

Manejo práctico de pacientes infectados por el VIH en atención primaria

Manuel Ruiz López

Hospital Básico Axarquía. Málaga.

Hoy en día, con los nuevos antirretrovirales la infección por el VIH ha pasado de ser una enfermedad mortal en un período más o menos prolongado a una enfermedad crónica. Esta cronificación ha hecho que enfermos visitados antes de forma exclusiva por los servicios hospitalarios especializados en enfermedades infecciosas, sean ahora propuestos para ser seguidos en la consulta ambulatoria por el médico de atención primaria. La propia sociedad andaluza y española de medicina de familia propone un manejo integral de estos enfermos usando el escalón hospitalario sólo en aquellas situaciones y procedimientos diagnósticos que no se pueden llevar a cabo en atención primaria^{1,2}.

Frente a esta propuesta, que puede resultar un marco teórico ideal para estos enfermos, tenemos la postura de quienes hasta ahora habían tratado el problema, esto es, los servicios hospitalarios o, al menos, algunos de ellos, que proponen continuar siendo quienes tratan a estos enfermos. Para ello, dan una serie de premisas: el mejor entrenamiento en este tipo de pacientes, la necesidad de estar continuamente al día de los avances relacionados con la enfermedad, o el mantenimiento de que el médico de primaria ha de ceñirse a localizar los casos, diagnosticar las entidades que pueden suponer una complicación en la evolución de la enfermedad y a derivarlas, según su prioridad, al servicio de urgencias más cercano o bien a consultas externas del servicio de enfermedades infecciosas; asimismo, deben tratar de aumentar la adhesión a los tratamientos y reconducir a aquellos pacientes que han abandonado el seguimiento.

Otro punto a tener en cuenta sería que no todos los médicos que trabajan en atención primaria se sienten igualmente atraídos por el tratamiento de estos enfermos, bien sea por el tiempo escaso del que disponen o bien por el escaso número de enfermos que podrían llegar a visitar, lo que resultaría en un escaso entrenamiento y la necesidad de estar continuamente al día acerca de la enfermedad.

Hemos de señalar el ámbito en el que surge esta idea, que es el de un hospital comarcal (Hospital Básico Axarquía)

que trata aproximadamente unos 60 enfermos infectados por el VIH, de una población total que cubre el hospital de unos 112.190 habitantes³, sabiendo que un número no conocido es controlado por otros centros y otros no son seguidos por nadie.

Por todo lo comentado anteriormente, hacemos la siguiente propuesta de tratamiento práctico de este tipo de enfermos, teniendo en cuenta que señalaremos lo que se podría hacer según los autores que han propuesto protocolos de actuación en atención primaria y lo que realmente podemos hacer en nuestro ámbito:

Primer contacto con el paciente

1. Indicaciones del test.
 - A. Entidades sospechosas.
 - B. ETS.
 - C. Conductas de riesgo.
 - D. Parejas de seropositivos.
 - E. Hijos de madres seropositivas.
 - F. Solicitud voluntaria.
 - G. Inoculaciones accidentales.
2. Consejo previo a la realización del test.
 - A. Razones por la que solicita la prueba.
 - B. Explicar qué significa si sale positiva y qué si es negativa.
 - C. Pedir consentimiento.
 - D. Dar a conocer la confidencialidad de la prueba.

3. Solicitar serología VIH.

Esperar resultado

A. Negativa. No existe infección o está en "período ventana": se repite en 2-3 meses. Ofrecer consejo para modificar la conducta de riesgo.

B. Positiva. Consejo postest ofreciendo información sobre la enfermedad. Escuchar angustias y miedos (*counseling*). Preguntar dudas. Prevenir transmisión de la enfermedad (parejas). Modificar estilos de vida de riesgo. Citar para consulta programada en breve espacio de tiempo.

Consulta programada

1. Anamnesis dirigida.
 - A. Vía de contagio.
 - B. Consumo de drogas.

Correspondencia: Dr. M. Ruiz López.
Manuel de Falla, 4, 6.º F. 29004. Málaga.

SEMERGEN: 2000; 26: 432-436.

- C. Prácticas de riesgo.
- D. Antecedentes de:
 - D.1. Hepatitis B, C, D.
 - D.2. Tuberculosis.
 - D.3. Candidiasis.
 - D.4. VHZ.
 - D.5. ETS.

2. Enfermedad actual

A. Clínica general: fiebre, astenia, anorexia, pérdida de peso, sudación.

B. Síntomas neurológicos: cefalea inusual, convulsiones, alteración de pares craneales, alteración del comportamiento, alteraciones motoras o sensitivas.

C. Síntomas respiratorios: tos, disnea, expectoración, hemoptisis, dolor pleurítico.

D. Síntomas digestivos: disfagia, odinofagia, coluria, acolia, ictericia, vómitos, diarrea, dolor abdominal.

E. Alteraciones cutáneas: dermatitis seborreica, psoriasis, nódulos, pápulas, prurito.

F. Síntomas genitourinarios: lesiones genitales, supuraciones, alteraciones menstruales.

G. Alteraciones oculares: visión borrosa, escotoma, diplopías.

H. Adenopatías.

I. Síntomas musculoesqueléticos: mialgias, debilidad muscular, artralgias, artritis.

J. Alteraciones hematológicas: púrpuras.

3. Exploración:

A. Peso, talla, índice de masa corporal.

B. Exploración cardiorrespiratoria.

C. Exploración abdominal.

D. Adenomegalias.

E. Mucosas: oral, lingual, anal, genital.

F. Piel: xerosis, exantema, lesiones herpéticas, dermatitis seborreica, *molluscum*, condilomas acuminados, sarcoma de Kaposi.

G. Fondo de ojo.

H. Exploración neurológica.

I. Mini-mental test.

4. Analítica⁸:

A. Hemograma (Hb, leucocitos, plaquetas, fórmula, VSG, coagulación).

B. Bioquímica (enzimas hepáticas, proteínas totales, albúmina, creatinina).

C. Análisis de orina.

D. Serología (VHC, VHB, VDRL, toxoplasma*, CMV).

E. Mantoux (si es inferior a 5 mm repetir a la semana, si negativo repetir al año) y test de anergia cutánea.

F. Estudio inmune con subpoblaciones linfocitarias (CD4/CD8) y carga viral (parámetro que nos va a dar la velocidad de progresión de la enfermedad)**.

G. Radiología de tórax posteroanterior y lateral.

H. Otras: estudio ETS (gonococia, clamidias, VHS), parásitos en heces, citología vaginal, mini-mental test.

5. Realización de profilaxis al paciente (vacuna antigripal anual), antineumococo (por medicina preventiva). Actualmente se vacuna una sola vez, anti-VHB, si es negativo en la serología a VHB⁴.

6. Programa de rehabilitación de personas toxicómanas o con problemas similares como drogas o alcohol.

7. Evaluación del estado psicosocial y pecuniario.

8. Participación en apoyos psicosociales.

9. Realización de serología a los contactos, y profilaxis si se precisan.

10. Derivar al servicio de medicina interna con informe detallado de las pruebas realizadas.

En nuestro medio, el médico de atención primaria deja de seguir al enfermo que pasa a la unidad de enfermedades infecciosas. La siguiente vez que volvamos a ver al enfermo será por que acuda de forma voluntaria a la consulta, aquejado de alguna patología que deberemos tratar y, en su caso, derivar de forma urgente o bien de forma programada. Las que se mencionan en la tabla 1 son las que tendremos que tener más en cuenta.

Tabla 1. Entidades que pueden ser motivo de derivación

Determinaciones analíticas o test
Mantoux > 5 mm
VHC y/o HBsAg positivo con GOT/GPT alta más de 5 veces su valor normal durante más de 6 meses
Hemoglobina < 10 g/dl (tras descartar ferropenia)
Neutropenia > 1 semana (si < 1.000 μ l repetir a la semana)
Trombopenia (< 50.000 μ l)
Lesiones cutáneas no diagnosticables y/o tratables desde primaria (Kaposi, zoster extenso, <i>molluscum</i> , basaliomas, causa desconocida)
Clínica digestiva
Muguet que no responde a tratamiento
Gingivitis que no responde
Aftas orales rebeldes
Clínica de esofagitis (disfagia, odinofagia) (fig. 1)
Diarrea prolongada (> 2 semanas) sin diagnóstico tras coprocultivo y parásitos (fig. 2)
Vómitos incoercibles. Probar con metoclopramida, si no derivar Proctitis
Clínica neurológica
Meningitis, déficit neurológico agudo, convulsiones
Demencia, déficit neurológico subagudo
Pérdida unilateral o bilateral de visión
Disnea con o sin fiebre, tos, dolor torácico
Adenopatías > 1 cm. Derivar para estudio anatomopatológico y/o al servicio de medicina interna
Fiebre prolongada (> 2 semana) sin causa clara (fig. 3)
Pérdida de peso sin causa clara (> 10 kg en 3 semanas)
Claudicación familiar
Derivar al servicio de urgencias hospitalario más cercano si:
Disnea aguda
Disfagia aguda
Alteración neurológica
Meningismo
Focalidad
Convulsiones
Fiebre alta con escalofríos y/o estado séptico
El resto se derivaría al servicio de enfermedades infecciosas por consulta externa

*El toxoplasma se pide una vez al año; si es positivo no es necesario repetir la prueba.

**Las subpoblaciones linfocitarias y la carga viral (CV) no se pueden solicitar desde la atención primaria en nuestro medio.

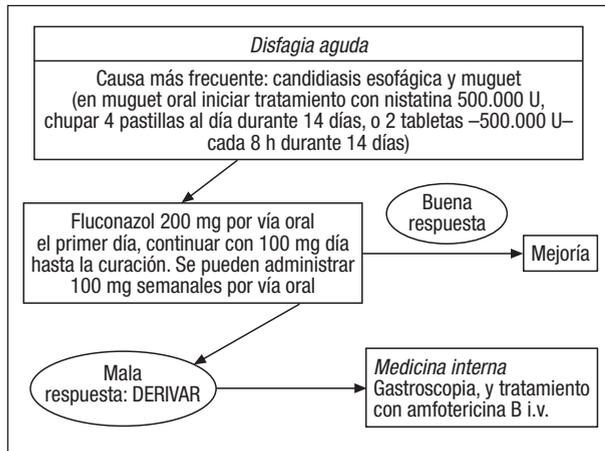


Figura 1. Tratamiento de la disfagia aguda. Modificada de Sandford et al⁹.

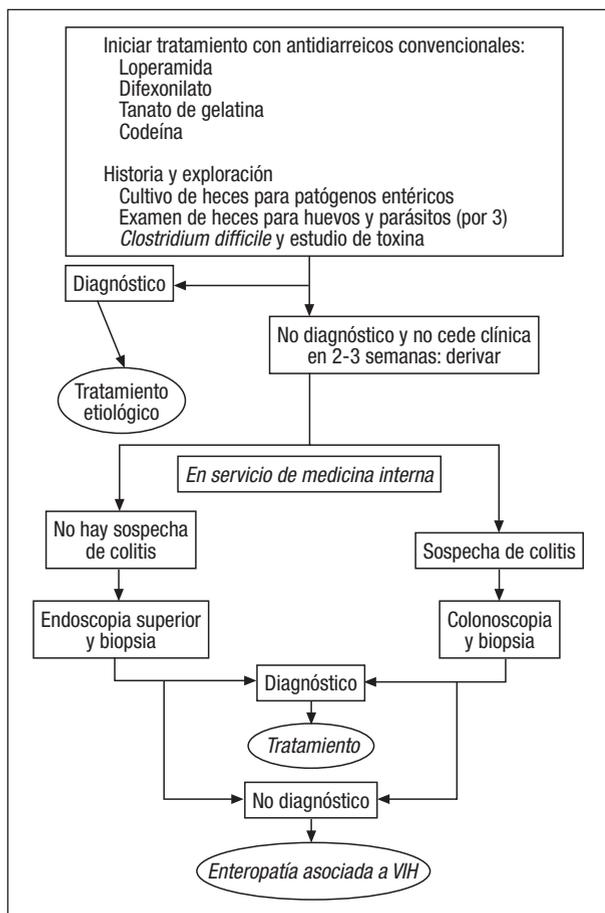


Figura 2. Tratamiento del síndrome diarreico. Modificada de Fauci y Lane¹⁰.

Tabla 2. Clasificación de la CDC, 1993

Categorías CD4		Categorías clínicas		
N.º de CD4	Porcentaje de CD4	Infección VIH asintomática o aguda LPG ^a	Infección sintomática no A o C	Condiciones indicativas de sida
> 499	> 29	A1	B1	C1
200-499	14-28	A2	B2	C2
< 200	> 14	A3 ^b	B3 ^b	C3

^aLPG: linfadenopatía generalizada persistente.
^bEn Europa no ha sido aceptada aún por la OMS como definición de sida.

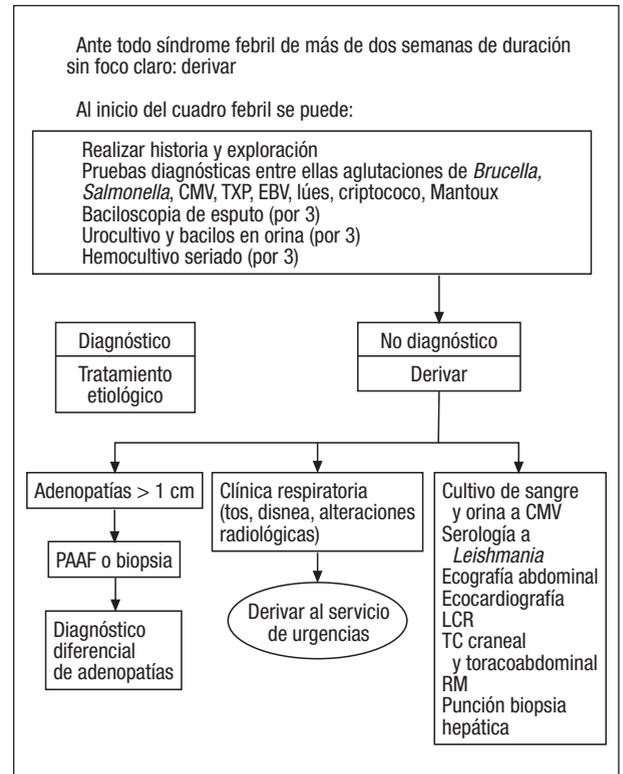


Figura 3. Tratamiento de la fiebre de origen desconocido en la infección por el VIH.

Para otros autores^{1,2,5-7} el paciente debe volver a la atención primaria tras su paso por el hospital. Esto ocurrirá cuando el paciente esté asintomático o bien su carga viral disminuya (< 20.000), o los CD4 se encuentren por encima de 500 (estadio A1) (tabla 2). Los controles se realizarían cada 4 meses solicitando una analítica con hemograma, bioquímica y carga viral y subpoblaciones, en el caso de que se pudieran pedir desde este nivel.

En la consulta rutinaria, además de la analítica mencionada, se debe hacer un control de síntomas y prevención:

- Prevención de contagios.
- Insomnio.
- Tos.
- Depresión.
- Abstinencia a opiáceos (en este caso se debe derivar a los pacientes a los centros de prevención de drogadicción para la inclusión en sus programas de deshabituación).
- Vigilar efectos secundarios de la medicación.

El paciente pasaría de nuevo a la unidad de enfermedades infecciosas en el caso que dejara de ser asintomático (tabla 3), aumente la carga viral o disminuyan los CD4.

En lo que se refiere al tratamiento, la mayoría de autores coinciden en que sea el escalón hospitalario quien lo trate (también pensamos así en nuestra zona). Esto no significa que el médico de atención primaria no deba estar al

Tabla 3. Sistema de clasificación de 1993 revisado, para infecciones por virus de inmunodeficiencia humana y enfermedades definitorias de sida**Categorías de linfocitos T CD4⁺***Categoría 1:* más de 500 células/ μ l*Categoría 2:* 200 a 499 células/ μ l*Categoría 3:* menos de 200 células/ μ l**Categorías clínicas de infección por VIH***Categoría A*

Uno o más de los cuadros siguientes, pero no de los apartados B o C:

- Infección asintomática por VIH
- Linfadenopatía generalizada persistente
- Infección aguda primaria por VIH

Categoría B

Cuadros sintomáticos en un adolescente o adulto infectado por el VIH que no quedaron incluidos en la categoría C (enfermedades definitorias de sida) y que cumplen, cuando menos, uno de los criterios siguientes: *a)* los trastornos se atribuyen a la infección por VIH o indican un defecto en la inmunidad de tipo celular, o *b)* si los trastornos, según los médicos, siguen un curso clínico o necesitan tratamiento que es complicado por la infección por VIH. Ejemplos de trastornos en la categoría B incluyen (pero no se limitan exclusivamente a ellos):

- Angiomatosis bacilar (*Bartonella henselae*, *B. quintana*)
- Candidiasis bucofaringea (algodoncillo)
- Candidiasis vulvovaginal; persistente o que no reacciona a la terapia
- Displasia cervicouterina (moderada o intensa)/carcinoma cervicouterino *in situ*
- Síntomas de orden general como fiebre (38,5 °C) o diarrea que dura más de un mes
- Leucoplasia vellosa, de la boca
- Herpes zoster ("boqueras") que comprenden como mínimo dos episodios diferentes o más de un dermatoma
- Púrpura trombocitopénica idiopática
- Listeriosis
- Enfermedad inflamatoria pélvica, particularmente si es complicada por absceso tuboovárico
- Neuropatía periférica

Categoría C (sida)

Comprende los cuadros clínicos que enumeramos (enfermedades definitorias de sida):

- Candidiasis de bronquios, tráquea o pulmones
- Candidiasis esofágica
- Cáncer cervicouterino invasivo*
- Coccidioidomicosis, diseminada o extrapulmonar
- Criptococosis extrapulmonar
- Criptosporidiosis intestinal crónica (más de un mes de duración)
- Enfermedad por citomegalovirus (que no afecta al hígado, vasos o ganglios)
- Retinitis por citomegalovirus (con pérdida de la visión)
- Encefalopatía relacionada con el VIH
- Herpes simple: úlceras crónicas de más de un mes de duración, o bronquitis, neumonitis o esofagitis
- Histoplasmosis, diseminada o extrapulmonar
- Isosporiasis intestinal crónica (más de un mes de duración)
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma de Burkitt (o un término equivalente)
- Linfoma inmunoblástico (o un término equivalente)
- Linfoma primario del cerebro
- Complejo de *Mycobacterium avium* o *M. kansasii*, diseminado o extrapulmonar
- Mycobacterium tuberculosis*, cualquier sitio (pulmonar* o extrapulmonar)
- Mycobacterium*, otras especies o especies no identificadas, diseminadas o extrapulmonares
- Neumonía por *Pneumocystis carinii*
- Neumonía recurrente (> 2 episodios/año)*
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Septicemia recurrente por *Salmonella*
- Toxoplasmosis del cerebro
- Síndrome de caquexia o consunción por VIH (*wasting syndrome*)

*Agregado a la ampliación de 1993 de la definición de casos para vigilancia para sida. Además, se considera como un cuadro definitorio de sida el número de linfocitos T CD4⁺ menor de 200 células/ μ l un porcentaje menor de 14 linfocitos CD4⁺/linfocitos totales.

tanto de los tratamientos que siguen los enfermos, así como de los posibles efectos secundarios que éstos puedan ocasionar. En las tablas 4-6 presentamos diferentes estrategias terapéuticas, así como un resumen de los principales efectos secundarios que causan los tratamientos.

Agradecimientos

A los Dres. J. Roldán y E. Nuño, internistas del Hospital Básico Axarquía, quienes tratan esta patología en la comarca, y al Dr. Ceballos, médico de AP y mi tutor, por su ayuda en la revisión de este texto.

Tabla 4. Relación de antirretrovirales comercializados en la actualidad

Inhibidores nucleosídeos de la transcriptasa inversa	Inhibidores no nucleosídeos de la transcriptasa inversa	Inhibidores de la proteasa
Zidovudina (AZT) (ZVD) Retrovir®	Nevirapina Viramune®	Saquinavir Invirase®
Didanosina (ddl) Videx®	Delavirdina Rescriptor®	Ritonavir Norvir®
Zalcitabina (ddC) Hivid®		Indinavir Crixivan®
Estavudina (d4C) Zerit®		Nelfinavir Viracept®
Lamivudina (3TC) Epivir®		

Modificada de Threlked y Hirsch¹⁷.

Tabla 5. Diferentes estrategias en el tratamiento antirretroviral

	Agresivo	Conservador
Cuándo empezar	Al diagnóstico	CD4 ⁺ < 500/μl
Con qué empezar	AZT más lamivudina más IP*	AZT más zalcitabina AZT más didanosina AZT más lamivudina Didanosina + estavudina Estavudina + lamivudina
Cuándo cambiar	Incremento de 0,5 log en la carga viral o descenso de 10% de los CD4	CD4 < 200/μl
A qué cambiar	Dos nuevos nucleosídeos (o un nucleosídeo y un no nucleosídeo) más un nuevo IP	Dos nuevos nucleosídeos más un IP

*IP: inhibidor de la proteasa.
Modificada de las referencias bibliográficas 10,12-16.

Tabla 6. Efectos secundarios más importantes de los antirretrovirales

Fármaco	Efectos secundarios
Zidovudina	Principalmente hematológicos: macrocitosis (> 95%), anemia grave (< 8 g/dl) (2%) y neutropenia (< 750 μl) (1,8%). Cefalea (> 50%), astenia (> 50%), anorexia, náuseas, pirosis e hiperpigmentación ungueal
Didanosina	Diarrea (30%), náuseas (6%), sequedad de boca, dolor abdominal, cefalea y alteraciones del gusto. Lo más grave es la pancreatitis que aparece en un 2 a 6% y que puede llegar a ser mortal en un 0,3%. Hiperamilasemia asintomática en un 20%. Neuropatía periférica (1 a 13%), fiebre (12%), exantema cutáneo, cefalea, hiperuricemia
Zalcitabina	Neuropatía periférica (20-35%). Estomatitis ulcerativa (13%), exantema cutáneo, cefalea, dolor abdominal y nerviosismo
Estavudina	Neuropatía periférica (15-20%). Náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, alteraciones del sueño y nerviosismo
Lamivudina	Infrecuentes. Cefaleas, molestias digestivas, insomnio, nerviosismo, neuropatía periférica, anemia, leucopenia y exantema cutáneo
Nevirapina	Exantema cutáneo (20-30%). Aumento de γGT y FA
Delavirdina	Exantema cutáneo (20-45%)
Saquinavir	Pocos efectos secundarios. Aumento de CPK y transaminasas
Ritonavir	Bastante frecuentes (20-50%). Náuseas, vómitos, diarrea, alteraciones del gusto, parestesias periorales. Alteraciones analíticas: Aumento de triglicéridos y colesterol, CPK y transaminasas. Frecuentes Interacciones medicamentosas
Indinavir	Nefrolitiasis (3-4%). Náuseas, alteraciones del gusto, piel seca, exantema cutáneo, lipodistrofia benigna, hiperbilirrubinemia asintomática (10%)
Nelfinavir	Diarrea (10-30%). Hipertransaminasemia, astenia y náuseas

Modificada de las referencias bibliográficas 17-19.

BIBLIOGRAFÍA

- Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. VIH/SIDA en medicina familiar. Granada, 1997.
- Aguado Taberné C, Álvarez A, Fransi L, Fidalgo S, Gutiérrez M, Mascort J. Programas Básicos de Salud VIH-SIDA. Madrid: semFYC, 1998.
- Padrón Municipal 1-5-1996. INE, 1996.
- Thomas Mulet V, Llorente San Martín M. Avances en la prevención y tratamiento de las infecciones asociadas al VIH. FMC 1997; 4: 468-479.
- Bajo Arenas J, Begoña Pereira A, Gómez Sánchez A, Martín Rubio MI, Pérez Cortés S. VIH/SIDA. Necesidad de una coordinación multidisciplinaria e intersectorial. Madrid: Farmapress, S.L. Grupo Aula Médica, 1996.
- Bajo Arenas J, Gómez Sánchez A, Martín Rubio MB, Mentuy Isus P, Pérez Cortés S, Peña González P. Seguimiento del paciente VIH/SIDA en Atención primaria: protocolos. Hospital del SAS de Jerez, 1995.
- Aguado Taberné C et al. Programa de atención al paciente con infección por virus de inmunodeficiencia humana VIH en atención primaria. Distrito sanitario de Córdoba. Córdoba, 1994.
- Jonathan WM. Diagnóstico y tratamiento de la infección por virus de inmunodeficiencia humana. Clin Med North Am 1997; 1: 1245-1267.

- Sandford, Gilbert DN, Moellering RC, Sande MA. Guía de terapéutica antimicrobiana. Madrid: Díaz de Santos, 1997; 118-119.
- Fauci AS, Lane HC. Human immunodeficiency virus disease: AIDS and related disorders. En: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL et al, editores. Harrison's principles of internal medicine (14.ª ed.), Nueva York: McGraw-Hill, 1998.
- Gatell Artigas JM. Antirretrovíricos. Medicine 1998; 7: 4438-4443.
- Pascual Martín ML, Rodríguez Morales D, Seguido Aliaga P. Avances terapéuticos para la infección VIH. FMC 1997; 4: 395-404.
- Escuela Andaluza de Salud Pública. Tratamiento farmacológico de la infección por VIH. Boletín Terapéutico Andaluz, Granada 1997; 12.
- Carpenter CC. Tratamiento antirretroviral para la infección por VIH en 1997. Actualizaciones del grupo de expertos de la AIDS Society-USA. JAMA 1997; 277: 1962-1969.
- Moreno S, Arrizabalaga J, Gatell JM, Clotet B, Aguirrebengoa K, Antela A et al. Grupo Estudio de SIDA. SEIMC. Recomendaciones sobre tratamiento antirretroviral. Med Clin (Barc) 1998; 110: 109-116.
- Barlett JG, Moore RD. Progresos terapéuticos (en sida). Investigación y ciencia 1998; 60-68.
- Threlked SC, Hirsch MS. Terapia antirretroviral. Clin Med North 1997; 1: 1123-1139.
- Pérez Molina JA. Descripción de antirretrovíricos. Medicine 1998; 7: 4409-4417.