

ENVEJECIMIENTO Y VIH

**Servicio de Promoción de la Salud de la Subdirección de Promoción,
Prevención y Educación para la Salud**



**Comunidad
de Madrid**



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid

Edita:

COMUNIDAD DE MADRID

Realiza:

Subdirección General de Promoción, Prevención y Educación para la Salud.

Dirección General de Salud Pública

CONSEJERIA DE SANIDAD

Edición:

12/2018

Autores:

Fátima Brañas Batzán, Jefa de Sección de Geriátría del Hospital Universitario Infanta Leonor.

Carlos M^a Galán Cabello, Responsable de Seguimiento y Evaluación de Programas de la Agencia Madrileña de Atención Social.

Juan Rico Bermejo, Técnico del Programa de Prevención y Diagnóstico Precoz de VIH/ITS. Servicio de Promoción de la Salud D.G. de Salud Pública.

José Antonio Pinto Fontanillo, Coordinador del Programa de Mayores de la D.G. de Salud Pública.

Carlos Cevallos García, Coordinador del Registro de Nuevos Diagnósticos de VIH/sida. Servicio de Epidemiología de la D.G. de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

José Verdejo Ortés, Técnico de de Salud Pública. Registro de VIH/sida. Servicio de Epidemiología de la D.G. de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Mónica Morán Arribas, Coordinadora del Programa de Prevención y Diagnóstico Precoz de VIH/ITS. Servicio de Promoción de la Salud. D.G. de Salud Pública.



INDICE

1. Introducción.....	4
2. Situación Epidemiológica en la Comunidad de Madrid.....	5
3. ¿Qué es el VIH, cómo se transmite y cómo no se transmite?.....	9
4. Las medidas preventivas universales para la población general.....	10
5. La prevención laboral de los profesionales.....	12
6. El tratamiento antirretroviral.....	13
7. Las personas con VIH mayores de 50 años.....	15
8. Atención, Coordinación y Seguimiento de las personas con VIH.....	17
9. Enfermedades indicadoras de infección por VIH. Realización de la prueba del VIH.....	18
10. Profilaxis post-exposición ocupacional.....	21
11. Determinantes sociales del VIH.....	22
12. Bibliografía.....	23



1.- INTRODUCCIÓN

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) tuvo su origen en África Central, este virus se transmitió de los primates a los seres humanos entre 1920 a 1950. En 1920 llegó a **Kinshasa (República del Congo)** y de ahí se extendió por todo el país, después por toda África y desde allí a todo el planeta (de África pasó a Haití en 1966 y de ahí a EEUU en 1969). En **EEUU** los primeros diagnósticos aparecieron en **1981**.

El primer caso en España fue en Barcelona, en octubre de 1981, un hombre de 35 años presentaba Sarcoma de Kaposi e infección por toxoplasmosis.

Durante la década de los años 80 y 90, los colectivos más vulnerables a la infección fueron personas usuarias de drogas inyectadas (PDI) y hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

En España fue una enfermedad terminal durante el periodo 1980-1996, **actualmente** y gracias a los avances de los tratamientos antirretrovirales **podemos confirmar que el VIH es una enfermedad de evolución crónica**.

En relación a la edad, debe advertirse un cambio significativo de la presencia de la enfermedad en las personas mayores. Mientras que al principio era poco relevante, hoy la eficacia de los cuidados en las edades previas y el propio aumento de la esperanza de vida en general supondrá que se incremente la prevalencia de modo evidente en las personas de 50 años o más.

En la Comunidad de Madrid, a 31 de diciembre de 2016, el 61,4% de los pacientes infectados por VIH tenían entre 40 y 59 años de edad, y **el 8,6% tenían 60 años o más**. La edad media total de las personas diagnosticadas era de 45,7 años.

En España la población con VIH está envejeciendo gracias al tratamiento antirretroviral (TAR) que aumenta la supervivencia y al aumento de nuevos casos entre los adultos mayores, la mitad de las personas que viven con la infección por VIH en el momento actual y cerca del 20% de los nuevos casos de infección por VIH son personas mayores de 50 años. En 2030 se estima que el 73% de las personas con infección por VIH en el mundo tendrán 50 años o más y cerca del 40% serán mayores de 65 años.



2.- SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID¹

Cada año se diagnostican alrededor de 1.000 nuevas infecciones por VIH, un 22% de hombres y un 37% de mujeres presentan un estado avanzado de la enfermedad y la “**infección oculta**” supone un **18% de los casos de VIH**.

Desde el año 2007 hasta el 31 de diciembre de 2016, se han diagnosticado **11.134 nuevos diagnósticos** de infección por VIH. **El 85,3% son hombres**; la incidencia anual es de 17,4 diagnósticos de VIH por 100.000 habitantes, (en hombres 30,7/100.000 y en mujeres 5,0/100.000). **La media de edad al diagnóstico es de 35 años** (DE: 10,6).

El principal mecanismo de transmisión son las **relaciones sexuales sin protección**. El 75,2% de los nuevos diagnósticos de VIH en hombres son en HSH y un 12,9% son por vía heterosexual (HTX). En mujeres, el 91% adquirieron el VIH por relaciones heterosexuales sin protección.

Debido al **retraso diagnóstico (RD)**, las personas están siendo diagnosticadas cuando llevan varios años infectadas (con recuentos de CD4 inferiores a 350 células/micro litro y tiene un impacto sustancial en la morbilidad y la mortalidad de la persona con VIH. En la Comunidad de Madrid representa el 42,8%.

En relación a los nuevos diagnósticos las personas mayores de 49 años representan solo el 9,5% y el 14,7% son mujeres.

Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2016. Distribución por edad al diagnóstico, sexo y lugar de nacimiento (nuevas infecciones).

En relación a las **personas mayores de 49 años**, es mayor el porcentaje de mujeres (11,9%) con respecto a los hombres y de las mujeres nacidas en España con respecto a mujeres de otros países. Sin embargo, hay que señalar que es el tercer segmento de edad menos significativo.

	España				Otros			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<15	7	0,1	16	3,4	18	0,5	14	1,2
15-19	80	1,4	4	0,8	73	1,9	34	2,9

¹ Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid nº 10. Volumen 23, octubre 2017.



20-29	1741	31,2	73	15,4	1300	33,3	410	35,1
30-39	1968	35,2	144	30,4	1589	40,7	401	34,3
40-49	1153	20,6	162	34,2	697	17,8	189	16,2
>49	636	11,4	75	15,8	230	5,9	120	10,3

- **Casos de sida. CM 2007-2016. Distribución por país de nacimiento.**

Las mujeres de otros países presentan mayor porcentaje de sida con respecto a las autóctonas. Sin embargo, **en relación a las personas mayores de 49 años, las mujeres españolas presentan un mayor porcentaje de casos de sida que las mujeres nacidas en otros países.**

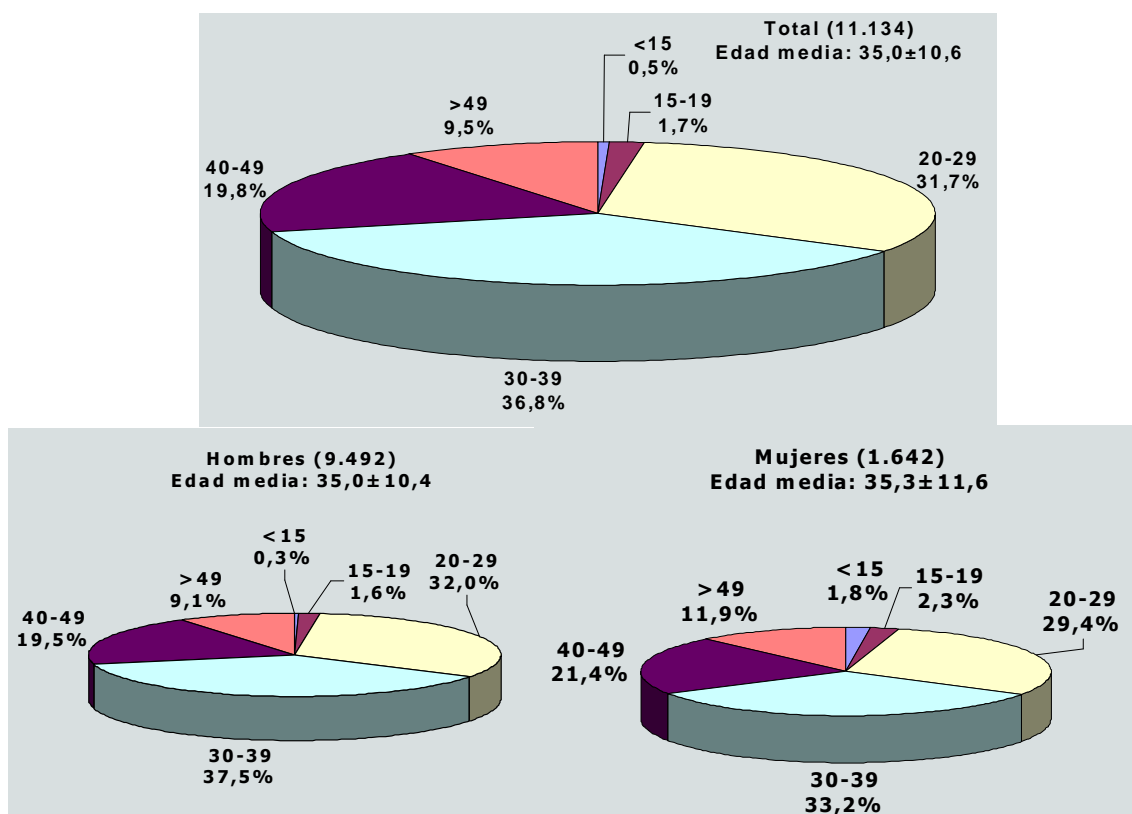
		ESPAÑA		OTRO PAÍS		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
SEXO							
	Hombres	1465	80,7	804	71,9	2269	77,4
	Mujeres	350	19,3	314	28,1	664	22,6
	Total	1815	100,0	1118	100,0	2768	100,0
GRUPO DE EDAD							
	<15	3	0,2	13	1,2	16	0,5
	15-19	4	0,2	7	0,6	11	0,4
	20-29	109	6,0	215	19,2	324	11,0
	30-39	489	26,9	452	40,4	941	32,1
	40-49	800	44,1	287	25,7	1087	37,1
	>49	410	22,6	144	12,9	554	18,9
	Total	1815	100,0	1118	100,0	2933	100,0
MECANISMO DE TRANSMISIÓN ^a							
Hombres	PID	598	40,8	53	6,9	651	28,7
	HTX	148	10,1	264	32,9	412	18,2
	HSH	592	40,4	420	52,1	1012	44,6
	Otros	10	0,7	11	1,4	21	0,9
	Desconocido	24	1,6	12	1,6	36	1,6
	No consta	93	6,3	44	5,1	137	6,0
	SUBTOTAL	1465	100,0	804	100,0	2269	100,0
Mujeres	PID	172	49,1	10	3,2	182	27,4
	HTX	166	47,4	294	93,6	460	69,3
	Otros	4	1,1	9	2,9	13	2,0
	Desconocido	0	0,0	1	0,3	1	0,2
	No consta	8	2,3	0	0,0	8	1,2
		SUBTOTAL	350	100,0	314	100,0	664

(a) PID: personas que se inyectan drogas; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.



- Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2016. Distribución por edad al diagnóstico y sexo.

Las personas mayores de 49 años representan el 9,5% del total de los nuevos diagnósticos en los últimos 9 años, el 9,1 % son hombres y el 11,9 % son mujeres



- Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2016. Porcentajes de retraso en el diagnóstico, distribución según sexo y lugar de nacimiento.

El R.D. aumenta con la edad y es mayor en mujeres y en personas nacidas fuera de España.



Hombres	N	< 200 CD4 (%)	< 350 CD4 (%)	< 500 CD4 (%)
Total	7836	22,5	39,3	59,0
Edad				
- <15	18	16,7	33,3	44,4
- 15-19	110	5,5	23,6	49,1
- 20-29	2416	11,6	28,0	49,9
- 30-39	2937	21,5	38,3	58,2
- 40-49	1603	31,8	49,3	66,4
- >49	752	44,0	61,0	76,7
Mecanismo de transmisión				
PID	232	44,0	59,9	71,6
HTX	1064	42,9	61,7	77,3
HSH	6029	16,8	33,4	54,3
Lugar de nacimiento				
Autóctonos	4735	20,2	35,8	54,9
Foráneos	3101	25,9	44,7	65,1
- E. Occidental	335	13,7	30,7	54,6
- E. Oriental	193	26,9	39,9	55,4
- A. Subsahariana	307	42,3	63,5	79,8
- Norte África y OM	79	36,7	49,4	63,3
- América Latina	2100	24,9	44,6	65,6

Mujeres	N	< 200 CD4 (%)	< 350 CD4 (%)	< 500 CD4 (%)
Total	1320	37,0	56,7	73,3
Edad				
- <15	25	12,0	24,0	40,0
- 15-19	29	24,1	37,9	48,3
- 20-29	352	28,1	48,9	65,3
- 30-39	448	39,1	59,2	76,6
- 40-49	293	42,7	60,8	79,5
- >49	173	46,2	67,6	79,2
Mecanismo de transmisión				
PID	47	23,4	40,4	55,3
HTX	1226	37,5	57,8	74,6
Lugar de nacimiento				
Autóctonos	390	33,8	50,8	64,9
Foráneos	930	38,4	59,2	76,8
- E. Occidental	17	5,9	35,3	64,7
- E. Oriental	75	46,7	58,7	68,0
- A. Subsahariana	383	34,7	57,7	78,1
- Norte África y OM	18	61,1	83,3	83,3
- América Latina	423	40,0	60,3	77,1

España	N	< 200 CD4 (%)	< 350 CD4 (%)	< 500 CD4 (%)
Total	5125	21,2	37,0	55,7
Sexo				
- Hombres	4735	20,2	35,8	54,9
- Mujeres	390	33,8	50,8	64,9
Edad				
- <15	21	9,5	23,8	38,1
- 15-19	66	4,5	21,2	39,4
- 20-29	1485	7,7	23,3	44,5
- 30-39	1785	18,3	33,5	52,7
- 40-49	1144	30,9	48,1	65,3
- >49	624	46,2	61,1	75,6
Mecanismo de transmisión				
PID	210	38,6	55,7	70,0
HTX	756	38,9	56,0	70,2
HSH	3797	15,1	30,4	50,6

Otro país	N	< 200 CD4 (%)	< 350 CD4 (%)	< 500 CD4 (%)
Total	4031	28,8	48,1	67,8
Sexo				
- Hombres	3101	25,9	44,7	65,1
- Mujeres	930	38,4	59,2	76,8
Edad				
- <15	22	18,2	31,8	45,5
- 15-19	73	13,7	31,5	57,5
- 20-29	1283	20,6	39,1	60,4
- 30-39	1600	29,9	49,5	69,6
- 40-49	752	37,4	55,6	73,3
- >49	301	40,9	64,8	80,4
Mecanismo de transmisión				
PID	69	46,4	59,4	65,2
HTX	1534	40,5	61,4	78,6
HSH	2232	19,5	38,4	60,5



3.- ¿QUÉ ES EL VIH, CÓMO SE TRANSMITE Y CÓMO NO SE TRANSMITE?

El VIH provoca la destrucción progresiva del sistema inmunitario de nuestro organismo. **El sida es un estado avanzado de la infección causada por el virus.**

El sistema inmunitario actúa en todo el organismo gracias a los linfocitos. Una variedad de éstos dirigen las operaciones de defensa, jugando un papel de capital importancia. La destrucción de este sistema inmunitario expone a la persona a infecciones y tumores. El VIH ataca principalmente a los linfocitos T CD4, paralizando el sistema inmunitario antes de que éste haya tenido la posibilidad de organizar sus defensas.

Se sabe que a los 4 años de la infección, la mitad de los pacientes tienen recuentos inferiores a 350 células CD4/ μ l, y a los 8 años las cifras son menores a 200/ μ l. Estas cifras tan bajas de linfocitos CD4 favorecen la aparición de infecciones y tumores ocasionado la muerte de los pacientes. Esta fase avanzada de la infección por VIH se denomina **sida**.

Sin tratamiento, los pacientes desarrollan sida entre 3 y 10 años desde la adquisición de la infección.

El VIH se considera una enfermedad transmisible, causada por un agente específico, que se produce por vías muy concretas de transmisión.

El VIH SE TRANSMITE por:

- Relaciones sexuales con penetración vaginal, anal u oral sin preservativo.
- Compartiendo un objeto punzante sin esterilizar que haya estado en contacto con sangre infectada: jeringas, agujas, instrumentos para acupuntura, tatuajes, piercings, etc.
- De una mujer con VIH a su hijo/a durante el embarazo, el parto o la lactancia.

El VIH NO SE TRANSMITE por:

- Besos, abrazos, darse la mano o tocarse.
- Saliva, sudor, lágrimas.
- Aire, agua.
- Donar o recibir sangre en países donde esté adecuadamente controlado.
- Picaduras de insectos o mosquitos.
- Convivencia habitual en el hogar, trabajo y en la escuela.



4.- LAS MEDIDAS PREVENTIVAS UNIVERSALES PARA LA POBLACIÓN GENERAL

La forma de prevenir la transmisión del VIH es sencilla: utilizar preservativo en las relaciones sexuales, no compartir jeringuillas ni agujas y realizarse una prueba de VIH durante el embarazo.

- **El condón masculino y el femenino han demostrado ser métodos muy eficaces** en la prevención de la transmisión del VIH en las penetraciones vaginales, anales y en el sexo oral. Su uso también es una forma muy eficaz para prevenir otras infecciones de transmisión sexual.
- **Conviene utilizar siempre el preservativo, también con la pareja estable**, a no ser que las dos personas sepan que no tienen el VIH. Usar el preservativo no debería ser un asunto de confianza o desconfianza sino de responsabilidad y afecto.
- **Si eres mujer, no temas ser protagonista**, lleva preservativos y acuerda un sexo más seguro. Si eres hombre, cuídate y sé cuidadoso con tu pareja, usa preservativo.
- **El empleo de lubricantes con los preservativos disminuye el riesgo de transmisión** del VIH en las relaciones sexuales porque disminuye la probabilidad de que se produzcan lesiones en las mucosas.
- **La presencia de otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) favorece la transmisión del VIH.** Muchas de estas ITS pueden ser asintomáticas, es decir, pasar desapercibidas si no se hace un diagnóstico médico. Si tienes sospecha de estar padeciendo una ITS acude a tu centro de salud o a los centros monográficos de ITS para su diagnóstico y tratamiento.
- **Si usas drogas inyectadas no compartas agujas y jeringuillas** que haya podido usar otra persona.
- **Todos los instrumentos que perforan la piel** (instrumentos para poner pendientes y piercings, para hacer tatuajes o las agujas de acupuntura, por ejemplo) **deben ser de un solo uso o deben poder esterilizarse.** Si no lo son, pueden transmitir infecciones como el VIH y la hepatitis.



Es **recomendable ofrecer “la prueba de VIH dirigida”** a todas las personas que por su exposición al VIH o su procedencia, requieran descartar una infección por VIH ²

- A todas las personas que lo soliciten por sospechar una exposición de riesgo.
- Parejas sexuales de personas infectadas por VIH.
- Personas que se Inyectan Drogas (PID)
- Usuarios de drogas inyectadas actualmente o con antecedentes de haberlo sido, y sus parejas sexuales.
- Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y sus parejas sexuales (hombres y mujeres).
- Personas que ejercen la prostitución (PEP): mujeres, hombres y transexuales, sus parejas sexuales y sus clientes.
- Personas heterosexuales con más de una pareja sexual y/o prácticas de riesgo en los últimos doce meses.
- Personas que desean dejar de utilizar el preservativo con sus parejas estables.
- Personas que han sufrido agresión sexual.
- Personas que han tenido una exposición de riesgo al VIH, ocupacional o no ocupacional (accidental).
- Personas procedentes de países de alta prevalencia (>1%) y sus parejas sexuales.

² Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad -2014 (pag.18).



5.- LA PREVENCIÓN LABORAL DE LOS PROFESIONALES ³

- Las medidas o **precauciones universales** constituyen la estrategia fundamental para la prevención del riesgo laboral para todos los microorganismos vehiculizados por la sangre (fundamentalmente, producidas por los virus de las Hepatitis B y C, y el VIH). **La sangre y otros fluidos corporales** deben considerarse potencialmente infecciosos. **No existen pacientes de riesgo sino maniobras o procedimientos de riesgo**, por lo que se han de adoptar precauciones utilizando las barreras protectoras adecuadas en todas las maniobras o procedimientos en los que exista la posibilidad de contacto con la sangre y/o fluidos corporales a través de la piel o las mucosas.
- Las medidas o **precauciones estándar** son una síntesis de las principales recomendaciones contenidas en “las precauciones universales”, diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de los patógenos contenidos en la sangre, y de las recogidas en las precauciones de aislamiento para sustancias corporales, en las que se toman en consideración todas las sustancias del cuerpo (higiene de manos, guantes, máscaras, eliminación de residuos, normas generales para una correcta higiene, limpieza del espacio físico y enseres).

³ Guía de higiene integral en residencias de personas mayores 2004, Guía de Bioseguridad para profesionales sanitarios 2015 y anexo de la Orden ESS/1451/2013 disposiciones para la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario y hospitalario.



6.- EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL⁴

El **Tratamiento Antirretroviral (TAR)**, se basa en combinaciones de varios fármacos que actúan sobre las enzimas del VIH, y también de los que actúan sobre otros pasos como la fusión y algunas etapas de la maduración del virus.

Los antirretrovirales, básicamente, lo que hacen es bloquear la actividad de estas enzimas interponiéndose entre ellas y las partes de la célula infectada sobre las que actúan. De este modo, las enzimas del VIH no pueden cumplir con su función y el proceso de replicación del VIH se ralentiza, se detiene o bien da como fruto partículas virales que no son viables.

A pesar de los enormes avances realizados en los últimos años, de momento los tratamientos no son curativos ya que no erradican el virus. Aun así, se ha mejorado considerablemente la calidad de vida de las personas con VIH. Se ha conseguido reducir los efectos secundarios de la medicación así como la dosis diaria.

Cabe destacar:

- Las personas con VIH en tratamiento antirretroviral tienen **una vida plenamente normalizada** desde un punto de vista bio-psico-social equiparable a cualquier otra enfermedad crónica.
- A pesar de los enormes avances realizados en los últimos años, de momento, los tratamientos (tratamiento antirretroviral -TAR) no son curativos, los fármacos **no pueden eliminar al virus por completo del cuerpo**. Por ello, una vez que se inicia la terapia antirretroviral, **hay que tomarla de por vida**, correctamente, respetando dosis y horarios, para impedir que el VIH pueda proliferar.
- Los fármacos antirretrovirales, **reducen la cantidad de virus presentes en otros fluidos del cuerpo**, en particular, en aquellos implicados en la transmisión del virus de persona a persona, como son la propia sangre, el semen, el flujo vaginal y la leche materna. **Esto es muy importante a la hora de reducir el riesgo de infección**, especialmente en la transmisión materno-fetal. **El TAR desde un punto de vista de la Salud Pública es otra medida de prevención muy importante** porque hay estudios que han demostrado que cuando el TAR logra la supresión efectiva de la carga viral de una persona a niveles indetectables, el riesgo de transmisión sexual del VIH a una pareja sexual es prácticamente cero.
- Las personas con infección por el VIH, que se encuentran en tratamiento antirretroviral y que han logrado alcanzar y mantener niveles indetectables de carga viral (<50 cop/mL); tienen un riesgo despreciable de transmisión sexual del VIH.
- Es posible que se requiera al menos 6 meses de tratamiento antirretroviral, para alcanzar niveles de indetectabilidad, dependiendo de los fármacos empleados.

⁴ Documento del Plan Nacional de Sida: “en relación al papel de la indetectabilidad de la carga viral en la transmisión sexual de la infección por VIH”.



- Para obtener una supresión viral segura y continua del VIH, es necesaria una excelente adherencia al tratamiento con una combinación adecuada de antirretrovirales.
- La supresión viral debe ser controlada regularmente para garantizar un buen estado de salud de las personas en tratamiento, así como los beneficios implícitos para la salud pública.
- Una carga viral indetectable sólo protege frente a la transmisión por vía sexual del VIH, pero no frente a otras infecciones de transmisión sexual, como sífilis, gonococia, clamidiasis, virus del papiloma humano, virus herpes simple tipo 2, hepatitis C, etc.



7.- LAS PERSONAS CON VIH MAYORES DE 50 AÑOS 5

En la Comunidad de Madrid, a 31 de diciembre de 2016, el 61,4% de los pacientes infectados por VIH tenían entre 40 y 59 años de edad, y **el 8,6% tenían 60 años o más**. La edad media total de las personas infectadas era de 45,7 años.

La población con infección por VIH está envejeciendo gracias al tratamiento antirretroviral (TAR) que aumenta la supervivencia y al aumento de nuevos casos entre los adultos mayores. La mitad de las personas que viven con la infección por VIH en el momento actual y cerca del 20% de los nuevos casos de infección por VIH son personas mayores de 50 años. En 2030, se estima que el 73% de las personas con infección por VIH en el mundo tendrán 50 años o más y cerca del 40% serán mayores de 65 años.

Es, por tanto, un hecho que la población con infección por VIH envejece y que el escenario actual es completamente distinto al de los comienzos de la pandemia. El reto con estos pacientes hoy en día va más allá de la supervivencia y el correcto manejo del tratamiento antirretroviral y sus posibles efectos adversos e interacciones. El nuevo reto es el correcto abordaje de estos pacientes complejos que, además de infección por VIH, tienen múltiples comorbilidades, envejecen –prematuramente – y a los que hay que ofrecer una buena calidad de vida y la mejor atención médica posible adaptada a sus necesidades.

Las personas que viven con infección por VIH experimentan cambios en su sistema inmunológico similares a los que provoca el envejecimiento en la población mayor general sin infección a pesar de disponer de un óptimo control inmunoviroológico tras el TAR. Estos cambios se producen fundamentalmente como consecuencia de un estado de activación inmune e inflamación persistente que de forma gradual conducen al envejecimiento del sistema inmune de forma precoz, lo que se llama “inmunosenescencia” y es la base de la hipótesis de un **envejecimiento prematuro asociado a la infección por VIH**. Esta inmunosenescencia ocasiona además una menor y más lenta recuperación inmunológica en las personas mayores y se manifiesta entre otras, a través de la alta carga de comorbilidad relacionada con la edad que se observa en estos pacientes y que aparece de forma temprana en las personas con VIH, hasta 10 o 15 años antes que en la población general. Por todo ello, en el momento actual, **la edad de 50 años es considerada por la comunidad científica como el umbral a partir del cual una persona con infección por VIH es mayor o de “edad avanzada”**.

La prevalencia de fragilidad en la población VIH mayor es elevada, entre 7,5% y 19% según las series, y superior a la que presenta la población general que vive en la comunidad al menos 10 años mayor (7%) al igual que ocurre con otras condiciones asociadas al envejecimiento.

5 Documento de consenso sobre edad avanzada e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Secretaría del PNSida, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2015.



Las personas mayores de 50 años con VIH – como el resto de la población general mayor – son una población muy heterogénea, no uniforme. Algunas llegan a la vejez en perfecto estado de salud mientras que otras presentan déficits y limitaciones que condicionan su calidad de vida. Por ello, estas personas deben recibir un abordaje global que contemple no sólo la esfera médica sino también la esfera funcional, cognitiva, nutricional y social que nos permita detectar a aquellos en riesgo de tener un peor estado de salud para poder intervenir de forma precoz.

En relación a **los cuidados paliativos** de las personas con VIH necesitarán los cuidados como el resto de la población general por problemas médicos no relacionados con el VIH.



8.- ATENCIÓN, COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS PERSONAS CON VIH

Recomendaciones generales:

1. El estricto cumplimiento del Tratamiento Antirretroviral (TAR) es imprescindible para conseguir el control virológico, es decir, que la carga viral del VIH sea indetectable, lo que significa que la enfermedad está controlada. Por tanto:
 - o No pueden omitirse nunca las dosis. Al ser medicamentos de dispensación hospitalaria hay que asegurar que se recoge la medicación a tiempo, antes de terminar la medicación disponible.
 - o Deben cumplirse las condiciones de la toma de dichos fármacos cuando existan: tomarlos en ayunas o con alimentos, conservarlos en frío...
 - o Nunca suspenderlo o cambiarlo sin consultarlo con el especialista en VIH.
 - o Antes de añadir cualquier fármaco al tratamiento de un paciente que toma TAR (cualquiera: omeprazol, quetiapina...), hay que consultar las posibles interacciones, pues muchos fármacos antirretrovirales utilizan la vía metabólica del citocromo p450 y las potenciales interacciones son frecuentes. La página www.hiv-druginteractions.org es muy útil, sencilla de utilizar, práctica y libre, cualquiera la puede utilizar.
2. Todos los pacientes VIH tienen un especialista en VIH de referencia en el hospital que sigue al paciente en consulta al menos cada 6 meses. Cuando un paciente con VIH ingresa en una Unidad Técnico-Asistencial de una residencia de personas mayores (RRPPMM) es muy recomendable conocer el nombre y ponerse en contacto con el especialista en VIH para poder coordinar la atención del paciente y darle la mejor atención posible sin duplicidades y sin omisiones.
3. El paciente con VIH tiene también un médico de familia asignado que puede colaborar con el médico de la RRPPMM en el abordaje y tratamiento de cualquier problema de salud que el paciente presente, como ocurre con el resto de residentes que son VIH negativos.
4. Por lo tanto, el abordaje del paciente mayor con VIH en la RRPPMM debe ser multidisciplinar, coordinado con Atención Primaria, especialista de VIH hospitalario y otras especialidades como Geriatría cuando lo requiera.
5. Por lo demás, la atención y el seguimiento del paciente con VIH en la RRPPMM debe ser igual al del resto de residentes: debe beneficiarse de la valoración médica, de enfermería, psicólogo, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional y de los tratamientos e intervenciones de que disponga para mejorar su situación cognitiva, funcional y su calidad de vida.

6 Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional Sida: "Respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana-2013.



9.- ENFERMEDADES INDICADORAS DE INFECCIÓN POR VIH. REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE VIH7

CUÁNDO SOLICITAR LA SEROLOGÍA DE VIH EN EL PACIENTE MAYOR

La Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, recomienda solicitar la serología de VIH en los siguientes casos:

1. Ante la **presencia de criterios clínicos** compatibles con la presencia de infección por el VIH o con exposiciones de riesgo, incluyendo la sospecha de infección aguda por el VIH. **No hay límite de edad**. Resaltamos en negrita las que por su frecuencia en el paciente mayor NO pueden pasar desapercibidas

Enfermedades indicadoras de infección VIH asociadas a una prevalencia de VIH (F1)
1. Infección de transmisión sexual
2. Linfoma maligno
3. Cáncer/Displasia anal
4. Displasia cervical
5. Herpes zóster
6. Hepatitis B o C (aguda o crónica)
7. Síndrome mononucleósico
8. Trombocitopenia o leucocitopenia idiopática que dure más de 4 semanas
9. Dermatitis seborreica/exantema
10. Enfermedad neumocócica invasiva
11. Fiebre sin causa aparente
12. Candidemia
13. Leishmaniasis visceral

Fuente 1: Adaptado del HIV in Europe, Grupo HIDES. Enfermedades indicadoras de infección por VIH: Guía para la realización de la prueba del VIH a adultos en entornos sanitarios. 2013

Enfermedades posiblemente asociadas a la infección por VIH (F2)
1. Cáncer de pulmón primario
2. Meningitis linfocítica
3. Leucoplasia vellosa oral

7 Enfermedades indicadoras de infección por VIH Guía para la realización de la prueba de VIH en adultos en entornos sanitarios. HIV in Europe. (Bibliografía nº5)



4. Psoriasis grave o atípica
5. Síndrome de Guillain-Barré
6. Mononeuritis
7. Demencia subcortical
8. Enfermedad del tipo esclerosis múltiple
9. Neuropatía periférica
10. Pérdida de peso injustificada
11. Linfadenopatía idiopática
12. Candidiasis bucal idiopática
13. Diarrea crónica idiopática
14. Insuficiencia renal crónica idiopática
15. Hepatitis A
16. Neumonía de adquisición en la comunidad
17. Candidiasis

Fuente 2: Adaptado del HIV in Europe, Grupo HIDES. Enfermedades indicadoras de infección por VIH: Guía para la realización de la prueba del VIH a adultos en entornos sanitarios. 2013.

Enfermedades definitorias de SIDA (F3)	
1. Cáncer cervical (invasivo)	
2. Candidiasis esofágica	
3. Candidiasis de bronquios, tráquea o pulmones	
4. Coccidioidomicosis (diseminada o extrapulmonar)	
5. Criptococosis (extrapulmonar)	
6. Criptosporidiosis, intestinal crónica (>1 mes de duración)	
7. Encefalopatía asociada al VIH	
8. Enfermedad por citomegalovirus que no afecte a hígado, bazo y nódulos	
9. Herpes simple: úlceras crónicas (>1 mes de duración); o bronquitis, neumonitis o esofagitis	
10. Septicemia recurrente por Salmonella	
11. Histoplasmosis (diseminada o extrapulmonar)	
12. Isosporiasis (intestinal crónica >1 mes de duración)	
13. Leucoencefalopatía multifocal progresiva	
14. Linfoma inmunoblástico	
15. Linfoma cerebral primario	
16. Linfoma de Burkitt	
17. Mycobacterium avium complex o Mycobacterium kansasii (diseminada o extrapulmonar)	
18. Mycobacterium, otras especies o especies sin identificar (diseminada o extrapulmonar)	
19. Neumonía (recurrente)	
20. Neumonía por Pneumocistis jirovecii	
21. Retinitis por citomegalovirus (con pérdida de visión)	
22. Sarcoma de Kaposi	



23. Síndrome de emaciación por VIH
24. Toxoplasmosis cerebral
25. Mycobacterium tuberculosis (extrapulmonar o pulmonar)
26. Leishmaniasis visceral (kala-azar)

Fuente 3: adaptado de 1993 Revised Classification-System for HIV-Infection and Expanded Surveillance Case Definition for Aids Among Adolescents and Adults. Archives of Dermatology 129(3),287-290-1993.

2. **Indicación rutinaria:** en todas las personas entre 20 y 65 años sexualmente activas que tengan indicación de una extracción de sangre por cualquier motivo y que residan en provincias con tasas de prevalencia de infección por el VIH no diagnosticada $\geq 0.1\%$.
3. **Indicación dirigida.** Debe realizarse a todos los individuos que tengan exposiciones de riesgo (sexuales: homo y heterosexuales, ocupacionales, accidentales, uso de drogas por vía parenteral) **La edad no debe constituir un límite** para excluir a ningún individuo de esta indicación de serología dirigida. Debe hacerse también a sus parejas.

LA PRUEBA DE VIH

La prueba del VIH viene ofertándose en España desde finales de los años 80, en diferentes contextos y grupos de personas con riesgo de exposición, y se realiza en un amplio número de centros, tanto sanitarios (atención primaria, atención especializada y centros de ITS) como comunitarios (ONG).

Es un test que detecta los anticuerpos que el organismo produce en respuesta al VIH.

- **Prueba convencional:** requiere un análisis de sangre y el resultado está en pocos días. Se puede solicitar en el centro de salud.
- **Prueba rápida de sangre o saliva:** requiere un pinchazo en el dedo o una muestra de la boca. Los resultados están en menos de 30 minutos.

Ambas requieren la confirmación del diagnóstico con el test de Western Blot.



10.- PROFILAXIS POST- EXPOSICIÓN OCUPACIONAL ⁸

Definición y concepto

Cualquier persona que desarrolle su actividad en contacto directo con pacientes, fluidos corporales, tejidos, órganos, cultivos celulares, o con aparatos o equipos o superficies que puedan estar contaminados puede sufrir una exposición de tipo ocupacional.

Se incluyen el personal médico, el personal de enfermería, auxiliar y técnico, dentistas, higienistas dentales, celadores y farmacéuticos, entre otros. También se consideran a efectos de este protocolo los limpiadores, estudiantes, sacerdotes y colaboradores voluntarios que trabajan, con o sin retribución, en hospitales, consultas, laboratorios o en atención domiciliaria de pacientes.

Puede también aplicarse a otros trabajadores que tengan una exposición laboral a sangre o fluidos en otros medios.

Exposición ocupacional:

Es aquella que ocurre con ocasión o a consecuencia de la realización de un trabajo y puede suponer un riesgo de infección para el trabajador. Se denomina también exposición laboral.

Para el VIH, estudios prospectivos realizados en trabajadores sanitarios han estimado el riesgo medio de transmisión después de una exposición percutánea a sangre en un 0,3% (IC 95%: 0,2%-0,5%). El riesgo de transmisión después de una exposición a otros fluidos o tejidos no se ha cuantificado, pero es probable que sea considerablemente inferior al del contacto con sangre.

Desde 1993 no se ha notificado ninguna infección por accidente ocupacional en la Comunidad de Madrid.

La **profilaxis post exposición ocupacional (PPEO)** es una medida de prevención secundaria dirigida a evitar el desarrollo de la infección por el VIH tras una exposición accidental al virus, por a una actuación profesional (pinchazo, corte, etc.), sobre todo, en el ámbito sanitario. Consiste en recibir el TAR durante un periodo de 30 días. El tratamiento debe de iniciarse preferiblemente dentro de las **6** primeras horas y, en cualquier caso, antes de transcurridas **72 horas**, una vez ocurrido el accidente. En cada centro sanitario o socio-sanitario se debe establecer un protocolo de actuación, para la correcta derivación del trabajador según normativa de salud laboral de la empresa.

La determinación legal de responsabilidad, así como otras consideraciones como la valoración de la contingencia, laboral o común, tanto en el caso de accidente como en el de enfermedad dependerá de la normativa vigente.

⁸ Documento de consenso sobre profilaxis post-exposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños (Marzo 2015), Plan Nacional de Sida.



11.- DETERMINANTES SOCIALES DEL VIH

La transmisión del VIH depende de determinados comportamientos y prácticas que ponen a las personas en riesgo, pero no podemos perder de vista que dichos comportamientos están a su vez modulados por nuestras condiciones generales, socioeconómicas, culturales y medioambientales que hacen que algunas sociedades, grupos de población e individuos se encuentren en una situación de mayor vulnerabilidad a la transmisión del virus. La desigualdad entre hombres y mujeres, la discriminación que sufren algunos grupos de la población, el estigma de las personas afectadas o la pobreza son factores determinantes en la aparición y repetición de estos comportamientos que ponen en riesgo a las personas (determinantes sociales en salud).

El desconocimiento o conocimiento erróneo sobre el VIH, el sida, sus vías de transmisión y sobre todo las de “no transmisión”, son una de las principales causas **del estigma y la discriminación** de las personas con VIH. La discriminación atenta contra la dignidad, el respeto a la diversidad y los derechos humanos. Las personas que son discriminadas por tener el VIH tienen el derecho de denunciarlo, ya que la ley los ampara.

Se viene detectando una creciente preocupación por las consecuencias jurídicas y sociales derivadas del conocimiento del estatus serológico vinculado al VIH. Aunque podemos considerar que vivimos en un estado garantista, los casos de discriminación para ejercer determinados derechos marcan una frontera que disuade a algunas personas de realizarse la prueba de detección de anticuerpos antiVIH. El temor a ser objeto de diversas formas de discriminación en el ámbito laboral, educativo e institucional, a la hora de afrontar responsabilidades o a acceder a determinadas prestaciones o servicios, prevalece. Muchos de tales problemas están fundamentados y van asociados a la inadecuada categorización del VIH/sida como “enfermedad infecto-contagiosa” en lugar de “infecto-transmisible”.

Los problemas sociales son los mismos que pueden tener cualquier persona sin VIH, en la mayoría de los casos, el grado de necesidad social estará condicionado por diversos elementos ajenos a la enfermedad pero directamente relacionados con su situación socio-económica y cultural, condiciones de vida y apoyo de redes familiares, sociales y comunitarias.

****Recomendamos para poder completar la información: acceder a la página web de la Comunidad de Madrid: **VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) ITS (Infecciones de Transmisión Sexual):** <https://bit.ly/2lk32QG>**



12.- BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid nº 10. Volumen 23. Octubre de 2017. <https://bit.ly/2LpFp5K>
2. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad -2014. <https://bit.ly/2S65fOv>
3. Guía de Bioseguridad para profesionales sanitarios. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad- 2015. <https://bit.ly/2A4ulGz>
Guía de higiene integral en residencias de personas mayores -2004. <https://bit.ly/2ErPvS7>
4. Documento del Plan Nacional de Sida: “En relación al papel de la indetectabilidad de la carga viral en la transmisión sexual de la infección por el VIH”. <https://bit.ly/2SVtoYf>
5. Documento de consenso sobre edad avanzada e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana – Secretaria del Plan Nacional de Sida, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad -2015. <https://bit.ly/2EppN0r>
6. Documento de consenso sobre de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida: “respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana -2013”. <https://bit.ly/2QzXgRS>
7. Enfermedades indicadoras de infección por VIH: Guía para la realización de la prueba de VIH a adultos en entornos sanitarios. HIV in Europe. <https://bit.ly/2QU43Az>
8. Documento de consenso sobre profilaxis post-exposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños (Marzo 2015). Plan Nacional de Sida. <https://bit.ly/2Qy4Nf6>





**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD