 1982, la nueva enfermedad fue bautizada oficialmente con el nombre de Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), nombre que sustituyó a otros propuestos como Gay-related immune deficiency (GRID). Fue entonces hasta el año de 1984 que se sostuvieron distintas teorías sobre la posible causa del SIDA. La teoría con más apoyo planteaba que el SIDA era una enfermedad básicamente epidemiológica. Seguidamente, en 1983 un grupo de nueve hombres homosexuales con sida de Los Ángeles, que habían tenido parejas sexuales en común, incluyendo a otro hombre en Nueva York que mantuvo relaciones sexuales con tres de ellos, sirvieron como base para establecer un patrón de contagio típico de las enfermedades infecciosas.

Otras teorías sugieren que el SIDA surgió a causa del excesivo uso de drogas y de la alta actividad sexual con diferentes parejas. También se planteó que la inoculación de semen en el recto durante la práctica de sexo anal, combinado con el uso de inhalantes con nitrito llamados poppers, el cual producía supresión del sistema inmune. Pocos especialistas tomaron en serio estas teorías, aunque algunas personas todavía las promueven y niegan que el SIDA sea producto de la infección del VIH. La teoría más reconocida actualmente, sostiene que el VIH proviene de un virus llamado «VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA EN SIMIOS» (SIV, en inglés), el cual es idéntico al VIH y causa síntomas similares al SIDA en otros primates.

**Imagen N° 10.** Aspecto Clínico y Progresión del VIH/ SIDA



**Fuente:** Miquelena (2017).



Gracias a la disponibilidad de tratamiento antirretrovirales, las personas con VIH pueden llevar una vida normal, la correspondiente a una enfermedad crónica, sin las infecciones oportunistas características del SIDA no tratado. Los antirretrovirales están disponibles mayormente en los países desarrollados. Su disponibilidad en los países en desarrollo está creciendo, sobre todo en América Latina; pero en África, Asia y Europa Oriental muchas personas todavía no tienen acceso a esos medicamentos, por lo cual desarrollan las infecciones oportunistas y mueren algunos años después de la seroconversión.

## **EVOLUCIÓN DE LA PANDEMIA**

En las primeras semanas de la infección, el VIH desencadena el síndrome retroviral agudo, un estado con manifestaciones inespecíficas y variables. Luego, sobreviene un período de varios años en el que la mayoría de los casos no presentan manifestaciones clínicas, pero el sistema de defensas se deteriora de manera gradual.

Posteriormente, puede surgir una serie de síntomas o enfermedades, cuya presencia indica una alteración en el sistema inmunitario celular y que se consideran síntomas de la infección por VIH. En una etapa tardía de la infección 8 a 10 años después, podrían aparecer las enfermedades definitorias de SIDA, las cuales eventualmente podrían provocar la muerte tras un tiempo variable, por lo general de dos a cuatro años.

De acuerdo con la evolución de la infección por VIH, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades en Estados Unidos (CDC) definió una clasificación basada en ciertas condiciones clínicas y en el recuento de linfocitos T CD4+. Hay tres categorías clínicas:

- A) Que incluye la infección asintomática, la primo infección aguda y la linfa denopatía generalizada persistente.



- B) Que abarca síntomas y signos de enfermedades que se asocian con una inmunidad celular afectada, pero que no entran en la categoría C, y las condiciones cuyo curso clínico o manejo terapéutico se ven complicados por la infección por VIH.
- C) En la que se encuentran las enfermedades definatorias de SIDA. Una vez que se está en la categoría B o C, aunque la condición se revierta, la clasificación no puede volver a la categoría anterior.

## **VULNERABILIDAD AL VIH /SIDA**

En los primeros años de la epidemia se observaba que los hombres superaban a las mujeres en el número de personas infectadas por el VIH. Las mujeres están asociadas a riesgos específicos y a la vulnerabilidad, incluyendo comportamientos tales como la relación sexual desprotegida o situaciones en las que las relaciones sexuales son forzadas. La vulnerabilidad al VIH, es una medida de la incapacidad de una persona o de una comunidad para controlar el riesgo de infección.

En muchos entornos, las mujeres, en particular las mujeres jóvenes, son especialmente vulnerables a la infección por VIH, en la medida en que puedan ser menos capaces que los hombres, para evitar las relaciones sexuales no consensuadas o coercitivas. Dicho esto, se resalta la vulnerabilidad, la cual está determinada por factores psicológicos, biológicos, sociales y epidemiológicos, a los que se les une el concepto social de la feminidad lo cual pone en peligro la salud de la mujer y actúa como un obstáculo para aquella que está tratando de adquirir conocimientos acerca de su salud reproductiva y sexual: el cuerpo el embarazo, el parto, la anticoncepción, las complicaciones de la reproducción y las Infecciones de Transmisión Sexual, incluido el VIH.



Dicho de esta forma, en estos tiempos, todas las personas se encuentran expuestas al VIH/SIDA. Es importante saber que las características biológicas del cuerpo femenino, por una parte, y el ambiente sociocultural por otra, hacen que las mujeres estén más expuestas al contagio que los hombres. Biológicamente hablando, el semen contiene más VIH que los fluidos vaginales; permanece más tiempo en la vagina y el tracto rectal que las secreciones vaginales en el pene; las adolescentes y adultas postmenopáusicas tienen la mucosa vaginal más permeable al VIH; los desgarros y sangramientos durante la relación sexual multiplican los riesgos de infección; las ITS, muchas veces sin síntomas en la mujer, facilitan la transmisión del virus.

En definitiva, se consideran grupos o personas vulnerables al VIH a aquellos individuos que practican conductas de riesgo o que no se protegen adecuadamente. En sus inicios, los grupos vulnerables se constituían en conjuntos específicos de la población (toxicómanos, homosexuales, trabajadoras(es) del sexo, habitantes de calle, receptores de sangre) sin relación clara con el contexto socioeconómico. A medida que la infección se fue propagando los grupos expuestos se diversificaron y la clave para definir la vulnerabilidad fue la capacidad de protegerse frente a conductas riesgosas. Capacidad que está estrechamente relacionada con las condiciones sociales, económicas, educativas y hasta etarias de las personas.



# **CAPÍTULO II**

## **TRATAMIENTO**

### **ANTIRRETROVIRAL (ARV)**





## DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

VIH significa Virus de Inmunodeficiencia Humana. El mismo se caracteriza porque daña el sistema inmunitario de las personas al destruir las células CD4, un tipo de glóbulo blanco que combate las infecciones. La pérdida de estas células hace más difícil al individuo el luchar contra las infecciones y ciertos tipos de cáncer relacionados con este tipo de virus. Sin tratamiento, el VIH puede destruir de a poco el sistema inmunitario y convertirse en SIDA, o síndrome de inmunodeficiencia adquirida, el cual se caracteriza por ser la etapa final de la infección.

**Imagen N° 11.** VIH



**Fuente:** Miquelena (2017).

El VIH y SIDA no tienen cura, pero existe una variedad de medicamentos disponibles para controlar el virus. Dicho tratamiento se conoce como «tratamiento antirretroviral». Cada clase de medicamento bloquea el virus de maneras diferentes. Actualmente, se recomienda el uso del tratamiento antirretroviral para todos, independientemente del recuento de linfocitos T CD4. Se recomienda combinar, al menos, tres medicamentos de dos clases para evitar generar cepas del VIH que sean resistentes a los medicamentos.



## ¿Qué es el tratamiento antirretroviral?

El tratamiento con medicamentos para el VIH y SIDA se llama terapia antirretroviral (TAR). Se recomienda para todas las personas que tienen VIH. Los medicamentos no curan la infección por VIH, pero la convierten en una afección crónica manejable, los mismos también cumplen con la función de reducir el riesgo de propagar el virus a otros. Los Retroviridae representan una familia de virus que comprende los retrovirus.

Son virus con genoma de ARN monocatenario de polaridad positiva y se replican de manera inusual a través de una forma intermedia de ADN bicatenario. Este proceso se lleva a cabo mediante una enzima: la retro transcriptasa o transcriptasa inversa, que dirige la síntesis de ADN a través de ARN y posee una importancia extraordinaria en la manipulación genética. Una vez que se ha pasado de ARN monocatenario a ADN, se inserta dentro del ADN propio de la célula infectada donde se comporta como un gen más.

Informes emanados de ONUSIDA informan que, es posible inhibir el VIH mediante tratamientos en los que se combinan tres o más fármacos antirretrovíricos. Aunque el TAR no cura la infección, frena la replicación del virus en el organismo y permite que el sistema inmunitario recobre fortaleza y capacidad para combatir las infecciones.

En 2017, la OMS publicó la segunda edición de sus directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH. En ellas se recomienda proporcionar TAR de por vida a todas las personas infectadas, incluidos los niños, adolescentes y adultos, y las mujeres embarazadas y que amamantan, con independencia de su estado clínico y de su recuento de CD4. Hasta julio de 2017 habían adoptado esta recomendación 122 países, que abarcan el 90% de las personas infectadas por el virus.

## **DIRECTRICES UNIFICADAS SOBRE EL USO DE LOS ANTI-RRETROVÍRICOS EN EL TRATAMIENTO Y LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH**

Las directrices de 2017 incluyen nuevas pautas de TAR con mejor tolerabilidad, mayor eficacia y tasas más bajas de incumplimiento terapéutico que los fármacos utilizados actualmente: dolutegravir y efavirenz a dosis bajas como tratamiento de elección, y raltegravir y darunavir/ritonavir como segunda elección.

Más de 20 países han empezado la transición a estas nuevas opciones de TAR, y se espera que ello prolongue la duración de los tratamientos y la calidad de la asistencia a las personas infectadas. A pesar de estas mejoras, las opciones para los lactantes y los niños pequeños siguen siendo limitadas. Por esta razón, la OMS y sus asociados están coordinando sus esfuerzos para desarrollar e introducir con mayor rapidez y eficacia formulaciones pediátricas de antirretrovíricos adecuadas para cada edad. Además, una de cada tres personas infectadas por el VIH solicita asistencia en una etapa avanzada de la enfermedad, con unos recuentos bajos de CD4 y un riesgo elevado de que la enfermedad se agrave y resulte mortal.

Para reducir este riesgo, la OMS recomienda ofrecer a estos pacientes un conjunto de servicios que incluya, además del TAR, pruebas de detección y medidas de prevención de las infecciones graves más habituales que pueden resultar mortales, como la tuberculosis y la meningitis criptocócica. Al aplicar las nuevas recomendaciones de la OMS para tratar a todas las personas infectadas por el VIH, el número de individuos que cumplen los requisitos para que se les prescriba el TAR ha aumentado de 28 millones al total de 36,7 millones de individuos infectados por este virus.

A mediados de 2018, había en el mundo 20,9 millones de personas infectadas por el VIH en tratamiento con antirretrovíricos. En 2017, la cobertura mundial fue del 53% de los adultos y los niños. Sin embargo, es necesario intensificar los esfuerzos para ampliar el tratamiento, sobre todo para los niños y adolescentes, ya que a finales de 2016 solo el 43%

de ellos estaban incluidos en programas de TAR. La OMS está ayudando a los países a agilizar sus esfuerzos para diagnosticar y tratar a tiempo a estos grupos poblacionales vulnerables.

## CLASES DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS CONTRA EL VIH / SIDA

Existen diferentes clases de medicamentos que son utilizados según sea el caso y la necesidad en pacientes con VIH / SIDA; entre ellos se encuentran lo siguientes:

- Los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos, los cuales desactivan una proteína que el VIH necesita para reproducirse. Algunos ejemplos son el efavirenz (Sustiva), la etravirina (Intelence) y la nevirapina (Viramune).
- Los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos o nucleótidos son versiones defectuosas de los componentes esenciales que el VIH necesita para reproducirse. Algunos ejemplos son el abacavir (Ziagen), y la combinación de los medicamentos emtricitabina-tenofovir (Truvada), tenofovir alafenamida-emtricitabina (Descovy), lamivudina-zidovudina (Combivir).

**Tabla N° 1. INHIBIDORES DE LA PROTEASA (IP)**

NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL/ PRESENTACION	POSOLOGÍA	NÚMERO DE TABLETAS**	Categoría durante el embarazo ****
Atazanavir (ATV)	Cap 300 mg	300 mg + 100 mg de ritonavir c/24 hr VO	1	B
Darunavir (DRV)	Tab 300 mg	600 mg + 100 mg de ritonavir c/12 hr VO	6	B
Fosamprenavir (FPV)	Tab 700 mg	700 mg + 100 mg ritonavir c/12 hr VO	4	C
Indinavir (IDV)	Cap 400 mg	800 mg + 100 m g ritonavir c/12 hr VO	6	C
Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)	Tab 200/50 mg	400 mg + 100 mg c/12 hr VO	4	C
Ritonavir (RTV)	r Cap 100 mg	Solo usado como reforzamiento de otros IP a razón de 100-400 mg VO (dosis dependiente del IP)	1-4	B
Saquinavir*** (SQV)	Tab 500 mg	1,000 mg + 100 mg ritonavir c/12 hr VO	6	B
Tipranavir (TPV)	Cap 250 mg	500 mg + 200 mg ritonavir c/12 hr VO	8	C

**Fuente:** Kassini (2016).

- Los inhibidores de proteasa, los cuales desactivan la proteasa del VIH, que es otra proteína que el VIH necesita para reproducirse. Algunos ejemplos son el atazanavir (Reyataz), el darunavir (Prezista), el fosamprenavir (Lexiva) y el indinavir (Crixivan).
- Los inhibidores de entrada o fusión bloquean la entrada del VIH en los linfocitos T CD4. Algunos ejemplos son la enfuvirtida (Fuzeon) y el maraviroc (Selzentry).
- Los inhibidores de la integrasa actúan desactivando una proteína denominada «integrasa» que el VIH utiliza para introducir su material genético en los linfocitos T CD4. Algunos ejemplos son el raltegravir (Isentress) y el dolutegravir (Tivicay).

**Tabla N° 2. INHIBIDORES DE LA TRASCRIPTASA REVERSA NO NUCLEÓSIDOS (ITRNN)**

NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL/ PRESENTACION	POSOLOGÍA	NÚMERO DE TABLETAS/DÍA	Categoría durante el embarazo ****
Efavirenz (EFV)	Tab 600 mg	600 mg c/24 hr VO	1	D
Nevirapina (NVP)	Tab 200 mg	200 mg c/12 hr VO*	2	B
Etravirina (ETV)	Tab 100 mg	200 mg c.12 hr VO	4	B

**Fuente:** Kassini (2016).

Lo antes descrito lleva a señalar que, los planes de tratamiento contra la infección por el VIH pueden suponer que debas tomar muchas pastillas en horarios específicos todos los días durante el resto de la vida. Cada medicamento tiene su propio conjunto de efectos secundarios; de allí, que es importante tener consultas de seguimiento periódicas con el médico para controlar la salud del paciente y el tratamiento.



## **Estructura Genética de los Retrovirus**

El genoma del virus toma la forma de un ARNm de polaridad positiva, incluida la cap 5' y la poly-A 3' dentro del virión. Una vez dentro de la célula del huésped, la cadena de ARN se somete a la transcripción inversa en el citosol y es integrado en el genoma del huésped, momento en que el ADN retroviral se denomina provirus. En el caso del VIH, el genoma consta de dos moléculas de ARN de cadena simple y polaridad positiva. Las moléculas de ARN están físicamente unidas mediante puentes de hidrógeno en sus extremos 5', lo que hace que sea difícil la encapsidación de más de 2 moléculas en un provirus.

La organización genómica es siempre la misma, 5'-Gag-Pol-env-3', y además dependiendo del tipo de retrovirus, hay genes accesorios que se solapan con los genes principales. A pesar de la inmensa variabilidad entre los distintos tipos de retrovirus, podemos decir que la partícula viral se compone de:

- Envoltura formada por una glicoproteína de superficie (SU) y una proteína de transmembrana (TM).
- Cápside viral o core que incluye las proteínas de la matriz (MA), cápside (CA) y nucleocápside (NC).
- Enzimas como la transcriptasa inversa (RT), proteasa (PR), integrasa (IN), que son muy importantes para la replicación del virus.

## **FUNCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EN EL VIH**

Los medicamentos para el VIH y SIDA reducen la cantidad de VIH, o carga viral, en su cuerpo, lo que ayuda al paciente con esta enfermedad a:

- Entregar a su sistema inmunitario la oportunidad de recuperarse.

Aunque todavía hay algo de VIH en su cuerpo, su sistema inmunitario debe ser lo suficientemente fuerte como para combatir las infecciones y ciertos tipos de cáncer relacionados con el VIH

- Reducir el riesgo de transmitir el VIH a otras personas.

Existen varios tipos diferentes de medicamentos contra el VIH y SIDA. Algunos funcionan bloqueando o cambiando las enzimas que el VIH necesita para hacer copias de sí mismo. Esto evita que el VIH se copie, lo que reduce la cantidad de VIH en el cuerpo. Entre los medicamentos que cumplen con esta función se encuentran:

- Inhibidores de la transcriptasa inversa análogo de los nucleósidos (ITIN): Bloquean la enzima transcriptasa inversa.
- Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogo de los nucleósidos (ITINN): Se unen y luego cambian la enzima transcriptasa inversa.
- Inhibidores de la integrasa: Bloquean la enzima integrasa.
- Inhibidores de la proteasa: Bloquean la enzima proteasa.

Asimismo, se cuenta con algunos medicamentos para el VIH y SIDA que interfieren con la capacidad del VIH para infectar las células CD4 del sistema inmunitario, los cuales son:

- Los inhibidores de fusión impiden que el VIH ingrese a las células
- Los antagonistas de CCR5 y los inhibidores posfijación bloquean diferentes moléculas en las células CD4. Para infectar una célula, el VIH tiene que unirse a dos tipos de moléculas en la superficie de la célula. El bloqueo de cualquiera de estas moléculas evita que el



VIH ingrese a las células.

En ciertos casos, se encuentran aquellas personas que padecen de esta enfermedad, las cuales toman más de un medicamento, entre los que se encuentran:

- Los potenciadores farmacocinéticos aumentan la efectividad de ciertos medicamentos contra el VIH y sida. Un potenciador farmacocinético hace más lenta la descomposición de la otra medicina que se está tomando. Esto permite que la medicina permanezca en una concentración más alta en el cuerpo por más tiempo.
- La combinación de varios medicamentos diferentes para el VIH y SIDA.

En efecto, el tratamiento con los medicamentos contra el VIH (conocido como tratamiento antirretroviral o TAR) se recomienda para todas las personas con el VIH. El TAR ayuda a las personas con el VIH a vivir una vida más larga y sana y reduce el riesgo de transmisión del VIH.

Las personas con el VIH deben empezar el TAR lo más pronto posible. Cuando se trata de personas seropositivas, es particularmente importante que algunas en ciertas situaciones, como las mujeres embarazadas y todas las personas con SIDA, ciertas enfermedades y coinfecciones relacionadas con la infección por el VIH o una infección temprana por este último, comiencen a tomar el TAR de inmediato. (La infección temprana por el VIH es el período que comprende hasta 6 meses después de contraerla.)

Se puede decir entonces que, el tratamiento de nombre (TAR de Terapia Antirretroviral), son medicamentos antivirales específicos para el tratamiento de infecciones por retrovirus como, por ejemplo, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Los retrovirales que se utilizan para tratar y prevenir la infección por el



VIH actúan deteniendo o alterando la reproducción del virus en el organismo, lo que disminuye la carga vírica. A finales de 2015, más de 8 millones de personas en los países de ingresos bajos y medianos recibían tratamiento con retrovirales. No obstante, ante este proceso se debe tener claro que, no hay cura para la infección por el VIH, pero un buen tratamiento con retrovirales seguido al pie de la letra, aminora la evolución de la infección hasta casi detenerla.

Gracias a ello, cada vez más personas infectadas por el VIH, incluso en países pobres, pueden permanecer en buenas condiciones y ser productivas por periodos prolongados. Además de los medicamentos, estos pacientes requieren a menudo orientación y apoyo psicosocial. Tener una nutrición adecuada y acceso a agua salubre e higiene básica también pueden ayudarlos a mantenerse en buen estado.

Tal y como aquí se describe, la implementación del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), se basa en el empleo de tres o más medicamentos antirretrovirales que suprimen al máximo la carga viral, hasta niveles indetectables, y conduce a una recuperación inmunológica en pacientes con VIH/ SIDA. Su introducción ha logrado beneficios clínicos evidentes por lo que es considerada como una de las mejores estrategias costo-efectiva en la última década, puesto que reduce la mortalidad, las hospitalizaciones, la incidencia de infecciones oportunistas, el uso de servicios de salud, y mejora la calidad de vida de los pacientes que viven con VIH/SIDA.

No obstante, se debe tener presente que al ser el VIH/SIDA una enfermedad a la que aún no se le ha encontrado cura, esta terapia debe tomarse de por vida y su éxito se sustenta en la alta adherencia al tratamiento. Tal y como aquí, se plantea la adherencia, va a representar el grado del cumplimiento de las indicaciones del equipo multidisciplinario del TARGA. De allí, que lograr una óptima adherencia al tratamiento es una pieza clave para conseguir la eficacia de estas indicaciones médicas; sin embargo, para ello, se deben adoptar las medidas necesarias para alcanzar la máxima adherencia y poder mantenerla, considerándose con ello que, es importante

alcanzar una óptima adherencia, pues las consecuencias son la aparición de mutantes resistentes a los fármacos antirretrovirales y la falla terapéutica.

Como respuesta de esto, han sido desarrollados diversos estudios, los cuales han demostrado que adherencias superiores al 95% logran suprimir adecuadamente la carga viral; así también, se ha comprobado que se obtienen cargas virales indetectables en el 81% de los pacientes cuya adherencia se encuentra por encima del 90%; que la falla virológica se presenta en 61% en los pacientes cuya adherencia es del 80-94% y que la falla virológica se incrementa a 80% para adherencias menores de 80%. Debido a que la adherencia al tratamiento es un fenómeno vinculado al ser humano en su integridad son muchos los factores que están relacionados a la adherencia al TARGA.

### **Imagen N° 12.** Estudios sobre el SIDA



**Fuente:** Kassini (2016).

En virtud de estos señalamientos, es de gran importancia brindar información a los pacientes sobre su enfermedad y los tratamientos en general, a fin de lograr alcanzar mayor adherencia, de los mismos, lo que en res-



puesta elevaría la satisfacción de los pacientes y mejoraría los resultados o hallazgos en salud. Existen estudios que demuestran que los pacientes con mayor satisfacción con la información recibida sobre sus medicamentos mejoran la adherencia a los tratamientos en general.

## **TRATAMIENTO**

Actualmente no se cuenta con un tratamiento para curar esta infección, pero se ha logrado, mediante el cumplimiento de varias acciones de salud, encabezadas por el tratamiento antirretroviral, que los pacientes con VIH/SIDA vivan muchos años y con una buena calidad de vida. Entre dichas acciones figuran:

Los Tratamientos antirretrovirales: Su objetivo es disminuir la replicación del virus hasta niveles indetectables, lograr la restauración del sistema inmunológico y hacerlo más inmuno competente. El principal criterio que se tiene en cuenta para iniciar esta terapia es determinar el número de linfocitos CD4, pero actualmente se van definiendo cada vez mejor los criterios para comenzar este tratamiento.

### **¿Cuál es el esquema de terapia antirretroviral de primera línea?**

Es importante que la terapia antiretroviral se inicie con todas las drogas en simultáneo para disminuir la resistencia durante los periodos de replicación viral. Una vez iniciado el tratamiento se prolonga indefinidamente. El esquema de tratamiento inicial es triple, incluyendo diferentes clases de fármacos:

El esquema preferencial hoy día en adultos es:

TDF o Tenofovir +

3TC (o FTC) (lamivudina o emtricitabina) +

EFV (efavirenz)

Los esquemas clásicos también incluyen Zidovudina (AZT) y Nevirapina (NVP)

## **RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO**

Idealmente, la terapia antirretroviral debe iniciarse antes de que el riesgo de IO o progresión de la enfermedad sean inminentes, y se recomienda su inicio a la brevedad posible en todos los casos con enfermedad crónica sintomática (AI). Aún es materia de discusión el momento ideal para comenzar el tratamiento en pacientes asintomáticos. El reporte de una menor morbi- mortalidad secundaria a infecciones oportunistas, enfermedad cardiovascular, enfermedad hepática, renal y neoplasias en individuos que inician la terapia antirretroviral combinada con conteos de CD4+ mayores a 350 cel/mm<sup>3</sup>, en comparación con aquellos sin tratamiento sustenta la recomendación de comenzar el tratamiento tan pronto como sea posible en esta población (AII).

### **¿Cuándo se debe iniciar la terapia antirretroviral?**

- Antecedente de una enfermedad definitoria de SIDA .
- Linfocitos CD4 con menos de 200 células.
- Linfocitos CD4 entre 200-350 células.
- Mujeres embarazadas, independientemente del número de linfocitos CD4.
- Pacientes con nefropatía por VIH.
- Pacientes con coinfección VIH/virus de la hepatitis B o C.
- Carga viral mayor de 100 000 UI, independientemente del número de linfocitos CD4.

- Disminución rápida de linfocitos CD4 (más de 100 células por año).
- Riesgo elevado de enfermedad cardíaca.
- Porcentaje de CD4: menos de 14.
- Edad: más de 55 años.
- En este caso siempre se trata de complementarlo con otro criterio.
- Linfocitos CD4 +: más de 350 células y menos de 500.

En términos generales, el tratamiento antirretroviral está basado en la combinación de, al menos, 3 medicamentos que actúan en diferentes puntos del ciclo de replicación del virus del VIH y es lo se conoce como terapia antirretroviral sumamente activa, en el caso de añadirse un cuarto medicamento se dice que es una megaterapia antirretroviral.

### **CRITERIOS DE CAMBIO DE TRATAMIENTO POR FALLA VIROLÓGICA**

- Cuando, bajo tratamiento con TARAA continuo durante al menos seis meses del inicio del esquema, no se logra carga viral (CV) menor a 400 copias/ml, o menor a 50 copias/ml a los 12 meses de tratamiento (AI).

**Imagen N° 13. VIH**



**Fuente:** Kassini (2016).

- Cuando después de haber alcanzado supresión viral completa bajo



tratamiento con TARAA, se presentan nuevamente cifras detectables y persistentes de la CV (rebote). Es decir, CV mayor de 50 copias/ml confirmada en una segunda determinación, idealmente realizada en un lapso menor a 8 semanas y cuando no existan condiciones que expliquen la elevación transitoria (blip), como es el caso de infecciones agudas, inmunizaciones, problemas de adherencia, etc. (AI).

## **ESQUEMAS DE TRATAMIENTO DE RESCATE POR FALLA TERAPÉUTICA A MÚLTIPLES**

### **ANTIRRETROVIRALES**

Dada la complejidad del manejo es recomendable que en falla múltiple a ARVs, el paciente sea evaluado por expertos en centros de referencia o por alguno de los comités nacionales/institucionales de resistencia a anti-retrovirales (CORESAR, de la Secretaría de Salud o GERA, del IMSS). Es necesaria la realización de un ensayo de resistencia para elegir el esquema de rescate y en ocasiones, ensayos de tropismo viral.

El objetivo actual de un esquema de rescate es lograr la completa supresión viral por el mayor tiempo posible. Para lograr esto es importante incluir en la combinación seleccionada, por lo menos dos pero preferiblemente tres medicamentos ARVs activos, tratando de evitar las monoterapias secuenciales que ofrecen solamente soluciones temporales.

## **ELEMENTOS NECESARIOS PARA EL CONTROL Y SELECCIÓN DE TERAPIA DE RESCATE**

a) Disponer de una historia completa de tratamiento incluyendo los factores que hayan influido en el fracaso (como es la falla al apego y factores de riesgo para pobre adherencia, toxicidad, interacciones me-



dicamentosas, coinfecciones, etc.).

b) Realizar siempre un ensayo genotípico de resistencia cuando el paciente se encuentre recibiendo el tratamiento en falla y de preferencia interpretado por un médico con entrenamiento específico.

c) Usar al menos 2 o de preferencia 3 agentes ARV activos, vigilando estrechamente sus efectos indeseables.

d) Si el conteo de CD4 es mayor de 200 cel/mL, no hay progresión clínica, y solo existe un ARV activo como opción terapéutica, se recomienda reservar esta opción para asociarlo en un futuro a medicamentos activos (no disponibles o en proceso de aprobación) e incluir al paciente en un esquema de contención.

e) Cuando la supresión viral no es completa con las opciones disponibles se recomienda agregar medicamentos como lamivudina o emtricitabina, aunque ya hayan demostrado resistencia, debido a que favorecen una capacidad de replicación viral baja que limita la destrucción de CD4s.

f) No olvidar reforzar la adherencia, en especial cuando se va a iniciar un esquema de rescate que en muchos casos es la última opción del paciente y específicamente con medicamentos de difícil apego como enfuvirtida, por su administración subcutánea

Cabe resaltar que una pobre respuesta en el aumento de los niveles de linfocitos CD4, pero con una adecuada supresión viral, no significa que ha fallado la combinación terapéutica en el paciente y que deba cambiarse. Por otra parte, existen varios grupos básicos de medicamentos antirretrovirales, de acuerdo con su sitio de acción; entre ellos se encuentran los:

**1. Nucleósidos análogos y mecanismo de acción en general:** interfieren

con el ciclo de vida del VIH e imposibilitan su replicación, ya que se incorporan dentro del ADN del virus y bloquean la enzima retrotranscriptasa o transcriptasa inversa, con lo cual logran detener su proceso de formación. El ADN resultante es incompleto y no puede generar nuevos virus. Para cada fármaco se conoce que base nitrogenada se fosforila y se bloquea.

**Imagen N° 14.** Transcriptores Inversos



**Fuente:** Belucci (2015).

**2. Nucleótidos análogos:** Interfieren con el ciclo de vida del VIH e imposibilitan su replicación, ya que se incorporan dentro del ADN del virus y bloquean la enzima retrotranscriptasa o transcriptasa inversa, de manera logran detener así su proceso de formación. El ADN resultante es incompleto y no puede generar nuevos virus. El medicamento utilizado es el tenofovir (Viread), el cual se presenta en tabletas de 300 mg y se administra una diaria. Entre los efectos secundarios que ocasiona figuran: insuficiencia renal, síndrome de Fanconi y osteomalacia.



**3. Nucleósidos no análogos y mecanismo de acción en general:** Interfieren con el ciclo de vida del VIH e imposibilitan su replicación, ya que bloquean la enzima retrotranscriptasa o transcriptasa inversa en la célula infectada y detienen la replicación del VIH en el material genético de la célula.

#### B. Inhibidores de las Proteasas y Mecanismo de acción en General

Interfieren el ciclo del VIH e impiden su replicación, a la vez que actúan en la última etapa de la replicación del virus, bloquean las enzimas proteasas e impiden a este fraccionarse en pedazos más cortos, ensamblarse y abandonar la célula infectada. Estos son los únicos grupos de medicamentos con los que se puede realizar el efecto de booster o refuerzo. Para ello el ritonavir es el más utilizado para lograr dicho efecto y tiene la ventaja de que cuando se emplea de esta forma, las dosis de las combinaciones son menores y es más potente el efecto terapéutico para lograr una mayor supresión de la replicación viral y las reacciones adversas son menos frecuentes. Todos producen el síndrome de la lipodistrofia, caracterizado por desgaste de las extremidades, pérdida de la grasa de la cara joroba de búfalo, piel más fina, fatiga, disminución de la libido, hipertensión arterial, hiperglucemia y elevación del colesterol, entre otros. Actualmente, muchos de estos medicamentos que pertenecen al grupo de los inhibidores solo se recomiendan en forma de booster..

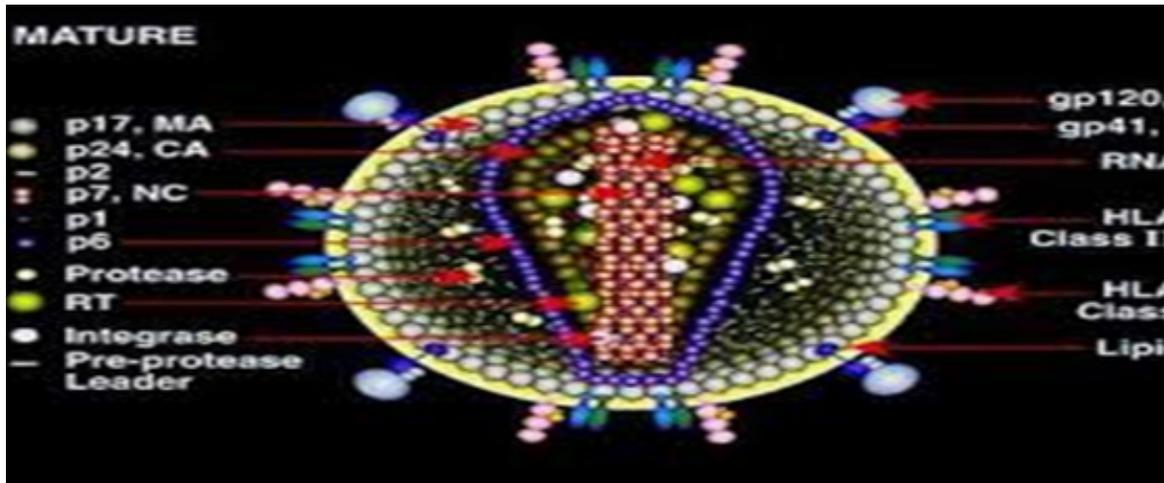
#### C. Otros grupos de medicamentos Antirretrovirales Aprobados

##### C. 1.- Combinaciones recomendadas

- Un inhibidor de la retrotranscriptasa (no análogo) y 2 inhibidores de la retrotranscriptasa (nucleósidos análogos).

- Un inhibidor de proteasas y 2 inhibidores de la retrotranscriptasa (nucleósidos análogos).

**Imagen N° 15.** Transcriptores Nucleósidos de Proteasa.



**Fuente:** Belucci (2015).

Partiendo de estas combinaciones, hay que cumplir los protocolos sugeridos internacionalmente, según la disponibilidad en cada país. Se prefieren los esquemas de primera línea que incluyan un inhibidor no análogo de la retrotranscriptasa y como segunda línea un inhibidor de proteasa.

## C.2.- Combinaciones que no deben administrarse

- DDI + DDC
- DDC + 3TC
- DDC + D4T
- AZT + D4T
- Saquinavir + Nevirapina
- Saquinavir + Efaviren
- Nevirapina + Efaviren.



Son combinaciones en las que ya se han demostrado sus efectos tóxicos cuando se administran de forma conjunta o tienen poco efecto para lograr la máxima supresión de replicación viral desde el punto de vista terapéutico. Por ello, una vez iniciada la terapia antirretroviral, puede aparecer el síndrome de reconstitución inmunológica, caracterizado por la reactivación y/o aparición de síntomas que hablan a favor de la actividad de alguna de las infecciones oportunistas.

Esto se refiere que puede aparecer hasta en 2 % de los pacientes que inician la terapia antirretroviral y no significa que esta haya fallado, sino que en la medida que el sistema inmunológico se recupera es capaz de reconocer y reaccionar ante los diferentes antígenos presentes en el organismo en ese momento, por lo cual no se suspende la terapia y se puede administrar antiinflamatorios no esteroideos. De allí, que para realizar los tratamientos y los cambios necesarios, no debe descuidarse el seguimiento hemoquímico de la toxicidad de estos medicamentos.

### **C.3.- Terapia inmunomoduladora**

Tiene como objetivo fortalecer y restablecer el sistema inmunológico, se utilizan los medicamentos siguientes:

- Factor de transferencia liofilizado: (bulbo = 1 U) 1 bulbo por vía subcutánea u oral, de 2-3 veces por semana, por períodos de hasta 3 meses.
- Interferón recombinante  $\alpha 2 \beta 2$  (INREC): (bulbo = 3 y 5 millones U) 1 bulbo por vía intramuscular 3 veces por semana, por períodos de hasta 3 meses. Es de gran utilidad para los pacientes con infección por herpes virus, ya sea simple o zóster, y virus del papiloma humano.
- Más recientemente, interleucina II (IL- 2) por vías endovenosa o



subcutánea.

Este tratamiento se recomienda como alternativa para los pacientes que no tienen los criterios de iniciar la terapia antirretroviral, pero que ya presentan disminución del número de linfocitos CD 4 y para aquellos que a pesar de dicha terapia no logran aumentarlos. Para el tratamiento de pacientes con determinadas enfermedades oportunistas y tumores se deben consultar los protocolos establecidos internacionalmente al respecto.

#### **C.4.- Quimioprofilaxis primaria y secundaria**

La quimioprofilaxis ha sido otro elemento que ha influido en la prolongación de la cantidad y calidad de vida de estos pacientes. Se le llama quimioprofilaxis primaria cuando el enfermo no ha desarrollado aún la infección oportunista específica y, por tanto, se previene la afección; la secundaria es la que se realiza después que el individuo la desarrolla y, por consiguiente, su objetivo es evitar la recidiva.

#### **C.5.- Quimioprofilaxis antituberculosis**

Para iniciarla es importante descartar la posibilidad de una TB activa, por lo que se deben realizarse 2 esputos BAAR, la prueba de Mantoux, así como radiografía de tórax.

- **Primaria:** se administran 300 mg diarios de isoniacida, durante 6 meses y se descansa los fines de semanas, siempre y cuando el paciente no tenga factores de riesgo que favorezcan la aparición de esta afección. Para estos últimos, la indicación es por 9 meses y solo de lunes a viernes. Esto es una actualización en relación con el tema y debe asociarse con piridoxina (50 mg 3 veces/día) como profilaxis de la polineuropatía por el uso de la isoniacida



### **C.6.- Quimioprofilaxis contra el *Pneumocystis jiroveci***

- Primaria: cotrimoxazole (160/800 mg/día, 3 veces por semana), pentamidina aerosol (300 mg mensual), o dapsona (100 mg) + pirimetamina (50 mg, 2 veces por semana).
- Secundaria: cotrimoxazole (igual que en la profilaxis primaria) o pentamidina (aerosol) cada 15 días.

### **C.7.- Quimioprofilaxis antitoxoplasma**

- Primaria: cotrimoxazol (160/800 mg/ día, 3 veces por semana) o dapsona (100 mg) más pirimetamina (50 mg) 2 veces por semana.
- Secundaria: sulfadiacina (2 gramos cada 6 horas 3 veces por semana), pirimetamina (50 mg 1 vez a la semana) y ácido fólico (10 mg diarios).

### **C.8.- Apoyo psicológico y social**

No puede olvidarse la repercusión psicológica de la enfermedad en el individuo y que estos estados favorecen la progresión de esta según estudios de la psico neuroinmunología. Hay que trabajar de conjunto con el psicólogo para atender las posibles reacciones ante el diagnóstico de la infección por VIH, así como para detectar tempranamente los estados de depresión y ansiedad que tan negativos resultan.



### **Imagen N° 16. Apoyo Psicológico y Social.**



**Fuente:** Belucci (2015).

En la medida en que sean atendidos los problemas sociales de estos pacientes, mayor será su cooperación con los tratamientos, lo cual favorecerá el cumplimiento de los autocuidados y actuará como amortiguador de los acontecimientos sociales, ofreciendo así un soporte emocional que permitirá ofrecer una atención adecuada a los afectados.

### **C.9.- Tratamiento de rehabilitación física**

Resulta de vital importancia la rehabilitación física de los pacientes que han sufrido alguna complicación neurológica como la neuro toxoplasmosis y tengan alguna secuela, pues los ayudará a su incorporación a la sociedad y a sus labores laborales habituales; asimismo, permitirá recuperar al paciente con síndrome de desgaste, fortalecer el sistema muscular con ejercicios aerobios y algunos de fuerza, así como prevenir determinadas molestias.

# CAPÍTULO III

## RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN VIH







## DIAGNÓSTICO

Cuando un paciente descubre que está infectado con el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) siente un sentimiento aterrador. No obstante, esto no puede ser así, dado que la persona debe saber que el VIH se puede tratar con medicamentos. Una forma de combatir su miedo, es aprender todo lo que pueda sobre la enfermedad, es decir, conocer todo lo concerniente al VIH y el SIDA, sus riesgos, sus complicaciones, forma en que debe suministrarse su tratamiento, tipos de tratamientos existentes, y los cuidados a los que la persona infectada debe someterse, a fin de no enfrentar el riesgo a contraer cualquier enfermedad.

El recibir el diagnóstico hace que la mayoría de la veces, la reacción sea de mucha confusión y de incredulidad, también mucho temor, miedo, culpa, rabia, dolor, angustia por no saber que va a suceder. Pero si bien es cierto que estas emociones son desagradables, son emociones esperadas ante cualquier situación difícil, y forma parte de un proceso que culminara en la aceptación del diagnóstico.

De allí, el surgimiento de la interrogante: ¿Qué Hacer?

- No culparse de lo sucedido, contraer el VIH es algo que puede pasarle a cualquier persona. El sentimiento de culpa no es saludable, ni cambia las cosas.
- Recuperar y redefinir los proyectos de vida: El virus no debe cortar sueños, metas, esperanzas e ilusiones; por lo tanto hay que continuar estudiando, trabajando, realizando las actividades cotidianas y hacer que la vida tenga sentido.

En efecto, es importante y necesario que toda persona que haya contraído el HIV luche con su enfermedad, a través de información confiable, la cual sólo puede dársela su médico o consejero, o personal sanitario de recursos locales, estatales o nacionales para el SIDA, quienes a través de asesorías médicas le permitirán conocer que la buena noticia es que el



tratamiento temprano hacia esta enfermedad, está ayudando a muchas personas con VIH a vivir vidas más largas y saludables.

**Tabla N° 3.** Acciones a seguir por paciente al ser diagnosticado VIH

Debes empezar por aceptar tu diagnóstico.
Informarte sobre el desarrollo o evolución de tu enfermedad.
Puedes mejorar tu salud y prolongar tu vida. Cuida tu cuerpo como el mejor aliado, fortaleciendo tu organismo y tu espíritu.
Cuenta con tu familia y tus amigos. Ellos serán tu mejor apoyo para enfrentar la situación, utilizando tus propias fuerzas.
Si tienes oportunidad de compartir tu situación con otras personas que estén viviendo el mismo problema, puedes participar en grupos de autoayuda. Esto puede contribuir a una mejor aceptación de tu situación.
Recuerda «no vivir para el virus sino con el virus».
Ten presente que no hay ninguna razón para que te aisles de tu familia y amigos.
Ocupa tu tiempo en una actividad laboral, recreativa y deportiva.
Busca apoyo psicológico si lo necesitas.

**Fuente:** Karins (2016).

Pese a estas recomendaciones, es normal, que la persona con la enfermedad sienta tristeza, ansiedad y miedo cuando sabe por primera vez que tiene un resultado positivo de VIH. Sin embargo, si tiene problemas para dormir, comer o concentrarse, o si tiene pensamientos de suicidio, informe a su médico de inmediato. Si le han dicho que tiene VIH, el paciente debe concederse el permiso para tener miedo, pero no permitirse que este miedo le impida hacer todo lo que pueda para ayudarse a sí mismo. He aquí algunas cosas que puede hacer:

- Consulte a su médico tan pronto como sea posible después de haber



sido diagnosticado, incluso si se siente bien. Su médico hará que comience a tomar medicamentos contra el VIH de inmediato.

- Pregúntele a su médico con qué frecuencia debe hacerse controles. Cumpla siempre con sus citas.
- Use siempre un condón de látex durante el sexo.
- Ayude a su cuerpo a combatir las infecciones al no abusar del alcohol y dejar de fumar.
- Coma una dieta equilibrada. Haga ejercicio con regularidad. Duerma lo suficiente.
- Descubra qué causa el estrés en su hogar y en su vida laboral. Haga lo que pueda para reducir este estrés.
- No comparta agujas para medicamentos, esteroides, piercings ni tatuajes.
- Hágase chequeos dentales regulares. El sangrado de encías puede aumentar su riesgo de infectar a otra persona.
- Sea voluntario para trabajar para una organización contra el SIDA. Enfrentar sus miedos directamente puede ser una buena forma de lidiar con ellos.

### **Aspectos a tener en cuenta**

Si tuvo un resultado positivo para el VIH, debe informar a sus parejas sexuales anteriores y actuales. Estas personas deberían hacerse la prueba también. De igual forma, debe decirle a las parejas sexuales futuras que ha dado positivo en la prueba del VIH. Si actualmente tiene una relación de



pareja, pregúntele a su médico cómo explicar los resultados positivos de su prueba a su pareja. Dígales a su médico y a su dentista que tiene VIH.

Esto los ayudará a brindarle la atención que necesita. Su privacidad será respetada. Su médico y su dentista no pueden negarse a tratarlo solo porque usted tiene VIH, estos pacientes deben considerar la posibilidad de establecer una directiva anticipada y un poder legal médico. Las directivas anticipadas son pautas escritas que les informan a los médicos sus deseos para diferentes tipos de tratamiento si llega un momento en que el paciente no puede tomar esas decisiones. El poder legal médico es un documento legal que nombra a alguien en su vida para que tome decisiones por la persona, si ésta se encuentra gravemente enferma; dicho documento o poder podrá ser elaborado por un abogado.

## **TRASCENDENCIA BIOPSIICOSOCIAL DEL DIAGNÓSTICO DEL VIH**

La trascendencia biopsicosocial del diagnóstico del VIH exige del profesional de la salud en su correspondiente nivel de atención, manejar con solvencia los aspectos científico- técnicos así como ético sociales, los cuales deben ser considerados en la evaluación de toda persona antes, durante y después del tratamiento. La persona con VIH/sida se enfrenta con muchos problemas:

- Primero, el estigma social que confronta el individuo afectado.
- Segundo, el sufrimiento y el dolor.
- Tercero, el temor a la muerte.

Al atender a estas personas es principio fundamental reconocer la insuficiencia y la limitación propia de la ciencia para esta enfermedad, respetar las necesidades sociales, culturales, psicológicas etc. de los enfermos entendiéndolo como nuestro semejante, enfrentando un problema común,



respetar la condición humana, la propia autonomía y la vida y la muerte humana. Es esencial establecer una buena relación médico-paciente desde un comienzo a fin de optimizar la asistencia que se ofrece.

Los derechos humanos de los pacientes VIH , tienen su base en principios morales y legales, los cuales contemplan lo siguiente:

**Derecho a ser tratado como un ser humano:** Todo paciente debe ser atendido con el debido respeto y consideración, independiente de su edad, sexo, condición social, credo político o religioso, raza o nacionalidad.

**Derecho a tener acceso a toda la información acerca de su estado de salud:** El paciente debe tener acceso a una información completa, detallada y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, así como las posibles consecuencias negativas o efectos adversos que podrían ocurrir por el tratamiento escogido en cualquier momento que el paciente lo solicite, todo esto en un lenguaje simple y de fácil comprensión. Si el paciente fuese un niño, o una persona con problemas mentales o cuyo estado de salud está muy deteriorado como para que esté totalmente lúcido para tomar decisiones, entonces esta información debe ser suministrada a los familiares o personas responsables. El médico debe tener siempre presente que el paciente tiene todo el derecho a recibir información completa antes de dar su consentimiento para aceptar el tratamiento propuesto u otra recomendación. La comunicación de la verdad debe ir precedida por una evaluación clínica objetiva de los siguientes aspectos:

- Capacidad de comprensión del paciente y su nivel cultural
- Presencia de trastornos afectivos concomitantes como la depresión.

**Derecho a la privacidad:** Todo manejo de información acerca de la enfermedad, tratamiento, pronóstico, condiciones del paciente, así como cualquier consulta, examen o indicación, es confidencial, y en lo posible debe asegurarse la privacidad del paciente. Uno de los grandes riesgos es que la relación médico-paciente resulte afectada, usualmente con las



repercusiones negativas más notorias para el paciente: estigma social y marginación, suspensión del tratamiento ARV, etc.

Derecho a rehusar un tratamiento: Todo paciente debe tener, además de la información de los beneficios del tratamiento ARV, los peligros de no realizarlos, ya que es derecho del paciente decidir rehusar o abandonar un tratamiento una vez comenzado. Por eso es una gran responsabilidad tener la capacidad de brindar toda la explicación a cada pregunta del paciente: longitud de tratamiento, dosis, efectos adversos, entre otros.

## **CONTROL MÉDICO DEL PACIENTE VIH**

La aparición del VIH establece cambios importantes en la tradicional relación médico-paciente. La sociedad civil, conectada con redes de información en VIH/SIDA fue pionera en reclamar un tratamiento adecuado y digno para las personas afectadas y posteriormente para monitorear la atención en los servicios de salud. En muchos casos, estos grupos contaban con mayor información que los propios prestadores de salud, cuya capacitación era aun incipiente.

Para que exista una buena relación entre médico y paciente VIH se recomienda la persona portadora de esta enfermedad, seleccionar un especialista capacitado, competente y capaz de brindar una atención que le permita al enfermo tener confianza y lograr alcanzar una verdadera adherencia al tratamiento indicado; esto, considerando que, la mayoría de los afectados con VIH/SIDA atraviesan estados depresivos que los hace sentirse no merecedores, pues se encuentran marcados por un estigma social, que los denigra por presentar esta patología.

De manera general, el trato que reciben estas personas varía; todo va a depender de la antigüedad del médico tratante, de la capacitación, profesionalismo y trato brindado, tanto por el especialista en salud como por el personal de enfermería. De la capacitación que tengan los mismos sobre el



VIH; del respeto que éstos tengan sobre la condición étnica, de clase, género u orientación sexual de cada paciente, quien a través de diversas experiencias exige que el personal que les atienden tengan ética profesional y no violen el compromiso de confidencialidad que asumen al momento de conocer sobre su enfermedad, ya que esto, generaría que el paciente VIH / SIDA se aleje de los servicios de salud, a fin de evitar el estigma.

De este modo, es importante establecer la importancia que tiene el que exista una buena relación entre el médico tratante y el paciente VIH, ya que esto le permitirá al especialista determinar la forma en que la persona va asumiendo su tratamiento y enfrentando su enfermedad, permitiéndole a su vez, determinar si el mismo padece de depresión, la cual de manera general, es producida por el auto estigma que padecen estas personas, quienes de manera general sufren de discriminación, rechazo por parte de la sociedad que los rodea y negación ante su patología, lo que de manera considerable constituye uno de los factores importantes de desapego que los mismos sienten hacia los tratamientos, influyendo a su vez en la no adherencia hacia los antirretrovirales indicados para su control médico.

Estudios realizados han confirmado que entre los factores que inciden hacia la no adherencia del paciente VIH/ SIDA con sus tratamientos y el aumento de las crisis e infecciones contraídas por los mismos se encuentran:

- El temor del enfermo de dar a conocer su condición médica y de sentir el rechazo de la sociedad.
- La falta de apoyo.
- La mala comunicación con el médico.
- La discordancia entre médicos y pacientes.
- La dificultad subjetiva de los pacientes ante la idea de aceptarse y considerarse “enfermos”.
- La duda que algunos pacientes sienten hacia la existencia del Sida.
- La negación de algunos pacientes ante la legitimidad del diagnóstico



Por todo lo aquí descrito, se considera necesario resaltar que el personal de la salud debe entre sus múltiples deberes brindar un apoyo no sólo científico, sino moral al paciente con VIH, ya que esto le permitiría al paciente sobrellevar su enfermedad de manera digna y tener una verdadera adherencia al tratamiento; de allí, que es de suma importancia que a la persona con VIH/ SIDA se le cumplan y respeten sus derechos; destacándose entre ellos:

- La discriminación contra los pacientes de VIH/SIDA de parte de los médicos es inaceptable y debe ser eliminada completamente de la práctica de la medicina.
- Todas las personas con VIH/SIDA tienen derecho a un apoyo, tratamiento y atención médica adecuada, con compasión y respeto por su dignidad humana.
- Es contrario a la ética para el médico rechazar el tratamiento de un paciente cuya condición esté dentro del marco de su competencia, por el solo hecho de que el paciente es portador del VIH
- Las asociaciones médicas nacionales deben colaborar con los gobiernos respectivos, grupos de pacientes y organizaciones nacionales e internacionales pertinentes para asegurarse de que las políticas nacionales de salud prohíban de manera clara y explícita la discriminación contra las personas con VIH/SIDA, incluidos los grupos vulnerables, como hombres que tengan relaciones con hombres y personas transgénero.
- Las mujeres y hombres que tienen relaciones sexuales con personas del mismo sexo tienen un mayor riesgo de discriminación. Las asociaciones médicas nacionales deben trabajar con los gobiernos, organizaciones no gubernamentales y organizaciones comunitarias a fin de eliminar la discriminación para estos grupos desfavorecidos.
- Los pacientes con VIH/SIDA deben recibir atención médica com-

petente y apropiada en todas las etapas de la enfermedad.

- Si un médico no puede proporcionar la atención y los servicios que necesitan los pacientes con VIH/SIDA, debe derivarlos oportunamente a los médicos o establecimientos que tengan los equipos para prestar dichos servicios. Hasta que se realice el traspaso, el médico debe atender al paciente.
- Todos los médicos deben poder sospechar oportunamente e identificar las infecciones comunes y oportunistas, como la tuberculosis, infecciones fúngicas en los pacientes con VIH/SIDA y también VIH/SIDA sospechoso en presencia de estas infecciones, en especial en las personas a alto riesgo como los consumidores de drogas.
- Deben oportunamente poder aconsejar al paciente sobre la relación entre estas infecciones con la infección del VIH.
- Los médicos y otros organismos profesionales apropiados deben asegurarse que los pacientes tengan una información precisa sobre los medios de transmisión del VIH/SIDA y las estrategias para protegerse de la infección.
- Se deben tomar medidas innovadoras para asegurar que todos los miembros de la población y los grupos a riesgo en particular sean informados para este efecto.
- La información pública y las estrategias deben reconocer que todos están en riesgo y tratar de explicar métodos para disminuirlo.
- Los médicos deben poder aconsejar eficazmente a todos los pacientes seropositivos sobre la actitud responsable que deben adoptar para evitar la propagación de la infección sus parejas y la prevención de las infecciones oportunistas.
- Los médicos deben reconocer que mucha gente todavía piensa que

el VIH/SIDA es una condena a muerte automática, por lo que no desea hacerse un examen.

- Los médicos deben asegurarse que los pacientes tengan información precisa sobre las opciones de tratamiento disponibles.
- Los pacientes deben entender el potencial y la necesidad de comenzar temprano el tratamiento antirretroviral (TARV) para mejorar no sólo su condición médica, sino que también la calidad de sus vidas. La nueva estrategia es examinarse y tratarse.
- Un TARV eficaz puede extender mucho el período en el que los pacientes pueden llevar una vida productiva sana, funcionando socialmente y en su lugar de trabajo y manteniendo su independencia.

Por todo lo anteriormente expuesto se debe resaltar que, la relación de las personas viviendo con VIH/SIDA con el personal médico debe ante todo, superar las barreras existentes, ya que de esa forma lograrán alcanzar una buena comunicación, asegurando de esa forma, resultados óptimos en tratamientos que permitan mejorar la calidad de vida de pacientes VIH/SIDA.

En definitiva, los médicos necesitan más capacitación, no sólo en manejo clínico sino también en consejería preventiva y derechos humanos de las personas viviendo con VIH/SIDA. Por su parte, los pacientes necesitan mejor información sobre atención y tratamientos. Asimismo, la disminución de la discriminación en los servicios de salud mejorará la comunicación y con ello probablemente la adherencia a los tratamientos.

En virtud de esto, es necesario que las asociaciones médicas nacionales de cada país deben ayudar en la formación y educación de médicos en las estrategias de prevención y los tratamientos más actuales disponibles para todas las etapas del VIH/SIDA e infecciones relacionadas, incluidas la prevención y la ayuda.



Por consiguiente, es necesario establecer un seguimiento sanitario de las personas con VIH; ya que esto le permitirá a las autoridades en salud y el paciente definir las pautas con respecto al tratamiento a seguir, involucrando con ello, la opción del esquema terapéutico más conveniente debe ser tomada en conjunto entre la persona que vive con VIH y el personal de salud, de acuerdo a la mejor evidencia existente y según el resultado de la evaluación inicial del CD4 y la CV, además de comprobar la presencia o no de signos y síntomas de enfermedades indicadoras de SIDA.

## **TRATAMIENTO**

Desde el descubrimiento del sida en 1981 y de su causa, el retrovirus VIH, en 1983, se han desarrollado docenas de nuevos medicamentos antirretrovíricos contra el VIH. Las diferentes clases de medicamentos antirretrovíricos actúan contra el VIH de diferentes maneras y, cuando se combinan, mejora su eficacia y se reducen las probabilidades de que se desarrolle resistencia a los medicamentos en comparación a cuando se administran por separado.

Hoy en día, el tratamiento con una combinación de al menos tres medicamentos antirretrovíricos diferentes, es el tratamiento estándar para todas aquellas personas a las que se les diagnostica el VIH. El tratamiento antirretrovírico de combinación evita la multiplicación del VIH y puede hacer desaparecer el virus de la sangre. Esto permite que el sistema inmunológico de la persona se recupere, supere las infecciones y evite el desarrollo del sida o de otros efectos a largo plazo causados por la infección por el VIH.

Los activistas de la sociedad civil, trabajando en estrecha colaboración con los investigadores y las autoridades reguladoras de cada país, promovieron una inversión sin precedentes en la investigación sobre el sida y aceleraron el acceso a nuevos medicamentos. Gracias a esto, los nuevos medicamentos y sus combinaciones pudieron llegar a los pacientes más



rápido que nunca. La presión que ejerció el movimiento mundial contra el SIDA también sirvió para asegurar que los precios de los nuevos medicamentos descendieran rápidamente para que pudieran ser asequibles en prácticamente cualquier país del mundo.

Actualmente hay 19,5 millones de personas en tratamiento contra el VIH en todo el mundo. Una persona que vive con el VIH que inicie el tratamiento antirretrovírico hoy en día tiene la misma esperanza de vida que otra persona seronegativa de su misma edad. Los resultados de este tratamiento son mejores cuando se inicia poco después de la infección por el VIH, en lugar de retrasarlo hasta que se manifiestan los síntomas. El tratamiento antirretrovírico evita las enfermedades relacionadas con el VIH y la discapacidad, y salva vidas.

Las muertes asociadas al SIDA en todo el mundo han descendido un 43% desde 2003. El tratamiento antirretrovírico también es beneficioso en relación a la prevención. El riesgo de transmisión a una pareja sexual seronegativa se reduce en un 96% si la pareja que vive con el VIH está bajo tratamiento antirretrovírico. El tratamiento estándar de primera línea que recomienda actualmente la Organización Mundial de la Salud a adultos y adolescentes consiste en dos inhibidores nucleosídicos de la retrotranscriptasa (INRI) más un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa o un inhibidor de la integrasa.

En suma de esto, ONUSIDA afirma que, el tratamiento del VIH funciona mejor cuando se siguen las prescripciones. El olvido de dosis y la interrupción y reanudación del tratamiento puede provocar resistencia a los medicamentos, lo que a su vez podría permitir que el VIH se multiplique y dé lugar a la enfermedad. Es necesario proporcionar a las personas que viven con el VIH y siguen el tratamiento el apoyo que necesitan para superar el desafío de seguir un tratamiento regular, y debe haber sistemas sólidos para poder controlar si se desarrolla resistencia a los medicamentos.



## INFORMACIÓN ACTUALIZADA SOBRE TRATAMIENTO PARA VIH

En la Declaración política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2016 se adoptaron los objetivos 90–90–90. Estos objetivos aspiran a que para 2020 el 90% de las personas que viven con el VIH conozca su estado serológico, que el 90% de las personas que conocen su estado seropositivo reciba tratamiento antirretrovírico y que el 90% de las personas en tratamiento presente supresión de la carga vírica. Por todo esto, alcanzar los objetivos 90–90–90 es esencial para que el mundo avance de acuerdo a la iniciativa de Acción acelerada para acabar con la epidemia de sida como amenaza para la salud pública para 2030.

Según informaciones, ONUSIDA trabaja junto con la sociedad civil, los gobiernos y los colaboradores del sector privado para garantizar que todas las personas en riesgo de infección por el VIH puedan acceder a los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH. La ampliación rápida del tratamiento y la prevención del VIH conllevaría beneficios económicos significativos en los países de rentas bajas y medias. Conseguir los Objetivos de Acción acelerada reduciría el coste de tratamientos directos en el futuro en un 43% gracias a las nuevas infecciones que se habrían evitado.

Asimismo, ONUSIDA también defiende la importancia de respetar el derecho de una persona a conocer su estado serológico y a decidir cómo y cuándo comenzar el tratamiento antirretrovírico. Las decisiones en cuanto al tratamiento del VIH deben ser fundadas y voluntarias. Para que puedan suministrarse tratamientos antirretrovíricos de mayor alcance y más equitativos es preciso redoblar los esfuerzos para superar las barreras sociales y legales que impiden que las personas que viven con el VIH accedan a los servicios sanitarios, especialmente en las poblaciones marginadas.

Existen diferentes tipos de medicamentos disponibles para ayudar a luchar contra la Infección por VIH. Cada droga trabaja en una parte diferente del ciclo de replicación del virus. La terapia combinada ha demostrado



un impacto significativo en reducir la progresión de la enfermedad y ha incrementado la supervivencia de las poblaciones de personas infectadas con VIH. Las razones por las cuales estas drogas no erradican totalmente el virus son de distintos tipos. Para multiplicarse el virus utiliza el sistema reproductivo de las células en que se introduce.

**Tabla N° 4 . Orientaciones a seguir para el inicio del Tratamiento del VIH**

GRUPO DE POBLACIÓN (sin TAR previo)	DIRECTRICES TAR 2010
VIH+ ASINTOMÁTICO	CD4 $\leq$ 350 cells/mm <sup>3</sup>
VIH+ SINTOMÁTICO	Estadio clínico 3 o 4 independientemente del recuento de CD4
MUJERES VIH+ EMBARAZADAS Y QUE AMAMANTAN	Independientemente de CD4 o del estadio clínico
COINFECCIÓN VIH/TB	TB activa, independientemente de CD4
COINFECCIÓN VIH/VHB	Evidencia de hepatopatía crónica grave, independientemente de CD4

**Fuente:** Karins (2016).

Cabe ahora agregar que no todas las células tienen la misma velocidad de reproducción (algunas tardan horas; otras, semanas, y otras, como las neuronas, no se reproducen), estableciéndose entonces la siguiente cadena:

- Las drogas sólo pueden actuar cuando el virus se está multiplicando.
- El virus sólo puede multiplicarse cuando la célula se está reproduciendo y por lo tanto les será imposible entrar en aquellas que estén en período de latencia.
- Existen órganos - como por ejemplo los que componen el sistema nervioso central o los testículos - conocidos como «santuarios» que poseen barreras naturales que hacen prácticamente imposible el ingreso de las drogas.

- El hecho de que en los esquemas de tratamiento se mantenga a la Zidovudina (AZT) obedece a que es el único fármaco que actúa eficazmente en el sistema nervioso central donde no llegan las drogas más modernas.

### ¿Cuáles son los objetivos del Tratamiento con Antirretroviral (TARV)?

El objetivo fundamental del TARV es evitar la aparición de síntomas y progresión a SIDA en las poblaciones con VIH asintomáticas; y evitar el desarrollo de nuevos episodios de infecciones oportunistas, o en el peor de los casos, la muerte de los usuarios con SIDA.

La apreciación del éxito terapéutico se basa en criterios clínicos y de laboratorio. Desde la Atención Primaria, se puede sospechar el fracaso del tratamiento si después de 24 semanas de instituido persisten las manifestaciones de enfermedades indicadoras.

**Tabla N° 5.** Beneficios que brinda el uso de antirretrovirales (ARV) al paciente.

1.- Mejorar la calidad de vida del paciente VIH , lo que incluye la plena integración laboral y social
2.- Suprimir la replicación viral y evitar el desarrollo del SIDA
3.- Retardar la progresión de la enfermedad y preservar la función inmune.
4.- Disminuir la carga y la transmisión viral
5.- Mejorar las defensas del organismo: Sistema Inmune
6.- Disminuir las infecciones oportunistas.

**Fuente:** Karins (2016).

Entre los beneficios que brinda la aplicación de un tratamiento precoz en pacientes con VIH, se encuentra:

- Disminuye la severidad de los síntomas de la infección aguda
- Reduce el riesgo de la transmisión viral.

- Limita la mutación viral y la resistencia a las drogas antiretrovirales
- Permite la maduración de la respuesta inmune.

## **CONTROL Y CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES VIH**

Las personas con el VIH deben empezar el TAR lo más pronto posible, en especial, cuando se trata de pacientes seropositivos, o de casos que involucren a las mujeres embarazadas y aquellas que comprendan alguna coinfección relacionada con la infección por el VIH. (La infección temprana por el VIH es el período que comprende hasta 6 meses después de contraerla.

El tratamiento con los medicamentos contra el VIH (conocido como tratamiento antirretroviral o TAR) se recomienda para todas las personas con el VIH. El TAR ayuda a las personas con el VIH a vivir una vida más larga y sana y reduce el riesgo de transmisión del VIH, tal y como se describe a continuación:

- Enfermedades y coinfecciones relacionadas con el VIH: Algunas enfermedades que se manifiestan en las personas con el VIH aumentan la urgencia de comenzar a tomar el TAR. Entre ellas cabe citar la enfermedad renal y ciertas infecciones oportunistas (IO) relacionadas con el VIH. Las IO se manifiestan con más frecuencia y son más graves en personas con debilidad del sistema inmunitario, como las que han contraído la infección por el VIH. Dicho de esta forma, ocurre coinfección cuando una persona tiene dos o más infecciones al mismo tiempo. La coinfección por el VIH y ciertas otras infecciones, como la infección por el virus de la hepatitis B o la hepatitis C, aumentan la urgencia de comenzar a tomar el TAR.
- Infección temprana por el VIH: La infección temprana por el VIH es el período que comprende hasta 6 meses después de contraerla. Durante ese período, la concentración del VIH en el cuerpo (llamada carga viral) a menudo es muy alta. Una carga viral alta causa daño al sistema

inmunitario y aumenta el riesgo de transmisión del VIH. El TAR es un componente importante para mantenerse sano con el VIH. Varios estudios sugieren que estos beneficios se manifiestan aun cuando se inicia el TAR en la etapa temprana de la infección por ese virus. Además, al comenzar en esa etapa se reduce el riesgo de transmisión del virus.

No obstante, antes de comenzar el TAR, las personas seropositivas deben hablar de la importancia del cumplimiento terapéutico, que consiste en tomar los medicamentos contra el VIH a diario y de la manera exacta en que se recetaron, con su proveedor de atención de salud

De esta manera, antes de comenzar a tomar el TAR, es importante abordar algunos asuntos que pueden dificultar el cumplimiento. Por ejemplo, un horario ocupado o la falta de seguro médico para cubrir el costo de los medicamentos pueden impedir tomarlo continuamente. Los proveedores de atención de salud pueden recomendar recursos para ayudar a las personas a lidiar con los asuntos que pueden impedirles cumplir con el tratamiento.

**Tabla N° 6.** Metas que persigue el tratamiento del VIH.

REDUCIR	MEJORAR	EVITAR
Mortalidad	Aumento de CD4	Fracaso, rebrote
Progresión a SIDA	Supresión viral	Efectos adversos graves y anormalidades de laboratorio La apreciación del éxito terapéutico se basa en criterios clínicos y de laboratorio
Progresión a SIDA o muerte		
Cáncer no definitorio de SIDA		

**Fuente:** Karins (2016).

Desde la Atención Primaria, se puede sospechar el fracaso del tratamiento si después de 24 semanas de instituido persisten las manifestaciones de enfermedades indicadoras.



## Profilaxis para Infecciones Oportunistas

En los servicios de salud o unidades de atención que cuenten con equipos de medición de CD4 o tengan acceso a resultados, se debe realizar la profilaxis de las siguientes infecciones en las poblaciones VIH.

**Tabla N° 7.** Profilaxis de las Infecciones Oportunistas en pacientes VIH

Enfermedad	Indicación	Método
Pneumocistosis	CD4 < 200, candidiasis oral, fiebre inexplicada > 2 semanas	TMP-SMZ 800/160mg día
Toxoplasmosis	IgG + y CD4 < 100	TMP-SMZ 800/160mg día
Tuberculosis	Excluida TB activa y PPD > 5mm Exposición Rx – lesión cicatricial	Isoniazida 300mg + Piridoxina 50 mg/día por 9 meses
<i>Mycobacterium avium</i>	CD4 < 50	Azitromicina 1200mg /semana o Claritromicina 500mg 2 x día
Varicela	Exposición y serología negativa	Aciclovir 800 mg. 5 veces al día por 7 días
<i>S. pneumoniae</i>	CD4 < 200	Vacuna anti pneumococica cada 5 años
Hepatitis B	Serología negativa	Vacunación 3 dosis
Influenza	Siempre	Vacunación anual
Criptococosis	CD4 < 50	Fluconazol 200mg /día
Histoplasmosis	área endémica + CD4 < 100	Itraconazol 200mg /día
Coccidioidomicosis	área endémica + CD4 < 200	Fluconazol 400mg/día o Itraconazol 200mg/día

**Fuente:** Karins (2016).

En base a lo señalado, es muy importante que el equipo de salud se mantenga al pendiente del usuario y recuerde acerca del uso correcto de la medicación, aclare dudas, ofrezca estrategias que faciliten el control de la auto administración, como agendas, alarmas, así como estimular la participación en grupos de adhesión, promover actividades educativas e identificar situaciones de abandono del tratamiento.



## **AUTOCAUIDADO**

### **¿Qué es autocuidado?**

Son las acciones que me permiten atender de una forma adecuada mis necesidades de higiene y salud. Estas acciones puedo realizarlas por mí mismo y con los recursos que tengo a mi alcance, partiendo de las recomendaciones que me da el personal de salud. Actualmente el término autocuidado implica la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida. Es un acto individual que las personas nos damos a nosotras mismas y que propicia nuestro desarrollo integral, emocional, físico, estético e intelectual.

Las medidas del autocuidado son establecidas para adquirir y mantener una buena calidad de vida, que deben ser aplicadas adecuadamente tanto por las personas infectadas con el VIH, como el entorno familiar y social. Estas medidas comprenden diversas acciones como: cuidados higiénicos en la preparación y consumos de alimentos y bebidas, dieta de alto contenido proteico- calórico, la realización de ejercicios físicos y de relajación, vigilar la aparición de infecciones y cumplir con las indicaciones de los proveedores de la salud.

Se entiende por hábitos de vida saludable el abandono del consumo de tabaco, drogas, alcohol, evitar deportes peligrosos o cualquier conducta de riesgo que pueda perjudicar la salud de los pacientes o interferir en su tratamiento. Con las aplicaciones adecuadas de todas las recomendaciones, que se darán en esta guía se podrán identificar oportunamente las necesidades de la vida diaria y una actitud responsable de los enfermos y de sus familias en el manejo del autocuidado y la adquisición de hábitos de vida saludable en el hogar, que redundará en el beneficio individual, familiar y en la comunidad en la cual se desenvuelve.

En resumen, el autocuidado se basa en un conjunto de acciones personales dirigidas a incorporar hábitos en la vida de la persona, es decir, conductas que permitan a la misma sentirse bien conmigo misma, y permitan



mejorar y mantener un estado de salud adecuado. Son conductas simples y rutinarias que al mejorar la calidad de vida complementan también los tratamientos médicos. De ahí, que a continuación se señalen algunas de las medidas de autocuidado que pueden realizarse:

### **Alimentación:**

Con una buena alimentación, las defensas mejorarán y el paciente podrá responder mejor a los tratamientos médicos. Además logrará alcanzar los siguientes beneficios:

- Conservar la energía y el peso.
- Comer a horas adecuadas para cubrir las necesidades de mi cuerpo.
- Consultar al personal médico o a un o una nutricionista para saber cómo combinar los alimentos y obtener una comida balanceada en proteínas carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales.
- Para evitar una infección causada por la falta de limpieza de los vegetales o las frutas debo ser muy cuidadoso al preparar los alimentos. De preferencia deben estar desinfectados y cocinados.
- El paciente debe evitar comer en la calle o en lugares donde no conozco cómo fueron preparados los alimentos, ya que puede exponerse a adquirir infecciones oportunistas.

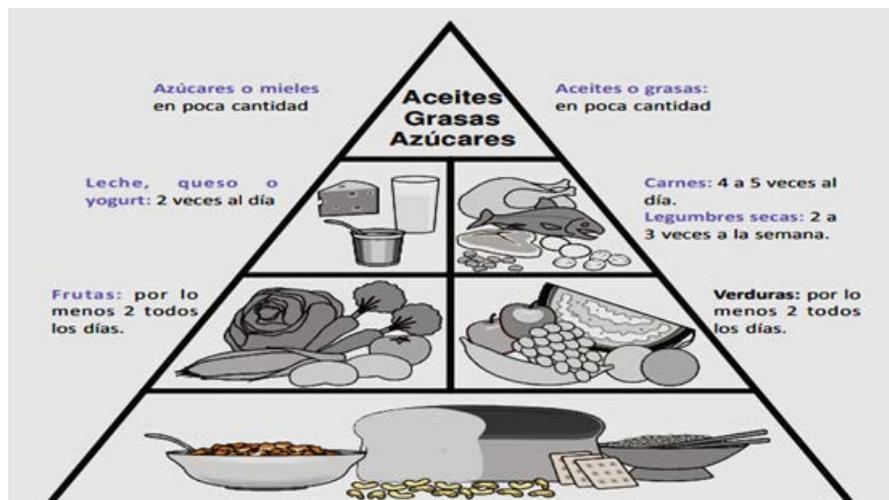
El secreto de una buena alimentación no es comer mucho, si no realizar una dieta balanceada que contenga todos los nutrientes, por lo que es recomendable combinar los alimentos de estos 6 grupos:

**Tabla N° 8. GRUPOS DE ALIMENTOS**

<b>1.Grupo de productos lácteos</b>	Leche, yogur, queso, cuajada.
<b>2.Grupo de carnes, pescados y huevos</b>	Pescado, carne vacuna, pollo, embutidos, fiambres, mariscos, vísceras, huevo.
<b>3.Grupo de legumbres, Tubérculos y frutos secos</b>	Porotos, lenteja, soja, papas, almendras, nueces.
<b>4 Grupo de aceites o grasas</b>	Oleos o aceites.
<b>5.Grupo de verduras</b>	Zanahoria, berros, espinacas, acelgas, y pepino, remolacha.
<b>6.Grupo de frutas</b>	Manzana, banana, melón, naranja, limones, mandarina, mango, durazno.

**Fuente:** Karins (2016).

**Figura N° 1.** Para una alimentación sana todos los días consuma un poco de:



**Fuente:** Karins (2016).

### **Higiene Personal:**

La higiene personal representa el conjunto de hábitos que la persona



tenga para su cuidado personal; entre ellos se recomienda mantener hábitos higiénicos que permitan protegerse de posibles infecciones.

- Baño diario con jabón neutro, e hidratar la piel usando cremas humectantes.
- Lavarse las manos prolijamente después de ir al baño y antes de manipular alimentos.
- Si el paciente HIV no puede caminar el aseo puede hacerse en la cama con esponja, el cuidador debe usar guantes de látex, el aseo debe realizarse las veces que se requiera. Cambio de ropa todos los días, cambiar también frecuentemente las ropas de cama.
- Peinarse diariamente y recordar que los peines o cepillos son de uso personal, lavarse la cabeza por lo menos 2 veces a la semana, afeitarse en el caso de los hombres y cortarse las uñas de las manos y los pies.
- Las toallas higiénicas se deben tirar a la basura dentro de una bolsa de plástico y si es posible añadir un poco de cloro, aunque estas no representan riesgo por que el virus se deteriora cuando cambian las condiciones en que vive dentro del ser humano.
- En casos de manchas de sangre en las ropas, lavar con cloro y abundante agua, y volver a usar. Cuando hay sangre en otras superficies realizar el mismo procedimiento.

Las medidas básicas de higiene ayudarán al paciente VIH a evitar infecciones. El arreglo personal proporciona bienestar y le ayuda a conservar la salud. Por esta razón es recomendable:

- Bañarse todos los días.
- Mantener limpio y peinado el cabello.

- Cortarse y limpiarse las uñas.
- Lavarse los dientes varias veces al día, sobre todo después de comer, por la noche antes de acostarse o cada vez que consuma alimentos.

También, se deben utilizar hilos dentales para eliminar los residuos atrapados entre los dientes y cepillarse la lengua al menos 1 vez al día. Debe revisar su boca todos los días, cuando encuentre alguna lesión o algo nuevo o diferente, a fin de decirlo durante la consulta médica.

- Rasurarse todos los días (no compartir los artículos de limpieza como: cepillo de dientes, máquinas y hojas de afeitar. Son exclusivamente de uso personal).
- Cambiarse ropa frecuentemente y lavarla para que se mantenga limpia.
- Lavarse las manos después de ir al baño, antes y después de las comidas y cuando tenga contacto con algún objeto sucio. Muchas de las infecciones gastrointestinales que causan diarrea son llevadas a la boca por medio de las manos sucias o con mala higiene.
- Si el paciente tiene una herida o cortada, debe curarla el mismo con abundante agua y jabón. Si una persona le ayuda a curar alguna herida, la persona debe usar guantes para evitar cualquier riesgo de adquirir la infección.

### Imagen N° 17. Higiene Personal



**Fuente:** Karins (2016).

#### **Ejercicio físico:**

El ejercicio es importante para todos y todas, pero más para las personas con VIH. Los ejercicios moderados relajan el sistema inmune (sistema de defensas) y le ayudan al paciente a mantener un peso adecuado y una imagen saludable. Algunos ejercicios que puedo realizar son: nadar, correr, aeróbicos, caminar, etc. Todos y todas deben ejercitarse, de acuerdo a su estado de salud. Si se ejercita al menos 30 minutos, 3 veces a la semana, tendrá una mejor calidad de vida.

Algunas recomendaciones sobre el ejercicio dirigidas al paciente con VIH son:

- Elegir un ejercicio que disfrute.
- Ponerse metas que pueda cumplir de acuerdo al estado de salud que el paciente tenga.

- Tratar de hacer ejercicio acompañado de otras personas por ejemplo: incluirse en un grupo de personas que corren o caminan, o bien ir a un gimnasio o formar parte de un equipo.
- No hacer ejercicio si se siente muy débil o muy enfermo. Debe esperar a mejorar para iniciar de nuevo.

**Imagen N° 18.** Ejercicio Físico



**Fuente:** Karins (2016).

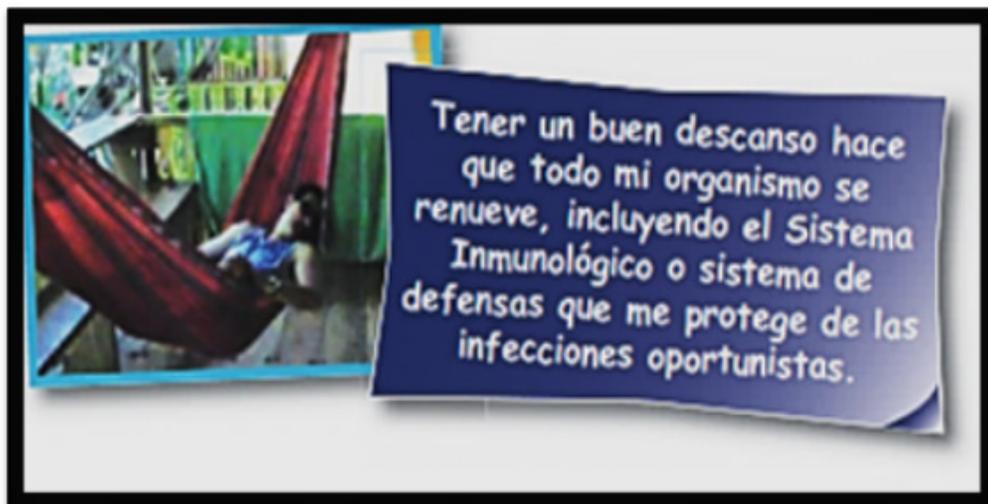
### **Sueño y Descanso:**

El sueño y el descanso son la forma de recargar la energía del cuerpo, para mantener una buena resistencia física. Durante el día el descanso puede verse afectado por depresión o estrés. Para combatir estos estados de ánimo negativos, debe buscarse apoyo con la familia, con amigos, en grupos de personas con VIH o en grupos de apoyo espiritual. Para mejorar el descanso, el paciente HIV puede:

- Utilizar ropa cómoda.

- Disminuir los ruidos de la habitación y la luz.
- Dormir ocho horas diarias y 30 minutos después de almuerzo cuando sea posible.
- No ingerir comidas antes de la hora de dormir.
- Conservar en lo posible mi rutina de los horarios para acostarse y levantarse.
- Si le es difícil conciliar el sueño, puede utilizar técnicas de relajación o bien consultar al personal médico para solucionar el problema.

**Imagen N° 19.** Hábitos de Sueño y Descanso



**Fuente:** Karins (2016).

### **Trabajo:**

Vivir con VIH no es un impedimento para trabajar. Si la condición de salud del paciente lo permite, debe realizar sus actividades laborales en forma normal, porque éstas contribuyen al bienestar y al desarrollo de

sus intereses, a fin de fomentar su autoestima, y facilitarle el contacto con otras personas y a mantener la independencia personal.

### **Imagen N° 20. Situación Laboral del paciente VIH**

Parte de mi autocuidado es poder relacionarme bien con el resto de personas en mi trabajo. Yo no soy inferior ni superior que los demás. Soy igual que todos y todas. Trataré a los demás con amabilidad, pero no permitiré que me estigmaticen y discriminen, por ningún motivo. Siempre lucharé porque mis derechos sean respetados.



**Fuente:** Karins (2016).

### **Vivienda:**

El paciente VIH debe mantener o habitar en una vivienda limpia, aireada y libre de toda clase de insectos y roedores. Para ello, debe sesinfestarse periódicamente el baño y la cocina. Son importantes las medidas higiénicas de la casa, para que la salud del enfermo no se vea perjudicada. Debe barrerse y trapearse de agua en el techo y mantener ordenados los muebles, utensilios y todas las pertenencias; esto, le ayudará a mantener una actitud positiva en el logro de su bienestar.

### **Vida Sexual:**

Algunas veces, la persona con VIH, puede experimentar sentimientos

negativos en cuanto a las relaciones sexuales. Esto puede ser temporal, lo más importante es discutirlo con su pareja, con el personal de la clínica de atención integral y con su guía espiritual, a fin de encontrar una solución. La actividad sexual no es solamente una satisfacción física, es la máxima expresión de amor, entre dos personas. Es un derecho y una responsabilidad, por ello debo tomar decisiones adecuadas para conservar su salud y la de su pareja.

**Imagen N° 21.** Cuidados en las Relaciones Sexuales.



Si, mi pareja es una persona con VIH también, debo tomar las medidas para evitar intercambiarnos el VIH uno al otro. A esto se le llama reinfección. Y puede causar deterioro de la salud.

**Fuente:** Karins (2016).

Lo antes reseñado revela la importancia que tiene, el que los médicos tratantes brinden a los pacientes VIH las informaciones y asesorías necesarias acerca de la importancia que tiene el cumplimiento efectivo de su tratamiento y la implementación de normas de autocuidado, las cuales les permitan alcanzar niveles de vida óptimos y minimizar los riesgos a sufrir de complicaciones propias del SIDA.

## **CAPÍTULO IV**

# **RELACIÓN PERSONAL DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE VIH**







## **PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE PREVENCIÓN TIPO I y TIPO II**

### **PREVENCIÓN TIPO I**

Desde el comienzo de la epidemia de la infección por el VIH, la Región de las Américas ha encabezado la respuesta mundial a la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS) con una acción basada en un enfoque de salud pública y derechos humanos. Aunque se ha avanzado mucho, persisten grandes brechas y retos, y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y sus Estados Miembros deben ahora fortalecer su capacidad para emprender estrategias innovadoras y eficaces a fin de abordar estas epidemias y allanar el camino que conducirá a su eliminación como problemas de salud pública.

En razón de esto, se desarrollan los planes de atención sanitaria o atención primaria de salud, los cuales buscan sensibilizar a profesionales sanitarios sobre la importancia de la declaración de casos de ITS, al ser infecciones de declaración obligatoria e incrementar los conocimientos frente a la infección por el VIH y otras ITS; todo esto, a través de un trabajo conjunto desarrollado de forma coordinada con los organismos competentes en educación para incidir en la promoción, la educación para la salud y el respeto a la diversidad sexual y sociocultural sobre el VIH y otras ITS en los centros educativos.

Del mismo modo, a través de estos planes y acciones nacionales y regionales que involucran intervenciones comunitarias en los países del mundo se busca identificar criterios de calidad y buenas prácticas en los programas de educación afectivo-sexual, diseñando e impartiendo cursos de actualización dirigidos a profesionales sanitarios de Atención Primaria sobre la historia clínica sexual.

Creando grupos de trabajo que permitan recoger información de los contenidos sobre salud sexual que existan en las diferentes historias clínicas en Atención Primaria, estableciendo líneas de colaboración entre el



Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación con el objetivo de introducir la educación afectivo-sexual y la salud sexual como materia curricular transversal.

Corresponde entonces señalar que los planes de prevención primaria del VIH /SIDA pretenden formar a los profesionales que atienden a los pacientes con infección por el VIH en el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de las comorbilidades asociadas a la infección por el VIH. Elaborando y actualizando los diferentes documentos de consenso en colaboración con las Sociedades Científicas e impulsando estudios para evaluar el impacto del envejecimiento en la salud de las personas con el VIH.

A través de estas acciones, la atención sanitaria busca orientar a las poblaciones mediante intervenciones de profesionales de la salud que logren mejorar el acceso al tratamiento precoz a las personas con infección por el VIH y otras ITSm incluyendo con ello, la atención al paciente con el VIH con la integración sistemática de programas de apoyo entre pares.

Del mismo modo, se pretende garantizar el correcto seguimiento del paciente y la continuidad asistencial entre niveles asistenciales y reforzar la coordinación para la correcta derivación, tratamiento y seguimiento del paciente entre las Unidades Hospitalarias de VIH con Atención Primaria, los centros de ITS e Instituciones Penitenciarias, promoviendo a su vez, la igualdad de trato y la no discriminación de las personas con el VIH e ITS.

En términos generales, los planes y acciones de atención primaria corresponden a acciones preventivas y educativas, las cuales incluyen la atención socio sanitaria de las personas con el VIH e ITS, analizando e implantando nuevas herramientas metodológicas que permitan monitorizar la discriminación asociadas al VIH y a las ITS, colaborando a su vez, con las instituciones sanitarias y sociales para eliminar las barreras en el acceso a los servicios a las personas con el VIH.

## PREVENCIÓN TIPO II

En apoyo de las acciones sanitarias de primer orden, el Plan Estratégico de Prevención y Control de VIH e ITS 2013-2016, se basó en el mejor conocimiento científico, en las buenas prácticas y en la innovación de los procedimientos en sintonía con las necesidades de los grupos de mayor riesgo de exposición para lo cual, estableció las líneas estratégicas fundamentales para la respuesta a la epidemia del VIH y otras ITS.

**Imagen N° 22.** Métodos de Prevención. Uso del Condón.



**Fuente:** Karins (2016).

Este Plan Estratégico incorporó importantes novedades en cuanto a contenido y estructura, tales como la inclusión de otras infecciones de transmisión sexual, el enfoque por objetivos y por ejes de intervención, el refuerzo de la prevención en los grupos de población especialmente sensibles, el apoyo a la información voluntaria a la pareja sexual y el diagnóstico y tratamiento precoz como elementos claves en la prevención.

Igualmente surgió con una visión de trabajar conjuntamente con todos los agentes implicados en la respuesta a la epidemia adaptándose a los cambios en las necesidades socio - sanitarias de todas las personas con el VIH y otras ITS, garantizando la prevención, la calidad en la atención sa-

nitaria, la continuidad en los cuidados, la equidad y la participación social.

### **Imagen N° 23.** Epidemia del SIDA



**Fuente:** Karins (2016).

Este Plan estratégico regional de la Organización Panamericana de la Salud para el control de la infección por el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual (2006 - 2015), aprobado por los Estados Miembros de la OPS en septiembre del 2005 (resolución CD46.R15), se basaba en los compromisos asumidos por los Estados Miembros con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) pertinentes a este tema.

Los logros principales de la ejecución de ese plan estratégico son una disminución de 24% del número anual estimado de casos nuevos de infección por el VIH entre el 2000 y el 2014 y un aumento de la cobertura con tratamiento antirretroviral de las personas con VIH en América Latina y el Caribe entre el 2000 (8%) y el 2014 (46%). En efecto, la ejecución del plan de acción actual para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual afianzará los logros de los planes

y las estrategias anteriores, allanando el camino hacia la consecución de la meta de poner fin a las epidemias de SIDA e ITS como problemas de salud pública en la Región de las Américas para el 2030.

### Imagen N° 24. SIDA



**Fuente:** Bigott (2017).

Esta meta coincide con las estrategias mundiales del sector de la salud para la infección por el VIH y las ITS, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el período 2016-2021. Este plan está en consonancia con la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. También refleja los principios y las líneas de acción de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud e incorpora sinergias y nexos con otros planes de acción y estrategias de la OPS relacionados con la prevención y el control de la infección por el VIH y las ITS.

Los planes estratégicos de salud, responden a los métodos de prevención Tipo II, los mismos incluyen recomendaciones enmarcadas dentro de los 10 objetivos específicos. Su implementación se realizó mediante la

elaboración de Planes Anuales, que a su vez han sido claves para su monitorización y evaluación.

Entre los principales retos a abordar con la prórroga del Plan Estratégico, se encuentra:

- Sumarse al compromiso de la comunidad internacional de poner fin a la epidemia de SIDA como amenaza para la salud pública para 2030.
- Este objetivo forma parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2015.
- Superar el primer 90: diagnosticar a más del 90% de las personas con infección por VIH.
- El segundo y el tercer 90 ya se ha alcanzado: tratar al 90 % de las personas diagnosticadas y lograr la supresión viral en el 90 % de las personas tratadas.
- Potenciar las nuevas tecnologías de la información y la comunicación para generar intervenciones preventivas eficaces mediante la ciber salud (eHealth) y las aplicaciones en internet para dispositivos móviles.
- Evaluar el impacto de las nuevas modalidades de detección del VIH como el Auto test.
- Abordar estrategias combinadas de prevención dirigidas a poblaciones especialmente vulnerables.
- Evaluar la factibilidad e Implementar nuevas estrategias de prevención, como el uso de fármacos antirretrovirales para prevenir la transmisión de la infección.

- Potenciar los programas de salud afectivo-sexual y reproductiva especialmente entre los jóvenes: identificar buenas prácticas y criterios de calidad de los programas.
- Abordar la infección por el VIH y el SIDA de manera integral teniendo en cuenta las comorbilidades y los procesos de envejecimiento precoz en las personas con el VIH.

Dicho Plan, se encuentra en consonancia con la visión, las metas y las líneas estratégicas de acción de las estrategias mundiales del sector de la salud para el VIH y las ITS (2016-2021), de la OMS, que fueron refrendadas por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2016, así como con la Estrategia mundial de salud de las mujeres, los niños y los adolescentes (2016-2030)

Esta estrategia de acción, se ciñe a los principios de la Estrategia Mundial (2016-2021) del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y las ambiciosas metas de la “vía rápida” e incluye las metas “90-90-90” con respecto a la atención y el tratamiento, así como las metas regionales para la prevención en América Latina y el Caribe que fueron refrendadas en foros regionales realizados en el 2014 y el 2015 en la ciudad de México y en Rio de Janeiro, su ejecución contribuirá al objetivo de poner fin al SIDA como problema de salud pública, en cumplimiento del ODS. Entre sus objetivos se encuentra:

- Disminuir la incidencia de las infecciones por el VIH y otras ITS.
- Fomentar el diagnóstico precoz del VIH y otras ITS.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con infección por el VIH y otras ITS y prevenir comorbilidades asociadas.
- Disminuir la discriminación hacia las personas con el VIH e ITS.

Con el fin de abordar desde una perspectiva conjunta las acciones de respuesta frente al VIH y las ITS se utilizó una metodología en la que se describen tres ejes de intervención dirigidos a grupos determinados de población. La subdivisión en ejes se realizó según criterios de prevalencia y

riesgo de exposición.

- Eje de intervención 1: Población general.
- Eje de intervención 2: Personas sexualmente activas con mayor riesgo de exposición al VIH y/o ITS.
- Eje de intervención 3: Personas con el VIH y/o ITS.

El desarrollo de estos planes de atención primaria de salud comprende cuatro líneas estratégicas de las que derivaban los objetivos específicos.

**Tabla N° 9.** Objetivos que contemplan los Planes Estratégicos de Atención Primaria

<b>Línea I:</b> Coordinar la respuesta a la epidemia.	<b>Línea II:</b> Promover la salud y prevenir la infección.	<b>Línea III:</b> Mejorar los resultados en salud.	<b>Línea IV:</b> Garantizar el acceso igualitario.
<p><b>Objetivo 1:</b> Coordinación nacional e internacional.</p> <p><b>Objetivo 2:</b> Sistemas de información.</p>	<p><b>Objetivo 3:</b> Promoción salud.</p> <p><b>Objetivo 4:</b> Prevención primaria.</p> <p><b>Objetivo 5:</b> Prevención secundaria.</p> <p><b>Objetivo 6:</b> Prevención terciaria.</p>	<p><b>Objetivo 7:</b> Tratamiento.</p> <p><b>Objetivo 8:</b> Seguimiento y cuidados.</p>	<p><b>Objetivo 9:</b> Derechos.</p> <p><b>Objetivo 10:</b> Accesibilidad.</p>

**Fuente:** Bigott (2017).

Corresponde entonces señalar que, el Plan Estratégico de Prevención y Control del VIH y otras ITS ha sido el marco de referencia para la respuesta a la epidemia y para el diseño de los planes autonómicos del SIDA, así



como para establecer el marco de relación con los organismos internacionales y la sociedad civil, bajo cuyo paraguas se produjo la primera renovación del Comité Asesor y Consultivo de ONG (COAC) y se ha reforzado la colaboración con algunas sociedades científicas.

Desde el año 2013 hasta 2016 el presupuesto del Plan Nacional sobre el SIDA dirigido a financiar proyectos de prevención del VIH y otras ITS a cargo de entidades de cualquier titularidad, sin ánimo de lucro, se ha incrementado en un 56% pasando de 1.100.000 euros en 2013 a 1.717.000 en 2016 y se ha permitido subvencionar un total de 205 programas en estos cuatro años.

Cabe mencionar que: durante los cuatro primeros años de vigencia de estos planes de salud se han implementado un amplio número de acciones en base a las recomendaciones de cada uno de los objetivos propuestos, los cuales son contemplados en el informe de evaluación del Plan Estratégico incluyendo:

- Potenciar la formación de los profesionales sanitarios para el correcto abordaje de la infección por el VIH y sus comorbilidades.
- Potenciar la colaboración con las Sociedades Científicas relacionadas con el VIH. Implementar el Pacto Social por la no discriminación y la igualdad de trato asociado al VIH, con la colaboración de todas las instituciones administraciones y organizaciones adheridas al mismo.
- Abordar, adoptando un enfoque de género las necesidades actuales de las personas con el VIH de cara a su inserción social y laboral y a la mejora de su calidad de vida, a través de la eliminación del estigma y de la discriminación asociados al VIH y al sida, garantizando la igualdad de trato y de oportunidades, la no discriminación, el respeto de los derechos humanos y la diversidad de las personas afectadas, muy especialmente en el caso de las mujeres.

- Abordar de forma coordinada con el Plan Nacional de Drogas el fenómeno de la transmisión del VIH y otras ITS en el contexto del uso de drogas, principalmente en poblaciones vulnerables, hombres gais y bisexuales y otros HSH.
- Evaluar el impacto que sobre las actitudes y los comportamientos de las personas, tienen las acciones de prevención del VIH y otras ITS que se desarrollan.

En este contexto, es importante tener presente que la implementación de estos planes de salud necesitan de la cooperación multisectorial, interinstitucional, entre países, así como una planificación conjunta que involucre estrategias de comunicación coordinadas, las cuales permitan realizar una labor eficaz de promoción, participación en todos los niveles y movilización de recursos. Los asociados clave para este tipo de acciones son el ONUSIDA y otros organismos de las Naciones Unidas; el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; el Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR).

Asimismo, se encuentra la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos; el Grupo de Colaboración Técnica Horizontal; la Asociación Pancaribeña Contra la infección por el VIH/ SIDA (PANCAP); los centros colaboradores de la OMS; organizaciones comunitarias y ONG, incluidas las organizaciones de personas con VIH, de poblaciones clave y de otras personas en condiciones de vulnerabilidad; instituciones académicas; sociedades científicas y otros sectores pertinentes.

## **ESTADÍSTICAS EN POBLACIONES VIH**

### **EPIDEMIOLOGÍA**

El VIH/SIDA se ha convertido en el principal problema sanitario a ni-

vel mundial. En el año 2016 el número de infectados vivos ha alcanzado 34 millones. La situación de la epidemia del VIH/SIDA en Latinoamérica, según los datos más recientes aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es cada vez más preocupante si consideramos que ocupa el cuarto puesto a nivel mundial en función de la tasa de prevalencia y el tercero en cuanto al número total de personas diagnosticadas de VIH/SIDA en las distintas zonas geográficas del planeta.

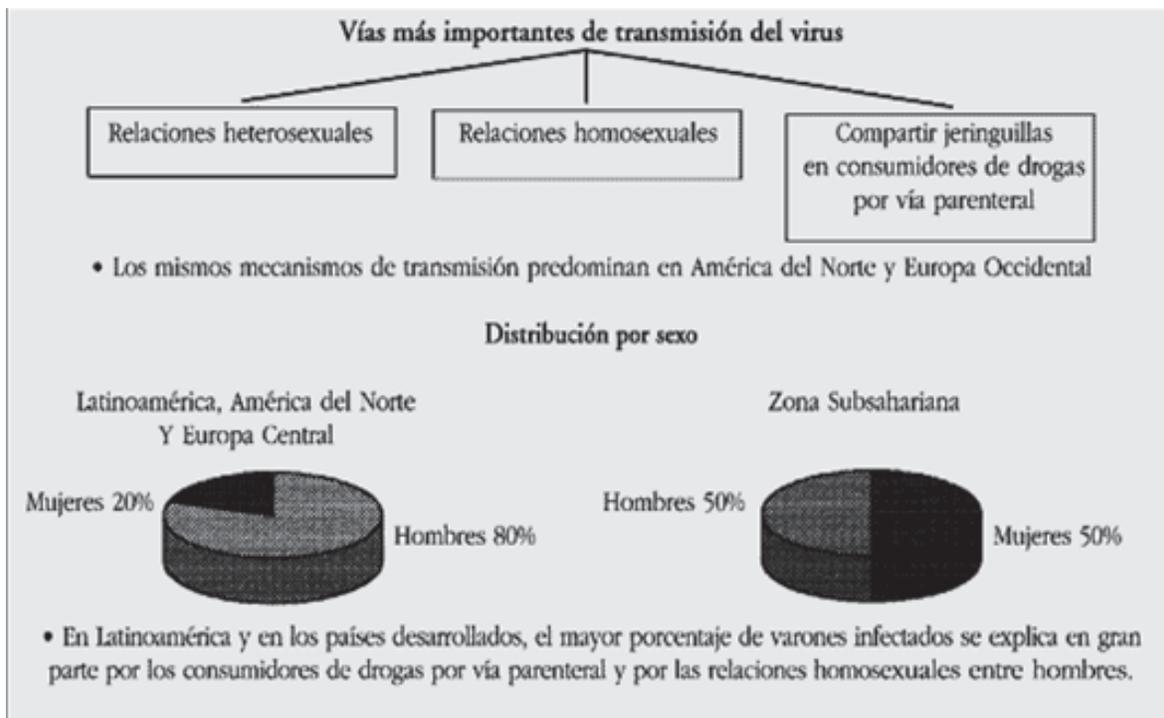
**Tabla N° 10.** Distribución Mundial del VIH clasificando las Regiones por orden de Prevalencia para el período 2000 - 2016

Región	Tasa de prevalencia en adultos (%)	Varones con el VIH (%)	Mujeres con el VIH (%)	Principal vía de transmisión del VIH	Personas que viven con VIH/SIDA (n= miles)
Africa Subsahariana	8,00	50	50	Het	22,50
Región Caribe	1,96	65	35	Het, Homo	0,33
Sur y Sureste Asiático	0,69	75	25	Het	6,70
Latinoamérica	0,57	80	20	Homo, DVP, Het	1,40
Norteamérica	0,56	80	20	Homo, DVP, Het	0,89
Europa Occidental	0,25	80	20	Homo, DVP, Het	0,50
Este Europeo y Asia Central	0,14	80	20	DVP	0,27
Africa del Norte y Oriente Medio	0,13	80	20	Het	0,21
Australia y Nueva Zelanda	0,10	95	5	Homo, Het, DVP	0,01
Este Asiático y Pacífico	0,07	85	15	DVP, Het	0,56

**Fuente:** OMS (2018).



**Figura N° 2.** Situación de Latinoamérica con respecto al resto del mundo.



**Fuente:** OMS (2018).

En lo que respecta a las vías más importantes de transmisión del virus, las tres formas más frecuentes son las relaciones heterosexuales, las relaciones homosexuales y por compartir jeringuillas en consumidores de drogas por vía parenteral, los mismos mecanismos de transmisión que predominan en América del Norte y Europa Occidental. Esto, sin duda, es hasta cierto punto lógico dada la gran influencia de estilo de vida entre las tres áreas geográficas mencionadas.

Por último, en cuanto a la distribución por sexo los porcentajes son idénticos en Latinoamérica, América del Norte y Europa Occidental, registrándose 80 hombres infectados por cada 20 mujeres infectadas, lo cual es considerablemente diferente a la zona Subsahariana donde los porcentajes son de 50% para cada sexo. En Latinoamérica y en los países desarro-



llados, el mayor porcentaje de varones infectados se explica en gran parte por los consumidores de drogas por vía parenteral y por las relaciones homosexuales entre hombres.

Del mismo modo, investigaciones realizadas por los diferentes organismos de salud estiman que, en el 2014, había alrededor de dos millones de personas con VIH en América Latina y el Caribe (1,7 millones en América Latina y 289.000 en el Caribe), de las cuales 46.000 eran niños (de 0 a 14 años de edad), y que se produjeron alrededor de 100.000 casos nuevos de infección y 50.000 defunciones relacionadas con el sida. En el 2014, la prevalencia general de la infección por el VIH en el Caribe era de 1,1%; en la población de jóvenes de 15 a 24 años era de 0,4 a 0,6% en los varones y de 0,3 a 0,6% en las mujeres.

En América Latina, la prevalencia general de la infección por el VIH era de 0,4%, situándose entre 0,1 y 0,3% en los hombres jóvenes y entre 0,1 y 0,2% en las mujeres jóvenes. 10. La epidemia de la infección por el VIH en la Región afecta principalmente a las poblaciones clave, entre ellas las personas transgénero, los hombres gay y otros hombres. Las metas 90-90-90 establecen lo siguiente: 90% de las personas con VIH sabrán su estado con respecto a la infección, 90% de las personas diagnosticadas con VIH recibirán tratamiento antirretroviral y 90% de las personas que reciben tratamiento antirretroviral presentarán supresión viral.

La prevalencia de la infección por el VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres se sitúa entre 7% y 20% en América Latina y entre menos de 1% y 33% en el Caribe. La mediana de prevalencia de sífilis es de 10,3% (1%-32,2%) en la Región en su totalidad. La prevalencia de la infección por el VIH es más alta en las mujeres transgénero, situándose entre 15,5% y 31,9%. En las trabajadoras sexuales, se estima que la prevalencia de la infección por el VIH es de 6% en América Latina, llegando a 8% en el Caribe.

La mediana de prevalencia de sífilis es de 2,3% (0,5% 53%) en la Región en su totalidad. En cuanto a los usuarios de drogas inyectables,



la prevalencia de la infección por el VIH en la Región se sitúa entre 2,5 y 11%. Las poblaciones clave siguen enfrentándose con grandes estigmas y discriminación, tanto a nivel de la comunidad como en los servicios de salud y corren un riesgo mayor de sufrir violencia física y homicidios motivados por el odio, la homofobia y la transfobia.

Estos grupos deben superar barreras estructurales que les impiden el acceso a medidas integrales de prevención de la infección por el VIH y las ITS, a servicios de atención y tratamiento, y a otros servicios de protección social y de salud. Otros grupos en condiciones de vulnerabilidad, según la definición anterior, también sufren las consecuencias de una falta de acceso oportuno a servicios eficaces de prevención, atención y tratamiento que consideran aspectos culturales y lingüísticos.

En particular, las mujeres y las niñas corren un riesgo mayor de contraer la infección por el VIH, no solo por razones biológicas, sino también debido a problemas de desigualdad de género que socavan sus decisiones en materia de salud sexual y reproductiva, incluida su capacidad para negociar relaciones sexuales de menor riesgo, y que las exponen a la violencia sexual. Por otro lado, la violencia, o el temor a la violencia, también les impide el acceso a pruebas de detección del VIH y a servicios de prevención.

Alrededor de 900.000 personas con VIH estaban recibiendo tratamiento antirretroviral en América Latina y el Caribe para fines del 2014 (22.000 eran niños de 0 a 14 años), lo cual representa una cobertura de tratamiento antirretroviral de 46%. El comportamiento sexual de riesgo consiste en relaciones sexuales anales, insertivas o receptoras, sin protección personas que se estima que están infectadas por el VIH (44% en el Caribe y 47% en América Latina).

La cobertura del tratamiento antirretroviral en los niños era de 49%. A pesar de estas cifras, subsisten brechas para la consecución de las metas “90-90-90”. Por ejemplo, alrededor de 30% de las personas con VIH no saben que están infectadas; 29% de los casos se diagnostican tarde, cuando



ya presentan inmunodeficiencia avanzada (menos de 200 linfocitos T CD4 por milímetro cúbico) y más de 50% todavía no están recibiendo tratamiento antirretroviral.

Además, la mayoría de los países tienen que mejorar las tasas de retención y de supresión viral, especialmente en los niños (tasa de retención durante 12 meses de 73% y tasa de supresión viral de 73% en el 2014), y prevenir y vigilar la farmacorresistencia del VIH. Los mecanismos de negociación y compra conjuntas de medicamentos que llevaron a reducciones en los precios con el transcurso del tiempo ayudaron a aumentar la cobertura del tratamiento antirretroviral en América Latina y el Caribe.

El Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública (el Fondo Estratégico), creado por la OPS en el 2000, ha proporcionado cooperación técnica y apoyo a los países para que tengan acceso a medicamentos esenciales y estratégicos eficaces, seguros y de buena calidad, incluidos los antirretrovirales en combinación medicamentosa de dosis fija, y otros insumos de salud pública fundamentales para el diagnóstico del VIH y el seguimiento de pacientes. La demanda de antirretrovirales adquiridos por medio del Fondo Estratégico ha aumentado notablemente con el transcurso de los años: en el 2012, siete países usaron el fondo para comprar antirretrovirales por valor de \$18,2 millones; para el 2015, 12 países lo habían usado para compras que ascendieron a \$35,9 millones.

Entre las infecciones oportunistas, en las personas con VIH la tuberculosis sigue siendo una coinfección que es motivo de preocupación para la salud pública. Se estima que, en el 2014, se produjeron alrededor de 36.000 casos nuevos de coinfección por tuberculosis y VIH en la Región de las Américas, cifra que representa 13% de los casos nuevos de tuberculosis. La proporción de pacientes con tuberculosis que fueron sometidos a pruebas de detección del VIH fue de 74%, y solo 63% de las personas con coinfección por tuberculosis y VIH comenzaron el tratamiento con antirretrovirales.

Todavía hay brechas en la ampliación de la escala de las pruebas para



detectar la tuberculosis y remitir a los pacientes para que reciban este tratamiento, a menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias en este documento se expresan en dólares estadounidenses. En la Región de las Américas, el consumo de alcohol está asociado con muertes por sida. El alcohol puede actuar como inmunodepresor, acelerando la progresión de la infección por el VIH; también puede afectar el comportamiento relacionado con la búsqueda de atención de salud y el cumplimiento del tratamiento con antirretrovirales.

Asimismo, la comorbilidad con trastornos mentales, como la depresión mayor y los trastornos bipolares, plantea grandes dificultades para la atención integral y de buena calidad para las personas con VIH e ITS. Es necesario actuar para detectar y abordar con un enfoque integrado los trastornos mentales y los causados por el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas. En el 2014 se asignaron aproximadamente \$2.700 millones para financiar la respuesta a la infección por el VIH en América Latina (62% para el tratamiento y alrededor de 25% para la prevención); 96% de esta suma provino de recursos nacionales y 4% de donantes internacionales.

Este promedio regional oculta la fragilidad financiera de 25% de los países latinoamericanos, que todavía dependen del financiamiento de donantes para una tercera parte o más de su respuesta nacional al VIH, especialmente en lo que se refiere al financiamiento de programas de prevención orientados a poblaciones clave. Los países y territorios del Caribe, por ejemplo, se enfrentan con una disminución del financiamiento externo de los programas contra el VIH y alrededor de 60% de estos países siguen dependiendo de donantes externos para sufragar más de 50% de estos programas.

Se han hecho grandes avances hacia la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis, especialmente en relación con el VIH. El número de casos nuevos de infección por el VIH en niños (de 0 a 14 años) en América Latina y el Caribe disminuyó 78% entre el 2000 y el 2014, evitándose de esta forma 26.000 casos nuevos de infección por el

VIH.

## **ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE APOYO A PACIENTES DE VIH Y SUS FAMILIARES**

La infección por el VIH es una enfermedad en la que la prevención sigue siendo el mejor medio de lucha contra ella. Los/as seropositivos/as, como portadores/as del VIH deben evitar la transmisión a otros/as adoptando prácticas seguras y a su vez, evitando reinfecciones. Por otra parte, la enfermedad del VIH con una actitud e información adecuadas puede ser manejada como una enfermedad crónica, por lo que la educación para la salud se hace imprescindible en el abordaje de este proceso asistencial.

**Cuadro N° 1.** Poblaciones con riesgo de contraer VIH

<b>POBLACIÓN CON RIESGO AUMENTADO PARA LA INFECCIÓN VIH:</b>
— 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: <ul style="list-style-type: none"><li>• múltiples parejas</li><li>• intercambio de sexo por drogas ó dinero</li><li>• parejas que tienen ó tenían infección por VIH o consumían drogas</li><li>• prácticas sexuales inseguras (tabla 5)</li><li>• consumo de drogas desinhibidoras antes o durante la actividad sexual.</li></ul>
— Personas que recibieron transfusiones de sangre antes de 1987 o en otros países no desarrollados.

**Fuente:** Bigott (2017).



Para su elaboración se ha tenido en cuenta la necesidad de controlar determinados factores como son la adherencia al tratamiento, el control de infecciones, el manejo de la ansiedad así como el de la nutrición y como no, la educación sanitaria tanto al/a la paciente como a la familia y/o personas implicadas en el cuidado. Las enfermeras abordan de forma similar los problemas de salud debido a que son pacientes crónicos y cada vez necesitan menos atención hospitalaria, con un aumento en la atención de consulta, hospital de día y atención continuada.

De allí, la importancia de las Unidades de Salud de la Familia (USF), las cuales tienen un papel importante en la detección precoz y en el seguimiento y cuidado de las personas con ITS y/o con VIH/SIDA y sus familiares, así como también en las actividades de promoción y prevención.

Por consiguiente, la detección precoz de la infección del VIH es crucial para el individuo y para la comunidad. Para el individuo, porque permite el seguimiento cercano y el inicio de terapias que tienen impacto favorable en la calidad y cantidad de vida. Para la comunidad, porque permite adelantar actividades de prevención secundaria de la transmisión.

Adicionalmente, las actividades inherentes al proceso diagnóstico (consejería) pueden tener un impacto favorable en la prevención primaria de la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). De allí, que es muy importante resaltar que con asesorías educativas exitosas y un tratamiento adecuado, la gran mayoría de los pacientes VIH positivos, diagnosticados oportunamente pueden desarrollar su vida sin limitaciones; por ello, es de vital importancia que los planes de atención primaria y secundaria incluyan:

**Actividades de prevención que debe seguir el Agente Comunitario de Salud:**

1) Emprender acciones educativas en los distintos grupos de la comunidad para prevenir la adquisición del VIH, Infecciones de Transmisión Sexual



y Hepatitis.

2) Identificar los grupos de riesgo y vulnerables, animar a evacuar las dudas en la consulta, registrar e informar al ESF los grupos considerados de riesgo.

3) Identificar a las embarazadas de la comunidad para el control precoz que debe realizarse antes de la semana 14 de gestación, insistir a las mismas en la importancia de los controles prenatales.

4) Identificar a las mujeres en edad fértil vulnerables a la adquisición de ITS, como las adolescentes y las trabajadoras sexuales, animarlas a asistir a la consulta.

5) Identificar a las embarazadas con VIH/ sífilis/hepatitis de la comunidad para el control precoz, apoyarlas a la consulta, registrarlas e informar a la USF y a los centros especializados.

6) Identificar al RN con madre sin previo control prenatal o sin test de VIH, sífilis y hepatitis, estimularla a la consulta, registrar e informar al ESF.

7) Disponer del registro de pacientes con VIH o con otras ITS o hepatitis en tratamiento para el control de seguimiento o abandono, incentivar a la consulta, registrar e informar al ESF de abandono.

8) Evaluar el inicio, la adherencia, seguimiento o abandono del tratamiento para las ITS de las parejas sexuales.

### **Actividades específicas que debe seguir el Profesional de Enfermería**

1) Empezar acciones educativas para prevenir la adquisición de VIH/ ITS/hepatitis.



- 2) Identificar al paciente en la consulta y en la comunidad como población vulnerable o de riesgo para la adquisición de VIH, ITS y hepatitis, informar al ESF.
- 3) Evaluar síntomas y signos de ITS en todas las embarazadas y grupos de riesgo.
- 4) Ofrecer el test rápido para VIH y sífilis en toda embarazada y personas en general, previa consejería y corroborar la realización de los test. Registrar los resultados, informar al médico para tratamiento y seguimiento.
- 5) Identificar al RN con madre sin previo control prenatal o sin testeo de VIH/sífilis/ hepatitis para realización de test rápido a la madre, informar al ESF.
- 6) Inmunizar contra hepatitis B a toda persona con ITS. En caso de ya estar inmunizada recomendar su evaluación serológica.
- 7) Identificar a todos los RN de madres con VIH /sífilis/hepatitis para diagnóstico y seguimiento.
- 8) Llevar el registro periódico de pacientes con VIH/ITS/hepatitis, su unidad de referencia y si iniciaron tratamiento.
- 9) Evaluar la búsqueda de pacientes con diagnóstico y/o tratamiento de VIH/ITS/ hepatitis que no acuden a su control en el momento acordado, calendarizar el seguimiento, realizar búsqueda activa de abandono.
- 10) Realizar la búsqueda de las parejas sexuales para consejería y test rápido. Evaluar el inicio, seguimiento o abandono del tratamiento para las VIH/ITS de las parejas sexuales.
- 11) Registrar y remitir materiales biológicos para pruebas a nivel de referencia, calendarizar retorno de resultados para nueva cita al paciente, planificar eventual búsqueda en la comunidad, realizar consejería post test



y apoyo con el equipo de salud.

12) Planificar con el ESF el seguimiento y búsqueda de abandonos de tratamiento, para la educación y concienciación.

13) Dejar constancia por escrito de todas las acciones realizadas. Recordar la confidencialidad del diagnóstico.

14) Registrar y notificar todos los datos de VIH/ITS al nivel correspondiente.

Los señalamientos descritos llevan a destacar que, pese a los esfuerzos realizados por el profesional de enfermería u profesionales médicos en el mundo entero, las metas trazadas en los planes de atención preventiva no son alcanzados en su totalidad; esto, debido a que, muchos de estos pacientes infectados se sienten “sanos” y por tanto rechazan el comenzar cualquier tratamiento.

Desafortunadamente para estos pacientes y sociedad en general, 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 todo esto, es necesario entender que los pacientes infectados por el VIH candidatos a recibir tratamiento antirretroviral precisan mucho más de terapias educativas y métodos preventivos, por lo que 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.
- 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.

- Conocer los tratamientos profilácticos tanto primarios como secundarios, sus indicaciones y momento de aplicación, así como cerciorarse de la correcta realización de los mismos.
- Dispensar los cuidados necesarios para el paciente “terminal de SIDA” (situación cada vez más difícil de definir), utilice los recursos y tratamiento que para ello sean necesarios.

Todas estas consideraciones son razones más que suficientes para que los profesionales de enfermería y personal médico en general 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 no lleguen a la Fase SIDA; estos últimos con necesidades extremas de tratamiento y autocuidados que les permitan no adquirir complicaciones mayores a las que ya comprenden.

## **ATENCION DEL PACIENTE FASE SIDA**

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, llevando a establecer que, la prevención es la única manera de frenar la transmisión del VIH. De allí, que las estrategias sanitarias de ámbito comunitario encaminadas al cuidado del paciente en fase SIDA incluyen lo siguiente:

Los cuidados que se les debe brindar a los pacientes en Fase SIDA, deben ante todo incluir, la educación nutricional, la cual un lugar junto con otros consejos y apoyos destinados a fomentar el bienestar y una actitud positiva frente a la vida. A continuación se formulan algunas recomendaciones generales para que el enfermo cuide de sí mismo.



- El organismo necesita un descanso más prolongado. Trate de dormir ocho horas cada noche. Descanse siempre que se sienta fatigado.
- Procure no preocuparse demasiado. El estrés puede perjudicar el sistema inmunitario. Relájese más a menudo. Relájese en compañía de las personas a las que quiere, su familia, sus hijos y sus amigos. Realice actividades de las que disfruta, por ejemplo escuchar música o leer un periódico o un libro.
- Sea amable consigo mismo. Trate de mantener una actitud positiva. Sentirse bien forma parte de un estado saludable.
- Realice ejercicios suaves. Escoja una forma de ejercicio que le sea agradable.
- Busque apoyo y reciba consejos oportunos. Pida consejo a los agentes de salud. Muchos problemas médicos pueden ser tratados.
- Pida ayuda y acéptela cuando se la ofrezcan.
- Deje de fumar. Fumar es perjudicial para los pulmones y para muchas otras partes del organismo, y facilita el ataque del organismo por las infecciones.
- El alcohol es dañino para el organismo, especialmente para el hígado. Aumenta la vulnerabilidad a la infección y destruye las vitaminas presentes en el organismo; bajo los efectos del alcohol puede olvidarse de practicar el sexo seguro.
- Evite tomar medicamentos que son innecesarios. Muchas veces tienen efectos secundarios indeseados y pueden interferir con los alimentos y la nutrición. Si toma medicamentos, lea atentamente las indicaciones



- En suma de ello, el paciente en Fase SIDA debe desarrollar una serie de cuidados que le permitan alcanzar niveles de vida óptimos, por ello, necesitan controlar sus propios horarios, tomar sus propias decisiones y hacer lo que deseen en la medida de lo posible. Para ello se sugiere lo siguiente:
- Ellos deben diseñar su propio programa de ejercicios y su plan de nutrición.
- Además de consultar al médico con regularidad, muchas personas con SIDA hacen un esfuerzo para mantenerse saludables alimentándose bien, durmiendo lo debido, haciendo ejercicio, orando o meditando, etc.
- Si la persona a la que usted cuida halla una actividad que le ayuda, alíentele a practicarla. Un programa de ejercicios puede ayudar a mantener el peso y el tono muscular y puede hacer que la persona se sienta mejor si éste se adapta a lo que ella puede hacer.
- Las comidas sabrosas y balanceadas ayudan a sentirse bien, dan energía y ayudan al organismo a combatir las enfermedades. Es mejor que las personas infectadas con VIH no consuman bebidas alcohólicas, fumen o utilicen drogas. También es importante mantenerse al corriente de los nuevos tratamientos y entender qué se puede esperar de los medicamentos que toma el paciente.
- Si la persona enferma tiene que pasar la mayor parte del tiempo en cama, asegúrese de ayudarlos a cambiar de posición a menudo.
- De ser posible, la persona con sida debe abandonar la cama con la mayor frecuencia posible. Una enfermera le puede mostrar como pasar a alguien de la cama a una silla sin lastimarse usted o el paciente.
- Esto puede ayudar a prevenir el entumecimiento de las articulacio-

nes, las úlceras por decúbito y algunos tipos de neumonía. Tal vez también necesiten su ayuda para darse vuelta o ajustar las almohadas o cobertores.

- Un “trapecio” médico encima de la cama puede ayudar a la persona a cambiar de posición sin ayuda si tiene suficiente fuerza. Si la persona está tan débil que no puede darse vuelta, haga que la enfermera le muestre cómo utilizar una sábana para ayudarla a rodar en la cama de un lado a otro.
- Generalmente una persona que está en cama necesita cambiar de posición por lo menos una vez cada cuatro horas.

En unión de estas recomendaciones, se sugiere que los cuidados brindados a un paciente Fase SIDA incluyan lo siguiente:

### **Ejercicios**

- Incluso en cama, la persona puede realizar algunos ejercicios sencillos para los brazos, manos, pies y piernas. Éstos generalmente se denominan ejercicios de “rango de movimiento”. Estos ejercicios ayudan a prevenir entumecimiento y sensibilidad en algunas áreas y mantienen la circulación de la sangre.
- Un doctor, enfermera o terapeuta físico puede explicarle cómo ayudar.

### **Respiración**

- Si alguien tiene dificultades para respirar, hacer que se siente puede ayudar. Levante la cabecera de la cama si ésta es del tipo utilizado en los hospitales, o utilice más almohadas o algún otro tipo de apoyo blando para la espalda. Si la persona tiene muchas dificultades

para respirar, se deberá consultar al médico.

### **Úlceras por decúbito**

- Las úlceras por decúbito (debidas a la permanencia prolongada en la cama) así como las lesiones de la piel pueden representar un problema serio para las personas que padecen de sida. Además de cambiar con frecuencia de posición en el lecho, para ayudar a mantener la piel saludable, coloque material muy suave (piel de cordero, esponja tipo “cartón de huevos”, o colchones de agua) debajo del paciente, mantenga las sábanas secas y libres de arrugas, y haga masaje en la espalda y otras partes del cuerpo (como caderas, codos y tobillos) que están presionadas contra la cama. Informe inmediatamente al doctor o enfermera si observa algún enrojecimiento o lesión de la piel.

# CAPÍTULO V

## SISTEMA DE SALUD Y PACIENTES DE VIH







## SERVICIO DE APOYO EMOCIONAL Y PSICOLÓGICO

La ayuda psicológica es esencial para que una persona afectada por el VIH/SIDA y su familia pueda afrontar la enfermedad; en este tipo de patologías, la consulta y las sesiones con un terapeuta profesional son concebidas como una herramienta profesional fundamental para el equilibrio emocional de estos pacientes. Estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculan que en el año 2015 se dieron 2,7 millones de casos nuevos de infección por VIH y, según estimaciones para finales de ese mismo año, 34 millones de personas vivían con el virus, ocasionándoles a los portadores de la misma serias alteraciones emocionales, las cuales se traducen en aislamiento, discriminación y rechazo social.

La infección por VIH es una de las enfermedades emergentes más importante para la salud a nivel mundial, desde que en 1981 se diagnosticó el primer caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, convirtiéndose desde ese entonces en una pandemia mundial, la cual ha llevado a la necesidad de implementar programas y planes sanitarios que involucren a la rama de la psicología, con el fin de ofrecer a los afectados con esta enfermedad dispositivos asistenciales de gran valor y psicoterapia individual, entendida ésta, a través de grupos de apoyo que vayan en pro de la adherencia del tratamiento, grupo de apoyo para familiares y allegados y grupo de apoyo para miembros negativos de parejas serodiscordantes.

En efecto, las técnicas psicoterapéuticas pueden ayudar al paciente a enfrentar los desafíos por los que atraviesa a causa de la seropositividad y/o la enfermedad. Lo importante es que al solicitar ayuda profesional acuda con una persona debidamente entrenada para el trabajo psicoterapéutico. Este entrenamiento incluye el respaldo de alguna institución acreditada y el manejo adecuado de la teoría y la técnica propias de la corriente psicológica con que se trabaje, lo cual se traduce en lineamientos dirigidos, a través de estrategias de apoyo psico – social, las cuales para su implementación comprenden:



## 1- Alteraciones por Diagnóstico

Las repercusiones psico-sociales que padecen las población de enfermos de VIH son tan variadas y complejas, por lo general, estas personas generalmente sufren reacciones por parte de la sociedad que favorecen o acentúan los problemas como:

- Sentimientos de confusión, miedo, rabia, angustia, tristeza, culpabilidad y baja estima.
- Aislamiento y soledad.
- Rechazo familiar y amigos.
- Pérdida de empleo.
- Pérdida del status social.

## 2- Apoyo Social

Son conjuntos de acciones que pretenden ayudar y cubrir las necesidades básicas de las personas infectadas con el VIH tales como: aprobación de los demás, acercamiento a la familia y amigos, mejorar la autoestima, recuperar el empleo y lograr la reinserción a la sociedad.

Las personas con esta enfermedad reaccionan de distinta manera frente al diagnóstico del VIH, por lo que el apoyo que ofrecen los proveedores de la salud, pueden ayudar a mitigar los acontecimientos que les suceden a este grupo de personas.

Es conveniente que las personas infectadas con VIH sean evaluadas por los Psicólogos/as, Consejeros/as y Trabajadores sociales, para detectar las necesidades individuales e intervenir y no esperar que llegue a necesidades extremas. Estas intervenciones deben encaminar a estos pacientes, a desarrollar y utilizar sus propios recursos para afrontar los problemas que se les presentan, como:

- Enfrentar y expresar los sentimientos conflictivos en la forma más positiva posible.
- Cuando aparezcan momentos difíciles y se sientan solos/as deben buscar a alguien con quien compartir esos sentimientos.
- En todo caso, antes de comunicar esta situación, deben elegir a quien decírselo y tener en cuenta que es un proceso normal que se puede transformar en una oportunidad de crecimiento personal.

### **3-Apoto Emocional**

La confirmación del diagnóstico de la infección por el VIH produce un fuerte impacto psicológico no sólo en los pacientes con esta enfermedad, sino también en la familia, los cuales pasan por procesos de cambios en: proyectos, viviendas, parejas, expectativas, que requieren esfuerzo de adaptación a cada realidad.

Las primeras reacciones suelen ser: negación, abatimiento, agitación, miedo, enojo y desapego, por lo que es tan importante aprender a enfrentar de manera positiva y efectiva el impacto de conocer la realidad. Por ello, los proveedores de la salud deben incorporar algunas estrategias necesarias para ayudar a mejorar el aspecto emocional de los pacientes con VIH, algunas de ellas son:

- Fomentar la capacidad de decidir y controlar.
- Ayudar a analizar sobre los hechos reales, sentimientos y valores.
- Motivar hacia una conducta positiva, tener expectativas en la vida.
- Promover actitudes positivas como optimismo, confianza, ganas de luchar y de vivir.
- Organizar grupos de compañía.



## **SERVICIOS DE LABORATORIO**

La infección por el VIH y su consecuencia, el sida, se han podido conocer, seguir, y, en algunos casos, controlar, gracias a la disponibilidad de pruebas diagnósticas al acceso de la población. Una prueba diagnóstica en un individuo infectado asintomático puede significar muchos años de vida ganados y con buena calidad, al mismo tiempo que permite evitar nuevas infecciones. El diagnóstico de la infección por el VIH se establece al aislar el virus en cultivo, detectar el antígeno P24, medir la respuesta de anticuerpos o detectar su ácido nucleico.

En este momento se dispone de diferentes tipos de pruebas en varios formatos, en general, con muy buena sensibilidad y especificidad. Después de realizar la asesoría previa a la prueba, el abordaje diagnóstico se inicia con una prueba presuntiva o de tamizaje, tipo ELISA, que luego debe confirmarse con una prueba más específica, tipo Western Blot. En algunos casos, como en el niño menor de 18 meses, es necesario recurrir a pruebas moleculares para establecer el diagnóstico

### **Diagnóstico por el Laboratorio**

Las pruebas de laboratorio para el diagnóstico de la infección por el VIH están indicadas en adolescentes y adultos entre 13 y 64 años, que tienen o han tenido relaciones sexuales sin protección con pareja no estable, personas con antecedentes de infecciones de transmisión sexual, antecedente de tatuaje o piercing con instrumentos potencialmente contaminados, usuarios de drogas intravenosas, contactos de un caso positivo, solicitud voluntaria de la prueba, o pacientes de otras edades con claros factores de riesgo.

Este tipo de pruebas debe ofrecérsele a la mujer embarazada, como parte de su control prenatal. Las pruebas están igualmente indicadas en el niño hijo de una madre positiva, teniendo en cuenta la selección de la prue-



ba, según la edad, y en los padres cuando se detecta primero el niño (4). A muchas personas infectadas asintomáticas, la prueba diagnóstica de VIH les da no sólo la posibilidad de una mayor supervivencia sino que contribuye a que no disemine la infección a otros. El diagnóstico de la infección VIH se establece, además de los criterios clínicos y epidemiológicos, detectando anticuerpos, antígeno o ácido nucleico, o aislándolo en cultivo. A continuación se describen los diferentes tipos de pruebas disponibles, sus ventajas y sus limitaciones.

### **Condiciones que debe comprender el laboratorio y precauciones con las Muestras**

Los laboratorios que realicen el diagnóstico de los anticuerpos anti-VIH en suero deben observar las normas de seguridad de nivel. Todas las muestras deberán considerarse como potencialmente infecciosas, para evitar la manipulación de algunos sueros con precauciones menos estrictas. Esto supone trabajar con guantes en todos los procesos, pipeteado mecánico, utilización de contenedores de seguridad biológica para los desechos, así como la observación de aquellas normas y precauciones consideradas como de buena práctica.

Las superficies de trabajo deberán ser descontaminadas con desinfectantes activos contra el VIH, tales como ciertos detergentes, incluido el jabón, alcohol-acetona al 70% v/v, lejía diluida, etc. Los sueros se deben recoger en la forma habitual y evitar mantenerlos más de 24 horas a temperatura ambiente. Para minimizar las contaminaciones microbianas que podrían alterar las muestras, se recomienda usar tubos estériles y no conservarlos a +4°C más allá de 72 h.

Para períodos de conservación más prolongados, hay que utilizar temperaturas de -20° y -70°C, sobre todo si se prevé la necesidad de detectar el antígeno p24 u otros componentes estructurales del VIH, ya que estos últimos se desnaturalizan paulatinamente a temperaturas superiores a



-70°C. Los sueros no deberían ser inactivados con calor, por las razones expuestas. Existen centros que realizan la extracción de sangre en el mismo laboratorio por personal entrenado para ello; en otros se confía dicha tarea a equipos de extracción comunes para todos los laboratorios y, en casi todos, se reciben muestras que han sido obtenidas sin que el laboratorio que realiza las pruebas diagnósticas del VIH tenga posibilidad de supervisar los métodos y pautas de extracción, la conservación o el tratamiento previo de los sueros.

A este respecto, cabe señalar la importancia de una correcta y cuidadosa identificación de los pacientes que son objeto del análisis y de su correspondiente suero. La relación de confianza entre los pacientes y el personal sanitario hace que, en ocasiones, no se verifique de forma fehaciente la identidad de la persona que acude a realizarse el análisis. Este proceder cuando se refiere a las pruebas de diagnóstico de VIH, basadas en el consentimiento informado por parte del paciente, tiene gran trascendencia para evitar lo que denominamos errores en la extracción e identificación de sueros y pacientes.

Los laboratorios que reciben y almacenan gran número de sueros para realizar determinaciones de anticuerpos anti-VIH deben asegurarse de tener un sistema de registro que evite coincidencias y confusiones. Todas estas condiciones y precauciones, observadas de forma sistemática, constituyen el primer peldaño para evitar errores en la ejecución de las pruebas para el diagnóstico de la infección por el VIH.

Pruebas para la detección de Anticuerpos: La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido de manera clara y sucinta cuáles son los objetivos de las pruebas de detección de anticuerpos frente al VIH.

- Seguridad biológica (cribado de donantes de sangre, órganos, semen, óvulos, etc.).
- Diagnóstico de la infección por el VIH.
- Vigilancia seroepidemiológica.

- Investigación.

Los objetivos que se persiguen con el diagnóstico van a influir en la elección de la técnica apropiada, en la actitud del profesional de laboratorio ante un resultado y en la estrategia o algoritmo de confirmación. De forma conceptual, se denominan pruebas diagnósticas las que se emplean de forma individualizada en el suero de una persona bajo los principios clínicos del consentimiento informado, y sirven para detectar o descartar la infección por este virus. Cuando las pruebas se aplican en virtud de criterios de seguridad biológica, vigilancia epidemiológica o investigación y el objetivo principal no es el diagnóstico clínico de la infección por el VIH, las denominamos pruebas de detección de anticuerpos anti-VIH en sentido estricto.

En todo caso, las pruebas habituales de detección de anticuerpos frente al VIH constituyen un primer escalón en el diagnóstico de la infección por este virus y se aplican en la práctica clínica a un gran número de sueros. La sensibilidad y la especificidad son los parámetros más importantes para valorar una prueba y, en el caso de la aplicación clínica de las pruebas VIH, son muy importantes el valor predictivo positivo (VPP) y el valor predictivo negativo (VPN). La sensibilidad de los equipos actuales ha alcanzado límites máximos; es frecuente leer artículos en los que se mencionan sensibilidades de un 99-100% para el conjunto de muestras ensayadas.

Conviene señalar, sin embargo, las dificultades de alcanzar una sensibilidad real del 100% en una infección en la que la seroconversión ocurre en un lapso de tiempo de 2 a 4 semanas en la mayoría de los casos y, a veces, hasta varios meses (período ventana). Cabe recordar a este respecto la posibilidad de encontrar individuos infectados por el VIH que son seronegativos debido a causas orgánicas o defectos inmunes (falsos negativos). Es bien conocido que el incremento de la sensibilidad lleva aparejado un descenso de la especificidad (falsos positivos); aunque las técnicas actuales ofrecen cifras de especificidad en torno al 99%, el aumento espectacular que ha experimentado la demanda analítica posibilita que los resultados falsos positivos sean más frecuentes, a pesar de las mejoras técnicas in-



roducidas en las pruebas primarias de detección de anticuerpos frente al VIH.

Otro aspecto importante a la hora de valorar las características operacionales de una prueba diagnóstica para el VIH es la prevalencia de la infección entre la población estudiada. A menor prevalencia, el VPP disminuye o, dicho de otra manera, mayor es la probabilidad de que se produzcan resultados positivos falsos en una población con tasas de infección VIH bajas. En muchos hospitales o laboratorios en los que se realizan las pruebas del VIH el porcentaje de sueros positivos ha descendido en los últimos años hasta 2 y 4 veces respecto a los encontrados hace 12 ó 14 años cuando se inició el diagnóstico de este virus.

Las causas de este fenómeno son variadas y cabría citar la mayor sensibilización respecto de la infección por parte de los sanitarios y la existencia de protocolos específicos de cribado serológico en los enfermos renales, hemodializados, exposición accidental, control de la gestante e, incluso, en las pruebas analíticas preoperatorias, estrategia esta última de cuestionable utilidad. Todas estas situaciones clínicas han propiciado un aumento sustancial de la demanda analítica de estas pruebas y un descenso en la tasa de positividad total, por lo que el riesgo de tener resultados falsos positivos en el escalón primario del diagnóstico del VIH es más elevado que antes. Por ello, cualquier laboratorio que ponga en marcha este tipo de técnicas deberá contar entre sus procedimientos con una estrategia o estrategias de confirmación

Las pruebas para la detección de anticuerpos pueden clasificarse de la siguiente manera, según su generación:

- Pruebas de primera generación, que usan lisados virales como antígeno y que se acompañan de alta frecuencia de falsos positivos;
- Pruebas de segunda generación, que usan proteínas recombinantes del VIH, péptidos sintéticos o ambos como antígenos;

- Pruebas de tercera generación, que usan péptido/proteína recombinantes;
- Pruebas de cuarta generación, que se basan en la detección simultánea de anticuerpos y complejos inmunes antígeno P24/anticuerpo y tienen una alta sensibilidad y especificidad.

El tiempo de positividad para las pruebas de anticuerpos de tercera generación es de 20,3 días (IC95%, 8 - 32,5); Las pruebas de cuarta generación disminuyen el tiempo de detección en 3 a 5 días. Con las pruebas de tercera y cuarta generación, el 50% de los infectados pueden detectarse en las primeras tres semanas de la infección, un 45% de los restantes en los primeros dos meses y el otro 5% en seis meses o más. La muestra que se utiliza para la detección de anticuerpos es de suero o plasma, aunque se dispone de pruebas que utilizan hisopado de mucosa gingival o yugal (saliva), orina o secreciones vaginales.

### **Pruebas de cribado de anticuerpos frente al VIH**

Las pruebas de detección habituales han experimentado un considerable desarrollo y mejoras desde su desarrollo inicial. Básicamente las mejoras han afectado, principalmente, al antígeno o antígenos utilizados en el ensayo y al principio técnico en el que se fundamentan dichas reacciones. La mayoría de las primeras técnicas utilizaron antígenos virales crudos más o menos purificados, denominados lisados virales. Estos antígenos contenían gran cantidad de proteínas procedentes del sistema celular en el que se había cultivado el virus. La posibilidad de una reacción inespecífica del suero con algunos de estos componentes constituyó un problema que hizo obligado el empleo de pruebas de confirmación.

La evolución de los antígenos incluidos en las pruebas de detección ha permitido, por una parte, incrementar la sensibilidad sin merma de la especificidad y, por otra, ha hecho posible la detección de anticuerpos frente



a tipos y subtipos del VIH que escapaban a los equipos de diagnóstico habituales. A pesar de las mejoras introducidas en los equipos actuales, debe tenerse en cuenta la posibilidad real de encontrar sueros de infectados por subtipos inusuales del VIH, sobre todo en pacientes africanos o en personas con estancias prolongadas en ese continente.

**Tabla N° 11.** Antígenos empleados en las pruebas de detección primaria de anticuerpos frente al VIH.

Técnica	Antígeno
EIA 1ª generación	Lisado viral VIH-1
EIA 2ª generación	Péptidos recombinantes/sintéticos de VIH-1 y VIH-2
EIA/ELFA 3ª generación	Péptidos recombinantes/sintéticos de VIH-1 y VIH-2 y antígeno VIH-1 del grupo O ( <i>outlayer</i> o marginal)
EIA/ELFA 4ª generación	Péptidos recombinantes/sintéticos de VIH-1 y VIH-2 y VIH-1 "O", y anticuerpos para detectar el antígeno p24

**Fuente:** Bigott (2017).

Respecto al principio técnico que emplean, cabe mencionar que la gran mayoría están basados en las distintas modalidades del enzimoimmunoanálisis (EIA): indirecto, en sandwich y de captura. Existen EIA competitivos que tienen una gran especificidad, aunque adolecen de cierta falta de sensibilidad en algunos momentos de la infección por el VIH, como al inicio de la seroconversión y en los pacientes que se encuentran en estadios terminales. Sin embargo, combinadas con otras pruebas de mayor sensibilidad en forma secuencial, pueden proporcionar excelentes resultados en la estrategia diagnóstica. Estos tipos de pruebas han sufrido también variaciones tecnológicas, siendo una de las más empleadas la utilización de sustratos fluorescentes que han dado lugar a las pruebas denominadas ELFA (enzyme-linked fluorescent assay).

La última aportación ha sido la detección simultánea del antígeno p24 y



de anticuerpos, lo que acorta el período ventana. Diversos trabajos publicados y nuestra propia experiencia ponen de manifiesto un adelanto entre una a dos semanas en la detección serológica de la infección, aspecto a considerar si tenemos en cuenta que en ese período la infectividad es más elevada. Existen pruebas basadas en la técnica de aglutinación pasiva que ofrecen ventajas por su sencillez y simplicidad de ejecución así como por la posibilidad de realizar titulaciones de forma sencilla. La dificultad de automatización las hace poco adecuadas para procesar gran número de sueros, estando menos extendidas. Estas técnicas permiten detectar tanto anticuerpos de la clase IgG como IgM.

Entre las pruebas de cribado de anticuerpos VIH, las denominadas pruebas rápidas han experimentado un desarrollo importante; los antígenos que emplean son similares a los EIA y ELFA y el tiempo en el que se puede obtener un resultado oscila entre 5 y 20 minutos. Aunque las características operacionales son inferiores a los EIA y ELFA, deben tenerse en cuenta para situaciones de urgencia. Combinadas con otras pruebas de detección de anticuerpos constituyen una estrategia que mejora la especificidad de los resultados de forma asequible en términos de costes laborales y de tiempo. En la tabla siguiente se exponen algunas de las más utilizadas; son preferibles aquellas que permiten detectar anticuerpos frente al VIH-1 y VIH-2 de forma separada.



**Tabla N° 12.** Pruebas rápidas para la detección de anticuerpos frente al VIH.

Técnica	Antígeno
Dot-EIA 1ª generación	Péptidos recombinantes/sintéticos de VIH-1 y VIH-2 en un único spot
Dot-EIA 2ª generación	Péptidos recombinantes/sintéticos de VIH-1, VIH-2 y VIH-1*O* en "spots" diferenciados para VIH-1 y VIH-2
Látex/Aglutinación pasiva	Péptidos recombinantes/sintéticos de VIH-1, VIH-2 y VIH-1*O*
Inmunocromatografía capilar	Péptidos recombinantes/sintéticos de VIH-1, VIH-2 y VIH-1*O*

**Fuente:** Bigott (2017).

Su mayor inconveniente reside en la lectura, que siempre es subjetiva, lo que puede generar dudas de interpretación de la reactividad de ciertos sueros. En los últimos años, han aparecido pruebas rápidas basadas en el principio de la inmunocromatografía capilar que han mejorado de forma importante la sensibilidad y la especificidad de éstas respecto a las de Dot-EIA. Se deben elegir aquéllas que tengan controles internos que verifiquen el correcto funcionamiento de la reacción

### **Pruebas rápidas para detección de anticuerpos.**

Existen otros formatos para la detección de anticuerpos, los cuales emplean el flujo lateral o capilar de la muestra a través de un soporte sólido para permitir la interacción con un antígeno incorporado y utilizan la unión indirecta, el antígeno de captura, la aglutinación, la cromatografía o tipo “sándwich”; incluye controles para identificar la reactividad inespecífica. La muestra usualmente es sangre total, no se requiere equipo para su lectura y se puede conservar a temperatura ambiente.

Son muy útiles en situaciones de emergencia, como al momento del parto o en accidentes de riesgo biológico. Debe tenerse en cuenta que son pruebas de tamizaje y que tienen las mismas limitaciones de período de ventana y que toda prueba reactiva debe confirmarse, máxime que su re-

sultado es de tipo cualitativo. Actualmente las pruebas rápidas permiten efectuar diagnósticos múltiples y simultáneos con otras infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas la sífilis y la hepatitis B, e incluso pueden detectar a la vez antígenos/anticuerpos del VIH.

**Tabla N° 12.** Pruebas diagnósticas Directas e Indirectas para la detección del SIDA.

Pruebas indirectas	Pruebas directas
Pruebas rápidas Ac	Antigenemia p24
ELISA de tercera generación	Pruebas rápidas Ag/Ac
Quimioluminiscencia	ELISA de cuarta generación
Inmunofluorescencia indirecta	
<i>Western Blot</i>	
<i>Line ammuo assay</i>	

**Fuente:** Bigott (2017).

### Pruebas de confirmación de Anticuerpos

La trascendencia de la infección por el VIH hace necesaria la confirmación de los resultados positivos obtenidos en las pruebas de detección primaria de anticuerpos; este paso es inexcusable cuando el objetivo de las pruebas sea el diagnóstico y puede ser obviado cuando aquéllas se realicen para seguridad biológica. Sin embargo, en el ámbito hospitalario es cada vez más frecuente que se confirmen todos los resultados positivos de sueros u otras muestras, incluidos aquéllos en los que el objetivo principal no es el diagnóstico de la infección.

Existen diferentes pruebas de confirmación; entre ellas cabe citar las basadas en la inmunoelectrotransferencia o western blot (WB), inmunofluorescencia indirecta (IFI), radioinmunoprecipitación (RIPA) e immunoblot con antígenos recombinantes (LIA). La técnica más ampliamente utilizada es el WB. Las técnicas de IFI y RIPA, por razones distintas (subjetividad



de la lectura, requerimientos de laboratorio, etc.), se emplean cada vez menos, de tal forma que los resultados del WB son considerados el estándar de confirmación de la presencia de los anticuerpos anti-VIH.

Existen distintos criterios de positividad propuestos por organismos o sociedades involucrados en el diagnóstico del VIH (tabla 4). De ellos, el de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el más específico cuando se manejan sueros de diversa procedencia poblacional.

### **Prueba de aglutinación de partículas para detección de Anticuerpos.**

Son pruebas que se basan en la unión de los anticuerpos del VIH presentes en el suero del paciente, con pequeñas partículas que contienen antígeno del virus en la superficie, bajo el principio tipo sándwich de las pruebas de tercera generación. Estas pruebas tienen una alta sensibilidad y, relativamente, buena especificidad, por lo que son muy útiles como pruebas de tamizaje en áreas de limitados recursos, ya que son rápidas, simples y no requieren equipos.

### **Pruebas serológicas para la detección de Antígeno**

El diagnóstico serológico del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) trasciende en importancia a otros diagnósticos de laboratorio por la gravedad de la enfermedad que este virus produce, la existencia hoy en día de tratamientos mucho más eficaces que los iniciales y el conocimiento que tienen los médicos y sanitarios sobre esta infección. Además, buena parte de ese conocimiento ha tenido una gran difusión entre la población general, sobre todo el referido a los mecanismos de transmisión y a las posibilidades diagnósticas.

El cribado de anticuerpos en muestras de suero es el método más co-



múnmente empleado para el diagnóstico de laboratorio de la infección por VIH. Las pruebas están basadas en distintos principios técnicos que han ido evolucionando con el tiempo, la experiencia adquirida y las recomendaciones nacionales e internacionales. A pesar de los avances logrados en el desarrollo de estas pruebas, se siguen produciendo casos de falsos positivos y, con menor frecuencia, falsos negativos.

Estos errores son atribuibles, en parte, al enorme crecimiento de esta demanda analítica dentro de la asistencia clínica hospitalaria y extra hospitalaria. La importancia de estos errores es obvia, pudiendo provocar situaciones que generan ansiedad en los pacientes y desconcierto en los profesionales encargados de dicho diagnóstico. En este artículo se pretende dar orientaciones conceptuales, sugerencias y recomendaciones prácticas sobre los métodos de detección serológica de la infección por VIH, con el fin de evitar o reducir al mínimo los errores en la determinación de anticuerpos frente al VIH.

En la infección temprana existe un corto período en el que hay presencia del antígeno p24 del VIH-1 en ausencia de anticuerpos contra el mismo. Este antígeno puede detectarse por técnicas de ELISA. Algunos métodos incorporan un ajuste al pH o tratamiento con calor para separar los complejos p24-anti p24 y, así, mejorar la sensibilidad de la prueba. La positividad de la prueba de antígeno p24 se detecta en un tiempo estimado de 26,4 días (IC95%, 12,6 - 38,7).

La prueba de detección de antígeno tiene tres limitantes: en primer lugar, la presencia de anticuerpos puede llevar a la detección de niveles bajos o a falsos negativos; la otra situación es la presencia de inmunoglobulina específica, anticuerpos similares al factor reumatoideo, los cuales pueden hacer un puente entre el antígeno de captura y los trazadores, y causar detección en demasía o falsos positivos; el tercer problema es la baja sensibilidad de la prueba.



## **Pruebas en muestras diferentes a sangre, suero o plasma**

Las secreciones de la cavidad oral contienen niveles detectables de anticuerpos contra el VIH-1, aunque en una proporción 1.000 veces inferior a la del suero. La muestra consiste en un hisopado de las encías y la mucosa yugal, y se utiliza en formatos tipo ELISA. Se han reportado falsos negativos en pacientes bajo terapia y falsos positivos, por lo que este tipo de pruebas siempre deben confirmarse por otra prueba.

En el comercio, existen formatos para muestras como orina y secreción vaginal, las cuales tienen la ventaja de la facilidad de la toma de la muestra. La prueba en secreción vaginal se recomienda para víctimas de abuso sexual, ya que los anticuerpos contra el VIH pueden detectarse en los espermatozoides y el líquido seminal. En general, tienen buena sensibilidad y especificidad, pero toda prueba reactiva requiere de una confirmatoria.

## **Interpretación de los resultados de las pruebas de Tamizaje**

Cuando se analizan los resultados de las pruebas de tamizaje, debe tenerse en cuenta la posibilidad de falsos positivos por otros trastornos, la posibilidad de falsos negativos en las fases iniciales o finales por baja producción de anticuerpos, infecciones silenciosas que cursan con replicación viral pero sin desarrollo de anticuerpos, las limitantes de la prueba para detectar variantes como grupo 0 o para detectar VIH. Una transfusión masiva puede generar un falso negativo por efecto de la dilución.

Los falsos negativos pueden presentarse en las etapas iniciales de la infección cuando aún no hay producción de anticuerpos o están en muy baja cantidad, en las etapas terminales cuando hay un franco deterioro del sistema inmune y baja producción de anticuerpos, o cuando el paciente ha recibido terapia antirretroviral tempranamente. Los falsos positivos son más comunes que los falsos negativos y se pueden presentar por problemas técnicos, multiparidad, alcoholismo, enfermedad reumática, trastor-

nos hemorrágicos congénitos, sífilis, neurocisticercosis, infección aguda por dengue, malaria y hepatitis B, vacunación reciente para hepatitis B o rabia.

Toda prueba presuntiva reactiva debe repetirse, preferiblemente en una muestra diferente; si ésta es reactiva, se pasa a la prueba confirmatoria, pero, si es negativa, se realiza una tercera prueba presuntiva; la decisión se toma con base en dos resultados de tres, así: dos reactivas va a prueba confirmatoria, dos negativas se considera como no infectado y va a consejería, o se cita el paciente para una nueva prueba en cuatro semanas.

## **PRUEBAS CONFIRMATORIAS PARA LA INFECCIÓN**

### **POR EL VIH**

Como su nombre lo indica, estas pruebas están orientadas a confirmar la presencia de la infección por el VIH en un paciente con una prueba presuntiva doblemente reactiva, por lo que tienen una alta especificidad. Se basan en la detección de anticuerpos contra el virus o sus componentes. Entre ellas se encuentran:

- **Western Blot:** El Western blot es la técnica más ampliamente utilizada y consiste en que las proteínas constitutivas del virus se separan por electroforesis y, luego, se transfieren a un papel de nitrocelulosa. Estas proteínas fijadas son expuestas al suero del paciente, en el cual los anticuerpos específicos se unen a las proteínas presentes dando un patrón de bandas, cuya interpretación depende del criterio que se adopte en el laboratorio de acuerdo con lo definido por organismos internacionales. El resultado de la prueba de Western blot se informa como negativo cuando hay ausencia total de bandas; como indeterminado, cuando no cumple los criterios definidos y positivo cuando cumple los criterios, de acuerdo con el que se haya adoptado. El resultado indeterminado puede deberse a un



período inicial de seroconversión o a un falso positivo, sobre todo cuando se trata de una sola banda, usualmente la p24. Este tipo de hallazgo puede estar en relación con lupus eritematoso sistémico, tiroiditis de Hashimoto, linfoma no Hodgkin, histiocitosis, muestra con elevada bilirrubina, hemólisis, factor reumatoideo, gammopatía policlonal, hemodiálisis, anticuerpos HLA y otras enfermedades infecciosas, incluso la infección por HTLV-1. Los antígenos clase II expresados en células H9 usadas para la propagación del VIH pueden ser igualmente causa de un Western blot indeterminado. Por consiguiente, una prueba de Western blot para VIH 1 sugestiva de infección por el VIH 2, debe ser confirmarse por un Western blot específico para VIH 2 o por pruebas que involucren proteínas recombinantes específicas. En algunos casos es necesario hacer PCR para ambos virus.

- **Inmunofluorescencia:** La inmunofluorescencia indirecta se ha utilizado ampliamente como prueba confirmatoria para la infección por el VIH-1 y lo siguen haciendo laboratorios con amplia experiencia con la prueba. Su desempeño es bueno pero requiere de personal debidamente entrenado para su lectura y de microscopio de fluorescencia.
- **Pruebas para la detección de ácidos nucleicos:** Las técnicas de detección de ácidos nucleicos se utilizan para diagnóstico sólo en el caso de niños menores de 18 meses. En algunos casos se han utilizado para aclarar resultados indeterminados por los otros métodos. Su principal uso está en el seguimiento de la infección y el de la terapia. Existen diferentes pruebas para detectar el ácido ribonucleico (ARN) del virus, tales como la amplificación por reacción en cadena de la polimerasa (PCR), la amplificación basada en la secuencia de ácido nucleico (NASBA), ahora disponible en tiempo real, y el ADN ramificado (bDNA). Las diferentes técnicas disponibles comercialmente y aprobadas por los organismos competentes tienen un muy buen nivel de correlación. La prueba de PCR para ADN proviral se hace positiva 26,4 días (IC95%, 12,6 - 38,7) después de

la infección. La PCR para ARN en plasma es positiva en promedio a los 31 días (IC95%, 16,7 - 45,3).

## **IMPORTANCIA DE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO EN LAS PRUEBAS DE VIH**

En el momento actual, el cribado de los anticuerpos anti-VIH desborda por su trascendencia la mera oferta diagnóstica. Las aplicaciones hospitalarias de esta prueba han hecho que, en la mayoría de los hospitales, las solicitudes de esta prueba analítica hayan crecido de forma exponencial en los últimos años. A consecuencia del aumento de peticiones y del descenso consiguiente de los porcentajes de positividad, se producen resultados falsos positivos en situaciones clínicas complejas (candidatos a trasplantes, pacientes hemodializados, embarazadas, etc.) que obligan a una diversificación de las estrategias diagnósticas y de los métodos de cribado.

En este contexto es aconsejable disponer al menos de dos técnicas de cribado de anticuerpos anti-VIH y utilizar un método de confirmación con muestras del mismo paciente tomadas en momentos diferentes. La colaboración entre los laboratorios de un mismo hospital que realicen este tipo de pruebas con distintos objetivos (Virología y Hematología), o de una misma área sanitaria, puede minimizar el coste y facilitar la implantación de estas recomendaciones, coordinando las técnicas que cada laboratorio asume y organizándose en protocolos de actuación concretos.

Hoy en día pueden producirse situaciones clínicas que obliguen al seguimiento serológico del paciente al menos durante dos o tres semanas y a la utilización de otros marcadores serológicos de la infección por el VIH (antígeno p24, anticuerpos anti-p24), si no se dispone de técnicas sensibles de biología molecular (PCR). A pesar de la sensibilidad de estas pruebas, el diagnóstico definitivo deberá confirmarse en suero una vez se produzca la seroconversión; por eso es altamente recomendable la adopción de pruebas EIA/ELFA para la detección simultánea de anticuerpos y antígenos.



no p24 del VIH cuando exista probabilidad de detectar seroconversiones (clínicas de desintoxicación, centros de metadona), o en aquellos casos en los que haya riesgo de transfundir o donar un órgano de un paciente en el período de seroconversión.

Finalmente, cuando el objetivo de las pruebas sea el diagnóstico, se debe tener en cuenta que los pacientes rara vez entienden, como lo hacen los profesionales, expresiones tales como: “falso positivo”, “indeterminado”, “positivo dudoso”, etc. y, en consecuencia, extremar el cuidado al emitir los informes del laboratorio. Del conjunto de pruebas realizadas deberá resultar la emisión de un diagnóstico claro y concluyente, o bien la formulación de recomendaciones precisas para el seguimiento y el diagnóstico definitivo.

## **SERVICIOS DE FARMACIA**

Toda persona con VIH-sida que no tenga cobertura social tiene el derecho a acceder en forma gratuita a los análisis complementarios para su seguimiento en los Servicios de Salud Públicos de todo el país. Puesto que la atención al paciente VIH se ha convertido en estos últimos años en una de las áreas más importantes de los servicios de farmacia hospitalaria por su gran repercusión asistencial, tanto desde el punto de vista clínico como económico, y puesto que la dispensación a pacientes VIH supone un porcentaje importante del volumen total de dispensaciones a pacientes externos, a continuación se describe detalladamente el modelo de atención farmacéutica al paciente VIH.

Los retos que se han presentado en la atención al paciente VIH son:

- Contacto directo con el paciente, lo que se presenta como una oportunidad de prestar una atención farmacéutica para mejorar su tratamiento.



- La integración del farmacéutico en el equipo asistencial ya que, la necesidad de una atención multidisciplinar por parte de los pacientes HIV, hace imprescindible su colaboración para lograr una terapia adecuada.
- Gran coste de la terapia antirretroviral y su aumento constante, que exige un control y un seguimiento para lograr la efectividad y eficiencia de los tratamientos instaurados.

Con el objeto de lograr un adecuado control clínico del paciente VIH a través del uso correcto de los medicamentos prescritos, las actividades desarrolladas por la Unidad de Pacientes Externos se centrarán básicamente en 3 puntos: información, estímulo de la adherencia terapéutica e integración en el equipo asistencial.

## **REGISTRO Y PRESENTACIÓN**

- En el inicio de tratamiento, y en la primera visita de control, el paciente será atendido personalmente por un farmacéutico, así como cuando se produzca un cambio o modificación del tratamiento. Durante esta entrevista, se informa a los pacientes de las normas de dispensación, horarios y documentación requerida, y facilitamos un nombre y un teléfono de ayuda para consultas sobre su tratamiento, dudas de posología, intolerancias, interacciones y otros aspectos relacionados con su medicación.
- Información: En el APE se proporciona al paciente información oral y escrita sobre la medicación que debe tomar y el régimen posológico (documentos informativos elaborados de forma consensuada por los médicos clínicos y farmacéuticos del hospital).

- Los aspectos mínimos que contiene la información de cada medicamento son: nombre, dosis y pauta de tratamiento, consejos para su correcta administración y efectos adversos a tener en cuenta por su importancia o frecuencia. Así mismo se realizará un esquema que facilite el cumplimiento, adecuado a sus hábitos de vida

## **ADHERENCIA**

Es muy importante que tome los medicamentos contra el VIH de forma regular, a la misma hora todos los días y que respete el horario establecido lo más precisamente posible. De esta forma usted previene la aparición de resistencias (capacidad que tiene el virus VIH de reconocer el medicamento y de evitar ser destruido por éste) y por tanto, el fracaso del tratamiento (pérdida de la eficacia del tratamiento antiretroviral) que se traduciría por un aumento de la carga viral y una disminución de las células CD4 (células que permiten a su organismo defenderse contra las infecciones).

Todo el mundo puede tener, un día u otro, un descuido en el seguimiento de su tratamiento.

- La motivación es la clave del éxito.
- No dude en preguntar al los profesionales del equipo sanitario sobre los beneficios de la terapia antiretroviral. Ellos también pueden proponerle la utilización de algunos utensilios o estrategias que le ayuden a seguir más fácilmente su tratamiento.
- No deje jamás de tomar su tratamiento sin hablar antes con su médico.

# CAPÍTULO VI

## ESPECIFICIDADES EN LOS GRUPOS DE PACIENTES DE VIH





## **ARTICULACIONES DEL SISTEMA DE SALUD CON LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA EN PACIENTES DE VIH.**

El acceso a servicios de salud es un componente central de los derechos económicos y sociales. En la medida en que la sociedad pueda garantizar a todos sus miembros la atención pertinente ante las vicisitudes en materia de salud, se avanza en la materialización efectiva de estos derechos y en su exigibilidad. Con ello se fortalece en la ciudadanía el sentimiento de mayor protección y pertenencia a la comunidad.

En el contexto de los países de América Latina y el Caribe, las políticas de salud deben hacer frente a nuevos y viejos desafíos. Al igual que en el mundo desarrollado, los primeros obedecen a cambios de la demanda, producto de las dinámicas demográfica, epidemiológica y tecnológica, que requieren y permiten nuevas prestaciones y tratamientos, lo que incrementa los costos de los servicios de salud y el gasto en estos. Los segundos reflejan las carencias históricas que presenta la región en materia de equidad de acceso real a servicios de salud oportunos y de calidad, la escasez de recursos humanos y financieros y los problemas de articulación de los sistemas.

Por consiguiente, el hecho imperativo de avanzar hacia la prestación universal de servicios de salud es, sin duda, un factor adicional de presión sobre la demanda y el gasto en el sector. En definitiva, la agenda de reformas de salud de la región debe perseguir un doble objetivo. Por una parte, es preciso avanzar en lo que respecta a los mecanismos de solidaridad necesarios para brindar un acceso equitativo a servicios de salud a toda la población, independientemente del ingreso o riesgo de las personas. Por otra parte, se debe procurar contener los costos y mejorar la eficiencia en materia de asignación de los escasos recursos disponibles, de manera de responder de la mejor manera posible a los cambios tecnológicos, demográficos y epidemiológicos que se están produciendo en la región.

Las políticas que permiten acercarse a la consecución de estos objetivos comprenden intervenciones en muchos aspectos de las políticas públicas,



incluidas las referentes al sector de la salud, como la regulación de la industria de medicamentos y la educación en materia de prevención e higiene y a la infraestructura pública, obras de saneamiento y agua potable, e iniciativas de vivienda, entre otras. Aunque se reconoce la importancia de estos factores, la necesidad de acotar el análisis llevó a que en este capítulo se preste especial atención a las reformas relacionadas con la organización del financiamiento y de la prestación de los servicios de salud.

Desde el punto de vista del financiamiento, se propone avanzar hacia la integración de los sistemas públicos y de seguridad social, con el fin de reducir las inequidades que suelen acompañar la existencia de esquemas segmentados y de desvincular el acceso a servicios adecuados de los riesgos médicos y de la capacidad de pago de las personas. Desde el punto de vista de la organización de la prestación, se sugiere propiciar la separación de las funciones de financiamiento y prestación, sobre la base de mecanismos de contratación de servicios que incentiven la racionalización del uso de los recursos.

Se plantea además la conveniencia de priorizar un conjunto claramente definido de prestaciones, que irían en aumento de acuerdo con las posibilidades de financiamiento de cada país, otorgándoles carácter de cobertura explícita, garantizada y universal. También se consideran políticas de expansión de la atención primaria y una adecuada coordinación de servicios descentralizados, orientadas a mejorar la cobertura y el acceso a servicios de salud.

### **Intervenciones Intersectoriales ante determinantes sociales de la Salud**

El camino inicial recorrido por los individuos agrupados alrededor de la epidemia, para tratar de entender cómo enfrentar los estragos que causaba el SIDA en su entorno inmediato y que en su inicio estaban lejos de auto designarse como “organizaciones no gubernamentales”, se caracteriza por una enorme entrega y voluntad de servicio llenas de entusiasmo y sacri-



ficio, pero guiadas más por el ensayo y el error, la improvisación y el aislamiento, la ausencia de planeación y recursos, la incompreensión de coincidencias entre unos y otros, y las querellas internas y contra el gobierno.

Sin embargo, muy pronto la experiencia en el trabajo directo los llevó a reconocer distinciones respecto a otro tipo de epidemia. La del VIH/SIDA tiene implicaciones de carácter social, cultural, económico y político que rebasan con mucho los aspectos estrictamente médicos y clínicos a los que en el comienzo se le pretendía constreñir. Este reconocimiento, difuso y desestructurado en su inicio, provocó que el trabajo de esos grupos operantes fuera de las estructuras gubernamentales, entrase de lleno en terreno minado: al campo combinado y vertiginoso de la sexualidad y la muerte; y en ese sentido, podemos afirmar que el trabajo en SIDA, como fenómeno nuevo, cayó en buenas manos.

Difícilmente podríamos imaginar otro sector social que hubiese podido iniciar de manera tan expedita y entregada la misión titánica de detener la epidemia. La experiencia real del progreso de la infección por VIH obligó con prontitud, a quienes se empeñaban en combatirlo, a observarlo de manera muy atenta, a analizar con nuevos ojos las causas y consecuencias de esa reciente infección cuyo progreso irreversible desemboca inexorablemente en el deceso de la persona afectada, e imaginar, en consecuencia, novedosas maneras para enfrentarlo.

Conocer el virus, saber cómo se transmite y verse obligado a esperar impotente su desenlace inexorable, hizo que la forma y contenido originales del trabajo de la sociedad civil se vincularan de manera consistente con el abordaje de la sexualidad, la enfermedad y la muerte, con sus consiguientes y amplios apartados de trabajo temático: prevención y atención, dentro de los que se inscribe la totalidad del trabajo no gubernamental. La designación oprobiosa de “grupos de alto riesgo” concitó respuestas discriminatorias, abusos y vejaciones contra las personas afectadas por el virus.

Esto, de inmediato obligó a muchas organizaciones con trabajo en



SIDA, a introducir otro elemento de calidad en sus actividades: la solidaridad con los afectados y las poblaciones satanizadas, así como su línea de trabajo correspondiente, la defensa de los derechos humanos. No obstante, los esfuerzos de prevención del VIH/SIDA se han visto sujetos a la imposición de múltiples tabúes sociales y culturales que impiden, retrasan y obstaculizan un abordaje adecuado y eficaz de la epidemia y, lo más grave, provocan una diseminación mayor del virus al impedir su control.

En apoyo a estas sociedades civiles, se encuentran los equipos de las Naciones Unidas, los cuales continúan ofreciendo apoyo técnico y económico allí donde es pertinente y posible, en áreas cruciales como comunicaciones, información estratégica, desarrollo de políticas, promoción, fomento del liderazgo, seguimiento y evaluación, así como documentación sobre lecciones aprendidas. El ONUSIDA también ha ayudado a mejorar la visibilidad de muchos programas desarrollados localmente, así como de las preocupaciones y necesidades que los sustentan, a fin de que se reconozcan y aborden a nivel mundial.

Las asociaciones efectivas con personas que viven con el VIH y con la sociedad civil en general siguen siendo un principio central del enfoque de los Copatrocinadores y la Secretaría del ONUSIDA. El ONUSIDA pretende reflejar en sus estructuras y procedimientos operativos los valores que abraza y promueve en los países, también en la estructura de gobernanza de la JCP, que incluye representantes de la sociedad civil, que son asociados en pie de igualdad en la toma de decisiones con los Estados Miembros. De allí, que la asociación del ONUSIDA con la sociedad civil, incluidas las poblaciones clave y las personas que viven con el VIH, se basa en los siguientes principios:

- Derechos humanos: un reconocimiento común de los derechos humanos y la igualdad en términos de dignidad y valor de cada individuo y comunidad, así como un compromiso con la consecución de los derechos humanos para todos, incluido el acceso, la igualdad de género y el respeto de los derechos de mujeres y niñas.



- Respuestas éticas basadas en pruebas: todos los procesos, programas y políticas relacionadas con el VIH deben fundamentarse en pruebas y en las normas éticas más elevadas.
- Las personas que viven con el VIH como líderes: de acuerdo con el principio de MPPVS, las personas seropositivas deben participar significativamente en el desarrollo, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas y programas relacionados con el VIH de los gobiernos nacionales y de las Naciones Unidas a nivel nacional, regional y global.
- Asociación real: la sociedad civil se percibe como un asociado real en la respuesta al VIH. No es un “grupo de interés”, un vehículo a través del cual canalizar las actividades, ni un sector que se perciba simplemente como un sector constituyente representativo que necesita la asistencia del ONUSIDA. La sociedad civil es una fuente de visión, resistencia e innovación fundamental para la misión de catalizar una respuesta real, productiva, visionaria, basada en los derechos y sostenible a la epidemia del VIH. Su liderazgo, compromiso y pasión son esenciales.
- Igualdad: el ONUSIDA ve su asociación con la sociedad con la misma importancia que su trabajo con gobiernos nacionales y otros organismos de las Naciones Unidas.
- Apropiación nacional: la prioridad de la apropiación nacional refleja el entendimiento de que la clave del éxito de la respuesta al sida reside a nivel nacional. Para impulsar una apropiación más amplia y mejorar la rendición pública de cuentas, muchos países necesitan más ayuda para liderar sus respuestas y establecer sistemas de responsabilidad que generen un espacio en el que la sociedad civil pueda participar integralmente en el debate y diálogo nacionales sobre la gobernanza de la respuesta, incluida su financiación. Este es especialmente el caso de los países que muestran hostilidad hacia la sociedad civil, en concreto las poblaciones clave, o a aquellos



que han creado obstáculos para la inclusión de las personas que viven con el VIH en las respuestas nacionales. En estos contextos, el ONUSIDA tiene la obligación adicional de definir prácticas óptimas mediante asociaciones, a través de una respuesta institucional que no se base únicamente en los intereses individuales de los empleados.

- Responsabilidad de todo el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el Sida: el deber y la responsabilidad de establecer asociaciones sólidas con la sociedad civil recaen en todos los Copatrocinadores y la Secretaría, tanto en las oficinas nacionales como en los equipos regionales y las sedes mundiales. Aunque varios sectores de empleados (por ejemplo, los asesores sobre asociaciones o los asesores sobre movilización social del ONUSIDA) tienen deberes específicos, trabajar en asociación con la sociedad civil es una responsabilidad común a todos los empleados del programa conjunto.
- Impacto estratégico: las asociaciones se basan en resultados, dependen de objetivos comunes y se centran en una serie de metas claras tal y como se articula en la visión de llegar a cero. Entre estos objetivos está la reducción del estigma y la discriminación; la eliminación de leyes, políticas y prácticas punitivas; la ejecución de estrategias efectivas para abordar los determinantes sociales que subyacen al riesgo y la vulnerabilidad frente al VIH; y la ampliación de los servicios esenciales de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH. Las Naciones Unidas y la sociedad civil deben supervisar si se está avanzando hacia estos objetivos de acuerdo con los indicadores del UBRAF (véase Anexo 6: Indicadores).
- Respeto mutuo, cooperación, transparencia y rendición de cuentas: el ONUSIDA debe reflejar en sus políticas, acciones y enfoques su respeto del papel central que desempeña la sociedad civil y de la participación significativa de las personas que viven con el VIH

en una respuesta efectiva, así como realizar su labor de manera transparente para generar confianza y facilitar la consecución de los mejores resultados posibles. La sociedad civil debe adherirse a los procesos y sistemas que respetan igualmente las funciones y mandatos de la familia de las Naciones Unidas y facilitar que surja una asociación real.

- Reconocimiento de la autonomía y diversidad de la sociedad civil: la sociedad civil tiene derecho a designar y determinar sus propios líderes, representantes y portavoces. El ONUSIDA debería ampliar sus esfuerzos de colaboración en la medida de lo posible, prestando especial atención a los representantes de poblaciones clave y a aquellos que han sido excluidos de los procesos oficiales.
- Complementariedad y rentabilidad: las asociaciones deben establecerse de acuerdo con las ventajas comparativas de cada asociado para que el trabajo de unos complemente las aportaciones de otros. Las asociaciones efectivas son sinérgicas y generan adicionalidad. Colaborando consiguen ser eficientes en su alcance y coste.

## **PACIENTES NIÑOS Y NIÑAS CON VIH**

Uno de los desafíos más trágicos y difíciles que plantea la epidemia de sida es el número creciente de niños y niñas que han perdido a sus progenitores o aquellos cuyas vidas no volverán a ser las mismas, debido a la enfermedad. Se estima que en el 2016, el número de niños huérfanos por causa del SIDA podría superar los 25 millones. No hay nada que pueda hacer desaparecer el dolor que estos niños y niñas han sufrido ya. Sin embargo, un cambio consciente en nuestras atenciones y nuestros esfuerzos puede contribuir a aliviar el sufrimiento que muchos de ellos soportan, y a proporcionarles unas perspectivas mejores de futuro.

Por consiguiente, la mayoría de los niños huérfanos por culpa del SIDA

viven en países en desarrollo, en su mayor parte (82%) en el África subsahariana. A medida que la infección se propaga, el número de niños que han perdido a sus progenitores debido al SIDA comienza a crecer también en otras regiones, por ejemplo en Asia, América Latina y el Caribe, y Europa oriental. En una situación de empobrecimiento y a menudo sin progenitores que los eduquen y los protejan, los huérfanos y los niños vulnerables se enfrentan a un riesgo creciente de abuso y de infección por VIH. Muchos de ellos se ven obligados a realizar tareas peligrosas y sufren explotación sexual a cambio de dinero, protección, vivienda o alimentos.

La mayor parte de los niños con VIH adquieren la infección a través de su madre, lo cual puede ocurrir durante el embarazo, parto o la lactancia materna. Sin la aplicación de ninguna intervención durante estos tres períodos las tasas de Transmisión Materno Infantil (TMI) del VIH pueden variar entre un 15% y un 30%, siempre y cuando se use lactancia artificial, pero con lactancia materna prolongada estas tasas pueden alcanzar valores tan altos como un 30% a un 45%.

Sin embargo la Transmisión Materno Infantil TMI puede ser reducida hasta en un 2% o aún menos si se usan intervenciones intensivas que incluyan antirretrovirales, intervenciones obstétricas como la cesárea electiva a las 38 semanas y el uso exclusivo de lactancia artificial. El tratamiento a la mujer embarazada debe considerar dos aspectos fundamentales:

- El cuidado a la propia salud de la mujer.
- La reducción de la TMI.

Por lo tanto la selección de los antiretrovirales deberá tener en cuenta ambos

aspectos tratando siempre de no producir daños ni en la salud de la madre ni en el feto. Deben considerarse los efectos dañinos potenciales sobre ambos, incluyendo posibles efectos teratogénicos, alteración del curso normal del embarazo como parto pre-término y crecimiento intrauterino

retardado. Aunque estudios recientes presentan evidencia de que estos riesgos no son grandes, deben de todas formas tenerse en cuenta.

De un 30-60% de los niños que se infectan por vía materna tienen niveles de virus detectables en sangre (por carga viral) dentro de las 48 horas de nacidos, indicando que la infección puede haber ocurrido durante su desarrollo intrauterino. Aproximadamente el 90% de los niños infectados presentarán marcadores virales a los 12-30 días de infección y casi el 100% entre los 30 y 90 días de nacido. Los patrones de carga viral son diferentes en los niños infectados perinatalmente si se comparan con los de los adultos.

Los niños infectados generalmente presentan una carga viral que se mantiene con valores altos durante más tiempo que en los adultos hasta alrededor del primer año de vida. Luego comienza un lento decrecimiento pero raramente llega a ser indetectable de forma espontánea. Desde que se detectó el primer caso de sida en 1985, se han implementado programas de prevención del VIH/sida con un componente de atención materno-infantil para disminuir la transmisión vertical (infección del niño durante el embarazo). Esta estrategia incluye los tratamientos antirretrovirales a la madre y los infantes que lo requieran, técnica de reacción en cadena de la polimerasa a los 15 días de nacido y atención especial a la familia

Cuidado de los niños que viven con EL VIH/SIDA: Una secuela de SIDA en los niños es la desnutrición. Por ello, estos infantes pueden presentar las siguientes características:

- Pueden presentar: pérdida de peso, deficiencia de micronutrientes y vitaminas. Por ello, su alimentación tiene que ser equilibrada.
- Los niños son más propensos a los parásitos y a las bacterias de los alimentos y del agua, por lo que es necesario seguir estrictamente normas seguras al comprar, cocinar y almacenar alimentos.
- Una dieta adecuada y un estilo de vida saludable deben formar parte

del tratamiento de estos niños, desde los primeros meses de la vida.

- En la familia se debe estimular el consumo de frutas, verduras y alimentos frescos preparados en casa.
- Permitirle al niño/a con VIH participar en la preparación y selección de sus alimentos, puede darle mucha confianza y aumentar el apetito.

### **Plan**

- Evaluar el estado inmunológico del menor e iniciar tratamiento lo más precozmente posible.
- Mantener el acompañamiento conforme al calendario de consultas de rutina de los niños hasta los 2 años y 2 veces al año para los > 2 años.
- Ofrecer soporte al niño y a su familia.
- Apoyar a la familia en el momento de la decisión de informar al niño sobre su diagnóstico, manteniendo comunicación con el servicio especializado.
- Ofrecer informaciones precisas sobre la enfermedad, de acuerdo a lo que va preguntando el niño y siempre en presencia de sus padres o tutores.

Advertir acerca de la aparición de signos y síntomas de infecciones oportunistas y de los efectos adversos de la terapia antirretroviral.



## **Calendario de Vacunación del niño con VIH**

Los niños infectados por VIH tienen mayor riesgo de presentar enfermedades infecciosas prevenibles por vacunas, incluso recibiendo la terapia antiretroviral. La respuesta a la vacuna es imprevisible incluso en aquellos con recuento de CD4 normales. Las vacunas en general son bien toleradas y confieren protección, sin embargo las vacunas a virus o bacterias vivas se han asociado con riesgo de enfermedad diseminada y no se recomiendan en niños con inmunodeficiencia establecida (BCG, triple viral). Vacunas que deben ser ofrecidas de rutina a todos los niños con VIH, de acuerdo al esquema nacional

- Difteria, tétanos, pertussis (DPT).
- *Hæmophilus influenzae* tipo b.

Vacunas que deben ser ofrecidas de rutina a todos los Niños con VIH, con consideraciones según su estado Inmunológico

Sarampión, rubeola y parotiditis: la vacuna debe ser suministrada a todos, excepto cuando están gravemente inmunocomprometidos, debe administrarse a la edad más temprana posible, según el esquema nacional

Poliomielitis oral: debe administrarse a todos los niños VIH positivos no sintomáticos. En los sintomáticos debe utilizarse la vacuna anti poliomielitis inyectable.

Hepatitis B: son seguras y se recomienda según el esquema nacional. Sin embargo la respuesta inmunitaria puede ser deficiente por lo que requerirá mayor dosificación, aunque no se conoce la dosificación definitiva.

## **Tratamiento farmacológico**

Al igual que en el adulto, la decisión de tratamiento debe ser tomada en

conjunto entre el niño y su responsable y el personal de salud. La evaluación inicial puede ser realizada en cualquier centro o unidad de atención, pero los estudios complementarios y la evaluación más personalizada debe ser guiada hacia un centro de referencia. El ESF debe tener conocimientos acerca de la terapia, efectos colaterales y estimular la adherencia al tratamiento y evacuando las dudas que puedan surgir.

El objetivo del tratamiento es reducir:

- Mortalidad.
- Progresión a sida.
- Progresión a sida o muerte.
- Cáncer no definitorio de sida.
- Eventos graves no sida.

Así también, se consideran como objetivos del tratamiento, mejorar:

- Aumento de CD4
- Supresión viral
- El tratamiento debe evitar
- Fracaso o rebrote
- Efectos adversos graves y anormalidades del laboratorio

Para los niños también está recomendada la terapia triple, nunca monodroga excepto en profilaxis en las primeras 6 semanas de vida. Se recomienda la secuenciación de drogas, a fin de mantener las opciones futuras de tratamiento. Múltiples cambios de antiretrovirales, hacen que disminuyan las opciones de tratamiento.



## PACIENTES JÓVENES Y ADOLESCENTES CON VIH

Datos preliminares publicados en el informe ONUSIDA 2017 ponen de manifiesto cambios positivos en el comportamiento de riesgo entre los jóvenes de algunos de los países más afectados por la epidemia (Botswana, Camerún, Chad, Haití, Kenya, Malawi, Togo, Zambia y Zimbabwe). Estas tendencias señalan definitivamente que los esfuerzos de prevención están teniendo efecto positivo.

En Cuba por ejemplo, se han obtenido datos en los últimos años que motivan a reflexionar sobre la necesidad de una educación sexual orientada hacia los valores morales y espirituales sobre los que descansa el comportamiento sexual de los jóvenes cubanos. Al indagar sobre la vida en pareja en la secundaria básica, se comprobó que cerca de la cuarta parte de los estudiantes de secundaria ha iniciado su vida sexual activa, más en 9no. grado que en 7mo., y más los muchachos que las muchachas.

En comparación con estudios anteriores, parece ser que hay una postergación del inicio de las relaciones sexuales, pero aún la mayoría no usan condón, aunque conocen sobre su uso. La mayoría de los estudiantes de nivel medio y superior encuestados acepta o desea que se mantenga la fidelidad a la pareja, pero ven natural que un hombre “provocado” tenga otra relación sexual cuando se le presenta la ocasión. En tal caso, la sexualidad, como dimensión humana, debe ser objeto de un proceso educativo donde la información, la formación y el desarrollo de valores en materia sexual, brinden a los jóvenes elementos necesarios para asumir actitudes positivas y responsables, considerando que la decisión de comenzar relaciones sexuales durante la adolescencia no debe ser tomada a la ligera; por ello, es muy importante que padres, maestros y otros profesionales, les aseguren el acceso a información y recursos preventivos que los preparen para poder tomar decisiones acertadas



## PACIENTES MUJERES CON VIH

En estos tiempos, todas las personas se encuentran expuestas al VIH/SIDA. Es importante saber que las características biológicas del cuerpo femenino, por una parte, y el ambiente sociocultural por otra, hacen que las mujeres estén más expuestas al contagio que los hombres. Biológicamente hablando, el semen contiene más VIH que los fluidos vaginales; permanece más tiempo en la vagina y el tracto rectal que las secreciones vaginales en el pene; las adolescentes y adultas post menopaúsicas tienen la mucosa vaginal más permeable al VIH; los desgarros y sangramientos durante la relación sexual multiplican los riesgos de infección; las ITS, muchas veces sin síntomas en la mujer, facilitan la transmisión del virus.

Por otra parte, los roles pasivos asignados y asumidos en las parejas, los prejuicios y mitos acerca de la sexualidad, que condicionan lo que significa ser una “mujer decente”, las coloca en condiciones de vulnerabilidad. Tradicionalmente, las mujeres han sido educadas en función del goce masculino y temen exigir una relación sexual con responsabilidad; se asume que la mujer debe entregarse a un hombre que la “cuide y la represente” y por lo tanto, las decisiones masculinas no son cuestionadas, y menos, el uso del condón en una “relación sexual estable”.

Otro gran problema que enfrenta la mujer, es la violencia en todas sus manifestaciones, particularmente la sexual. La mujer, cuando se expone a la infección, no solo pone en riesgo su salud. Puede quedar embarazada y comprometer a su descendencia también. Una embarazada con VIH es más vulnerable a enfermedades o infecciones oportunistas. Si cumple las indicaciones médicas estrictamente, puede reducir a un 5% la posibilidad de transmitirle el virus a su hijo, pero aún así, estos pequeños quedarán huérfanos tempranamente y en muchos casos, quedan expuestos a la discriminación, el estigma y el abuso.

Según la OMS cada vez más mujeres contraen el VIH, y no sólo debido a relaciones fortuitas y desprotegidas, sino también como resultado de vínculos estables, lo que significa que pueden ser infectadas por sus propios



esposos y novios. Todo eso obliga a extremar las medidas de protección y autocuidado; de allí, que la mujer debe aprender a decir que NO, a no tolerar el acoso ni la violencia, a no limitarse al pedir ayuda y apoyo, a exigir responsabilidad.

## **PACIENTES BISEXUALES Y HOMOSEXUALES CON VIH**

Dicho de una relación erótica que tiene lugar entre individuos del mismo sexo. Este es el concepto de homosexual para la Real Academia Española. La OPS utiliza la expresión hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) en el marco de la vigilancia epidemiológica y principalmente para referirse a la repercusión de la epidemia en dicho grupo. Sin embargo, utiliza la expresión hombres homosexuales para referirse a las personas cuya orientación e identidad es homosexual, incluidos GAYS y TRANSEXUALES. El estigma y la discriminación son fenómenos que afectan a las personas y los grupos de personas con una identidad conocida, en este caso las diferentes comunidades de hombres cuya orientación homosexual es pública. No afectan, salvo indirectamente, a otros grupos de HSH.

Aunque la creación de la sigla HSH ha resultado extremadamente importante, también ha generado confusión en la terminología necesaria para abordar la cuestión de la epidemia. Algunas personas utilizan ahora HSH como sinónimo de hombre homosexual, suponiendo que este es un término menos estigmatizante. Algunos incluso utilizan la sigla HSH para dirigirse a los hombres homosexuales en los proyectos de prevención. Ambas prácticas son inadecuadas. Aunque es cierto que no todos los HSH se identifican a sí mismos como hombres homosexuales, la mayoría de ellos no se identifican tampoco con el término HSH. Ambos términos son etiquetas y las etiquetas pueden asimilarse o, con mucha frecuencia, rechazarse.

Ser homosexual, bisexual, transexual o travesti no es una enfermedad, no es sinónimo de perversidad ni constituye delito alguno. No tienen su origen en la seducción a ninguna edad, no son contagiosas ni adquiridas por defectos educativos ni por malos ejemplos en el medio familiar. Son



formas de expresión de la Diversidad Sexual, como lo es también la heterosexualidad. Por consiguiente, Homosexual es la persona que siente atracción sexual fundamentalmente por otras personas del mismo sexo. Bisexual es la atracción sexual por personas de ambos sexos o persona que tiene relaciones sexuales con ambos sexos.

A los homosexuales mundialmente se les identifica con la palabra gay, que en inglés significa alegre, divertido. A las mujeres con esta orientación se les conoce como lesbianas, por la isla de Lesbos, donde la poetisa griega Safo cantó a la belleza femenina. Nadie sabe exactamente cómo la homosexualidad entró en la historia humana. Las prácticas relacionadas con la atracción erótica entre personas del mismo género han estado presentes desde el amanecer de la humanidad. Los registros más tempranos de conducta homosexual parecen encontrarse en las prácticas religiosas paganas de la antigüedad, pues incluían prácticas homosexuales en el culto a determinados dioses.

## **HOMBRES HETEROSEXUALES CON VIH**

La infección por VIH entró y se extendió en Norteamérica desde finales de los setenta y principios de los ochenta. Las vías de transmisión predominantes han sido las relaciones homosexuales entre hombres y el consumo de drogas inyectadas. La prevalencia de infección en los colectivos con dichas conductas de riesgo se ha alcanzado tasas muy elevadas, mientras que el resto de la población está poco afectado. Los programas de prevención han ido reduciendo la transmisión del VIH, y la extensión de los tratamientos antirretrovíricos de alta actividad ha ocasionado descensos importantes en la incidencia y mortalidad por SIDA. En los Estados Unidos este efecto ha sido muy pronunciado en hombres homosexuales y en personas de raza blanca; sin embargo, en negros e hispanos, debido al peor acceso a los programas de prevención y a la asistencia sanitaria, la incidencia de SIDA ha seguido aumentando.



Durante los últimos años, la proporción de casos de SIDA atribuibles al uso de drogas inyectables ha disminuido mientras que la proporción de casos atribuibles a la transmisión heterosexual ha aumentado. Del 2010 al 2017, el número de casos de SIDA diagnosticados anualmente que se atribuyen al contacto heterosexual ha aumentado en un 18 por ciento entre las mujeres y en un 24 por ciento entre los hombres. En el 2016, los hombres que tuvieron sexo con otros hombres y aquellos expuestos a través del contacto heterosexual, en conjunto, alcanzaron aproximadamente un 77 por ciento del total de casos de SIDA diagnosticados ese año, con alrededor de un 46 por ciento de casos totales correspondientes a hombres que tuvieron sexo con otros hombres.

En el año 2016 fueron notificados 7.353 nuevos diagnósticos de infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en países latinoamericanos.. La mayoría de estos nuevos diagnósticos fueron en hombres heterosexuales (83,9 por ciento) con una media de edad de 36 años y la vía de transmisión más frecuente, la sexual. Estos datos han sido expuestos en el XI Congreso Nacional de Gesida (Grupo de Estudio del SIDA de la Sociedad Interamericana de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica), finalizada el 1 de diciembre de 2017, coincidiendo con el Día Mundial del SIDA.

## **PACIENTES ADULTOS MAYORES CON VIH**

Desde su surgimiento hace más de tres décadas, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) apareció cargado de estigmas en relación a las personas viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Inicialmente estaba asociado a determinados grupos sociales como hombres homosexuales, usuarios/as de drogas inyectables y trabajadores/as sexuales. A largo del tiempo se diseminó globalmente alcanzando a individuos sin distinción de edad o sexo.

Desde 1990 hasta 2005 se multiplicó por 7 el número de casos de VIH



en este grupo etario a nivel mundial y representa 15% de los nuevos diagnósticos de VIH/Sida según cifras de la ONU. Datos del Ministerio de Salud muestran que la tasa de personas diagnosticadas de sida entre los 60 y los 69 años en América Latina aumentó de 3,1 casos por cada 100.000 habitantes entre 1987 a 1991, a 15,8 casos por cada 100 entre 2010 y 2015. De un total de 26.740 personas notificados por VIH/SIDA a diciembre de 2017, 755 corresponde a personas mayores de 60 años.

Estas cifras, revelan que los mayores tienen una vida sexual más activa y diversa que lo que se suele creer, pero también desde un punto de vista histórico, no han sido grupo objetivo de campañas de prevención ni de la cultura del sexo protegido durante su juventud o adultez media y con menor probabilidad en la vejez. Esto los convierte en un grupo de alto riesgo frente al VIH donde además las mujeres se encuentran más vulnerables a partir de las condiciones culturales que han condicionado su salud sexual.

Cualquier persona puede contraer la infección por el VIH, incluso un adulto mayor. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), en el 2015, aproximadamente 47% de los estadounidenses con diagnóstico de infección por el VIH fueron mayores de 50 años.

Datos emanados por la Organización Mundial de la Salud afirman que, el número de adultos mayores VIH-positivos va en aumento en el mundo entero por las razones siguientes:

- Muchas personas a quienes se les diagnosticó la infección por el VIH cuando eran más jóvenes están envejeciendo. El tratamiento durante toda la vida con medicamentos contra el VIH (llamado tratamiento antirretroviral o TAR) ayuda a esas personas a tener una vida más larga y sana.
- Anualmente, miles de personas mayores reciben un diagnóstico de infección por el VIH.



Si bien el perfil de los portadores de esta enfermedad se fue ampliando, haciéndolo cada vez más joven a la vez que más adulto, datos de la Organización Panamericana de la Salud señalan que “la epidemia de VIH en la región latinoamericana afecta de manera desproporcionada a ciertas subpoblaciones, incluidos hombres GAYS y hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), mujeres transgénero y trabajadores sexuales. En América Latina, estos tres grupos de poblaciones clave representan aproximadamente la mitad de las nuevas infecciones en 2018.

Los casos de personas mayores con VIH aumentan cada año, por los siguientes motivos:

- La creciente disponibilidad de farmacoterapia que facilita las relaciones sexuales, en términos de función genital tanto para mujeres como hombres.
- Si bien visitan al doctor con mayor frecuencia, las personas mayores suelen hablar menos sobre su vida sexual o sobre uso de drogas.
- Los equipos de salud preguntan menos sobre estos temas a sus pacientes en la adultez media y en la adultez mayor.
- Los equipos de salud usualmente no solicitan el testeo del estado de VIH a personas mayores, y las personas mayores pueden confundir síntomas de VIH como parte de una alteración de salud que atribuyen al envejecimiento normal.
- Las personas mayores pueden tener menos conciencia de sus riesgos de infección que las personas jóvenes, creyendo que el VIH no es un riesgo para sus pares etarios.
- Persisten estereotipos que representan la vejez como una etapa asexual y sin riesgos comparables a la juventud. Lo que determina que las personas mayores sean excluidas de las políticas de educación y prevención en salud sexual.

- En el caso de personas mayores que viven con VIH, existen desafíos particulares en la prevención de otras enfermedades, ya que pueden tener mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, osteoporosis, y ciertos cánceres.
- La sexualidad en la vejez continúa siendo un tema oculto. Es muy importante hacer visibles éstas y otras situaciones por las implicancias que tienen para la salud y el bienestar de las personas mayores.

En cuanto al tratamiento, se debe destacar que, las prescripciones médicas con medicamentos contra el VIH se recomienda para todas las personas seropositivas. No hay recomendaciones específicas para el tratamiento de la infección por el VIH en los adultos mayores. Al igual que cualquier persona seropositiva, la selección de un régimen de tratamiento contra el VIH para un adulto mayor se basa en las necesidades individuales de cada persona.

Sin embargo, factores relacionados con la edad pueden complicar el tratamiento del VIH en adultos mayores.

- La función del hígado y de los riñones se reduce con la edad. Eso puede hacer más difícil que el cuerpo asimile los medicamentos contra la infección por el VIH y aumentar el riesgo de efectos secundarios.
- Los adultos mayores seropositivos pueden tener otras afecciones, como la diabetes y enfermedades del corazón, que pueden hacer más difícil manejar la infección por el VIH. Además, la infección por el VIH puede afectar el proceso de envejecimiento e intensificar el riesgo de trastornos relacionados con la edad, como demencia, pérdida de la densidad ósea y algunos tipos de cáncer. El uso simultáneo de medicamentos contra la infección por el VIH y contra otras afecciones puede aumentar el riesgo de interacciones

de los medicamentos y de efectos secundarios.

- Es posible que el sistema inmunitario no se recupere tan bien ni tan rápido en los adultos mayores que toman medicamentos contra el VIH comparado con las personas más jóvenes.

## **ATENCIÓN DE POBLACIONES INDÍGENAS CON VIH**

El tema del VIH–Sida en pueblos indígenas se ha abierto paso muy lentamente durante la última década de mano de activistas que luchan contra el Sida y de académicos, indígenas y no indígenas. Las dificultades para visualizar el impacto de la epidemia en los pueblos originales y para instrumentar políticas públicas dirigidas específicamente a esta población son, principalmente, de orden ideológico y parecen afectar en mayor o menor medida a distintos actores sociales y gubernamentales.

Las representaciones dominantes de la epidemia del VIH–SIDA, de la sexualidad y de los pueblos indígenas se confabulan para provocar una parálisis que tiene saldos de sufrimiento y muerte: el VIH y el SIDA como problemas de la “modernidad” o de homosexuales y trabajadoras sexuales; las relaciones homosexuales como prácticas acotadas en identidades fijas y estereotipadas; los pueblos indígenas como habitantes de regiones alejadas e inaccesibles, poseedores de una sexualidad “natural”, léase heterosexual.

Éstos son algunos ideologemas racistas, heterosexistas y homofóbicos que han impedido verlos como sujetos que ya son afectados por la epidemia. En ocasiones, las formas de invisibilización ocurren por no entender la especificidad de la condición indígena, como una condición irreductible a la clase, a la ruralidad o al estatus migratorio. Es cierto que muchos indígenas todavía habitan en regiones de refugio, pero otros tantos se mueven de manera temporal, cíclica o permanente a zonas cercanas o lejanas, urbanas o rurales, e incluso migran fuera de sus países de origen para



sobrevivir a las condiciones de pobreza y de exclusión que les han sido impuestas.

En esos procesos migratorios interactúan con otras personas, indígenas o no, trabajan, mantienen relaciones sexuales con personas de su mismo y de otro sexo, aman, sufren, luchan, padecen distintas formas de discriminación y exclusión el racismo, el clasismo, la homofobia, la misoginia, la xenofobia, el regionalismo, se enferman y, a veces, en esas condiciones regresan a sus lejanas comunidades de origen a morir como consecuencia del SIDA.

En virtud de esta situación, se considera necesario implementar programas y lineamientos dirigidos a generar conocimientos sobre este fenómeno y destacar que el impacto cuantitativo de la epidemia de VIH–SIDA en los pueblos indígenas del continente americano sigue siendo un misterio. En ninguno de nuestros países se encuentran las cifras desagregadas por pertenencia étnica, porque los formatos para registrar los casos no consideran esta dimensión de la identidad.

La ausencia de cifras no parece causar extrañeza entre los funcionarios de salud, quienes, sin ningún argumento sólido, simplemente suponen que la prevalencia es muy baja. Esto se convierte paradójicamente en un argumento para no implementar políticas públicas específicas: si o á no hay datos, luego entonces no es un problema de salud importante. Así, los pueblos indígenas han sido borrados de la epidemia del VIH–SIDA en el papel, porque previamente han sido excluidos en la mente de quienes diseñan y deciden los contenidos y objetivos de las políticas públicas en la materia. El objetivo político de no preguntar sobre la pertenencia étnica para no discriminar se torna paradójicamente en un aliciente para la discriminación desde el Estado.

Desde esta perspectiva, es necesario producir conocimientos, revelar los testimonios, circular la información disponible, por limitada y focalizada que pueda ser, ya que son actividades de primera importancia. La ignorancia sobre el desarrollo del VIH–SIDA en los pueblos indígenas no



debe ser un argumento válido para no actuar.

Los resultados de dos pre conferencias internacionales sobre pueblos indios, originarios y afro descendientes: VIH-SIDA, Las Sexualidades y los Derechos Humanos, realizadas en Canadá y México ofrecen datos importantes, como los son:

1) En el continente americano existe un verdadero desinterés por parte del sector gubernamental respecto del problema, lo que condena a los pueblos originarios indígenas a la falta de reconocimiento. Debido a ello, no hay políticas públicas de prevención, atención ni defensoría de los derechos humanos en la materia y, por ende, no son sujetos de intervención.

2) Hay pocos trabajos de investigación que permitan conocer sobre el ejercicio de la sexualidad, la diversidad amorosa y sexual, la homofobia, la misoginia, el estigma y la discriminación al interior de los diferentes grupos indígenas del continente y en qué medida los comportamientos inciden o dificultan la prevención. Algunos estudios apuntan a la desinformación y desconocimiento respecto del cuerpo, la sexualidad, la epidemia, las formas de transmisión, sus riesgos, la prevención y como consecuencia una baja percepción del riesgo.

Tampoco hay un diálogo intergeneracional sobre sexualidad, prevención de embarazos o VIH-SIDA. Al mismo tiempo, las relaciones sexuales entre varones son comunes en las comunidades de origen, en particular durante la infancia y la pubertad, y es igualmente común que estas relaciones ocurran con hombres mayores migrantes a zonas urbanas con altos índices de prevalencia y sin uso de preservativo.

También se destacan las actitudes homofóbicas que obligan a los hombres que tienen relaciones con otros hombres a migrar para no ser víctimas de discriminación, lo que implica para muchos la pérdida de sus lazos familiares, comunales y de pertenencia. Por todo esto, la situación de los pueblos indígenas frente a la epidemia es compleja y difícil de diagnosticar



debido a la diversidad de factores que la atraviesan y por el hecho de no haberse concebido la relación del VIH–SIDA y los pueblos indios como un fenómeno relevante en el panorama del continente, más aun cuando no se cuenta con informaciones, datos e investigaciones completas.

Finalmente, es de gran valor resaltar que en los pueblos indígenas se requiere información, orientación y capacitación respecto del VIH–SIDA. Asimismo, es urgente introducir la discusión y revisión amplia de conceptos como salud, género, sexualidad, enfermedad y el de la propia vida, a fin de enfrentar eficazmente el desafío que plantea el problema. No es una tarea fácil pero seguramente enriquecerá el diálogo interno sobre lo que significa la tradición.

### **Consideraciones Generales de Especificidades en los grupos de Pacientes de VIH**

1.- Entre las funciones y propósitos de ONUSIDA se encuentra eliminar las desigualdades, la violencia y los abusos basados en el género y capacitar a mujeres y niñas para que se protejan del VIH. Los empleados del ONUSIDA en los países deberían: Facilitar un proceso consultivo con las partes interesadas a nivel nacional, incluida la sociedad civil (y, en particular, las redes de mujeres que viven con el VIH) sobre acciones prioritarias que consigan beneficios para mujeres y niñas. Facilitar el lanzamiento a nivel nacional de la agenda del ONUSIDA para mujeres y niñas y supervisar su progreso y ejecución.

2.- Analizar las deficiencias en los datos disponibles y encargar más estudios si fuera necesario. Respaldar el fomento de las capacidades de asociados nacionales, incluidos los MCP, los Consejos Nacionales del Sida, etc., sobre cuestiones de género y VIH o violencia contra la mujer y VIH, idealmente en colaboración con asociados como ONU Mujeres, el UNFPA, el PNUD, etc. Promover programas para abordar las necesidades y vulnerabilidades relacionadas con el VIH a las que se enfrentan mujeres y

niñas.

3.- Promover la integración de los grupos de mujeres (como redes de mujeres que viven con el VIH y defensores de los derechos de la mujer) en la respuesta nacional. Apoyar a los grupos de la sociedad civil para que comprendan y respondan mejor a las necesidades relacionadas con el VIH de mujeres y niñas y a la violencia contra la mujer, y que defiendan y pidan responsabilidades a los gobiernos con relación al cumplimiento de sus derechos. Trabajar con la sociedad civil para promover amplios movimientos sociales contra el estigma y la discriminación que sufren mujeres y niñas y avanzar en sus derechos

4.- Capacitar a los jóvenes para que se protejan del VIH Los empleados del ONUSIDA en los países deberían: Identificar redes y organizaciones de jóvenes que viven con el VIH, jóvenes representantes de poblaciones clave y organizaciones lideradas por jóvenes, para movilizarlos en la prevención del VIH y conseguir que se sitúen en el centro de la respuesta. Actuar como intermediarios para fortalecer o crear estructuras y programas que permitan a los jóvenes ejercer su derecho a participar en las decisiones que los afectan.

5.- Fomentar la capacidad de las organizaciones dirigidas por jóvenes y de aquellas a su servicio para crear y fortalecer movimientos juveniles en los países. Establecer asociaciones sólidas con la sociedad civil para mejorar el acceso a la educación sobre el VIH y la sexualidad y a servicios de calidad adaptados para los jóvenes. Fomentar la capacidad de las organizaciones de jóvenes y de la sociedad civil para que participen de forma significativa en el diseño, la planificación, la formulación de políticas, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las actividades de prevención del VIH a nivel nacional. Promover la difusión de mensajes de prevención a los jóvenes mediante el uso de redes sociales como Twitter y Facebook.

6.- Capacitar a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, a los profesionales del sexo y a las personas transgénero para que se protejan a sí mismos y a sus parejas de la infección por el VIH y accedan integral-



mente al tratamiento antirretrovírico Los empleados del ONUSIDA en los países deberían:

- Promover, junto con asociados nacionales (incluido el gobierno y organizaciones donantes e internacionales) la intermediación en asociaciones sólidas que defiendan una prestación integral de servicios y la protección legal de las poblaciones clave.
- Ayudar a las poblaciones clave y a sus redes a que promuevan el acceso a servicios adecuados a sus necesidades.
- Respaldar la participación de las poblaciones clave en la formulación de políticas, planificación, ejecución de programas, seguimiento y evaluación de los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH.
- Defender la derogación de leyes punitivas que impiden que las poblaciones clave accedan a servicios esenciales y vean satisfechos sus derechos.
- Respaldar la participación de las poblaciones clave en la formulación de políticas, planificación, ejecución de programas, seguimiento y evaluación de los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH.

# GLOSARIO DE TÉRMINOS

## RETOS Y PERSPECTIVAS DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES VIH







**ADHESIÓN (ADHERENCIA) AL TRATAMIENTO:** es el grado de cumplimiento por parte del paciente de las indicaciones médicas en términos de ingesta de medicamentos, seguimiento de dietas, logro de cambios en estilos de vida, etc. Implica una activa y voluntaria colaboración con el plan de cuidado de la salud e incorpora las creencias y actitudes del paciente como factores relevantes a ser tomados en cuenta

**ARV: (ANTIRRETROVIRAL)** medicamento que impide la multiplicación y el crecimiento de los virus como el VIH en la sangre.

**ASINTOMÁTICO:** sin síntomas y/o sin signos evidentes de una enfermedad.

**CVP (CARGA VIRAL PLASMÁTICA):** cantidad del virus presente por mililitro de sangre.

**CÉLULA CD4:** es un tipo de glóbulo blanco que trabaja en conjunto con otras Células del sistema inmunológico para combatir distintas enfermedades y defender al organismo.

**CONSEJERÍA:** conjunto de actividades confidenciales que buscan la adecuada preparación de una persona con respecto a sus conocimientos, prácticas y conductas de riesgo y de protección, antes y después de la realización de pruebas diagnósticas, que le permitan al asesorado la toma de decisiones informadas relacionadas con esas pruebas.

**CMV (CITOMEGALOVIRUS):** virus que produce infecciones en personas con SIDA y en otras personas con defensas bajas. Las infecciones del CMV pueden ocurrir sin síntomas o pueden parecerse a los síntomas de la gripe: dolor, fiebre, leve dolor de garganta, debilidad o ganglios inflamados.

**EFFECTOS ADVERSOS:** se refiere a efectos negativos o no deseados de un medicamento, tales como: dolor de cabeza, estomago, nauseas, coloración rojiza de la piel o daño al hígado.



**ENFERMEDAD INDICATIVA DEL SIDA:** Cualquier enfermedad relacionada con el VIH incluida en la lista de criterios de diagnóstico del sida preparada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Estas afecciones incluyen infecciones oportunistas y varias clases de cáncer potencialmente mortales para una persona con el VIH.

**CARGA VIRAL INDETECTABLE O NO DETECTABLE:** significa que el número de copias del VIH en la sangre o carga viral es tan bajo que no se puede medir en los análisis de sangre, lo que no quiere decir que el virus haya desaparecido y que no se pueda seguir contagiando.

**FRACASO TERAPÉUTICO:** Situación en la cual un régimen de medicamentos antirretrovirales no permite controlar la infección por el VIH. El fracaso terapéutico puede ser clínico, inmunitario o virológico o puede consistir en un conjunto de esas tres modalidades. Los factores que pueden contribuir al fracaso terapéutico incluyen farmacorresistencia, farmacotoxicidad o inobservancia del tratamiento.

**IO (INFECCIONES OPORTUNISTAS):** enfermedades provocadas por bacterias, hongos y virus, las mismas pueden estar en estado latente o ser una nueva infección, que aparecen cuando disminuyen los linfocitos T CD4

**PROFILAXIS PARA IO:** consiste en tomar medicamentos para evitar tener una infección o una recaída de la misma.

**PRUEBA DE LA CARGA VIRAL (CV):** Prueba de laboratorio que mide la concentración del VIH en una muestra de sangre. Los resultados se notifican como el número de copias de ARN del VIH por milímetro de sangre. Entre los ejemplos de pruebas de la carga viral están la prueba cuantitativa de ADN ramificado, la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa y la prueba cualitativa de amplificación mediada por transcripción. Las pruebas de la carga viral se emplean para diagnosticar la infección aguda por el VIH, guiar las posibilidades de selección del tratamiento y vigilar la respuesta al tratamiento antirretroviral

**PVVS:** Personas que viven con Virus de la Inmunodeficiencia Humana o el SIDA.

**RESISTENCIA:** cuando un tratamiento que funcionó en un primer momento deja de funcionar, debido a cambios en el virus que puede ser por falta de adherencia al tratamiento.

**RECUESTO CD4:** Análisis de laboratorio empleado para medir el número de linfocitos (células) T CD4 en una muestra de sangre. En las personas con el VIH, es el indicador más importante de la función inmunitaria empleado en el laboratorio y la mejor prueba diagnóstica de la evolución del VIH. Es uno de los factores empleados para determinar cuándo se debe comenzar el tratamiento antirretroviral. También se emplea para vigilar la respuesta a este último.

**SIDA:** Es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, que es la etapa avanzada de la infección por

**SISTEMA INMUNOLÓGICO:** es el mecanismo de defensa del cuerpo contra las infecciones. Las células CD4 forman parte del sistema inmunológico.

**TB (TUBERCULOSIS):** infección bacteriana causada por *Mycobacterium tuberculosis*, pudiendo afectar cualquier órgano del cuerpo.

**VIH:** Es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, un virus que disminuye las defensas de nuestro organismo, dejándonos expuestos a adquirir cualquier enfermedad.

**VIRUS:** el agente infeccioso más pequeño que se conoce.

**SÍNDROME RETROVIRAL AGUDO:** Síntomas de infección aguda por el VIH similares a los de la influenza que pueden aparecer aproximadamente de 2 a 4 semanas después de la infección. Los síntomas como fiebre, dolor de cabeza, fatiga e inflamación de los ganglios linfáticos, pue-



den durar desde unos días hasta 4 semanas y luego desaparecer. Durante la fase aguda de la infección por el VIH, muchas personas, no todas, tendrán síntomas del síndrome retroviral agudo.

**NEOPLASIA/S:** tumor/es o cáncer/es.

**EPIDEMIA:** ocurre cuando una enfermedad infecciosa afecta a un gran número de personas de una población.

**DIAGNÓSTICO:** procedimiento y exámenes a seguir, por los cuales se identifica una enfermedad.

**PROTOCOLO:** conjunto de reglas y lineamientos a seguir para alcanzar determinado objetivo.

**TRANSEXUAL:** Se aplica a la persona que identifica con el género opuesto a su sexo biológico, adapta o intenta adaptar su anatomía y su comportamiento a ese sexo y desea vivir y ser aceptado como una persona del género opuesto.

# BIBLIOGRAFÍA

## RETOS Y PERSPECTIVAS DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES VIH





- Belucci, P. (2015). Experiencia y cuidados de pacientes con VIH. *Revista Clínica Salud de la Universidad Autónoma de México*, 22.
- Bigott, E. (2017). Adherencia al tratamiento en pacientes VIH. *Dagre, E. (2015). Experiencia multicéntrica de cirugía Videotoracoscópica en el tratamiento Informe Epidemiológico de Salud de Hospital San Vicente de Guatemala.*, 32.
- Cleo, P. (2017). Epidemiología y Adherencia al Tratamiento en pacientes VIH/ SIDA. *Revista Médica de Epidemiología de la Universidad de la Habana Cuba*, 11.
- Heart, L. (2015). SIDA: Invasive Diagnostic. *European Epidemiology Society. Annual Congress. Abstrac number: 942.*, 8.
- Kassini, H. (2016). *Complicaciones médicas de PACIENTES DEPRESIVOS con VIH/sida*. Santiago de Chile: Tercera Edición, Publicaciones Técnicas Mediterráneas.
- karins, J. (2016). Complicaciones Médicas en pacientes VIH/ SIDA. *Revista Médica Cuarta Edición. Medellín, Colombia: Corporación médica de salud*, 34.
- Miquilena, R. (2017). Programas Médicos de Atención y Prevención de HIV/SIDA. . *Revista Médica de Santiago Chile.* , 32.
- Rettier, S (2015). SIDA Investigation and treatment 4th ed. *Baltimore, Review Medical: USA: Willians & Wilkins*, 18.



RETOS Y PERSPECTIVAS

# DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES VIH



Publicado en Ecuador  
Octubre del 2019

Edición realizada desde el mes de agosto del año 2019 hasta octubre del año 2019, en los talleres Editoriales de MAWIL publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje 50, Ejemplares, A5, 4 colores



RETOS Y PERSPECTIVAS

# DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES VIH



**MED. ALEJANDRA DE JESÚS  
ÁLVAREZ VÁSQUEZ**



**MED. NELSON RICARDO  
CHACHA SUSCAL**



**MED. ELIZABEH KATUISKA  
VILLEGAS GUERRERO**



**MED. HENRRY WILLIAN  
SACOTO CARRANZA**



**MED. KAROLINA NICOLE  
ALCÍVAR MENDOZA**



**MED. FRANCISCO JAVIER  
GUADAMUD SILVA**



**MED. FERNANDA GISELL  
GARCÍA REYES**



**MED. KAREN KATIUSKA  
LOZA BEJARANO**



**MED. MARÍA LISSETTE  
SOLEDISPA ZAMBRANO**



**MED. MARIO WALDEMAR  
PACHECO MOREIRA**

ISBN: 978-9942-787-81-1

