

Excepcionalmente, puede considerarse la repetición de la prueba tras resultado negativo transcurridos tres meses, cuando la exposición haya sido con una persona seropositiva o si perdurase la sospecha en el paciente o en el médico.

Antes de realizar la prueba se debe asesorar al paciente con respecto a la misma y trabajar los posibles resultados.

SI EL RESULTADO ES NEGATIVO:

Si no han pasado tres meses (período ventana: tiempo necesario para poder detectar los anticuerpos frente al VIH) desde la última práctica de riesgo, hay que repetir la prueba. Asimismo, es necesario trabajar las medidas preventivas que el sujeto debe tomar (uso del preservativo, refuerzo positivo a prácticas de sexo más seguro).

SI EL RESULTADO ES POSITIVO:

El paciente está infectado por el VIH. En este momento es importante el apoyo emocional, asegurar la confidencialidad, instaurar medidas preventivas con posibles contactos, derivar a otros niveles asistenciales y valorar los tratamientos disponibles.

Las ONG pueden ser un recurso de apoyo para las personas con prácticas de riesgo y para las personas infectadas.

¿A quién realizar la prueba?

- ✘ Personas con comportamientos de riesgo: hombres y mujeres que hayan tenido relaciones sexuales sin preservativo, con parejas esporádicas y/o diversas, con personas que ejercen la prostitución, con consumidores de drogas inyectadas, personas infectadas por el VIH, personas que compartan material de inyección.
- ✘ Cuando existan signos o síntomas que sugieran infección por VIH.



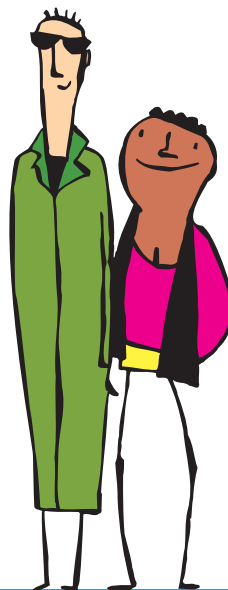
- ✘ Ante la sospecha de infección aguda por VIH.
- ✘ Embarazo.
- ✘ A petición del paciente, aunque no se detecte un motivo claro para pedir la prueba.
- ✘ Ante una exposición accidental profesional frente al virus.

SOSPECHA DE INFECCIÓN AGUDA:

Puede ser asintomática o presentar un cuadro similar a una mononucleosis infecciosa, siendo raros los síntomas respiratorios.

SIGNOS O SÍNTOMAS QUE SUGIERAN DESCARTAR LA INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA:

1. Infecciones de transmisión sexual, incluida la enfermedad pélvica inflamatoria.
2. Carcinoma de *cervix in situ* y displasia epitelial moderada-grave.
3. Candidiasis:
 - a) Vulvovaginal persistente, recurrente o con mala respuesta al tratamiento.
 - b) Orofaringea en ausencia de otros factores predisponentes.
 - c) Sospecha de candidiasis esofágica.
4. Más de dos episodios de herpes zoster o herpes mucocutáneo de más de un mes de evolución.
5. Tuberculosis.
6. Neumonías de repetición: dos episodios en un año en pacientes sin enfermedades predisponentes.
7. Tener más de 38 grados de fiebre durante más de un mes.



8. Presentar diarrea no filiada durante más de un mes.
9. Pérdida de peso de más del 10% no intencional ni explicable por otras causas.
10. Púrpura trombocitopénica idiopática.
11. Alteraciones hematológicas tipo trombopenia, leucopenia o linfopenia no explicables por otras causas.

Ideas clave

- ✘ Tendencia a la estabilización en la infección por VIH dentro de una tasa elevada.
- ✘ La vía heterosexual es un mecanismo importante de transmisión para el VIH en España.
- ✘ Un 25% de las infecciones está sin diagnosticar, sobre todo a expensas de los casos adquiridos por vía heterosexual.
- ✘ La detección precoz mejora el pronóstico individual y permite adoptar medidas que eviten la transmisión de la infección.
- ✘ La Atención Primaria es un dispositivo privilegiado para detectar precozmente conductas de riesgo e intentar que las personas las modifiquen, así como para el diagnóstico temprano de la infección por VIH.
- ✘ La normalización de la prueba del VIH es un elemento importante para reducir el número de personas infectadas y que desconocen su estado.
- ✘ La detección de la infección por VIH temprana es una estrategia coste-efectiva para prolongar la expectativa de vida de los infectados y reducir la transmisión de la enfermedad.



Si hacemos un diagnóstico precoz de la infección VIH:

- Identificamos un problema importante de salud
- Todos salimos ganando

Diagnóstico precoz de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana

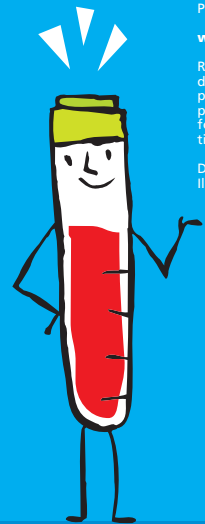
Un reto para la Atención Primaria



CAMPAÑA PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL SIDA



semFYC
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria



Grupo de trabajo de semFYC de VIH-SIDA

©2005 Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)
Portaferrisa, 8, pral. 08002 Barcelona

www.semfy.com

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Diseño: ALEHOP
Ilustración: Víctor Escandell

¿Por qué es importante diagnosticar precozmente a las personas infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana?

- ✗ Porque nos sirve para saber si una persona tiene anticuerpos del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), si es portadora, lo que facilita la adopción de medidas preventivas.
- ✗ Porque hay personas que desconocen que están infectadas y pueden no tener síntomas.
- ✗ Porque podremos ayudar a modificar hábitos y comportamientos y ofrecer apoyo emocional.
- ✗ Porque contribuiremos a evitar la transmisión de la infección.
- ✗ Porque instaurar un tratamiento precoz es más eficaz.
- ✗ Porque el tratamiento puede controlar la evolución de la infección y evitar el sida.
- ✗ Porque el tratamiento disminuye la carga viral y eso reduce la capacidad de transmitir el virus a otras personas.
- ✗ Porque el tratamiento aumenta la supervivencia y la calidad de vida de las personas infectadas.



¿Qué es la infección por el virus de inmunodeficiencia humana /sida?

Es una infección vírica, transmisible y crónica producida por el **VIH**, que deteriora progresivamente el sistema inmunitario del paciente mediante la destrucción de los linfocitos T CD4+.

Este deterioro conlleva la aparición de enfermedades oportunistas (infecciones, tumores, etc.) que definen el **síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)**.

Situación epidemiológica: ¿Dónde Estamos?*

De los dos tipos de virus existente, VIH-1 y VIH-2, el primero es el responsable de la mayoría de los casos en Occidente.

En el año 2003 se estima que fueron diagnosticados 2.190 casos de sida en España, lo que supone una disminución del 5,2% respecto al 2002.

Con el tratamiento antirretroviral (TARV) el número de casos de sida ha disminuido un 64% en cinco años. A pesar de esta tendencia favorable, la incidencia de sida en España sigue siendo más elevada que en otros países europeos.

Se estima que sigue produciéndose un número elevado de nuevas infecciones. Se calcula que hay unas 125.000-150.000 personas infectadas por el VIH residentes en España (incluyendo los casos de sida), de las cuales un 25% está sin diagnosticar.

* Vigilancia epidemiológica del Sida en España. Registro Nacional de casos de Sida. Actualización a 30 de junio de 2004. Informe semestral nº 2, año 2003.



El 38% de los casos diagnosticados de sida desconocían estar infectados, una proporción que asciende hasta el 58% si consideramos los casos que se contagiaron por relaciones heterosexuales.

El 80% de los casos de sida diagnosticados en el 2003 son hombres de una edad media de 40 años.

El registro nacional de casos de sida aporta una información, en relación con la infección por VIH, de lo que ocurrió hace ya años; de ahí la importancia en avanzar hacia un sistema de vigilancia epidemiológica de la infección VIH en España.

Se estima que la incidencia de nuevos diagnósticos de infección por VIH en 2003 es en España de 62-72 casos por millón de habitantes, con una tendencia descendente en todas las categorías de transmisión. La transmisión por vía sexual es ya la primera vía de contagio de los nuevos casos de infección por VIH y aumenta la proporción de mujeres infectadas con respecto a los casos sida.

Vías de transmisión

- ✗ Compartir material de inyección para el consumo de drogas es la vía más frecuente (49%), siendo también la principal en hombres (50,5%) y la segunda en mujeres (43%).
- ✗ Las relaciones heterosexuales no protegidas son la segunda vía (27,9%), si bien en las mujeres el peso relativo de esta vía no ha dejado de aumentar y, en la actualidad, es la responsable de la mitad de los casos.
- ✗ Las relaciones sexuales no protegidas entre hombres son la tercera vía de transmisión (15,1%), lo que supone el 18,9% de todos sus casos.

Las personas con sida y país de origen distinto a España constituyen el 12,9% de los casos notificados en el 2003 (80% en África y América Latina).



La tuberculosis sigue siendo la enfermedad diagnóstica de sida más frecuente seguida por la neumonía por *Pneumocystis jiroveci*.

La transmisión vertical se ha reducido drásticamente por el uso del TARV durante el embarazo, parto y puerperio.

Hay que recordar que existen ciertos colectivos que por su vulnerabilidad biológica o social se pueden exponer a situaciones de mayor riesgo frente a la infección VIH por transmisión heterosexual: pareja de infectados por el VIH, adolescentes, población inmigrante, mujeres, etc.

¿Cómo se diagnostica?

Siempre se debe insistir en la **voluntariedad, confidencialidad y consentimiento informado** por parte del paciente a la hora de realizar la prueba y durante todo el proceso.

Para realizar el diagnóstico de la infección por VIH, es necesario introducir en la entrevista clínica preguntas acerca de los comportamientos de las personas (uso de drogas y relaciones sexuales). Si se detecta cualquier conducta de riesgo, se debe realizar un asesoramiento preventivo centrado en el paciente, su realidad y su entorno.

Para el diagnóstico de la infección se utilizan técnicas que detectan la presencia de anticuerpos frente al VIH en la sangre. La técnica de cribado más utilizada es el análisis inmunoenzimático, y ante un resultado positivo se realiza sobre la misma muestra una técnica de confirmación (la más utilizada es el Western-Blot).

La mayoría de las personas infectadas desarrollan anticuerpos anti-VIH a las 3-6 semanas de la exposición, y presentan serología positiva a los tres meses en el 97% de los casos.

