

Seguimiento del paciente VIH en el primer nivel de atención



Dra. Bettiana Benavídez
Dra. Camila Abaracón
Prof. Adj. Dra. Mariana Guirado



Original

Indicadores de calidad asistencial de GeSIDA para la atención de personas infectadas por el VIH/sida asociados a mortalidad e ingreso hospitalario



Elena Delgado-Mejía*, Guillem Frontera-Juan, Javier Murillas-Angoiti, Antoni Abdon Campins-Roselló, Leire Gil-Alonso, María Peñaranda-Vera, María Angels Ribas del Blanco, María Luisa Martín-Pena y Melchor Riera-Jaume

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España

Estudio de cohorte retrospectivo (2000-2013) en Hospital Universitario de España. 2017.

Objetivo: determinar cuáles indicadores de calidad asistencial desarrollados por GeSIDA se asocian a un aumento en la mortalidad y/o ingreso hospitalario en la población VIH.

Resultados: 1.944 pacientes. Único indicador que se asoció a un aumento en el riesgo de mortalidad fue el diagnóstico tardío de VIH.

Indicadores protectores (menor mortalidad): asistencia regular a los controles, detección y tratamiento de la infección tuberculosa latente, plan de inicio de TARV adecuado y carga viral indetectable al año de tratamiento.

Primeros resultados de una cohorte de pacientes con VIH en seguimiento ambulatorio por la Cátedra de Enfermedades Infecciosas.



Escrito por [Super User](#)

Congreso Nacional

Zaida Arteta, Martín López, Mariana Guirado, Sofía Griot, Elisa Cabeza, Virginia Antelo, Victoria Frantchez, Richard Fornelli, Santiago Gemelli, Mateo Rodríguez, Cecilia Villarino, Rocio Ormaechea, Thery Álvarez, Bettiana Benavidez, Alejandro Noda, Susana Cabrera. Primeros resultados de una cohorte de pacientes con VIH en seguimiento ambulatorio por la Cátedra de Enfermedades Infecciosas. V Congreso Nacional de ENFERMEDADES INFECCIOSAS, Punta del Este, Marzo 2019. *Revista Uruguaya de Medicina Interna* 2019 (1): 170.

Estudio transversal. Montevideo. 2018.

Cohorte de pacientes VIH asistidos por la Cátedra de Enfermedades Infecciosas (CEI) durante 6 meses.

OBJETIVO: describir una cohorte de personas VIH que reciben atención ambulatoria por docentes y postgrados de CEI.

CONCLUSIONES: Población muy inmunodeprimida en el debut
Elevada cobertura de TARV (96%): buen indicador de calidad asistencial
70% se encuentran indetectables (objetivo >90%)
Baja cobertura vacunal (<25%)



Abordaje del paciente VIH en el primer nivel de atención: La primera consulta

Es una oportunidad para favorecer el vínculo con el paciente.

Se procurará lograr un ambiente de escucha y confianza.

Evitando interponer prejuicios y preconceptos personales.

Es una instancia fundamental para el comienzo de una atención de calidad con un abordaje integral



Objetivos de la evaluación inicial

- Valorar conocimientos de la infección e impacto del diagnóstico
- Brindar apoyo e información oportuna
- Valorar el estado inmunitario
- Identificar conductas de riesgo
- Evaluar coinfecciones y comorbilidades
- Descartar enfermedades oportunistas o evaluar el riesgo de adquirirlas



Examen físico inicial

- General: estado nutricional. Peso, talla, presión arterial y perímetro abdominal. IMC.
- Exploración de la cavidad oral: presencia de candidiasis oral, leucoplasia vellosa, lesiones sugestivas de sarcoma de Kaposi u otras lesiones mucosas.
- Examen linfoganglionar: evaluación de adenopatías en regiones ganglionares palpables.
- Exploración minuciosa de la piel: dermatitis seborreica, lesiones de sarcoma de Kaposi y otras lesiones cutáneas (foliculitis, equimosis, petequias, micosis, lesiones descamativas, de rascado, etc.).
- Auscultación cardíaca y respiratoria.



Evaluación paraclínica inicial

- **Prueba confirmatoria de VIH**
- **Hemograma:** citopenias vinculadas al VIH. Si existe plaquetopenia descartar coinfección VHC. De existir pancitopenia indagar posible infección oportunista
- **Glicemia y perfil lipídico:** pueden alterarse con la TARV y condicionar el plan de inicio si existen alteraciones basales.
- **Funcional y enzimograma hepático:** la alteración basal debe poner en alerta posible coinfección con virus B o C o infección oportunista



- **Función renal y examen de orina:** en particular aquellos candidatos a recibir TDF que presenten riesgo de insuficiencia renal (HTA, DM, IMC bajo, añosos, otros nefrotóxicos concomitantes, enfermedad renal previa)
- **CD4:** idealmente solicitarlo en paciente asintomático. Son necesarias dos determinaciones para confirmar estado inmunitario
- **Carga viral VIH:** su determinación basal sirve como línea de base para medir la respuesta al TARV
- **Coinfecciones:** en particular aquellas que comparten vía de transmisión



Coinfecciones

- Serología para sífilis: RPR ó VDRL/RPR-TPHA

- Otras ITS: cribado inicial para infección por *Chlamydia trachomatis* (se recomienda su búsqueda activa ya que puede presentarse en forma asintomática) y *Trichomonas vaginalis*

- Diagnóstico por PCR de exudado vaginal, uretral, anal, orofaríngeo u orina

- Retestear anualmente si persisten conductas sexuales de riesgo o diagnóstico de otra ITS

- Serología VHA (IgG): valorar necesidad de vacunación en población de riesgo (HSH, práctica sexual ano-oral, coinfección VHB/VHC)
- Serología VHB: vacunar si es susceptible (serología negativa sin vacunación previa)
- Serología VHC: repetir anualmente si persisten factores de riesgo (UDIV)



- Serología Herpes Simple: considerar que la transmisión sexual del VHS puede ocurrir durante la excreción asintomática del virus
- Serología Chagas: se comporta como oportunista pudiendo desencadenar reactivaciones graves de alta mortalidad. Solicitar una sola vez.
- Serología Toxoplasmosis: frente a serología negativa se deben reforzar hábitos de prevención en cada control
- Serología CMV: evaluar riesgo de enfermedad por reactivación
- Búsqueda de HPV



Tamizaje HPV en VIH

● MUJERES

- Citología cervical y cribado de infección por HPV al inicio del diagnóstico. Repetir a los 6 meses y luego anualmente. Con tres citologías consecutivas normales se podrá diferir control cada 3 años. Si $<200\text{CD4}$ realizar cribado HPV anualmente.
- De ser anormal realizar colposcopia independientemente de la presencia de HPV
- Mujeres HIV <21 años sexualmente activas presentan alto riesgo de progresión lesional ante una citología anormal
- Continuar screening en >65 años

- CITOLOGIA ANAL EN:
 - Práctica sexual anal receptiva
 - Presencia de verrugas genitales
 - Citología cervical anormal

**LA CITOLOGÍA ANORMAL
TIENE INDICACIÓN DE
ANOSCOPIA CON
BIOPSIA**

Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. 2018. Disponible en: <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines>

Pautas de atención a personas con VIH en el primer nivel de atención. MSP. 2016.

Consenso GeSIDA sobre el control y monitorización de la infección por VIH. España. 2018



- **HOMBRES**

- Lesiones perianales visibles deben ser valoradas y eventualmente biopsiadas para descartar malignidad
- HSH + VIH tienen indicación de citología anal como método de screening para lesión anal premaligna
- Citología anal anormal: realizar anoscopía con biopsia para identificar lesiones encontradas
- En Uruguay no se realiza cribado de rutina para la búsqueda de infección por HPV en HSH/VIH

Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. 2018. Disponible en: <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines>

Pautas de atención a personas con VIH en el primer nivel de atención. MSP. 2016..

Consenso GeSIDA sobre el control y monitorización de la infección por VIH. España. 2018



Inicio de tratamiento antirretroviral

Toda persona con diagnóstico de VIH tiene indicación de inicio de tratamiento independientemente del estado inmunitario

Se prioriza el inicio de TARV en:

CD4 \leq 500/mL

Sintomático B o C

Embarazo

Pareja serodiscordante

Nefropatía asociada al VIH

Coinfección crónica con virus de hepatitis B y/o virus de hepatitis C

Infección aguda o reciente

Edad > 50 años

Comorbilidad asociada al VIH (hepática, renal, cardiovascular, neoplasia no Sida)

El inicio precoz aumenta la vinculación, retención en cuidados y el tiempo a lograr una CV suprimida

Puede diferirse transitoriamente el inicio del tratamiento en aquellos que se encuentren cursando una infección oportunista que requiera un tratamiento específico inicial



SEGUIMIENTO

Paciente VIH recibiendo tratamiento
antirretroviral



Estrategias para prevenir dificultades en la adherencia al TARV

1. Brindar información de respuesta al tratamiento (estado inmunitario)
2. Involucrar en lo posible a la pareja, familia y amigos
3. Simplificar al máximo posible el número, complejidad y efectos adversos el régimen de TARV
4. Generar confianza en el sistema de atención (continuidad, confidencialidad, empatía con el equipo)
5. Flexibilizar el seguimiento (citas, horarios, retiro de medicamentos)
6. Identificar y tratar trastornos psiquiátricos y abordaje del consumo de sustancias psicoactivas



Paraclínica de control

- Se recomienda realizar un primer control al mes de iniciado el tratamiento para evaluar adherencia y tolerancia al mismo (CV y CD4), luego cada 3 meses en los siguientes 12 meses
- Pacientes que cambian de tratamiento se valorará CV al mes y luego cada 3 meses en los siguientes 12 meses
- Antígeno criptocócico en sangre si $CD4 < 100$. Un resultado positivo obliga a descartar enfermedad activa (punción lumbar)
- La paraclínica a solicitar dependerá del plan ARV iniciado:
- Hemograma: cada 6 meses, al menos 1 vez al año.



Paraclínica de control

- Función y enzimograma hepático anualmente, según necesidad.
- Evaluación metabólica: perfil lipídico y glicemia al menos una vez al año junto con la valoración del resto de los factores de riesgo cardiovasculares (PA, IMC, consumo de tabaco)
- Cribado ITS anual y según se requiera. (No está protocolizado el tamizaje periódico sistemático).
- VDRL anual en todos aquellos sexualmente activos con prácticas sexuales de alto riesgo (en particular HSH, trabajadoras/es sexuales, múltiples parejas sexuales)
- Serología VHB-VHC según se requiera



Evaluación de la función renal

La insuficiencia renal es una causa frecuente de morbilidad en pacientes con infección por el VIH y es multifactorial.

Los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad renal:

Edad avanzada, raza negra, bajo peso corporal, hipertensión arterial, diabetes mellitus y la coinfección por VHB o VHC.

Replicación viral persistente, niveles bajos de linfocitos CD4+ son factores propios del VIH que incrementan el riesgo de enfermedad renal.

Tratamiento con TDF o con otros fármacos nefrotóxicos poseen más riesgo de enfermedad renal.

Estudio renal básico:

Creatininemia, estimación del FG mediante la fórmula CKD-EPI.

Sedimento urinario, fosfatemia, glucosuria, proteinuria.

Estudio renal ampliado:

Si existe sospecha de tubulopatía o síndrome de Fanconi (TDF), deben evaluarse los niveles de fosfato y urato en sangre y orina (para determinar la excreción fraccional de fosfato y urato), equilibrio ácido base, K⁺ plasma y orina. Calcemia.

En los pacientes s/FR para enfermedad renal se recomienda efectuar un estudio renal básico una vez al año.

En los pacientes c/FR para enfermedad renal se recomienda realizar un estudio renal ampliado al menos cada 6 meses



Evaluación de la densidad mineral ósea (DMO)

1. La infección por el VIH y el estado inflamatorio asociado favorecen la pérdida de DMO.
2. La etiopatogenia es multifactorial: factores propios del paciente, relacionados con la infección por el VIH, el tratamiento antirretroviral.
3. El fármaco antirretroviral más relacionado con osteoporosis es TDF.

DXA (absorciometría de rayos X de energía dual) o Densitometría ósea se utiliza para medir la densidad ósea

Realizar DXA:

Presencia de FR mayores de presentar fracturas (uso glucocorticoides; historia de fracturas óseas por fragilidad; elevado riesgo de caídas)

Mujeres postmenopáusicas o varones con hipogonadismo confirmado.

Varones con edad ≥ 50 años,

Escala FRAX : presenta un riesgo a 10 años de fractura de cadera $> 3\%$ y/o $>10\%$ de fractura osteoporótica mayor

Realizar el examen de densidad ósea de control al cabo de 10 años si la DMO es normal, cada 5 años si existe osteopenia, y cada 1-2 años en presencia de osteoporosis

En un paciente con osteoporosis o riesgo de fractura importante se debería evitar el TDF.

En pacientes con osteoporosis alto riesgo de fractura en tratamiento con TDF se recomienda sustituir éste por ABC, TAF o RAL.



Vacunas

- La inmunogenicidad es menor que en inmunocompetentes y los anticuerpos protectores caen antes (en particular si $CD4 < 200$)
- La TARV prolonga la duración de la seroprotección, sin embargo, la efectividad continúa siendo menor respecto a los no infectados
- La supresión virológica mejora las tasas y la persistencia de la respuesta inmune a las vacunas
- **SEGURIDAD:**
 - Las vacunas inactivadas presentan mismo perfil de seguridad que en inmunocompetentes
 - Las vacunas vivas atenuadas están contraindicadas en $CD4 < 200$
- **OPORTUNIDAD:** etapa precoz de la infección con buena inmunidad o luego de 3-6 meses de TARV en aquellos captados tardíamente para mejorar eficacia



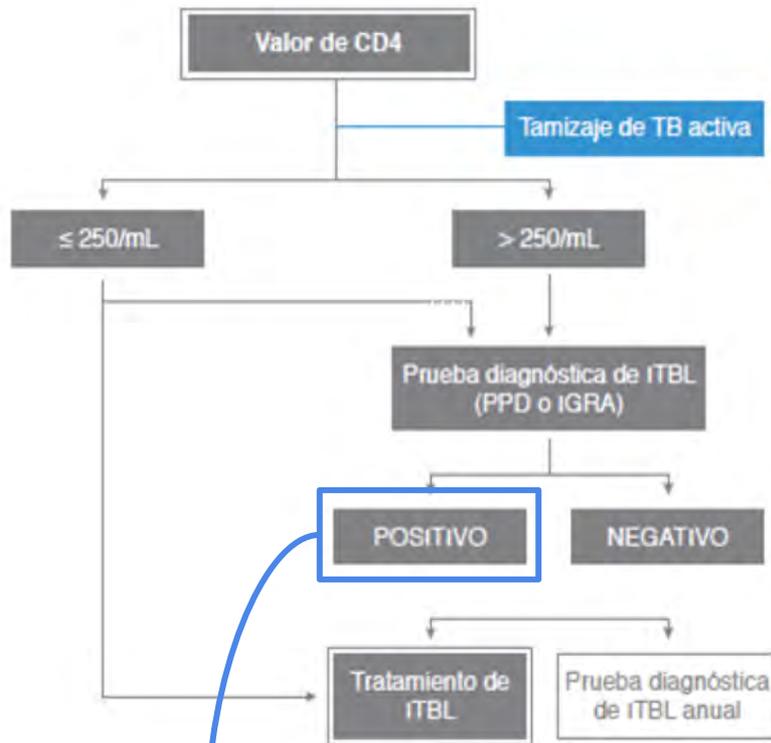
ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	
Influenza inactivada	Recomendada anual
Difteria, tétanos (dT)	Recomendada cada diez años
Difteria, tétanos y pertussis acelular (dTPa)	Recomendada una dosis entre los 11 y 18 años Recomendada en los embarazos
Antineumocócica	Recomendado esquema combinado (PCV13+PPSV23)
Hepatitis B	Recomendada si es susceptible
Hepatitis A	Recomendada si es susceptible y situación de riesgo
Papilloma virus (VPH)	Recomendada 3 dosis a mujeres y varones de 9 a 26 años
Varicela	Contraindicada con <200 CD4 Recomendada si >200 CD4 y susceptible
Zóster	Contraindicada con <200 CD4
Sarampión, rubéola y paperas (SRP)	Contraindicada con <200 CD4 Recomendada si >200 CD4 y no presentó la enfermedad ni recibió dos dosis de SRP.
Fiebre amarilla	Contraindicada si <200 CD4 Recomendada si >200CD4 y vive o viaja a zona endémica
Vacuna antimeningocócica	Considerar 2 dosis y booster cada 5 años según epidemiología local

*Susceptible: serología negativa sin vacunación previa



Infección tuberculosa latente (ITBL)



Aquellos pacientes que completan la quimioprofilaxis, sólo repetirán tratamiento si presentan contacto estrecho con caso activo luego de finalizada la profilaxis

Descartar TB activa previo al inicio de tratamiento ITBL

	Régimen	Dosis	Comentarios
De elección	isoniacida	300 mg/día vo, 6 meses	Agregar pridoxina 25-50mg/día
Alternativos	rifampicina	600 mg/día vo, 4 meses	Considerar interacción con ARV De preferencia, DOT (terapia directamente observada)



Seguimiento ITBL

- El alto riesgo de TB en estos pacientes junto con el beneficio demostrado del tratamiento preventivo (reducción de riesgo de TB activa 62%) justifican el cribado para ITBL y su eventual tratamiento
- El TARV tiene un efecto protector adicional, independientemente del tratamiento preventivo

Si PPD inicial negativo se debe REPETIR tras contacto con paciente con tuberculosis activa y considerarlo* cada 2-3 años en aquellos pacientes con una PRIMER prueba NEGATIVA (y CD4>200)

*No hay evidencia significativa que muestre beneficio de cribado periódico y sistemático en pacientes con TARV y PPD inicial negativo



Profilaxis primaria farmacológica para infecciones oportunistas

	Toxoplasmosis encefálica	Neumocistosis pulmonar	Micobacteriosis atípica
CD4	<100	<200 ¹	<50
Profilaxis	TMP/SMX 160/800mg día	TMP/SMX 160/800mg día	Azitromicina 1g semanal
Alternativa	TMP/SMX 160/800mg trisemanal o 80/400mg día	TMP/SMX 80/400mg día ² o TMP/SMX 160/800mg trisemanal	Claritromicina 500mg cada 12hs Azitromicina 500mg bisemanal
Duración	CD4>200 mantenidos por 3 meses + TARV	CD4>200 mantenidos por 3 meses + TARV	CD4>100 mantenidos por 3 meses + TARV

¹Considerar indicación cuando haya otra infección oportunista en curso, candidiasis oral o esofágica

²Mejor tolerancia y similar eficacia

*Asociar ácido folínico diario en profilaxis con SXT



Profilaxis secundaria

DE ELECCIÓN ALTERNATIVO DURACIÓN

<i>Pneumocystis jirovecii</i> ¹	TMP/SMX 160mg/800mg, día	TMP/SMX 160mg/800mg 3 veces/sem, o, 80mg/400mg, día	CD4 > 200/mL por un mínimo de 3 meses bajo TARV estable.
Toxoplasmosis encefálica	Primetamina 25-50mg/día + sulfadiazina 500mg c/6hs	TMP/SMX 160mg/800mg, día + Primetamina 25mg/día, o, Clindamicina 600mg vo c/8 hrs + pirimetamina 25 mg vo día	CD4 > 200/mL por un mínimo de 6 meses bajo TARV estable.
Micobacterias atípicas	Claritromicina 500mg, 2 veces/día + etambutol 15mg/kg/día ± ciprofloxacino 500mg, 2 veces/día	Azitromicina 500mg/día + etambutol 15mg/kg/día	12 meses de terapia completa, y, sin clínica de MAC, y, CD4 > 100/mL por un mínimo de 6 meses bajo TARV estable.
Criptococosis meníngea	Fluconazol 200mg/día		Al menos 1 año de terapia de mantenimiento, y, Asintomático, y, CD4 > 100/mL por un mínimo de 6 meses bajo TARV estable.
Candidiasis mucosa (episodios recurrentes)	Orofaringea: fluconazol 100mg, 3 veces/sem Esofágica: fluconazol 100mg/día Vulvovaginal: fluconazol 150mg/semana		CD4 > 200/mL
Histoplasmosis	Itraconazol: 200mg 3 veces/día por 3 días, continuar 200mg 2 veces/día		Al menos 1 año de terapia de mantenimiento, y, Hemocultivos negativos, y, CD4 > 150/mL por un mínimo de 6 meses bajo TARV estable.
Retinitis o encefalitis a CMV	Valganciclovir 900mg/día	Ganciclovir 5mg/kg i/v 3 veces/semana	CD4 > 100/mL por un mínimo de 6 meses bajo TARV estable Control oftalmológico

Asociar ácido folínico 15mg/día



Algunas consideraciones a tener en cuenta

Se deberá reiniciar profilaxis secundaria si los CD4 caen por debajo del punto de corte para la IO cursada

- Aquellos pacientes que se encuentren bajo profilaxis secundaria por toxoplasmosis encefálica no requieren profilaxis adicional para PCP
- Candidiasis recurrente: la profilaxis secundaria es discutida y se reserva para cuadros severos y frecuentes.



Screening de neoplasias no asociadas a VIH

Tumores no definatorios de SIDA: frecuencia 2-3 veces mayor que en la población general

- Linfoma de Hodgkin: no hay estrategia de detección precoz

- Cáncer de pulmón: es el más frecuente entre los pacientes VIH+.
 - IDSA recomienda realizar TC anualmente en pacientes 55-80 años, tabaquistas IPA>30 o que hayan abandonado <15 años

- Hepatocarcinoma: pacientes con VIH + cirrosis hepática
 - Iniciar cribado para carcinoma hepatocelular con ecografía bianual, alfa fetoproteína

- Cáncer del canal anal: citología anal anual para búsqueda de lesiones premalignas en población de riesgo. De ser anormal realizar anoscopía con biopsia.

Para el resto de neoplasias se aplicarán los mismos cribados que en la población general



“La atención integral a personas con VIH es la combinación de servicios dirigidos a prevenir la transmisión del VIH y aminorar las consecuencias físicas y emocionales de la infección, prevenir la rápida progresión de la enfermedad y el deterioro físico y/o emocional de la persona infectada, proveer atención destinada a mejorar la calidad de vida y proporcionar acceso al tratamiento”

Organización Panamericana de la Salud





Cátedra de Enfermedades Infecciosas, 2020.

