

## **Nutrición para el Paciente VIH Positivo**

El papel de la nutrición en el tratamiento de las personas con la enfermedad VIH ha sido hasta hace poco tiempo, al igual que el apoyo psicológico, uno de los puntales fundamentales olvidados. Hasta 1996, la mayor preocupación de los médicos e investigadores occidentales era de alargar la supervivencia y frenar la destrucción del sistema inmunológico; a pesar de esto, la nutrición y la necesidad de una buena alimentación como apoyo para un sistema inmunológico bajo ataque siempre ha sido parte del cuadro médico alternativo, y una base fundamental de la medicina oriental. Hoy en día, con la disponibilidad de un tratamiento antirretrovírico potente y de mejor eficacia y una mejoría documentada en la supervivencia de muchas personas VIH positivas, han surgido de nuevo temas sobre la calidad de vida, incluyendo la nutrición.

Para que nos hable sobre los múltiples aspectos de la nutrición en las personas con la enfermedad VIH, entrevistamos a la Dra. Rosa Polo Rodríguez, del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Carlos III de Madrid. La Unidad de Nutrición del Hospital Carlos III fue creada entre 1996 y 1997 por la Dra. Polo, una pionera del campo de la nutrición en la enfermedad VIH. Apetece describir la personalidad carismática y cercana de la Dra. Polo, pero ella nos lleva, con humildad, directamente al centro de la cuestión

***BETA: ¿Se produce ante una enfermedad crónica una clase de hipermetabolismo, que resulte en mayor desgaste, mayor consumo de energía y por lo tanto de más prótidos, lípidos y glúcidos?***

Rosa Polo: Está demostrado que toda situación de estrés celular o estrés metabólico afecta el estado nutritivo de una persona; y una de estas situaciones son las infecciones o enfermedades crónicas de cualquier tipo, las cuales influyen desde el punto de vista nutritivo y de ahí, subrayan la importancia que la nutrición forme parte del tratamiento de cualquier paciente, en especial, si presenta alguna de las situaciones descritas. Lo mismo que nos preocupamos de tratar una enfermedad oportunista (EO) relacionada con el VIH, también nos tenemos que preocupar por que la situación nutritiva de dicho paciente sea lo suficientemente buena como para que pueda tolerar todo lo que va a conllevar esa EO.

***B.: ¿Desde que momento una persona diagnosticada con VIH debe de ocuparse por su estado de nutrición y todo lo relacionado con el mismo?***

R.P.: Desde el principio. No nos vale de nada hacer intervenciones nutritivas cuando el paciente padece un problema nutritivo grave, porque difícilmente lo vamos a poder solucionar. A partir del momento de que un paciente llegue a la consulta, y se hacen analíticas y seguimiento para ver si requiere un tratamiento antirretrovírico (TARV), desde ese momento también debe desarrollarse una dieta individualizada, con el fin de evitar que se produzcan problemas a la larga, porque tarde o temprano terminan por aparecer.

***B: Has dicho una dieta individualizada. ¿Es como un “traje hecho a medida”?***

R.P: Efectivamente, aquí hay que ser muy estricto. ¡Lo que vale para ti, no necesariamente vale para mí! Aunque es cierto que se pueden hacer recomendaciones generalizadas, cada paciente es

un mundo; cada uno tiene sus propios hábitos alimenticios que hay que ir corrigiendo. Las dietas deben de hacerse para cada persona, porque tu no puedes obligar a nadie a comer algo que no le gusta, pero si puedes sustituir lo indeseable por otro alimento de igual valor nutritivo. Por eso, la dieta debe ser desarrollada con cuidado y mucha claridad para cada uno de los pacientes.

***B: Hasta ahora, solo hemos hablado de personas VIH positivas asintomáticas, que van a empezar un tratamiento o que ya están en tratamiento, pero en una persona VIH positiva sintomática, con tuberculosis, o neumonía por Pneumocystis Carinii, por ejemplo, ¿Hay grandes variaciones en cuanto a términos generales?***

R.P: Si, hay variaciones. Porque no es lo mismo una persona asintomática que no tenga problemas graves, que no ha padecido una EO y que esté realizando una vida rigurosamente normal. Con esa persona, una excelente dieta como la dieta mediterránea, o simplemente hacer una dieta equilibrada, va a ser suficiente para apoyar su salud.

Sin embargo, una persona que esté sufriendo una EO, que esté sometida a un tratamiento, que puede ser más o menos agresivo dependiendo de la infección de la que se trate, y que además se van a añadir otra serie de circunstancias, como elevación de las citoquinas secundarias a la propia infección, cuadros de anorexia, dificultades al tragar, alteraciones en la conciencia que le impidan comer – en fin, todo va a hacer que su situación nutritiva, lógicamente, se vea comprometida por todo lo que esta ocurriendo. Entonces, aquí si hay que ser más agresivo. Es decir, hay que intentar de individualizar su dieta para que sea un poco más hiperprotéica e hipercalórica y evitar que los cuadros de anorexia se instauren y que pueda mantener niveles de nutrientes aceptables para poder sobrellevar mucho mejor la situación por la que está pasando.

***B.: El tratamiento TARGA, están produciendo problemas de nauseas, de vómitos, de diarreas, además de cuadros de malabsorción y otros estorbos metabólicos. Hay problemas en tomar la medicación con comida en el estomago, sin comida, etc. Representa un desafío. ¿Debe coordinarse el régimen de medicamentos con la dieta para que una no resulte comprometida por la otra?***

R.P: Debería de ser así, pero no siempre ocurre. Aquí en el Hospital Carlos III, sí se hace, porque tenemos una Unidad de Nutrición específica para los pacientes VIH positivos que está coordinada con la Unidad de Tratamiento del VIH, de tal manera que el paciente pasa de una consulta a otra para hacer primero su seguimiento clínico y después su valoración nutritiva con una serie de recomendaciones dietéticas, que van a ir variando dependiendo de su situación. El problema que ocurre en otros hospitales es que al no haber Unidades de Nutrición específicas para las personas VIH positivas, probablemente resulte más difícil de coordinar el régimen de tratamiento con la dieta. Sin embargo, también es cierto que todos estos problemas de efectos secundarios que se han producido están preocupando bastante a los médicos y animándoles a hacer una serie de recomendaciones para evitar que se produzcan efectos secundarios indeseables como nausea, vómito, diarrea. Entre estas recomendaciones está remitir a los pacientes a las Unidades de Nutrición en el propio hospital.

***B: Has hablado de cuadros de anorexia y sabemos que hay fármacos anti-VIH que puedan ocasionar este mal. ¿Cómo se combate en cuanto a la nutrición?***

R.P: Lo primero que hay que determinar es la etiología de la anorexia. Esta puede ser múltiple. No necesariamente ha de ser fruto de los fármacos. Dependiendo de su origen, hay que usar el tratamiento adecuado. Existe una serie de fármacos que son estimulantes del apetito. Estos son tremendamente eficaces para combatir la anorexia, pero en muchos casos también ha de acompañarlos con algo más. Si el problema que está provocando que el paciente no coma es, por ejemplo, vómito continuo, si no se soluciona la causa del vómito, no se va a conseguir nada con el estimulante de apetito. Igualmente, si el paciente tiene un problema psicológico que impida sus ganas de comer, si estimulamos su apetito y no le añadimos un tratamiento psicológico, o intentamos combatirlo, difícilmente vamos a conseguir el resultado que buscamos. Los fármacos son muy útiles en general para todo, pero tienen que ir acompañados de otras intervenciones.

***B.: ¿Todos los estimulantes del apetito disponibles en los Estados Unidos están disponibles en otros países?***

R.P: No. Por ejemplo, en España no disponemos de la hormona del crecimiento. Este se encuentra bajo estudio, pero no es disponible todavía al público. Hay algunos derivados de testosterona, además de oxandrolona [un esteroide]. El estimulante que tenemos por ahora es acetato de megestrol.

***B: ¿Por que no tenemos otros?***

R.P: El problema de la hormona de crecimiento es un problema económico que todos conocemos. Es caro y en los Estados Unidos tampoco se utiliza de forma habitual, a pesar de ser un excelente estimulante de apetito. Pero el acetato de megestrol sí ha demostrado ser uno de los más rápidos y potentes estimulantes de apetito. Es tan potente y rápido que cuando se quiera obtener resultados a muy corto plazo, se asocia a otros fármacos que en inicio estimulan más la masa magra (por ejemplo, acetato de megestrol más oxandrolona, o más hormona de crecimiento). Sin embargo, y como todo, hay que utilizarlo de forma adecuada.

***B: Además de la “cultura” de rapidez en la comida, los fármacos anti-VIH están produciendo incrementos de colesterol y triglicéridos, con lo que conlleva a un riesgo de enfermedad coronaria a medio y largo plazo. ¿Las intervenciones nutritivas son eficaces para controlar esos incrementos?***

R.P.: Claro que sí, igual que entre la población sin VIH. Lo que sucede es que hay una serie de diferencias con la población no infectada por el VIH. Hay que tener en cuenta que la propia infección por el VIH ya provoca un aumento de triglicéridos y ya partimos, probablemente, de cifras de triglicéridos más altas que en la población VIH negativa a esto debemos añadirle que determinados fármacos utilizados habitualmente pueden provocar un mayor aumento que en algunas ocasiones precisan tratamiento y en otras no. En términos generales, y siempre y cuando no haya otras circunstancias acompañantes o agravantes, podemos manejar sin tratamiento cuando la persona tiene triglicéridos entre 300 y 400. Si estos se mantienen estables no necesariamente hay que iniciar tratamiento; si estos se elevan entonces se debe tratar.

Con el colesterol ocurre lo mismo. Probablemente, las cifras de colesterol son un poco más elevadas que en una población VIH negativa, pero cuando las cifras de colesterol se elevan hay

que iniciar tratamiento para evitar consecuencias futuras. Los tratamientos son eficaces para las personas VIH positivas, igual que entre la población sin VIH. Lo que ocurre, que si es cierto, es que hay una curva de determinados paciente, que a pesar de ponerles tratamiento, no conseguimos solucionar sus problemas metabólicos. En estos pacientes, probablemente o hay que hacer una cambio de tratamiento no solamente desde el punto de vista del TARV, sino que en algunas ocasiones también hay que asociar fármacos para bajar las cifras de colesterol y/o triglicéridos y evitar el problema a largo plazo. Creo que más que a medio plazo, es a largo plazo donde quizás tengamos que intervenir. Sin embargo, por ahora hay estudios en los que se ha visto que, a pesar de TARV, no se han producido las alteraciones coronarias que parezca que se vayan a producir, y de las que todo el mundo está asustado.

***B: Desde 1996 se ha registrado mayor supervivencia en las personas con VIH, por la llegada de los inhibidores de proteasa, y también se ha observado alteraciones morfológicas en muchos pacientes, como lipodistrofia. ¿Qué papel cree que juegan los fármacos? ¿Qué papel puede jugar la nutrición para prevenir estas alteraciones, y sino corregirlas, al menos ralentizarlas?***

R.P.: Bueno, está claro que estos cambios en el aspecto físico, alteraciones morfológicas y cambios en el reparto de la grasa, han aparecido desde luego con el tratamiento. Pero además hay una serie de factores añadidos que hay que tener en cuenta. Es un conjunto. Por una parte, y en principio, se echó toda la culpa a los inhibidores de proteasa. ¿Por qué? Porque coincidió con una bonanza, en el sentido de que el paciente se encontraba mejor y parecía que engordaba. Y no nos estábamos dando cuenta en ese momento que “echar tripa” era un efecto secundario relacionado con el tratamiento. Luego, posteriormente, se ha visto que los culpables no son solo los IP, sino que todas las clases de fármacos, y que determinadas combinaciones tienen mayor predisposición a producir alteraciones que otras. A esto hay que añadirle una serie de factores predisponentes como edad, género, el tiempo de tratamiento, entre otros, que junto con lo anterior hacen que un grupo de pacientes desarrolle alteraciones morfológicas. La nutrición lo que tiene que hacer y debe de hacer es intentar mitigarlas. Si sabemos que estas alteraciones morfológicas se acompañan de alteraciones metabólicas en algunos casos, debemos intentar hacer cambios en la dieta principalmente con cambios en la ingestión de alimentos altos en grasa. Hacer dietas que tengan más grasa polinsaturada que grasa saturada, por ejemplo, es un buen cambio.

Debemos intentar además que la dieta no incluya alcohol y poco azúcar. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la dieta en sí, si no se acompaña de otras medidas, poco va a conseguir. Tiene que ser un conjunto de cosas; intentamos usar combinaciones que produzcan menos efectos secundarios, además vamos a confeccionar una dieta que contenga menos grasa saturada, poco azúcar, una dieta que sea adecuada y además vamos a vigilar. Y sobre todo, vamos a explicarle que le está pasando al paciente para evitar que la angustia le haga abandonar el tratamiento.

*Carlos A. Biendicho es presidente de la Plataforma Popular Gay de España y coordinador de la sección Salud-SIDA de la revista ZERO. Puede ser contactado a través de la dirección: [cabiendicho@yahoo.es](mailto:cabiendicho@yahoo.es)*

*Revisado el 8 de julio 2001*