



Manejo del paciente con VIH en Atención Primaria

José M.ª Casanova Colominas

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en VIH. CS Virgen de Begoña. Madrid.

M.ª Carmen Rodríguez Fernández

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Cristóbal. Madrid.

Manuel Gómez García

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mirasierra. Madrid.

Introducción^{1,2}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) califica la epidemia por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) como un importante problema de salud en su doble aspecto epidemiológico y clínico. El conocimiento y la valoración del paciente VIH en sus diferentes aspectos, biológicos, psicológicos, familiares, sociales y laborales, y su seguimiento en el tiempo, sitúan al médico de familia en una posición de privilegio en el abordaje de ambos aspectos. Así, actividades como la detección de las prácticas de riesgo en la población atendida y la oferta normalizada de la prueba, la comunicación del resultado y el asesoramiento posprueba, la captación del paciente con el resultado positivo y su evaluación clínica inicial, la derivación a la unidad específica de atención especializada, el seguimiento en el tiempo y el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud más habituales implican funciones epidemiológicas y clínicas propias del médico de familia.

Situación epidemiológica³⁻⁶

Los datos epidemiológicos de la OMS disponibles a nivel mundial a finales de 2011 estiman que, aproximadamente, 34 millones de personas son portadoras del VIH y que el 0,8% de la población mundial comprendida entre los 15 y los 49 años es portadora del VIH. La zona de África subsahariana es la de mayor prevalencia, con un porcentaje de seropositivos del 4,9%. A nivel mundial, entre 1,7 y 2,5 millones de personas mueren al año por sida o enfermedades relacionadas.

Aunque el diagnóstico de casos nuevos tiende a disminuir en los últimos años, la infección sigue teniendo tal magnitud que la OMS ha propuesto un plan estratégico global hasta el año 2015 en el que marca como objetivos principales disminuir la transmisión sexual, eliminar la transmisión madre-hijo, el acceso universal al tratamiento antirretroviral (TAR) y evitar la discriminación.

En España, los **casos de sida acumulados** afectan a hombres en el 79% de los casos, con una mediana de edad de

42 años y con vías de transmisión heterosexual (HTX) en el 32% de los casos, homosexual (HSH) en el 30% de los casos y por el uso de drogas intravenosas (UDI) en el 25% de los casos. Los **nuevos diagnósticos** disminuyen en términos absolutos por la menor contagiosidad de los pacientes en TAR y la implantación de las medidas de prevención. Afectan a hombres en el 83% de los casos, la mediana de edad es de 35 años y en el 37% eran personas originarias de otros países.

En el 85% de los casos la transmisión es por vía sexual, en el 54% entre HSH y por vía HTX en el 31%. En el 5% de los casos por UDI.

En España^{5,6} se estima que entre el 25 y el 30% de las personas seropositivas desconocen ser portadoras del virus, porcentaje similar al del resto de Europa, y **los diagnósticos nuevos presentan una elevada proporción de diagnóstico tardío (DT)** (definido como un recuento de linfocitos CD4 en el momento del diagnóstico menor de 350 c./ μ l) en el 45% de los casos y con menos de 200 CD4/ μ l en el 28% de los casos. El DT es más frecuente en hombres, inmigrantes y en personas de mayor edad e **implica mayor mortalidad** porque aumenta el riesgo de sida y de infecciones oportunistas. Además, empeora la recuperación inmunológica y la respuesta al TAR incrementa la aparición de resistencias y el coste económico. La **tasa de transmisión es 3,5 veces mayor entre los que ignoran su condición de portadores, que entre los ya diagnosticados**. Es, por tanto, clave disponer de la prueba y solicitarla en Atención Primaria (AP) para lograr el diagnóstico precoz:

Mecanismos de transmisión^{3,4}

Las vías de transmisión son las siguientes:

- **Sangre y otros tejidos:** transfusiones, UDI o exposición accidental.
- **Sexual:** HSH y HTX.
- **Vertical** (madre-hijo) minimizada con el TAR.

El riesgo de transmisión se puede aproximar en función de la probabilidad de contagio de cada exposición (**tabla 1**)

TABLA 1

Importancia de las vías de transmisión y medidas de prevención

Vía de transmisión	Contagiosidad estimada	Porcentaje de nuevos diagnósticos 2011	Medidas de prevención	Observaciones
Heterosexual	Recepción vaginal 0,1-0,2%	32%	Relación sexual con pareja seronegativa	Más eficaz la transmisión de hombre infectado a mujer que al revés y en presencia de menstruación y de otra ITS ³
	Penetración vaginal 0,03-0,09%		Uso de preservativo si no es así o se desconoce su estado	
HSH ¹	Penetración anal 0,06%	30%	Reducción de parejas sexuales y disminuir prácticas de alto riesgo	Mayor promiscuidad y relación sexual más traumática entre HSH ¹
	Recepción anal 0,1-3%			
UDI ²	0,67-3%	25%	Reducción de riesgos. Evitar el intercambio de utensilios de venopunción	Oferta de material de un solo uso Terapia con metadona
Vertical	Con TAR < 1%	Infrecuente con TAR ⁴ < 0,2%	Realización de la prueba VIH a toda mujer gestante	Captación de gestante infectada y TAR ⁴
	Sin TAR 12-40%			
Postransfusional	90-100%	Muy rara en la actualidad en nuestro medio	Mejorar la detección de VIH en sangre de donante. Restringir las transfusiones	Pacientes transfundidos antes de sistematizar el estudio de las muestras de sangre

HSH: hombres que tienen sexo con otros hombres; ITS: infecciones de transmisión sexual; TAR: tratamiento antirretroviral; UDI: usuarios de drogas intravenosas; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

por el número de exposiciones a lo largo del tiempo. La probabilidad de contagio también depende de la carga viral plasmática (CVP) del sujeto infectante (mayor al inicio y al final de la infección), del recuento de linfocitos CD4+ y del seguimiento del TAR.

Prevención⁷⁻¹⁰

Son población con riesgo aumentado para la infección VIH los UDI y las personas sexualmente activas con múltiples parejas sin protección. La estrategia en prevención respecto a los UDI está orientada a la reducción de daños asociados, como recomendar cambiar la vía de administración a otra más segura o prevenir el uso compartido de material de inyección, estas medidas han demostrado mayor efectividad que el empeñarse en el abandono del consumo. Las recomendaciones para prevenir la transmisión sexual incluyen evitar prácticas sexuales inseguras con personas que tienen múltiples parejas sexuales o que consumen drogas o si se desconoce su situación respecto a la infección, utilizar preservativo y reducir el número de parejas sexuales. Existen, además, grupos con características diferenciales que pueden determinar mayor vulnerabilidad frente al VIH, que requieren también intervenciones específicas, como son los jóvenes y adolescentes, las mujeres y los inmigrantes.

Pruebas de laboratorio de la infección por VIH¹¹⁻¹³

El diagnóstico de laboratorio se basa en la prueba de cribado, y en caso de ser positiva, siempre debe realizarse

una prueba de confirmación. Una segunda determinación, en otra muestra diferente, descarta posibles errores de identificación o contaminación.

Las pruebas de cribado de elección utilizan la técnica de ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*) que detecta anticuerpos frente al VIH-1 y el VIH-2 y ofrecen una excelente sensibilidad, entre el 99,7 y el 100%. Las de cuarta generación, además, detectan la presencia de antígeno viral p 24, de aparición precoz, que acorta el tiempo para el diagnóstico entre 2 y 4 semanas respecto a las de tercera generación. Las pruebas basadas en la técnica de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) detectan la presencia de ARN viral y son de aparición muy precoz, y se indican solo en situaciones especiales (p. ej., profilaxis postexposición).

Las pruebas de diagnóstico rápido facilitan la captación y disminuyen la ansiedad del paciente antes de conocer el resultado. Ofrecen algunas ventajas en AP porque permiten disponer del resultado en unos 30 minutos y son fáciles de realizar y de interpretar, incluso se pueden determinar en muestras de saliva, sin necesidad de punción. Son útiles en centros que atienden a pacientes de alta prevalencia de VIH, en grupos vulnerables, como HSH, UDI, prostitutas, cuando hay dudas razonables del seguimiento del paciente y en pacientes con síntomas de sida. Entre los inconvenientes están el mayor tiempo, desde la última exposición hasta la seroconversión, la interpretación subjetiva del resultado y la obligada prueba de confirmación.

Recomendaciones generales para la prueba del VIH⁷⁻¹⁰

La prueba debe ser de acceso libre y gratuita, confidencial y voluntaria, por tanto, con consentimiento verbal y registrado en la historia clínica⁹. Se recomienda, además, una breve información antes de la prueba y asesoramiento posterior a esta. El servicio de salud debe garantizar la atención sanitaria a la persona con resultado positivo y acceso al TAR, si lo precisa.

Indicaciones para solicitar la prueba

Como indicación general, se recomienda normalizar la petición de la prueba de VIH en AP y ofrecerla a todos los adolescentes y adultos entre 15 y 65 años y a los que refieren alguna práctica de riesgo fuera de estas edades. También con alto nivel de recomendación, a las mujeres embarazadas por el riesgo de transmisión maternofetal. Se debe recomendar la prueba especialmente en las siguientes situaciones que presentan una mayor probabilidad de infección:

- **Personas con prácticas de riesgo:** UDI, HSH, personas con múltiples contactos sexuales o que ejercen la prostitución, personas que hayan tenido contacto sexual con infectados por VIH o con aquellas que han tenido riesgo de contraer la infección, agresiones sexuales y exposición accidental o no accidental. También se recomienda a las provenientes de países de alta prevalencia (> 1%) y en general a todas las personas que lo soliciten (se aconseja investigar y asesoramiento).
- **Personas con sintomatología clínica sugerente de infección por VIH o sida:** enfermedades definitorias de sida, categorías C y B de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y los que presentan sintomatología compatible con síndrome retroviral agudo o linfadenopatías.
- **Personas con enfermedades que se asocian con frecuencia a la infección por VIH o en las que la infección por VIH puede ser de especial gravedad:** todas las infecciones de transmisión sexual (ITS), tuberculosis y hepatitis B y C.

Evolución natural

Se pueden diferenciar tres fases en la evolución clínica:

Síndrome agudo^{1,14}

Se manifiesta clínicamente en más de la mitad de los casos, generalmente en los primeros 30 días después del contagio, los **síntomas son inespecíficos y suelen permanecer entre 2 y 4 semanas**. Se corresponden con un síndrome mononucleósico, con fiebre y sudoración (97%), adenopatías (77%), odinofagia y faringitis (73%), dolores musculares y articulares (58%), trombocitopenia (51%), leucopenia (38%), diarrea (33%), elevación de transaminasas y visceromegalias (25%) y un exantema inespecífico (70%) que es diagnóstico diferencial con múltiples procesos (tabla 2).

Esta fase se corresponde con diseminación del virus, con carga viral plasmática muy elevada que puede superar las 100.000 copias de VIH-ARN/mm³ (con frecuencia se expresa en forma de logaritmo de 10) y un descenso en el recuento de los linfocitos CD4. La elevada viremia en esta fase la hace muy contagiosa. El estímulo inmunológico induce la síntesis de anticuerpos frente al VIH que se evidencian entre las 3 y las 12 semanas después del contagio, proceso que se conoce como seroconversión, y el período desde el contagio hasta que se detectan los anticuerpos como período ventana.

Fase crónica

Esta fase suele ser asintomática, aunque algunos pacientes presentan linfadenopatías generalizadas persistentes y trombopenia. Desde el punto de vista biológico, en la mayoría de los individuos persiste la replicación viral a velocidad variable y una disminución progresiva de los linfocitos CD4.

Sin TAR, el 80% de los pacientes desarrollan sida entre 3 y 10 años, siendo la mediana de 10 años. La velocidad de progresión es variable, de forma que un 20% progresan a sida en menos de 5 años (progresores rápidos) y hasta casi el 20% se mantienen asintomáticos y con recuento

TABLA 2

Diagnóstico diferencial del síndrome agudo con otros procesos

Frecuentes	Menos frecuentes	Raros
Mononucleosis infecciosa	Hepatitis A, B, C	Citomegalovirus
Gripe	Reacción a drogas	Rubéola
Faringitis por estreptococo	Herpes simple	Toxoplasmosis
Viriasis inespecífica	Sífilis secundaria	Brucelosis
		Meningitis/encefalitis
		Inmunodeficiencias primarias
		Paludismo/fiebre tifoidea en zonas endémicas

de linfocitos CD4 mayor de 500 c/μl después de los 10 años.

Fase final o de crisis (sintomática)

En ella, aumenta la replicación viral (CV > 100 000 copias, 5 log.) y los linfocitos CD4 disminuyen por debajo de 200 c/μl y se manifiestan clínicamente las infecciones oportunistas, tuberculosis, tumores y complicaciones neurológicas y el síndrome consuntivo (*wasting syndrome*). Cuando aparece una enfermedad definitoria de sida, la mediana de esperanza de vida es de 1,3 años y la supervivencia es de entre el 15 y el 30% a los 3 años.

Pronóstico en el paciente en tratamiento antirretroviral de gran eficacia

Desde que se instaura y mantiene el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en 1996, cambia el pronóstico de forma radical, aumenta la supervivencia, se consigue la restauración inmunológica, se evitan la mayoría de las infecciones oportunistas y tumores y, generalmente, se hacen innecesarias las pautas de profilaxis primaria y secundaria.

Evaluación inicial y seguimiento del paciente VIH en Atención Primaria¹

Comunicar la noticia

La forma, el momento y el lugar en que se comunica el resultado positivo de la serología frente al VIH influyen de manera decisiva en la actitud del paciente ante la infección y favorece su colaboración. Es necesario, en primer lugar, estar absolutamente seguros, mediante la prueba de confirmación, del resultado positivo y resulta recomendable atender al paciente en consulta concertada y dedicarle suficiente tiempo en la entrevista para valorar su situación emocional y que exponga sus inquietudes y temores. Es preciso que se encuentre seguro y que su intimidad esté a salvo.

Anamnesis y exploración física (Aberg JA, 2009)

La **anamnesis** debe incluir los datos referentes a la infección VIH, la fecha y vía probable del contagio, y los antecedentes de enfermedades previas: infecciones de transmisión sexual (ITS) hepatitis, tuberculosis, factores de riesgo cardiovascular (diabetes mellitus, hiperlipemia), alergias, vacunas y tratamientos farmacológicos (metadona en UDI), hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, cannabis) y los síntomas actuales. También se recomienda evaluar el estado psicológico, el apoyo familiar, social y la situación laboral, y valorar la existencia de violencia de género. La **exploración física** incluye toma de presión arterial, peso, talla y perímetro abdominal (síndrome consuntivo, lipodistrofia en pacientes con TAR), auscultación cardiopulmonar (neumonías, tuberculosis), palpación abdomi-

nal, piel (síndrome de Kaposi, herpes, dermatitis seborreica, psoriasis, prurigo, etc.), mucosa oral (muguet, leucoplasia vellosa, patología dental y gingival); genitales (uretritis, sífilis, condilomas, herpes genital) en mujeres, además, citología (A-II) y exudado vaginal (*Trychomonas* y *Chlamydias*, y virus del papiloma humano) y en HSH receptivo (cultivo rectal y faríngeo para gonococo y *Chlamydias*) presencia de adenopatías y valoración neuropsicológica (depresión, ansiedad, deterioro cognitivo, motor o sensitivo) y en pacientes muy inmunodeprimidos hay que examinar el fondo de ojo (retinitis por citomegalovirus).

Exploraciones complementarias¹

Incluye una analítica básica con (A-III) hemograma, bioquímica completa incluida la función renal y hepática y perfil lipémico y glucemia basal. En orina el estudio del sedimento, la proteinuria y el cálculo del aclaramiento de creatinina. Realizar la prueba de Mantoux para descartar tuberculosis (A-I) y estudio de contactos, si procede. Estudio serológico para sífilis (A-II), hepatitis B y C (A-III) y toxoplasmosis (B-III), hepatitis A, y citomegalovirus y estudio de poblaciones de linfocitos. **Estas pruebas están disponibles generalmente en el petitorio de AP.**

Pruebas específicas de la infección del VIH

Es recomendable repetir la prueba serológica y la de confirmación en otra muestra diferente a la del diagnóstico inicial, para descartar posibles errores de muestra o identificación (A-III). Los parámetros específicos en el estudio inicial y el seguimiento evolutivo del VIH son el **recuento absoluto de linfocitos CD4** y el **estudio de poblaciones linfocitarias CD4/CD8 (A-I)**, que marca la necesidad del inicio y seguimiento del TAR y la indicación de profilaxis de infecciones oportunistas. La **carga viral plasmática CV (A-I)** es complementaria de la anterior y necesaria para la monitorización de la eficacia del TAR. Otras pruebas recomendadas en el estudio inicial, antes de comenzar el TAR, son el **estudio de resistencias genotípicas (A-I)** y el **estudio del tropismo viral** antes de iniciar el tratamiento con inhibidores del receptor CCR 5 (Maraviroc) y la **determinación del genotipo HLA-B*5701** antes de iniciar tratamiento con abacavir (ABC). **Estas pruebas se determinan en las unidades de atención especializada.**

Clasificación, asesoramiento y criterios de derivación

Acabada la valoración, se puede clasificar al paciente en la categoría de CDC (**tablas 3 y 4**) y se aporta información sobre el pronóstico, la evolución y los tratamientos, asesoramiento respecto a la prevención de no donar sangre, semen ni órganos, informar del riesgo de transmisión vertical de la infección en la mujer embarazada, y de la reducción del riesgo con TAR. Ofrecer tratamiento anticonceptivo, ayudar a contactar con otros posibles infectados, evitar el

TABLA 3

Clasificación del paciente con infección por VIH/sida (CDC, 1993)

Recuento de linfocitos CD4 c/mm ³	Aa	Bb	Cc
>500 (> 29%) ^a	A ₁	B ₁	C ₁
200 a 500 (14 a 28%) ^a	A ₂	B ₂	C ₂
< 200 (< 14%) ^a	A ₃	B ₃	C ₃

^a Porcentaje de linfocitos CD4 respecto al recuento total de linfocitos. La categoría A son pacientes asintomáticos, con síndrome agudo o linfadenopatías generalizadas persistentes. La categoría B se refiere a pacientes que presentan o hayan presentado síntomas o enfermedades no pertenecientes a la categoría C, pero que indican cierto grado de afectación inmunológica. La categoría C se aplica a pacientes que presenten o hayan presentado alguna de las enfermedades incluidas en la definición de sida por la OMS para Europa. Se considera sida a las categorías C1, C2, C3, A3 y B3. CDC: Centers for Disease Control and Prevention.

consumo de alcohol y tabaco, seguir los tratamientos y profilaxis recomendados y actualizar el calendario vacunal (A-II) frente a la gripe, el neumococo, y los virus de la hepatitis (VH) A y B. Algunas determinaciones como la carga viral y el estudio de resistencias se deben realizar en el virus infectante, por lo que la derivación a la unidad de especializada se debe hacer lo antes posible después de confirmar el diagnóstico y asesorar al paciente.

TABLA 4

Categorías C y B de la clasificación CDC

Categoría C	Categoría B
Neumonía bacteriana recurrente	Pacientes con infección por VIH y cuadros sintomáticos no incluidos en la categoría C y que cumplen al menos uno de los siguientes criterios:
Candidiasis traqueal, bronquial y pulmonar	• Cuadros atribuidos a la infección por VIH o que indican un defecto en la inmunidad celular
Candidiasis esofágica	• Cuadros cuya evolución clínica o sus necesidades terapéuticas están complicadas por la infección por VIH (p. ej.: angiomas bacilar, candidiasis orofaríngea, candidiasis vulvovaginal persistente, frecuente o que responde mal al tratamiento, displasia cervical o carcinoma in situ), síntomas consuntivos, como fiebre (38,5 °C) o diarrea de más de 1 mes de duración, leucoplasia vellosa oral, herpes zoster con al menos dos episodios distintos, o que afecta a más de un dermatoma, púrpura trombocitopénica idiopática, listeriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, neuropatía periférica
Carcinoma invasivo de cuello de útero confirmado por biopsia	
Coccidiomicosis diseminada o extrapulmonar	
Criptococosis extrapulmonar	
Criptosporidiasis con diarrea de más de 1 mes	
Infección por citomegalovirus de más de 1 mes	
Retinitis por citomegalovirus	
Encefalopatía por VIH	
Infección por virus herpes simple de más de 1 mes	
Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar	
Isosporidiasis intestinal crónica (> 1 mes de duración)	
Sarcoma de Kaposi	
Linfoma de Burkitt, inmunoblástico o primario del SNC	
Infección por <i>Mycobacterium avium</i> intracelular (MAC) o <i>M. kansasii</i>	
Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar	
Infección diseminada por otras micobacterias	
Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> (PCP)	
Leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP)	
Sepsis recurrente por <i>Salmonella no tify</i>	
Toxoplasmosis cerebral	
Síndrome Wasting	

CDC: Centers for Disease Control and Prevention; SNC: sistema nervioso central; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Seguimiento¹⁵

En las revisiones de AP se recomienda investigar la presencia de prácticas de riesgo y dar consejos para prevenir la transmisión y promover hábitos saludables, valorar el estado psicológico y el apoyo familiar y evaluar la aparición de nuevas infecciones (ITS) y la indicación de profilaxis de infecciones oportunistas (A-I) si el recuento de linfocitos CD4 es inferior a 200 c/μl. Debe hacerse hemograma y bioquímica de rutina con perfil lipídico.

Recomendar revisiones periódicas al odontólogo (infecciones dentales), al oftalmólogo para valorar el fondo de ojo si los linfocitos CD4 bajan de 100 c/μl y citología de cuello de útero a las mujeres, y considerar citología anal, ITS, tuberculosis y hepatitis C.

Monitorizar la progresión de la infección con el recuento de linfocitos CD4 y la carga viral y ajustar la frecuencia de las revisiones sucesivas en función de la progresión, generalmente, entre 3 y 4 meses (B-II), y estudio de resistencias y tropismo viral si existe fracaso virológico.

Tratamiento antirretroviral¹⁵⁻¹⁷

A día de hoy, la infección por VIH no se puede erradicar, pero el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TAR o TARGA) aumenta la supervivencia, retrasa la progresión

clínica y favorece la restauración inmunológica. Consiste en la administración, de forma combinada, de al menos tres fármacos y su objetivo es impedir la replicación viral y mantener la carga viral plasmática (CVP) indetectable (< 50 copias/ml) el mayor tiempo posible.

Actualmente se dispone de 24 FAR comercializados de seis familias diferentes y otros en fase de investigación, que permiten individualizar las estrategias terapéuticas. La elección del régimen terapéutico depende de factores como la tolerabilidad, la seguridad, los tratamientos previos, las resistencias, las interacciones y el coste, y de las preferencias del médico y del paciente.

Recomendaciones para el inicio de TAR en la actualidad. La síntesis de nuevos FAR, más eficaces y mejor tolerados, y la evidencia científica recomiendan iniciar el TAR antes y en más situaciones.

La indicación del TAR en el síndrome agudo no está aclarada, pero se encuentra beneficio en pacientes con síntomas graves (afectación sistémica o neurológica). Cuando los síntomas se prolongan más de 7 días en presencia de eventos clínicos relacionados con inmunodepresión (B y C), y cuando el recuento de linfocitos CD4 es < 350 c/μl.

La indicación del inicio del TAR en el paciente crónico se establece por criterios clínicos, y epidemiológicos (tabla 5) y en los pacientes asintomáticos por el recuento de linfocitos CD4. La respuesta al TAR se monitoriza por la CVP (B-I). Las combinaciones más recomendadas asocian coformulaciones en dosis fijas de dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos nucleótidos (ITIAN) y un tercer fármaco del grupo de los inhibidores de la transcriptasa no análogos nucleótidos (ITINN, el más usado es efavirenz) [EFV], o bien un inhibidor de proteasa (IP) o un inhibidor de la integrasa (InInt.). Se dispone de múltiples estudios que respaldan estas asociaciones. Con la mayoría de estas combinaciones se puede conseguir una CV < 50 copias/ml en más del 70% de los pacientes a las 48 semanas del tratamiento. La combinación elegida depende, en gran medida, de la tolerancia y comorbilidad, y de los tratamientos previos del paciente, de la experiencia del profesional y del coste.

Fármacos antirretrovirales análogos nucleósidos/nucleótidos inhibidores de la transcriptasa inversa (ITIAN). Se dispone de seis ITIAN: zidovudina (AZT), didanosina (ddl), estavudina (d4T), lamivudina (3TC), emtricitabina (FTC) y abacavir (ABC). También se dispone de un análogo de nucleótido, tenofovir (TDF). Todos actúan sobre la transcriptasa inversa (TI) viral bloqueando la síntesis de la cadena de ADN, sustituyendo competitivamente los nucleótidos o nucleósidos naturales. Habitualmente se utilizan coformulaciones (ABC+3TC, AZT+3TC, FTC+TDF y ABC+3TC+AZT) que disminuyen el número de dosis y mejoran el cumplimiento. Se pueden utilizar en

TABLA 5

Indicaciones para el inicio del tratamiento antirretroviral en pacientes crónicos

1. Infección crónica sintomática (A-I) (eventos B y C) de la clasificación de los CDC 2003
2. Infección crónica asintomática
 - a) Recuento de linfocitos CD4 < 500 c/μl (A-I si < 350 CD4/μl y BI si CD4 entre 350 y 500 c/μl)
 - b) Recuento de linfocitos CD4 > 500 c/μl con ciertas comorbilidades (C-III)
 - Hepatitis crónica por VHC o cirrosis hepática
 - CVP > 10 5 copias/ml
 - Edad: > 55 años
 - Riesgo cardiovascular elevado
 - Trastornos neurocognitivos
 - Proporción de linfocitos CD4 < 14%
3. En pacientes asintomáticos independientemente del recuento de linfocitos CD4
 - a) Parejas serodiscordantes con alto riesgo de transmisión (A-II)
 - b) Mujeres gestantes (A-II)
 - c) Nefropatía por VIH (A-II)
 - d) Coinfección por hepatitis B que requiera tratamiento (A-II)

CDC: Centers for Disease Control and Prevention; CVP: carga viral plasmática; VHC: virus de la hepatitis C; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

el embarazo y algunos son eficaces para el tratamiento de la hepatitis B. Los **efectos secundarios** más frecuentes son neuropatía periférica y mielotoxicidad, acidosis láctica, hepatotoxicidad, pancreatitis y nefropatía. Presentan resistencia cruzada entre ellos.

Fármacos inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos nucleótidos (ITINN)

Son nevirapina (NVP), EFV, etravirina (ETV), rilpivirina (RPV) y también se dispone de coformulaciones TDF+ETC+EFV y TDF+ETC+RPV. Actúan bloqueando el lugar de unión de los nucleótidos en la TI. Su eficacia es similar a la de los IP, la dosificación es simple y la tolerancia buena en general. Entre sus **efectos secundarios** más frecuentes están la hepatotoxicidad (NVP) y el mareo, insomnio, dificultad de concentración y exantema con EFV. ETV aporta una alta barrera genética y mejora la facilidad de los anteriores para inducir resistencias. RPV presenta una eficacia similar con una mejor tolerancia.

Fármacos inhibidores de la proteasa (IP)

Son saquinavir (SQV), saquinavir/r, ritonavir (RTV, solo como potenciador), indinavir/r (IDV), nelfinavir (NFV), lopinavir/r (LPV), amprenavir/r (APV), atazanavir/r (ATZ), tipranavir/r (TPV) y duranavir/r. Bloquean la acción de la proteasa del VIH, necesaria para fragmentar y ensamblar

las proteínas virales sintetizadas. Son potentes inhibidores de la replicación viral, y muy útiles en pacientes con tratamientos previos por su **alta barrera genética**. Su asociación con RTV altera el metabolismo hepático, incrementando su concentración y su semivida, lo que potencia su actividad y disminuye la frecuencia y la dosis de cada toma. Los **efectos secundarios** más habituales son gastrointestinales (diarrea), lipodistrofia y alteraciones metabólicas de los lípidos y de la glucosa.

Inhibidores de la entrada (IF)

Son enfuvirtida y maraviroc (MVC). Ambos actúan bloqueando la entrada del virus en el linfocito, bien alterando la unión con correceptores (antagonistas de correceptor CCR5) o bloqueando la fusión del virus con la membrana de la célula (IF). Ambos se utilizan habitualmente en la terapia de rescate. Entre sus **efectos secundarios** están la inflamación local (60-70%) con dolor y tumoración con enfuvirtida, porque se administra por vía subcutánea e infecciones respiratorias y riesgo de cardiopatía isquémica con MVC.

Inhibidores de la integrasa (InInt)

Son raltegravir (RAL) y elvitegravir, este último no comercializado aún. Actúan bloqueando la integrasa, enzima necesaria para unir los extremos reactivos del ADN viral al ADN celular. RAL es generalmente bien tolerado y está indicado en el tratamiento de pacientes con resistencias a los otros FAR y en tratamiento de inicio o de rescate y frente a VIH 1 y VIH 2; su principal inconveniente es su elevado precio.

Adherencia¹⁸

El cumplimiento terapéutico es fundamental para conseguir los objetivos del TAR. La **falta de adherencia es la principal causa de fracaso del TAR, aumenta la mortalidad y favorece la selección de mutaciones y la aparición de resistencias a los fármacos**. El médico de familia debe conocer, y en lo posible controlar, los **factores que influyen de forma negativa en el cumplimiento**, como la falta de apoyo social y familiar y la presencia de comorbilidad, como depresión, abuso de alcohol y otras drogas, y abordarlos con los recursos disponibles (BII). La buena relación médico-enfermo y la implicación del paciente mejoran la adherencia al tratamiento (A-III). La elección de un régimen terapéutico individualizado, adecuado a la forma de vida del paciente, de fácil cumplimentación y pocos efectos secundarios, influye decisivamente en la adherencia al TAR.

Riesgo cardiovascular^{19,20}

Algunos antirretrovirales (IP e ITIAN) elevan los niveles de colesterol total (CT), de lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) y, sobre todo, de triglicéridos, además de disminuir los niveles de lipoproteínas de alta densidad

(c-HDL). Esto se suma a otros factores de riesgo clásicos, más frecuentes en los seropositivos (tabaquismo, diabetes, hipertensión). Por este motivo, se recomienda, antes de comenzar el TAR, **calcular con tablas el riesgo cardiovascular y monitorizar al menos una vez al año los factores de riesgo cardiovascular modificables**, recomendar las medidas higiénico-dietéticas en una dieta adecuada, ejercicio físico aeróbico regularmente y ayudar al abandono del hábito tabáquico (A-I). Los **objetivos recomendados en los niveles de lípidos y glucemia son los mismos que aparecen en las guías para la población general**. Cuando no se consiguen los objetivos solo con medidas generales, las estatinas son de elección para reducir el c-LDL; las más recomendadas son pravastatina y atorvastatina, pudiéndose asociar ezetimiba. El tratamiento recomendado para la hipertrigliceridemia aislada son los fibratos (bezafibrato y fenofibrato), con precaución al asociarlos con estatinas por hepatotoxicidad.

Los objetivos y las pautas de tratamiento aconsejados en los pacientes seropositivos con resistencia a la insulina y diabetes mellitus son los mismos que en la población general.

Alteraciones del metabolismo óseo^{19,20}

Está demostrada una **mayor incidencia de osteoporosis y fracturas óseas en el paciente VIH**, agravada en el futuro por el envejecimiento de los pacientes. El mecanismo se debe a la acción del propio virus y al propio TAR. **Cuando la infección por VIH se asocia a otros factores de riesgo** (edad mayor de 50 años, mujer posmenopáusica, bajo peso, consumo de tabaco, alcohol y opiáceos, administración de corticoides, diabetes, hipertrigliceridemia, insuficiencia renal e infección crónica por VHC y recuento de CD4 < 250 c/μl), **se recomienda realizar un estudio metabólico del calcio y niveles de vitamina D y analizar la densidad mineral ósea con una densitometría ósea (B-III)**. La recomendación es prevenir los factores inductores de osteoporosis reseñados y aportar suplementos de vitamina D y calcio, y cuando hay osteoporosis establecida, hay que administrar antirresortivos óseos, con iguales indicaciones que en la población general.

La infección del VIH en la mujer^{24,25}

La evaluación, el seguimiento, la indicación y el objetivo del tratamiento de la mujer con VIH son los mismos que en el hombre (A-III), pero con recomendaciones propias, entre ellas realizar una citología anual para detección del cáncer de cuello de útero (A-I) y mamografías conforme al protocolo habitual. Hay que informar del riesgo de la infección por VIH en el embarazo y ofrecer tratamiento anticonceptivo (A-III). La mujer embarazada portadora del VIH debe ser tratada con TAR específico para prevenir la transmisión vertical, programar cesárea, tratar al recién nacido con AZT y evitar la lactancia materna.

TABLA 6

Riesgo de transmisión ocupacional del VIH

Tras la exposición con una fuente VIH, el riesgo medio de transmisión por vía percutánea es del 0,3% y a través de mucosas del 0,09%

Las exposiciones ocupacionales se pueden clasificar en:

- Riesgo alto:
 - Exposición a agujas huecas con sangre visible de VIH con una CV elevada
 - Agujas utilizadas directamente en arteria o vena de la fuente
 - Exposiciones mucocutáneas de gran volumen con una CV elevada
- Riesgo bajo:
 - Exposición a agujas macizas
 - Lesión superficial sin sangre de fuente con CV indetectable
 - Exposiciones mucocutáneas de escaso volumen (pequeñas gotas de sangre)

CV: carga viral; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

Profilaxis preexposición y postexposición^{21,22,23}

La OMS y los CDC han elaborado unas recomendaciones que encuentran un alto grado de utilidad en la **profilaxis preexposición en personas no portadoras del VIH que presentan riesgo muy elevado de contraer el VIH** (HSH, heterosexuales con múltiples parejas, y parejas serodiscordantes). En estos grupos recomiendan también realizar la prueba cada 3 meses.

La **profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional** se debe aconsejar de manera individualizada, dependiendo del grado de exposición y siempre en las primeras horas después de la exposición. Es obligado el seguimiento del paciente, control clínico y analítico, y descartar otras ITS y embarazo, y hepatitis B y C.

Se recomienda disponer de un procedimiento de actuación en caso de exposición accidental ocupacional o no ocupacional a sangre o fluidos potencialmente infectivos y disponibilidad de TAR durante 24 horas en los servicios de urgencia (A-III). La indicación de profilaxis postexposición se realizará tras la valoración de la fuente, el estado serológico del receptor y las características de la exposición (tabla 6). El inicio de la profilaxis postexposición debe ser precoz (idealmente en las primeras 4 horas) (A-III).

Manejo de problemas frecuentes en el paciente VIH en Atención Primaria²⁶

Muchos problemas y procesos que afectan a las personas con infección por el VIH pueden ser manejados por el médico de familia: candidiasis oral, neumonía bacteriana, diarrea, infecciones cutáneas, enfermedades de transmisión sexual, etc. Su manejo, en general, si el paciente no

está inmunodeprimido es similar al VIH negativo. Cuando el recuento de linfocitos es menor de 200 c/μl, aumenta el riesgo de infecciones oportunistas y se recomienda iniciar profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol.

La **fiebre** obliga a un variado diagnóstico diferencial en el que se implican las enfermedades comunes con la población general, además de las infecciones oportunistas. La evaluación y el tratamiento dependen de la gravedad del proceso, de la identificación de un foco y de la integridad del sistema inmunológico del paciente. **Se deben derivar a urgencias del hospital a los que presentan signos de gravedad:** afectación del nivel de conciencia, taquipnea, mayores de 65 años o inmunodeficiencia grave conocida. **Cuando la fiebre es prolongada (10-15 días) y no se encuentra un foco identificable,** se debe derivar para estudio hospitalario. Una de las principales causas de esta situación es la tuberculosis, incluso con recuento de linfocitos conservado. Cuando además hay deterioro inmunológico, es obligado descartar infecciones oportunistas. Si no se dan estas situaciones, se puede investigar en AP con la anamnesis y la exploración física, y las pruebas complementarias disponibles (analítica, estudio serológico, cultivos y radiografía de tórax). Hay que estar atento para derivar al hospital si empeora la situación clínica.

La **diarrea** es muy habitual en los pacientes VIH, y entre las causas frecuentes están los propios fármacos antirretrovirales. Son **criterios de derivación:** la deshidratación, el mal estado general con inmunodepresión y la prolongación en el tiempo, especialmente si se acompaña de síndrome de desnutrición. El **estudio básico** incluye: analítica habitual, coprocultivos y detección, en varias muestras, de parásitos en heces, incluidos los patógenos oportunistas cuando el recuento es inferior a 200 linfocitos CD4 y detección de toxina para *Clostridium difficile* si el enfermo ha estado antes ingresado en el hospital y con tratamiento antibiótico. **Cuando el paciente está estable, se puede iniciar tratamiento ambulatorio con suero de rehidratación oral, y si además presenta fiebre y heces con sangre, una vez recogido el cultivo, se puede iniciar tratamiento ambulatorio con una quinolona, generalmente ciprofloxacino.**

Las **infecciones respiratorias** son las más frecuentes y en la historia clínica se precisa conocer los antecedentes de vacunas (gripe, neumococo), las infecciones (tuberculosis) y si se hace profilaxis frente a infecciones oportunistas (*Pneumocystis jirovecii*) y la sintomatología acompañante (fiebre, sangre en esputo, etc.), y la situación inmunológica. **Generalmente, con la exploración física, la analítica y el estudio microbiológico del esputo, la radiografía de tórax y la medición de la saturación de oxígeno, se puede decidir,** cuando el paciente presenta taquipnea y saturación baja de oxígeno, que se debe derivar al hospital. **Si el estado general es bueno, se puede iniciar tratamiento antibiótico, generalmente con amoxicilina-ácido clavulánico y ver la evolución en 24 o 48 horas.**

Resumen

La infección por el VIH es una epidemia grave a nivel mundial. En nuestro medio, es un problema grave el diagnóstico tardío porque implica un peor pronóstico individual y una mayor tasa de transmisión.

El médico de familia ocupa un lugar relevante en el asesoramiento sobre las medidas de prevención de la transmisión y el ofrecimiento de la prueba para facilitar el diagnóstico precoz, la captación del paciente seropositivo y la derivación a la unidad de atención especializada, así como el seguimiento y el control a lo largo del tiempo.

En AP, la prueba se debe ofrecer de forma normalizada, como parte de un chequeo habitual y a toda persona que lo solicite, especialmente a las que tienen más riesgo de infectarse y las que presentan síntomas de infección por el VIH u otras enfermedades asociadas. Antes de asegurar el diagnóstico, es necesario realizar una prueba de confirmación, además del test serológico habitual y considerar la posibilidad del período de abstinencia terapéutica.

Las pruebas de diagnóstico rápido aportan la inmediatez del resultado, con una buena sensibilidad y la posibilidad de hacer las determinaciones en saliva.

En AP se recomienda una valoración inicial del paciente seropositivo en la que, además de los aspectos clínicos, se tengan presentes los psicológicos, sociales, familiares y laborales, y asesorar al paciente sobre la enfermedad.

En la actualidad, no se dispone de vacunas y el TAR impide la replicación viral, pero no es curativo, por lo que se debe mantener de por vida. El objetivo es mantener la carga viral plasmática a unos niveles indetectables durante el mayor tiempo posible, administrando al menos tres fármacos antirretrovirales.

Los habituales efectos adversos a corto y largo plazo de los antirretrovirales, y otros aspectos dependientes del paciente o del propio sistema, son causa frecuente de abandono del tratamiento y de la consiguiente aparición de resistencias. Es útil conocer estos factores que influyen en la adherencia y ayudar a minimizar aquellos que no la favorecen.

En AP es necesario conocer, diagnosticar y tratar estos motivos de consulta habituales, especialmente los problemas de salud mental, la fiebre, la diarrea o los síntomas respiratorios.

Lecturas recomendadas

Diagnóstico tardío. Situación en España. Parte del documento anterior de vigilancia epidemiológica del Plan Nacional del SIDA. [Internet]. Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/DiagnosticoTardio2011.pdf>

Aberg JA, Kaplan JE, Libman H, Emmanuel P, Anderson JR, Stone VE, et al.; HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Primary care guidelines for the management of persons infected with human immunodeficiency virus: 2009 update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. [Internet]. 2009 Sep 1;49:651-81. Disponible en: http://www.ups.upenn.edu/bugdrug/antibiotic_manual/idsahivprimarycare2009.pdf

Panel de expertos de Gesida y Plan Nacional sobre el SIDA. Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (actualización enero 2013). Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/recomendaciones.htm>

Bibliografía

1. Cohen DE, Mayer KH. Primary care issues for HIV-infected patients. *Infect Dis Clin North Am*. 2007;21:49-70.
2. Guía de atención al paciente VIH/sida en Atención Primaria. Recomendaciones semFYC. Barcelona: semFYC, 1997.
3. Informe global de la situación epidemiológica de la infección por VIH/sida a nivel mundial en 2012. [Internet]. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en.pdf
4. Informes y publicaciones de la oficina regional de Europa de la OMS. Datos epidemiológicos por países y regiones 2011. [Internet]. Disponible en: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/HIV_STI_and_blood_borne_viruses/Pages/annual-hiv-aids-surveillance-reports.aspx
5. Documentos técnicos sobre epidemiología del VIH/sida en España. [Internet]. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/sida.shtml> [Acceso libre]
6. Carnicer-Pont D, Vives N. Epidemiología de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Retraso en el diagnóstico. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;29(29):144-51.
7. Chou R, Selph S. Screening for Human Immunodeficiency Virus (HIV). *Ann Intern Med*. 2012;157:706-18. Nov. Dec 2012. Disponible en: www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf13/hiv/hivfact.pdf
8. Guía de recomendaciones del test CDC de 2006. Bernard M, Branson H, Handsfield H. Revised recommendations for the HIV testing of adults, adolescents and pregnant women in health care settings. *Recommendations and Reports*. September 22,2006/55(RR14);1-17 *MMWR*. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5514a1.htm> [Acceso libre].
9. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.
10. Guidance HIV testing in Indicator Conditions. Guidance document, oct. 26, 2012. Disponible en: www.hiveurope.eu/guidance/HIV-indicator-conditions
11. López-Bernaldo de Quirós JC, Delgado R, García F, Eiros JM^a, Ortiz de Lejarazu R. Diagnóstico microbiológico de la infección por el VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007;25(10):632-8.
12. Chu C, Selwyn PA. Diagnosis and Initial Management of Acute HIV infection. *Am Fam Physician*. [Internet]. 2010;81(10):1239-44. Disponible en: www.aafp.org/afp
13. García F, Álvarez M. Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH, del tropismo viral y de las resistencias a los antirretrovirales. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;29(4):297-307.

14. Cohen MS, Shaw GM, McMichael AJ, Haynes BF. Acute HIV-1 infection. *N Engl J Med*. 2011;364:1943-54.
15. Volberding PA, Deeks SG. Antiretroviral therapy and management of HIV infection. *Lancet*. 2010;376:49-62.
16. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. 2013 [Internet]. Department of Health and Human Services. Disponible en: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/AdultandAdolescentGL.pdf>
17. Drugs for HIV infection. Treatment guidelines from de Medical Letter. 2011 June;9(106):29-40.
18. Recomendaciones GESIDA/SEFT/SPNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. [Internet]. n.º 35 junio 2008. Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/recomendaciones.htm>
19. Recomendaciones de GEAM, GESIDA y SPNS sobre alteraciones metabólicas en pacientes con infección por VIH [Internet]. (marzo de 2009). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/recomendacionesAlteracionesMmetabolicasMar09.pdf>
20. Masiá M, Pérez-Cachafeiro S, Leyes, M, López-Aldeguer J, López M, et al. Riesgo cardiovascular en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en España. *Cohorte CoRIS 2011. Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012;30(9):517-27.
21. Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV. Recommendations for use in the context of demonstration projects. Disponible en: www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en/index.html
22. Autoría múltiple. Guía de actuación ante exposición ocupacional a agentes biológicos de transmisión sanguínea. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid: Ministerio de Ciencia y de Innovación. Actualización 2012.
23. Recomendaciones de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA/ GESIDA/AEP sobre la profilaxis frente al VIH, VHB y VHC. [Internet]. N.º 31, junio 2007. Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/recomendaciones.htm>
24. Documento de consenso para el seguimiento de la infección por VIH en relación con la reproducción, el embarazo, el parto y la transmisión vertical del niño expuesto. [Internet]. Documento n.º 59, marzo 2013. Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/recomendaciones.htm>
25. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Disponible en: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/PerinatalGL.pdf>
26. Interacciones y toxicidad, se recomienda consultar las páginas actualizadas:
<http://www.rxlist.com/edurant-drug/side-effects-interactions.htm>
<http://www.hep-druginteractions.org/>
En español, requiere registro gratuito:
<http://www.interaccionesvih.com>

Cuaderno para el médico de familia

- Se recomienda solicitar la prueba serológica del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), al menos una vez, a las **personas sexualmente activas entre los 15 y los 65 años**, y solicitarla y repetirla periódicamente en las personas con mayor riesgo de exposición y en los grupos más vulnerables.
- Comunicar el resultado de la prueba, dedicando suficiente tiempo para asesorar al paciente. La valoración inicial incluye, además de la situación clínica, social, laboral y familiar, el estado psicológico. La exploración física y las exploraciones complementarias incluyen analítica completa de sangre con hemograma y bioquímica, sistemático de orina y serología frente a hepatitis A, B y C, sífilis y prueba de la tuberculina. Si hubiera sintomatología, hay que hacer exudado vaginal o anal y radiografía de tórax. Si está disponible en nuestro centro, realizaremos un primer recuento de linfocitos CD4 y un estudio de las poblaciones linfocitarias.
- Para completar el estudio inicial se debe derivar a la **unidad especializada**, para repetir el recuento de linfocitos CD4, determinar la carga viral plasmática, hacer un estudio de resistencias y establecer la frecuencia de las revisiones en función del estado clínico del paciente y en su caso, indicar el inicio del TAR.
- El **seguimiento en AP** debe reforzar las medidas preventivas, diagnosticar y tratar los **motivos más habituales de consulta y vigilar la adherencia al tratamiento antiviral**. En general, la pauta de diagnóstico y tratamiento no difieren del paciente seronegativo cuando el estado inmunológico está conservado; cuando presenta signos o síntomas de inmunodepresión o infecciones oportunistas, se recomienda iniciar profilaxis y considerar la derivación a una unidad especializada.
- Los tratamientos con fármacos para otros procesos deben tener en cuenta las frecuentes **interacciones con la medicación antirretroviral**.
- También se debe investigar la presencia de factores que dificulten la **adherencia al tratamiento** antiviral y ayudar, en lo posible, a neutralizarlos. En caso de abandono del tratamiento, se debe derivar de nuevo al paciente a la unidad de atención especializada para reiniciar el tratamiento de rescate.
- Es importante **medir, al comienzo de la detección de la infección y periódicamente después, el riesgo cardiovascular** porque tanto la infección por VIH como algunos tratamientos antirretrovirales se suman al **riesgo cardiovascular previo del seropositivo**. Incidir sobre el control de los factores de riesgo modificables, asesorando para hacer una dieta sana, ejercicio y abandonar el hábito de fumar. Si fuera preciso, añadir fármacos hipolipemiantes y antidiabéticos.