

# Resumen ejecutivo del documento de consenso sobre el manejo compartido del paciente con infección por VIH entre Atención Primaria y Hospitalaria

Javier Martínez-Sanz<sup>a</sup>, Juan E. Losa-García<sup>b</sup>, Nuria Orozco<sup>c</sup>, Ignacio Alastrué<sup>d</sup>, Juanjo Mascort<sup>e</sup>, María Jesús Pérez-Elías<sup>a</sup> y Grupo de Trabajo de Atención Compartida en VIH (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria [semFYC] y Grupo de estudio del SIDA de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica [GeSIDA SEIMC])

<sup>a</sup> Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. IRYCIS. CIBERINFEC. Madrid (España)

<sup>b</sup> Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid (España)

<sup>c</sup> Centro de Salud Segorbe. Castellón (España)

<sup>d</sup> Centro de Información y Prevención del Sida y otras ITS. Valencia (España)

<sup>e</sup> Centro de Salud La Florida Sud. Institut Català de la Salut. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)

## Correspondencia

Juanjo Mascort. Centro de Salud La Florida Sud. Parc dels Ocelllets, s/n. 08905 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona (España)

## Correo electrónico

jmascoort@semfyc.es

Este artículo se publica de manera simultánea, en el marco del correspondiente acuerdo de publicación y derechos de autor, en: Revista Clínica de Medicina de Familia y Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.

La versión completa del documento puede consultarse en: <https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2022/02/manejo-compartido-del-paciente-con-infeccion-por-vih.pdf>



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

## RESUMEN

La realidad actual del diagnóstico y tratamiento de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) justifica un abordaje multidisciplinar y coordinado entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, contemplando la bidireccionalidad y la comunicación entre los dos escenarios asistenciales. El presente documento de consenso, coordinado entre el Grupo de Estudio del SIDA de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas (SEIMC-GeSIDA) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), nace de esta necesidad. Aquí se resumen las recomendaciones de los cuatro bloques que lo componen: el primero trata aspectos de prevención y diagnóstico de la infección por el VIH; en el segundo se contempla la atención y el manejo clínico de las personas que viven con VIH; el tercero trata aspectos sociales, incluyendo temas legales y de confidencialidad, la calidad de vida y el papel de las ONG; por último, el cuarto bloque aborda la formación/docencia y la investigación bidireccional y compartida.

**Palabras clave:** VIH; Atención Primaria; Atención Hospitalaria; manejo compartido.

## EXECUTIVE SUMMARY OF THE CONSENSUS DOCUMENT ON THE SHARED CARE OF PATIENTS WITH HIV INFECTION BETWEEN PRIMARY AND HOSPITAL CARE

## ABSTRACT

The current reality of the diagnosis and treatment of HIV infection justifies a multidisciplinary and coordinated approach between primary care and hospital care. This entails a two-way relationship and communication between the two care settings. This consensus document, coordinated by the AIDS Study Group of the Spanish Society of Infectious Diseases and Clinical Microbiology (SEIMC-GeSIDA) and the Spanish Society of Family and Community Medicine (semFYC), arose because of this need. Here, the recommendations of the four blocks that comprise it are summarized: the first tackles aspects of prevention and diagnosis of HIV infection; the second contemplates the clinical care and management of people living with HIV; the third deals with social aspects, including legal and confidentiality issues, quality of life, and the role of NGOs; finally, the fourth block addresses two-way and shared training/teaching and research.

**Keywords:** HIV; Primary Care; Hospital Care; Shared Care.

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente documento de consenso, coordinado entre el Grupo de Estudio del SIDA de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas (SEIMC-GeSIDA) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), nace de la necesidad de aunar los conocimientos y evidencias para mejorar el abordaje multidisciplinar y coordinado entre Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH), tanto en la prevención y cribado de la infección por el VIH en la población general, como en la atención integral de los múltiples aspectos y matices que configuran la atención a las personas que viven con VIH (PVIH)<sup>1</sup>. Aquí se resumen las recomendaciones de los cuatro bloques, que contemplan la bidireccionalidad y la comunicación entre los dos escenarios asistenciales. Algunas recomendaciones han podido ser actualizadas tras la publicación del documento de consenso original, se deben consultar las guías clínicas publicadas periódicamente por GeSIDA.

## 2. PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y DERIVACIÓN

### 2.1 Prevención de la infección por el VIH

El punto de partida para la prevención de la infección por VIH es la identificación del riesgo de adquisición, para poder aplicar las medidas de prevención más acordes a cada persona (A-II).

#### ¿Cómo se puede mejorar la identificación del riesgo?

- Es necesario difundir las guías de cribado que identifican a las personas expuestas a un mayor riesgo de adquirir la infección por el VIH (A-II).
- La anamnesis debe incluir el número de parejas sexuales, tipo de prácticas, uso del preservativo, uso de drogas durante las relaciones sexuales, uso compartido de material durante el

consumo, antecedentes de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), situación psicosocial y país de pertenencia. Se debe dotar al personal de tiempo suficiente para atender a cada paciente según sus necesidades (B-III).

#### ¿Cuáles son las medidas no farmacológicas de prevención del VIH y otras ITS?

- Prevención ginecológica y planificación familiar (B-III). Prevención de la transmisión materno-infantil (A-I).
- Circuncisión masculina solo en entornos con epidemia de VIH generalizada (C-II).
- Uso de preservativo (A-II).
- Realizar pruebas de detección del VIH periódicamente en poblaciones expuestas a un riesgo elevado (A-III).
- Intervenciones de modificación del comportamiento (campañas de información, educación sexual, acercamiento a poblaciones vulnerables, reducción de riesgos...) (B-II).
- Valoración social, incluyendo el entorno sociofamiliar y los medios de vida, para aportar medidas de apoyo en caso necesario (B-II).
- Cribado de sífilis anualmente si hay relaciones sexuales no protegidas (B-II), y en el colectivo de gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) con factores de riesgo, monitorizar al menos *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* y virus de la hepatitis C (C-II). El cribado se hará cada 3-6 meses según los factores de riesgo.

#### ¿Cuáles son las medidas farmacológicas de prevención del VIH?

- Ofrecer tratamiento antirretroviral (TAR) a todas las PVIH (A-I), según las recomendaciones vigentes en las guías clínicas<sup>2</sup>.
- Ofrecer la profilaxis preexposición (PrEP) (A-I) y postexposición (PPE) (A-II) en aquellas situaciones en las que están indicadas, siguiendo las recomendaciones actuales<sup>3</sup> (tablas 1 y 2).
- Cribado periódico y tratamiento precoz de las ITS, ya que las

Tabla 1. Criterios para identificar a los candidatos a la profilaxis preexposición aprobados por el Sistema Nacional de Salud

<p><b>1. Hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres y personas transexuales VIH negativas mayores de 16 años, con al menos dos de los siguientes criterios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Más de 10 parejas sexuales diferentes en el último año</li> <li>• Práctica de sexo anal sin preservativo en el último año</li> <li>• Uso de drogas relacionado con el mantenimiento de relaciones sexuales sin preservativo en el último año</li> <li>• Administración de profilaxis postexposición en varias ocasiones en el último año</li> <li>• Al menos una ITS bacteriana en el último año</li> </ul>
<p><b>2. Mujeres en situación de prostitución que refieran un uso no habitual de preservativo</b></p>
<p><b>3. Mujeres y hombres cissexuales, así como usuarios de drogas inyectadas con prácticas de inyección no seguras, que refieran un uso no habitual del preservativo y que presenten al menos dos de los siguientes criterios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Más de 10 parejas sexuales diferentes en el último año</li> <li>• Práctica de sexo anal sin preservativo en el último año</li> <li>• Uso de drogas relacionado con el mantenimiento de relaciones sexuales sin preservativo en el último año</li> <li>• Administración de profilaxis postexposición en varias ocasiones en el último año</li> <li>• Al menos una ITS bacteriana en el último año</li> </ul>
<p>Observaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es necesario descartar la infección por el VIH antes de prescribir la PrEP. En caso de duda sobre una posible infección reciente (síndrome mononucleósico u otro criterio), no se debe recomendar PrEP hasta excluir de modo razonable la infección por el VIH</li> <li>2. El paciente debe mostrarse dispuesto a cumplir de modo regular las recomendaciones y a adherirse a un programa de seguimiento en el tiempo</li> <li>3. No debe existir contraindicación clínica o analítica para recibir TDF o FTC</li> </ol>

FTC: emtricitabina; ITS: infección de transmisión sexual; PrEP: profilaxis preexposición; TDF: tenofovir; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

Tabla 2. Recomendaciones de profilaxis postexposición no ocupacional

TIPO DE EXPOSICIÓN	RIESGO DE TRANSMISIÓN SEGÚN FUENTE	RECOMENDACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>Relación sexual anal o vaginal, receptiva o insertiva, sin preservativo o mal uso de este</li> <li>Compartir jeringuillas o agujas para inyectar drogas</li> <li>Pinchazo percutáneo con exposición a sangre u otros fluidos potencialmente infectantes<sup>a</sup></li> <li>Mordeduras humanas con solución de continuidad en la piel</li> </ul>	Exposiciones con riesgo de transmisión apreciable: <ul style="list-style-type: none"> <li>VIH positivo con carga viral plasmática detectable o desconocida<sup>c</sup></li> <li>VIH desconocido con factores de riesgo<sup>d</sup></li> </ul>	Recomendar profilaxis postexposición
	Exposiciones con riesgo de transmisión bajo o mínimo: <ul style="list-style-type: none"> <li>VIH positivo con carga viral plasmática indetectable</li> <li>VIH desconocido sin factores de riesgo</li> </ul>	Valorar individualmente <sup>e</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Relación sexual orogenital (pene, vagina, ano), receptiva o insertiva, con o sin eyaculación, sin preservativo u otro método de barrera o mal uso de este</li> <li>Exposición de otras mucosas o de piel no intacta a sangre u otros fluidos potencialmente infectantes<sup>a</sup></li> </ul>	Exposiciones con riesgo de transmisión bajo o mínimo: <ul style="list-style-type: none"> <li>VIH positivo con carga viral plasmática detectable o desconocida</li> <li>VIH desconocido con factores de riesgo</li> <li>VIH desconocido sin factores de riesgo</li> </ul>	Valorar individualmente <sup>e</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cualquier tipo de exposición con fluidos no infectantes<sup>b</sup></li> <li>Exposiciones sobre piel intacta. Mordeduras sin rotura de piel ni sangrado. Pinchazo o erosión superficial con agujas u otros objetos punzantes o cortantes abandonadas que no han estado en contacto reciente con sangre. Besos. Reanimación boca a boca sin lesiones cutaneomucosas. Caricias. Masturbación sin rotura de piel</li> </ul>	Exposiciones con riesgo de transmisión despreciable o nulo: <ul style="list-style-type: none"> <li>VIH positivo con carga viral plasmática detectable o indetectable y VIH desconocido con o sin factores de riesgo</li> </ul>	Profilaxis postexposición no recomendada

VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

a Sangre, fluidos que contengan sangre visible, semen, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo, pleural pericárdico, peritoneal, sinovial, amniótico y leche humana.

b Orina, heces, saliva, vómitos, secreciones nasales, lágrimas, sudor y esputo, si no contienen sangre visible.

c Cuanto mayor sea la carga viral plasmática, mayor es el riesgo de transmisión.

d Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), usuario de droga inyectables (UDI), trabajador del sexo, agresor sexual, antecedentes de ingreso en centros penitenciarios y natural de un país con una prevalencia de VIH superior al 1% (Haití, Bahamas, Jamaica, Belice, Trinidad y Tobago, Estonia, Rusia, Tailandia y África subsahariana).

e Valorar individualmente cada caso. En general, se recomienda iniciar profilaxis postexposición si la fuente es una persona con VIH con carga viral plasmática detectable o desconocida, o si su estatus con respecto al VIH es desconocido sin factores de riesgo. En este último caso, se puede considerar no hacer profilaxis postexposición dado que el riesgo de transmisión es muy bajo.

ulcerativas y de localización rectal incrementan el riesgo de adquirir el VIH (B-II).

## 2.2 Retraso diagnóstico. Estrategias para optimizar el cribado

### ¿Cómo se puede mejorar la identificación del riesgo?

- Las guías proponen diferentes recomendaciones de cribado, desde la oferta rutinaria a la población general<sup>4</sup> hasta la oferta dirigida a personas con mayor riesgo<sup>5,6</sup>.

- En España existen una Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario<sup>7</sup> (figura 1), la cual sería recomendable actualizar de acuerdo con la última evidencia disponible (A-II).
- Se debe reforzar la formación de los profesionales sanitarios sobre las implicaciones del retraso diagnóstico para que soliciten con mayor frecuencia la prueba del VIH (A-III) (tabla 3).
- Se deben implementar estrategias para hacer el cribado en los diferentes ámbitos sanitarios, facilitando a los profesionales las condiciones de trabajo adecuadas para que puedan llevarse a cabo (A-II).

**Tabla 3. Condiciones indicadoras y recomendaciones para la prueba de virus de inmunodeficiencia humana**

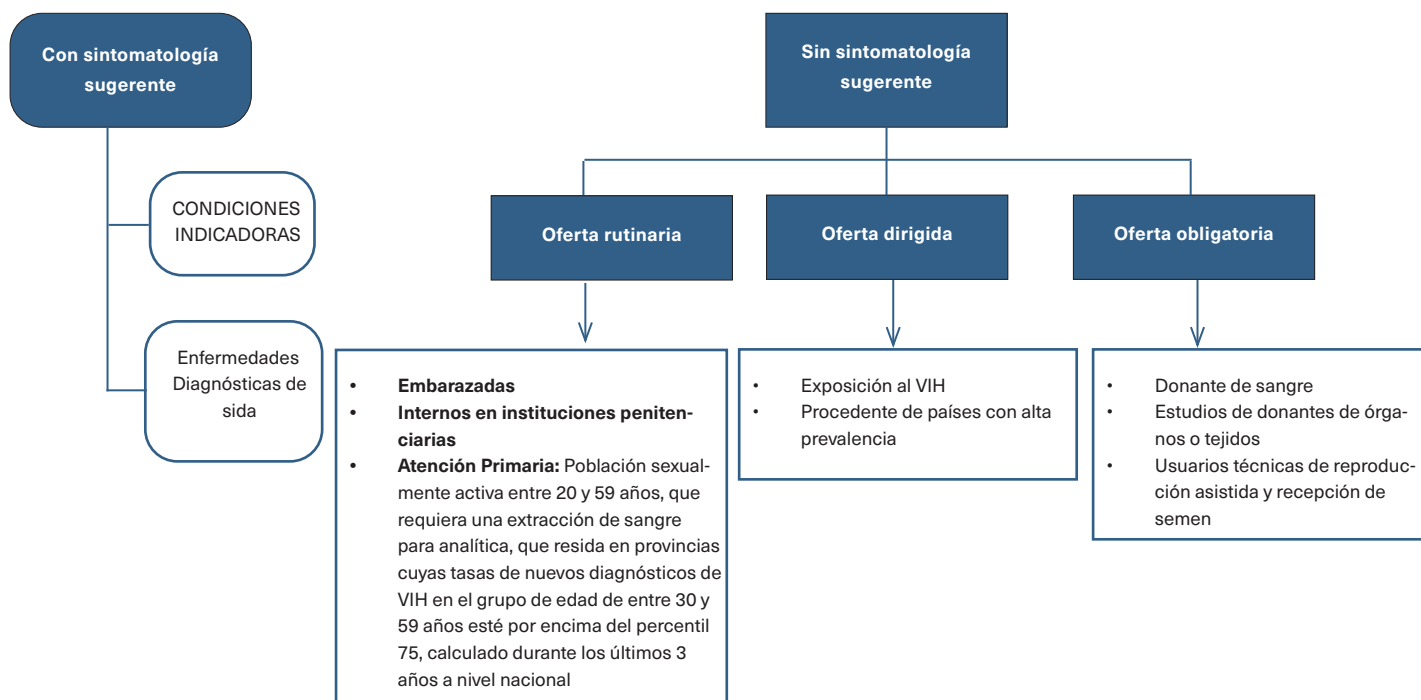
RIESGO DE EXPOSICIÓN
<b>Personas en las que se recomienda el cribado dirigido por presentar un riesgo elevado de infección por el VIH</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas que la soliciten por sospechar una exposición de riesgo</li> <li>• Parejas sexuales de personas con infección por el VIH</li> <li>• UDI, activos o con antecedentes de haberlo sido y sus parejas sexuales</li> <li>• HSH y sus parejas sexuales</li> <li>• Personas que ejercen la prostitución, así como sus parejas y clientes en el último año</li> <li>• Personas que desean dejar de utilizar el preservativo con sus parejas estables</li> <li>• Personas que han sufrido una agresión sexual</li> <li>• Personas que han tenido una exposición de riesgo al VIH, ocupacional o accidental</li> <li>• Personas procedentes de países con alta prevalencia VIH (&gt; 1%) y sus parejas sexuales</li> </ul>
CONDICIONES DEFINITORIAS DE SIDA
Neoplasias
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cáncer de cuello uterino</li> <li>• Linfoma no Hodgkin</li> <li>• Sarcoma de Kaposi</li> </ul>
Infecciones bacterianas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mycobacterium tuberculosis, pulmonar o extrapulmonar</li> <li>• Complejo Mycobacterium avium o Mycobacterium kansasii, diseminado o extrapulmonar</li> <li>• Mycobacterium, otras especies o especies no identificadas, diseminado o extrapulmonar</li> <li>• Neumonía recurrente (dos o más episodios en 12 meses)</li> </ul>
Infecciones víricas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retinitis por citomegalovirus</li> <li>• Citomegalovirus en otras localizaciones (excepto hígado, bazo y ganglios linfáticos)</li> <li>• Bronquitis/neumonitis por herpes simple, úlcera(s) por herpes común &gt; 1 mes</li> <li>• Leucoencefalopatía multifocal progresiva</li> <li>• Herpes simple: úlceras crónicas (1 &gt; mes de duración) o bronquitis, neumonía o esofagitis</li> </ul>
Infecciones parasitarias
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toxoplasmosis cerebral</li> <li>• Criptosporidiosis diarrea &gt; 1 mes</li> <li>• Isosporiasis &gt; 1 mes</li> <li>• Leishmaniosis diseminada atípica</li> <li>• Reactivación de la tripanosomiasis americana (meningoencefalitis o miocarditis)</li> </ul>
Infecciones micóticas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neumonía por Pneumocystis jirovecii</li> <li>• Candidiasis esofágica</li> <li>• Candidiasis bronquial/traqueal/pulmonar</li> <li>• Criptococosis extrapulmonar</li> <li>• Histoplasmosis diseminada/extrapulmonar</li> <li>• Coccidioidomicosis diseminada/extrapulmonar</li> <li>• Peniciliosis diseminada</li> </ul>

(continúa)

CONDICIONES INDICADORAS
Condiciones asociadas a prevalencia de VIH no diagnosticado > 0,1%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones de transmisión sexual</li> <li>• Linfoma maligno</li> <li>• Cáncer/displasia anal</li> <li>• Displasia cervical</li> <li>• Herpes zoster</li> <li>• Hepatitis B o C (aguda o crónica)</li> <li>• Síndrome mononucleósico</li> <li>• Leucocitopenia/trombocitopenia idiopática que dure &gt; 4 semanas</li> <li>• Dermatitis seborreica/exantema</li> <li>• Enfermedad neumocócica invasiva</li> <li>• Fiebre sin causa aparente</li> <li>• Candidemia</li> <li>• Leishmaniosis visceral</li> <li>• Gestación (implicaciones para el feto)</li> </ul>
Condiciones asociadas a prevalencia de VIH no diagnosticado < 0,1%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cáncer de pulmón primario</li> <li>• Meningitis linfocítica</li> <li>• Leucoplasia vellosa oral</li> <li>• Psoriasis grave o atípica</li> <li>• Síndrome de Guillain-Barré</li> <li>• Mononeuritis</li> <li>• Demencia subcortical</li> <li>• Enfermedad del tipo esclerosis múltiple</li> <li>• Neuropatía periférica</li> <li>• Pérdida de peso injustificada</li> <li>• Linfadenopatía idiopática</li> <li>• Candidiasis bucal idiopática</li> <li>• Diarrea crónica idiopática</li> <li>• Insuficiencia renal crónica idiopática</li> <li>• Hepatitis A</li> <li>• Neumonía adquirida en la comunidad</li> <li>• Candidiasis</li> <li>• Cáncer de pulmón primario</li> <li>• Meningitis linfocítica</li> <li>• Leucoplasia vellosa oral</li> <li>• Psoriasis grave o atípica</li> <li>• Síndrome de Guillain-Barré</li> </ul>
Condiciones con prevalencia de infección por VIH posiblemente < 0,1% pero en las que no diagnosticar la infección puede tener consecuencias negativas importantes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cáncer</li> <li>• Trasplante</li> <li>• Enfermedad autoinmune tratada con terapia inmunosupresora</li> <li>• Lesión cerebral primaria ocupando espacio</li> <li>• Púrpura trombocitopénica idiopática/trombocítica</li> </ul>

HSH: hombres que tienen sexo con hombres; UDI: usuario de droga inyectable; VIH: virus de inmunodeficiencia humana. Modificada de: 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<sup>5</sup>.

Figura 1. Algoritmo de las indicaciones de la prueba de virus de inmunodeficiencia humana



Modificada de: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad<sup>7</sup>.

### ¿Cuáles son las experiencias prácticas en nuestro medio?

- En España disponemos de diferentes experiencias prácticas en estrategias para optimizar el cribado del VIH, tanto en el ámbito sanitario como en el comunitario, incluyendo unidades móviles, farmacias, locales gestionados por las ONG y estrategias de acercamiento en entornos de alto riesgo con oferta en locales de ocio o en la calle<sup>8-15</sup>.
- Se recomienda optimizar especialmente el cribado mediante la implementación de estrategias en AP y entornos comunitarios (B-I).

### 2.3 Derivación a las unidades hospitalarias

- Se recomienda la derivación para la administración de TAR a todos los pacientes con infección por el VIH (A-I) tan pronto como sea posible tras el diagnóstico (A-II).
- Debe facilitarse una comunicación ágil entre el especialista de AP y el de AH que facilite el acceso del paciente ante cualquier situación que lo requiera. Se deben optimizar las derivaciones no presenciales o e-consultas para evitar excesos/defectos de derivaciones y garantizar el intercambio rápido de información (A-II).
- Se deben generar circuitos de interconsulta rápida bidireccional entre AP y AH para las PVIH que presenten ITS, infecciones no asociadas al VIH, necesidad de estudio de un síndrome sistémico o que no puedan acudir al hospital y puedan ser atendidas en AP, así como aquellas desplazadas que precisan hacer determinados trámites administrativos (A-III).
- Se debe derivar a AP a las PVIH que precisen atención en aque-

llas patologías que son habitualmente manejadas por el médico de familia, manteniendo a este en el centro de la asistencia de la PVIH (A-II).

## 3. CUIDADO COMPARTIDO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

### 3.1 Coordinación y calidad asistencial

El cuidado compartido combina las ventajas de la AP (proximidad y experiencia en enfermedades crónicas) con la experiencia del especialista en infección por VIH. Pese a que está recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 2004, existen pocos datos que evalúen estos modelos en países con rentas elevadas, habiendo obtenido en general buenos resultados en salud (tabla 4).

### ¿Cuáles son las principales recomendaciones en cuidados compartidos?

- Se recomienda la utilización de todos los entornos asistenciales para ayudar al diagnóstico precoz, el asesoramiento y el seguimiento compartido de las PVIH (B-III).
- Se considera prioritaria la generación de evidencia sobre asistencia compartida en los países con rentas elevadas (C-III).
- Con el aumento de la edad y de las comorbilidades en las PVIH, es necesario implementar modelos organizativos que hayan demostrado su efectividad en otras enfermedades crónicas, y esto implica mejorar la coordinación entre la AH y la AP (A-III).

Tabla 4. Experiencias en cuidados compartidos para personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana

	MATERIAL Y MÉTODO	INTERVENCIÓN	PACIENTES INCLUIDOS	RESULTADOS
Tu D <sup>23</sup>	Estudio prospectivo intervencional de estudio de cohortes	Aplicación del CCM durante 18 meses	269	Mejora en indicadores de calidad, screening TBC, sífilis, vacunación frente a neumococo, adherencia al TAR y CV indetectable
Goetz MB <sup>24</sup>	Uso del Quality Enhancement Research Initiative para mejorar el diagnóstico de la infección por el VIH	Programa basado en el CCM con alarmas clínicas recordatorias, <i>feedback</i> audit, mediante sistemas de información, cambios organizativos	ND. 11 centros	Incremento de solicitud de serología VIH 3-5 veces en comparación con los centros control
Gómez Ayerbe C <sup>25</sup>	Evaluación prospectiva de la solicitud de serología	Programa DRIVE 01. Cuestionario exposición de riesgo y condiciones indicadoras de VIH y <i>screening</i> de VIH mediante pruebas rápidas	5.329 pacientes	Incremento en la cobertura de cribado de VIH del 0,96 al 7,17 Y en la tasa de nuevos diagnósticos del 3,1 al 29,6 al por 100.000 habitantes atendidos
Rogers GD <sup>26</sup>	Evaluación prospectiva centrada en la utilización de entrevistas semiestructuradas y en la etnografía crítica.	NO Care and Prevention Program Utilización y coste de servicios, información cuantitativa	ND	Mejora en la calidad de vida, disminución de la prevalencia de síntomas depresivos No se aprecia disminución en los costes de los servicios
Cabral H <sup>27</sup>	Intervención por pares aleatorizada	Siete módulos educativos. Contacto telefónico mensual Resultados: mantienen seguimiento y CV indetectable a los 12 meses	348	No se observaron diferencias en el mantenimiento del seguimiento, excepto en pacientes con un domicilio estable CV indetectable 52% de los pacientes del grupo intervención versus 65% del grupo control (p: 0,04)
Kay ES <sup>28</sup>	Revisión de historias electrónicas de una clínica de AP para PVIH en los Estados Unidos. Examinan las variables relacionadas con seguimiento irregular	NO Número de visitas no realizadas en AP, categorizadas: 1-2 o 3 o más visitas	1.159	Solo la pobreza fue predictiva de perder tres o más visitas (RR: 2,70; IC 95%: 1,49-4,88) La pobreza, la falta de apoyo, nivel educativo y ser más joven se asociaron a perder alguna visita versus no perder ninguna
Page J <sup>29</sup>	Describir y comparar la atención de las PVIH atendidas en AP (10 MAP) y AH (seis médicos hospitalarios) en Suiza	NO Cuestionarios iniciales, a los 6 y 12 meses, incluyendo cuestionarios de depresión, bienestar físico, adherencia, calidad de vida, satisfacción y evaluación de servicios	106 45 atendidos en AP 33 atendidos en AH 8 asistencia compartida	Al finalizar el estudio no se observaron diferencias en el control virológico. La satisfacción de los pacientes es mayor en los atendidos en AP. No se observaron diferencias con el resto de los indicadores de calidad
Hutchinson J <sup>30</sup>	Estudio transversal mediante cuestionarios en clínicas que atienden a PVIH Evalúan factores relacionados con una buena asistencia compartida y barreras para alcanzarla	Evalúan el contexto en el que trabajan, financiación del centro, cuidados realizados, coordinación con hospitalaria, conocimientos y docencia en VIH de los MAP, factibilidad y barreras	10 informantes	Observan seis modelos de atención compartida que pueden agruparse en tres grupos: 1. Modelo de AP que también imparte atención especializada en VIH 2. Modelo de AP que solo ofrece AP con servicios complementarios 3. AP que ofrece servicios especializados a grupos socialmente vulnerables
Kendal CE <sup>31</sup>	Estudio transversal para conocer la organización y composición de las clínicas que atienden PVIH en Canadá	NO	17.678 pacientes atendidos en 22 clínicas: 12 AP (6 exclusivamente para pacientes VIH) y 10 AH	Los cuidados relacionados con la infección y tratamiento del VIH se hacen sobre todo en zonas urbanas y por especialistas en VIH. Se observan diferencias en los servicios ofrecidos. En AP se ofrecen más servicios preventivos: citologías, salud mental, distribución de jeringuillas, atención a enfermedades crónicas, atención por pares...
Webel A <sup>32</sup>	Estudio de una intervención aleatorizada, ajustando por factores sociodemográficos, situación social, comorbilidades...	Intervención de enfermería y trabajo social para brindar cuidados paliativos tempranos relacionados con la infección por el VIH y otras enfermedades crónicas. Evaluación de resultados de salud: calidad de vida, carga de síntomas, capacidad de afrontamiento, aislamiento social, autogestión del VIH	179 participantes (71 intervención y 79 control)	Resultados a los 27 meses de seguimiento La intervención tuvo un efecto significativo en tres variables. La autoculpabilidad fue menor en el grupo control Los síntomas de malestar y la comprensión de la naturaleza crónica del VIH disminuyeron inicialmente en el grupo de intervención, pero aumentaron más tarde No se observaron diferencias en la ejecución de voluntades anticipadas ni en el número de visitas a urgencias
Riera A <sup>33</sup>	Cuestionario transversal de satisfacción Estudio prospectivo para evaluar una intervención	Estudio de intervención de Atención Primaria (PPCA) en pacientes VIH con buen control: una visita anual en el hospital y una en su CAP. Evaluación a los 2 años de seguimiento mediante CV, adherencia al TAR, ingresos, exitus, ENOS, evolución de colesterolemia y hábito tabáquico	Cuestionario inicial 918 pacientes 93 pacientes incluidos en el estudio de intervención	Edad media 50 años, 14,6 años de VIH en seguimiento. Todos los pacientes mantuvieron CV indetectables y la adherencia al TAR fue del 99,4%. No se observó mejoría en la disminución de hábitos tabáquicos 9 pacientes presentaron ENOS en forma de neoplasia, y 5, eventos cardiovasculares y una insuficiencia renal aguda

AH: Atención Hospitalaria; AP: Atención Primaria; CAP: centro de Atención Primaria; CCM: Chronic Care Model; CV: carga viral; IC: intervalo de confianza; ENOS: eventos no definitorios de sida; MAP: médicos de Atención Primaria; NA: no suministrado. ND: no realizado; PPCA: estudio de intervención de Atención Primaria; PVIH: personas con virus de la inmunodeficiencia humana; RR: riesgo relativo; TAR: tratamiento antirretroviral; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

- Debería implantarse lo antes posible un modelo de atención crónica y compartida entre AP y AH para las PVIH, pues conllevaría grandes beneficios tanto para el paciente como para el sistema sanitario (B-II) (tabla 5).

**Tabla 5. Beneficios del manejo compartido entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria de la persona con virus de la inmunodeficiencia humana**

• Mejoría en el control de la replicación del VIH
• Mejoría en la retención y seguimiento del paciente
• Mejoría en el programa de vacunaciones
• Empoderamiento del paciente facilitando su autocuidado
• Prevención y tratamiento de las comorbilidades
• Prevención de las interacciones medicamentosas
• Despistaje precoz de tumores asociados o no a VIH
• Diagnóstico y tratamiento de la fragilidad

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

### Los nuevos modelos de atención y coordinación no presencial

- Existen directrices de las sociedades nacionales en el ámbito de la telemedicina en el manejo de las PVIH<sup>16,17</sup>.
- Se deben establecer modelos de atención no presencial con los pacientes y entre AH y AP para conseguir mayor proximidad, accesibilidad y longitudinalidad en la atención (C-III).
- La telemedicina ha de contemplarse como una herramienta de ayuda complementaria para optimizar recursos y facilitar la atención de los pacientes (C-III).
- Se ha de avanzar hacia una atención telemática más segura y protocolizada y evaluar sus resultados sobre la salud de las PVIH (C-III).

### 3.2 Vacunaciones en el paciente con infección por VIH

#### ¿Cuáles son las recomendaciones sobre el calendario vacunal?

- Vacunar con las mismas pautas que la población general. Están contraindicadas las vacunas vivas atenuadas con recuentos de CD4+ < 200 células/μL (A-I).
- Indicada la vacunación de neumococo (A-II), gripe anual (A-II), SARS-CoV-2 (A-II), virus de la hepatitis B (VHB) con dosis altas (A-I) y determinación de respuesta serológica posvacunal (B-I), virus de la hepatitis A (VHA) (A-I), virus del papiloma humano (VPH) (A-III) y herpes zoster (B-I) (tabla 6).
- Se debe hacer serología frente a VHA y VHB en todos los pacientes al inicio del estudio para valorar su estado vacunal (A-I). En mujeres en edad fértil, se recomienda serología frente a rubéola, para vacunar si la IgG fuese negativa (C-III).
- La revisión del estado vacunal y el registro de vacunación debe hacerse tanto en AP como en AH (C-III).

### 3.3 Manejo del TAR actual

- El TAR consiste en la combinación de dos o tres fármacos antirretrovirales. La evaluación de laboratorio y los aspectos relacionados con la elección y monitorización del TAR se especifican en la guía correspondiente de GeSIDA (tabla 7)<sup>18</sup>.

- Es fundamental conocer los principales efectos secundarios de los fármacos antirretrovirales y evitar la polifarmacia, interacciones y nuevos efectos secundarios (A-I).
- Existen situaciones especiales, como el embarazo, la tuberculosis o las comorbilidades, que exigen extremar las precauciones en el seguimiento y tratamiento (A-I).

#### ¿Cómo manejar las interacciones y la polifarmacia?

- La colaboración entre los profesionales de AP y de AH es clave para evitar las interacciones graves y reducir el riesgo de polifarmacia (B-III).
- Tanto el TAR como la medicación concomitante deben estar accesibles en tiempo real para todos los prescriptores (B-II).
- Se debe revisar toda la medicación de las PVIH cada vez que se hace una visita clínica, sobre todo si se va a modificar. Para evaluar las interacciones, pueden utilizarse herramientas online como la desarrollada por la Universidad de Liverpool (disponible en: <https://www.hiv-druginteractions.org/>). Hay que tener en cuenta las contraindicaciones y hacer ajustes de dosis cuando sea necesario (A-II).

#### ¿Cómo monitorizar la adherencia y controlar el TAR?

- En cada visita clínica se debe monitorizar la adherencia al TAR. Debe hacerse mediante la colaboración multidisciplinar entre los diferentes profesionales sanitarios implicados (A-II).
- En la historia clínica debe constar la adherencia al TAR. Esta información ha de ser compartida por AP y AH (C-III).
- Se recomienda el uso de dos métodos de medida de la adherencia independientes. Los registros de farmacia y el uso de cuestionarios validados sencillos están fácilmente accesibles en la clínica (C-III).
- La atención sanitaria a las PVIH debería incluir la implementación de programas para la mejora de la adherencia, como el envío de recordatorios mediante dispositivos móviles o los programas formativos para pacientes (B-I).

### 3.4 Manejo de las comorbilidades

#### Riesgo cardiovascular

- Se debe valorar el riesgo cardiovascular (RCV) en la evaluación inicial y repetirse anualmente con cualquiera de las herramientas disponibles (Framingham, REGICOR, D:A:D, ACC/AHA, etc.) (A-I).
- Se debe motivar al paciente a hacer cambios en su estilo de vida que incluyan evitar el tabaquismo (principal factor de RCV modificable), hacer una dieta más adecuada a sus necesidades y practicar el ejercicio físico necesario (A-II).
- En el manejo de la dislipemia, diabetes mellitus e hipertensión arterial, se recomienda utilizar el mismo algoritmo terapéutico que en la población general, teniendo en cuenta las interacciones con el TAR (A-II) (figura 2).
- La hemoglobina glicosilada (HbA1c) debe solicitarse antes del inicio del TAR. Posteriormente, en pacientes con diabetes debe monitorizarse cada 6 meses con el objetivo de mantener un nivel < 7% (A-I).

Tabla 6. Calendario de vacunaciones en el paciente con infección por virus de la inmunodeficiencia humana

INFECCIÓN	VACUNAS DISPONIBLES	PAUTAS
<b>VACUNAS INACTIVADAS</b>		
Neumococo	Neumocócica conjugada 13-valente (PCV13)	Concebida para administrar dosis única - Si no existe vacunación previa, administrar sin restricciones - Si vacunación PPV23 previa, puede administrarse 1 año después
	Neumocócica no conjugada 23-valente (PPV23)	Administrar 2 meses tras PCV13 Posible refuerzo ≥ 5 años después
Influenza	Tri o tetravalente (3-4 subtipos de virus influenza)	Repetición anual estacional (octubre-noviembre), sin restricciones
VHB	Vacunas recombinantes (Ag de la superficie viral: 20 o 40 mcg)	3 dosis (40 µg): 0, 1 y 6 meses 4 dosis (20 µg): 0, 1, 2 y 6 meses
VHA	Existe vacuna combinada del VHB y VHA	Administrar 2 dosis: 0 y 6 meses Si CD4+ < 350, administrar 3 dosis (0, 1 y 6 meses) Solicitar marcadores prevacunales en nacidos antes de 1977
VPH	Vacuna 9-valente (VPH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58).	Administrar vacuna 9-valente, 3 dosis: 0, 2 y 6 meses
Meningococo	Vacuna conjugada monovalente (serogrupo C), 4-valente (serogrupos A/C/W/Y) y recombinante (serogrupo C, 2- y 4-antigénica)	Administrar vacuna 4-valente (MenACWY), 2 dosis: 0 y 2 meses Valorar el refuerzo cada 5 años
<b>VACUNAS VIVAS ATENUADAS</b>		
Sarampión, rubéola, parotiditis	Vacuna triple vírica, con alta inmunogenicidad	Administrar 2 dosis: 0 y 1 mes
Herpes zóster	Vacuna recombinante con Ag (glucoproteína E) del virus varicela-zóster	2 dosis: 0 y 2 meses
<b>VIAJEROS</b>		
Fiebre amarilla	Vacuna de virus vivos atenuados	1 dosis (CD4+ > 200 cél/µL y edad < 60 años) Recuerdo cada 10 años (si persiste el riesgo)
Rabia	Compuesta de virus inactivados	3 dosis: 0, 7 y 28 días (cuarta dosis, si respuesta serológica insuficiente) Repetir +1 año y cada 3-5 años
Fiebre tifoidea	Vacuna con Ag polisacárido capsular Vi	Dosis única (puede repetirse/3 años)
	Vacuna oral atenuada	4 dosis, tomadas/48 horas 2 semanas antes del viaje Contraindicada si CD4 < 200 cél/µL
<b>OTRAS VACUNAS</b>		
COVID-19	Vacuna frente a SARS-CoV-2 Vacunas de ARNm, vectores víricos, basadas en proteínas y de virus inactivados	Número de dosis en función de vacuna elegida

COVID persistente: síntomas con duración superior a 4 semanas; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HTA: hipertensión arterial; IMC: índice de masa corporal; NS/NC: no sabe/no contesta; SDRA: síndrome de distrés respiratorio del adulto.

- Hay que tener en cuenta las interacciones entre los fármacos utilizados (principalmente, las estatinas) y algunos fármacos antirretrovirales (A-II).

**Comorbilidades hepáticas, respiratorias, renales, óseas y del sistema nervioso central**

- En pacientes con infección por el VIH, se deben evaluar en cada visita clínica (tanto de AH como de AP) las diferentes comorbilidades hepáticas, renales, óseas, pulmonares o del sistema

nervioso central (SNC), realizando los cribados preventivos y modificando si es necesario los hábitos de vida, el TAR y tratando específicamente la entidad (A-I) (tabla 8).

**Infecciones asociadas al VIH**

- Conocer el estado vacunal, la situación inmunológica del paciente y el uso de profilaxis para enfermedades oportunistas ayudará a plantear un diagnóstico diferencial adecuado ante un cuadro infeccioso (A-II). Recientemente, se ha actualizado



**Tabla 7.** Combinaciones de tratamiento antirretroviral de inicio recomendadas como pauta preferente

TERCER FÁRMACO	PAUTA	COMPONENTES
Inhibidor de la integrasa	BIC/FTC/TAF	
	DTG/ABC/3TC	- ABC está contraindicado en pacientes con HLA-B*5701 positivo - No utilizar en pacientes con hepatitis B crónica
	DTG+FTC/TAF*	
	DTG/3TC	- No recomendado en pacientes con cifra basal de CD4+ < 200 cél/μL - No utilizar en pacientes con hepatitis B crónica - No recomendada tras fracaso de PrEP sin disponer del resultado de estudio de resistencias

Pautas preferentes: pautas aplicables a la mayoría de los pacientes, que en ensayos clínicos aleatorizados han mostrado una eficacia no inferior o superior a otras pautas también consideradas actualmente como preferentes y presentan ventajas adicionales por número de comprimidos, barrera de resistencia, tolerancia, toxicidad o un bajo riesgo de interacciones farmacológicas<sup>18</sup>.

\* La utilización de TFV como TDF puede considerarse una alternativa a TAF cuando no se asocie a un fármaco potenciado y siempre que se excluya la presencia de alteración renal o de osteopenia/osteoporosis, y no existan otros factores de riesgo para desarrollarlas.

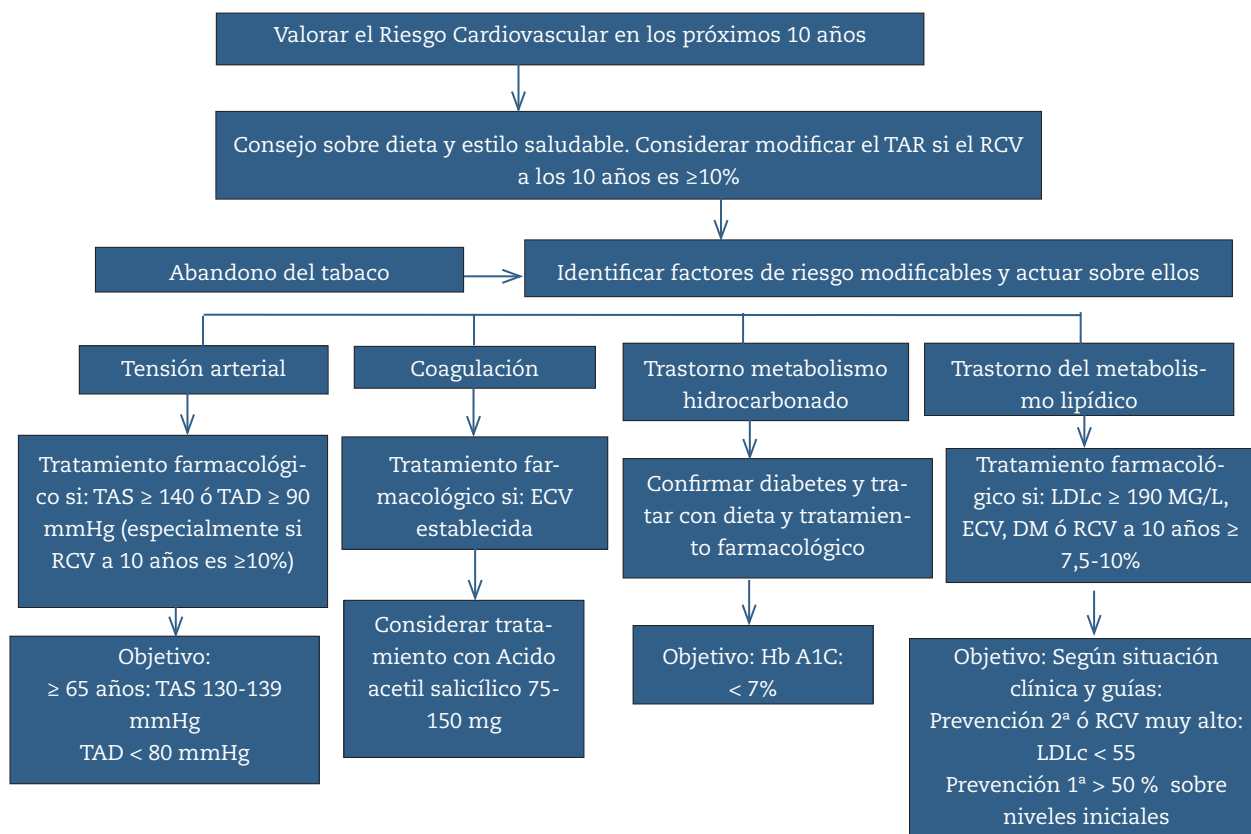
el Documento de prevención y tratamiento de infecciones oportunistas y otras coinfecciones en pacientes con infección por VIH<sup>19</sup>.

- Hacer un cribado de ITS en pacientes sexualmente activos al menos una vez al año (o más dependiendo de la valoración individual del riesgo) (A-II) (tabla 9).
- Búsqueda activa de parasitosis en pacientes que provienen de determinados países (migrantes, viajeros...) (A-II).

**Cribados de neoplasias**

- En el primer año tras el diagnóstico de la infección por el VIH, se recomienda hacer dos citologías cervicales (cada 6 meses). Si ambas son normales, se repetirá anualmente, incluyendo inspección del ano, vulva y vagina (B-III).
- El cribado de cáncer de mama y de colon se hará según las recomendaciones para la población general (B-III).
- En pacientes inmunodeprimidas (B-III):
  - Citología anual a partir de los 21 años.
  - A partir de los 30 años:
    - Cotest trienal en mujeres con CD4 > 200 cél/μL o con TAR activo.
    - Cotest anual con CD4 < 200 cél/μL o sin TAR (B-III).
- Actualmente, la citología anal, seguida de anuscopia de alta resolución si la citología es anormal, representa el método de elección para el despistaje de lesiones intraepiteliales escamo-

**Figura 2.** Prevención del riesgo cardiovascular en las personas con virus de la inmunodeficiencia humana



Modificada según las ACC/AHA Guidelines 2019<sup>34</sup> y European AIDS Guidelines 2022<sup>35</sup>.

Tabla 8. Cribado de comorbilidades

COMORBILIDAD	CRIBADO	DECISIONES
<b>Hepática</b>		
Cirrosis por VHC tras RVS12	Hepatocarcinoma	Ecografía cada 6 meses Potencialmente evitable si RH < 14 kPa en RVS12
	Varices esofágicas	Endoscopia digestiva alta cada 2-3 años hasta emergencia de varices con riesgo de sangrado e inicio de profilaxis No cribar si RH < 30 kPa y plaquetas > 110.000 en RVS12
Infección por VHB	Hepatocarcinoma	PAGE-B > 10: ecografía semestral
EHGMA	Fibrosis hepática	Medir transaminasas y solicitar ecografía hepática en caso de valores elevados Prevención: tratar obesidad, diabetes mellitus, dislipemia
<b>Respiratoria</b>		
Cáncer de pulmón	No indicado	Prevención: tratar tabaquismo
<b>Renal</b>		
Enfermedad renal	Deterioro de función renal	CKD-EPI y básico de orina cada 6 meses
<b>Ósea</b>		
	Osteoporosis	FRAX anual en hombres > 50 años y mujeres posmenopáusicas
	Riesgo de fracturas	DEXA en: <ul style="list-style-type: none"> <li>Hombres y mujeres premenopáusicas ≥ 40 años en los cuales FRAX estime un riesgo de fractura elevado (&gt; 3% en cadera y/o de fractura mayor &gt; 10% a los 10 años)</li> <li>Adultos de cualquier edad con factores de riesgo mayores para presentar fractura por fragilidad (uso de glucocorticoides, historia de fractura de fragilidad, elevado riesgo de caídas)</li> <li>Mujeres posmenopáusicas</li> <li>Varones con edad ≥ 50 años</li> </ul>
<b>Sistema nervioso central</b>		
Deterioro cognitivo	No indicado	Prevención: reducción de RCV

CKD-EPI: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration; DEXA: densitometría ósea; EHGMA: enfermedad hepática grasa asociada a enfermedad metabólica; RCV: riesgo cardiovascular; RH: riidez hepática; VHB: virus de la hepatitis B.

sas (B-II). Se recomienda citología anal anual a PVIH del grupo GBHSH (especialmente, > 35 años o con inmunosupresión avanzada) y mujeres con displasia de tracto genital inferior por VPH (B-III).

- Las PVIH con cirrosis hepática y aquellas con infección por el VHB y un riesgo estimado de carcinoma hepatocelular > 0,2% anual deben ser examinados mediante ecografía hepática semestral (A-I).

#### Alteraciones neuropsiquiátricas en la infección VIH

- En las PVIH es recomendable valorar su salud emocional prestando atención a las estrategias de afrontamiento y al estigma (A-III). En los lugares donde no haya libre elección de especialista en salud mental, se recomienda estudiar el caso y autorizar los cambios de especialista que se soliciten.
- En el despistaje de la ansiedad y la depresión pueden utilizarse escalas validadas como la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), en el momento del diagnóstico y con periodicidad anual o bienal (A-III).
- Si se identifica sintomatología depresiva, deberá evaluarse el riesgo de suicidio mediante la entrevista estructurada MINI (B-II).

#### 3.5 Aspectos particulares del seguimiento de las mujeres con VIH

##### Embarazo

- El embarazo es un criterio de derivación inmediata de AP a AH. Para evitar la transmisión vertical, toda mujer con VIH debe recibir TAR tan pronto como sea posible, preferiblemente antes de la concepción (A-II).
- El TAR de elección debe ser una triple terapia. Son de elección las combinaciones abacavir-lamivudina o TDF-emtricitabina más un tercer fármaco, que puede ser raltegravir, dolutegravir o darunavir/ritonavir. La elección dependerá del momento de iniciarlo (previo o no a la concepción), los antecedentes de resistencia o intolerancia y la preferencia de la paciente (A-II).
- El tratamiento intraparto con zidovudina por vía intravenosa (iv) está indicado si la carga viral plasmática es > 1.000 copias/mL o es desconocida en el momento del parto (A-I).
- Durante el parto está indicada la cesárea en mujeres con carga viral confirmada o sospechosa de más de 1.000 copias/mL (A-II). En mujeres con carga viral entre 50-1.000, es recomendable, aunque se individualizará cada caso (B-III).
- En nuestro medio se desaconseja la lactancia materna (A-II).

##### Concepción, anticoncepción, menopausia

- En las PVIH, es necesario planificar la gestación en la mejor situación clínica posible, minimizando los riesgos para la mujer, la pareja y el feto, exponiendo las distintas opciones reproductivas (A-II) (tabla 10).
- Se recomienda evaluar la edad de aparición de la menopausia, atendiendo a los síntomas asociados a la misma, el envejecimiento prematuro y las comorbilidades. La terapia hormonal sustitutiva se puede valorar con las mismas indicaciones que en población general (A-III).

- Se aconseja hacer DEXA en las mujeres posmenopáusicas con infección por el VIH (A-I).

Tabla 9. Cribado de infecciones de transmisión sexual

AGENTE ETIOLÓGICO	DIAGNÓSTICO
<i>Treponema pallidum</i>	Serología (prueba treponémica + prueba no treponémica)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	PCR multiplex (escobillón vaginal, rectal y orofaríngeo según prácticas sexuales)
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Microscopía óptica, cultivo, PCR multiplex (escobillón vaginal, rectal y orofaríngeo según prácticas sexuales)
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Exudado cervical, vaginal, uretral Microscopía óptica y PCR (escobillón vaginal)
Virus del papiloma humano	Citología vaginal, anal (según prácticas sexuales) PCR

PCR: reacción de cadena de la polimerasa.

### 3.6 Hábitos tóxicos

- Se recomienda preguntar sobre el consumo de tabaco al menos una vez cada 2 años, y aconsejar su abandono proporcionando ayuda mediante intervención específica (A-I).
- Desde AP se deben abordar con los recursos disponibles los factores que influyen de forma negativa en el cumplimiento del TAR (abuso del alcohol y otras drogas) (B-II).
- Derivar a atención especializada en adicciones a la PVIH con dependencia de alcohol (B-III), trastorno por uso de nicotina grave (A-III) o consumo problemático de drogas (incluyendo el chemsex). El abordaje integral del usuario de chemsex se detalla en la guía de recomendaciones específicas<sup>20</sup>.
- El tratamiento de elección para el abuso de cannabis, cocaína y MDMA (3,4-metilendioxi-metanfetamina) es la psicoterapia y/o psicoeducación (B-II).
- Se deben diseñar e implementar protocolos consensuados de trabajo interdisciplinar y derivación entre urgencias hospitalarias, AP, centros de ITS, unidades de VIH, recursos de salud mental y adicciones y las organizaciones de base comunitaria (A-III).
- Habría que identificar en cada ciudad centros de atención preferente para las personas que practican chemsex y asignar un profesional de referencia al usuario para que realice el seguimiento de su caso y coordine las derivaciones entre servicios (A-III).

## 4. ASPECTOS SOCIALES

### ¿Cómo se pueden enfocar los condicionantes sociales de vulnerabilidad?

- Se debe incorporar el enfoque de género y tener en cuenta todas las diversidades (sexual, de género, clase, funcional, cognitiva, etaria y cultural), así como los factores estructurales en intersección con la salud y el VIH, teniéndolos en cuenta en la elaboración de la historia clínica y en la atención sanitaria (A-II).

- Hay que adaptar las intervenciones a las particularidades de las PVIH vulnerables y vulneradas (GBHSH, trabajadores sexuales, personas trans, personas con consumo de drogas problemático, personas migrantes), mejorando la interacción entre los servicios sociocomunitarios y la AP/AH (B-II).

### Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud

- Se debe evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en las PVIH, para individualizar y mejorar la asistencia sanitaria (B-II).
- Para cálculos de coste-eficiencia o para comparar con la población general, el instrumento EQ-5D-5L es de los más usados. Si se pretende conocer el grado de afectación de las diferentes dimensiones de la CVRS, el WHOQOL-HIV-BREF es un cuestionario factible y con evidencias psicométricas en PVIH en España<sup>21,22</sup> (B-III).
- Habitualmente, es en AH donde concurren las circunstancias más favorables para evaluar la CVRS de las PVIH, pero sus re-

Tabla 10. Opciones reproductivas en función del control de la infección en la pareja

SITUACIÓN	MEDIDA
Hombre o mujer con infección por VIH sin control virológico	1. Esperar hasta control virológico 2. Si esta opción no es posible: a. Lavado de semen e inseminación b. Utilizar profilaxis preexposición 3. Si es la mujer la que tiene infección por VIH, la autoinseminación es una opción
Mujer con infección por VIH sin control virológico	Si no se puede esperar a control virológico, la autoinseminación es una opción
Mujer o varón con infección por VIH con carga viral suprimida	La concepción natural es una opción durante el tiempo de máxima fertilidad

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

- sultados deben ser compartidos con AP (B-III).
- Idealmente, se debería registrar la CVRS al inicio del TAR y después anualmente, antes de la consulta de seguimiento en AH (B-III).

### Aspectos legales y éticos. Confidencialidad

- La prueba del VIH debe informarse y consentirse por el paciente. Los centros de atención sanitaria deben asegurar que la realización de la prueba y la comunicación de los resultados sean confidenciales (A-I).
- Debería incrementarse la formación del personal sanitario y administrativo involucrado en la atención de las PVIH en temas de intimidad y confidencialidad en todos los rangos de edad, atendiendo a las cuestiones de impacto de género, discapacidad y extranjería (A-III).
- Los derechos a la intimidad y a la protección de datos de las PVIH deben garantizarse mientras no se produzca un riesgo de transmisión (consultar el documento original donde se detallan situaciones particulares)<sup>1</sup>.

## 5. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN COMPARTIDAS EN LA INFECCIÓN POR VIH

- Se deben pactar la realización de sesiones docentes periódicas encaminadas a generar conocimientos comunes en relación con el cribado, el manejo de la infección por el VIH, sus comorbilidades, así como aspectos sociales, éticos y legales (A-II). Han de buscarse formatos en red y con horario flexible (B-III).
- Se debe favorecer el desarrollo de sesiones conjuntas entre los diferentes escenarios asistenciales, en relación con la atención compartida de las PVIH y también con aquellas personas con riesgo de adquirirla (A-III).
- Se debe impulsar la investigación compartida entre AP y AH con la creación de grupos de trabajo multidisciplinar en diversas temáticas (prevención, cribado, vinculación a los cuidados, adherencia al tratamiento, interacciones y polifarmacia, manejo de comorbilidades, calidad de vida, continuidad asistencial) (B-III).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Panel de expertos del Grupo de estudio de SIDA (GeSIDA) y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Manejo compartido del paciente con infección por VIH entre Atención Primaria y Hospitalaria. [Internet]. GESIDA. semFYC; 2022 [consultado: el 25 de enero de 2023]. Disponible en: <https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2022/02/manejo-compartido-del-paciente-con-infeccion-por-vih.pdf>
2. Martínez E, Arribas JR, Polo R (coord.). Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectos por el virus de la inmunodeficiencia humana. Actualización enero 2022. [Internet]. GeSIDA; 2022 [consultado: 25 de enero de 2023]. Disponible en: <https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/01/GuiaGeSIDAPlanNacionalSobreElSidaRespectoAlTratamientoAntirretroviralEnAdultosInfectadosPorElVirusDeLaInmunodeficienciaHumanaActualizacionEnero2022.pdf>
3. Ayerdi Aguirbengoa O, Coll Verd P (coord.). Recomendaciones sobre la profilaxis pre-exposición para la prevención de la infección por VIH en España. [Internet]. GeSIDA - SEIMC; 2023 [consultado: 25 de enero de 2023]. Disponible en: <https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/01/DocumentoGesidaPrEP2022Final.11.01.23.pdf>
4. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB, et al. Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. 2006; 55:1-CE-4.
5. HIV in Europe. Enfermedades indicadoras de infección por VIH: Guía para la realización de la prueba del VIH a adultos en entornos sanitarios. [Internet]. HIV in Europe; 2011 [consultado: 25 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.eurotest.org/media/0ymdzdvu/guidancepdf.pdf>
6. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. [Internet]. Stockholm: ECDC; 2010 [consultado: 25 de enero de 2023]. Disponible en: [https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/101129\\_GUI\\_HIV\\_testing.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/101129_GUI_HIV_testing.pdf)
7. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional sobre el Sida. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz de VIH en el ámbito sanitario. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. [consultado: 25 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GuiaRecomendacionesDiagnosticoPrecozVIH.pdf>
8. Domínguez-Berjón MF, Pichiule-Castañeda M, García-Riolobos MC, Esteban-Vasallo MD, Arenas-González SM, Morán-Arribas, et al. A feasibility study for 3 strategies promoting HIV testing in primary health care in Madrid, Spain (ESTVIH project). *J Eval Clin Pract.* 2017; 23:1408-14.
9. Puentes Torres RC, Aguado Taberné C, Pérula de Torres LA, Espejo Espejo J, Castro Fernández C, Fransi Galiana L. Aceptabilidad de la búsqueda oportunista de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana mediante serología en pacientes captados en centros de atención primaria de España: estudio VIH-AP. *Aten Primaria.* 2016; 48:383-93.
10. Martínez-Sanz J, Vivancos MJ, Sánchez-Conde M, Gómez-Ayerbe C, Polo L, Labrador C, et al. Hepatitis C and HIV combined screening in primary care: A cluster randomized trial. *J Viral Hepat.* 2020; 28:345-52.
11. Agustí C, Martín-Rabadán M, Zarco J, Aguado C, Carrillo R, Codinachs R, et al. Early diagnosis of HIV in Primary Care in Spain. Results of a pilot study based on targeted screening based on indicator conditions, behavioral criteria and region of origin. *Aten Primaria.* 2018; 50:159-65.
12. Cayuelas Redondo L, Ruiz M, Kostov B, Sequeira E, Noguera P, Herrero MA, et al. Indicator condition-guided HIV testing with an electronic prompt in primary healthcare: A before and after evaluation of an intervention. *Sex Transm Infect.* 2019; 95:238-43.
13. De la Fuente L, Delgado J, Hoyos J, Belza MJ, Álvarez J, Gutiérrez J, et al. Increasing Early Diagnosis of HIV through Rapid Testing in a Street Outreach Program in Spain. *AIDS Patient Care STDS* 2009; 23:625-9.
14. Fernández-Balbuena S, Belza MJ, Zulaica D, Martínez JL, Marcos H, Rifá B, et al. Widening the access to HIV testing: The contribution of three in-pharmacy testing programmes in Spain. *PLoS One* 2015; 10:e0134631.
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Guía de actuación farmacéutica en la dispensación de productos sanitarios para autodiagnóstico del VIH. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017 [consultado: 22 de febrero de 2023]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/eu/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/diagnosticoPrecozVIH\\_05\\_Accesible.pdf](https://www.sanidad.gob.es/eu/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/diagnosticoPrecozVIH_05_Accesible.pdf)

16. Martínez Chamorro E, Arribas López JR, Mariño Callejo A, Montes Ramírez ML, Suárez García I, Viciano Ramos I, et al. Panel de expertos del grupo de estudio de SIDA (GeSIDA). Documento de consenso sobre teleconsulta (TC) con personas que viven con infección por VIH (PVVIH). [Internet]. GeSIDA; 2021. Disponible en: [https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2021/02/TELECONSULTA\\_Guia\\_GeSIDA.pdf](https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2021/02/TELECONSULTA_Guia_GeSIDA.pdf)
17. Thompson MA, Horberg MA, Agwu AL, Colasanti JA, Jain MK, Short WE, et al. Primary Care Guidance for Persons With Human Immunodeficiency Virus: 2020 Update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases* 2021; 73:e3572-e3605.
18. Palacios R, Arribas JR, Polo R (coord.). Panel de expertos de GeSIDA y Plan Nacional sobre el Sida. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. [Internet]. 2023 [Actualización: enero 2023; consultado: 3 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/02/Guia\\_Modificada\\_DocumentoDeConsensoDeGeSIDAPlanNacionalSobreElSidaRespectoAlTratamientoAntirretroviralEnAdultosInfectadosPorElVirusDeLaInmunodeficienciaHumana.pdf](https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/02/Guia_Modificada_DocumentoDeConsensoDeGeSIDAPlanNacionalSobreElSidaRespectoAlTratamientoAntirretroviralEnAdultosInfectadosPorElVirusDeLaInmunodeficienciaHumana.pdf)
19. Documento de prevención y tratamiento de infecciones oportunistas y otras coinfecciones en pacientes con infección por VIH. [Internet]. GeSIDA; 2021. [consultado: 25 de enero de 2023]. Disponible en: [https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2022/03/GUIA\\_PREVENCIÓN\\_INFECIONES\\_OPORTUNISTAS.pdf](https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2022/03/GUIA_PREVENCIÓN_INFECIONES_OPORTUNISTAS.pdf)
20. Soriano Ocón R (coord.). Abordaje del fenómeno del chemsex. Secretaría sobre el Plan Nacional sobre el Sida. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020.
21. Fuster-Ruizdeapadaca MJ, Laguía A, Safreed-Harmon K, Lazarus JV, Cenoz S, Del Amo J. Assessing quality of life in people with HIV in Spain: psychometric testing of the Spanish version of WHOQOL-HIV-BREF. *Health Qual Life Outcomes*. 2019;17(1):144.
22. Hernández G, Garin O, Pardo Y, Vilagut G, Pont A, Suárez M, et al. Validity of the EQ-5D-5L and reference norms for the Spanish population. *Qual Life Res*. 2018;27:2337-48.
23. Tu D, Belda P, Littlejohn D, Pedersen JS, Valle-Rivera J, Tyndall M. Adoption of the chronic care model to improve HIV care: In a marginalized, largely aboriginal population. *Can Fam Physician*. 2013;59:650.
24. Goetz MB, Bowman C, Hoang T, Anaya H, Osborn T, Gifford AL, et al. Implementing and evaluating a regional strategy to improve testing rates in VA patients at risk for HIV, utilizing the QUERI process as a guiding framework: QUERI Series. *Implement Sci* 2008; 3:16.
25. Gómez-Ayerbe C, Martínez-Sanz J, Muriel A, Pérez Elías P, Moreno A, Barea R, et al. Impact of a structured HIV testing program in a hospital emergency department and a primary care center. 2019; 14:e0220375.
26. Rogers GD, Barton CA, Pekarsky BA, Lawless AV, Oddy JM, Hepworth R, et al. Caring for a marginalised community: the costs of engaging with culture and complexity. *Med J Aust* 2005; 183:S59-S63.
27. Cabral HJ, Davis-Plourde K, Sarango M, Fox J, Palmisano J, Rajabiun S. Peer Support and the HIV Continuum of Care: Results from a Multi-Site Randomized Clinical Trial in Three Urban Clinics in the United States. *AIDS Behav* 2018; 22:2627-39.
28. Kay ES, Lacombe-Duncan A, Pinto RM. Predicting Retention in HIV Primary Care: Is There a Missed Visits Continuum Based on Patient Characteristics? *AIDS Behav*. 2019;23:2542-8.
29. Page J, Weber R, Somaini B, Nöstlinger C, Donath K, Jaccard R, et al. Quality of generalist vs. specialty care for people with HIV on antiretroviral treatment: a prospective cohort study. *HIV Med* 2003; 4:276-86.
30. Hutchinson J. HIV services – what role for primary care? *Drug Ther Bull*. 2011;49:85-5.
31. Kendall CE, Shoemaker ES, Porter JE, Boucher LM, Crowe L, Rosenes R, et al. Canadian HIV Care Settings as Patient-Centered Medical Homes (PCMHs). *J Am Board Fam Med* 2019; 32:158-67.
32. Webel A, Prince-Paul M, Ganocy S, DiFranco E, Wellman C, Avery A, et al. Randomized clinical trial of a community navigation intervention to improve well-being in persons living with HIV and other co-morbidities. *AIDS Care* 2019; 31:529-35.
33. Riera M, Ferre A, Santos-Pinheiro A, Vilchez HH, Martín-Peña ML, Ribas MA, et al. Pilot Program of Shared Assistance with Primary Care in Patients Living with HIV, and Satisfaction with The Healthcare Received. [Internet]. EACS 2019. (Consultado: 25 de enero de 2023). Disponible en: <https://europepmc.org/article/ppr/ppr351221>
34. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. [Internet]. *Circulation*. 2019 [consultado: 3 de marzo de 2023]; 140:e596-e646. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/CIR.0000000000000678>
35. European AIDS Clinical Society (EACS). Guidelines version 11.1. EACS; October 2022.

**MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO DE ATENCIÓN COMPARTIDA EN VIH DE LA SEMFYC Y DEL GRUPO DE ESTUDIO DEL SIDA DE GESIDA-SEIMC**

Ignacio Alastrué (semFYC). Centro de Información y Prevención del Sida y otras ITS de Valencia  
 Juan E. Losa (GeSIDA). Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid  
 Nuria Orozco (semFYC). Centro de Salud Segorbe. Castellón  
 María Jesús Pérez Elías (GeSIDA). Hospital Ramón y Cajal, IRYCIS. Madrid  
 Jose L. Ramón (semFYC). Centro de Salud de Haro. La Rioja  
 Cristina Agustí Benito (GeSIDA). CEEISCAT-CIBERESP. Agència de Salut Pública de Catalunya  
 Jéssica Abadía (GeSIDA). Hospital Río Hortega. Valladolid  
 Gaspar Alonso (GeSIDA). Hospital Universitario de Getafe. Madrid  
 Lara Arbizu (semFYC). Centro Salud Arnedo. La Rioja  
 Pablo Bachiller (GeSIDA). Complejo Asistencial. Segovia  
 Ignacio Barreira (semFYC). Hospital General Universitario. Valencia  
 Josefina Belda (semFYC). Centro de Información y Prevención del Sida y otras ITS. Alicante  
 Pilar Barrufet (GeSIDA). Hospital de Mataró. Barcelona  
 Alfonso Cabello (GeSIDA). Fundación Jiménez Díaz. Madrid  
 Arantxa Cabezas (GeSIDA). Asociación Bienestar y Desarrollo. Barcelona  
 Lorena Caja (semFYC). Centro de Salud Fernando el Católico. Castellón  
 Ricard Carrillo (semFYC). Centro de Salud La Florida Sud. Barcelona  
 Miguel Cervero (GeSIDA). Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid

Javier de la Torre (GeSIDA). Hospital Costa del Sol. Marbella  
 Ignacio de los Santos (GeSIDA). Hospital Universitario de la Princesa. Madrid  
 Alberto Díaz de Santiago (GeSIDA). Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid  
 Ana Díez (semFYC). Centro de Salud Puerta de Arnedo. La Rioja  
 Francisco Fanjul (GeSIDA). Hospital Universitario Son Espases. Palma  
 M<sup>o</sup> Eugenia Flor (semFYC). Centro de Salud de Laguardia. Álava  
 Juan Flores (GeSIDA). Hospital Arnau de Vilanova Valencia- Llíria  
 M<sup>o</sup> José Fuster (GeSIDA). Directora ejecutiva SEISIDA. Facultad de Psicología UNED  
 Virginia Fuentes (semFYC). Centro de Salud Ruzafa. Valencia  
 Carlos Galera (GeSIDA). Hospital Universitario Virgen Arrixaca. Murcia  
 M<sup>o</sup> José Galindo (GeSIDA). Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia  
 Lucio J. García-Fraile (GeSIDA). Hospital Universitario de la Princesa. Madrid  
 Alejandra Gimeno (GeSIDA). Hospital Universitario de Torrejón. Madrid  
 Cristina Gómez (GeSIDA). Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga  
 Jana Hernandez (GeSIDA). Hospital General de Villalba. Madrid  
 Xabier Kortajarena (GeSIDA). Hospital Universitario Donostia  
 Juan C. López (GeSIDA). Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

Juan Macías (GeSIDA). Hospital Universitario de Valme. Sevilla  
Andrés Marco Mouriño (GeSIDA). Programa de Salud Penitenciaria. Institut Català de la Salut  
Luz Martín Carbonero (GeSIDA). Hospital Universitario La Paz. Madrid  
Javier Martínez Sanz (GeSIDA). Hospital Ramón y Cajal. Madrid  
Juanjo Mascort (semFYC). Centro de Salud La Florida Sud. Barcelona  
Aldana Menéndez (GeSIDA). Entidad ABD (asociación bienestar y desarrollo). Barcelona  
Dolores Merino (GeSIDA). Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva  
Carolina Mir (semFYC). Centro de Salud Serrería 1. Valencia  
Raquel Monsalvo (GeSIDA). Hospital Universitario del Tajo. Madrid  
Sara Nistal (GeSIDA). Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Madrid  
Nuria Orozco (semFYC). Centro de Salud Segorbe. Castellón  
Jesús Ortega (semFYC). Centro de Salud Navarrete. La Rioja  
Carmen Peinado (semFYC). Centro de Salud Nájera. La Rioja  
José L. Pérez (GeSIDA). Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla-Madrid  
Joseba Portu (GeSIDA). Hospital Universitario Araba Vitoria-Gasteiz  
Miguel A. Ramiro (GeSIDA). Clínica Legal, Universidad de Alcalá. Madrid

Melchor Riera (GeSIDA). Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca  
Beatriz Rodríguez (semFYC). Centro Saúde Marín. Pontevedra  
Alberto Romero (GeSIDA). Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz  
Rafael Rubio García (GeSIDA). Hospital Universitario 12 de Octubre. Instituto de Investigación i+12. Universidad Complutense. Madrid  
Pablo Ryan (GeSIDA). Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.  
Jacinto Sánchez (GeSIDA). Complejo Asistencial Universitario. Palencia  
Yolanda Sánchez (semFYC). Centro de Salud Calahorra. La Rioja  
Tatia Santirso (semFYC). Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. La Rioja  
José Sanz (GeSIDA). Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid  
Regino Serrano (GeSIDA). Hospital Universitario de Henares. Madrid  
María Velasco (GeSIDA). Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid  
Mar Vera (GeSIDA). Centro Sanitario Sandoval. Madrid  
Cristina Zorzano (semFYC). Centro de Salud. Hormilla. La Rioja

