

**SUPLEMENTO ESPECIAL:
HIV TREATERS
MEDICAL ASSOCIATION
OF PUERTO RICO**





Asociación de Médicos Tratantes de VIH de Puerto Rico (AMTVIH)

Estimados colegas:

Hace exactamente treinta años, el 5 de junio de 1981, el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) reportó el primer caso de *cluster* de pulmonía asociado con *Pneumocistis carinii juveni*. Dicho caso sentó el inicio de una epidemia que, en principio, se asociaba como un padecimiento exclusivo de hombres jóvenes. Luego, se comprobó que fue el primero de muchos casos de lo que luego conocimos como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Retroceder en el tiempo requiere la evaluación de lo que, desde entonces, ha ocurrido con esta epidemia que cambió la historia de la humanidad en la última etapa del siglo XX. Por eso, a treinta años de esa fecha crítica, todavía es necesario evaluar los retos que aún enfrentamos.

A pesar de los avances médicos que han transformado esta mortal epidemia en una condición crónica tratable, el SIDA todavía se enfrenta a la estigmatización y el discrimin. Muchas personas portadoras del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) aún desconocen su diagnóstico. En muchos lugares del mundo, no existe acceso directo a medicamentos y a servicios de diagnóstico, cuidado y tratamiento efectivos. Por eso, es necesario recordar que -con todo lo ocurrido y con el progreso que hemos atestiguado- el SIDA sigue siendo una condición que amenaza la vida humana, si no se detecta a tiempo.

Continuamos en la búsqueda de una cura efectiva o vacunas que permitan la prevención del contagio. Mientras tanto, es necesario reforzar la importancia del cuidado, la prevención y, sobre todo, la educación, tanto a los pacientes VIH positivo como a las personas que conviven con ellos. Proteger y protegerse debe ser la consigna para mantener a raya la propagación de este virus.

La Asociación de Médicos Tratantes de VIH de Puerto Rico (AMTVIH) agrupa a médicos de familia, generalistas, ginecólogos, internistas, infectólogos, entre otros, quienes tenemos en común el servicio a pacientes VIH/SIDA. La mayor responsabilidad del médico tratante es mantenerse actualizado acerca de los cambios que ocurren en las terapias, sus efectos secundarios y el surgimiento de nuevas opciones de tratamiento. Además, no vemos al paciente como a uno con la condición de VIH, sino que se maneja de manera integrada, de tal modo que nos convertimos en psicólogos, amigos y familia de nuestros pacientes, tratanto de que un diagnóstico positivo de VIH se pueda transformar en un sinónimo de vida positiva.

La adherencia a las terapias es fundamental: los tratamientos antirretrovirales ayudan a llevar una vida razonablemente normal. Sin embargo, es necesario mantener viva la esperanza y promover el cambio que proteja a nuestros pacientes, a todos por igual. Por eso, les invito a ser proactivos: educar y ofrecer la prueba de VIH es un acto de responsabilidad y de amor.

Reciban un saludo cordial.

Lizette Santiago, MD
Presidenta
Asociación de Médicos Tratantes de VIH de Puerto Rico

Geriátrico a los 50 años: Una realidad en la población VIH positiva



**Iván Meléndez Rivera, MD,
FAAFP, AAHIVS**

Vicepresidente, Asociación de Médicos Tratantes de VIH de Puerto Rico

Director Médico, Centro Ararat Facultativo Recinto de Ciencias Médicas (Florida Caribbean AETC) y PSM

Hace tres décadas, cuando empezó la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), nadie pensó que estos pacientes superarían los 50 años de edad. Hoy, con el uso de las terapias antirretrovirales, tener VIH lleva a una reducción de 10 años en la expectativa de vida¹.

Para 2015, se espera que más de la mitad de la población VIH positiva en Estados Unidos y Puerto Rico tenga más de 50 años². El dato impacta por varias razones importantes: la longevidad del paciente versus la complicación de su cuadro clínico, así como las nuevas infecciones que ocurren en pacientes diagnosticados, mayormente por falta de protección al momento del contacto sexual.

Empleo del término “geriátrico”

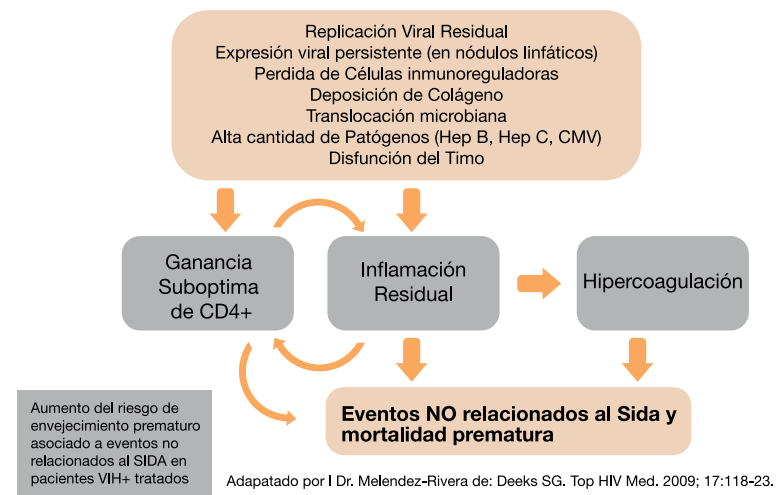
La infección por el VIH se considera un proceso de envejecimiento prematuro³. Existen similitudes entre la disfunción del sistema inmune por la edad y el relacionado a la infección por VIH. El proceso de activación inmune crónica contribuye al compromiso inmunológico de los pacientes VIH positivos y de la población geriátrica no infectada. La siguiente tabla muestra estos cambios en ambas poblaciones:

Características en población joven VIH positiva y en ancianos VIH negativos :

- Reducción en tamaño y función del timo.
- Inversión de la proporción de CD4/CD8.
- Disminución de las células naïve de CD4 y CD8.
- Aumento de las células memorias de CD4 y CD8.
- Disminución de la capacidad de proliferación de Células T.
- Acortamiento de los telómeros.

El científico Steven G. Deeks teorizó las razones para explicar la inflamación crónica en los pacientes VIH positivo, asociada con el envejecimiento prematuro³.

Proceso Inmune en el Envejecimiento Prematuro de los pacientes VIH+



La presencia de replicación viral residual, la expresión viral persistente (en nódulos linfáticos), la pérdida de células inmunoreguladoras, la deposición de colágeno, la translocación microbiana, la alta cantidad de patógenos (Hep B, Hep C, CMV) y la disfunción del timo son responsables de la inflamación crónica residual. Al mismo tiempo, estos factores promueven una ganancia subóptima de CD4 que, junto al proceso de hipercoagulación, provocan una cadena de eventos no relacionados con el SIDA que aumentan el envejecimiento prematuro y la mortalidad prematura de la población con VIH.

Diferencias en el manejo clínico

La población envejecida experimenta la infección por VIH como una condición crónica compleja, muchas veces con múltiples comorbilidades. A eso, se añade el curso acelerado en el desarrollo de condiciones relacionadas con la edad. La siguiente tabla resume alguna de estas condiciones⁵:

Comorbilidades	Curso acelerado de condiciones relacionadas con la edad
Desórdenes neurocognoscitivos (depresión, enf.mental)	Enfermedad renal
Resistencia a insulina, diabetes	Enfermedad cardiovascular
Hipertensión	Cirrosis
Hiperlipidemia	Deterioro óseo
Síndrome metabólico	Cáncer
Fragilidad	Deficiencia de vitamina D
Infecciones de transmisión sexual	Hipogonadismo
	Deficiencia cognitiva
	Demencia

La población geriátrica tiene mayor respuesta a la terapia antirretroviral que los jóvenes, probablemente debido a una mejor adherencia. Sin embargo, la disminución natural del sistema inmune asociada a la edad puede impedir la reconstitución de los CD4. Los aspectos beneficiosos y perjudiciales del VIH en esta población se resumen en la siguiente tabla:

Beneficios	Perjuicios
Mejor respuesta virológica	↑ Carga viral a la seroconversión
Mayor adherencia	Reconstitución de CD4 embotada
Menor interrupción en tratamiento	Enfermedad más avanzada al diagnóstico
Mayor tolerancia	Promedio mayor de eventos que definen SIDA
	↑ Riesgo de toxicidad
	↑ Riesgo de interacción de drogas
	↑ Mortalidad
	Mayor probabilidad de muerte dentro de los 12 meses siguientes al diagnóstico

Beneficios y perjuicios del VIH y la terapia antirretroviral en pacientes geriátricos⁶.


El análisis del curso de la enfermedad antes de la terapia antirretroviral realizado en el estudio CASCADE⁷, en el que participaron más de 13 mil pacientes con fecha conocida de seroconversión al VIH, demostró que, por cada 10 años de aumento en edad, la probabilidad de desarrollar SIDA aumenta en 32%. La probabilidad de muerte aumenta en 47%.

Curso de acción recomendable

En estos casos, deben considerarse las siguientes recomendaciones:

- Comenzar temprano con la terapia antirretroviral.
- Manejar agresivamente factores de riesgo tradicionales para la edad (ejemplo: incorporar el uso de estatinas, aspirina y otros).
- Evitar antirretrovirales ofensivos.
- Tratar coinfecciones (ejemplo: Hepatitis B y C)
- Considerar terapias con base inmunológica: antagonistas de CC5, interleukina 7, hormona de crecimiento.

Resumiendo

No debemos olvidar que todo este proceso comienza con una identificación temprana del VIH. Ordenar la prueba de VIH a la población de pacientes es una decisión efectiva, no solo por la salud del paciente sino por la protección general de la población. 

Referencias

1. Lohse N, Hansen AB, Pedersen G, et al. Survival of persons with and without HIV infection in Denmark, 1995-2005. *Ann Intern Med.* 2007; 146:87-95.
2. Effros RB, Fletcher CV, Gebo K, et al. Aging and infectious diseases: workshop on HIV infection and aging: what is known and future research directions. *Clin Infect Dis.* 2008; 47:542-553.
3. Deeks SG. Immune Dysfunction, Inflammation and Accelerated Aging in Patients on Antiretroviral Therapy. *Top HIV Med.* 2009; 17:118-23.
4. Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS Surveillance Report 2006. Retrieved from 2006 Surveillance Report.
5. Weber 2006; Phillips 2008; Goulet 2007; Monforte 2008; Lodwick 2008a HIV/AIDS Rep. 2009; 6:153-161.
6. Grabar S et al. Immunologic and clinical responses to highly active antiretroviral therapy over 50 years of age. Results from the French Hospital Database on HIV. *AIDS* 2004; 18:2029-2038.
7. Time from HIV-1 seroconversion to AIDS and death before widespread use of highly-active antiretroviral therapy; in Europe. *Lancet.* 2000; 355:1131-1137.

VIH: Una condición crónica y sus implicaciones



José A. Carreras-Rivera, MD, AAHIVS

Miembro de la Asociación de Médicos Tratantes de VIH de Puerto Rico

Sub-investigador, HOPE Clinical Research

Según datos oficiales del Departamento de Salud, a fines de 2010 se reportaba un total de 42 584 casos de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en Puerto Rico. De acuerdo con esto, se estima que en nuestra isla se contagian en promedio entre 2 a 4 personas diariamente.

Desde el comienzo de la epidemia del VIH, en la década de 1980, el diagnóstico de esta infección equivalía al de una enfermedad mortal. Con las alternativas de tratamiento actuales, el VIH se ha convertido en una condición crónica manejable.

Sin embargo, para los pacientes, esta infección tiene implicaciones de impacto en diversos aspectos que se tratan a continuación:

Desórdenes metabólicos

Dislipidemia, resistencia a la insulina, diabetes y aumento en los índices inflamatorios se observan en pacientes VIH infectados durante la etapa de la terapia antirretroviral altamente activa. Las causas de estas condiciones anormales son complejas y multifactoriales. En primer lugar, pueden deberse al propio impacto del virus, que produce una condición inflamatoria; luego, están los efectos de los medicamentos. Así ocurre con los inhibidores de proteasa, que afectan el metabolismo de los lípidos, y los inhibidores de transcriptasa reversa, que impactan la función mitocondrial. También hay que considerar los cambios en la composición corporal, con pérdidas significativas de grasa subcutánea y el aumento en la adiposidad central.

Riesgos cardiovasculares

Los cambios sistémicos antes mencionados colocan a los pacientes infectados con VIH en un mayor riesgo

para desarrollar enfermedades cardiovasculares. Aunque la morbilidad y la mortalidad han disminuido significativamente con la terapia antirretroviral, todavía preocupa a la comunidad tratante que este riesgo se convierta en un problema mayor, sobre todo en la población que envejece mientras maneja su condición.

Inflamación crónica

La presencia de inflamación crónica en pacientes VIH contribuye a la patogénesis de muchas otras condiciones médicas ubicadas en la cronicidad, incluyendo la enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, diabetes, enfermedad renal crónica y cáncer. Estas mismas condiciones elevan la morbilidad y mortalidad de pacientes VIH positivos en terapia antirretroviral. Varios estudios sugieren que estas enfermedades ocurren con mayor frecuencia o presentan síntomas más temprano por la combinación de factores que incluyen la propia inflamación crónica, los cambios fenotípicos inmunológicos y la función que sugiere envejecimiento prematuro. Es por esta inflamación crónica que los pacientes VIH infectados y en terapia antirretroviral denotan un grado bajo de inflamación; en ellos, se observan valores anormales de proteína C reactiva, interleukina 6 (IL-6), fibrinógeno y dímero D.

Cáncer

Varios estudios sugieren que la infección de VIH está asociada a un aumento significativo en la probabilidad de desarrollar algunos tipos de cáncer no relacionados con el SIDA. Este riesgo es particularmente evidente para los cánceres que se creen causados por infecciones crónicas (ejemplos: cáncer anal, enfermedad de Hodgkin, cáncer de hígado), mientras que el riesgo de otros cánceres (pulmón, colorrectal, y melanoma) es solo un poco más elevado.

Envejecimiento

Los datos clínicos de múltiples estudios e investigaciones son consistentes al demostrar que las personas infectadas con VIH presentan un riesgo mayor de padecer distintas condiciones comúnmente asociadas con la edad avanzada. Este hecho ha llevado a presumir que el VIH, como tal, acelera el proceso de envejecimiento. Sin embargo, cada vez es mayor el conocimiento y los estudios relacionados con las implicaciones de la infección crónica del VIH que permiten enfrentar estos retos, tanto para el paciente como para sus proveedores de cuidado en salud.

Opinión

Con un tratamiento adecuado, el VIH es una condición crónica que puede tratarse. Sus implicaciones pueden reducirse de manera significativa si se refuerza el conocimiento, la prevención y, sobre todo, se obtiene un diagnóstico temprano de la condición. Por eso, es recomendable que toda persona entre los 13 y los 64 años de edad se realice una prueba rutinaria de detección del virus.

La información y el tratamiento adecuados, en el caso de un diagnóstico positivo, ayudarán a enfrentar las implicaciones del contagio de una manera más efectiva. **G**

¿Dónde están los pacientes con VIH/SIDA?

Datos de impacto para entender y promover el compromiso con el tratamiento



Wilfredo Jay Cuevas, MD, AAHIVS

Ex Presidente, Asociación de Médicos Tratantes de VIH de Puerto Rico

Hospital Ryder, Humacao.

¿Cuántos de los pacientes con VIH regresan a su cita médica de seguimiento?

Probablemente, esta es una pregunta que nuestros colegas no se han planteado con detenimiento y no precisamente por falta de interés. Ocurre que en el ajetreo de la práctica cotidiana, muchas veces puede obviarse el análisis de situaciones tan comunes como la pérdida o la pobre retención de la población que vive con VIH y que está en cuidado médico. Las razones para analizar esta situación son varias. En la mayoría de los casos, este problema se asocia a resultados deficientes en el tratamiento.

También, el comportamiento de alto riesgo, que llevó a la transmisión del virus, es un factor que aleja a los pacientes de su compromiso con su tratamiento y de sus citas de rutina. Este compromiso deficiente, sumado a la pobre retención en el cuidado del paciente VIH/SIDA tiene un impacto en la productividad y la eficacia del proveedor de salud, así como en el funcionamiento óptimo de las instalaciones clínicas dedicadas a atender a esta población.

Entender la magnitud de esta situación es un asunto complejo y extenso: se estima que un tercio de la población infectada con VIH en los Estados Unidos desconoce su

estatus. Aun con lo impactante que resulta este dato, el golpe es mayor al saber que aproximadamente el 50% de los pacientes recién diagnosticados con el VIH -un número que se estima en alrededor de 56 mil casos anuales- no visita a su médico dentro de los primeros seis meses luego de enterarse de su estado de salud.

Las cifras, además de alarmantes, pueden desalentar a quienes nos enfrentamos a diario con el manejo de esta condición. Sin embargo, la esperanza vive en la posibilidad de cambios sustanciales en la retención de estos pacientes, gracias a la actitud positiva y al desempeño de la clase médica tratante de VIH.

Numerosos estudios han detallado el impacto negativo que tiene una pobre retención de la población que vive con VIH y que está en cuidado médico. He aquí algunas consecuencias:

- Disminución en las posibilidades de recibir terapia antirretroviral.
- Aumento significativo en la probabilidad de fracaso en la terapia.
- Aumento en conductas de riesgo para la transmisión del VIH.
- Aumento en las hospitalizaciones (con la consecuencia económica asociada).
- Reducción en las oportunidades de supervivencia al virus.

Otros factores, además, anticipan la posibilidad de un pobre cuidado del paciente con VIH: El aspecto demográfico, el trasfondo psicosocial, el desconocimiento o la pobre utilización de los servicios de apoyo y la severidad de la condición, entre otros.

Cuidado del paciente y trilogía: paciente-proveedor-sistema de salud

Es importante reconocer los retos que enfrentamos para mejorar el cuidado de los pacientes con VIH, particularmente el refuerzo a la trilogía paciente-proveedor-sistema de salud.

A nivel del **paciente**, los retos incluyen cambios positivos en su comportamiento, la responsabilidad sobre su propia salud, mejor comunicación paciente-proveedor y, por supuesto, la superación del estigma. Otros problemas que enfrenta el paciente pueden ser la remoción de

barreras estructurales o territoriales y la supresión de conductas adictivas relacionadas con el abuso de sustancias.

En cuanto al **proveedor y los sistemas de salud**, los retos también son varios. En principio, es importante mejorar la comunicación y la toma de decisiones sobre el cuidado médico brindado. También es esencial establecer un proceso de información actualizada que apoye un cuidado de salud de excelencia que debe ofrecerse a una población con necesidades especiales. Por último, es imperativo desfragmentar el proceso del manejo de la condición frente a los trámites administrativos con las compañías aseguradoras para garantizar un óptimo manejo en el cuidado preventivo integral.

¿Qué podemos hacer?


Esa es una pregunta que puede ubicarse en la mente de muchos de nosotros al repasar estos retos.

Un modelo reciente postula la combinación de tres aspectos fundamentales para promover la retención de los pacientes con VIH/SIDA:

1. Información.
2. Motivación.
3. Compromiso de cambio en el comportamiento.

En principio, este modelo se desarrolló para promover el uso del condón y la adherencia a la terapia de medicamentos. Ahora, frente a estos retos que enfrentamos, puede utilizarse de forma efectiva como una opción que nos ayude a retener a los pacientes que ya han iniciado su cuidado médico.

Los pacientes, por lo general, saben que deben atender su salud, pero, hay que reconocer que un mero recordatorio no es suficiente. Tampoco se trata de amonestar o amenazar. Es muy probable que, con una palmada en el hombro y unas palabras de entusiasmo, algunos pacientes se comprometan a regresar.

La solución más importante, esa que nos ayudará a retener y ofrecer el mejor cuidado a nuestra población VIH/SIDA es una comunicación médico-paciente efectiva y continua. 

El VIH y la mujer

Víctor Palmer, MD, AAHIVS

Miembro, Asociación de Médicos
Tratantes de VIH de Puerto Rico

Centros: Más Salud Sida de
San Juan, La Perla de Gran Precio

Según las últimas estadísticas del Departamento de Salud, en Puerto Rico la mayor incidencia de contagio del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se da en mujeres heterosexuales. En ellas, se da la alarmante cifra del 66 % de los nuevos casos.

Esta alta incidencia de contagio en mujeres responde a una realidad, que refleja un aspecto sociocultural, que deja en manos del hombre la decisión sobre el uso de condones. Como una regla general no escrita en las relaciones de pareja heterosexual, en esta situación la mujer tiende a dejarse llevar por lo que decide el varón. Si el hombre opta por no utilizarlo, la mujer no lo exige por temor a ofenderlo, lo que también ocurre al sugerir hacerse la prueba de VIH.

Factores de riesgo para el contagio

Esta situación perjudica a las mujeres heterosexuales monógamas, quienes pueden contagiarse cuando su pareja adquiere el virus por una de estas posibilidades: sexo con otras mujeres o con hombres o intercambio de jeringuillas de drogas intravenosas.

El Centro para el Control de Enfermedades (CDC) ha identificado en la población femenina algunos factores de riesgo para el contagio: edad joven, falta de reconocimiento de factores de riesgo en sus parejas, vulnerabilidad biológica, enfermedades de transmisión sexual, abuso de sustancias y problemas socioeconómicos (aunque el contagio ocurre en todos los estratos sociales). Esta situación es más frecuente en mujeres hispanas, que tienen una tasa de casos de SIDA seis veces mayor que otros grupos de mujeres.

¿Cómo pueden protegerse las mujeres?

La única manera segura de evitar el contagio con VIH es la abstinencia total de sexo, aunque para muchas personas no es una opción viable. El uso del condón es una alternativa en la que, tanto la mujer como el hombre, deben asumir y compartir responsabilidad. La mujer debe concienciarse aún más sobre las maneras efectivas de proteger su cuerpo y su salud, partiendo

de la realización de la prueba de VIH. Esta prueba es 99.99% segura y confiable y es efectiva para la prevención y control.

¿Qué ocurre si una mujer está infectada?

Si una mujer ya está contagiada con el virus, existen alternativas de ayuda. Si no está embarazada, debe acudir a un profesional de la salud para realizarse pruebas y evaluar sus opciones de tratamiento para mantener su salud en estado óptimo. Si hay un embarazo, debe hacerse la prueba de VIH en el primer trimestre; de ser negativa, debe repetirla en el tercer trimestre (para eliminar la posibilidad de un falso negativo). Debido al periodo ventana -tiempo entre la infección y la detección de anticuerpos contra el virus- es probable que la mujer se haya contagiado e infectado con VIH al mismo tiempo. Si se detecta VIH en ese período y la mujer se somete a terapia antirretroviral (en el embarazo y al hacer una operación cesárea), la probabilidad de transmitir el virus al bebé se reduce a menos del 2%.

Sin embargo, muchas mujeres retrasan la decisión de buscar ayuda médica para el VIH. Las razones son varias: presión familiar, creencias religiosas, aceptación pasiva de la infidelidad conyugal, temor al estigma social, violencia de género, comportamientos de alto riesgo, abuso de drogas y alcohol, limitación en el acceso a cuidados médicos y desconfianza en el sistema de salud, entre otras. No se debe dudar en buscar ayuda y orientación, necesarias para proteger la salud de las mujeres y evitar reinfecciones.

Hacer la prueba de HIV: una sabia decisión

Es importante que las mujeres gocen de igualdad en todas las áreas –salud, educación, ambiente y economía– para así poder protegerse a sí mismas del VIH y del SIDA. Aun en una relación marital monógama y estable, toda mujer debe responder de forma activa a proteger su salud y no debe temer a asumir el control de su cuerpo. Por tanto, hacerse la prueba de VIH es una decisión sabia para toda mujer: es lo justo, lo ideal y lo mejor. 