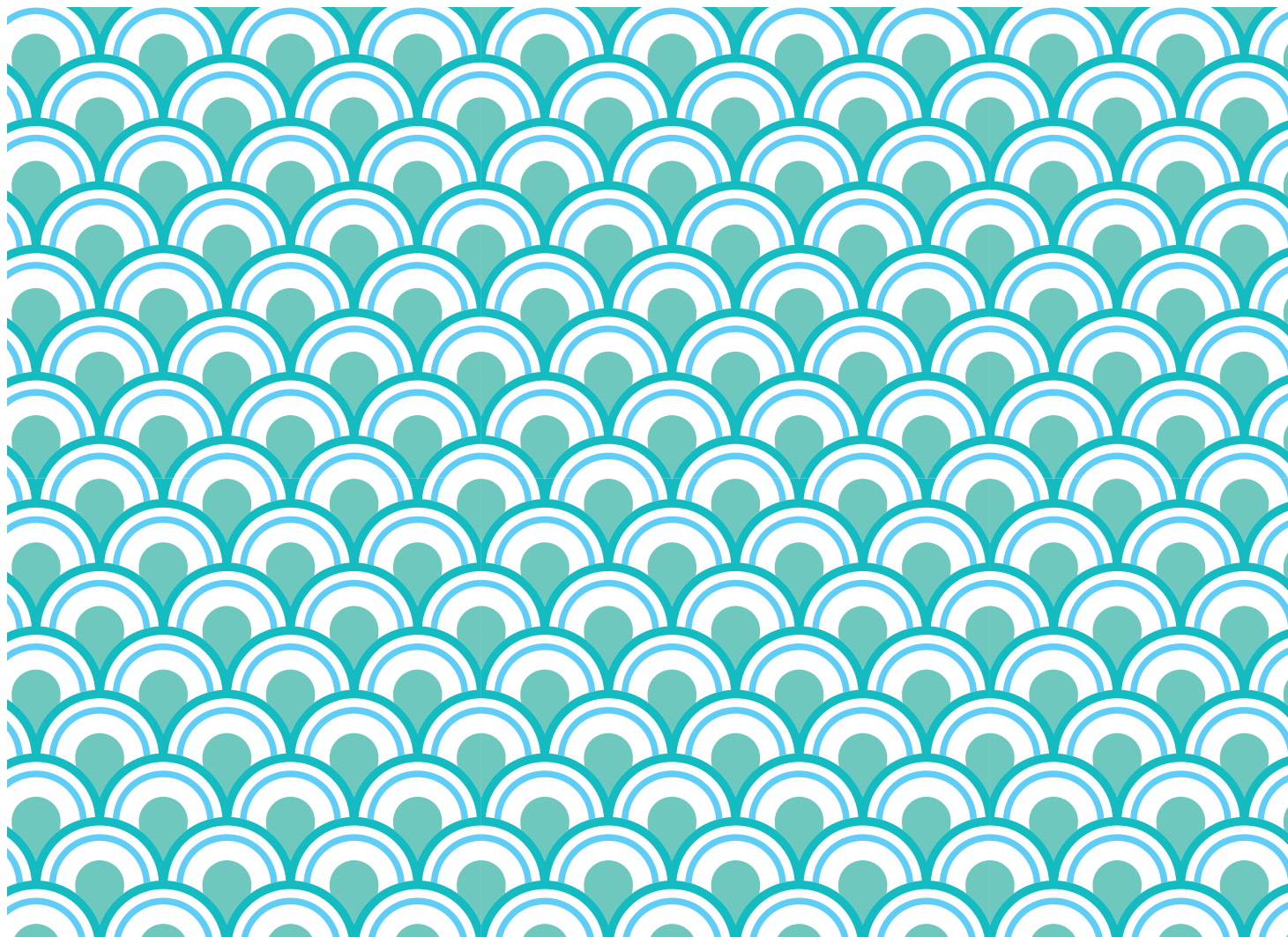


HIV atención y apoyo

Atención y apoyo al VIH teniendo en cuenta
las directrices unificadas de 2016 de la OMS



Contenido

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Propósito | 2 |
| Introducción | 4 |
| Por qué son importantes la atención y el apoyo | 9 |
| El cambiante panorama exige una respuestas dinámica | 12 |
| Atención y apoyo needs of personas que viven con el VIH | 15 |
| Implicaciones de la atención y el apoyo de las directrices de la OMS sobre cuándo iniciar la terapia antirretroviral y la profilaxis previa a la exposición al VIH | 28 |
| Necesidades de atención y apoyo al VIH para grupos de población específicos | 31 |
| Conclusión | 37 |
| Referencias | 39 |

Propósito

La atención y el apoyo suponen un amplio conjunto de servicios que incluyen apoyo médico, psicológico, físico, socioeconómico, nutricional y legal. Estos servicios son fundamentales para el bienestar y la supervivencia de las personas que viven con el VIH y sus cuidadores, los huérfanos y otros niños vulnerables.

Los servicios de atención y apoyo son necesarios desde el punto de vista del diagnóstico durante las distintas etapas de la enfermedad relacionada con el VIH, independientemente de las posibilidades de acceso a la terapia antirretroviral.

El propósito de este documento es:

- Describir lo que representan la atención y el apoyo al VIH.
- Describir el propósito de la atención y el apoyo en el contexto de las directrices unificadas de 2016 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el uso de tratamientos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH (1).
- Ilustrar la forma en que son esenciales la atención y el apoyo junto con el tratamiento del VIH para reducir el número de enfermedades y muertes relacionadas con el VIH y aumentar el bienestar de las personas que viven con el VIH, incluidos huérfanos y niños vulnerables, adolescentes, grupos de población clave y personas mayores de 50 años.

La atención y el apoyo suponen un amplio conjunto de servicios que incluyen apoyo médico, psicológico, físico, socioeconómico, nutricional y legal. Estos servicios son fundamentales para el bienestar y la supervivencia de las personas que viven con el VIH y sus cuidadores, los huérfanos y otros niños vulnerables. Los servicios de atención y apoyo son necesarios desde el punto de vista del diagnóstico durante las distintas etapas de la enfermedad relacionada con el VIH, independientemente de las posibilidades de acceso a la terapia antirretroviral.

Este documento se basa en las directrices unificadas de 2016 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el uso de antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH (1) y los aspectos técnicos en materia de atención y apoyo del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para la lucha contra el sida(2). Destaca la función fundamental de la atención y el apoyo para lograr las metas 90-90-90, que establecen que el 90 de las personas que viven con el VIH son conocedores de su estado serológico, el 90% de las personas que conocen su estado serológico tienen

acceso a tratamientos y el 90% de las personas que reciben tratamiento han suprimido las cargas víricas.

El presente documento pretende servir de apoyo a los actores que buscan maximizar los servicios de atención y apoyo de las terapias no antirretrovirales con el fin de aumentar su efectividad con mayor acceso a pruebas y asesoramiento sobre el VIH,

unido a la adherencia al tratamiento del VIH de personas que viven con el virus y mejorar su calidad de vida.

Este documento va dirigido a personas que viven con el VIH, personas en riesgo de padecer la enfermedad o personas ya afectadas, directores de programas nacionales de VIH, proveedores de servicios y legisladores.

Introducción

La respuesta mundial al sida ha cambiado para adaptarse a una epidemia de HIV en evolución. La epidemia del VIH continúa siendo uno de los retos mundiales más importantes en materia de salud pública. Millones de vidas se están salvando gracias a los importantes avances científicos y al conocimiento acumulado durante tres décadas de lucha contra el sida. El conocimiento y las herramientas existentes pretenden erradicar la pandemia de sida para el año 2030 (3,4) y pueden mejorarse con herramientas adicionales como, entre otras, una cura y una vacuna. El compromiso político y la financiación sostenible de la respuesta al sida son de suma importancia para hacer un uso eficaz de las herramientas existentes.

Con la primera terapia antirretroviral, las personas que viven con el VIH debían tomar muchas pastillas. El suministro de terapias antirretrovirales se especializó y centralizó, principalmente en grandes hospitales de zonas urbanas. El número de personas que mueren por enfermedades relacionadas con el sida era y sigue siendo elevado (5).

Desde entonces, la terapia antirretroviral ha mejorado enormemente, en especial para los adultos. Los nuevos medicamentos antirretrovirales son más potentes, más duraderos, tienen menos efectos secundarios y vienen en combinaciones de dosis fija que hacen que sean más sencillos de tomar y de seguir que otros medicamentos. Los costes de los medicamentos antirretrovirales y de los diagnósticos relacionados se han reducido considerablemente, lo que facilita un mayor acceso a la terapia antirretroviral (6,7).

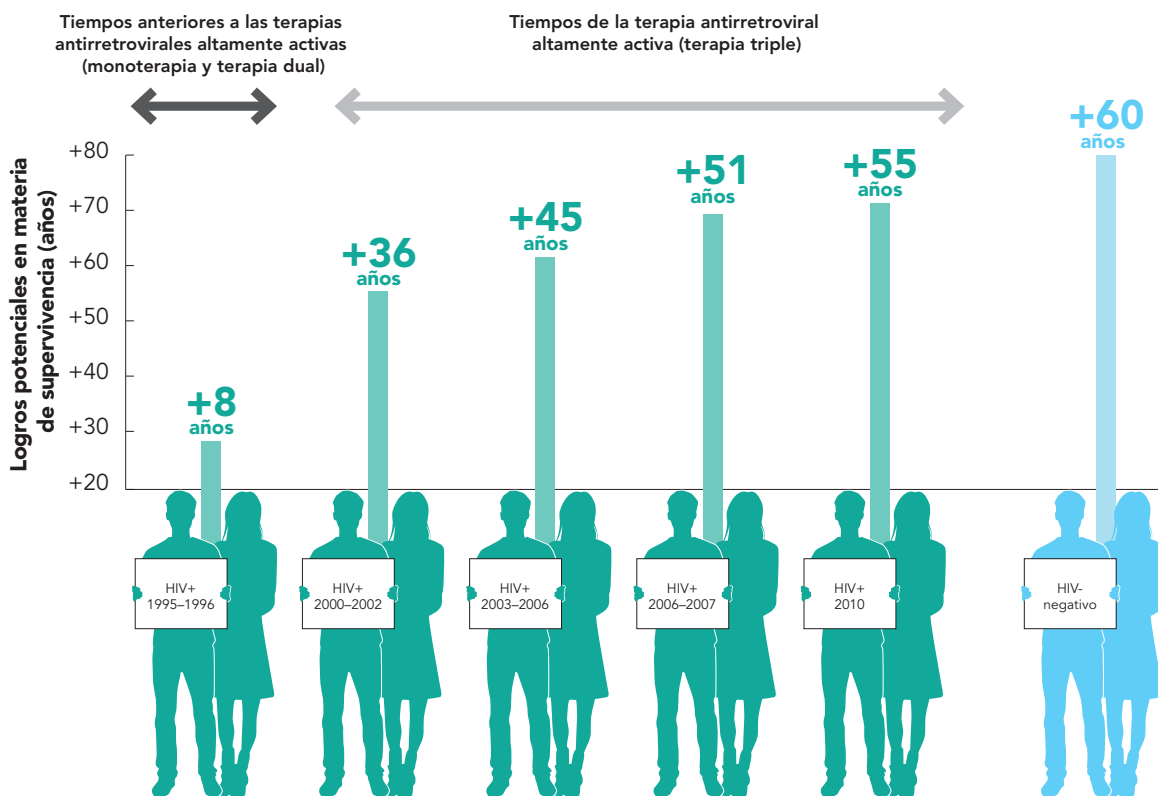
El número de enfermedades y muertes relacionadas con el sida se ha reducido significativamente. Las personas viven con el VIH durante más tiempo: su esperanza de vida se mide ahora en décadas (5), prácticamente igual que la esperanza de vida normal de la población general. La esperanza de vida de una persona de 20 años

que vive con el VIH que haya comenzado una terapia antirretroviral ha aumentado de 36 años en el periodo 2000-2002 a 51 años en 2006-2007. Una persona de 20 años que vive con el VIH en un país de altos ingresos como Canadá o los Estados Unidos de América que haya iniciado una terapia antirretroviral tiene, a día de hoy, una esperanza de vida de casi 70 años, muy similar

a la de la población general (Imagen 1). Se mantienen las diferencias por cuestión de raza, sexo, edad, grupos de transmisión del VIH y recuento de CD4. Sin embargo, la esperanza de vida es menor en personas con un historial de consumo de drogas inyectables, personas que no son blancas y personas que inician la terapia antirretroviral con un recuento de CD4 más bajo (8).

Imagen 1

Expectativa de supervivencia de una persona de 20 años que vive con el VIH en un país de altos ingresos durante diferentes periodos de tiempo



Fuente: Informe Gap de ONUSIDA de 2014.

Esta esperanza de vida casi normal de las personas que viven con el VIH y que reciben terapia antirretroviral en los países de ingresos altos, también se ha registrado en los países de ingresos bajos o medios. En Uganda, se estima que una persona que vive con el VIH que inicie la terapia antirretroviral a la edad de 20 años contará con 26 años más de vida (9). En las zonas rurales de Sudáfrica, la esperanza de vida para las personas que viven con el VIH que han iniciado una nueva terapia antirretroviral aumentó a 60,5 años en 2011 frente a los 49,2 de 2003, cuando la terapia antirretroviral no formaba parte del sistema de salud pública (10). En Rwanda, la esperanza de vida para las personas que viven con el VIH que han iniciado una terapia antirretroviral a la edad de 20 años en el periodo 1997-2007 era de 20,4 años adicionales, que ha aumentado a 25,6 años para el periodo 2008-2011. Entre los países, la esperanza de vida varía en función del género, con mayores ventajas para las mujeres. Se registró una mayor esperanza de vida entre las personas con un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³ (11).

Millones de personas que viven con el VIH no tienen acceso al tratamiento y la atención relacionados con el VIH y aún se necesita apoyo para las personas que están en tratamiento del VIH. A pesar de que el acceso a la terapia antirretroviral ha conducido a una notable reducción de las muertes relacionadas con el sida y presenta grandes ventajas sanitarias, la terapia antirretroviral no restablece la salud por completo. Por su parte, las muertes relacionadas con el sida han aumentado y se observa un mayor número de complicaciones en comparación al pasado. Aún más importante, las personas que viven con el VIH necesitan recibir terapia antirretroviral durante el resto de sus vidas: una difícil tarea para la que necesitarán apoyo (5).

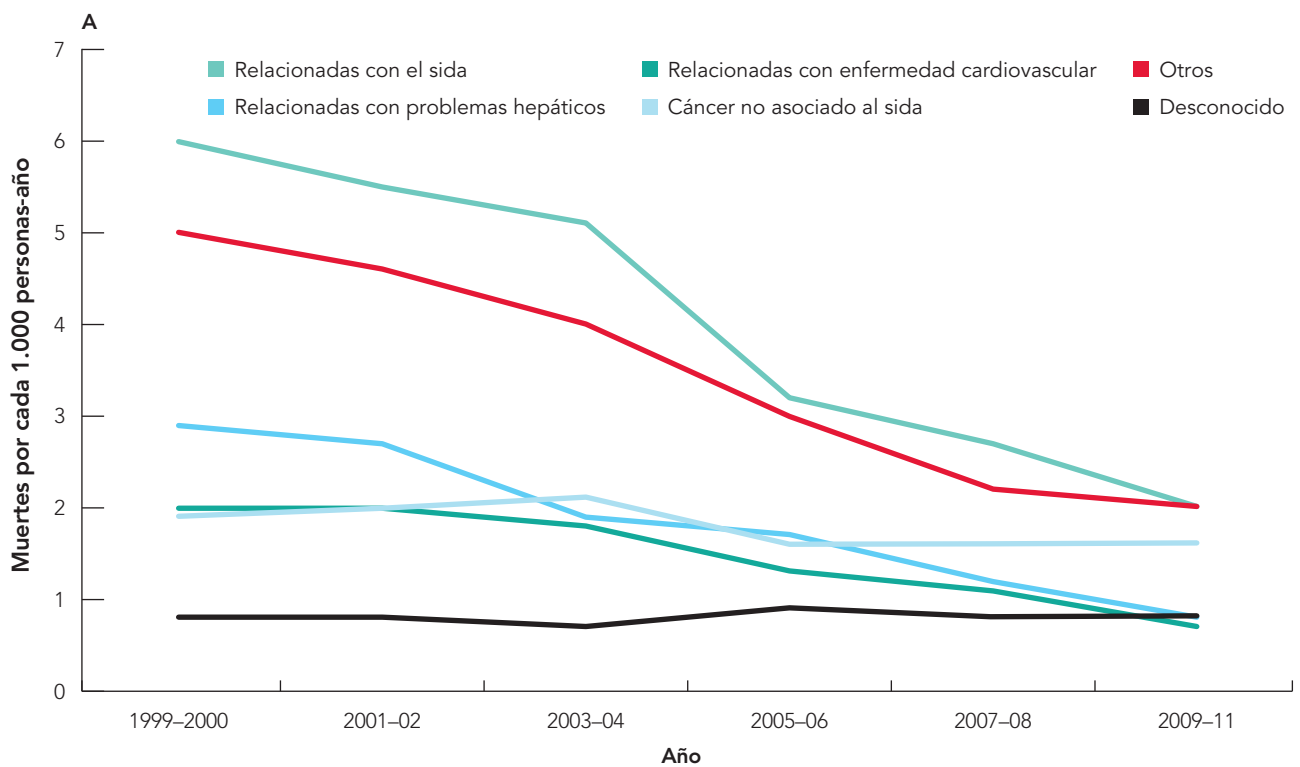
Las imágenes 2 y 3 muestran las causas de muerte más comunes entre las personas que viven con el VIH en Europa, Australia, los Estados Unidos de América y Uganda.

Un estudio de tendencias a lo largo del tiempo sobre todas las causas de mortalidad y de las causas específicas de muerte entre personas que viven con el VIH que participaron en estudios de cohorte de personas que recibían atención en Europa, los Estados Unidos de América y Australia determinó que el número de muertes entre las personas que reciben tratamiento para el VIH ha descendido desde 1999-2000 hasta 2009-2011: las causas de muerte más comunes eran las relacionadas con el sida, seguidas de otras causas. La presencia de bacterias invasoras, el suicidio o la sobredosis de medicamentos figuran entre las causas de muerte más comunes dentro del grupo de "otras causas". Las causas de muerte relacionadas con el sida y "otras causas" de muerte experimentaron las mayores reducciones. Los cánceres no relacionados con el sida aumentaron en comparación con las enfermedades hepáticas y cardiovasculares (12).

En uno de los pocos estudios realizados en escenarios de bajos ingresos que incluyen causas de muerte entre las personas que viven con el VIH entre 2002 y 2012, la tasa de mortalidad entre las personas que viven con el VIH se ha reducido a lo largo del tiempo (imagen 3). La tasa de mortalidad estimada se redujo de 21,86 muertes/100 personas-años de seguimiento en 2002 a 1,75 muertes/100 personas-años de seguimiento en 2012. La proporción de muertes derivadas del contagio y de las neoplasias asociadas al sida descendió del 84% [74-90%] al 64% [53-74%]; la proporción de muertes derivadas de enfermedades crónicas no transmisibles, otras enfermedades no transmisibles y la combinación de enfermedades transmisibles y no transmisibles aumentó. Sin embargo, las enfermedades transmisibles y las neoplasias asociadas al sida continuaron siendo la principal causa de la mayoría de las muertes (13).

Imagen 2

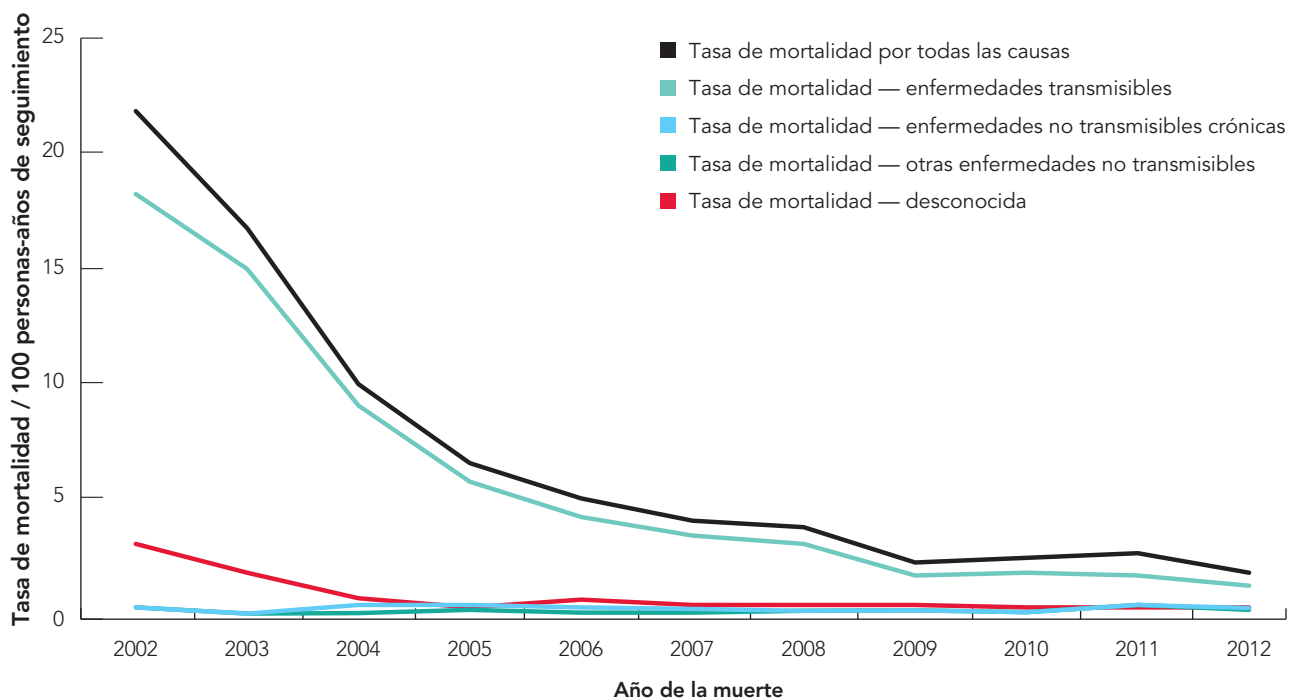
Tendencias en las causas de muerte entre las personas que viven con el VIH en Europa, Australia y los Estados Unidos de América, 1999-2012



Fuente: Smith CJ, Ryom L, Weber R, Morlat P, Pradier C, Reiss P, et al Trends in underlying causes of death in people with HIV (D:A:D): a multicohort collaboration. Lancet. 2014;384:241-248.

Imagen 3

Tasa de mortalidad entre las personas que viven con el VIH en Uganda en la era de las TAR – 2004 – 2013^a



Fuente: Cox JA, Kiggundu D, Elpert L, Meintjes G, Colebunders R, Alamo S. Temporal trends in death causes in adults attending an urban HIV clinic in Uganda: a retrospective chart review. *BMJ Open*. 2016;6:e008718.

^a **Enfermedades transmisibles:** VIH, tuberculosis, diarrea, infección del tracto respiratorio o síntomas respiratorios, meningitis, malaria, sarcoma de Kaposi, otras neoplasias asociadas al sida, infecciones no especificadas y otras enfermedades transmisibles especificadas.

Enfermedades no transmisibles crónicas – Neoplasias no asociadas al sida, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, infecciones gástricas y enfermedades hepáticas, trastornos neurológicos o psiquiátricos, diabetes, enfermedades renales crónicas o abuso crónico del alcohol.

Otras enfermedades no transmisibles – Trastornos relacionados con el embarazo, accidentes, suicidio, asalto, embolia pulmonar u otras afecciones no especificadas.

Por qué son importantes la atención y el apoyo

La atención y el apoyo se refieren a servicios clínicos clave de terapia antirretroviral, la prevención y el tratamiento de infecciones relacionadas con el VIH y servicios no clínicos que, en combinación con la terapia antirretroviral, contribuyen a la reducción de las tasas de mortalidad relacionadas con enfermedades y con el VIH de las personas que viven con el virus y un aumento de su bienestar (14). La atención y el apoyo son importantes por las siguientes razones:

- Para facilitar el acceso inmediato al tratamiento cuando se diagnostica el VIH.
- Para prestar apoyo a la adherencia al tratamiento para lograr la supresión vírica de las personas que viven con el VIH, por el bien de su propia salud y para prevenir la infección de otras personas que viven con el VIH.
- Para aumentar la prevención y la gestión de infecciones relacionadas con el VIH.
- Para afrontar los retos que supone vivir con el VIH.

La tabla 1 muestra los distintos servicios de atención y apoyo adaptados a partir del marco de atención y apoyo del PEPFAR (14). Los servicios de atención y apoyo indicados en la categoría "universal" de la tabla 1 han demostrado contribuir a la reducción de la enfermedad y las muertes y a mejorar el bienestar de las personas que viven con el VIH. Estos servicios son necesarios para todas las personas que viven con el VIH e incluyen:

- Vinculación a la atención para el inicio rápido de la terapia antirretroviral para las personas a las que se diagnostica VIH, seguida de un seguimiento clínico y de laboratorio regular y, cuando proceda, mediciones del recuento de CD4 y de la carga vírica.
- Exámenes de tuberculosis activa (TB), con derivación a diagnóstico o tratamiento cuando convenga.

- Profilaxis con cotrimoxazol para las personas que viven con el VIH y que tienen derecho según las directrices de cada país.
- Servicios clínicos y no clínicos basados en pruebas que optimicen la retención en la atención y la adherencia a las terapias antirretrovirales.

El asesoramiento eficaz y las pruebas relacionadas con una terapia antirretroviral duradera para nuevos casos de VIH, independientemente del recuento de CD4, siguen siendo la puerta de entrada a la atención y el apoyo. Para las personas con enfermedad grave

o avanzada del VIH (estadio clínico 3 o 4 de la OMS y adultos con recuento de CD4 inferior a 350 células/mm³), la prioridad debe ser comenzar el tratamiento contra el VIH (15). A partir de ahí, el acceso y la adherencia al tratamiento contra el VIH, los servicios de enfermería básicos y la atención a pacientes terminales, el acceso a subsidios sociales, el apoyo psicosocial y de salud mental, las actividades para el fortalecimiento de los medios de vida y la seguridad alimentaria continúan siendo pilares esenciales para la atención y el apoyo en la respuesta al VIH (16).

Tabla 1

Servicios de atención y apoyo^a

| | |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Universal | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vinculación a la atención para el inicio rápido de la terapia antirretroviral para las personas a las que se diagnostica VIH, con seguimiento clínico y de laboratorio regular, incluida la carga vírica ▪ Exámenes de tuberculosis ▪ Profilaxis con cotrimoxazol ▪ Optimización de la retención en la atención y la adherencia a la terapia antirretroviral |
| Coyuntural | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispensario/atención clínica ▪ Atención física ▪ Apoyo social ▪ Gestión del dolor y de los síntomas y cuidados paliativos ▪ Servicios de salud mental y abuso de sustancias (incluido el alcohol) ▪ Asesoramiento y apoyo nutricional ▪ Apoyo legal |

^a Los servicios no figuran en ningún orden en particular.

El resto de servicios que no son universales son coyunturales y de aplicación a cada contexto nacional o grupo de población. Entre ellos se incluyen la detección y el tratamiento del cáncer de cuello de útero de las mujeres que viven con el VIH, especialmente en zonas de alta prevalencia del África subsahariana; acceso a servicios de salud mental y servicios para el consumo de sustancias dañinas, incluidos el alcohol y el tabaco; detección y tratamiento de la hepatitis, especialmente entre poblaciones claves que viven con el VIH; y apoyo legal.

Dado que las zonas geográficas con incidencia del VIH también presentan una alta prevalencia de enfermedades no transmisibles (por ejemplo, diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares), inseguridad alimentaria e infecciones endémicas (por ejemplo, malaria, TB, diarrea)(17), muchos de los servicios de atención y apoyo coyunturales son necesarios en diferentes situaciones.

El cambiante panorama exige una respuestas dinámica

Es importante mantener un enfoque integrado y completo de la atención y el apoyo para dar respuesta a las cada vez más complejas necesidades de las personas que viven con el VIH y garantizar que vivan unas vidas largas, saludables, plenas e independientes. El cambiante panorama del VIH (imagen 4) implica que los enfoques en materia de atención deben evolucionar hacia enfoques de atención y apoyo más holísticos, coordinados e integrados (18). La terapia antirretroviral sigue siendo la base para el tratamiento de la infección del VIH, si bien la atención y el apoyo son parte integral de la dicha terapia. La atención y el apoyo van más allá de los medicamentos y los sistemas formales de atención sanitaria y exigen la adopción de nuevas estrategias que tengan en cuenta todas las distintas necesidades de las personas que viven con el VIH.

En los tiempos de la terapia pre-antirretroviral, existía una clara presencia de enfermedades relacionadas con el VIH y un número creciente de muertes entre las personas que viven con el VIH. El VIH afectaba principalmente a jóvenes y niños en países con una alta prevalencia del virus, lo que se traducía en bajas esperanzas de vida en estos grupos. Los grupos de población claves, incluidos los profesionales del sexo, hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, personas transgénero y personas que consumen drogas inyectables, eran los grupos más afectados en muchas partes del mundo. En la actualidad, son más las personas que reciben tratamientos antirretrovirales y se han reducido las infecciones por el VIH entre adultos y niños. Sin embargo, las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes de África meridional y oriental y los grupos de población claves continúan teniendo cargas de VIH desproporcionadamente más elevadas (5).

Antes de la llegada de las terapias antirretrovirales, en muchos países, especialmente aquellos de ingresos bajos o medios, los sistemas sanitarios eran incapaces

Imagen 4

El cambiante panorama de la epidemiología del VIH, la prevención y el tratamiento

| | Pasado | Presente | Futuro |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado inmunológico entre las personas que viven con el VIH | <ul style="list-style-type: none"> Inmunodeficiencia grave en pacientes que no reciben tratamiento Inmunodeficiencia parcialmente restablecida en pacientes tratados Enfermedades propias del sida y tuberculosis Toxicidad de la terapia antirretroviral a partir de las combinaciones tempranas de terapia antirretroviral | <ul style="list-style-type: none"> Sistema inmune parcialmente restablecido con terapia antirretroviral Inflamación persistente que contribuye a un restablecimiento incompleto de la salud Creciente importancia de las complicaciones cardiovasculares, hepáticas, renales y cognitivas del VIH | <ul style="list-style-type: none"> Función inmune restablecida a través de una más temprana iniciación de la terapia antirretroviral, cura funcional en algunos pacientes Morbilidad que refleja la edad tal y como se ve en la población general No aumenta el riesgo de tuberculosis |
| Atención y apoyo modelo | <ul style="list-style-type: none"> Atención hospitalaria de los pacientes sintomáticos Atención domiciliaria, cuidados paliativos y atención a enfermos terminales | <ul style="list-style-type: none"> Clínico y hospitalario Avanzar hacia la atención integrada del VIH en serie | <ul style="list-style-type: none"> Modelo de atención integrado comunitario y clínico especializado en servicios de cura del VIH Tecnología de punto de atención ampliamente empleada y atención al paciente Atención descentralizada Monitorización rutinaria de la carga vírica |
| Epidemiología del VIH | <ul style="list-style-type: none"> Aumento exponencial de las nuevas infecciones de VIH La enfermedad afecta principalmente a adultos jóvenes Carga desproporcionada de nuevas infecciones en poblaciones de alto riesgo Esperanza de vida de menos de dos años tras el contagio del sida Bajo porcentaje de personas con acceso a la terapia antirretroviral | <ul style="list-style-type: none"> Menor cantidad de nuevos contagios entre adultos, aunque el número de personas que viven con el VIH es mayor Enfermedad cada vez más común en personas de mediana edad Reducción del número de niños que viven con el VIH Carga desproporcionada de nuevas infecciones en poblaciones de alto riesgo y en parejas serodiscordantes Mayor proporción de personas que reciben terapia antirretroviral Esperanza de vida de décadas para las personas tratadas | <ul style="list-style-type: none"> Pocas nuevas infecciones por el VIH Eliminación de la infección por el VIH en niños Espectro de edades de las diferentes etapas de la enfermedad, con un peso creciente de las poblaciones geriátricas Reducción del riesgo de tuberculosis |

Fuente: Deeks SG, SR Lewin, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. Lancet. 2013;382:1525–1533.

de gestionar el elevado número de personas que se contagiaban. La mayoría de las personas que viven con el VIH acudían a sus familias, comunidades y organizaciones religiosas para tener acceso a la atención y el apoyo relacionados con el VIH. Los grupos de apoyo que ofrecían una variedad de servicios o referencias de apoyo psicosocial, atención clínica básica,

valoración y asesoramiento nutricional y apoyo legal y económico eran esenciales para la respuesta al VIH. Las nuevas pruebas demuestran que estas estructuras siguen siendo importantes en la mejora de la salud y el bienestar de niños y adultos que viven con el VIH o que se encuentran en riesgo de contagio o están ya afectados (19).

Atención y apoyo needs of personas que viven con el VIH

Acceso acelerado al tratamiento antirretroviral

El inicio inmediato de la terapia antirretroviral y del cuidado es esencial para la salud y la vida. La recomendación de la OMS de ofrecer tratamiento antirretroviral a todas personas que hayan presentado un resultado positivo en las pruebas del VIH, independientemente del recuento de CD4, tendrá poco efecto si quienes han dado positivo no inician las terapias antirretrovirales de manera inmediata. Las personas que viven con el VIH que acuden a servicios de atención al VIH presentando enfermedades definitorias de sida, incluso en el caso de que tenga un recuento de CD4 elevado, tienden a evolucionar peor que las personas que viven con el VIH sin enfermedades definitorias de sida. Asimismo, las personas con un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³ tienden a progresar con mayor rapidez al sida al acceder a la atención relacionada con el VIH o mueren antes que las personas con perfiles inmunológicos más robustos (15).

La pronta identificación, el acceso inmediato a la atención clínica y su retención, y la atención y el apoyo son esenciales para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que viven con el VIH. Incluso cuando las personas acuden en busca de asesoramiento y pruebas, pueden que no reciban atención y tratamiento para el VIH de inmediato. La vinculación a la atención puede darse con una confirmación de un diagnóstico positivo del VIH y una primera visita clínica (20). Los estudios realizados en África meridional señalan que la diferencia entre el diagnóstico y la vinculación con la atención puede ser alarmantemente grande: estos estudios determinaron que entre el 8,5% y el 69% de las personas con VIH accedieron a la atención entre los 90-180 días posteriores al diagnóstico (21-24).

El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la vinculación a la atención y entre el diagnóstico y el inicio de la terapia antirretroviral son de especial importancia en niños

y personas con recuentos de CD4 bajos, en los que retrasar el inicio del tratamiento se asocia con un alto riesgo de adquirir infecciones relacionadas con el VIH y la muerte. Un ejercicio de modelización en el que se emplean datos de Sudáfrica estimaba que un retraso de 70 días en el inicio de la terapia antirretroviral se traduciría en un aumento del 34% en una tasa de mortalidad de 12 meses. Retrasar la terapia antirretroviral no solo impide que las personas que viven con el VIH accedan al tratamiento en sí, sino

que también pone en peligro la salud de las personas que sí empiezan la terapia antirretroviral (25).

Existen muchas razones que llevan a las personas a no formar parte de la atención o a abandonarla en un momento dado. La tabla 2 muestra los indicadores habituales de desgaste de la atención y los obstáculos para acceder a la atención desde una revisión sistemática de los factores de riesgo, los obstáculos y los facilitadores del acceso a la atención de terapias antirretrovirales.

Tabla 2
Indicadores de desgaste de la atención y obstáculos a la atención

| Factor | | Indicador de desgaste | Obstáculos a la atención |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Económico | ▪ Transporte | Sí | Sí |
| | ▪ Distancia al proveedor | Sí | Sí |
| | ▪ Incapaz de encontrar tiempo para acudir a las visitas médicas por razones laborales | | Sí |
| | ▪ Falta de alimentos | | Sí |
| Psicosocial | ▪ Estigma y miedo a revelar su condición | | Sí |
| | ▪ Miedo a la toxicidad de los medicamentos | | Sí |
| | ▪ Percepción de buena salud | | Sí |
| Sistemas sanitarios | ▪ Largas esperas clínicas | | Sí |
| | ▪ Servicios deficientes por parte de los trabajadores sanitarios | | Sí |
| | ▪ Escasez de trabajadores sanitarios | Sí | Sí |
| | ▪ Horarios clínicos inapropiados | | Sí |
| Médico | ▪ Inmunodeficiencia avanzada | Sí | |
| | ▪ Sobre tratamiento de tuberculosis o coinfección con tuberculosis | Sí | Sí |
| | ▪ Embarazo | Sí | |
| | ▪ Desnutrición grave | Sí | |
| Otros | ▪ Varones | Sí | |
| | ▪ Jóvenes | Sí | |
| | ▪ Bajo nivel educativo | Sí | |

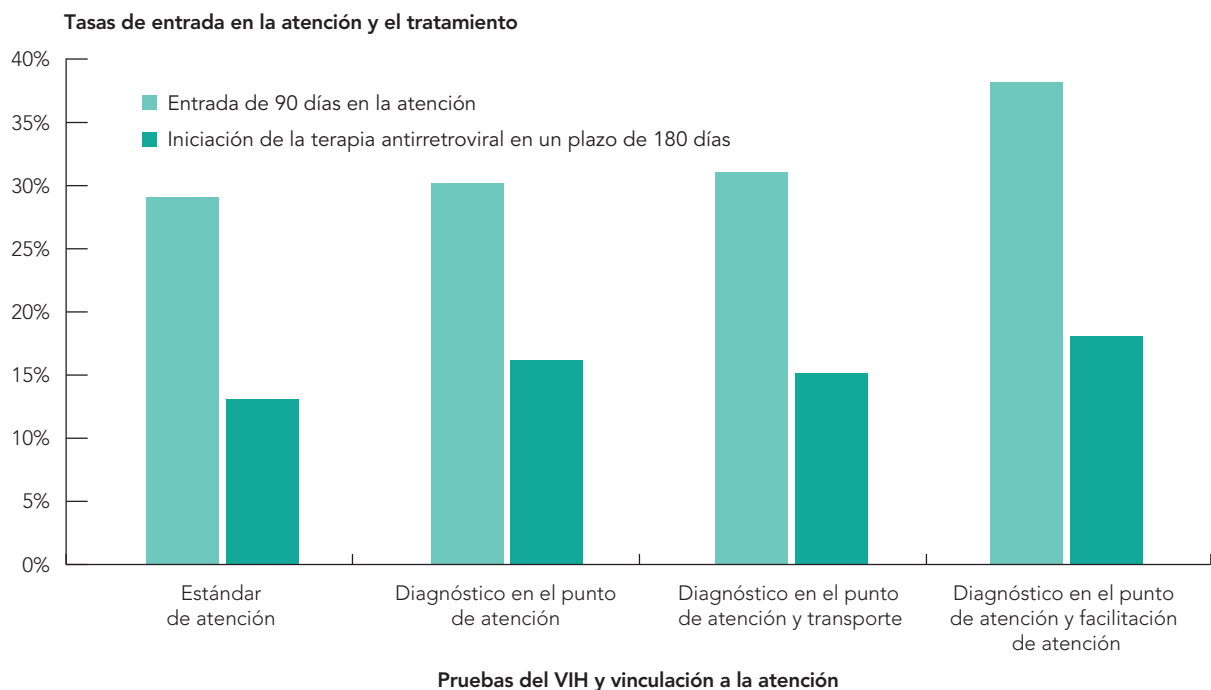
Fuente: Govindasamy D, Ford N, Kranzer K. Risk factors, barriers and facilitators for linkage to antiretroviral therapy care: a systematic review. AIDS. 2012;26:2059–2067.

Dar respuesta a las múltiples necesidades de las personas que viven con el VIH es esencial para vincular y mantener a las personas en la atención. Combinar estrategias innovadoras de pruebas de detección del VIH, incluidas las pruebas domésticas y a nivel comunitario, el autodiagnóstico y el diagnóstico en puntos de atención (incluido en niños), con la atención y el apoyo puede aumentar las tasas de pruebas de detección y la vinculación a los tratamientos del VIH. En Sudáfrica,

la vinculación al tratamiento del VIH aumentó un 40% cuando se ofrecía a las personas que viven con el VIH un diagnóstico en el punto de atención y se les facilitaba ayuda para superar los obstáculos personales, incluidos el miedo al estigma de un diagnóstico positivo, miedo a la revelación de su estado y falta de autoconfianza a la hora de acceder al tratamiento del VIH, frente al asesoramiento y la detección del VIH estándares (imagen 5) (26).

Imagen 5

Tasas de acceso a la atención en un plazo de 90 días e iniciación de la terapia antirretroviral en un plazo de 180 días



Fuente: Hoffmann C, Mabuto T, Ginindza S, Fielding KL, Kubeka G, Dowdy D, et al. A randomized trial to accelerate HIV care and ART initiation following HIV diagnosis. Resumen 113LB. Presentado en la Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, Boston (Massachusetts, EE.UU.), 22–25 de febrero de 2016.

En otro estudio realizado en Sudáfrica, ofrecer iniciación a la terapia antirretroviral en una única visita para las personas que viven con el VIH aumentó la aceptación de terapias antirretrovirales en un 36% y aumentó la supresión vírica un 26%. La iniciación acelerada de terapias antirretrovirales combinaba procedimientos clínicos acelerados y comprimidos con tecnología de pruebas de detección en laboratorios, incluidos un examen físico, educación y asesoramiento, que permitía a las personas que viven con el VIH empezar una terapia antirretroviral el mismo día. La rápida iniciación conllevaba una media de 2,4 horas [2,1-2,8 horas] desde que se conseguía el consentimiento informado hasta que se dispensaba la primera administración del medicamento antirretroviral. Este intervalo de tiempo fue más corto para las personas que viven con el VIH que tenían consigo sus resultados de recuento de CD4 (media de 2,25 horas); el intervalo fue más largo para las personas que necesitaban pruebas de TB y que iniciaron la terapia antirretroviral el mismo día (media de 4,5 horas).

El inicio del tratamiento normalizado seguía un esquema que requería de tres a cinco visitas adicionales por un periodo de 2 a 4 semanas. El enfoque de inicio rápido aumentó la proporción de personas que viven con el VIH que iniciaron la terapia antirretroviral en un plazo de 90 días del 25% al 97%. Además, el 100% de las personas que viven con el VIH que necesitaban tratamiento para la TB no experimentaron retraso a la hora de recibir tratamiento para la TB. Muchas personas que vivían con el VIH abandonaron la atención tras comenzar la terapia antirretroviral en el grupo de iniciación estándar, lo que acusaba la necesidad esencial de asesoramiento en materia de adherencia. En general, el grupo de inicio rápido obtuvo mejores resultados en materia de salud (25).

Es esencial contar con asesoramiento más potente tras la prueba de detección del VIH, grupos de apoyo de personas que viven con el VIH y programas

de capacitación para conectar y mantener a las personas que viven con el VIH en la atención. Vincular a las personas que viven con el VIH con servicios que ofrecen cupones de transporte o reembolsos y sistemas de transporte gratuitos para el traslado a las citas médicas son enfoques importantes para reducir los gastos corrientes de las personas que viven con el VIH y mantenerlas en la atención. El uso de unidades móviles que ofrecen servicios de terapia antirretroviral como los servicios de laboratorio en puntos de atención o terapia antirretroviral a domicilio mejora los vínculos con la atención. Los incentivos financieros, la trayectoria de desarrollo profesional, una mejor gestión, el reconocimiento personal y una mejora de las condiciones de trabajo son esenciales para retener y mantener a los trabajadores sanitarios en el sector público y mantener a las personas que viven con el VIH en la atención (29).

Debido a los recortes de personal, puede que los servicios no sean accesibles o de baja calidad. Los servicios de baja calidad y las actitudes negativas de algunos trabajadores de centros sanitarios, especialmente hacia adolescentes y poblaciones clave, pueden ir en contra del acceso continuo a los servicios de VIH (27). Es esencial abordar las actitudes negativas, tales como los prejuicios, la falta de conocimiento y el temor a la infección por el VIH, de los trabajadores de los centros sanitarios, incluidos médicos, enfermeros y otros, proporcionando conocimiento, información y las herramientas y medios adecuados para desempeñar su trabajo y así aumentar el acceso y la retención en la atención relacionada con el VIH (20).

La estrategia START-ART aumentó el inicio de las terapias antirretrovirales en Uganda.

En Uganda, el 80% de las personas que viven con el VIH que participaron en la estrategia para el inicio de una terapia antirretroviral racionalizada (START-ART) comenzaba el tratamiento antirretroviral 14 días después

del diagnóstico frente al 38% de personas que recibían tratamiento a través de un programa estándar de VIH. A los 90 días tras el diagnóstico, el 90% de las personas de la estrategia START-ART se encontraban en terapia antirretroviral frente al 70% de personas en el programa de atención estándar. El enfoque START-ART pretende cambiar los comportamientos predominantes entre los trabajadores sanitarios, centrándose en el conocimiento, las actitudes y las creencias que afectan al comportamiento, facilitando factores como las habilidades y los materiales que hacen que se alcance el comportamiento deseado y anticipando y reforzando las consecuencias de dicho comportamiento.

Entre los obstáculos para comenzar una terapia antirretroviral destacan la creencia generalizada de que el retraso en el inicio de la terapia antirretroviral no es dañino; el descuidado procesamiento de los resultados de laboratorio que exigen múltiples visitas clínicas antes de que se inicie la terapia antirretroviral y las prácticas estándar que exigen hasta tres visitas de asesoramiento y la necesidad de contar con personas de apoyo para el tratamiento antes de que se inicie.

El enfoque START-ART incluía formación sobre las consecuencias clínicas y de comportamiento al retrasar el ofrecimiento de la terapia antirretroviral; la programación de las visitas siguiendo consideraciones clínicas; la introducción de un enfoque revisado de asesoramiento que relaje los estrictos requisitos para las personas que prestan apoyo al tratamiento y destacando que las personas que viven con el VIH deberían ser evaluadas en función de su disposición a iniciar la terapia antirretroviral antes que en base a la aplicación de múltiples sesiones estándar de asesoramiento sobre adherencia; y el uso de máquinas que permitan a los trabajadores sanitarios ofrecer resultados en tiempo real. La decisión de ofrecer terapia antirretroviral estaba en manos de los médicos y enfermeros que trabajaban en el programa,

lo que demuestra que este enfoque parece aceptable y aplicable en la atención rutinaria (28).

Asistencia médica a otras enfermedades

La TB es la infección relacionada con el VIH más frecuente entre las personas que viven con el VIH, independientemente de si están recibiendo tratamiento contra el VIH o no (30). La TB continúa siendo la principal causa de hospitalización y muerte intrahospitalaria entre niños y adultos que viven con el VIH. De todos los niños que viven con el VIH que son hospitalizados, el 8% de los casos se atribuye a la TB. Entre los adultos que viven con el VIH, la tasa de hospitalización por la TB es del 10% en todas las regiones a excepción de Europa. La tasa de mortalidad intrahospitalaria por TB es del 25% entre los adultos que viven con el VIH y del 30% entre los niños que viven con el VIH (31). Casi la mitad (45,8%) de las infecciones de TB en personas que viven con el VIH solo pudieron diagnosticarse tras el fallecimiento del paciente (32). Entre las personas que viven con el VIH con TB resistente a múltiples medicamentos o de resistencia extrema a los medicamentos, la tasa de mortalidad alcanza entre el 72-98% (33).

La OMS recomienda la aplicación acelerada de su estrategia de las "tres íes" (intensificación de la búsqueda de casos, terapia preventiva con isoniazida y control de infecciones) para la prevención de la TB y su control en todas las citas clínicas de las personas que viven con el VIH (15). Esta estrategia incluye terapia antirretroviral y terapia preventiva con isoniazida para las personas que viven con el VIH. La OMS recomienda que las personas que viven con el VIH en zonas de alta infección de TB y todas las personas con una infección latente de TB o expuestas a la TB, independientemente de su lugar de residencia, tomen la terapia preventiva con isoniazida y comiencen de manera inmediata el tratamiento antirretroviral tras obtener el diagnóstico positivo de las pruebas del VIH.

El citomegalovirus, la criptocosis, el sarcoma de Kaposi, el linfoma no Hodgkin, el virus del papiloma humano, otras neoplasias relacionadas con el VIH y los cánceres no relacionados con el sida ¹ son también causas importantes de muerte entre las personas que viven con el VIH (12,34). Un estudio realizado en los Estados Unidos de América señaló un aumento en la proporción del sarcoma de Kaposi y del linfoma no Hodgkin diagnosticados tras iniciar la terapia antirretroviral. El diagnóstico del sarcoma de Kaposi aumentó del 55% entre 1996-2001 al 76% durante el periodo 2007-2011. Este aumento estuvo motivado por el hecho de que el número de personas que recibían terapia antirretroviral efectiva era mayor y tenían mayores recuentos de CD4 y supresión de carga vírica en lugar del aumento de riesgos de cáncer que experimentaban los subgrupos. La proporción de personas que recibían terapia antirretroviral diagnosticadas con linfoma no Hodgkin seguía siendo alta y estable en el 83% (35).

Es esencial que las personas que viven con el VIH y los proveedores de servicios sanitarios sean conscientes de que las personas que viven con el VIH con tratamientos antirretrovirales efectivos, con recuentos elevados de CD4 y que logran la supresión vírica aún pueden desarrollar el sarcoma de Kaposi, el linfoma no Hodgkin y otros cánceres, y deben tomar medidas para abordar los riesgos que esto comporta.

Para las mujeres que viven con el VIH, el riesgo de precáncer y de cáncer invasivo del cuello del útero es elevado, especialmente si su inmunidad está afectada. Las mujeres que viven con el VIH siguen estando en riesgo ya que acceden a la terapia antirretroviral y viven más tiempo, lo que exige la detección y el tratamiento organizado y oportuno de las lesiones precancerosas. A pesar de que se espera que la detección y el tratamiento

precoz reduzcan las lesiones precancerosas y las tasas de cáncer de cuello de útero entre las mujeres que viven con el VIH, se necesitan más datos para confirmar dicho beneficio (36,37).

Las personas que viven con el VIH, independientemente de si reciben tratamiento para el VIH o no, se enfrentan a un riesgo elevado de desarrollar una serie de enfermedades no transmisibles como, por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas (15). Aunque no estén relacionadas con el VIH, las enfermedades cardiovasculares, especialmente los infartos, ataques cardíacos o insuficiencias cardíacas continúan estando entre las principales causas de muerte entre las personas que viven con el VIH. La OMS recomienda cambios en el estilo de vida para afrontar los riesgos cardiovasculares de todas las personas que viven con el VIH (38) atendiendo a factores como la presión arterial, el consumo de tabaco, la obesidad, una dieta poco saludable y la falta de ejercicio físico.

Las personas que viven con el VIH, independientemente de si reciben tratamiento para el VIH o no, presentan un mayor riesgo de padecer malaria e infecciones como neumonía, gripe, meningitis y sepsis, especialmente si viven en condiciones sanitarias y económicas precarias. Las personas que viven con el VIH, incluidos los niños, muestran tasas más altas de malaria con mayores tasas de mortalidad entre las personas con supresión inmunológica avanzada. Las mujeres embarazadas que viven con el VIH y están infectadas de malaria presentan un mayor riesgo de presentar problemas a la hora del parto y otras complicaciones (39). La OMS recomienda tomar cotrimoxazol a las personas que viven con el VIH para reducir los problemas de salud y el número de muertes asociadas con el número de infecciones comunes (1).

¹ Entre los cánceres no relacionados con el sida se encuentran el cáncer de pulmón, próstata, ano, cabeza y cuello, linfoma de Hodgkin, cáncer hepático primario (sin incluir los cánceres relacionados con la hepatitis), gastrointestinal, mama, útero, testículos, pene, vejiga, riñón, tumores óseos primarios (excepto el linfoma no Hodgkin), tumores primarios desconocidos y leucemia aguda o crónica (12).

En escenarios en los que la malaria y las infecciones bacterianas graves muestran mayor prevalencia, se recomienda la profilaxis con cotrimoxazol para las personas que viven con el VIH, incluidas las mujeres embarazadas con enfermedad leve o avanzada por VIH, independientemente de su recuento de CD4. La profilaxis con cotrimoxazol puede ser eficaz en la prevención de diversas infecciones relacionadas con el VIH, incluidas la TB, la neumonía bacteriana y la *neumonía Pneumocystis Carinii*. El cotrimoxazol presenta otros beneficios relacionados con la prevención de la malaria y diversas infecciones bacterianas en adultos y niños que viven con el VIH (1). Se recomienda a las siguientes categorías de personas en entornos de recursos limitados tomar la profilaxis con cotrimoxazol:

- Bebés y niños que han estado expuestos al VIH.
- Personas que viven con el VIH, incluidos adolescentes con síntomas leves, avanzados o graves de la enfermedad por VIH.
- Personas que viven con el VIH con antecedentes de neumonía *Pneumocystis carinii*.

Atención y apoyo físicos

El cuidado físico lo proporcionan de manera general los cuidadores y los voluntarios, que, a menudo, son mujeres que viven con el VIH (40). Existe una variedad de cuidados físicos que se practica a domicilio, en las comunidades o en centros sanitarios. El cuidado físico consiste en:

- Apoyo con los lavados y la higiene básica.
- Asistencia a la movilidad.
- Tratamiento de llagas y cortes.
- Recogida de medicamentos antirretrovirales y administración de medicamentos básicos.

- Remisión a atención clínica avanzada y otros servicios de apoyo y atención (16).

Las malas condiciones económicas y de insalubridad pueden predisponer a las personas que viven con el VIH a padecer enfermedades bacterianas adquiridas en la comunidad o enfermedades transmitidas por el agua. Incluso si reciben terapia antirretroviral, las personas que viven con el VIH experimentan diarreas más graves, hospitalización y muerte por diarreas causadas por patógenos transmitidos por el agua si se compara con las personas que no viven con el VIH. Se ha demostrado que el tratamiento y almacenamiento seguro del agua en los hogares, el saneamiento y la higiene personal son efectivos a la hora de reducir el riesgo de enfermedades diarreicas entre las personas que viven con el VIH. Las enfermedades diarreicas entre las personas que viven con el VIH pueden reducir la absorción de los medicamentos antirretrovirales, afectando la eficacia de la terapia antirretroviral.

Un ensayo de control aleatorio realizado en Uganda determinó que el tratamiento y almacenamiento seguro del agua en los hogares implicaba un 25% menos de episodios de diarrea; una reducción del 67% de diarrea entre las personas que viven con el VIH cuando el servicio se empleaba en combinación con el cotrimoxazol. Además, se registró una reducción del 44% en la carga vírica de las personas que viven con el VIH que recibían el servicio en comparación con las personas que viven con el VIH que no lo recibían, poniendo de relieve la importancia de reforzar los servicios de saneamiento del agua e higiene en la atención de personas que viven con el VIH (41).

Entre otras necesidades vitales de cuidado físico se encuentran los puntos de distribución accesible de las terapias antirretrovirales, la información adecuada sobre la posología de los retrovirales y los efectos

secundarios asociados, el suministro ininterrumpido de medicamentos antirretrovirales (16) y la información sobre programas de prevención de salud positiva y dignidad, incluido el uso del preservativo.

Dado que muchos servicios de atención y apoyo no pueden ofrecerse de manera sencilla por un proveedor en un lugar determinado, el cuidado físico también incluye referencias a diversos tipos de servicios in situ y en el exterior. El apoyo con abonos de transporte, el acceso a seguros, la vinculación con servicios de salud mental y la asistencia alimentaria y para la vivienda también son parte de las referencias activas (29).

Las referencias activas son factibles y de la preferencia de las personas que viven con el VIH, trabajadores sanitarios y otros proveedores frente a las referencias no activas. Entre las referencias activas se incluyen actividades en las se asigna a las personas que viven con el VIH; en concreto los jóvenes, las mujeres y las personas sin hogar; un gestor dedicado, asistencia a la hora de planificar las citas, recordatorios de seguimiento y ayuda para involucrarse en la mayor medida en la atención.

Por su parte, las referencias no activas incluye proporcionar literatura a las personas con VIH o un número de teléfono de atención, así como recomendaciones para que concierten citas, sin la intermediación directa de asesores, administradores de pruebas o gestores de atención.

Para garantizar un cuidado físico eficaz, es necesario asegurar una acción sostenida ante la atención y el apoyo integrados ofrecidos por diversos tipos de profesionales, contar con trabajadores sanitarios motivados y adecuadamente remunerados y cuidadores comunitarios, incluidos los trabajadores domésticos que ofrecen cuidados físicos. Estos equipos deben formarse en el cuidado y el tratamiento completos del VIH

y deben estar bien coordinados y motivados a través del reconocimiento dentro de la estructura de la atención sanitaria, contar con incentivos adecuados y tener la posibilidad de poder desarrollar una carrera profesional.

Apoyo social

La retención en la atención clínica y la adherencia a la terapia antirretroviral pueden suponer grandes retos sociales, económicos y psicológicos. Las nuevas pruebas demuestran que el apoyo social puede mejorar el cumplimiento de la terapia antirretroviral y la prevención de los servicios de transmisión maternofilial y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el VIH. Las principales disposiciones de apoyo social incluyen:

- Actividades para el fortalecimiento económico.
- Suministro de alimento.
- Control de los padres de las poblaciones pediátricas y adolescentes.
- Apoyo emocional.
- Asesoramiento psicosocial; servicios de asesoramiento o redes de apoyo.

Los grupos de apoyo de las personas que viven con el VIH a menudo son un foro primario que ofrece apoyo social a las personas que viven con el VIH. Dichos grupos se forman con el propósito de compartir experiencias, fomentar la divulgación, reducir el estigma y la discriminación, mejorar la autoestima, reforzar las habilidades y el funcionamiento psicológico y apoyar la adherencia al medicamento y la retención mejorada en la atención relacionada con el VIH. Los grupos de apoyo también pueden convertirse en puntos de distribución para alimentos; plataformas para actividades que generan ingresos; puntos de referencia para diferentes servicios y escenarios para

la promoción de asuntos relacionados con el bienestar de las personas que viven con el VIH como, por ejemplo, desabastecimiento de medicamentos y reducción del estigma y la discriminación.

Los grupos de apoyo se consideran también una intervención en la gestión de temas de salud mental, incluido el consumo de alcohol y otras sustancias. Los grupos de apoyo generalmente tienen su origen y reciben el apoyo de organizaciones no gubernamentales, de la sociedad civil o comunitarias y pueden agruparse en un centro sanitario o en una comunidad.

La pruebas demuestran los efectos positivos del apoyo social, incluidos los grupos de apoyo, hacia las madres que viven con el VIH y sus hijos mientras reciben la prevención de los servicios de transmisión maternofilial y durante la infancia. La participación en los grupos de apoyo de mujeres demuestra reducciones en el número de muertes perinatales y maternas (42). El apoyo psicosocial puede aumentar la adherencia (medida por la supresión vírica) y la retención en las terapias antirretrovirales (43,44). La orientación madre-a-madre aumenta los marcadores de peso y altura de los bebés que viven con el VIH, su adherencia a las terapias antirretrovirales y la lactancia materna exclusiva (45,46). Una nueva prueba sobre adolescentes que viven con el VIH demuestra que acudir a grupos de apoyo del VIH y la supervisión de los padres reduce la no adherencia (del 54% al 27%), la carga vírica y las infecciones oportunistas entre los adolescentes que viven con el VIH. Esta investigación también demuestra que una combinación de la atención y, al menos, dos comidas al día ("cash plus care") redujo la no adherencia hasta el 18% (47).

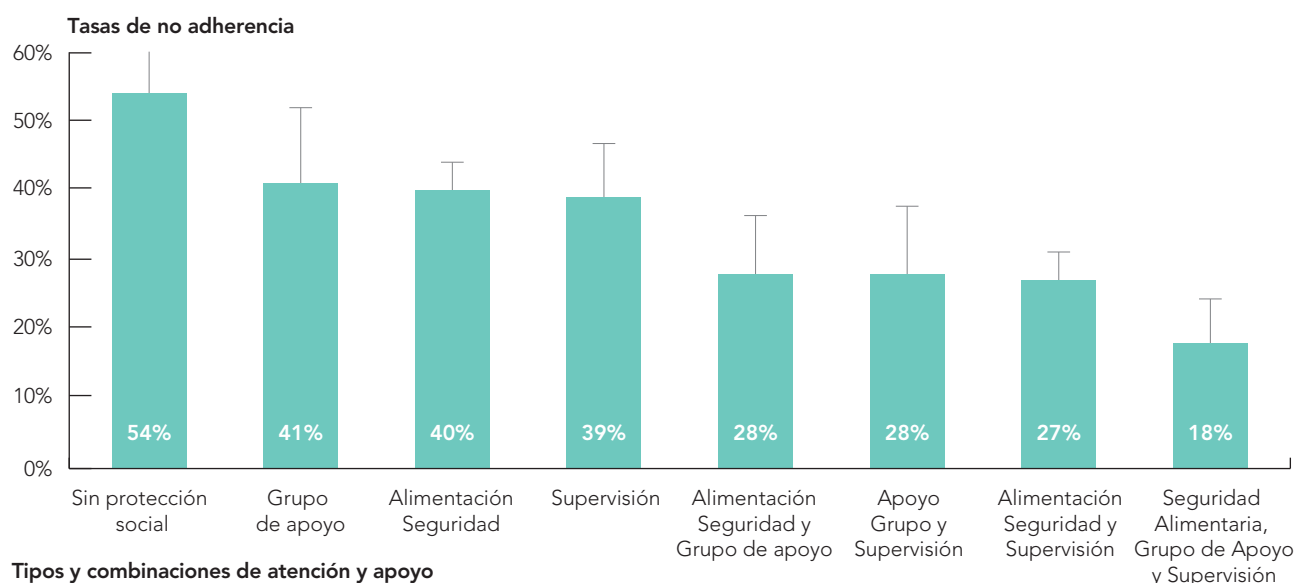
La imagen 6 demuestra una reducción de las tasas de no adherencia a las terapias antirretrovirales gracias

a la combinación de los servicios de atención y apoyo. Más de la mitad (54%) de los adolescentes que viven con el VIH en Sudáfrica que no recibían protección social o servicios de atención y apoyo no mostraban adherencia al tratamiento contra el VIH. La participación de las personas que viven con el VIH en un grupo de apoyo, con al menos dos comidas al día y la supervisión de los padres redujo por sí sola la proporción de adolescentes que viven con el VIH que no mostraban adherencia al tratamiento contra el VIH. Cuando los adolescentes que viven con el VIH recibieron una combinación de servicios de atención y apoyo que incluía dos comidas al día, acudieron a un grupo de apoyo y tuvieron la supervisión de sus padres, la proporción de adolescentes que no mostraban adherencia al tratamiento contra el VIH se redujo al 18%, destacando la importancia del apoyo social para aumentar la adherencia a los tratamientos contra el VIH. El apoyo social en este caso incluía recibir, al menos, dos comidas al día, participar en un grupo de apoyo y la supervisión de los padres.

Dado que no todas las personas que viven con el VIH quieren participar en los grupos de apoyo, y las comunidades y los centros sanitarios no pueden adaptarse a todas las personas que viven con el VIH que quieren beneficiarse de los grupos de apoyo, los beneficios que estos proporcionan pueden maximizarse si se forman en torno a poblaciones específicas, tales como hombres que mantienen relaciones con otros hombres, mujeres embarazadas, adolescentes o parejas en relaciones serodiscordantes. Los grupos de apoyo necesitan un espacio de encuentro físico alejado de los concurridos centros de salud; también pueden necesitar crédito telefónico, ayuda para el transporte y refrigerios para las reuniones (48). La creación de capacidades de los miembros en habilidades de facilitación, incluida la gestión eficaz de los grupos de apoyo, es de especial importancia para mejorar la efectividad de estos grupos.

Imagen 6

Las tasas de no adherencia a la terapia antirretroviral entre adolescentes distribuidas en seguridad alimentaria, grupo de apoyo al VIH y control/supervisión parental (efectos marginales de control de los cofactores sociodemográficos)



Fuente: Cluver L, Toska E, Orkin FM, Meinck F, Yakubovich A, Sherr L. Achieving equity in HIV-treatment outcomes: can social protection improve adolescent ART-adherence in South Africa? AIDS Care. 28 (suppl. 2):73–82.

Gestión del dolor

El dolor continúa siendo un síntoma clave de la enfermedad del VIH para las personas que viven con el VIH que, a menudo, no se gestiona adecuadamente tanto si están en tratamiento como si no (30). El dolor puede deberse a la inmunosupresión asociada con la infección del VIH o a infecciones oportunistas relacionadas con el VIH o bien puede no tener un origen claro. Puede afectar a cualquier parte del cuerpo. Otros factores que se asocian con el mayor riesgo de dolor de las personas

que viven con el VIH son la depresión, la ansiedad, la falta de apoyo social y un nivel de educación inferior. Tener un historial de consumo de drogas inyectables y ser mujer y descendiente de afroamericanos se asocia con un mayor riesgo de dolor entre las personas que viven con el VIH en los países desarrollados (49).

A través de todas las etapas de la infección por el VIH, las personas que viven con el virus pueden experimentar dolor y malestar (1). Pueden experimentar dos o tres tipos

diferentes de dolor en un momento dado. Los tipos y niveles de dolor varían según cada persona y cada etapa de la infección por el VIH. Un estudio entre pacientes de un centro ambulatorio de VIH en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte determinó que en las etapas iniciales de la infección, en torno al 30% de las personas que viven con el VIH con un recuento CD4 superior a 500 células/mm³ experimentan dolor, mientras que un 75% de las personas con VIH con recuento CD4 inferior a 200 células/mm³ o a las que se les ha diagnosticado sida experimentan dolor. Casi todas las personas que se encuentran en etapas muy avanzadas de la infección del VIH experimentan dolor (30,50). El dolor puede afectar de manera negativa la capacidad funcional y la calidad de vida, e impedir el acceso y la adherencia al tratamiento del VIH.

Es vital que los profesionales sanitarios y las personas que viven con el VIH reciban formación sobre el alivio del dolor y su gestión así como sobre los medicamentos más importantes disponibles para la gestión del dolor. Deben facilitarse servicios psicosociales adecuados de forma que sean aceptables y accesibles para las personas que los necesiten.

Depresión entre las personas que viven con el VIH

La depresión crónica es altamente prevalente entre las personas que viven con el VIH. Dependiendo del método de estudio empleado y la población estudiada, la depresión entre las personas que viven con el VIH oscila entre el 18% y el 81%. Las mujeres que viven con el VIH tienen cuatro veces más probabilidades de experimentar síntomas depresivos que las mujeres de la misma edad que no tienen VIH (19,4% frente al 4,8%). La depresión puede darse como una complicación de la enfermedad del VIH o como resultado de una infección por el VIH, como, por ejemplo, el estigma, la

discriminación o el aislamiento social, y puede permanecer irreconocible y no tratada entre las personas que viven con el VIH (51). Los grupos específicos de personas que viven con el VIH se enfrentan a factores de riesgo de depresión adicionales, incluidos:

- Mujeres que viven con el VIH, en particular durante los periodos prenatal y postnatal, en los que la culpa materna, el miedo a infectar al bebé, el estigma, las insuficientes redes sociales, la pobreza y las relaciones interpersonales suponen un riesgo adicional para la depresión.
- Adolescentes que viven con el VIH que experimentan un riesgo de padecer depresión cuatro veces mayor comparado a sus semejantes que no viven con el VIH, con altas tasas de depresión estrechamente asociadas al fracaso del tratamiento (52,53).
- Los grupos de población clave incluyen a personas que consumen drogas y para quienes el riesgo de desarrollar depresión es pronunciado (36).

Las personas que viven con el VIH también pueden experimentar altas tasas de problemas de salud mental, consumo dañino de alcohol, ansiedad, ataques de pánico, drogodependencia y consumo de sustancias en comparación con la población general. En parte, esto puede deberse al hecho de que vivir con el VIH y empezar el tratamiento del VIH, y a las condiciones sociales y económicas que se derivan de una infección por VIH posible o real, como, por ejemplo, infecciones relacionadas con el VIH, reacciones emocionales negativas a un diagnóstico positivo del VIH debido al estigma asociado con la enfermedad y el consumo dañino de alcohol y otras sustancias (54).

La depresión puede tener un efecto negativo en la salud y la calidad de vida de las personas que viven con el VIH y aumenta la tasa de mortalidad al interrumpir el acceso

o la adherencia al tratamiento del VIH (54). La gravedad de la depresión se asocia con una rápida disminución de las células CD4 y una mayor tasa de mortalidad. Comparado con las personas que viven con el VIH sin depresión, las personas que viven con el VIH con depresión necesitan el doble de tiempo para lograr la supresión vírica y su tratamiento fracasa más rápido que el caso de las personas que viven con el VIH que no tienen depresión (55). Asimismo, la depresión puede aumentar la incidencia de comportamientos sexuales de riesgo (56).

Las intervenciones terapéuticas, incluidas las terapias psicológicas, psicotrópicas, psicosociales y físicas, son necesarias para prevenir y gestionar la depresión crónica de las personas que viven con el VIH (51) y en otros grupos de población claves. El diagnóstico y la gestión de la depresión es parte integral de la atención del VIH (57). El diagnóstico y la gestión de la depresión es esencial para mejorar el vínculo y la retención en la atención. Los servicios de diagnóstico y gestión de la depresión y de los trastornos psiquiátricos a través de diferentes intervenciones terapéuticas, incluidas la psicoterapia, la terapia de comportamiento cognitivo, la evaluación psiquiátrica y la referencia a otros servicios médicos y sociales, son necesarios para lograr un mejor acceso y retención en la atención relacionada con el VIH de las personas que viven con el VIH.

Apoyo a la alimentación y la nutrición

Los servicios alimentarios y de nutrición desempeñan una función importante en la gestión del VIH para las personas que viven con el virus. Mantener una nutrición apropiada es primordial para mantener el sistema inmunitario, gestionar las infecciones relacionadas con el VIH, mejorar la eficacia del tratamiento para el VIH, sostener niveles saludables de actividad física y prestar

apoyo a una calidad de vida óptima (30). Los programas alimentarios y de nutrición contribuyen a prevenir las muertes relacionadas con el sida. Las personas que viven con el VIH que están malnutridas al inicio de la terapia antirretroviral tienen de dos a seis veces más probabilidades de morir durante los primeros meses de tratamiento que las personas que viven con el VIH que no están malnutridas (58).

Vincular la alimentación a la prevención del VIH y a los programas de tratamiento del VIH y la TB funciona como un potente incentivo para acceder a los servicios de VIH. En Sudáfrica, las niñas adolescentes que recibieron efectivo o un bono para gastar en comida tuvieron un 50% menos de probabilidad de mantener sexo comercial en comparación con las niñas adolescentes que no recibían efectivo o bonos de comida (59). Un bono de alimentación familiar por valor de 5 dólares americanos aumentó el consentimiento para realizar pruebas del VIH a domicilio en 29 puntos porcentuales. El efecto de los incentivos alimentarios persistió durante un año tras la intervención. Las personas que recibieron bonos alimentarios continuaron recibiendo más pruebas del VIH a domicilio y las tasas de consentimiento se compararon un año después de que se entregara el bono con las de las personas que no lo recibieron, lo que vino a demostrar el efecto a largo plazo de los incentivos alimentarios sobre el aumento de las tasas de asesoramiento y detección del VIH (60).

La eficacia de la terapia antirretroviral aumenta de manera significativa con una buena nutrición (61). Como mínimo, las personas que viven con el VIH necesitan orientación para lograr una nutrición óptima y, en escenarios de recursos limitados, pueden necesitar acceso a seguridad social adicional, incluidos programas de seguridad alimentaria. En Sudáfrica, los adolescentes que recibían tratamiento para el VIH que percibieron seguridad alimentaria tenían

un 61% más de probabilidades de mostrar adherencia al tratamiento del VIH frente a sus semejantes que experimentaban inseguridad alimentaria (62).

La terapia antirretroviral conlleva una recuperación inicial de peso entre las personas que viven con el VIH que están desnutridos, pero muchas personas que viven con el VIH que toman tratamiento antirretroviral continúan ganando peso con la creencia de que tener mayor peso implica estar más saludable. En consecuencia, la obesidad puede aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares, ataques o diabetes (17).

La apoyo al asesoramiento de la evaluación de la nutrición: una gama de servicios para gestionar la desnutrición y la sobrealimentación, es importante en el tratamiento y la atención de las personas que viven con el VIH. Los asesores de la evaluación de la nutrición prestan apoyo a las personas que viven con el VIH para gestionar su dieta y su estilo de vida para tolerar y cumplir con sus medicaciones, restablecer su inmunidad y su salud y prevenir la aparición temprana de enfermedades no transmisibles. De igual modo, las personas que viven con el VIH necesitan apoyo en forma de alimentos nutritivos y medios de vida domésticos (63).

Estigma y discriminación

El estigma y la discriminación se encuentran entre los principales obstáculos que impiden el acceso a los servicios del VIH. El estigma y la discriminación socavan los esfuerzos de los tratamientos y la prevención del VIH haciendo que las personas muestren temor a acudir a servicios de VIH y desanimándolas a revelar su estado

a sus familias y parejas sexuales. Estos mecanismos son especialmente visibles en escenarios de extrema pobreza, donde los obstáculos a los tratamientos muestran una elevada prevalencia y los vínculos sociales pueden resultar fundamentales para la supervivencia (64). Las causas comunes de estigma y discriminación y sus manifestaciones son notablemente semejantes entre las diferentes culturas e incluyen (65%):

- Falta de concienciación sobre el estigma y sus consecuencias dañinas.
- Miedos irracionales y falta de conocimiento suficiente sobre la infección por VIH.
- Juicios sociales, prejuicios y estereotipos contra las personas que viven con el VIH y otros grupos de población clave.
- Falta de legislación y políticas para abordar el estigma y la discriminación.

Las personas que viven con el VIH y los miembros de sus comunidades pueden necesitar asistencia para abordar el estigma y la discriminación relacionadas con el VIH. Pueden necesitar apoyo para acceder a los distintos servicios disponibles para superar el estigma como, por ejemplo, enfoques informativos que incluyen información por escrito sobre hechos y mitos del VIH, programas sobre creación de habilidades para reducir las actitudes negativas relacionadas con el VIH, asesoramiento como el que ofrecen los grupos de apoyo de personas que viven con el VIH y mayores contactos entre las personas que viven con el VIH y el público general para dar respuesta a las actitudes negativas relacionadas con el VIH (66).

Implicaciones de la atención y el apoyo de las directrices de la OMS sobre cuándo iniciar la terapia antirretroviral y la profilaxis previa a la exposición al VIH

Las directrices unificadas de la OMS de 2016 sobre el uso de antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH (1) recomiendan el inicio inmediato de la terapia antirretroviral a todas las personas que viven con el VIH independientemente de su recuento de CD4. Las personas con la enfermedad del VIH en estado avanzado (estadios clínicos III o IV de la enfermedad o recuento de CD4 inferior a 350 células/mm³) deben tener prioridad a la hora de iniciar la terapia antirretroviral. Las mujeres embarazadas y lactantes que viven con el VIH deben iniciar la terapia antirretroviral independientemente de su recuento de CD4 y deben continuar la terapia antirretroviral de por vida. Para estas mujeres, la opción B+ se convierte en la norma. Los niños y los adolescentes que viven con el VIH deben comenzar la terapia antirretroviral, independientemente de su recuento de CD4.

Para las poblaciones que muestran un riesgo sustancial de contraer el VIH, que se entienden como aquellas con una incidencia del VIH del 3% y que incluyen, entre otros, a parejas serodiscordantes o grupos de población claves, la OMS recomienda la profilaxis previa a la exposición como una opción de prevención adicional frente al VIH junto con los servicios de prevención, como el uso de preservativos y lubricantes, la reducción de daños, el asesoramiento y pruebas del VIH y la vinculación a las terapias antirretrovirales. Las directrices de 2016 de la OMS recomiendan que:

Se proporcionen la profilaxis previa a la exposición y el tratamiento antirretroviral con atención y apoyo completos, incluidos el apoyo a la adherencia; asesoramiento y realización de pruebas; apoyo legal, social y económico; apoyo a la salud mental y emocional y acceso a servicios de salud y contracepción.

En el contexto de acceso y retención en el tratamiento de las personas que viven con el VIH, estas pueden dividirse en cuatro categorías principales:

- Temprano: personas que han iniciado recientemente el tratamiento contra el VIH que se encuentran bien y que tienen un recuento de CD4 elevado.
- Estable: personas que han tomado el tratamiento del VIH durante al menos un año y que no muestran reacciones adversas al medicamento que requieran seguimiento regular. Aparte del VIH, no presentan otras enfermedades, no están embarazadas, no son lactantes y comprenden bien que el tratamiento del VIH es para toda la vida.
- Retrasado: personas que viven con el VIH que acceden al tratamiento del VIH en un estadio avanzado de la enfermedad y con un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³.
- Fracaso del tratamiento: personas que toman el tratamiento del VIH y que no responden adecuadamente. Pueden presentar una o más enfermedades, pueden experimentar reacciones adversas ante el medicamento y pueden necesitar un cuidadoso seguimiento (1).

La tabla 3 señala los paquetes de atención y apoyo fundamentales diferenciados para estas cuatro categorías de personas que viven con el VIH.

La atención diferenciada implica suministrar diferentes paquetes de atención de terapias antirretrovirales y no antirretrovirales para las personas que viven con el VIH en función de sus necesidades, el tipo y la frecuencia de los servicios y la localización y el proveedor de los servicios. Estos servicios varían dependiendo del sistema sanitario del país (1). Para las personas que se engloban en la categoría de "temprano", las prioridades fundamentales son iniciar la terapia antirretroviral seguida del control

de la TB y la administración de la profilaxis con cotrimoxazole, la terapia preventiva con isoniazida y el control y gestión de enfermedades no transmisibles, incluida la evaluación del riesgo cardiovascular abordando factores modificables como la presión arterial, el tabaco, la obesidad, la dieta y el ejercicio físico. Este grupo también debe tener en cuenta la identificación y la gestión de la depresión, el uso dañino del alcohol y de otras sustancias, así como otros trastornos mentales. La detección y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual y el acceso a los servicios de planificación familiar, incluido el uso del preservativo, son servicios esenciales para las personas que viven con el VIH que acceden al tratamiento en una etapa temprana. Las principales prioridades operativas para este grupo son garantizar que las personas permanezcan en atención y que cumplan con el tratamiento.

Las personas que viven con el VIH que están recibiendo terapia antirretroviral y que están estables pueden recibir el paquete básico de servicios del grupo anterior, aunque con menor frecuencia de visitas (una vez cada 3-6 meses) para realizar seguimiento clínico y recogida de medicamentos, incluidas las pruebas de carga vírica si están disponibles. Debe prestarse especial atención a la retención de las personas de los servicios del VIH y su cumplimiento del tratamiento antirretroviral.

Las personas que viven con el VIH en los grupos "retrasado" y "fracaso del tratamiento" pueden necesitar además una gestión y un seguimiento más estrecho e intenso. Puede darse prioridad a las referencias activas fuertes para las personas del grupo "retrasado" ya que pueden presentar una serie de problemas que deberán tratar diferentes proveedores para lograr una retención efectiva en la atención (1).

Tabla 3

Paquetes de atención y apoyo clave entre las categorías de personas que viven con el VIH

| Inicio del tratamiento | Continuación del tratamiento |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Temprano Prioridades clínicas <ul style="list-style-type: none">• Evaluación y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, acceso a la planificación familiar y a servicios de salud reproductiva y sexual• Control y gestión de trastornos de salud mental• Control y gestión de enfermedades no transmisibles• Control de la TB/profilaxis con cotrimoxazol/tratamiento preventivo intermitente (TPI) Prioridades operativas <ul style="list-style-type: none">• Servicios de retención• Apoyo a la adherencia | Temprano Prioridades clínicas <ul style="list-style-type: none">• Evaluación y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, planificación familiar y acceso a servicios de salud reproductiva• Inmunización• Apoyo a la nutrición• Control de la TB/profilaxis con cotrimoxazol/TPI Prioridades operativas <ul style="list-style-type: none">• Servicios de retención• Control de la carga vírica• Apoyo a la adherencia• Frecuencia de visitas• Frecuencia de administración del tratamiento antirretroviral |
| Retrasado Prioridades clínicas <ul style="list-style-type: none">• Educación sobre el tratamiento• Inicio del tratamiento antirretroviral• Control, diagnóstico y gestión de infecciones oportunistas (infecciones por criptococos y citomegalovirus).• Control, diagnóstico y tratamiento de la TB/profilaxis con cotrimoxazol/TPI Prioridades operativas <ul style="list-style-type: none">• Red de referencia | Fracaso del tratamiento Prioridades clínicas <ul style="list-style-type: none">• Control, diagnóstico y gestión de infecciones oportunistas (infecciones por criptococos y citomegalovirus)• Control y gestión de trastornos de salud mental• Control, diagnóstico y tratamiento de la TB/profilaxis con cotrimoxazol/TPI Prioridades operativas <ul style="list-style-type: none">• Intervenciones de retención• Control de la carga vírica• Apoyo a la adherencia• Frecuencia de visitas• Frecuencia de administración del tratamiento antirretroviral |

Fuente: Adaptado a partir de las Directrices unificadas sobre el uso de antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública, segunda edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.

Necesidades de atención y apoyo al VIH para grupos de población específicos

La necesidad de prestar atención y apoyo, incluidos los servicios de salud mental, para contrarrestar el estigma y la discriminación y para ofrecer servicios legales no ha cambiado en esencia. A pesar de que muchas de las necesidades de las personas que viven con el VIH son comunes a todos los grupos, se necesitan enfoques de atención y apoyo más detallados para dar respuesta a las necesidades específicas de los niños que viven con el VIH, los grupos de población claves y las personas mayores que viven con el VIH.

Necesidades de atención y apoyo al VIH para niños y adolescentes que viven en riesgo o ya están afectados de VIH

Se entiende por huérfano u otro niño vulnerable a aquellos niños menores de 18 años que han perdido a uno o ambos progenitores o que viven en una familia o comunidad afectadas por el VIH. De acuerdo con esta definición, existen 153 millones de huérfanos en el mundo (67), y 13,4 millones de ellos han perdido a uno o ambos progenitores por muertes relacionadas con el VIH en el año 2015; 10,8 millones de estos niños viven en el África subsahariana.² Aunque las intervenciones clínicas necesarias para reducir el número de nuevos casos de niños infectados por el VIH están bien articuladas(15), los obstáculos sociales y económicos continúan impidiendo el acceso, el uso y la retención de los niños en la atención. Los niños en familias afectadas por el VIH son vulnerables. Millones de niños viven en familias afectadas por el VIH, con un mayor riesgo de pobreza, enfermedad, desamparo, abandono escolar, discriminación y pérdida de oportunidades de vida, independientemente de si los propios niños viven con el VIH o no.

² Estimaciones de ONUSIDA para 2016.

El análisis de 20 encuestas demográficas y de salud (EDS) realizadas entre 2003 y 2012 en 13 países africanos determinaron que en las familias en las que uno de los progenitores, especialmente la madre, vive con el VIH, los niños tienen el triple de probabilidades de morir a la edad de cinco años frente a los niños cuyas madres no viven con el VIH. El riesgo relativo de muerte oscila entre el 1,5 de Camerún en 2011 y el 3,6 en Suazilandia en 2006 (68). Los niños que viven en familias afectadas por el VIH que sobreviven más allá de los cinco años experimentan unos resultados de salud y desarrollo humano más deficientes, incluido un mayor riesgo de infección por el VIH. Este efecto puede ser incluso más pronunciado en el caso de niños de grupos de población claves, en particular, trabajadores sexuales y, en ciertos contextos, inmigrantes, que hacen frente a la discriminación y el estigma asociado al trabajo, las prácticas sociales o la identidad de sus padres (69).

Para los padres que viven con el VIH, el acceso a servicios de prevención del VIH materno-infantil efectivos puede reducir el riesgo de que el niño se infecte durante el embarazo, el parto o la lactancia a menos de un 5% (70). No obstante, los bebés no infectados expuestos al VIH nacidos de madres que viven con el VIH pueden experimentar una mayor morbilidad y mortalidad en comparación con bebés no infectados que no están expuestos al VIH y necesitan seguimiento, atención y apoyo sistemáticos (71).

El efecto del VIH en niños puede atenuarse si se enfoca hacia servicios que aborden las necesidades de los niños en materia sanitaria, social y económica que se deriva de la infección por el VIH. Entre estos servicios se incluyen servicios clínicos y nutricionales personalizados, el desarrollo de habilidades por parte de los padres, animarles a revelar su estado de VIH a sus hijos, ofrecer acceso al asesoramiento y la realización de pruebas del VIH

y acceso a los tratamientos, y la reducción de disparidades y obstáculos en la educación entre los niños en edad escolar a través de esfuerzos sostenibles como becas escolares en bloque (72). Las becas escolares en bloque son un apoyo específico para escuelas en comunidades con disposiciones generales sobre el uso de la beca como, por ejemplo, la necesidad de acoger a un número determinado de huérfanos y niños vulnerables por un periodo de tiempo en contraprestación.

Dirigir a las familias afectadas por el VIH al acceso a la protección social, incluidas las transferencias de efectivo, permite que sus hijos reciban tratamiento y estén vacunados frente a enfermedades comunes, satisfacer las necesidades nutricionales de los niños, escolarizarlos y asegurar que permanezcan en la escuela (69) y reducir la transferencia intergeneracional de la pobreza (73). Es fundamental eliminar los obstáculos que impiden que los niños accedan y permanezcan en atención (36) y generar oportunidades económicas y sociales para ellos (72).

Entre las acciones para aumentar el acceso y la retención en el cuidado para niños se incluyen:

- Dirigir de manera activa a las familias afectadas por el VIH que necesitan actividades de fortalecimiento económico del hogar para dar respuesta a las necesidades fundamentales de sus hijos a través de la promoción de activos, dinero y servicios de gestión.
- Identificar y eliminar las barreras sociales y económicas, incluidos la exposición a la violencia y el estigma que afecta al acceso de los niños a los servicios y su retención en la atención.
- Aumentar el acceso a servicios legales, incluida la eliminación de restricciones de edad para el acceso al asesoramiento y pruebas del VIH (el consentimiento

para el asesoramiento y las pruebas del VIH está limitado a menores de 18 años en algunos países), inscripción de nacimientos, protección de los derechos de herencia y derechos básicos para mejorar el acceso a las oportunidades económicas sociales.

Necesidades de atención y apoyo para grupos de población clave

Los grupos de población clave incluye a hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales y sus clientes, personas transgénero y personas que consumen drogas inyectables. Estos cuatro grupos de población principales padecen leyes punitivas o políticas estigmatizadoras y se encuentran entre los grupos con mayores posibilidades de estar expuestos al VIH. Los países deberían definir qué poblaciones son claves para su epidemia y dar una respuesta en base al contexto epidemiológico, incluyendo a personas en prisiones o en situación de reclusión, parejas serodiscordantes y niñas adolescentes y mujeres jóvenes de África oriental y meridional (74).

La mayoría de las necesidades de atención y apoyo para los grupos de población claves que viven con el VIH son similares a aquellas de las personas que viven con el VIH en general. No obstante, existen determinadas necesidades para los grupos de población clave, incluidos los adolescentes que afrontan mayores obstáculos para acceder a los servicios de atención y apoyo. Los grupos de población clave pueden experimentar mayores problemas médicos y psicosociales debido a problemas como:

- Incidencia del VIH persistentemente alta o en aumento en grupos de población clave (36).

- Numerosos niveles de estigma y discriminación por VIH e identificación con un grupo de población clave, incluso en instalaciones sanitarias.
- Criminalización de todas o parte de las actividades de este grupo de población (75).

Los grupos de población clave que viven con el VIH habitualmente muestran comorbilidades y otros problemas coincidentes como cáncer, TB y hepatitis; dependencia de la drogas, el alcohol y el tabaco; falta de gestión del dolor y problemas de salud mental. Estos factores tienen un efecto negativo en el cumplimiento de la terapia antirretroviral y la retención en la atención. Permitir el acceso a los servicios de atención y apoyo, incluida la terapia de sustitución de opiáceos, a los grupos de población clave que viven con el VIH y que los necesitan puede estabilizar las vidas de los grupos de población clave, mejorar su salud y bienestar y aumentar el cumplimiento del tratamiento antirretroviral (76). La tabla 4 muestra los servicios de atención y apoyo adicionales para los grupos de población clave recomendados por la OMS.

Los servicios de combinación de atención y apoyo para los grupos de población clave son interdependientes. Los servicios del sector sanitario ofrecen mayores beneficios cuando se ofrecen combinados y cuando se da un entorno propicio. Sin embargo, estos servicios no deben retrasarse por la falta de un entorno propicio.

Aunque el entorno propicio pueda estar fuera del control de los proveedores de atención sanitaria, es importante que estos aborden dicho entorno conjuntamente con otros sectores. Además de los servicios señalados, las personas que forman parte de los grupos de población clave necesitan acceso a servicios médicos, socioeconómicos y legales más amplios para poder lograr el mayor nivel de atención sanitaria posible (36).

Tabla 4

Servicios de atención y apoyo para grupos de población clave

| Servicios del sector sanitario | Servicios esenciales para un entorno propicio |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programa integral de preservativos y lubricantes | Legislación favorable y compromiso político y financiero, incluida la descriminalización de comportamientos de grupos de población clave |
| Intervenciones para la reducción del daño ^a causado por el consumo de sustancias (en particular, programas de aguja y jeringa ^b y terapia de sustitución de opiáceos) | Abordar el estigma y la discriminación que afrontan los grupos de población clave |
| Intervenciones conductuales | Empoderamiento de la comunidad |
| Asesoramiento y pruebas del VIH | Abordar la violencia contra las personas que forman parte de los grupos de población clave |
| Tratamiento y atención del VIH | |
| Intervenciones de salud sexual y reproductiva ^c | |
| Prevención y gestión de la coinfección y otras afecciones, incluidas la hepatitis vírica, la tuberculosis y las afecciones de salud mental | |

Fuente: Directrices unificadas sobre el uso de antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública, segunda edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.

^a Este paquete es el mismo que se emplea para la prevención, tratamiento y atención del VIH para personas que consumen drogas inyectables. Para las personas que consumen drogas inyectables, el componente de reducción del daño del paquete y, en particular, la aplicación de los programas de aguja y jeringa y la terapia de sustitución de opiáceos, siguen siendo la principal prioridad.

^b Los programas de aguja y jeringa son importantes para las personas que consumen drogas inyectables y también para personas transgénero que necesitan jeringas estériles para inyectarse de forma segura las hormonas que permitirán su afirmación de género.

^c Incluidos la contracepción, el diagnóstico y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, la detección del cáncer uterino, etc.

Necesidades de atención y apoyo al VIH para personas mayores

La "maduración" de la epidemia de VIH exige una respuesta al sida para abordar las diversas implicaciones fisiológicas y psicológicas del envejecimiento. Se estima que 5,8 millones [5,4 millones – 6,3 millones] de personas de 50 años de edad o mayores vivían con el VIH en 2015.³ En 2013, en los Estados Unidos de América, el 18% de los casos diagnosticados de VIH correspondía a personas de 50 años o más (77), y la media de edad de las personas que viven con el VIH ha superado los 50 años en escenarios como el Sistema de Atención Sanitaria de Veteranos de los Estados Unidos en Nueva York y San Francisco (78). En un estudio multicéntrico realizado en nueve países africanos, el 11,4% de las personas que viven con el VIH que empezaban una terapia antirretroviral tenían 50 años o más (79).

El cambiante perfil de la epidemia del VIH y el hecho de que las personas mayores también presentan comportamientos de riesgo de infectarse del VIH explican el creciente número de personas mayores que viven con el VIH (80).

Son tres los principales factores que explican el envejecimiento de la pandemia de sida:

- Éxito de las terapias antirretrovirales en prolongar la vida de las personas que viven con el VIH.
- Descenso de la incidencia del VIH entre adultos jóvenes, lo que traslada la carga de morbilidad a personas mayores.
- Las personas mayores de 50 años presentan muchos de los comportamientos de riesgo de las personas jóvenes.

Las personas de 50 o más años que viven con el VIH afrontan diferentes tipos de retos y pueden responder peor al tratamiento del VIH que las personas jóvenes que viven con el VIH. Las personas mayores que viven con el VIH pueden padecer otras enfermedades relacionadas con el envejecimiento (81). De media, pueden experimentar cinco años de envejecimiento acelerado, aumentando el riesgo de muerte en un 19% en comparación con sus semejantes que no viven con el VIH sin distinguir entre personas infectadas con el VIH recientemente y personas que han vivido con el VIH durante al menos 12 años (82).

En comparación con los jóvenes, las personas mayores, por lo general, presentan más problemas de salud y necesitan hacer un mayor uso de los servicios de atención sanitaria. En ocasiones, los profesionales sanitarios no identifican los síntomas del VIH ya que pueden asemejarse a otros propios de la edad tales como la confusión mental, pérdida de peso, fatiga, presión arterial alta, problemas renales y hepáticos o artritis. Todos estos pueden estar relacionados con los efectos secundarios a largo plazo de los tratamientos del VIH (83). En comparación con los jóvenes, las personas mayores que viven con el VIH tiene más probabilidades de haber estado infectadas con el VIH durante más tiempo y, aún así, haberlo desarrollado relativamente tarde, o haber estado tomando el tratamiento del VIH durante más tiempo.

Las personas mayores con enfermedades relacionadas con el VIH en estadios avanzados pueden no desear revelar su diagnóstico a sus familias y cuidadores por miedo al abandono y el aislamiento. Los cuidadores y los miembros de las familias pueden mostrar preocupación por el nivel de cuidados que necesita una persona mayor que vive con el VIH y, en consecuencia, pueden limitar el contacto con

³ Estimaciones de ONUSIDA para 2016.

el enfermo. Las personas mayores que viven con el VIH son, por lo general, más propensas a vivir en peores condiciones económicas, laborales y de vivienda que sus semejantes sin VIH. Dado que es menos probable que las personas mayores sean activas económicamente, pueden necesitar acceso a subsidios estatales como pensiones, apoyo sanitario gratuito en los centros, vivienda, ayuda doméstica y transporte (84).

Entre las acciones clave para aumentar el acceso y la retención de personas mayores que viven con el VIH se incluyen:

- Promover el asesoramiento y la realización de pruebas del VIH rutinarias, vinculado al tratamiento del VIH en adultos, incluidas las personas de 50 años o más ya que, a menudo, las personas mayores son incapaces de medir de forma fiable el riesgo de infectarse con el VIH.

- Aumentar el acceso al apoyo psicosocial que da respuesta a las necesidades mentales, emocionales y sociales de las personas mayores que viven con el VIH, incluida la promoción de factores de estilo de vida que mejoran la salud como, por ejemplo, el ejercicio, la dieta, mantener una presión arterial baja, disminución del colesterol y evitar el consumo de sustancias.
- Aumentar el acceso a pruebas, tratamiento, atención y apoyo al VIH integrados vinculados activamente a programas y servicios de atención geriátrica.

Es fundamental que los servicios de VIH consideren las necesidades de las personas mayores como, por ejemplo, la autoevaluación fiable de los riesgos del VIH (83), así como cambios en el estilo de vida para minimizar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles (85).

Conclusión

La atención y el apoyo al VIH es primordial para asistir a las personas que viven con el VIH en el acceso al asesoramiento y pruebas del VIH y en la inmediata vinculación y retención en el tratamiento del VIH para lograr el mayor nivel de bienestar posible. A través de los objetivos Fast-Track (actuaciones inmediatas) se pretende dar un gran impulso a la atención y el apoyo en los próximos cinco años para garantizar que el 90% de las personas que viven con el VIH sean conocedoras de su estado, el 90% de las personas que saben que son portadoras del VIH tengan acceso a tratamientos y que el 90% de las personas que reciben tratamiento contra el VIH hayan suprimido las cargas víricas, contribuyendo a la eliminación del estigma y la discriminación y a la reducción de nuevas infecciones a menos de 500.000 personas para el año 2020.

Es esencial centrarse en mejorar el acceso de los niños, los adultos y los grupos de población claves que necesitan servicios de atención y apoyo en emplazamientos claves para conseguir los objetivos Fast-Track. Es necesario mejorar la aceptación y la adherencia al tratamiento del VIH para lograr una supresión vírica duradera. Para ello, las personas necesitarán mejorar el asesoramiento y las pruebas y encontrar formas eficaces para iniciar el tratamiento del VIH de manera temprana. En particular, deben cerrarse las brechas existentes, incluido el acceso a:

- Atención clínica.
- Atención física.
- Apoyo social.
- Alivio del dolor.
- Servicios de salud mental.
- Apoyo a la alimentación y la nutrición.
- Apoyo legal.

Es necesario aumentar el acceso a estos servicios para las personas que viven con el VIH, para quienes están en riesgo de contraer el VIH y quienes ya están afectados. Asimismo, existe una necesidad primordial de mejorar la atención a niños y adolescentes y el desarrollo de sistemas de atención crónica modernos, incluido para grupos de población clave y personas mayores que viven

con el VIH. Esto puede lograrse a través de la creación de capacidades de los trabajadores sanitarios y los cuidadores comunitarios, incluidos el empleo de incentivos, la remuneración y el desarrollo de carreras profesionales para los cuidadores comunitarios y actualizando su conocimiento según las cambiantes necesidades de las personas que viven con el VIH.

Referencias

- 1 Directrices unificadas sobre el uso de antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública, segunda edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.
- 2 Technical considerations provided by PEPFAR technical working groups for FY 2014 COPS and ROPS. Washington DC: Plan de emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el alivio del sida; 2013
- 3 En la vía rápida para acabar con el sida: Estrategia de ONUSIDA para 2016-2021. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; 2015.
- 4 Actualización global del sida. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; 2016
- 5 Deeks SG, SR Lewin, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet*. 2013;382:1525–1533.
- 6 Vella S, Schwartlander B, Sow SP, Eholie SP, Murphy RL. The history of antiretroviral therapy and of its implementation in resource-limited areas of the world. *AIDS*. 2012;26:1231–1241.
- 7 "15 by 15": a global target achieved. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; 2015.
- 8 Samji H, Cescon A, Hogg RS, Modur SP, Althoff KN, Buchacz K, et al. Closing the gap: increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada. *PLoS ONE*. 2013;8:e81355.
- 9 Mills EJ, Bakanda C, Birungi J, Chan K, Ford N, Cooper CL, et al. Life expectancy of persons receiving combination antiretroviral therapy in low-income countries: a cohort analysis from Uganda. *Ann Intern Med*. 2011;155:209–216.
- 10 Bor J, Herbst AJ, Newell ML, Barnighausen T. Increases in adult life expectancy in rural South Africa: valuing the scale-up of HIV treatment. *Science*. 2013;339:961–965.
- 11 Nsanzimana S, Remera E, Kanters S, Chan K, Forrest JI, Ford N, et al. Life expectancy among HIV-positive patients in Rwanda: a retrospective observational cohort study. *Lancet Glob Health*. 2015;3:e169–e177.
- 12 Smith CJ, Ryom L, Weber R, Morlat P, Pradier C, Reiss P, et al. Trends in underlying causes of death in people with HIV from 1999 to 2011 (D:A:D): a multicohort collaboration. *Lancet*. 2014;384:241–248.
- 13 Cox JA, Kiggundu D, Elpert L, Meintjes G, Colebunders R, Alamo S. Temporal trends in death causes in adults attending an urban HIV clinic in Uganda: a retrospective chart review. *BMJ Open*. 2016;6:e008718.
- 14 Langley CL, Lapidus-Salaiz I, Hamm TE, Bateganya MH, Firth J, Wilson M, et al. Prioritizing care and support interventions: moving from evidence to policy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015; 68 (Supl. 3):S375–S378.
- 15 Directrices sobre cuándo comenzar la terapia antirretroviral y la profilaxis previa a la exposición al VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
- 16 Community caregivers: the backbone for accessible care and support. Multicountry research— synthesis report. Caregivers Action Network; 2013.
- 17 Tang AM, T rápida, Chung M, Wanke CA. Nutrition assessment, counselling and support interventions to improve health-related outcomes in people living with HIV/AIDS: a systematic review of the literature. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015; 68 (Supl. 3):S340–S349.
- 18 What do we really mean by "HIV care and support"? Progress towards a comprehensive definition. Londres: UK Consortium on AIDS and International Development; 2008.
- 19 Sherr L, Yakubovich AR, Skeen S, Cluver LD, Hensels IS, Macedo A, Tomlinson M. How effective is help on the doorstep? A longitudinal evaluation of community-based organisation support. *PLoS One*. 2016;11:e0151305.
- 20 Tso LS, Best J, Beanland R, Doherty M, Lackey M, Ma Q, et al. Facilitator and barriers in HIV linkage to care interventions: a qualitative evidence review. *AIDS*. 2016;30:1639–1653.
- 21 Leon N, Mathews C, Lewin S, Osler M, Boule A, Lombard C. A comparison of linkage to HIV care after provider-initiated HIV testing and counselling (PITC) versus voluntary HIV counselling and testing (VCT) for patients with sexually transmitted infections in Cape Town, South Africa. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:350.
- 22 Genberg BL, Naanyu V, Wachira J, Hogan JW, Sang E, Nyambura M, et al. Linkage to and engagement in HIV care in western Kenya: an observational study using population-based estimates from home-based counselling and testing. *Lancet HIV*. 2015;2:e20–e26.
- 23 Fox MP, Rosen S. Retention of adult patients on antiretroviral therapy in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis 2008–2013. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;69:98–108.
- 24 Sharma M, Ying R, Tarr G, Barnabas R. Systematic review and meta-analysis of community and facility-based HIV testing to address linkage to care gaps in sub-Saharan Africa. *Nature*. 2015;528:S77–S85.
- 25 Rosen S, Maskew M, Fox MP, Nyoni C, Mongwenyana C, Maletse G, et al. Initiating antiretroviral therapy for HIV at a patient's first clinic visit: the RapIT randomized controlled trial. *PLoS Med*. 2016;13:e1002015.
- 26 Hoffmann C, Mabuto T, Ginindza S, Fielding KL, Kubeka G, Dowdy D, et al. A randomized trial to accelerate HIV care and ART initiation following HIV diagnosis. Resumen 113LB. Presentado en la Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, Boston (Massachusetts, EE.UU.), 22–25 de febrero de 2016.
- 27 Magnus M, Herwehe J, Murtaza-Rossini M, Reine P, Cuf e D, Gruber D, Kaiser M. Linking and retaining HIV patients in care: the importance of provider attitudes and behaviours. *AIDS Patient Care STDs*. 2013;27:297–303.
- 28 Amanyire G, Semitala FC, Namusobya J, Katuramu R, Kampiire L, Wallenta J, et al. Effects of a multicomponent intervention to streamline initiation of antiretroviral therapy in Africa: a stepped-wedge cluster-randomised trial. *Lancet HIV*. 2016. Avance de publicación en línea ([http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018\(16\)30090-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30090-X)).
- 29 Govindasamy D, Ford N, Kranzer K. Risk factors, barriers and facilitators for linkage to antiretroviral therapy care: a systematic review. *AIDS*. 2012;26:2059–2067.
- 30 Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.

- 31 Ford N, Matteelli A, Shubber Z, Hermans S, Meintjes G, Grinsztejn B, et al. TB as a cause of hospitalization and in-hospital mortality among people living with HIV worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J AIDS Soc.* 2016;19:20714.
- 32 RK Gupta, Lucas SB, Fielding KL, Lawn SD. Prevalence of tuberculosis in post-mortem studies of HIV-infected adults and children in resource-limited settings: a systematic review and meta-analysis. *AIDS.* 2015;29:1987–2002.
- 33 Date A, Modi S. TB screening among people living with HIV/AIDS in resource-limited settings. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015; 3(supl. 3):S270–S273.
- 34 Grinsztejn B, Luz PM, Pacheco AG, Santos DVG, Velasque L, Moreira RI, et al. Changing mortality profile among HIV-infected patients in Rio de Janeiro, Brazil: shifting from AIDS to non-AIDS-related conditions in the HAART era. *PLoS ONE.* 2013;8:e59768.
- 35 Yanik EL, Achenbach CJ, Gopal S, Coghil AE, Cole SR, Eron JJ, et al. Changes in clinical context for Kaposi's sarcoma and non-Hodgkin lymphoma among people with HIV infection in the United States. *J Clin Oncol.* 2016. Avance de publicación en línea (doi:10.1200/JCO.2016.67.6999).
- 36 Directrices unificadas sobre la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por VIH en grupos de población clave. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
- 37 Forhan SE, Godfrey CC, Watts DH, Langley CL. A systematic review of the effects of visual inspection with acetic acid, cryotherapy, and loop electrosurgical excision procedures for cervical dysplasia in HIV-infected women in low- and middle-income countries. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015; 68 (Supl. 3):S350–S356.
- 38 Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: what's new. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
- 39 Essential prevention and care interventions for adults and adolescents living with HIV in resource-limited settings. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
- 40 The implications of HIV and AIDS on women's unpaid labour burden. Ginebra: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2010.
- 41 Yates T, Lantagne D, Mintz E, Quick R. The impact of water, sanitation, and hygiene interventions on the health and well-being of people living with HIV: a systematic review. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015; 68 (Supl. 3):S318–S330.
- 42 Lewycka S, Mwansambo C, Rosato M, Kazembe P, Phiri T, Mganga A, Costello A. Effect of women's groups and volunteer peer counselling on rates of mortality, morbidity, and health behaviours in mothers and children in rural Malawi (MaiMwana): a factorial, cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2013;381:1721–1735.
- 43 Fatti G, Shaikh N, Eley B, Grimwood A. Improved virological suppression in children on antiretroviral treatment receiving community-based adherence support: a multicentre cohort study from South Africa. *AIDS care* 2014;26:448–453.
- 44 Grimwood A, Fatti G, Mothibi E, Malahlela M, Shea J, Eley B. Community adherence support improves programme retention in children on antiretroviral treatment: a multicentre cohort study in South Africa. *Int J AIDS Soc.* 2012;15:17 381.
- 45 Richter L, Rotheram-Borus MJ, Van Heerden A, Stein A, Tomlinson M, Harwood JM, et al. Pregnant women living with HIV (WLH) supported at clinics by peer WLH: a cluster randomized controlled trial. *AIDS Behav.* 2014;18:706–715.
- 46 Tomlinson M, Doherty T, Ijumba P, Jackson D, Lawn J, Persson LA, et al. Goodstart: a cluster randomised effectiveness trial of an integrated, community-based package for maternal and newborn care, with prevention of mother-to-child transmission of HIV in a South African township. *Trop Med Int Health.* 2014;19:256–266.
- 47 Cluver L, Toska E, Orkin FM, Meinck F, Yakubovich A, Sherr L. Achieving equity in HIV-treatment outcomes: can social protection improve adolescent ART-adherence in South Africa? *AIDS Care.* 2016; 28 (Supl. 2):73–82.
- 48 Bateganya MH, Amanyeiwe U, Roxo U, Dong M. Impact of support groups for people living with hiv on clinical outcomes: a systematic review of the literature. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015; 68 (Supl. 3):S368–S374.
- 49 Parker R, Stein DJ, Jelsm J, Pain in people living with HIV/AIDS: a systematic review. *Int J AIDS Soc.* 2014;17:18 719.
- 50 Lawson E, Walker-Bone K, Sabin C, Perry N, Richardson D, Gilleece Y, et al. Is HIV painful? An epidemiologic study of the prevalence and risk factors for pain in HIV-infected patients. *Clin J Pain.* 2015;31:813–819.
- 51 Arseniou S, Arvaniti A, Samakouri M. HIV infection and depression. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2014;68:96–109.
- 52 Lowenthal E, Lawler K, Harari N, Moamogwe L, Masunge J, Masedi M, et al. Rapid psychosocial function screening test identified treatment failure in HIV+ African youth. *AIDS Care.* 2012;24:722–727.
- 53 Mellins CA, Brackis-Cott E, Dolezal C, Abrams EJ. The role of psychosocial and family factors in adherence to antiretroviral treatment in human immunodeficiency virus-infected children. *Pediatr Infect Dis J.* 2004; 23: 1035-41.
- 54 Primeau MM, Avellaneda V, Musselman D, St Jean G, Illa L. Treatment of depression in individuals living with HIV/AIDS. *Psychosomatics.* 2013;54:336–344.
- 55 Pence BW, Miller WC, Gaynes BN, Eron JJ. Psychiatric illness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007;44:159–166.
- 56 Ahaneku H, Ross MW, Nyoni JE, Selwyn B, Troisi C, Mbwambo J, et al. Depression and HIV risk among men who have sex with men in Tanzania. *AIDS Care.* 2016; 28 (Supl. 1):140–147.
- 57 Mental health and substance use services for people living with HIV/AIDS. Washington DC: APA Public Interest Government Relations Office; 2013 (<https://www.apa.org/about/gr/issues/hiv/mental-health-briefing.pdf>).
- 58 Toolkit: for countries applying for funding of food and nutrition programs under the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Round 11). Washington DC: FHI 360; 2011.
- 59 Cluver LD, Orkin FM, Boyes ME, Sherr L. Cash plus care: social protection cumulatively mitigates HIV-risk behaviour among adolescents in South Africa. *AIDS.* 2014; 28 (Supl. 3):S389–S397.

- 60 McGovern M, Canning D, Tanser F, Herbst K, Gareta D, Mutevedzi T, et al. A household food voucher increases consent to home-based HIV testing in rural KwaZulu-Natal. Resumen 1102. Presentado en la Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, Seattle Washington, EE.UU.), 23–26 de febrero de 2015.
- 61 Building capacity for the agriculture sector's response to AIDS: a training manual for agriculture sector workers. Roma: Organización para la Alimentación y la Agricultura (<http://www.fao.org/docrep/013/am022e/am022e.pdf>).
- 62 Cluver L, Orkin M, Boyes M, Sherr L, Meinck F, Yakubovich A. Cash, food, care and HIV prevention for adolescents: latest evidence from southern Africa. Ginebra: IATT Stakeholders Consultation; 2015.
- 63 Nutrition assessment, counselling and support for adolescents and adults living with HIV: a programming guide—food and nutrition in the context of HIV and TB. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; 2014.
- 64 Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, Tsai AC. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Int J AIDS Soc.* 2013; 16 (Supl. 2):18 640.
- 65 Reduction of HIV-related stigma and discrimination. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; 2014.
- 66 Brown L, Macintyre K, Trujillo L. Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned? *AIDS Educ Prev.* 2003;15:49–69.
- 67 United States Government 69 Action plan on children in adversity: a framework for international assistance 2012–2017. Washington DC: Gobierno de los Estados Unidos de América; 2012.
- 68 Fishel JD, Ren R, Barrère B, Croft TN. Child survival by HIV status of the mother: evidence from DHS and AIS Surveys. DHS comparative reports 35. Rockville (MD): ICF International; 2014.
- 69 Taking the evidence to impact: making a difference for vulnerable children living in a world with HIV. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2009.
- 70 Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping mothers alive. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; 2011.
- 71 Bender JM, Li F, Martelly S, Byrt E, Rouzier V, Leo M, et al. Maternal HIV infection influences the microbiome of HIV-uninfected infants. *Sci Transl Med.* 2016;8:349ra100.
- 72 PEPFAR blueprint: creating an AIDS-free generation. Washington DC: Plan de emergencia del presidente de los Estados Unidos para el alivio del sida; 2012.
- 73 Social protection: advancing the AIDS response. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; 2015.
- 74 Terminology guidelines. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; 2015
- 75 Baggaley R, Armstrong A, Dodd Z, Ngoksin E, Krug A. Young key populations and HIV: a special emphasis and consideration in the new WHO Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key populations. *Int J AIDS Soc.* 2015; 18 (Supl. 1):19 438.
- 76 Power L, Bell M, Freemantle I. A national study of people over 50 living with HIV. Londres: Joseph Rowntree Foundation; 2010.
- 77 HIV among people aged 50 and over. Atlanta (Georgia): Centros para el control y la prevención de enfermedades, 2016 (<http://www.cdc.gov/hiv/group/age/olderamericans/index.html>).
- 78 Justice A, Falutz J. Aging and HIV: an evolving understanding. *Curr Opin HIV AIDS.* 2014;9:291–293.
- 79 Greig J, Casas EC, O'Brien DP, Mills EJ, Ford N. Association between older age and adverse outcomes on antiretroviral therapy: a cohort analysis of programme data from nine countries. *AIDS.* 2012; 26 (Supl. 1):S31–S37.
- 80 HIV and aging: a special supplement to the UNAIDS report of the global AIDS epidemic. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; 2013.
- 81 O'Brien D, Spelman T, Greig J, McMahon J, Ssonko C, Casas E, et al. Risk factors for mortality during antiretroviral therapy in older populations in resource-limited settings. *Int J AIDS Soc.* 2016;19:20 665.
- 82 Gross AM, Jaeger PA, Kreisberg JF, Licon K, Jepsen KL, Khosroheidari M, et al. Methylome-wide analysis of chronic HIV infection reveals five-year increase in biological age and epigenetic targeting of HLA. *Mol Cell.* 2016;62:157–168.
- 83 Abrass CK, Appelbaum JS, Boyd CM, Braithwaite RS, Broudy VC, Covinsky K, et al. The HIV and Aging Consensus Project: recommended treatment strategies for clinicians managing older patients with HIV. Washington DC: American Academy of HIV Medicine; 2011.
- 84 Protection, care and support for an AIDS-free generation: a call to action for all children. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2014.
- 85 The immune system, HIV and aging, version 2. Nueva York: Treatment Action Group; 2014.

Copyright © 2016
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)
Todos los derechos reservados.

Las denominaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de ONUSIDA respecto de la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites. ONUSIDA no garantiza que la información suministrada en esta publicación sea completa y correcta, y no se hace responsable de los daños ni perjuicios ocasionados como consecuencia de su uso.

UNAIDS/JC2741E



ONUSIDA
Programa Conjunto de las Naciones
Unidas sobre el VIH/SIDA

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

+41 22 791 3666

unids.org