MEDICINA ESTÉTICA – Nº 81 – 4º T – 2024
DOI: 10.48158/MEDICINAESTETICA.081.01

Lorente Prieto, Enrique[1]; Pérez González, María de los Llanos[2]

[1]Máster en Medicina Estética. Licenciado en Medicina y Cirugía (UAB). Clínica Sagrada Familia, Barcelona. Clínica Eiviluxury, Ibiza.

[2]Graduada en Ciencias Físicas (UAB). Docente de Diagnóstico por la Imagen y Medicina Nuclear, Barcelona.

www.seme.org/revista/autores/enrique-lorente-prieto

Recepción: 27/06/2024. Revisión: 19/09/2024. Aceptación: 12/10/2024. Publicación: 22/10/2024

Dr. Enrique Lorente Prieto

Pacientes VIH+ en las clínicas de medicina estética

HIV+ patients in aesthetic medicine clinics

RESUMEN

La pandemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), surgida en la década de 1980, tuvo un impacto devastador a nivel mundial. Se estima que infectó a más de 75 millones de personas y causó la muerte de aproximadamente 32 millones. La introducción de la terapia antirretroviral ha permitido suprimir de manera efectiva la replicación del virus, lo que ha mejorado significativamente la calidad y la esperanza de vida de los pacientes.

El Ministerio de Sanidad propuso que la cifra de menos de 200 copias/ml en sangre se aceptara como nivel indetectable e intransmisible del VIH por vía sexual. Además, otras estrategias de prevención, como la promoción del uso del preservativo y la profilaxis preexposición (PrEP) contribuyen a reducir las tasas de nuevas infecciones. A pesar de estos avances, persisten desafíos significativos, como la falta de acceso universal a la atención médica, el estigma y la discriminación asociados con el VIH, especialmente en pacientes con signos de lipodistrofia facial o corporal.

Sin embargo, no cesa la notificación anual de nuevos casos, lo que induce a pensar que puede producirse un aumento de estos pacientes en las consultas de medicina estética, tanto para tratar inestetismos no relacionados con el virus como para mejorar manifestaciones faciales o corporales relacionadas con este, precisando una mayor atención en el momento de realizar la historia clínica.

El objetivo del presente estudio, basado en los datos obtenidos de una encuesta realizada a médicos estéticos en ejercicio, es indagar en el conocimiento que se tiene a través de la historia clínica de los pacientes portadores del VIH, y las medidas profilácticas que se toman al respecto en las clínicas.

Palabras clave. Paciente VIH+. Virus de la inmunodeficiencia humana · VIH. Encuesta. Lipodistrofia. Lipodistrofia facial. Lipodistrofia corporal.

ABSTRACT

The human immunodeficiency virus (HIV) pandemic, which emerged in the 1980s, had a devastating impact worldwide. It is estimated to have infected more than 75 million people and killed approximately 32 million. The introduction of antiretroviral therapy has effectively suppressed virus replication, which has significantly improved the quality of life and life expectancy of patients.

The Department of Health, Social Services and Equalities has proposed that less than 200 copies/ml of blood should be accepted as an undetectable and untransmissible level of sexually transmitted HIV. In addition, other prevention strategies such as condom promotion and pre-exposure prophylaxis (PrEP) are helping to reduce the rate of new infections. Despite these advances, significant challenges remain, including lack of universal access to care and HIV-related stigma and discrimination, particularly among patients with signs of facial or body lipodystrophy.

However, new cases continue to be reported each year, suggesting that the number of these patients may be increasing in aesthetic medicine practices, both for treatment of non-viral aesthetic conditions and for improvement of viral facial or body manifestations, which requires greater attention at the time of clinical history.

The aim of this study, based on data from a survey of practising aesthetic physicians, is to investigate the knowledge of HIV-positive patients through their medical records and the prophylactic measures taken in clinics.

Keywords. HIV+ patient. Human immunodeficiency virus · HIV. Survey. Lipodystrophy. Facial lipodystrophy. Body lipodystrophy.

DOI: 10.48158/MEDICINAESTETICA.081.01

INTRODUCCIÓN

En la bibliografía consultada es ampliamente aceptado que la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) corresponde a una transmisión entre especies a través de la cadena alimentaria, cuyo vector inicial fue el virus de la inmunodeficiencia de los simios (VIS), con el que comparte muchas características genómicas, filogenéticas y epidemiológicas. Se admite que el VIH-1 deriva del VIS presente en el chimpancé (SIVcpz), mientras que el VIH-2 deriva del (SIVsm), una cepa de VIS que afecta al mono mangabey hollín de África Occidental [1].

El VIH es un lentivirus que infecta células del sistema inmunológico, especialmente los linfocitos T CD4, encargados de estimular a otros inmunocitos como macrófagos, linfocitos B y linfocitos T CD8 para combatir un proceso infeccioso. Una vez dentro de la célula, el VIH utiliza la enzima transcriptasa inversa para convertir su ácido ribonucleico (ARN) en ácido desoxirribonucleico (ADN), que se integra en el genoma del huésped. La replicación del VIH dentro de las células del sistema inmunológico conduce a la destrucción progresiva de los linfocitos T CD4 y al déficit funcional del sistema inmunitario. A medida que avanza la infección este sistema se debilita cada vez más, y los portadores se vuelven más propensos a desarrollar infecciones y cánceres de tipo oportunista, lo que conduce al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) [2,3].

Los primeros casos de infección por VIH en humanos se cree que ocurrieron alrededor de 1920, en la zona de Leopoldville (actual Kinshasa, República Democrática del Congo) [4]. El 5 de junio de 1981 el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de EE. UU. alertaba de cinco casos de una extraña neumonía en hombres, previamente sanos de Los Ángeles, que tenían sexo con otros hombres (HSH). Meses después, se observaron casos de sarcoma de Kaposi (SK) e infecciones oportunistas en grupos de HSH de California y Nueva York. Esta patología, de evolución rápida y mortal, empezaría pronto a detectarse también en otros países [5].

En octubre de 1981, en el Hospital Vall Hebrón de Barcelona, la autopsia de un paciente, diagnosticado de SK e infección cerebral, confirmó la presencia de SK e infección por toxoplasmosis granulomatosa, patología muy poco frecuente en adultos. Estos hallazgos, unidos a la orientación sexual del paciente, se diagnosticaron como "cáncer gay", tratándose del primer caso diagnosticado en España [6,7]. La aparición del VIH a principios de los 80 en usuarios de drogas por vía parenteral favoreció la transmisión heterosexual y perinatal [8], lo que unido a la falta de pruebas de despistaje hizo que se contagiaran muchos pacientes hemofílicos [9]. En 1983 se aisló por primera vez el agente causal del SIDA en el Instituto Pasteur de París. El primer test diagnóstico de infección por VIH se comercializó en 1984, y ese mismo año se identificó la molécula CD4 como el receptor principal del VIH y el linfocito T CD4 como su diana celular [10].

En 1987, la *Food and Drug Administration* (FDA), aprobó azitotimidina / zidovudina (AZT) como primer fármaco antirretroviral (FARV), destinado en principio a los pacientes afectos de neumonía por *Pneumocystis carinii* o a pacientes con SIDA severo [11]. AZT actúa inhibiendo la transcriptasa inversa, bloqueando la formación de ADN viral, para impedir la replicación del virus. Otros inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN) fueron utilizados durante la siguiente década en monoterapia o combinados. Estas estrategias fracasaron por la aparición de mutaciones resistentes frente a estos iniciales FARV; no fue hasta 1996 cuando se añadió un inhibidor de la proteasa (IP), saquinavir, a una pareja de ITIAN, lográndose suprimir de forma eficaz y duradera la replicación del VIH [12]. La combinación de dos ITIAN y un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósidos (ITINAN) se conoce como terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) o simplemente TAR (terapia antirretroviral), capaz de suprimir la replicación viral de forma indefinida, impidiendo la aparición de mutaciones de resistencia frente a los FARV y la repoblación de linfocitos T CD4, contribuyendo decididamente a una reducción de la morbimortalidad [13].

El tratamiento prolongado con estas combinaciones puede presentar problemas de adherencia por parte de los usuarios, además de efectos adversos a corto y largo plazo. que varían dependiendo del fármaco, la familia a la que pertenece y la susceptibilidad individual. Cada grupo de FARV presenta una toxicidad específica resumida en la Tabla I [14].

Grupo de FARV	Toxicidad específica
Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN)	Toxicidad mitocondrial
Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (ITINAN)	Hipersensibilidad y hepatotoxicidad
Inhibidores de la proteasa (IP)	Alteraciones metabólicas y lipodistrofia

Tabla I. Toxicidad de los fármacos antirretrovirales (FARV). Tomado de Santos y Fuertes (2006)14.

Dado el abanico de efectos secundarios asociados a los FARV y, siendo el objetivo de este trabajo conocer el nú-

mero de pacientes VIH+ que acuden a las consultas de medicina estética, los autores decidieron centrarse en la lipodistrofia facial y/o corporal. La lipodistrofia suele aparecer en pacientes tratados con FARV, especialmente con los IP, y pueden producir tanto una pérdida como un aumento del tejido graso subcutáneo. La pérdida de grasa suele localizarse en la cara, afectando especialmente a los depósitos grasos de la zona temporal y malar de forma simétrica; en el cuerpo se localiza en las extremidades, abdomen y/o nalgas. La acumulación de grasa corporal se produce en la zona cervicodorsal (joroba de búfalo), senos y abdomen. No existe una etiopatogenia claramente definida, aunque se baraja que intervengan otros factores aparte de la medicación, como genéticos, virológicos y la producción masiva de citoquinas [15,16].

Los cambios en la imagen corporal, especialmente la lipoatrofia facial (LAF), se han relacionado con depresión, disminución de la autoestima, disfunción sexual y aislamiento social; afectando la calidad de vida del paciente y su adherencia a la TAR. La lipodistrofia también favorece la morbilidad a través de la resistencia a la insulina, la hiperlipidemia y la disfunción endotelial, que pueden aumentar el riesgo de enfermedad cardiovascular [17]. El estigma físico-psíquico que suponía esta lipodistrofia y una vez comprobado que la supresión de los IP no se mostraba eficaz en la restauración de la grasa corporal, hizo que se optara en la mayoría de los casos por el uso de tratamientos médico-estéticos o quirúrgicos para su manejo [18].

Los agentes de relleno e inductores de la síntesis de colágeno se utilizan frecuentemente para el tratamiento de la LAF, y su uso se relaciona con mejorías en la calidad de vida de los pacientes en aspectos como mejor percepción de la salud, salud mental, sociabilidad y estado emocional [19]. Algunos de estos materiales como el ácido poliláctico y la hidroxiapatita cálcica fueron aprobados por la FDA para tratar la LAF en los años 2004 y 2006 [19]. Dentro del arsenal terapéutico se incluyen materiales como el ácido hialurónico (AH), la poliacrilamida en solución acuosa, el polimetilmetacrilato, la grasa autóloga y la polialquilimida. La polialquilimida, comercializada en 2001 bajo el nombre de Bio-Alcamid®, llegó a considerarse una endoprótesis [20]. Sin embargo, presentó complicaciones post inyección; desde tempranas, 6 meses después de su colocación debutando como infección local, encapsulamiento y asimetrías; hasta tardías, 5 o 10 años o más post inyección, encapsulamiento rígido, migración o abscesos recurrentes, precisando diferentes tipos de tratamiento para su eliminación. En 2010 se recomendó cesar su uso para el tratamiento de la LAF, aunque en la actualidad aún siguen apareciendo complicaciones a pesar del tiempo transcurrido [21]. A nivel ecográfico, la polialquilimida presenta una imagen vacuolar, anecoica, bien delimitada por una fina cápsula, que puede ser de gran tamaño [22].

En 1996 se creó ONUSIDA (UNAIDS), organización conjunta de la ONU sobre el VIH/SIDA que lidera el esfuerzo mundial por poner fin a la epidemia de SIDA, como amenaza para la salud pública, para el año 2030, como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible [23]. Entre otros objetivos de salud estaba el denominado 95-95-95, al cual se adscribió España, lo que indica que el 95% de las personas con VIH estén diagnosticadas; que el 95% de ellas esté en tratamiento; y que el 95% cuente con carga viral indetectable y, por tanto, intransmisible.

A falta de datos globales actualizados sobre la presencia del VIH en España, el 31 de diciembre de 2021 se estimó que había entre 136.436 y 162.307 personas viviendo con VIH en España, lo que representa una prevalencia de VIH del 0,31% respecto al total de la población, con un intervalo de confianza del 95%, con el 92,5% de portadores del VIH que conocerían su diagnóstico, estimándose que el 7,5% de portadores no conocen su condición. Se estima que un 96,6% de portadores del VIH reciben tratamiento antirretroviral y de esta cifra, un 90,4% (120.073 personas) tendrían la carga viral suprimida, con lo que se considera que el 80,8% de portadores del VIH en España habrían alcanzado la supresión viral, cifras que hacen factible la aproximación al objetivo establecido por ONUSIDA para el año 2030.

El objetivo del presente estudio es conocer por medio de una encuesta realizada a los médicos estéticos en ejercicio sobre los tratamientos realizados en 2023 a pacientes que hayan sido diagnosticados como portadores del VIH, si los tienen registrados por medio de la historia clínica; así como saber si tienen implementadas medidas profilácticas de práctica clínica. También se quiere verificar si hay coincidencia con los datos aportados por el estudio de la SEME [24].

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal (recogida de datos de una población en un momento determinado de tiempo), considerado por algunos autores como el primer peldaño en los niveles de evidencia del grupo de los observacionales analíticos [25].

Basándose en la experiencia profesional del primer autor, se diseñó una encuesta con 12 ítems difundida vía *WhatsApp* [26] con fecha de inicio 10/10/2023 y de cierre 20/11/2023: Dicha encuesta se envió en forma de formulario *Google Forms* [27] completamente anónimo a 214 médicos estéticos residentes en España, solicitando difusión y respuesta única en caso de recibirlo más de una vez. Un

DOI: 10.48158/MEDICINAESTETICA.081.01

total de 153 médicos estéticos respondieron a la encuesta. Se solicitó a los médicos encuestados que si no habían visitado nunca a ningún paciente VIH+ lo hicieran constar, dado el importante valor estadístico del 0. Los resultados fueron procesados mediante el programa IBM SPSS Statistics.

RESULTADOS

Se muestran a continuación los datos obtenidos de los 153 participantes en la encuesta, desglosando cada uno de los 12 ítems sobre los que fueron preguntados.

1. Sexo

Se obtuvieron 153 respuestas de la muestra final, predominando el sexo femenino: 105 mujeres (68,7%) contra 48 hombres (31,3%).

2. Edad

La distribución de las respuestas en relación con la edad de los respondedores se muestra en la Figura 1. La franja de edad más respondedora fue la comprendida entre 56 y 65 años (n = 51), seguida de la franja de 46 a 55 años (n = 44); en tercer lugar, los comprendidos entre 36 y 45 años (n = 32); los mayores de 65 años (n = 15) ocuparon el cuarto lugar, y la franja con menos respondedores fue la de 25 a 35 años (n = 11).

3. Comunidad autónoma de ejercicio mayoritario del médico estético

De los 153 médicos, en Cataluña participaron 82, Madrid 17, Comunidad Valenciana 15, Andalucía 12, Galicia 8, Baleares 7 y Aragón 3. Asturias, Castilla-La Mancha y Euskadi tuvieron 2 participantes cada una, y Murcia, Castilla-León e Islas Canarias uno por cada comunidad (Figura 2). No hubo participantes del resto de comunidades.

4. Pacientes VIH+ a los que se les realizó tratamientos de medicina estética

En el momento de enviar este cuestionario se hizo hincapié en que los médicos que no tuvieran constancia de haber tratado a estos pacientes incluyeran la respuesta 0, dado su valor estadístico. El 25,51% de los médicos encuestados refirió no haber visitado a ningún paciente portador de VIH, cifra que se ha hecho constar con el resto de los resultados de la encuesta en diversos ítems. El 51,63% de los encuestados, con menos de 10 años de ejercicio como médico estético, habían visitado 79 pacientes portadores de VIH; el 10,45%, con 11 a 20 años de ejercicio, habían visitado 16; el 5,88%, de 21 a 30 años de trayectoria profesional, 9 pacientes; el 1,96%, de 31 a 40 años de ejercicio profesional visitaron 3 pacientes; el 0,65% de los encuestados, con ejercicio durante 41 a 50 años habían visitado un paciente, y el grupo con más de 50 años de ejercicio había visitado 6 pacientes (Figura 3).

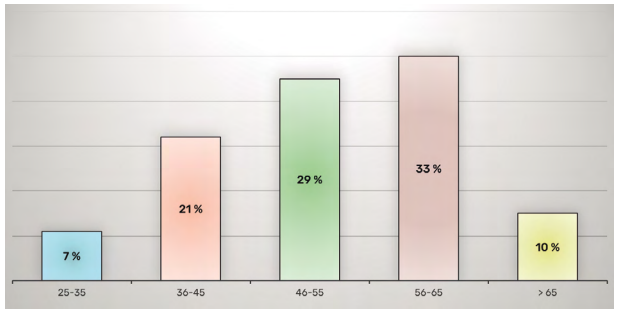

Figura 1. Gráfico de distribución por franja de edad de los médicos estéticos encuestados.

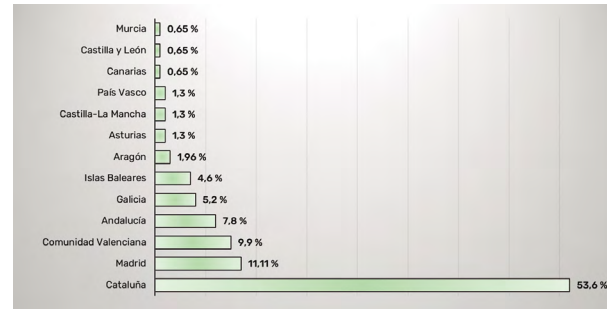

Figura 2. Distribución geográfica por comunidades autónomas de los encuestados.

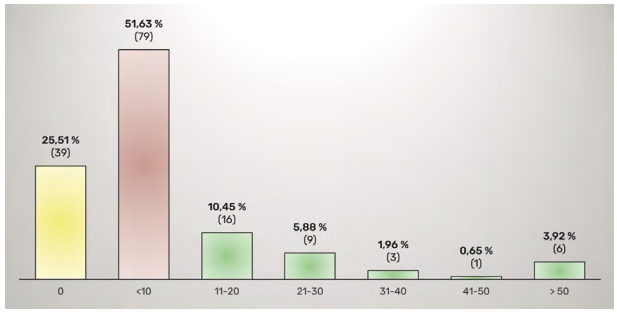

Figura 3. Distribución del porcentaje de pacientes VIH+ tratados en relación con años de ejercicio como médico estético.

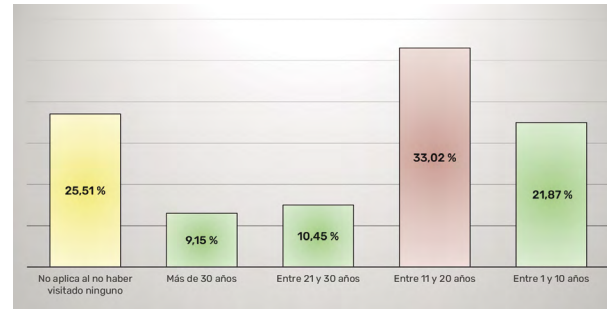

Figura 4. Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH+ en los pacientes que has tratado.

5. Conocimiento de los pacientes y el tiempo transcurrido desde que fueron diagnosticados como VIH+

El 9,15% (13) de los pacientes conocían su diagnóstico hacía más de 30 años; el 10,45% (15), entre 21 y 30 años; el 33,02% (53), entre 11 y 20 años, y el 21,87% (35) entre 1 y 10 años (Figura 4).

6. Conocimiento de la carga viral de los pacientes VIH+ por parte del médico estético

El 41,16% de los médicos encuestados (n = 70) desconocían la carga viral de sus pacientes; el 41% (n = 44) sabían que la carga viral era menor a 200 copias/ml (se considera indetectable); el 1,96% (n = 2) sabían que la carga viral era mayor a 200 copias/ml y el 1,96% (n = 2) prefirió no responder (Figura 5).

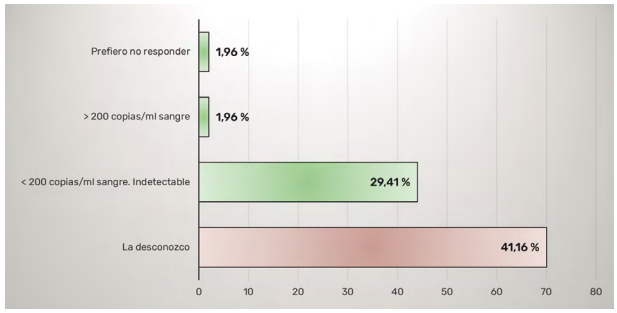

Figura 5. Conocimiento de la carga viral de los pacientes VIH+ por parte del médico estético que los ha tratado.

7. Conocimiento del tratamiento antirretroviral por parte del médico estético

El 61,22% (n = 95) de los encuestados conocían que sus pacientes seguían TAR, mientras que el 13,27% (n = 22) desconocían este dato.

8. Protocolo clínico a seguir en caso de pinchazo accidental

El 64,1% de los encuestados (n = 98) respondieron afirmativamente, mientras que el 35,9% (n = 55) de los médicos respondió que carecían de protocolo clínico de actuación ante un pinchazo accidental.

9. Realización de profilaxis postexposición (PPE) después de un pinchazo accidental

El 68% de los encuestados (n = 104) respondieron que no realizaron profilaxis, mientras que el 6,49% (n = 10) respondieron de forma afirmativa.

10. Precauciones especiales para el personal auxiliar de clínica y el propio médico

El 38% de los encuestados (n = 59) informaron que extremaban las precauciones, el 18% (n = 28) utilizó doble guante, el 17% (n = 27) no tomaba ninguna precaución en especial; el 0,65% (n = 1) sigue tratamiento con PrEP y el 0,65% (n = 1) refirió haber conocido el estado seropositivo del paciente por una complicación surgida tras un tratamiento, sin que el paciente hubiera comentado sus antecedentes médicos en el momento de realizar la historia clínica (Figura 6).

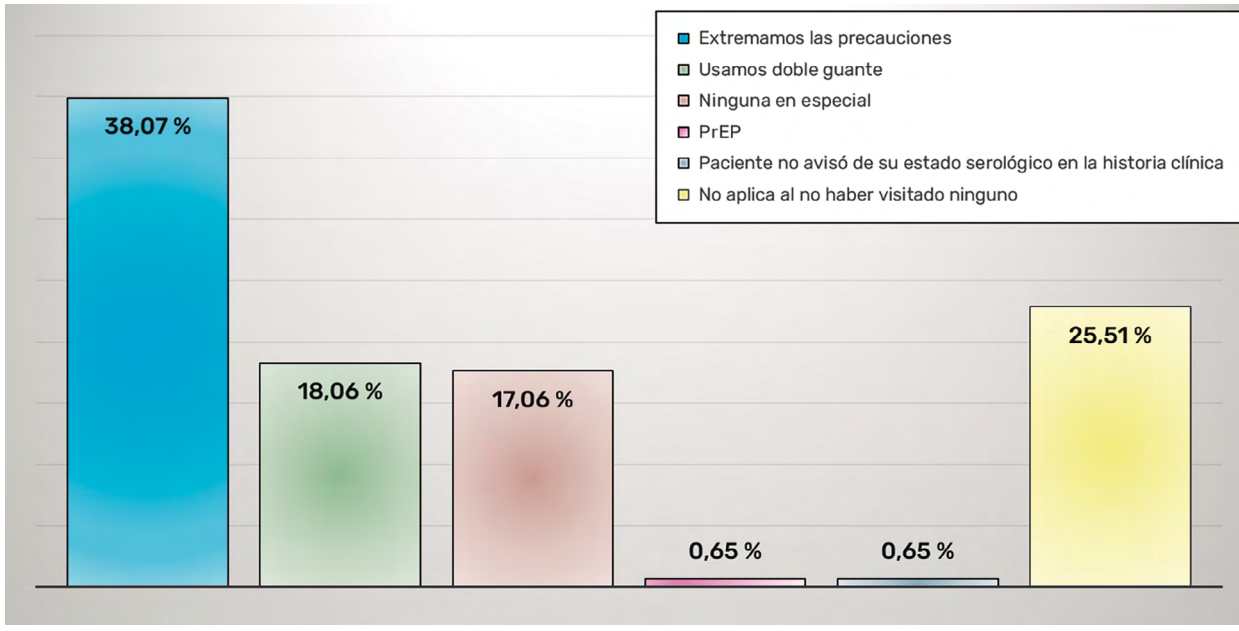

Figura 6. Precauciones que refieren tomar los médicos estéticos que han atendido pacientes VIH+ en el tratamiento.

DOI: 10.48158/MEDICINAESTETICA.081.01

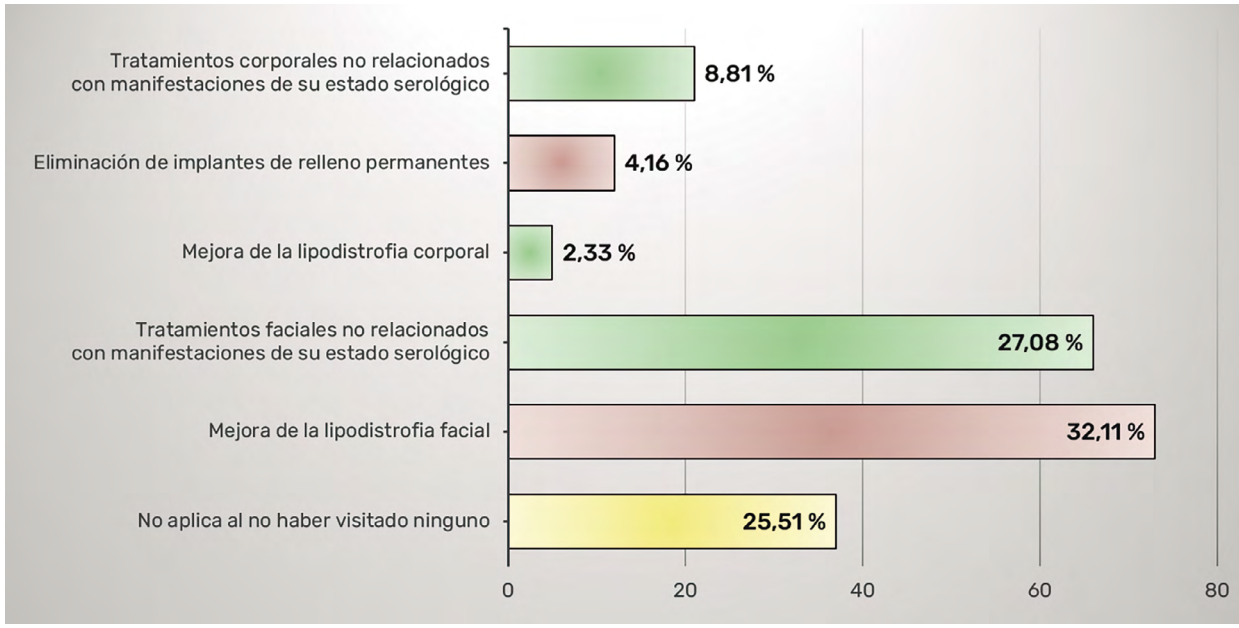

Figura 7. Tipo de tratamiento inyectable realizado a los pacientes.

11. Tipo de tratamiento inyectable

En este apartado podía darse más de una respuesta. El 27,08% de los pacientes (n = 66) solicitó tratamientos faciales no relacionados ni con su estado serológico, ni con efectos secundarios de la medicación; de estos, el 8,81% (n = 21) se habían realizado tratamientos corporales. El 32,11% (n = 73) realizaron tratamientos para mejorar su LAF, mientras que en el 2,33% (n = 5) se trató su lipodistrofia corporal. El 4,16% (n = 12) solicitaron eliminar implantes faciales permanentes (Figura 7).

12. Sexo más representativo de los pacientes

Los médicos adscribieron el sexo según informaron los pacientes. El 49,67% de los pacientes (n = 76) eran de sexo masculino, el 15,68% (n = 26) de sexo femenino, el 3,92% (n = 6) se definieron como hombres trans, el 1,3% (n = 2) como mujeres trans y el 3,92% de los médicos encuestados (n = 6) ha preferido no contestar (Figura 8).

DISCUSIÓN

La infección por VIH se ha convertido en una enfermedad crónica gracias a la eficacia de las TAR actuales que, aunque no eliminan la infección, la controlan y ayudan a prevenir la transmisión del virus. La evolución a la cronicidad favorece que los pacientes portadores tengan las mismas inquietudes estéticas, tanto faciales como corporales, que posee el resto de la población; a lo que debe añadirse que este grupo de pacientes busca la mejora de las lipoatrofias/lipodistrofias faciales y/o corporales secundarias a la patología propia, a la medicación antirretroviral o a la derivada de la eliminación de implantes permanentes de los que eran portadores. La suma de estos factores indica que la presencia de estos pacientes será cada vez mayor en las consultas de medicina estética.

Analizando los resultados obtenidos con la encuesta realizada, llama la atención el hecho de que los médicos con menor número de años de ejercicio son los que han visitado más pacientes VIH+; lo que podría atribuirse a la mayor presencia e influencia que tienen en las redes sociales; aunque esto debe tomarse con precaución, ya que esta franja de edad fue la que menor participación tuvo en la encuesta. En 2022 se calculó que eran utilizadas por 29 millones de usuarios en España [28]; siendo mayor la difusión de tratamientos médico-estéticos por médicos

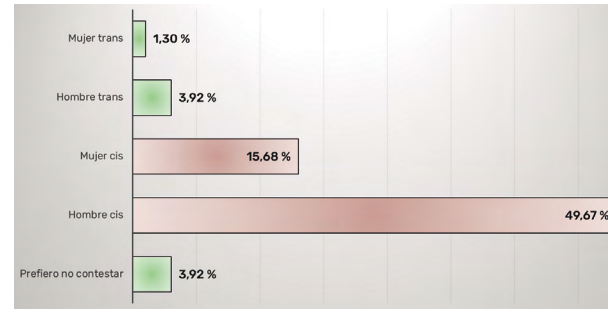

Figura 8. Sexo asignado más representativo de los pacientes.

jóvenes: Tampoco se descarta la posibilidad de que este perfil de pacientes se sienta más identificado con médicos jóvenes; quizás, en la creencia de que el colectivo más joven sienta menos prejuicios frente a su patología. El autor principal ha podido constatar que muchos pacientes VIH+ han relatado haberse sentido juzgados por su seropositividad y/o por su sexualidad.

Como médicos no debe olvidase que el paciente puede no revelarnos su historia clínica de forma completa por diferentes motivos: no quieren ser juzgados ni sermoneados; no quieren escuchar que su comportamiento les resulta dañino; en ocasiones sienten vergüenza; no quieren ser catalogados como pacientes difíciles o no quieren ocupar más tiempo en la consulta [29].

El Ministerio de Sanidad indica que la cifra de menos de 200 copias/ml en sangre se considera como nivel indetectable e intransmisible del VIH por vía sexual. No obstante, aunque el efecto del nivel de carga viral no se ha estudiado suficientemente en pacientes con exposición ocupacional, el riesgo postexposición disminuye en relación con la carga viral [30].

Respecto al VIH, estudios prospectivos realizados en trabajadores sanitarios han estimado en un 0,3% el riesgo medio de transmisión después de una exposición percutánea a la sangre, siendo menor este porcentaje cuando se trata de una aguja maciza, mientras que, en el caso de contacto mucocutáneo, el riesgo de transmisión es de un 0,09% [31]. Sería recomendable tener en todas las clínicas de medicina estética un protocolo escrito dirigido a todo el personal que pueda estar en contacto con fluidos de los pacientes, o maneje material contaminado, para conocer qué es lo que se debe hacer en caso de una exposición ocupacional accidental [31]. Si se considera necesario realizar PPE se ha de iniciar antes de las 24 horas posteriores al suceso y siempre dentro de las primeras 72 horas, una vez pasado este tiempo no se recomienda realizarla [31,32].

El hecho de que predominen los pacientes varones sobre las mujeres, no nos ha de hacer olvidar que ciertas patologías no están ligadas a un sexo determinado, y que no siempre vamos a encontrar el VIH en varones, ni especialmente en el grupo HSH.

Sin embargo, el porcentaje de compañeros encuestados que desconocían la carga viral de sus pacientes y si éstos seguían TAR son datos que llaman especialmente la atención, y deben conducir a reflexionar sobre si se hacen de una forma correcta y exhaustiva las historias clínicas en consulta [33]. Una encuesta bien dirigida debería proporcionarnos esta información al preguntar al respecto de patologías crónicas y medicación esporádica o crónica. Debemos recordar que, en uno de los casos reportados, el paciente no había notificado su estado serológico a pesar de haber sido preguntado en la historia clínica, por lo que se considera recomendable realizar las preguntas dentro de un clima de confianza con el paciente; lo que excluye a los amigos, familiares y personal auxiliar de estar presentes.

Son limitaciones del presente estudio la baja participación de médicos; aunque en el sector de la medicina estética suele ocurrir. Sin embargo, estimamos en gran valor la tasa de respuestas ante una patología que el médico estético no trata directamente; pero es muy recomendable que la conozca, así como debe familiarizarse con los FARV y sus posibles efectos e interacciones con los tratamientos que se propongan a estos pacientes.

CONCLUSIONES

El análisis de la encuesta y sus respuestas permite obtener datos valiosos que orientan en similares situaciones que se producen en las consultas de medicina estética.

La presencia de pacientes VIH irá en aumento y las generaciones presentes y futuras de médicos estéticos deben estar preparados.

El mayor porcentaje de portadores del VIH han acudido a consultas de médicos que llevan menos de 10 años en el ejercicio de la medicina estética; mientras que el mayor número de pacientes habían detectado su seropositividad entre los 11 y 20 años anteriores.

El 41,16% de médicos encuestados, que han tratado a pacientes VIH+, desconocían su carga viral, mientras que el 13,27% desconocen si siguen TAR. Son datos para la reflexión y el cambio de paradigma.

Un 35,9% de los encuestados no tienen establecido un protocolo de actuación tras un pinchazo accidental con una aguja contaminada, el 7% han debido seguir terapia PPE en alguna ocasión.

Ante un paciente VIH+ se deben extremar las precauciones, aunque el uso de doble guante no se considera garantía suficiente de no recibir ningún pinchazo accidental.

DECLARACIÓN

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses, ni haber percibido compensación económica alguna para la realización de este estudio.

PREMIOS

El presente trabajo recibió una Mención Especial a la Comunicación Oral en el 39º Congreso de la Sociedad Española de Medicina Estética (SEME), celebrado en Málaga en 2024.

DOI: 10.48158/MEDICINAESTETICA.081.01

BIBLIOGRAFÍA

(1). Lampejo T, Pillay D. HIV virology, testing and monitoring. Medicine. 2013;41(8):420-424. https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2013.05.010

(2). Rodríguez J; Prieto S, Melo, Domínguez D, Correa C, Soracypa Y, Mejía M, Valero L, Salamanca A. Predicción del número de linfocitos T CD4 en sangre periférica a partir de teoría de conjuntos y probabilidad en pacientes con VIH/SIDA. Inmunología. 2014;33(4):113–120. https://doi.org/10.1016/j.inmuno.2014.07.001

(3). Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA), Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA). Documento informativo sobre la infección por el VIH. 2017.

(4). Parris GE. Mechanism and history of evolution of symbiotic HIV strains into lethal pandemic strains: the key event may have been a 1927 trial of pamaquine in Leopoldville (Kinshasa), Congo. Med Hypotheses. 2007;69(4):838-48. https://doi.org/10.1016/j.mehy.2007.01.073

(5). CESIDA. 40 aniversario de la detección del primer caso de SIDA. 2021.

(6). EresVIHda. 40 años del primer caso de sida en España. 2023.

(7). World Health Organization. The advanced HIV disease research landscape. Geneva. 2024.

(8). Folch C, Casabona J, Brugal MT, Majó X, Meroño M, Espelt A, González V. Perfil de los usuarios de drogas por vía parenteral que mantienen conductas de riesgo relacionadas con la inyección en Cataluña. Gaceta Sanitaria. 2012 Jan;26(1):37–44. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.022

(9). Miller R, Harrington C. HIV and haemophilia. AIDS Care. 1989;1(2):212-5. https://doi.org/10.1080/09540128908260264

(10). Alcamí J. Introducción. Una breve historia del sida. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2008; 26(S11):1–4. https://doi.org/10.1016/s0213-005x(08)76556-x

(11). K G. FDA Approves AZT. Science. 1987 Mar 27;235(4796):1570b. https://doi.org/10.1126/science.235.4796.1570-b

(12). López RM, Gómez MR, Pou L, Ruiz I, Ribera E, Monterde J. Inhibidores de la proteasa del VIH: actualización y monitorización terapéutica de las concentraciones plasmáticas en el tratamiento antirretroviral. Farmacia Hospitalaria. 2001.

(13). Lozano F, Domingo P. Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2011 29(6):455–465. https://doi.org/10.1016/j.eimc.2011.02.009

(14). Santos E, Fuertes A. Efectos adversos de los fármacos antirretrovirales: Fisiopatología, manifestaciones clínicas y tratamiento. An. Med. Interna (Madrid). 2006, 23(7):338-344. https://doi.org/10.4321/S0212-71992006000700010

(15). Rozas Muñoz E, Mir-Bonafé JF. Visual Dermatology: Lipodystrophy and Fat Accumulation Associated With Antiretroviral Therapy. J Cutan Med Surg. 2021 Mar-Apr;25(2):210. https://doi.org/10.1177/1203475420928919

(16). Fourman LT, Grinspoon SK. Approach to the Patient With Lipodystrophy. J Clin Endocrinol Metab. 2022 May 17;107(6):1714-1726. https://doi.org/10.1210/clinem/dgac079

(17). Guzman N, Vijayan V. HIV-Associated Lipodystrophy. [Updated 2022 Nov 7]. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Jan 2024.

(18). Fernandez MA. Lipodistrofia relacionada con el VIH-1. Piel. 2009; 24(9):489–493. https://doi.org/10.1016/s0213-9251(09)72787-x

(19). Jagdeo J, Ho D, Lo A, Carruthers A. A systematic review of filler agents for aesthetic treatment of HIV facial lipoatrophy (FLA). J Am Acad Dermatol. 2015 Dec;73(6):1040-54.e14. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.08.040

(20). Serrano C, Serrano S. Infección demorada tras el uso de Bio-alcamid [Delayed infection after Bio-alcamid implantation]. Actas Dermosifiliogr. 2006 Sep;97(7):460-2. https://doi.org/10.1016/s0001-7310(06)73441-x

(21). Rostom M, Brendling L, Stewart K. Bio-Alcamid complications: A 10 year review. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2019 May;72(5):848-862. https://doi.org/10.1016/j.bjps.2018.12.047

(22). De Cabo-Francés FM, Alcolea JM, Bové-Farré I, Pedret C, Trelles MA. Ecografía de los materiales de relleno inyectables y su interés en el seguimiento diagnóstico. Cir plást iberolatinoam. 2012;38(2):179–87. https://doi.org/10.4321/s0376-78922012000200012

(23). UNAIDS. The path that ends AIDS: UNAIDS Global Report AIDS Update 2023. https://thepath.unaids.org

(24). Percepción y uso de la Medicina Estética en España 2023. El 50% de la población española se ha realizado un tratamiento de medicina estética. Sociedad Española de Medicina Estética (SEME). Febrero 2024.

(25). Cvetković A, Maguiña JL, Soto A, Lama-Valdivia J, Correa LE. Estudios transversales: Cross-sectional studies. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2021;21(1):179-185. https://doi.org/10.25176/RFMH.v21i1.3069

(26). WhatsApp. Secure and reliable free private messaging and calling [Internet]. Available from: https://www.whatsapp.com

(27). Google Forms. Formularios de Google: solución para crear formularios online | Google Workspace [Internet]. https://www.google.com/intl/es/forms/about

(28). IEBS. Las redes sociales más utilizadas: cifras y estadísticas. 2022.

(29). Levy AG, Scherer AM, Zikmund-Fisher BJ, Larkin K, Barnes GD, Fagerlin A. Prevalence of and factors associated with patient nondisclosure of medically relevant information to clinicians. JAMA network open. 2018;1(7):e185293-e185293. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.5293

(30). Villaverde S, Bello P, Rojo P. Pinchazo accidental y otras exposiciones a virus transmitidos por sangre y fluidos corporales. Guía ABE. 2019.

(31). Clinical and Guidelines Program. Post-Exposure Prophylaxis (PEP) to Prevent HIV Infection. New York State Department of Healyh AIDS Institute. 2024.

(32). Núñez Fernández C. Precaución y actuación ante un pinchazo accidental en medicina estética. Medicina Estética. 2016;49(4):44-48. https://doi.org/10.48158/MedicinaEstetica.049.02

(33). Barreto Alcedo L. La historia clínica en medicina estética. Su importancia en el diagnóstico precoz del cáncer. Medicina Estética. 2018;56(3):24-28. https://doi.org/10.48158/MedicinaEstetica.056.03