

## La infección por el VIH/sida y atención primaria

Estamos en la tercera década de la epidemia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida y se ha avanzado mucho, pero se calcula que en España hay unas 120.000 personas infectadas y cerca de la cuarta parte ignora que lo está. Nos encontramos, por tanto, ante uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país.

Han disminuido las nuevas infecciones y la eficacia de los nuevos tratamientos suponen nuevos retos y esfuerzos. Las prácticas preventivas deben convertirse en hábitos saludables duraderos y la disponibilidad de tratamientos eficaces hace necesaria la promoción de la prueba de detección del VIH y del consejo asistido a las personas expuestas, junto a la promoción de la detección precoz (cerca de una tercera parte de los casos de sida diagnosticados desconocía estar infectado, proporción que supera el 50% si nos referimos a los casos de infecciones por vía sexual). Ante la falta de curación definitiva debemos encontrar respuestas al manejo de los efectos secundarios de los fármacos disponibles, a la aparición de resistencias a los fármacos antirretrovirales y favorecer la adopción de medidas para mejorar el cumplimiento terapéutico.

Por otro lado, la disminución de la morbimortalidad implica un mayor número de personas infectadas, con un mayor riesgo de transmisión, y con un aumento de la supervivencia y de la calidad de vida de los pacientes, lo que conlleva la necesidad de adoptar medidas de reinserción sociolaboral que garanticen la igualdad de derechos de los afectados. Asimismo hay una creciente demanda por parte de las parejas, serodiscordantes o no (lo más frecuente es que el varón esté infectado y la mujer sea seronegativa), de asesoramiento reproductivo, ya que los avances terapéuticos favorecen el deseo de tener descendencia, al haber disminuido drásticamente la tasa de transmisión vertical.

Además, hay que avanzar en la vigilancia epidemiológica de la infección por el VIH en aspectos relacionados con los nuevos diagnósticos de infección y su tendencia en el tiempo, para poder caracterizar a las personas diagnosticadas y aproximarse al conocimiento real de las personas recientemente infectadas, mediante un registro de nuevas infecciones, que nos permitirá analizar las conductas de riesgo para orientar la planificación y diseñar las estrategias de prevención adecuadas. También debemos avanzar en la monitorización del VIH en poblaciones diana específicas, elegidas para las actividades de prevención (usuarios de drogas por vía parenteral [UDVP], homosexuales, trabajadores/as del sexo...).

Desde el inicio de la epidemia, aun antes de la identificación del virus, se planteó la estrategia preventiva como la mejor y prácticamente única medida, encaminada a romper la cadena epidemiológica y de esta forma conseguir que disminuyese su incidencia. Hay que recordar que la disminución de casos entre homosexuales se acompaña de un aumento de casos transmitidos por vía heterosexual, con mayor incidencia en la mujer, que podría interpretarse como la inadecuación de las campañas preventivas hacia la población general.

Por todo esto, la situación puede empezar a ser un problema cuando se transmite la idea de que las nuevas terapias están haciendo casi imperceptible el virus en el organismo. En este sentido, estamos asistiendo a una tendencia en el aumento de las conductas de riesgo, como está sucediendo en colectivos homosexuales de Estados Unidos. Unos opinan que «la efectividad de los tratamientos no hace tan necesario tomar precauciones». También hace unos días se podía leer en un periódico: «Los tratamientos intensivos han creado la impresión de que el sida es ya una infección crónica con la que se puede llevar una vida normal, larga y saludable. Esa mezcla de relativa seguridad, una supervivencia más larga y el hastío por las prolongadas cautelas se han convertido en un cóctel fatal». Quizá este comentario nos obliga a recordar a la población general que todos somos susceptibles de contraer el virus al ser un problema asociado a las conductas, al comportamiento.

Por este motivo, todos, ciudadanos y profesionales sanitarios, debemos aportar interés y ayudar en la búsqueda de las respuestas a las dudas planteadas, porque la infección por el VIH/sida ya es una enfermedad crónica.

Debemos mencionar que, debido a la complejidad de las combinaciones terapéuticas, la accesibilidad de las pruebas necesarias y, en ocasiones, por la desconfianza hacia los médicos de familia, estos enfermos han estado bastante ligados a las unidades de VIH/sida hospitalarias, perdiendo prácticamente el contacto con sus médicos de familia, que a su vez han relajado sus intervenciones durante los últimos años. Por ello, una fluida coordinación asistencial debe convertirse en una prioridad absoluta para los próximos años.

### La prevención de la infección por el VIH/sida y atención primaria

El análisis de la prevención de la infección producida por el VIH nos muestra diferentes puntos de interés, entre los que podemos destacar los siguientes: la actitud de los pro-

pios profesionales sanitarios, el momento de la realización del test del VIH/sida, la problemática de los jóvenes y de las mujeres, y la realización del test durante el embarazo.

A la hora de enfrentarnos a la realidad de la infección por el VIH, uno de los aspectos fundamentales es la actitud del profesional sanitario hacia lo complejo (sexualidad), lo diferente (homosexuales, prostitutas e inmigrantes) y lo conflictivo (usuarios de drogas). Es importante reseñar que, desde el punto de vista de la salud pública, la marginación y el rechazo generan un agravamiento de los problemas de salud. Por el contrario, la aceptación de lo diferente por los profesionales sanitarios contribuye de forma decisiva a resolverlos. Ejemplos de ello son los programas de mantenimiento con metadona (PMM) o el programa de intercambio de jeringuillas (PIJ).

Uno de los momentos clave de la relación médico-paciente es la realización del análisis frente al VIH. Hoy en día la mayoría de las personas que acuden a realizarse el test lo hacen por haber tenido una relación sexual —habitualmente heterosexual— que consideran de riesgo. El análisis de estos casos muestra que todavía subyace en la población heterosexual el concepto de «grupo de riesgo».

El caso de los jóvenes y adolescentes es complejo. En primer lugar, porque en ellos existen dificultades sobreañadidas. Por ejemplo, el inicio de las relaciones sexuales entre ellos —por esporádicas o inesperadas— se produce en situaciones que favorecen poco la adopción de medidas preventivas.

El tema de la prevención de la transmisión del VIH a la mujer es también difícil de abordar en ocasiones. Los motivos por los cuales las mujeres son vulnerables y se encuentran o se pueden encontrar en situación de riesgo de infectarse por el VIH son:

1. Hay mujeres que, por su educación, tienen dificultad para ser asertivas y proponer a su pareja el sexo más seguro.
2. Otras mujeres dependen de su pareja. Esta dependencia refuerza el sentimiento de no poder imponer sus deseos (p. ej., protección en las relaciones sexuales) o a sentir miedo a perder la pareja.
3. Algunas mujeres, por su situación económica o porque no tienen trabajo, se ven obligadas a intercambiar sexo por dinero.
4. La transmisión del VIH en la relación sexual de varón a mujer es más fácil que de mujer a varón.

De la misma manera, muchas mujeres no se reconocen como personas en riesgo al no identificarse con este tipo de comportamientos (drogadicción, prostitución). Pero muchas mujeres se han contagiado de su única pareja: su marido o pareja estable. Evidentemente, si no creen tener riesgo, no pueden protegerse.

La infección por el VIH, aunque tiene una prevalencia menor que las afecciones habituales evaluadas en atención primaria (AP), reúne varias de las características generales de este nivel de asistencia.

1. Es una enfermedad prevenible que exige promoción y prevención.
2. Es una enfermedad crónica, de larga evolución, gracias sobre todo a la eficacia del tratamiento antirretroviral y a la profilaxis de las infecciones oportunistas.
3. Presenta una afección multisistémica y multiorgánica.
4. Precisa una atención continuada, tanto desde la atención hospitalaria como desde la AP, lo que hace imprescindible una adecuada coordinación entre los diferentes niveles de atención.
5. Afecta a las esferas biopsicosocial, familiares e individuales.

Veamos ahora cuáles podrían ser las funciones principales de la AP en relación con la prevención de la infección por el VIH/sida:

*Promoción de salud.* Referida fundamentalmente a pacientes no infectados sin situaciones de riesgo (pero que en algún momento pueden estar expuestos a situaciones que sí lo son). En esta actividad destacan las campañas de prevención dirigidas a la población general. Tiene sus limitaciones, ya que su mensaje con frecuencia no llega a las personas con riesgos, en situaciones precarias o marginales; dado que no alcanza a las necesidades individuales, se aprovechan menos las oportunidades de actuación. Pero los profesionales de AP establecemos un contacto regular con muchas personas de la comunidad, podemos lanzar mensajes preventivos y, sobre todo, reafirmar conductas saludables, así como la posibilidad de participar en diferentes actividades de educación para la salud (colegios, asociaciones, etc.).

*Prevención.* Podemos aprovechar la continuidad o la periodicidad de los encuentros clínicos para la prevención. Pero encontramos dificultades estructurales y de actitud. Habitualmente no existen demandas explícitas en el terreno preventivo y podría dar la sensación de injerencia por parte del profesional, sobre todo cuando se trata de temas tan personales como las prácticas sexuales. En muchas ocasiones, no se trata de indagar o preguntar, sino de saber escuchar. En AP gozamos de un lugar privilegiado para esta actuación, por la autoridad y el prestigio que confiere el acto médico. Pero los propios médicos de familia consideramos erróneamente que sólo un escaso porcentaje de nuestros pacientes tiene riesgo para el VIH.

En la prevención de UDVP, básicamente hablamos de la estrategia de reducción de riesgos, cuyo objetivo es disminuir la morbimortalidad asociada a ese consumo para mejorar la salud y la calidad de vida de los consumidores mediante las siguientes medidas:

– PMM: ya antes del inicio de la epidemia del VIH se había demostrado la eficacia de estos programas para reducir el consumo de drogas y mejorar la calidad de vida de los consumidores. Asimismo, se ha objetivado una disminución de las prácticas de riesgo para la infección por el VIH.

Pero la administración de metadona debe acompañarse de otras intervenciones preventivas, como el *counselling* para aumentar su eficacia.

– PIJ. Son eficaces para reducir la transmisión del VIH y del virus de la hepatitis B y C. Reducen los comportamientos de riesgo ligados al UDVP, disminuyen las infecciones asociadas y pueden modificar hábitos sexuales de riesgo, además de captarlos hacia el sistema sanitario.

En la prevención de la transmisión madre-hijo se han realizado numerosos estudios para la reducción de la transmisión maternofetal, especialmente los que demuestran la eficacia del tratamiento antirretroviral, así como los ensayos clínicos para determinar la eficacia de la cesárea electiva y programada asociada al tratamiento. Por tanto, debemos recomendar a todas las mujeres embarazadas, con deseo de gestación o con relación sexual activa, la realización de la prueba de anticuerpos del VIH/sida.

En la prevención laboral por accidentes percutáneos destaca la eficacia de las medidas preventivas universales y del tratamiento precoz con antirretrovirales. Nuestra función es, precisamente, mantener e insistir sobre las medidas preventivas universales por parte de los profesionales sanitarios.

Cabe realizar una mención específica a la población inmigrante: las personas que se ven abocadas a la inmigración son en su mayoría personas sanas, pero que pueden proceder de países con alta prevalencia de infección por el VIH/sida o haber estado expuestas a situaciones de riesgo para la infección durante su proceso migratorio. La inmigración va ligada a cambios importantes en la vida de estas personas (p. ej., en su equilibrio psicológico) y pueden presentar una situación inestable. Nos encontramos con un incremento de diagnósticos de la infección en población que procede de otros países. Por ello, y en relación con este grupo de población, la idea fundamental de la prevención es conseguir que las personas sean capaces de identi-

ficar con qué prácticas se arriesgan a infectarse, a reinfectarse y a infectar a otras personas y que adopten medidas preventivas que les protejan de la exposición al VIH y de su posible contagio.

Sabemos que en gran parte la vulnerabilidad para la infección por el VIH es por un problema de salud conductual, ligado a comportamientos. Un porcentaje considerable de la población tiene suficientes conocimientos, pero éstos no se convierten en hábitos saludables duraderos, en ocasiones por problemas de actitud o por falta de habilidades.

Quizá por esto, el *counselling*, que no es sólo un consejo sino una relación de ayuda, es el principal instrumento de comunicación y diagnóstico en AP, en relación con la infección por el virus del VIH/sida.

La AP y los médicos de familia –ante una enfermedad crónica, susceptible de educación para la salud y de prevención, con una afección multisistémica y multiorgánica, que precisa atención continuada y progresiva, que afecta a las esferas biopsicosocial, familiar e individual y de tales magnitudes epidemiológicas– deberían tener un mayor protagonismo e implicación, no sólo en la prevención y el diagnóstico precoz de la infección, sino también en el control y el seguimiento del paciente con VIH/sida y la colaboración en el cumplimiento terapéutico. Para ofrecer una atención de calidad a los pacientes afectados por el VIH una de las premisas más importantes es que el profesional «quiera» atenderlos, y los profesionales que trabajamos en AP no podemos ni queremos quedarnos al margen. Adquirir las habilidades en la atención del paciente infectado por el VIH/sida en AP es una necesidad ineludible, inaplazable y éticamente inexcusable.

**V. Thomas Mulet, C. Aguado Taberna, S. Fidalgo González, L. Fransi Galiana, M. Gutiérrez Jodra, J. Mascort Roca, J. Zarco Montejo y el Grupo Infección VIH/sida de la semFYC.**