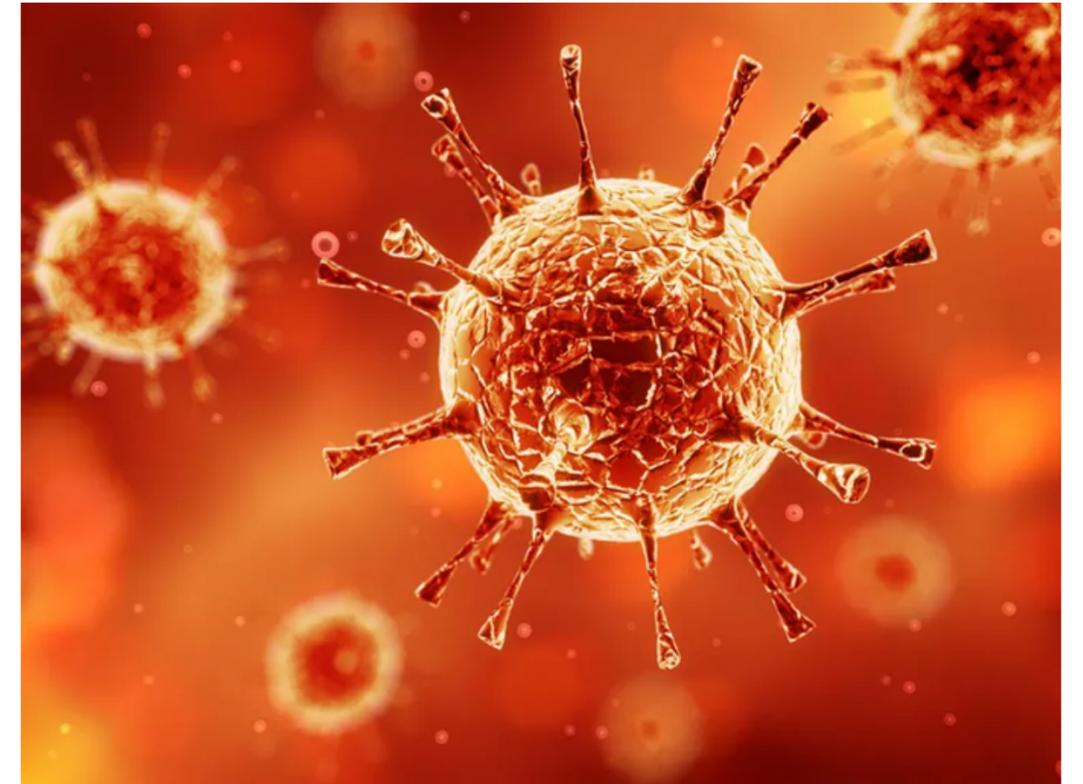




Hospital Universitari
MútuaTerrassa

VIH en Atención Primaria



Sheila Alonso García R4 MFYC

Cristina Anglès Sues R2 MFYC

Encarnación Díaz Clemente-Moreno R1 MFYC

Tutora: Mercè Villaró

CAP Terrassa Sud

Índice

- Introducción
- Epidemiología
- Evolución natural
- Cribado
- Diagnóstico y estudio de contactos
- Tratamiento
- Comorbilidades
- Seguimiento
- Vacunación en el paciente
- Prevención
- Conclusiones

130.000-160.000

18% INFECCIÓN OCULTA
50% CON DIAGNÓSTICO TARDÍO

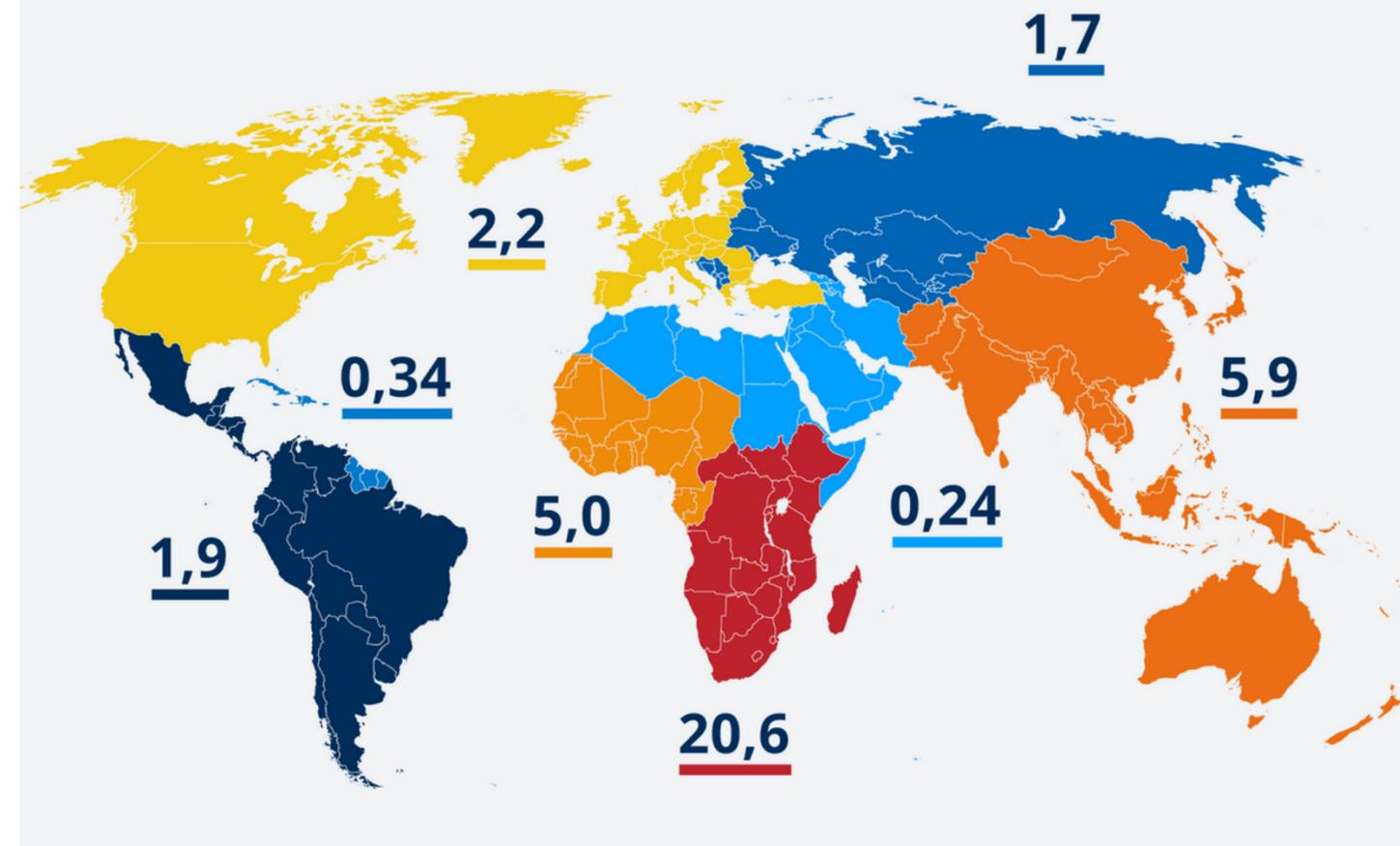
Prevalencia en 2019 de
7,46/100.000hab Acceso TAR
sólo 67%

Epidemiología I

Personas que viven con VIH en el mundo

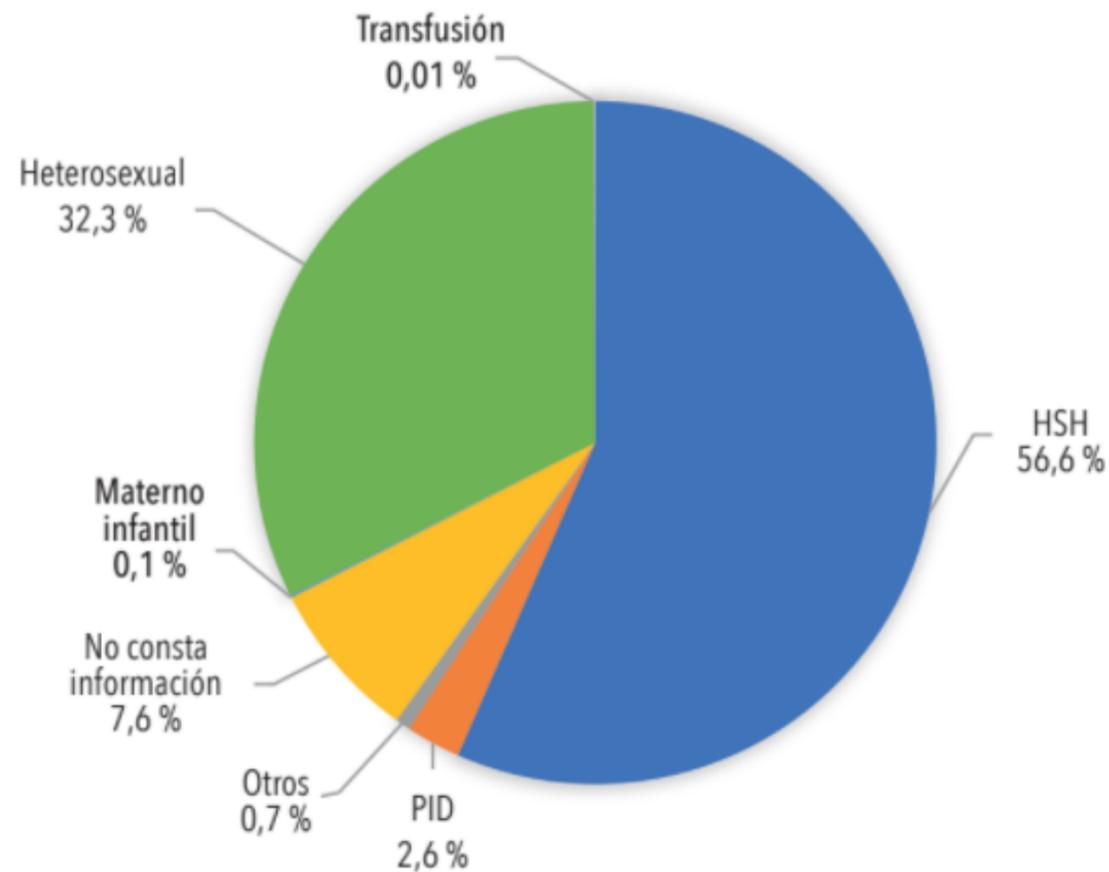
En millones

Total: **37,9 millones**



Epidemiología II

Figura 1. Nuevos diagnósticos de VIH. Modo de transmisión en España (2019)



N = 2.698. HSH: hombres que tienen sexo con otros hombres; PID: personas que se inyectan drogas.
Adoptado de: Morán Arribas M¹.

- Según género:
 - Varones: HSH, 66%
 - Mujeres: heterosexual, 80.6%
- >1/3 nuevos diagnósticos; personas nacidas fuera de EU Occidental
- El 14,4% nuevos diagnósticos en España >50 años y heterosexuales

Evolución natural

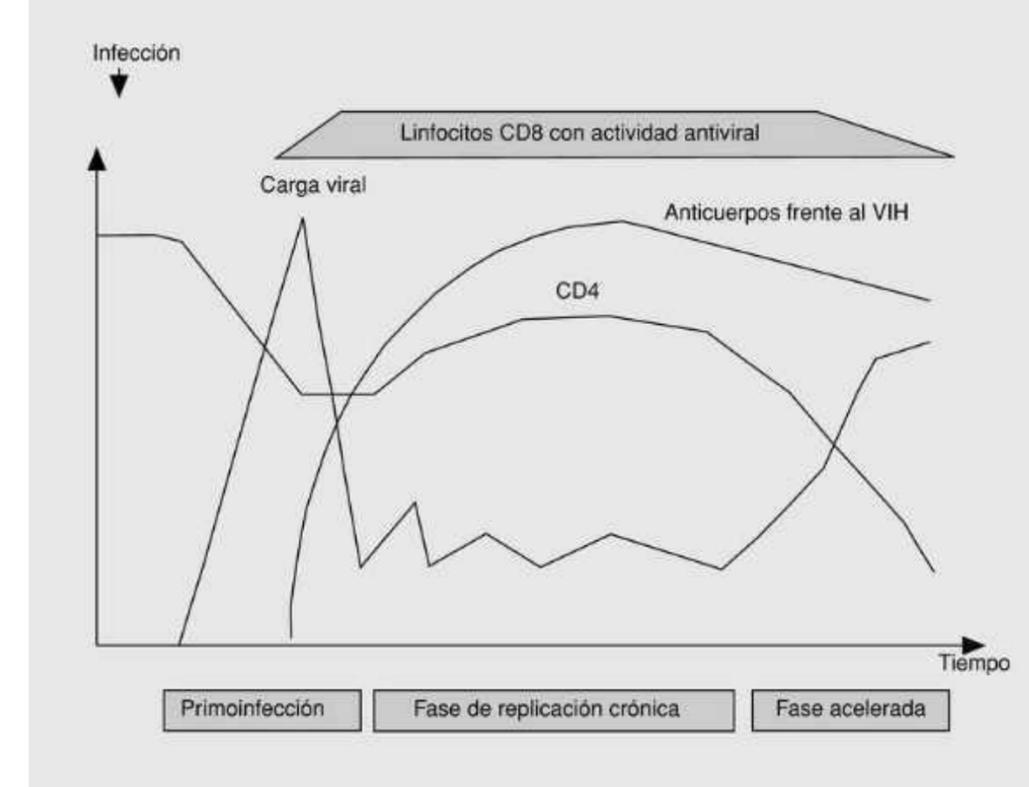
SÍNDROME AGUDO

Síntomas
inespecíficos >50%
casos que
permanecen 2-4 sem.

FASE CRÓNICA

Asintomática/ADP

FASE FINAL



Diagnóstico diferencial del síndrome agudo con otros procesos

Frecuentes

Mononucleosis infecciosa
Gripe
Faringitis por estreptococo
Viriasis inespecífica

Menos frecuentes

Hepatitis A, B, C
Reacción a drogas
Herpes simple
Sífilis secundaria

Raros

Citomegalovirus
Rubéola
Toxoplasmosis
Brucelosis
Meningitis/encefalitis
Inmunodeficiencias primarias
Paludismo/fiebre tifoidea en zonas endémicas

Tabla 2. Estadificación clínica de la OMS del VIH/sida para adultos y adolescentes con infección por VIH confirmada

Infección primaria por VIH

- Asintomática (10-60%)
- Síndrome retroviral agudo

Estadio clínico 1: fase temprana de la enfermedad

- Asintomática
- Linfadenopatía generalizada persistente

Estadio clínico 2: se correlaciona con linfocitos T CD4 > 500 cél./ μ L, aproximadamente

- Pérdida de peso moderada inexplicada (< 10% del peso corporal presunto o medido)
- Infecciones recurrentes del tracto respiratorio (sinusitis, amigdalitis, otitis media, faringitis)
- Herpes zoster
- Queilitis angular
- Úlceras orales recurrentes
- Erupciones papulares pruriginosas
- Dermatitis seborreica
- Infecciones fúngicas de las uñas

Estadio clínico 3: se correlaciona con linfocitos T CD4 entre 500 y 200 μ L /aproximadamente

Condiciones en las que se puede realizar un diagnóstico presuntivo sobre la base de signos clínicos o investigaciones simples:

- Pérdida de peso inexplicable (> 10% del peso corporal presunto o medido)
- Diarrea crónica inexplicable durante más de 1 mes
- Fiebre persistente inexplicable (> 37,6 °C intermitente o constante durante más de 1 mes)
- Candidiasis oral persistente
- Leucoplasia pilosa oral
- Tuberculosis pulmonar (actual)
- Infecciones bacterianas graves (p. ej., neumonía, empiema, piomiositis, infección ósea o articular, meningitis, bacteriemia)
- Estomatitis ulcerosa necrosante aguda, gingivitis o periodontitis

Condiciones en las que es necesaria una prueba diagnóstica confirmatoria:

- Anemia inexplicable (< 8 g/dL) o neutropenia (< 500 cél./ μ L) o trombocitopenia crónica (< 50.000 cél./ μ L) durante más de 1 mes

Diagnóstico CLÍNICA

Estadio clínico 4: se correlaciona con linfocitos T CD4 < 200 cél./μL, aproximadamente

Condiciones en las que se puede realizar un diagnóstico presuntivo sobre la base de signos clínicos o investigaciones simples:

- Síndrome consuntivo por VIH
- Neumonía por *Pneumocystis*
- Neumonía bacteriana grave recurrente
- Infección crónica por herpes simple (orolabial, genital o anorrectal de más de 1 mes de duración)
- Candidiasis esofágica
- Tuberculosis extrapulmonar
- Sarcoma de Kaposi
- Toxoplasmosis del sistema nervioso central (SNC)
- Encefalopatía por VIH

Condiciones en las que es necesaria una prueba diagnóstica confirmatoria:

- Criptococosis extrapulmonar, incluida meningitis
- Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP)
- Cándida de tráquea, bronquios o pulmones
- Criptosporidiosis crónica (con diarrea)
- Isosporiasis crónica
- Infección visceral por herpes simple
- Infección por citomegalovirus (CMV) (retinitis o infección de órganos distintos del hígado, el bazo o los ganglios linfáticos)
- Micosis diseminada (p. ej., histoplasmosis, coccidiomicosis)
- Bacteriemia recurrente por salmonela no tifoidea
- Linfoma (cerebral o de células B no Hodgkin) u otros tumores sólidos asociados al VIH
- Carcinoma de cuello uterino invasivo
- Leishmaniasis diseminada atípica
- Nefropatía sintomática asociada al VIH o miocardiopatía sintomática asociada al VIH

Cribado I



España 2014:

- El 46% de nuevos diagnósticos fueron tardíos ($CD4 < 350 \text{ cél}/\mu\text{l}$)
- El 28% presentaban enfermedad avanzada ($CD4 < 200 \text{ cél}/\mu\text{l}$)



Tasas de morbimortalidad
Costes económicos
Transmisión a terceros



Cribado II

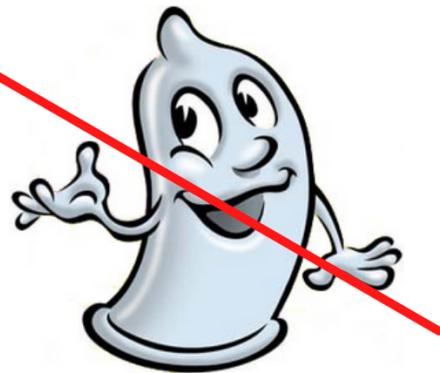
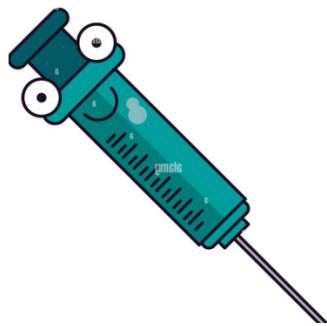


Tabla 1. Indicaciones de cribado de infección por VIH (adaptada⁷)

1. Personas que lo soliciten por sospechar una exposición de riesgo.
2. HSH y sus parejas sexuales (hombres y mujeres).
3. Presencia de signos o síntomas indicativos de infección por VIH o enfermedad característica de sida.
4. Mujer embarazada o con deseos de embarazo.
5. Personas que han compartido material para inyectarse drogas y sus parejas sexuales.
6. Presencia de otras ITS.
7. Relaciones sexuales con penetración sin preservativo con personas infectadas por VIH.
8. Múltiples contactos sexuales y sus parejas.
9. Heterosexuales con más de una pareja sexual o prácticas de riesgo en los últimos 12 meses.
10. Tener una pareja estable y querer dejar de usar el preservativo en sus relaciones sexuales.
11. Personas con TBC u otra infección que pudiera sugerir inmunodepresión.
12. Personas que ejercen la prostitución, sus parejas y sus clientes.
13. Personas que han sufrido una agresión sexual.
14. Personas con exposición de riesgo al VIH ocupacional o accidental.
15. Personas que ingresan en instituciones penitenciarias.
16. Relaciones sexuales sin protección en países con alta prevalencia de infección.
17. Personas procedentes de países de alta prevalencia (>1%) y sus parejas sexuales.
18. Cribado obligatorio en: donación de sangre, trasplante, injerto o implantación de órganos, estudios de donantes y usuarios relacionados con técnicas de reproducción humana asistida, y obtención y recepción de semen.

HSH: hombres que tienen sexo con hombres; ITS: infección de transmisión sexual; sida: síndrome de inmunodeficiencia adquirida; TBC: tuberculosis; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

Algoritmo diagnóstico

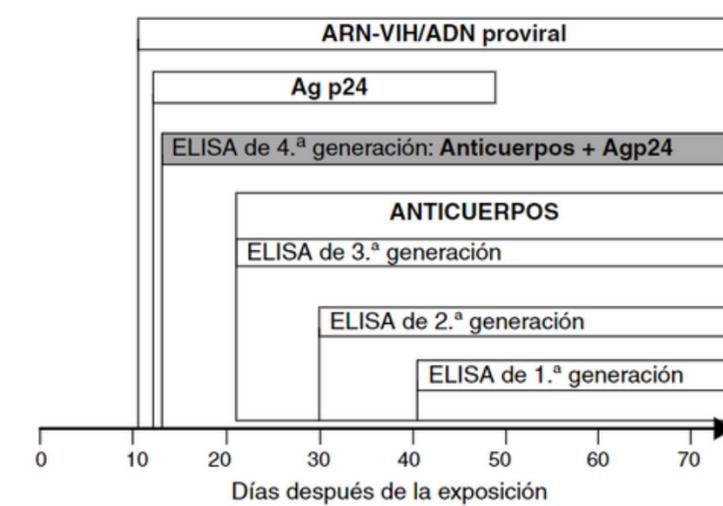
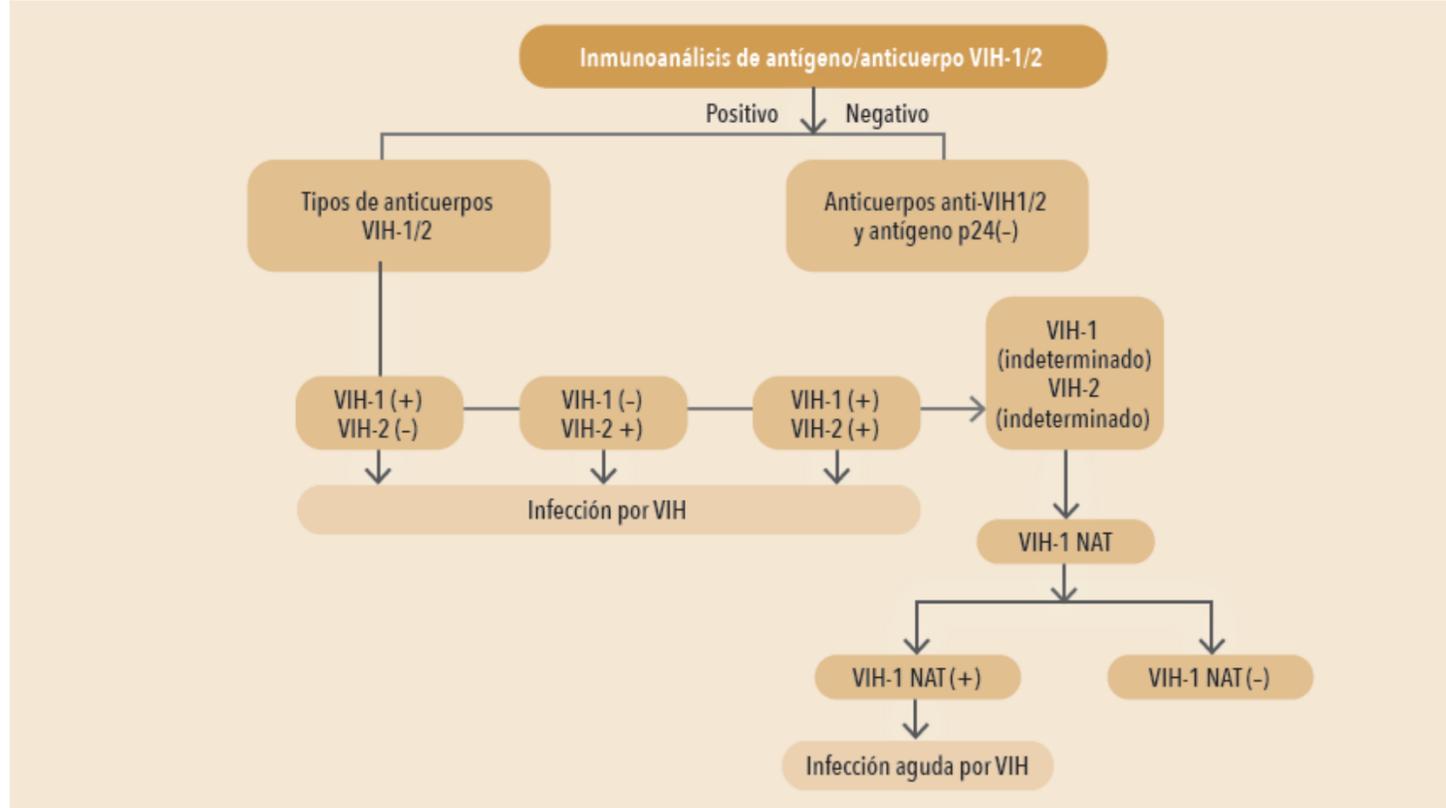
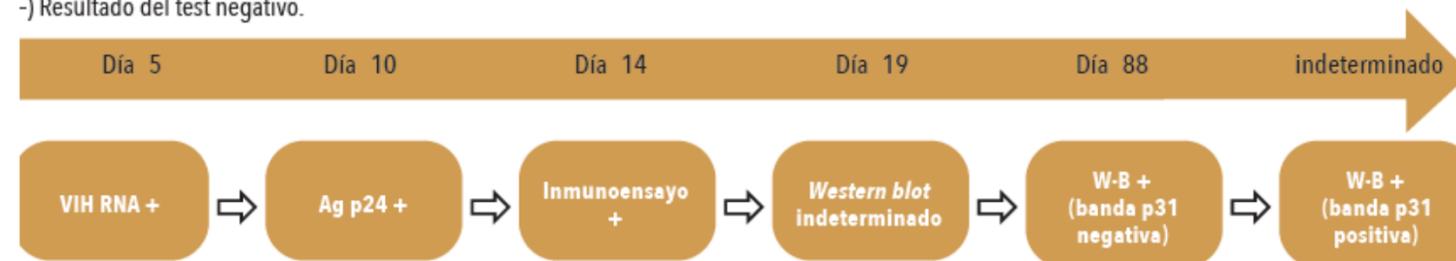


Figura 1. Tiempo de aparición de marcadores específicos de infección VIH.

Figura 2. Algoritmo diagnóstico de VIH y línea temporal de la evolución natural del VIH y las pruebas complementarias. Período ventana



IAT: prueba de ácido nucleico; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.
 +) Resultado del test positivo.
 -) Resultado del test negativo.



Algoritmos adaptados de: A) Branson BM, Stekler JD. Detection of acute HIV infection: We can't close the window. J Infect Dis. 2012;205:521. B) Fiebig W, Wright DJ, Rawal BD, et al. Dynamics of HIV viremia and antibody seroconversion in plasma donors: implications for diagnosis and staging of primary HIV infection. AIDS 2003;17:1871-9. C) CDC and Prevention and Association of Public Health Laboratories. Laboratory Testing for the Diagnosis of HIV



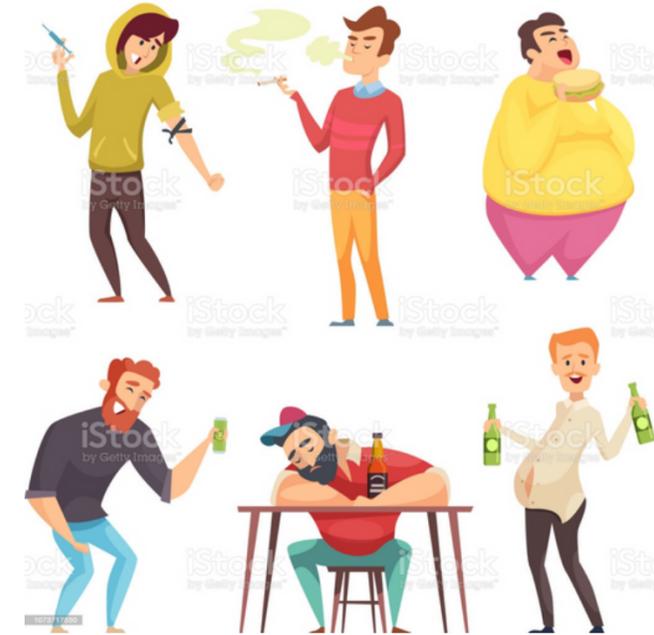
Derivar a la unidad de infecciosas de referencia para iniciar de forma precoz la TAR

Estudio de contactos



Evaluación inicial I

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA



Anamnesis:

- Alergias medicamentosas
- Hábitos tóxicos y estilo de vida
- Apoyo familiar y social
- Situación laboral
- Estado vacunal
- Datos referentes a la infección VIH
- AP
- Tratamiento habitual

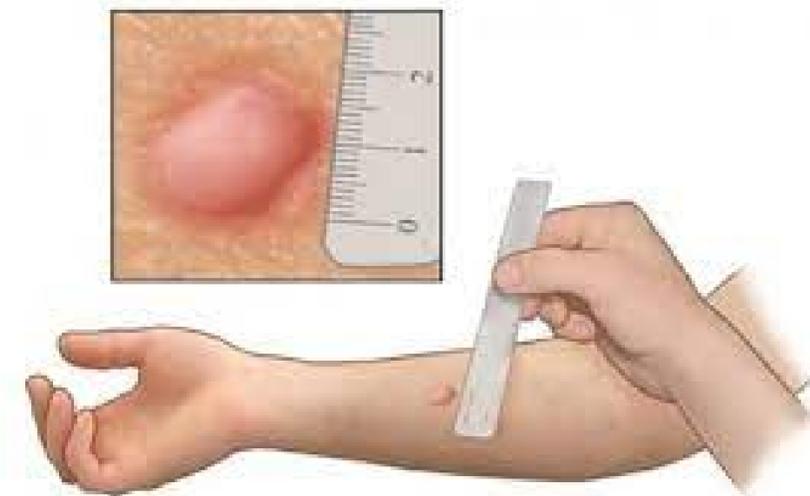
EF:

- Constantes vitales
- Medidas antropométricas
- Evaluación piel y mucosas
- ACR
- Palpación ABD
- Evaluación genitales
- Búsqueda ADP
- Valoración neuropsicológica
- FO

Evaluación inicial II

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- Analítica básica: hemograma; BQ; perfil lipémico y GB.
- Sedimento orina
- Orina 24h: proteinuria y aclaramiento Cr
- Rx
- Mantoux
- Serología: sífilis; VHA; VHB; VHC; Toxoplasmosis; CMV; VEB
- Estudio de poblaciones de linfocitos
- Citología y frotis vaginal (♀)
- Cultivo rectal y faríngeo (HSH receptivo)



Tratamiento I

**INICIAR TAR LO ANTES POSIBLE EN TODO
PACIENTE VIH CONFIRMADO**

Pautas tratamiento inicial:

- Pautas triples (la más habitual):

2 ITIAN + INI/ITINN/IP

- Única pauta doble actual:

ITIAN+INI

- Objetivo: En 85% casos CV < 50
copias/mL a las 48 semanas de
tratamiento

■ **ITIAN**

Ex: Lamivudina, Abacavir
Toxicidad mitocondrial
(a.láctica y rabdomiólisis)

■ **IP**

Ex: Atazanavir, Darunavir
Empeoran el perfil
metabólico

■ **ITINN**

Ex: Nevirapina, Efavirenz
Toxicidad hepática y
cutánea (exantemas)

■ **INI**

Ex: Raltegravir, Dolutegravir
Bien tolerados. De elección
en las pautas de inicio

Tratamiento II

REACCIONES ADVERSAS

Tabla 3. Reacciones adversas medicamentosas más frecuentes¹⁹

TDF	<ul style="list-style-type: none">• Descenso del FGe• Hipofosfatemia• Déficit de vitamina D• Osteoporosis• Fracturas
ABC	<ul style="list-style-type: none">• RAM inmediata: DRESS si HLA-B*5701 positivo• Estudios sugieren aumento de IAM
IP	<ul style="list-style-type: none">• RAM inmediata: alteraciones digestivas y exantema• Descenso del filtrado glomerular. Litiasis renal• Osteoporosis y fracturas• Aumento de RCV con aumento de LDL• Colelitiasis, hiperbilirrubinemia e ictericia
EFV	<ul style="list-style-type: none">• RAM inmediata y tardía: trastornos neuropsicológicos, ideas autolíticas, neurotoxicidad y deterioro cognitivo, <i>rash</i>• Hepatotoxicidad, dislipemia, prolongación del QTc• Disminución de vitamina D• Ginecomastia• Teratogenicidad en animales (evitar si riesgo de embarazo)
INI	<ul style="list-style-type: none">• Aumento de enzimas musculares• RAM frecuentes, inmediatas y tardías: trastornos neuropsicológicos (insomnio, cefalea, irritabilidad o ansiedad). Pueden ser motivo suficiente para cambiar el TAR, aunque sea efectivo• Riesgo de SIRS, si se inicia en inmunosuprimidos
DTG, BIC, COBI y TAF	<ul style="list-style-type: none">• Teratogenicidad periconcepción. Sin datos de seguridad en embarazo

Tratamiento III

INTERACCIONES

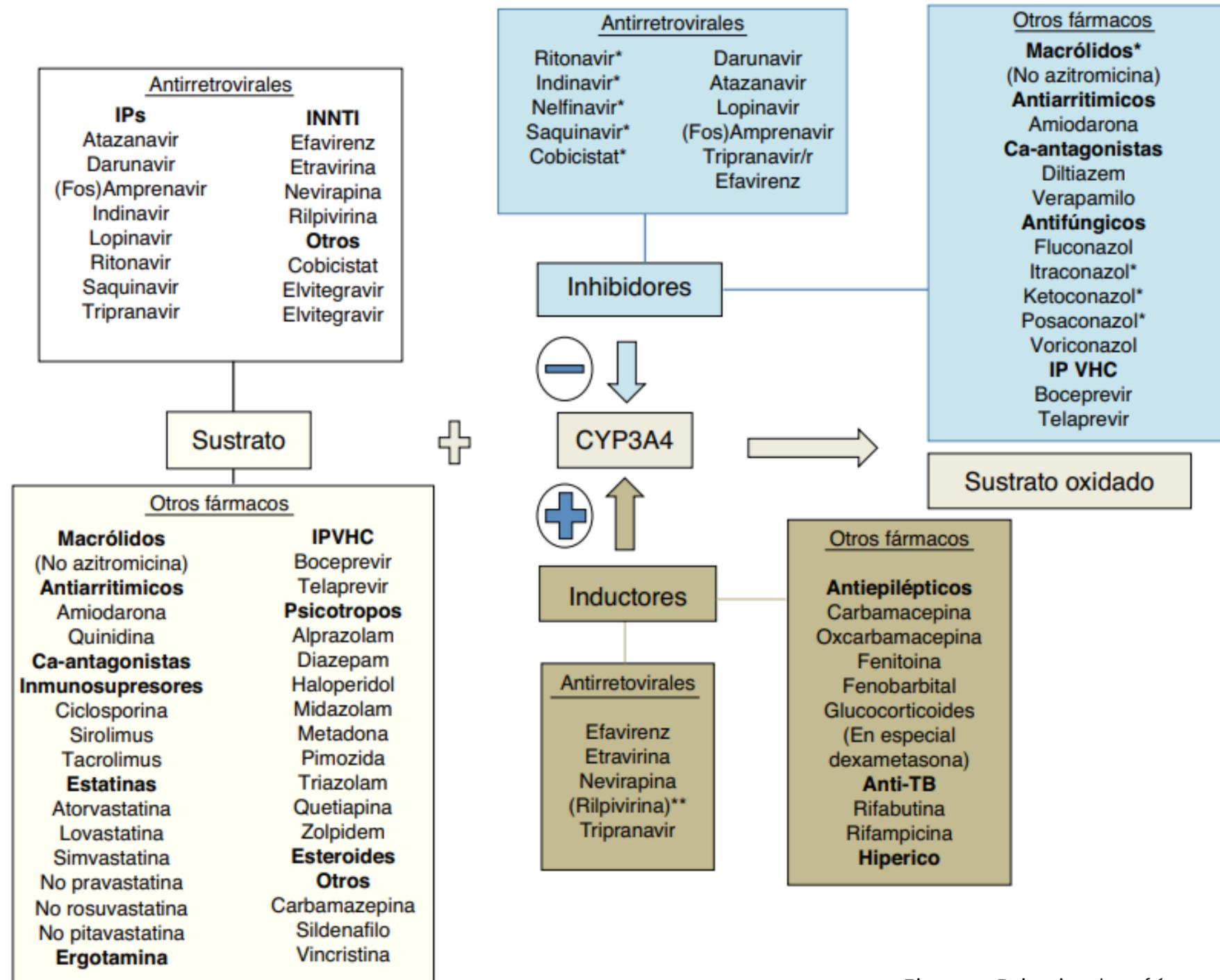


Figura. Principales fármacos que son sustratos, inhibidores o inductores del citocromo P450 (CYP)3A4.

Tratamiento III

INTERACCIONES

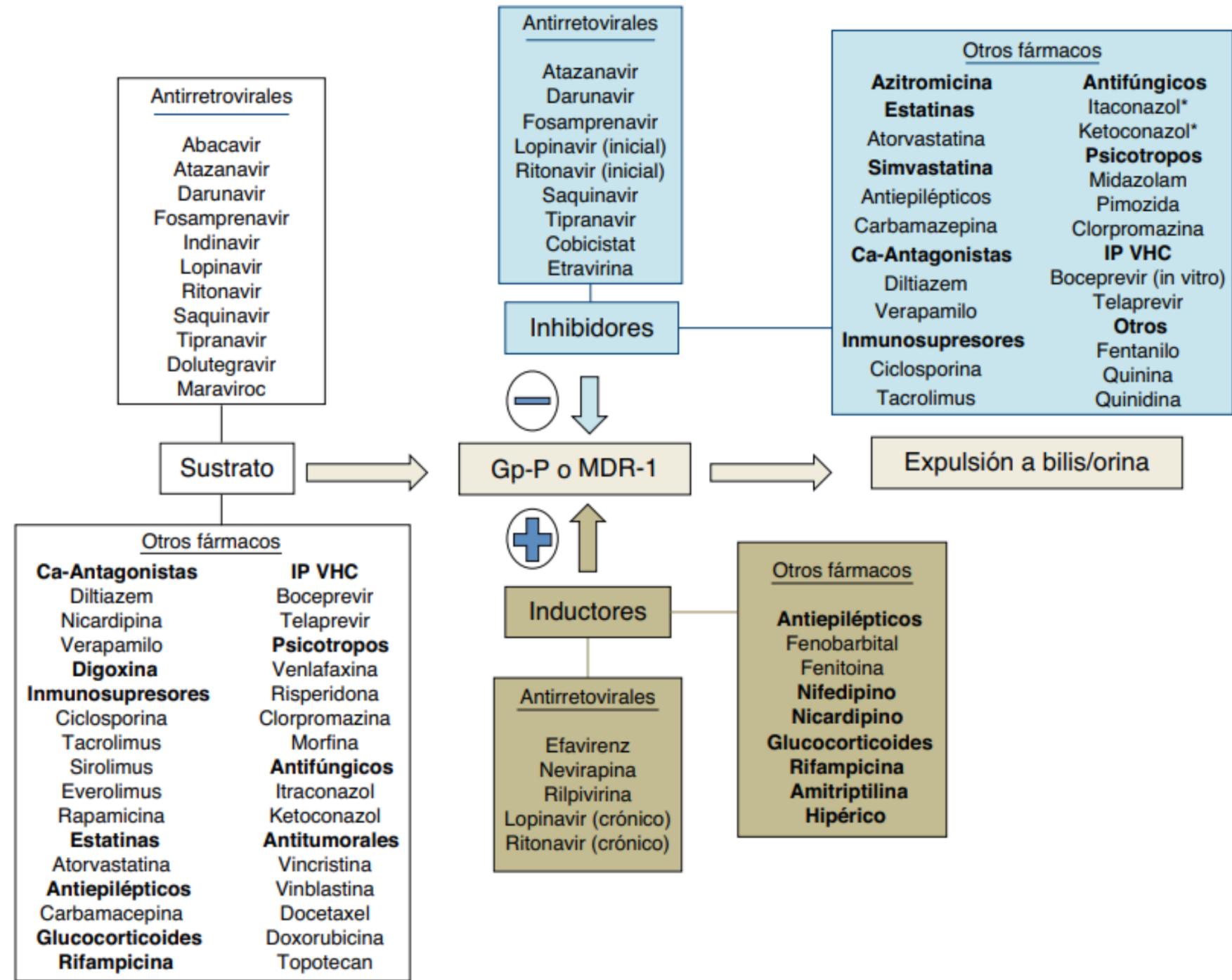


Figura. Principales fármacos que son sustratos, inhibidores o inductores de la glucoproteína P (Gp-P) o multi-drug resistance-1 (MDR-1)

Comorbilidades

CARDIOVASCULAR

Factores genéticos + FRCV
tradicionales + TAR + cambios
inflamatorios e inmunológicos

HEPÁTICA

Coinfección con VHC y VHB

RENAL

Grado de inmunodeficiencia y
fármacos antirretrovirales

POR NEOPLASIAS

Incidencia 2-3 veces mayor
Limfoma Hodgkin, Ca pulmón,
CHC, Ca anal o Ca mama

OSTEOPOROSIS Y FRAGILIDAD

Estilo de vida + cambios
hormonales + infección + TAR

NEUROPSIQUIÁTRICA

- Demencia subcortical
- Depresión prevalencia 30-61%

Seguimiento



- Realizar dieta alimentaria correcta y evitar sustancias tóxicas
- Ejercicio físico
- Fomentar hábitos saludables
- Ajustar medicación crónica y control de interacciones de fármacos
- Adherencia al tratamiento
- Minimizar riesgo de infecciones
- Estudio de contactos
- Asesorar sobre sexualidad y prácticas seguras
- Apoyo emocional
- Detección comorbilidades
- Diagnóstico precoz infecciones oportunistas



Vacuna	Pauta	Recomendación
Gripe	1 dosis/año	Vacuna inactivada
Tétanos-difteria-pertussis	5 dosis (0, 1, 6 y 12 meses y recuerdo a los 10 años)	Si correctamente vacunado (5 dosis), valorar recuerdos cada 10 años en personas con riesgo de exposición
Neumocócica conjugada 13v (VNC13) + neumocócica polisacárida 23v (VNP23)	VNC13 + VNP23 (pauta secuencial)	Administrar con un intervalo de 12 meses (mínimo 8 semanas) Dosis de recuerdo de VNP23 si > 5 años desde la dosis anterior
Meningococo ACWY	2 dosis (0, 2 meses)	Se valorará dosis de recuerdo a los 5 años
Hepatitis A	2 dosis (0, 6 meses)	Solicitar anticuerpos prevacunación y posvacunación Si CD4 < 350/mm ³ , pauta de 3 dosis (0, 1, 6 meses)
Hepatitis B	4 dosis (0, 1, 2, 6 meses)	Solicitar anticuerpos prevacunación y posvacunación Si no respondedor (anti-HBs posvacunales < 10 UI/L), se administrarán 3 dosis adicionales con intervalos de 4 semanas

Sarampión, parotiditis, rubéola	2 dosis (0, 1 meses)	Solicitar anticuerpos y serología prevacunación y posvacunación En seronegativos, frente a sarampión y en mujeres en edad fértil seronegativas frente a rubeola, vacunar si CD4 > 200/mm ³ mantenidos durante al menos 6 meses
Varicela	2 dosis (0, 3 meses)	Solicitar serología prevacunación y posvacunación En seronegativos, vacunar si CD4 > 200/mm ³ mantenidos durante al menos 6 meses No usar vacuna tetravérica
VPH	3 dosis (0, 1-2, 6 meses)	Hasta los 26 años, independientemente de la CV, nivel de CD4 y tratamiento antirretroviral
Vacunas frente a COVID-19: Pfizer/BioNTech Moderna AstraZeneca Janssen	2 dosis (0 y 21 días) 2 dosis (0 y 28 días) 2 dosis (0 y 12 semanas) 1 dosis	Todas las vacunas disponibles en la actualidad están indicadas en personas con VIH. Aunque teóricamente es posible que con CD4 bajos puedan tener una menor respuesta inmunitaria, no hay datos disponibles sobre diferencias de eficacia vacunal

CV: carga viral; VIH: virus de inmunodeficiencia humana; VPH: virus del papiloma humano.

Prevención

Estrategia fundamental: Consejo individualizado

- Medidas conductuales
- Educación sanitaria
- Uso preservativo
- Programas para usuarios de drogas
- Profilaxis pre y post exposición



El diagnóstico precoz de la infección por VIH y la derivación de los nuevos diagnosticados a la atención especializada debería ser una de las principales estrategias para mejorar el pronóstico de los pacientes VIH así como disminuir la incidencia de la infección en la comunidad.

El colectivo de MF debe jugar un papel relevante en el diagnóstico precoz, a través de la normalización y expansión de las pruebas. Para ello, es necesario que los MF dispongan de criterios específicos que les permitan reconocer a las personas en riesgo de infección o que tienen síntomas de infección temprana.

Bibliografía

- Agustí C., Martín-Ramadán M., Zarco J., Aguado C., Carrillo R., Codinachs R., et al. Diagnóstico precoz del VIH en atención primaria en España. Resultados de una prueba piloto de cribado dirigido basado en condiciones indicadoras, criterios conductuales y de origen. *Aten. Primaria*. 2018; 50 (3): 159-165
- Casanova Colominas J.M., Rodríguez Fernández M.C., Gómez García M. Manejo del paciente con VIH en Atención Primaria. *AMF* 2013; 9 (6): 306-315
- García F., Álvarez M., Bernal C., Chueca N., Guillot V. 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
- García Iglesias C., de Salamanca Gambará R. E., Gutiérrez Pérez M. I. VIH en Atención Primaria. *AMF*. 2021; 17 (8): 434-442
- Manzardo C. Tuset M, Miró J, Gatel J. Interacciones graves o potencialmente letales entre antirretrovirales y otros medicamentos. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015; 33(7):15–30

1 de diciembre

**DÍA
MUNDIAL
DE LA LUCHA CONTRA
EL VIH.**

