

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



TRABAJO FIN DE GRADO

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON VIH/SIDA

THE ROLE OF NURSING IN CARING FOR PATIENTS WITH HIV / AIDS

GRADO EN ENFERMERÍA

CURSO 2020/2021

Autor del TFG:

Fernando Polanco Castaño

Director/a TFG:

Luis Manuel Fernández Cacho

AVISO DE RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

Índice de Contenidos

1. RESUMEN.	5
2. ABSTRACT.	5
3. INTRODUCCIÓN.	6
3.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL VIH/ SIDA Y ESTADO ACTUAL DE LA PANDEMIA.	6
3.2. OBJETIVOS DEL TRABAJO	7
3.3. ESTRATEGIA DE LA BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN.	8
3.4. DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS.	12
4. CAPÍTULOS.	13
4.1. CAPÍTULO 1. ASPECTOS GENERALES DEL VIH.	13
4.1.1. Conceptualización.	13
4.1.2. Vías de transmisión.	14
4.1.3. Factores de riesgo.	14
4.1.4. Comorbilidad.	14
4.1.5. Prevención.	15
4.1.6. Diagnóstico.	16
4.1.7. Tratamiento.	18
4.2. CAPÍTULO 2. PROCESO DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON VIH/SIDA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.	19
4.2.1. Funciones de los profesionales de enfermería en los tres niveles de atención sanitaria.	19
4.2.2. Funciones del profesional de enfermería en relación a la prevención.	19
4.2.3. Intervención clínica de los profesionales de enfermería.	21
4.3. CAPÍTULO 3. INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL APOYO EMOCIONAL A PERSONAS CON VIH/SIDA.	24
4.4. CAPÍTULO 4. RIESGO LABORAL PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL VIH.	25
4.4.1. Medidas de bioseguridad para la atención al paciente con VIH.	25
4.4.2. Protocolo de actuación ante accidentes biológicos.	26
4.5. CAPÍTULO 5. DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS CON VIH/SIDA Y LOS ENFERMEROS/AS.	27

4.6.	CAPÍTULO 6. ¿QUÉ DEBEN SABER LAS PERSONAS CON VIH SOBRE EL SARS-COV-2 (COVID-19)?	28
4.7.	CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.	30
5.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

1. RESUMEN.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) constituyen una enfermedad incurable actualmente, cuyo tratamiento ralentiza la replicación viral. Los profesionales de enfermería trabajan tanto en el ámbito preventivo desarrollando programas de educación para la salud y prevención de nuevos contagios (Infecciones de Transmisión Sexual-ITS) como en la atención de pacientes, desde la detección inicial del virus hasta que evoluciona por completo y se produce su fallecimiento. En este sentido, el papel de los enfermeros es esencial tanto en la educación no solo de los propios pacientes sino también de familiares y allegados en relación a la enfermedad y el tratamiento, así como en el apoyo emocional que les brindan estableciendo coordinaciones con otros equipos multidisciplinares y servicios del entorno (psicología, organizaciones, servicios sociales...), aspectos que resultan fundamentales para facilitar la adherencia al tratamiento. La atención a los pacientes con VIH se realiza siguiendo medidas de bioseguridad que previenen la exposición del profesional al virus y realizando una gestión de residuos biológicos adecuada. Los pacientes con VIH deben ser atendidos sin ningún tipo de discriminación, tienen derecho a la privacidad y confidencialidad; mientras que los enfermeros tienen derecho a contar con los recursos necesarios para atender a los pacientes y recibir atención médica inmediata en caso de exposición al VIH.

Palabras clave: Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), atención de enfermería y apoyo emocional.

2. ABSTRACT.

The Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) are currently incurable diseases, the treatment of which slows down viral replication. Nursing professionals work both in the preventive field developing health education programs and prevention of new infections (Sexually Transmitted Infections-STIs) as well as in patient care, from the initial detection of the virus until it fully evolves and produces his demise. In this sense, the role of nurses is essential both in the education not only of the patients themselves but also of relatives and close friends in relation to the disease and the treatment, as well as in the emotional support they provide by establishing coordination with other teams multidisciplinary and environmental services (psychology, organizations, social services ...), aspects that are essential to facilitate adherence to treatment. The care of patients with HIV is carried out following biosecurity measures that prevent the professional's exposure to the virus and carrying out adequate biological waste management. HIV patients must be cared for without any type of discrimination, they have the right to privacy and confidentiality; while nurses have the right to have the necessary resources to care for patients and receive immediate medical attention in case of exposure to HIV.

Keywords: Human Immunodeficiency Virus (HIV), Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), nursing care and emotional support.

3. INTRODUCCIÓN.

3.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL VIH/ SIDA.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) son un problema de salud pública a nivel mundial, que afecta a personas de cualquier edad, sexo, condición económica o social, y que han provocado la muerte de 33 millones de personas (1-3).

El 5 de junio de 1981 comenzó oficialmente la denominada “época del SIDA”. El *Center for Disease Control* de Estados Unidos convocó una conferencia para describir cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* (NPC) en Los Ángeles. Al poco tiempo aparecieron varios casos de sarcoma de Kaposi (SK) en San Francisco. Estos acontecimientos fueron alarmantes porque todos los casos se dieron en varones jóvenes, sanos y sin ninguna enfermedad aparente (1). Debido a que la mayoría de los casos se dieron en población homosexual la prensa desacertadamente denominó la enfermedad “la peste rosa”, aunque también se observó en: usuarios de drogas intravenosas, receptores de transfusiones sanguíneas, y mujeres y hombres heterosexuales (1).

En 1982 la enfermedad fue denominada Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Un estudio reveló que el cuadro de inmunodeficiencia se debía al descenso de linfocitos CD4, en un período breve de tiempo se descubrió que la infección estaba ocasionada por un retrovirus humano, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (1-3). Los primeros análisis del VIH mostraron su gran parecido con el Virus de Inmunodeficiencia en Simios (VIS), otro virus que afectaba a los monos del centro de África. Hoy en día se ha demostrado que el VIH es una mutación del VIS, capaz de adaptarse al medio humano (1).

En 1996, en la Conferencia Internacional del SIDA, se presentó la terapia antirretroviral (TAR) como un tratamiento que no curaba la enfermedad, pero reducía significativamente la actividad de la carga viral en sangre, lo que ralentizaba el desarrollo de la enfermedad (1). Este descubrimiento ha mejorado considerablemente la calidad de vida de las personas con VIH, ofreciéndoles la posibilidad de alargar su vida con mayor calidad. A día de hoy, se lucha por encontrar el tratamiento que alcance la cura definitiva de la enfermedad.

Los datos recogidos en España en 2013 mostraban que la mayoría de casos (83%) afectaban a hombres con una media de 35 años de edad, de los cuales el 37% procedían de otros países. En el 85% de los casos la vía de transmisión fue sexual, y un 5% por consumo de drogas intravenosas. Se estima que entre el 25-30% de los seropositivos desconocen ser portadores del VIH (4). Este desconocimiento aumentaba considerablemente las posibilidades de desarrollar SIDA y propagar el virus.

A finales de 2019 había alrededor de 38 millones de personas con VIH en el mundo, de las cuales el 81% conocía su estado serológico y el 67% estaba en tratamiento antirretrovírico (TAR) de las cuales el 59% había logrado suprimir el virus, es decir, se eliminaba el riesgo de infectar a otros. En 2020, el 69,4% de los infectados tienen acceso al TAR (2). A pesar del incremento que se ha producido en el acceso al tratamiento, este se ha visto reducido posiblemente como consecuencia de la pandemia de la COVID-19.

3.2. ESTADO ACTUAL DEL VIH/SIDA.

Atendiendo los datos recogidos en España por la Unidad de Vigilancia de VIH, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y hepatitis en 2019, se observa una tasa de nuevos diagnósticos de VIH de 7,46/100.000 habitantes. El 85,8% de nuevos diagnosticados eran hombres con una media de 36 años de edad. El 36,1% de nuevos diagnósticos se realizó en personas originarias de otros países. En el 45,9% de los casos se realizó un diagnóstico tardío. La

transmisión del VIH fue principalmente por relaciones sexuales homosexuales (56,6%), heterosexuales (32,3%) y por consumo de drogas intravenosas (2,6%) (5).

Por otro lado, la Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y hepatitis reveló que la tasa de casos de SIDA en 2019 era de 0,9/100.000 habitantes. El 81% eran hombres con una edad media de 43 años. El desarrollo de la enfermedad hasta llegar al SIDA se produjo en hombres y mujeres heterosexuales (39,6%), hombres y mujeres homosexuales (39,9%) y en personas que consumen drogas intravenosas (9,2%). Desde 2012 a 2019, la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* ha sido la enfermedad definitoria de sida más frecuente (30,4%), seguida de la tuberculosis (18,3%) y de la candidiasis esofágica (12,8%) (5).

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA se ha propuesto acabar con la pandemia de SIDA en 2030, para ello el 90% de la población mundial debería conocer su estado serológico en 2020, así como recibir TAR en el 90% de las personas con infección y el 90% de las personas debería haber alcanzado la supresión viral (6).

El manejo del paciente con VIH/SIDA es complejo, debido a sus manifestaciones inespecíficas y generalizadas, hay que tomar medidas especiales para evitar la propagación de la enfermedad (3). Además, tal y como se ha expuesto anteriormente, es una enfermedad que está asociada a grandes estigmas sociales, estereotipos, prejuicios y discriminación, que derivan en exclusión social, rechazo o soledad (5). Los profesionales de enfermería tienen contacto directo con el enfermo por VIH durante toda la evolución de la enfermedad. A lo largo de las distintas etapas se utilizan distintos enfoques: educación para la salud, valoración y seguimiento del paciente, atención psicosocial, administración y vigilancia del tratamiento y cuidados paliativos (3).

La administración y el seguimiento del TAR son dos de las funciones principales que desempeñan los enfermeros con los pacientes con VIH. La adherencia al tratamiento es el gran obstáculo a superar por estos profesionales que ofrecerán tanto estrategias prácticas como apoyo emocional al paciente y sus familias para cumplir con el tratamiento (7, 8).

Por todo ello, resulta interesante investigar sobre el tema, 40 años después de la aparición de los primeros casos oficiales de SIDA en el mundo; poniendo el foco de atención en el papel de los profesionales que tienen contacto directo durante la evolución de la enfermedad: los enfermeros y enfermeras.

3.3. OBJETIVOS DEL TRABAJO.

El objetivo general de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica que analice el papel de los profesionales de enfermería en relación con las intervenciones y cuidados de las personas con VIH/SIDA. Este objetivo se puede desglosar en los siguientes objetivos específicos:

- Describir el contexto histórico de aparición del VIH/SIDA y la situación actual de la pandemia.
- Definir qué es el VIH/SIDA, cuáles son sus causas y factores de riesgo, y su comorbilidad con otras enfermedades.
- Identificar las actuaciones que ponen en marcha los profesionales de enfermería para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con VIH.
- Clarificar el protocolo de actuación por parte de los enfermeros durante la manipulación de muestras biológicas de pacientes con VIH y la gestión de residuos.
- Establecer las acciones a realizar en caso de accidente biológico con materiales expuestos al VIH.

3.4. ESTRATEGIA DE LA BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN.

Para realizar este trabajo entre noviembre de 2020 y junio de 2021 se ha llevado a cabo una búsqueda de artículos científicos y protocolos de actuación tanto en español como en inglés. Los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y *Medical Subject Heading (MeSH)* utilizados para focalizar la búsqueda en los recursos bibliográficos de relevancia fueron:

- VIH/HIV.
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida/*Acquired Immunodeficiency Syndrome*.
- Atención de enfermería/*Nursing Care*.
- Estigma social/*Social stigma*.
- Discriminación social/*Social discrimination*.
- Factores de riesgo/ *Risk factors*.
- COVID-19/*COVID-19*.

Los DeCS y MeSH se introdujeron en las siguientes bases de datos: *Scielo, Google Académico, Dialnet, PubMed y Cuiden Plus*. Se utilizaron los operadores booleanos (AND, OR, ""). Finalmente, la recogida de información se completó con:

- Artículos de revistas impresas y electrónicas.
- Datos proporcionados por los organismos oficiales (nacionales e internacionales): Instituto Nacional de Estadística (INE), Consejo General de Enfermería, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social, Naciones Unidas y Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Tesis doctorales.
- Organizaciones oficiales sobre el SIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Coordinadora estatal de VIH y SIDA (CESIDA), Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (SEISIDA) y la Asociación Ciudadana Cantabria Antisida (ACCAS).

En la Tabla 1 se muestran los artículos más relevantes sobre los que se apoya especialmente este trabajo.

Tabla 1. Descripción de los artículos seleccionados.

TÍTULO DEL ARTÍCULO	AUTORES	AÑO DE PUBLICACIÓN	RESULTADOS.
A theory of human motivation.	Maslow, A.	1943.	Hay 5 conjuntos de objetivos (necesidades básicas) que están relacionados entre sí y están organizados en una jerarquía de prepotencia. Cuando se alcanza la meta más preponderante, surge la siguiente necesidad superior.

Substitution model with central role for nurse specialist is justified in the care for stable type 2 diabetic outpatients.	Vrijhoef HJ, Diederiks JP, Spreeuwenberg C y Wolffenbuttel BH.	2001.	El modelo de atención tradicional y el modelo de enfermera especialista lograron resultados iguales, mientras que el control glucémico de los pacientes en el modelo de enfermera especialista mejoró, pero se deterioró en el modelo tradicional.
Quality of HIV care provided by nurse practitioners, physician assistants, and physicians.	Wilson I, Landon B, Hirschhorn L, McInnes K, Ding L, Marsden P y Cleary P.	2005.	La actuación de enfermeros y médicos especialistas en enfermedades infecciosas y VIH es similar. Los profesionales de enfermería y los médicos especialistas tuvieron un desempeño superior a los médicos no especializados en VIH.
The role of HIV nursing consultants in the care of HIV-infected patients in Dutch hospital outpatient clinics.	Vervoort S, Dijkstra B, Hazelzet E, Grypdonck M, Hoepelman A y Borleffs J.	2009.	El 58% de los hospitales siguen el modelo de sustitución. La frecuencia de las consultas es de 2 a 4 al año, y siempre se establece una consulta con el personal de enfermería antes y después del inicio y modificación del tratamiento. Se proporciona apoyo tanto al inicio como durante el tratamiento, siempre y cuando el personal de enfermería tenga conocimientos específicos sobre el VIH.
Manejo del paciente con VIH en Atención Primaria.	Casanova J, Rodríguez M y Gómez M.	2013.	El personal de atención primaria es fundamental en la detección de los casos de VIH y la derivación del paciente seropositivo a la unidad de atención especializada. La detección se realiza con pruebas rápidas y de confirmación.

			El TAR impide la replicación viral, pero no es curativo, así que se mantiene de por vida. Los efectos secundarios del TAR son causa frecuente de abandono del tratamiento y de la consiguiente aparición.
Nurse-led interventions to enhance adherence to chronic medication: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.	Camp Y, Rompaey B y Elseviers M.	2013.	La intervención más evaluada es el consejo profesional. Todas las intervenciones estudiadas mejoraron la adherencia al TAR. Se observó que cuanto más tiempo de asesoramiento se realizaba se mostraban mejores resultados.
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: desarrollo histórico e importancia del conocimiento para su prevención.	González I, Arteaga D y Frances Z.	2015.	En Cuba se está frenando la progresión al estadio SIDA gracias al tratamiento TAR, sin embargo, el número de infecciones a pesar de descender. Además, aparecen nuevos retos como la pérdida de percepción de riesgo o la defensa de los derechos de las personas afectadas.
Cuidados de Enfermería al paciente con VIH/SIDA.	Yagüe R.	2016.	El VIH genera una patología incurable que deteriora el funcionamiento del sistema inmunológico, dando lugar al SIDA en estadios avanzados, su avance se ralentiza con fármacos antirretrovirales. La enfermera atenderá al paciente en la esfera biológica, psicológica y social, hasta la muerte del paciente, lo cual incluye los cuidados paliativos.
Enfermería Basada en la Evidencia: plan de cuidados para	López A, Barrera A, Alarcón C y Martínez R.	2017.	El Instituto Mexicano del Seguro Social lleva a cabo un modelo para recuperar el bienestar y reintegrar a la

pacientes con VIH/SIDA.			persona infectada con VIH en su entorno sociocultural. Para elaborar el plan de cuidados se incluyeron estrategias de prevención, detección, tratamiento y seguimiento de las personas. Posteriormente, se validó el instrumento realizando una comparación por pares.
Nursing Practice to Support People Living With HIV With Antiretroviral Therapy Adherence: A Qualitative Study.	Rouleau g, Richard L, Côté J, Gagnon M y Pelletier J.	2019.	La práctica de las enfermeras es fundamental en la adherencia al TAR. Este estudio cualitativo encuentra cuatro temas esenciales en el desarrollo del tratamiento: -Construir una relación terapéutica con el paciente como base del cuidado de enfermería del paciente con VIH. -Actividades de enfermería que brindan atención relacionada con el TAR. -Desafíos que enfrentan las enfermeras en la atención a pacientes con VIH. -Movilización de recursos que apoyan el desarrollo de la práctica de enfermería en la gestión del TAR y la atención del VIH.
The Impact of COVID-19 on HIV Treatment and Research: A Call to Action.	Chenneville T, Gabbidon K, Hanson P, Holyfield C.	2020.	Un compromiso con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades disminuiría la frecuencia y gravedad de las enfermedades infecciosas emergentes y garantizaría que los avances y avances críticos en la investigación biomédica y social-conductual no se vean afectados negativamente.

			Es esencial reconocer que todas las pandemias tienen implicaciones biológicas, psicológicas y sociales, de las cuales los proveedores de atención médica desempeñan un papel crucial en la preparación y la respuesta global.
HIV care in times of the COVID-19 crisis - Where are we now in Central and Eastern Europe?	Kowalska JD, Skrzat-Klapaczyńska A, Bursa D, Balayan T, Begovac J, Chkhartishvili N et al.	2020	Ninguno de los países participantes informó del cierre de las clínicas de VIH; aunque solo en el 31,6% funcionaban normalmente. En el 57,9% de los países, los médicos compartían las tareas de atención a pacientes con VIH y CoVODI-19. Ninguno de los países esperaba escasez de TAR en las siguientes dos semanas, aunque cinco médicos informaron mostraron preocupación por los siguientes dos meses.
Understanding the role of nurse practitioners, physician assistants and other nursing staff in HIV pre-exposure prophylaxis care in the United States: a systematic review and meta-analysis.	Zhang C, Mitchell W, Xue Y, LeBlanc N, Liu Y.	2020	Las probabilidades de prescribir profilaxis antes de la exposición al virus por parte de las enfermeras fueron superiores que en los médicos. Las posibilidades de estar al tanto de la profilaxis entre los enfermeros fue un 37% menor que en los médicos, mientras que las probabilidades de estar dispuesto a prescribirla fueron similares.

Fuente: Elaboración propia.

3.5. DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS.

Los objetivos planteados para este trabajo se alcanzan a través de la información que proporcionan los 7 capítulos en los que se desarrolla esta revisión bibliográfica.

En el *Capítulo 1* se agrupan aspectos generales sobre el VIH. En concreto, se aborda su conceptualización, las vías de transmisión, los factores de riesgo asociados al contagio, la comorbilidad de la enfermedad con otras, las formas de prevención existentes, las pruebas de diagnóstico y el tratamiento que se puede ofrecer a las personas con VIH.

El *Capítulo 2* se dedica al proceso de atención de enfermeros/as dirigido a los pacientes con VIH/SIDA.

En el *Capítulo 3* se recogen las actuaciones de los enfermeros/as dirigidas a apoyar en el plano emocional tanto al paciente con VIH/SIDA como a sus familiares.

En el *Capítulo 4* se dan muestras del riesgo al que se exponen los profesionales de Enfermería durante los cuidados del paciente con VIH/SIDA. Por un lado, se presentan las medidas de bioseguridad (generales y específicas) que se deben adoptar para prevenir el contagio. Por otro lado, se resumen el protocolo de actuación ante accidentes biológicos con material potencialmente contaminado por el VIH.

En el *Capítulo 5* se incluyen los derechos y deberes que a nivel legislativo tienen tanto los enfermeros/as respecto al cuidado de pacientes con VIH/SIDA como los propios pacientes.

En el *Capítulo 6* se describen aspectos de interés para las personas con VIH en relación a la pandemia ocasionada por el virus SARS-Cov-2 (COVID-19).

En el *Capítulo 7* se hace una recopilación de las aportaciones más importantes de la literatura, estableciendo las conclusiones extraídas. Además, se analizan las limitaciones que se han encontrado en los distintos trabajos y futuras líneas de investigación en el campo de la atención a pacientes con VIH por parte de los enfermeros/as.

4. CAPÍTULOS.

4.1. CAPÍTULO 1. ASPECTOS GENERALES DEL VIH.

4.1.1. Conceptualización.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un retrovirus que destruye los glóbulos blancos únicamente de los humanos, lo que supone perder la capacidad de respuesta del sistema inmunológico ante su presencia en las células (1, 3). La persona infectada por el VIH incrementa el riesgo de contraer infecciones, cánceres y enfermedades que con sistema inmunitario saludable se podrían combatir (2).

El VIH está formado por una envoltura y una cápside proteica; es un virus ARN con capacidad de copiarse a ADN e integrarse en el genoma de la célula que infecta, concretamente, los linfocitos y macrófagos con receptores CD4, ya que la envoltura contiene proteínas de unión específica a las proteínas de dichas células. El VIH es capaz de copiar su ARN en ADN gracias a la acción de la enzima transcriptasa inversa (2, 9). Existen dos tipos de VIH:

- VIH-1 que se considera el responsable de la pandemia mundial.
- VIH-2 que es endémico de África Oriental.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es el conjunto de signos y síntomas ocasionados por el VIH, relativos a la disminución de la respuesta inmunológica (1). El SIDA es la última fase de la infección por VIH, se caracteriza por la confluencia de enfermedades potencialmente fatales y letales (10).

Tras la infección con el VIH se distinguen cuatro fases (1-3):

Fase 1. Infección aguda: período de 6-12 semanas, desde que el VIH ingresa en el organismo hasta la formación de anticuerpos específicos contra el virus. Esta fase suele pasar desapercibida por su semejanza a un resfriado, este cuadro desaparece espontáneamente, aunque la persona sigue infectada.

Fase 2. Infección asintomática: a este grupo pertenecen todas las personas que tienen una prueba de VIH positivo y no presentan síntomas, son los llamados “seropositivo” o “portador sano”. Esta fase puede durar 10 años e incluso más, la mayoría de infectados se encuentran en este grupo, tienen capacidad de transmisión así que el virus se multiplica dentro de las células y afecta a otras nuevas. En esta fase los linfocitos CD4 representan menos del 29% del total de linfocitos (4).

Fase 3. Linfadenopatía crónica generalizada: en esta fase se produce inflamación de los ganglios linfáticos mayor a un centímetro y de más de tres meses de evolución. Es posible que en esta fase aparezcan las primeras sudoraciones nocturnas, pérdidas de peso, fatiga, etc. En esta fase los linfocitos CD4 representan entre un 14 y un 28% del total de linfocitos (4).

Fase 4. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): es la última fase por infección por VIH, relacionada con la presencia de trastornos sistémicos, que pueden llegar a provocar la muerte del paciente. La sintomatología de esta fase es: fiebre, disminución de peso más del 10% y diarrea crónica, además, puede tener: enfermedades del sistema nervioso central y enfermedades infecciosas severas ocasionadas por gérmenes oportunistas. En esta fase los linfocitos CD4 tan sólo se mantiene un 14% del total de linfocitos (4).

4.1.2. Vías de transmisión.

El VIH se puede transmitir de forma directa o indirecta mediante el intercambio de fluidos corporales de la persona infectada con otra. Entre los fluidos que transmiten el virus se encuentran: la sangre, la leche materna, el semen, las secreciones vaginales, el líquido sinovial, pericárdico, pleural y peritoneal (2, 3).

La vía de transmisión más frecuente es la sexual ya sea oral, vaginal o anal. Otra de las vías de transmisión es la vertical (de madre a hijo durante el embarazo, parto y/o lactancia materna. Existen otras vías de transmisión, por ejemplo, compartir el material inyectable por parte de los compañeros de consumo de drogas intravenosas, así como el contacto de las mucosas con sangre infectada; o el trasplante de órganos o tejidos de personas con VIH (2-4, 7).

4.1.3. Factores de riesgo.

La OMS (2), Casanova et al., (4), la OPS (10) y López et al., (11) señalan los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de contagiarse de VIH y desarrollar SIDA:

- Mantener relaciones sexuales anales o vaginales sin preservativo.
- Padecer otra ITS como: sífilis, herpes, clamidiasis o gonorrea.
- Compartir agujas, jeringuillas, soluciones de droga y otro material infectivo contaminado por suministrar drogas inyectables.
- Recibir inyecciones, transfusiones sanguíneas o trasplantes de tejidos sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen cortes o perforaciones con instrumental no esterilizado.
- Pincharse accidentalmente con una aguja, algo que afecta en particular al personal de salud.

4.1.4. Comorbilidad.

Las enfermedades que suelen aparecer de forma simultánea en pacientes con VIH-SIDA y que son indicativas de la presencia del virus son (9, 10, 12):

- Cáncer cervical invasivo.
- Candidiasis de esófago, tráquea, bronquios o pulmones.
- Criptococosis extrapulmonar.
- Criptosporidiosis intestinal crónica (más de un mes de duración).
- Coccidioidomicosis (diseminada o extrapulmonar).
- Enfermedad por citomegalovirus (no localizada en hígado, bazo o ganglios linfáticos), por ejemplo, retinitis (pérdida de visión).
- Herpes simple: úlceras crónicas (más de un mes de duración), bronquitis, neumonitis o esofagitis.
- Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar.
- Isosporidiasis intestinal crónica (más de un mes de evolución).
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Linfomas inmunoblástico.
- Linfoma primario del sistema nervioso.
- Linfoma de Burkitt.
- Neumonía recurrente.
- Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*.
- *Mycobacterium avium* complex o *M. kansasii* diseminado o extrapulmonar.
- *Mycobacterium tuberculosis* de cualquier localización (pulmonar o extrapulmonar).
- *Mycobacterium*, otras especies o especies no identificadas (diseminado o extrapulmonar).
- Sarcoma de Kaposi.
- Reactivación de la enfermedad de Chagas (meningoencefalitis y/o miocarditis).
- Septicemia recurrente por *Salmonella* no tifoide.
- Toxoplasmosis cerebral.
- Encefalopatía relaciona con el VIH.
- Síndrome de emancipación por VIH.

4.1.5. Prevención.

Las personas pueden reducir el riesgo de contagio por VIH limitando su exposición a los factores de riesgo. Los servicios de salud de atención primaria tienen un papel fundamental en las actividades de prevención y promoción de la salud, así como en la detección precoz, el seguimiento y el cuidado de las personas con VIH/SIDA y sus familias (4,10).

A continuación, se exponen los principales métodos para prevenir el contagio por VIH (1, 2, 4):

Uso de preservativos masculinos y femeninos: los preservativos masculinos de látex, si se utilizan de forma sistemática, tienen un efecto protector del 85% o más contra la infección por ITS.

Reducción de daños en los consumidores de drogas inyectables: los consumidores de drogas inyectables pueden protegerse de la infección utilizando material estéril en cada inyección y evitando compartir el material utilizado. También se puede iniciar un tratamiento sustitutivo con opioides.

Pruebas de detección y asesoramiento en relación con el VIH y las ITS: la realización de pruebas de detección del VIH y otras ITS se recomienda a toda la población, especialmente, a todas las personas expuestas a factores de riesgo. Se recomienda que la pareja sexual de estos grupos también se realicen las pruebas de detección. Conocer el estado serológico respecto al VIH disminuye la propagación del virus y facilita el acceso al tratamiento.

Por otro lado, en los servicios de detección de VIH se debería ofrecer la realización de la prueba para la tuberculosis, ya que es la enfermedad que más muertes provoca asociada al VIH, lo que aceleraría el proceso para recibir tratamiento.

Circuncisión médica masculina: es una medida preventiva para prevenir la transmisión del VIH en hombres, está indicada sobre todo para hombres heterosexuales.

Prevención secundaria con TAR: los estudios han demostrado que las personas con VIH que reciben TAR y han conseguido suprimir la carga vírica, no transmiten la enfermedad a sus parejas sexuales no infectadas. Además, se puede suministrar el tratamiento por vía oral antes de la exposición al VIH en todas las personas que corren el riesgo de infectarse; también, se ha recomendado para los hombres que mantienen relaciones con hombres y para las mujeres embarazadas o en período de lactancia.

Después de la exposición al virus se recomienda la administración de TAR en las primeras 72 horas durante 4 semanas, como se explica a continuación.

Eliminación de la transmisión del VIH de la madre al niño o transmisión vertical: la transmisión del virus de una madre VIH-positiva a su hijo durante el embarazo, parto o lactancia se puede eliminarla mediante la administración de TAR tan pronto como sea posible a la madre y al niño durante la gestación y el período de lactancia.

4.1.6. Diagnóstico.

La OMS (2) señala que el diagnóstico del VIH se puede hacer mediante pruebas de diagnóstico rápido que ofrecen los resultados el mismo día. Las autopruebas de VIH facilitan el diagnóstico en aquellas personas que no llegan a los servicios de los centros de salud. Las autopruebas presentan una serie de ventajas (4):

- El resultado está disponible en 30 minutos.
- Son fáciles de aplicar e interpretar (incluso se pueden utilizar muestras de saliva sin necesidad de punción).
- Son de utilidad en centros que atienden a pacientes de alta prevalencia, en grupos vulnerables, en pacientes con síntomas de SIDA y cuando hay dudas sobre el seguimiento realizado.

Los inconvenientes de las autopruebas son la interpretación subjetiva y la necesidad de una prueba de confirmación del diagnóstico.

Se recomienda que las pruebas de diagnóstico del VIH se realicen en todos los centros sanitarios, bien sean de Atención Primaria, Atención Especializada y Centros de ITS (11). La OMS

(2), Yagüe (3) y Casanova et al., (4) recomiendan que el diagnóstico se realice con tres pruebas secuenciales realizadas por profesionales sanitarios.

La primera prueba a realizar es la prueba ELISA (Ensayo por Inmunoabsorción ligado a enzimas) una prueba de detección de anticuerpos frente al VIH. Los anticuerpos aparecen en torno a los 28 días tras la infección, durante este tiempo la persona está en período de seroconversión, se puede transmitir el virus, aunque no haya síntomas de VIH.

A quienes hayan dado positivo en la primera prueba se les debe realizar otra vez la misma prueba de serológica para confirmar que los datos son correctos. En caso de seguir siendo positivo se realiza la prueba de confirmación (Inmunoblot o Western-blot) (3). Una vez que se ha diagnosticado la infección y se empieza el tratamiento no se deben realizar nuevas pruebas diagnósticas.

En el caso de los bebés nacidos (menores de 18 meses) de madres VIH positivas, las pruebas serológicas (de anticuerpos) no son suficientes ya que sus madres les transmiten los anticuerpos de forma pasiva. En estos casos, son necesarias pruebas virológicas en el momento del nacimiento o a las seis semanas de edad (2, 5). En la Tabla 2 se presenta el recuento celular estándar que presentan los pacientes con inmunodeficiencia grave. Se recomienda que para el diagnóstico en menores de 5 años es mejor tomar como referencia la proporción de linfocitos; mientras que en las personas mayores de 5 años se puede utilizar el mismo punto de corte, es decir, ≤ 200 células/mm³ (9).

Tabla 2. Recuento celular estándar de los pacientes con inmunodeficiencia grave.

	INMUNODEFICIENCIA GRAVE			
	≤ 11 meses	12-35 meses	36-59 meses	≥ 5 años.
Proporción de CD4+	< 25%	< 20%	< 35%	< 15%
Número de CD4	< 1500células/mm ³	< 750células/mm ³	< 350células/mm ³	< 200células/mm ³
Recuento de linfocitos	< 4000células/mm ³	< 3000células/mm ³	< 2500células/mm ³	< 2000células/mm ³

Fuente: Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (9).

Las pruebas basadas en la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) detectan la presencia del ARN viral y son de aparición muy precoz, pero sólo se indican para situaciones específicas como es la inoculación percutánea (pinchazo accidental) (4).

Desde los años 90 en España se recomienda la prueba de VIH a todas las mujeres embarazadas. A pesar de que la prueba es obligatoria para la donación de sangre, trasplantes de órganos o injertos, estudios de donantes y usuarios relacionados con técnicas de reproducción humana asistida, y obtención y recepción de semen, en España, la detección de casos de VIH es muy escasa, por lo tanto, se debería potenciar su indicación en los centros de atención primaria para los grupos de mayor riesgo: personal sanitario, víctimas de violencia de género, usuarios de drogas inyectables, parejas sexuales de personas con infección por VIH u otras ITS, los HSH y las personas que ejercen la prostitución (9, 12).

Como en todas las pruebas diagnósticas, las pruebas de VIH, deben ser voluntarias (excepto los supuestos seleccionados), confidenciales, contar con el consentimiento del paciente por escrito, debe ser accesible a toda la población y estar disponible de forma gratuita, se debe contar con un servicio de asesoramiento, tratamiento y consejo para los pacientes que den positivo (12). Las pruebas deben realizarse en un entorno íntimo para el paciente (9), antes de llevarla a cabo se debe dar una breve explicación sobre la misma (en qué consiste, para qué

sirve y cómo se realiza), tras la obtención de la muestra y el análisis de los resultados, éstos deben ser comunicados al paciente junto al tratamiento (si fuera necesario), así como sensibilizar sobre la prevención (9, 12).

4.1.7. Tratamiento.

Tras el diagnóstico de un VIH positivo, es necesario iniciar el tratamiento. Hoy en día, no existe cura para el VIH/SIDA, tan sólo hay tratamiento para detener la réplica del virus (3). La OMS (2, 3) recomienda la combinación de tres o más fármacos antirretrovíricos (TAR), ya que inhiben la replicación del virus en el organismo y permite que el sistema inmunitario recobre fortaleza y capacidad para combatir las infecciones oportunistas y los cánceres, pese a que no curen la enfermedad (4).

Actualmente existen 24 fármacos comercializados de seis familias diferentes que permiten individualizar las estrategias terapéuticas. La elección del tratamiento depende de la tolerancia, seguridad, tratamientos previos, resistencias, interacciones, coste y las preferencias del médico y el paciente (4).

Desde 2016, la OMS recomienda proporciona TAR a todas las personas con el VIH independientemente de su edad o estado gestacional o de lactancia. En 2019, la OMS recomendó el uso preferente de *dolutegravir o efavirenz* en dosis bajas; el dolutegravir se puede utilizar como fármaco de segunda línea; mientras que el *darunavir/ritonavir* se recomienda como fármaco de anclaje en el tratamiento de tercera línea (2).

La adherencia al tratamiento es imprescindible para evitar el rebote viral, la resistencia a los medicamentos, la progresión al SIDA y la muerte (13). El personal de enfermería es fundamental para el desempeño de esta función (7, 8, 13) tal y como se desarrollará en los apartados sucesivos.

En muchas ocasiones, es necesario modificar la terapia con TAR por falta de adherencia, baja eficacia o por su toxicidad (3), que puede dar lugar a problemas cardiovasculares (aumento del colesterol, descenso de las lipoproteínas de baja y alta densidad y sobre todo de triglicéridos) y alteraciones del metabolismo óseo (mayor incidencia de osteoporosis y fracturas óseas). La falta de adherencia es la principal causa de fracaso terapéutico (4, 5).

Puesto que la mayoría de las personas infectadas solicitan asistencia en una etapa avanzada de la enfermedad, la OMS (2), recomienda iniciar rápidamente el tratamiento del TAR, pruebas de detección y profilaxis con fármacos para las infecciones graves más habituales. Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y hepatitis (5) afirma que la mayoría de los pacientes que siguen el tratamiento pueden seguir su vida sin grandes limitaciones. Ventajas de iniciar de forma precoz el tratamiento:

- Disminuye la severidad de los síntomas de la infección aguda.
- Reduce el riesgo de la transmisión viral.
- Limita la mutación viral y la resistencia a los fármacos TAR.
- Permite la maduración de la respuesta inmune.

Cuando se pone en marcha el tratamiento hay que hacer seguimiento del caso, para ello existen dos pruebas (5):

- Carga Viral: estas pruebas detectan el ARN viral en cantidades muy pequeñas, ayudan al pronóstico y la vigilancia del tratamiento. La carga viral puede utilizarse en menores de 12 meses y en adultos con pruebas no concluyentes (resultados indeterminados).

- Recuento CD4: esta técnica predice el estadio de la enfermedad, la respuesta al tratamiento, el riesgo de desarrollo de SIDA y/o muerte. Los linfocitos CD4 presentan como límites normales están entre 600 y 1500 células por microlitro.

4.2. CAPÍTULO 2. PROCESO DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON VIH/SIDA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

4.2.1. *Funciones de los profesionales de enfermería en los tres niveles de atención sanitaria.*

Los profesionales de enfermería desempeñan gran cantidad de funciones en la atención primaria de las personas con VIH. En primer lugar, facilitan la educación de las personas que viven con VIH, así como a sus familiares y amigos, con el objetivo de mejorar su calidad de vida respetando siempre la diversidad sexual. En segundo lugar, informan y sensibilizan sobre la importancia de comenzar el tratamiento antirretroviral y mantener la adherencia al mismo, también, desarrollan tareas relacionadas con el seguimiento de los pacientes, como es el conocimiento de las enfermedades oportunistas. Adicionalmente, orientan sobre la posibilidad de asistir a centros especializados de información, atención y apoyo a las personas con VIH. Por otra parte, colaboran en la transmisión de prácticas seguras entre la población vulnerable por la exposición a factores de riesgo (9).

La atención primaria no solo se pone en marcha desde los centros de salud, también se lleva a cabo desde servicios como son las farmacias, las unidades móviles y las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) donde se realizan pruebas rápidas de detección del VIH y otras ITS de forma anónima, confidencial y gratuita, así como campañas de sensibilización (14, 15). Actualmente, la Comunidad de Madrid cuenta con distintas unidades móviles destinadas a la atención de personas que quieren recibir información o realizarse la prueba de detección del VIH, asociadas a las siguientes organizaciones y proyectos: Cruz Roja, Fundación Cruz Blanca, Madrid Positivo y Proyecto Hombre, Arquisocial S.L. y Concepción Arenal (14).

Desde este ámbito los profesionales de la enfermería podrán desarrollar las funciones de educación, prevención y detección del VIH/SIDA en grupos de población vulnerables (personas que ejercen la prostitución, personas drogodependientes, mujeres embarazadas y personas que viven en zonas rurales sin centros municipales de salud).

En la atención secundaria el personal de enfermería debe prestar especial atención al apego real al tratamiento, la disponibilidad de medicamentos y los horarios en que realizan las tomas, informar sobre el contenido de la dieta y los cuidados que deben seguirse en el domicilio. Asimismo, es importante que el personal de enfermería cuente con la colaboración de la familia del paciente para que se lleven a cabo los cuidados específicos y la persona cumpla con el tratamiento y las indicaciones estipuladas (9).

En la atención terciaria son especialmente relevantes la terapia física, ocupacional y psicológica para que la persona acepte su nueva condición (9).

4.2.2. *Funciones del profesional de enfermería en relación a la prevención.*

Como se ha comentado anteriormente, los profesionales de enfermería ejercen distintas funciones de prevención contra el VIH. Una de las funciones de mayor repercusión es el desarrollo de programas educativos con finalidad preventiva que van dirigidos a todos los

colectivos sociales (3,5). Entre otros aspectos, los programas educativos impartidos por enfermeros/as incluyen:

- Qué son las infecciones de transmisión sexual.
- Factores de riesgo y mecanismos de transmisión.
- Medidas preventivas para evitar el contagio.
- Pruebas diagnósticas y tratamientos actuales.

Por otro lado, la labor formativa se lleva a cabo también de forma individual con el paciente o sus familiares. En estos casos, se suele optar por realizar dos entrevistas de 30 minutos aproximadamente entre los profesionales y el paciente, utilizando material audiovisual o escrito (5). Si la persona ha contraído el virus es muy importante que los profesionales de enfermería comuniquen y aclaren que el VIH no se transmite por tocar objetos, besar, abrazar, llorar, sudar, miccionar o defecar ni por picaduras de insectos (3). También es de especial importancia dejar claras las medidas que reducen la transmisión del virus: evitar las donaciones de sangre y de órganos, no compartir jeringuillas y evitar las conductas sexuales de riesgo.

Además, de las funciones que ejercen los enfermeros a favor de la prevención ya mencionadas. La Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y hepatitis (5) y autores como Rouleau et al., (7) incorporaron en sus trabajos las siguientes tareas a realizar por profesionales de enfermería para combatir la transmisión del VIH:

- Identificar los colectivos de riesgo para el contagio por VIH y otras ITS.
- Evaluar los síntomas de VIH en embarazadas y otros grupos de riesgo.
- Ofrecer el test rápido a todas las embarazadas, corroborar la realización de la prueba, registrar los resultados e informar al médico de los mismos para iniciar el tratamiento si fuese necesario.
- Identificar a todos los recién nacidos cuyas madres no se realizaron pruebas de VIH antes del embarazo para realizarles un test rápido.
- Inmunizar a todas las personas con una ITS contra la hepatitis B.
- Realizar el registro de todas las personas con VIH, su unidad de referencia y su tratamiento.
- Búsqueda de pacientes con diagnóstico y/o tratamiento de VIH que no acuden a sus citas, calendarizar el seguimiento y realizar una búsqueda activa de abandono; en ayuda del equipo.
- Realizar la búsqueda de pacientes sexuales para informar de la enfermedad, ofrecer apoyo y realizar el test rápido de VIH.
- Realizar la búsqueda de las parejas sexuales para informar de la enfermedad, ofrecer apoyo y realizar el test rápido de VIH.
- Registrar y remitir materiales biológicos para pruebas, controlar los resultados obtenidos y planificar la intervención tras un resultado positivo.
- Dejar constancia por escrito de todas las acciones realizadas, atendiendo al criterio de confidencialidad.
- Registrar y notificar todos los casos de VIH al nivel correspondiente.

Otra de las tareas de prevención que tienen las enfermeras es proporcionar profilaxis antes de la exposición al virus entre los grupos de población de mayor riesgo. Zhang et al., (16) concluyeron que las probabilidades de prescribir profilaxis antes de la exposición al virus por

parte de las enfermeras fueron superiores que, en los médicos. Sin embargo, el 37% de las enfermeras poseía menos conocimientos en relación a la profilaxis que los médicos, aunque ambos tenían la misma disposición a prescribirla.

Los proveedores de salud consideraron que las mayores barreras para implantar la profilaxis pre-exposición al virus son: la falta de solicitud por parte de los pacientes, las preocupaciones sobre la toxicidad y la resistencia, la falta de conocimiento sobre la profilaxis, la preocupación por el costo para los pacientes, la falta de guía clara de suministro, las inquietudes sobre la adherencia y la falta de evidencia de apoyo, la gestión del tiempo, la compensación del riesgo y la falta de comodidad (16).

4.2.3. Intervención clínica de los profesionales de enfermería.

El modelo tradicional de intervención clínica es aquel en el cual el paciente asiste a consulta con el médico especialista de forma semanal o quincenal (7), si se sigue un modelo en paralelo. Sin embargo, en algunas regiones, como es el caso de Países Bajos, se está poniendo en marcha un modelo de sustitución donde el personal de enfermería especializado en VIH sustituye al médico en la realización de algunas tareas como: el control del estado del paciente, discusión sobre los resultados de análisis de sangre, apoyo en la adherencia al tratamiento, y el bienestar emocional, psicosocial y sexual. En el caso de aparecer resultados inesperados en las pruebas de seguimiento, la enfermera coordina una cita con el médico de forma paralela (7).

Vervoort et al., (7) pusieron de manifiesto que el método de sustitución requería por parte de los enfermeros amplios conocimientos. Wilson et al., (17) y Vrijhoet et al., (18) completaron este estudio concluyendo que la calidad de la labor de los profesionales de enfermería especializados era similar a la labor ejercida por los médicos especialistas en VIH y mejor que la de los médicos no especializados.

Para iniciar el tratamiento es recomendable realizar una valoración de todas las esferas de la persona: física, psicológica y sociocultural (9). La enfermera evaluará el impacto físico y social de la enfermedad en el paciente, le proporcionará información sobre autocuidados y realizará el seguimiento del caso (inmunizaciones, funcionamiento de la terapia, control de la enfermedad...) (3, 13).

En caso de que el paciente sea un niño es necesario recabar información sobre el contexto familiar y social del mismo, ya que el tratamiento debe ajustarse tanto a la vida escolar como social del alumno, y a las condiciones, necesidades y actividades de la familia (incluidos los padres). Ante esta situación, la enfermera se encargará de la enseñanza al cuidador/a del menor en la técnica de administración de la medicación, y en la detección de los signos de intolerancia a la misma (9).

Una vez que se detecta un caso de infección por VIH el personal de enfermería se encargará de llevar el registro de las citas médicas, los medicamentos prescritos junto a sus efectos secundarios, y los cambios que se produzcan en el tratamiento. A continuación, se detalla la lista de tareas que debe poner en marcha el personal de enfermería con las personas adultas que contraen el virus del VIH (7, 9, 13):

- Educar en salud y en conocimientos sobre el VIH (fisiopatología, prevención de la transmisión...).
- Informar con detalle de los beneficios y riesgos del tratamiento con TAR, así como sus mecanismos de acción, farmacoresistencia, interacciones con otros medicamentos y sustancias ilícitas y posibles efectos secundarios.
- Comunicar los resultados de la carga viral y el conteo de células.

- Recomendar estrategias especiales para el cumplimiento del tratamiento (agendas, alarmas, mensajes electrónicos programados, pastilleros, colocar el blíster de pastillas al lado de la cafetera para tomarlas cada mañana), estas estrategias se utilizan en el 95,8% de los casos como recordatorio.
- Detectar los factores de riesgo que afectan a la adherencia al tratamiento con la finalidad de planificar intervenciones de carácter multidisciplinar e individualizadas a cada paciente, como son el acceso a los servicios sanitarios y la capacidad para tragar las píldoras.
- Explicar al paciente las pautas de administración del tratamiento antirretroviral y signos de alarma sobre efectos secundarios.
- Buscar alianzas entre familiares y amigos.
- Facilitar a los pacientes el contacto con organizaciones de apoyo de su entorno.
- Realizar seguimiento periódico de la adherencia al tratamiento antirretroviral para identificar la falta de cumplimiento. Ante la falta de cumplimiento el personal de enfermería debe evaluar las razones que explican la no adherencia (salud mental, fármaco utilizado, nivel de motivación, efectos secundarios y condiciones de vida).

Los profesionales de enfermería pondrán en marcha las siguientes acciones para hacer frente a las consecuencias y complicaciones de la enfermedad. Vervoort et al., (7) pusieron de manifiesto que ante la aparición de estas dificultades se incrementa el número de consultas de 3 a 8; siendo cada vez más frecuente que los enfermeros sean quienes evalúen los efectos secundarios del TAR (13).

Es frecuente que los pacientes con VIH sufran desnutrición por la sintomatología gastrointestinal, por lo tanto, se debe evaluar su estado nutricional y de hidratación (3, 9). En este sentido, el personal de enfermería debe informar de la importancia de cocinar todos los alimentos, lavar adecuadamente las frutas y verduras, incluso si es posible hervir el agua antes de beberla.

Debido a las alteraciones que se producen en el metabolismo se desarrollan problemas dermatológicos, que también competen a los enfermeros, como (9):

- Cambios en la piel debido a efectos secundarios del tratamiento que deben observarse e investigarse.
- Enrojecimiento de la piel, calor extremo, edema o secreciones de la piel y mucosas; que pueden combatirse con jabones antibacterianos.

Ante los problemas respiratorios la enfermera se encargará de la administración de oxígeno, de la realización de cuidados en la ventilación mecánica y el establecimiento de las medidas necesarias para asegurar el aislamiento respiratorio (3).

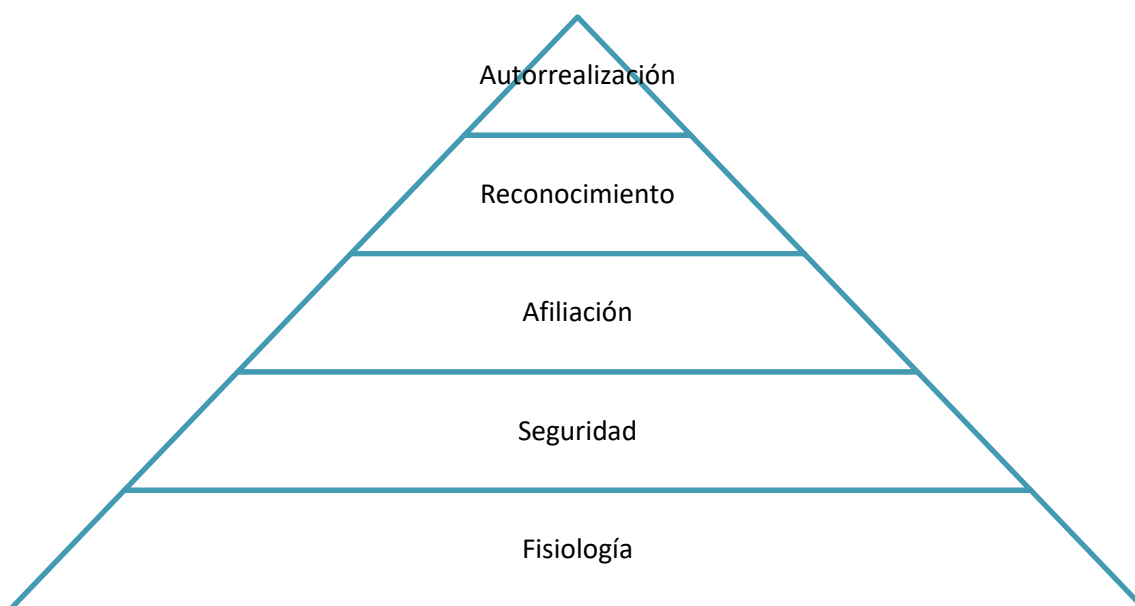
Cuando la enfermedad se desarrolla y alcanza la última fase (SIDA) es necesario que el personal de enfermería ponga en marcha una estrategia de cuidados paliativos que incluyan (3, 9):

- La administración intravenosa de analgésicos, antieméticos y antivirales.
- Aseo en cama.
- Uso de ventiladores para reducir el malestar que ocasionan los sudores nocturnos.
- Ofrecer la posibilidad de llevar a cabo los cuidados paliativos en el domicilio del paciente.

A pesar de que el TAR es competencia exclusiva del médico, el enfermero deberá saber cuándo y cómo aplicarlo (3). El enfermero tendrá un papel fundamental en la adherencia al tratamiento, contribuyendo de la siguiente forma (3, 7, 13):

- Valorando los contextos familiar y social del paciente (características de la vivienda, factores socioeconómicos y ambientales, factores psicológicos y normas de comportamiento según su cultura, nivel educativo, conocimientos sobre el tratamiento con antirretrovirales, necesidades según la pirámide de Maslow en el paciente con VIH). Es imprescindible, que el personal de enfermería tras la valoración contribuya a cubrir, en primer lugar, las necesidades básicas del paciente con VIH y, posteriormente, alcanzar los niveles superiores de la Pirámide de Maslow (19).

Figura 1. Pirámide de Maslow.



Fuente: Maslow (19). Elaboración propia.

- Elaborar un plan individualizado de administración de medicamentos (explicar exhaustivamente el régimen terapéutico utilizando distintos formatos para transmitir la información, enseñar al usuario estrategias para cambiar sus hábitos a formas de vida más saludables lo que facilita el autocontrol de la enfermedad).
- Establecer la alianza terapéutica entre el paciente y el personal sanitario que servirá de base para todo el proceso de intervención y que resulta fundamental para la adherencia al tratamiento. La alianza terapéutica se ve facilitada ante la aparición de los siguientes elementos: comunicación abierta y honesta, escucha activa del paciente, respeto y no discriminación, por el contrario, el castigo y puede exacerbar los sentimientos de aislamiento social del paciente.
- Explorar los conocimientos que tiene el paciente sobre la enfermedad y resolver sus dudas sobre la misma.
- Explicar los beneficios del tratamiento con antirretrovirales para su salud y los riesgos potenciales en caso de incumplimiento o suspensión. El personal de enfermería tiene un papel fundamental en la adherencia al tratamiento, en los modelos de sustitución es más probable que se trabaje este aspecto con temas como: el rebote viral, la resistencia a los medicamentos y la progresión de la enfermedad hacia el SIDA y la muerte.
- Realizar actividades de promoción para la salud familiar.

4.3. CAPÍTULO 3. INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL APOYO EMOCIONAL A PERSONAS CON VIH/SIDA.

Entre las funciones que desempeñan los profesionales de enfermería es el apoyo emocional al paciente, en concreto, a las personas con VIH. Los enfermeros deben fomentar el apoyo familiar, mantener una actitud de aceptación, manejar la información sensible de forma confidencial y animar al paciente a la participación en terapias de grupo para evitar el aislamiento social (3, 13).

Puesto que el VIH genera una enfermedad sin cura actualmente, el paciente tarde o temprano fallece, por lo tanto, una de las labores fundamentales del personal de enfermería es el apoyo psicológico y emocional tanto al paciente como a sus familias. Por este motivo, se han desarrollado programas para proporcionar los cuidados paliativos en el domicilio de los pacientes, de manera que, se crea un entorno más íntimo, poco medicalizado y familiar para el momento del fallecimiento (3).

Los enfermeros deben garantizar el respeto al paciente con VIH, no divulgar su condición y proporcionarle asistencia sanitaria sin discriminación, sin fomentar el rechazo que ejerce la sociedad contra ellos (5). El contexto de vulnerabilidad en que se encuentran estos pacientes hace que la profesión de enfermería se tenga que ejercer desde un enfoque humanista, basado en las relaciones de aceptación (7). Especialmente en el momento de la comunicación de los resultados de las pruebas puesto que, en muchas ocasiones esto genera desconcierto y los enfermeros son el primer contacto (8).

López et al., (10) recogen la intervención de los enfermeros en relación al apoyo emocional:

- Proporcionar los cuidados personalizados que respondan a la necesidad de soporte afectivo.
- Favorecer que los pacientes se expresen con libertad.
- Fomentar el acompañamiento del personal de salud, familiares y amigos, para eliminar el estigma y la discriminación asociada a la enfermedad. Rouleau et al., (7) manifiestan que los hombres de 50 años mantienen el estigma de 1980 así que resulta imprescindible romper con esa concepción mediante la transmisión de conocimientos.
- Brindar una atención de forma empática, sin juicios de valor, en un marco de respeto y comprensión.
- Ofrecer al paciente y familia apoyo y estrategias de afrontamiento, así como conocimientos sobre signos de alerta que impliquen enfermedades oportunistas.
- Poner en conocimiento del paciente la existencia de asociaciones que pueden serles de ayuda y los recursos sociales del contexto con los que pueden contar. Los profesionales de enfermería se coordinarán con otros profesionales sanitarios y sociales que tratan con los pacientes con VIH. Las enfermeras pueden acompañar a los pacientes en la primera visita para establecer el contacto y promover el acceso a los servicios.
- Prestar atención tanto a los mensajes verbales como no verbales del paciente. Para la evaluación del nivel motivacional del paciente y plantear un tratamiento individualizado que facilite el desarrollo de adherencia al tratamiento.

- Recomendar la realización de ejercicio físico como un hábito de vida saludable. Es imprescindible que el paciente esté motivado y acepte hacer ejercicio físico de acuerdo con su condición física y sus preferencias individuales.
- Considerar la posibilidad de realizar interconsultas con psicología y psiquiatría para psicoterapia. En el estudio realizado por Vervoort et al., (7) en todos los pacientes se evaluó el estado mental del paciente y en un 12,5% de los casos se realizó por psicólogos o psiquiatras.

El personal de enfermería debe tener en cuenta que los pacientes con VIH siguen un proceso hasta la aceptación de su nueva condición, en el cual pasan por las siguientes fases: negación, rabia o enfado, negociación, depresión y aceptación. Resulta imprescindible que el personal de enfermería respete los tiempos en que el paciente evoluciona a las siguientes fases, para evitar el rechazo al tratamiento. En cada una de estas fases tendrán que poner en marcha distintas estrategias de apoyo emocional (7, 8).

En la fase de negación habrá que escuchar sin juzgar y esperar al momento adecuado para aportarle al paciente orientaciones claras y precisas de la enfermedad.

Durante la fase de rabia el personal de enfermería escuchará de forma empática, asegurándose de que el paciente externalice sus sentimientos o se mantendrá en silencio para escuchar.

En la fase de negociación es muy importante que el personal de enfermería observe el comportamiento del paciente, y preste atención a los mensajes verbales y no verbales. Se debe mostrar predisposición a ayudar.

Durante la fase de depresión el enfermero enfatizará que a pesar de tener que convivir con el VIH se trata de una persona igual que los demás, debe motivarla y reforzar el valor de vivir. La depresión que sufren los pacientes con VIH tiende a tratarse antes de comenzar el tratamiento con TAR (13), y su evaluación se encomienda a los enfermeros antes que a los médicos.

En la fase de aceptación se aumentará el conocimiento sobre su enfermedad y la importancia del desarrollo de sus actividades cotidianas, basados en su condición personal.

4.4. CAPÍTULO 4. RIESGO LABORAL PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL VIH.

4.4.1. Medidas de bioseguridad para la atención al paciente con VIH.

El término “bioseguridad” hace referencia al conjunto de medidas que deben adoptar los profesionales de la salud para reducir los riesgos para sí mismos, su entorno y la comunidad en general (20). Cáceres (20) recoge los principios de bioseguridad:

- Todos los pacientes deben ser incluidos en las medidas de bioseguridad, independientemente de si padecen o no enfermedades conocidas.
- Uso de barreras físicas para evitar el contacto con la sangre y otros fluidos.
- La eliminación de residuos se debe hacer de forma segura y preservando el mantenimiento del medioambiente.

Los trabajadores de la salud, dentro de los cuales se encuentran los enfermeros, se exponen al contacto con sangre y otros fluidos potenciales de contener el VIH. El porcentaje de infección a través de inoculaciones percutáneas (pinchazos accidentales con jeringuillas) o

cortaduras es de 0,24-0,5%, mientras que la infección por el contacto con las mucosas es de 0,09-0,1%, e incluso menor con el contacto de piel intacta (3, 9, 21), aun así, la investigación es escasa respecto al número de lesiones y sus consecuencias (22), así como estudios que establezcan recomendaciones definitivas sobre el momento de inicio de la profilaxis (21). La Asociación de Enfermeras de EEUU señala que el 80% de las heridas causadas por inoculaciones percutáneas se pueden evitar haciendo uso de equipos más seguros.

Todos los profesionales sanitarios, incluidos los de enfermería, deben evitar el contagio adoptando las medidas de precaución universales: utilizar pinzas o guantes resistentes para desechar los instrumentos cortantes o punzantes, mascarillas faciales e incluso pantallas, bata (impermeable cuando quepa la posibilidad de tener contacto con líquidos de alto riesgo) y guantes limpios, mascarillas, hacer uso de los geles desinfectantes y lavarse las manos antes y después de atender a cada paciente aunque se utilicen guantes, cubrir las heridas de la piel especialmente de las manos, esterilizar adecuadamente los espacios y materiales, manejo adecuado de los residuos infectados por VIH en contenedores imperforables (3, 9, 10, 22).

Existe otro conjunto de medidas específicas destinadas a evitar el contagio dentro del ámbito sanitario que se organizan en tres bloques (9, 20, 22):

- Precauciones o aislamiento por contacto. Se dirigen a personas con sospecha o diagnóstico de infección por contacto directo o indirecto: adjudicación de un cuarto individual, lavado de manos antes y después de estar en contacto con el paciente, utilizar guantes estériles, mascarilla y bata limpia, equipo médico exclusivo del paciente, contenedores para desecho de material punzocortante y transporte limitado del paciente por el hospital.
- Precauciones o aislamiento por gota. Se dirigen a personas que han estado en contacto con el VIH por gotas de >5MC que se generan al toser, estornudar o hablar: adjudicación de un cuarto y un equipo médico individual, utilización de mascarilla y guantes estériles, pantallas protectoras, mantener la ventana abierta y la puerta cerrada, y transporte limitado del paciente por el hospital.
- Precauciones o aislamiento por vía aérea. Se recomienda para personas con sospecha o diagnóstico de infección que se transmite por gotas de <5MC son gotas que se dispersan fácilmente: poner un cartel en la puerta de la habitación para indicar que es una habitación individual con presión negativa de aire, utilizar mascarillas, pantallas protectoras y guantes, bata no estéril, abrir la habitación y evitar el transporte del paciente por el hospital.

Los profesionales de enfermería son los responsables de desechar los residuos biológicos y materiales de los pacientes, para ello se deben utilizar contenedor herméticos e imperforables con el símbolo universal de riesgo biológico. Por otra parte, la ropa de cama y del paciente debe transportarse en bolsas impermeables para evitar la diseminación del virus (3, 9, 10, 22).

Además, es necesario desinfectar las superficies de contacto y el material utilizado con el paciente (3, 10, 20). La esterilización del material se puede realizar a vapor o por calor seco (20).

4.4.2. Protocolo de actuación ante accidentes biológicos.

Desde el Gobierno de España y las Comunidades Autónomas se recomienda como pauta general que en caso de exposición al VIH de forma accidental se acuda al servicio de urgencias hospitalarias durante las primeras 72 horas, preferiblemente en las primeras 4-6 horas, para valorar el riesgo y aconsejar sobre el tratamiento preventivo farmacológico con tres antirretrovirales durante cuatro semanas. En caso de duda sobre la administración del

tratamiento, suministrar la primera dosis y observar la evolución durante las primeras 24 horas (14, 21, 23).

Es imprescindible que el personal de enfermería y sanitario que experimente una exposición en el ámbito profesional al VIH pueda tener un acceso inmediato a una evaluación confidencial después de esa exposición y a un asesoramiento y cuidados de seguimiento. La exposición se evalúa atendiendo a criterios como: cantidad de sangre y/u otros fluidos corporales inyectados, y la laceración o herida inoculada con los mismos (22).

En caso de producirse inoculación percutánea, el enfermero/a presionará la zona para favorecer el sangrado, se lavará inmediatamente las manos con agua y jabón o antisépticos; cubrir la herida con una venda impermeable, notificar al supervisor inmediatamente los detalles de la exposición y las medidas que se han adoptado, completar el formulario de exposición accidental (incluir los nombres de los testigos, si los hubiere, y del paciente si se conoce) y acudir al servicio de medicina preventiva donde se le informará de los protocolos de actuación y seguimiento (3, 9, 22).

Posteriormente, se le realizarán las pruebas serológicas y/o virológicas para determinar la situación inicial del profesional y del paciente. Y se le suministrará un tratamiento con TAR en las primeras 72 horas tras la exposición durante 4 semanas (3, 22).

La Tabla 3 del presente trabajo muestra la profilaxis post-exposición (PPE) al VIH por lesiones percutáneas, que recoge el protocolo elaborado por el Área de gestión Sanitaria Norte de Almería ante los accidentes biológicos (24).

Tabla 3. Profilaxis post-exposición (PPE) al VIH por lesiones percutáneas.

Tipos de exposición	Fuente de origen	Profilaxis.
Exposición parenteral poco grave (aguja sólida, herida superficial).	VIH positivo con infección asintomática o carga viral baja.	Recomendar PPE con 3 drogas: AZT + Lamivudina + +Indinavir
O		
Exposición parenteral grave (aguja hueca de gran calibre, pinchazo profundo, sangre visible en el material, aguja usada en vena o arteria del paciente).	VIH positivo con infección sintomática, SIDA, seroconversión aguada o carga viral alta conocidas.	Recomendar PPE con 3 drogas: AZT + Lamivudina + +Indinavir
	Fuente desconocida.	En general, no se justifica PPE.

Fuente: Área de gestión Sanitaria Norte de Almería (24) y Comunidad de Madrid (14).
Elaboración propia.

4.5. CAPÍTULO 5. DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS CON VIH/SIDA Y LOS ENFERMEROS/AS.

El personal de enfermería tiene la responsabilidad moral y ética de atender a todas las personas por igual, independientemente de su patología (22). El Código Deontológico (25) de enfermería describe en el Artículo 4: *“la Enfermera/o está obligado a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud”*. Asimismo, como se indica en el Código Deontológico del CIE (26) *“la*

enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad.”

En el artículo 5: *“Consecuentemente las Enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal”* (25). Por estas razones, los pacientes con VIH deben ser tratados de forma respetuosa en todo el Sistema Nacional de Salud, donde se le debe proporcionar la atención médica que necesite (27). En esta misma línea el Código Deontológico del CIE (26) indica que *“la enfermera defenderá la equidad y la justicia social en la distribución de los recursos, en el acceso a los cuidados de salud y en los demás servicios sociales y económicos.”*

En el artículo 6: *“En ejercicio de sus funciones, las enfermeras/os están obligadas a respetar la libertad del paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta”* (25). Los pacientes con VIH, al igual que el resto de pacientes, tienen derecho a la privacidad, a la confidencialidad y a la dignidad humana (9, 22, 26, 27). El Código Deontológico del CIE señala que en caso de tener que compartir información sobre un paciente se hará de la forma más discreta posible (26).

Por otra parte, es responsabilidad del personal de enfermería asegurarse de que el paciente recibe toda la información necesaria sobre la enfermedad y el tratamiento pautado, así como recoger su consentimiento para ponerlo en marcha (9, 25, 26). Además, durante la puesta en marcha de los cuidados velarán porque el uso de la tecnología y los nuevos avances científicos sean compatibles con la seguridad, el respeto y la dignidad de las personas (26).

En el artículo 18: *“Ante un enfermo terminal, la enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse”* (25).

Para presentar los derechos de las personas con VIH en España existen instituciones como el Defensor del Pueblo y otras de carácter específico, que proporcionan asistencia y asesoría legal especializada para las personas con VIH, como es la Coordinadora Estatal de VIH y sida (CESIDA) (27). Es un derecho del paciente ser informado sobre la red de apoyo que existe en el país (9).

Por su parte, los pacientes tienen el deber de informar sobre el motivo de su asistencia a la unidad de atención médica, informar sobre los cambios que haya experimentado en su condición, es su responsabilidad seguir el tratamiento pautado y acudir a las consultas de seguimiento que se realizan periódicamente, será su responsabilidad en caso de no acudir sin causa justificada y debe tratar con respeto al personal sanitario (9).

Es un derecho de los profesionales de enfermería contar con los equipos de protección necesarios para atender a los pacientes con seguridad y minimizar el riesgo, así como tener la posibilidad de recibir asistencia médica inmediata en caso de accidente biológico. Adicionalmente, es un derecho de los/as enfermeros/as recibir formación continua acerca del manejo y cuidados de las personas portadoras del VIH. En caso de infección por el VIH, el enfermero debe ser tratado como cualquier otra persona con el virus, además, contraerlo no es motivo justificado de despido, si bien es su responsabilidad desistir voluntariamente la realización de tareas que entrañen algún riesgo para los pacientes a los que atiende (9, 26).

4.6. CAPÍTULO 6. ¿QUÉ DEBEN SABER LAS PERSONAS CON VIH SOBRE EL SARS-COV-2 (COVID-19)?

El SARS-Cov-2 (COVID-19) es el virus que ha dado lugar a una pandemia mundial en el 2020 y que ha cobrado millones de vidas en el mundo. Las personas con VIH, con un sistema autoinmune deprimido son vulnerables a contraer distintas enfermedades, entre ellas se encuentra la COVID-19 (28). A pesar de la escasa información con la que se cuenta, parece que las personas con VIH que están en tratamiento antirretroviral tienen el mismo riesgo de contraer la COVID-19 que el resto de la población, sin embargo, las personas con bajo recuento de células CD4 podrían tener más riesgo de enfermar gravemente en caso de contraer el virus (29). La investigación reciente ha puesto de manifiesto que pese al riesgo de las personas con VIH a contraer la COVID-19, no se están produciendo contagios desproporcionados en este grupo poblacional, como consecuencia de la acción del TAR, aunque sí se ha observado un mayor índice de mortalidad (30,31).

Por estas razones, es necesario que adopten las siguientes medidas preventivas para evitar la infección y desarrollar los síntomas más graves, que son las mismas que las recomendadas para el resto de la población (28):

- Lavado frecuente de las manos con agua y jabón o uso de gel desinfectante con base de alcohol.
- Utilizar doble mascarilla FFP2 y quirúrgica.
- Cubrirse la mano y la boca con el codo o un pañuelo desechable al toser y estornudar.
- Quedarse en casa en caso de enfermar.
- Si tiene fiebre, tos y dificultad para respirar es necesario ponerse en contacto con su centro de salud u hospital antes de asistir para informar de sus síntomas.

Es probable que las personas con VIH se vean afectadas por la pandemia de la COVID

-19 debido a las restricciones que se han impuesto en los distintos países; que pueden comprometer su correcta atención por los servicios de salud (31). Muchas de las clínicas de VIH de Europa comparten personal e instalaciones con las enfermedades infecciosas, por lo tanto, el personal sanitario está ahora en primera línea para abordar la COVID-19 con el consiguiente impacto en la atención del VIH (32). En ninguno de los países del estudio de Kowalska et al., (32) informó del cierre de las clínicas del VIH, aunque el 52,6% suspendió su actividad normal, reduciéndose a la distribución de TAR, probablemente debido a que, en el 57,9% de los países, los médicos compartían la atención del VIH y las tareas de atención de la COVID-19. En muchos países se están realizando consultas telemáticas para evitar la presencialidad en las clínicas que expone a las personas con VIH a un porcentaje de riesgo elevado, si bien es cierto que, no todas las personas tienen acceso a los servicios de telesalud (por la falta de dispositivos electrónicos o acceso a Internet) (31).

Desde las organizaciones gubernamentales y los servicios de salud, se recomendó a las personas con VIH que se pusieran en contacto con sus servicios de salud y farmacias hospitalarias para asegurarse de que tiene reservas suficientes de sus medicamentos esenciales y de la terapia antirretroviral, idealmente para 30 días o más, así como revisar que tienen al día todas las vacunas (28-30). En la mayoría de países europeos, el TAR se dispensó para 2-3 meses; en ninguno de los países se esperaba escasez de TAR durante las primeras 2 semanas, aunque sí podría verse comprometido en los siguientes 2 meses, y tras la finalización de la pandemia, momento en el que las consecuencias económicas podrían dificultar la adquisición de TAR (32). En esta línea, el personal de enfermería juega un papel fundamental, ya que es el responsable de continuar con la prevención, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con VIH, aspecto que no deben dejar de lado pese a la pandemia, para ello se recomienda la utilización de las nuevas tecnologías.

Las personas con VIH forman parte de los grupos de población vulnerables a contraer la COVID-19 (28). Las vacunas que han sido aprobadas por los organismos gubernamentales se consideran seguras para la mayoría de personas, incluidas las personas con VIH. Actualmente, no hay datos que hagan pensar que las personas con VIH tienen más riesgo al recibir las vacunas de la COVID-19 que el resto de personas. Las vacunas contra la COVID-19 aportan los mismos beneficios a las personas con VIH que al resto de la población, así que es recomendable que se les suministre la vacuna. Los efectos secundarios de las vacunas son similares al resto de población (dolor en el brazo, malestar general, fiebres bajas y reacciones alérgicas) (33).

La vacunación de las personas con VIH se hace de acuerdo con los criterios establecidos para la población general, pero las unidades hospitalarias de VIH tienen la capacidad para establecer si sus pacientes cumplen con los criterios de vacunación y dispensarla, igual que sucede con el resto de vacunas. Por lo tanto, es imprescindible que se establezca una coordinación adecuada entre instituciones y servicios sanitarios para realizar adecuadamente la vacunación, funciones en las que tendrán un papel fundamental los profesionales de enfermería (30).

4.7. CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES, LIMITACIONES, FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN E IMPLICACIONES PARA LA ENFERMERÍA.

4.7.1. Conclusiones.

La revisión bibliográfica realizada en este estudio tuvo como objetivo analizar el papel de los profesionales de enfermería en relación con las intervenciones y cuidados de las personas con VIH/SIDA, que se desglosó en otros cinco objetivos secundarios, a los cuales se dan respuesta con las siguientes conclusiones:

- El VIH y el SIDA son un problema de salud pública a nivel mundial que afecta a personas de cualquier edad, sexo, condición económica y social (1-3). Desde 1996 se utiliza la TAR para frenar la réplica del virus (1), aunque a día de hoy no hay una cura definitiva.
- El VIH/SIDA se transmite mediante el intercambio de fluidos corporales (sangre, semen, secreciones vaginales, líquido sinovial, pericárdico, pleural y peritoneal) de la persona infectada con otra (2,3). La vía de transmisión más frecuente es la sexual (2-4,7). El diagnóstico del VIH se realiza mediante la prueba ELISA.
- Las medidas de prevención que ponen en marcha los profesionales de enfermería se encuentran los programas de educación para la salud y evitar la transmisión del VIH desde los centros de salud o desde las unidades móviles de prevención y detección. Además, las enfermeras podrán recomendar la profilaxis previa a la exposición del VIH para aquellos colectivos de riesgo, así como sugerir la realización de una prueba diagnóstica.
- La educación para la salud es el elemento principal en el manejo del estado de los pacientes con VIH, considerando fundamental la enfermería comunitaria encargada de potenciar las campañas de prevención y diagnóstico, de concienciar a la población de que cualquier persona es susceptible de tener un estado serológico positivo sin saberlo, desmitificando el término “grupos de riesgo” y asociándolo al de “prácticas de riesgo” así como la prevención primaria de nuevas infecciones. Por otro lado, desde la enfermería especializada en VIH se llevarán a cabo los planes de cuidados que conllevan planes de educación para la salud esenciales para la correcta adherencia al tratamiento, para mantener unos adecuados hábitos de vida saludables, para la eliminación de autoestigmas o para los procesos de duelo.

- La atención al paciente con VIH se puede realizar desde un modelo de sustitución o en paralelo. El modelo de sustitución es efectivo siempre y cuando el personal de enfermería esté especializado en enfermedades infecciosas e ITS (7,17,18). Las enfermeras juegan un papel fundamental en el diagnóstico del VIH, ya que son las encargadas de evaluar todas las esferas del paciente; también durante el tratamiento con la administración del TAR, el concierto de nuevas citas, la adherencia al tratamiento ofreciéndole apoyo emocional por su parte o recomendando la derivación a los profesionales de psicología (7,9,13). En la etapa final de la enfermedad, el profesional de enfermería tendrá que poner en marcha una estrategia de cuidados paliativos desde los centros residenciales, hospitalarios o el domicilio del paciente (3,9).
- Los protocolos de manejo de muestras biológicas indican que todos los pacientes deben incluirse en las medidas de bioseguridad independientemente de si padecen o no enfermedades conocidas, utilizar barreras físicas para evitar el contacto con la sangre y otros fluidos y, eliminar los residuos de forma segura y preservando el mantenimiento del medioambiente.
- En caso de accidente biológico con materiales expuestos al VIH el personal de enfermería deberá adoptar las siguientes pautas: presionar la zona para favorecer el sangrado, lavar inmediatamente las manos con agua y jabón o antisépticos; cubrir la herida con una venda impermeable, notificar al supervisor inmediatamente los detalles de la exposición y las medidas que se han adoptado, completar el formulario de exposición accidental (incluir los nombres de los testigos, si los hubiere, y del paciente si se conoce) y acudir al servicio de medicina preventiva donde se le informará de los protocolos de actuación y seguimiento.

4.7.2. Limitaciones.

El estudio realizado no está exento de limitaciones, en primer lugar, es necesario destacar que a consecuencia de la pandemia de la COVID-19 ha descendido el número de investigaciones destinadas al VIH/SIDA, por lo tanto, la mayoría de los artículos analizados fueron publicados antes de 2020; dedicándose las últimas publicaciones a relacionar el VIH con la COVID-19.

En segundo lugar, es necesario apuntar la imposibilidad de proporcionar datos numéricos acerca de la efectividad de las medidas de bioseguridad que proponen los protocolos de manejo de residuos potencialmente peligrosos.

Por último, en relación a los derechos y deberes de enfermeros y pacientes, destaca la cantidad de información disponible en relación a los derechos de los pacientes y los deberes del personal de enfermería; mientras que, los documentos oficiales que versan sobre los deberes de los pacientes y los derechos del personal de enfermería como profesionales son escasos.

4.7.3. Futuras líneas de investigación e implicaciones para la enfermería.

La principal meta de la investigación sobre el VIH debe ser encontrar la vacuna y el tratamiento definitivo para la cura por completo de la enfermedad, lo cual beneficiaría tanto a los portadores del virus como a toda la población, debido a que aseguraría la prevención y la disminución del número de contagios.

En niveles inferiores, aunque de gran relevancia debido a su aplicabilidad real en el momento actual, es necesario incrementar la investigación cuantitativa respecto a la eficacia de las medidas de bioseguridad. A nivel práctico, este conocimiento, mejoraría el manejo de los

residuos, así como la priorización de las medidas más relevantes y efectivas; aumentando, por consiguiente, el nivel de seguridad para el personal de enfermería, hospitalario y la sociedad.

Asimismo, desarrollar modelos de trabajo multidisciplinar que cubran todas las necesidades (biológicas, psicológicas y sociales) del paciente y sus familiares es fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas portadoras; así como para mejorar la práctica diaria de todos y cada uno de los profesionales de la salud. En este sentido, se deben aumentar las guías prácticas en torno al tema, que faciliten la práctica profesional.

El personal de enfermería tiene entre sus funciones asegurar el bienestar del paciente con VIH, por este motivo, se hace necesario conocer los niveles de calidad de vida de este grupo poblacional lo que se debería ampliar con otros estudios de naturaleza más cualitativa. A día de hoy, hasta donde hemos podido averiguar con la revisión bibliográfica llevada a cabo, no existen cuestionarios dirigidos a evaluar la calidad de vida de los pacientes con VIH, por lo tanto, los investigadores deberían dirigir parte de sus esfuerzos al diseño de instrumentos de esta índole y con dicha finalidad. Mi finalidad es la creación de un cuestionario en el que se valore la calidad de vida de los pacientes con VIH, una herramienta que sirva a los profesionales enfermeros como parte de la valoración holística para determinar las necesidades de cuidados que necesitan las personas con VIH y así poder ofrecer los mejores cuidados.

Por último, asociado a la necesidad de asegurar la calidad de vida de los pacientes, se encuentran las tareas educativas que desempeñan las enfermeras, organizando conferencias y asistiendo a los centros educativos para el desarrollo de los programas de Educar en Salud. En este sentido, sería conveniente estudiar la posibilidad de introducir la figura del profesional de enfermería en los centros educativos desarrollando la enfermería escolar con fines educativos de forma que puedan desarrollar actuaciones preventivas desde la primera infancia sobre temas básicos como la higiene de manos, bucodental o como la evitación de conductas de riesgo en las prácticas sexuales, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas con la finalidad de reducir en un futuro el número de nuevos pacientes con VIH.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- (1) González I, Arteaga, D, France Z. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: desarrollo histórico e importancia del conocimiento para su prevención. Rev Cubana de Med Gen Integr. 2015; 31 (1): 98-109.
- (2) Organización Mundial de la Salud (OMS). VIH/SIDA. Datos y cifras [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [consultado el 17 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- (3) Yagüe R. Cuidados de Enfermería al paciente con VIH/ SIDA. [Internet]. Revista Electrónica de Portales Médico.com 2016. [consultado el 17 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-vih-sida/>
- (4) Casanova J, Rodríguez M, Gómez M. Manejo del paciente con VIH en Atención Primaria. AMF. 2013; 9 (6): 306-315.
- (5) Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2019: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2020.
- (6) Joint United Nations Programme on HIV/SIDA (UNAIDS). 90-90-90. An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Ginebra: 2014. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf
- (7) Rouleau G, Richard L, Côté J, Gagnon m, Pelletier J. Nursing practice to support people living with HIV with antiretroviral therapy adherence: a qualitative study. J Assoc Nurses AIDS Care. 2019; 30 (4): E20-E37. doi: 10.1097 / JNC.000000000000103
- (8) Camp Y, Rompaey, B, Elseviers, M. Nurse-led interventions to enhance adherence to chronic medication: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. European Journal of Clinical Pharmacology. 2013; 69 (4): 761-770. doi:10.1007/ s00228-012-1419-y
- (9) Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. Guía de enfermería para la atención de las personas con VIH. [Internet]. 2009. México. [Consultado el 19 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/guia-de-enfermeria-para-la-atencion-de-las-personas-con-vih>
- (10) Organización Panamericana de la Salud (OPS). Protocolo integrado de VIH e ITS en Atención Primaria. [Internet]. 2013. Paraguay: Publicaciones-Paraguay. [Consultado el 19 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31262?locale-attribute=es>
- (11). López A, Barrera A, Alarcón C, Martínez R. Enfermería Basada en la Evidencia: plan de cuidados para pacientes con VIH/SIDA (parte 2). Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2017; 25 (1): 71-74.
- (12) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Recomendaciones para el diagnóstico Precoz del VIH en el ámbito sanitario. 2014. Madrid [Consultado el 19 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GuiaRecomendacionesDiagnosticoPrecozVIH.pdf>
- (13) Vervoort S, Dijkstra B, Hazelzet E, Grypdonck M, Hoepelman A, Borleffs J. The role of HIV nursing consultants in the care of HIV-infected patients in Dutch hospital outpatient

clinics. Patient Education and Counseling. 2010; 80 (2): 180-184.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.11.016>

(14) Comunidad de Madrid (CAM).VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) [Internet]. comunidad.madrid. 2021 [consultado el 13 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/vih-virus-inmunodeficiencia-humana-its-infecciones-transmision-sexual>

(15) Guía para la realización de pruebas rápidas del VIH en entornos comunitarios. [Internet]. Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019 2021 [consultado el 13 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/home.htm>

(16) Zhang C, Mitchell W, Xue Y, LeBlanc N, Liu Y. Comprender el papel de las enfermeras practicas, asistentes médicos y otro personal de enfermería en la atención profiláctica previa a la exposición al VIH en los Estados Unidos: una revisión sistemática y un metanálisis. BMC Nurs. 2020 9 de diciembre; 19 (1): 117. doi: 10.1186 / s12912-020-00503-0. .

(17) Wilson I, Landon B, Hirschhorn L, McInnes K, Ding L, Marsden P, et al. Quality of HIV care provided by nurse practitioners, physician assistants, and physicians. *Annals of Internal Medicine* 2005; 143 (10): 729–36. Doi: [10.7326 / 0003-4819-143-10-200511150-00010](https://doi.org/10.7326/0003-4819-143-10-200511150-00010)

(18) Vrijhoef HJ, Diederiks JP, Spreuwerberg C, Wolffenbuttel BH. Substitution model with central role for nurse specialist is justified in the care for stable type 2 diabetic outpatients. *J Adv Nurs* 2001; 36 (4): 546–55. Doi: [10.1046 / j.1365-2648.2001.02007.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.02007.x)

(19) Maslow, A. H. (1943). Una teoría de la motivación humana. *Psychological Review*; 50 (4), 370-96.

(20) Cáceres, J. Aplicación de protocolos y medidas de bioseguridad para la atención de pacientes pediátricos con VIH/SIDA [tesis doctoral]. Universidad de Guayaquil: 2020. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/48380>

(21) Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Protocolo de vigilancia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. [Internet]. 2016. Madrid. [Consultado el 13 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/VIH.aspx>

(22) Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Cómo reducir los efectos del VIH/SIDA en el personal de enfermería y obstetricia [Internet]. 2000. Ginebra. [Consultado el 13 mayo 2021]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-14382>

(23) Ministerio de Sanidad. La prueba del VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana). [Internet]. España. [Consultado el 13 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/pruebaVIH/home.htm>

(24). Área de gestión Sanitaria Norte de Almería. Protocolo de actuación ante accidentes biológicos. [Internet]. España. [Consultado el 13 mayo 2021]. Disponible en: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/uprl/documentos/prot_sanitario_riesgo_biologico.pdf

(25) Código Deontológico de la Enfermería española. Consejo General. Madrid: España. 1989. Recuperado de: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>

(26) Consejo Internacional de enfermeras (CIE). Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. [Internet]. 2012. Ginebra. [Consultado el 13 mayo 2021]. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf

(27) Coordinadora estatal de VIH y sida (CESIDA). VIH, discriminación y derechos. Guía para personas que viven con el VIH. [Internet]. 2015. Barcelona. [Consultado el 13 mayo 2021]. Disponible en: https://www.cesida.org/wp-content/uploads/2015/12/Guia_ESTIGMA_nov2015.pdf

(28) ONUSIDA. Lo que las personas que viven con VIH deben saber sobre el VIH y Covid-19. [Internet]. 2020. [Consultado el 13 mayo 2021]. Disponible en: https://www.unaids.org/es/resources/documents/2020/HIV_COVID-19_brochure

(29) Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Información importante sobre el VIH y el COVID-19. [Internet]. 2021. [Consultado el 13 mayo 2021]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/hiv.html>

(30) Ministerio de Sanidad. Recomendaciones sobre vacunación frente a COVID-19 en personas con el VIH en España. [Internet]. 2021. Madrid [Consultado el 13 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/homeCoronavirus.htm>

(31) Chenneville T, Gabbidon K, Hanson P, Holyfield C. El impacto de COVID-19 en el tratamiento y la investigación del VIH: un llamado a la acción. Int J Environ Res Salud Pública. 2020 24 de junio; 17 (12): 4548. doi: 10.3390 / ijerph17124548

(32) Kowalska JD, Skrzat-Klapaczyńska A, Bursa D, Balayan T, Begovac J, Chkhartishvili N, Gokengin D, Harxhi A, Jilich D, Jevtovic D, Kase K, Lakatos B, Matulionyte R, Mulabdic V, Napouit A, Papado Stefanovic M, Vassilenko A, Vasylyev M, Yancheva N, Yurin O, Horban A; Grupo de red ECEE. Atención del VIH en tiempos de la crisis del COVID-19: ¿dónde nos encontramos ahora en Europa central y oriental? Int J Infect Dis. Julio de 2020; 96: 311-314. doi: 10.1016 / j.ijid.2020.05.013.

(33) ONUSIDA. Las vacunas contra la COVID-19 son seguras para las personas que viven con el VIH. [Internet]. 2021 [Consultado el 13 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2021/covid19-vaccines-and-hiv>