



PROTOCOLO DE
ATENCIÓN INTEGRAL EN

ITS/VIH/Sida
PROFAMILIA

DOCUMENTO FINAL, CONSULTORÍA.

DICIEMBRE 2015

AGRADECIMIENTO ESPECIAL A LOS EQUIPOS
DE LAS CLÍNICAS PARTICIPANTES EN EL PROCESO
DE ELABORACIÓN DE ESTE MANUAL

PRESENTACIÓN

L Profamilia, siempre a la vanguardia en la reforma del sector salud, decide elaborar el presente protocolo de Atención Integral a las personas con VIH/Sida con el propósito de que este servicio disponga de un instrumento estandarizado y que sea instaurado como modelo de gestión en el país, libre de estigma y discriminación y sobre todo, con los mayores estándares de calidad.

Profamilia, junto al Sistema Nacional de Salud, implementan estrategias de abordaje innovadoras desde la perspectiva de los derechos humanos, con una visión integral, diseñando estrategias de intervención desde un primer hasta un tercer nivel de atención, manejo clínico oportuno y prevención secundaria a las personas que viven con VIH, con el objetivo de contribuir a mejorar su calidad de vida reducir el impacto social y sanitario de esta infección.

CONTENIDO

Antecedentes

Objetivos

Principios para la provisión

Respecto a los derechos de los y las usuarios/as

Bases legales

Servicio de atención integral a las PVVS en las Clínicas profamilia

Definición y aspectos conceptuales

Generalidades del servicio

Características de la atención clínica

Criterios para iniciar el tratamiento antirretroviral (TAR)
en adultos y jóvenes

Manejo de las mujeres embarazada VIH positiva

Manejo recién nacido hijo de madres VIH positiva

Vacunas

Bioseguridad

Notificación individual de casos de VIH/SIDA

Monitoreo y evaluación del servicio de atención integral VIH/SIDA

Bibliografía

Equipo técnico

Anexo

ANTECEDENTES

Las primeras noticias sobre una nueva enfermedad comenzaron a escucharse el 5 de junio de 1981, cuando el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos(CDC) convocó a una conferencia de prensa donde describió cinco casos de neumonía por *Pneumocystiscarinii* en Los Ángeles[]. Al mes siguiente se constataron varios casos de sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel. Las primeras constataciones de estos casos fueron realizadas por el Dr. Michael Gottlieb de San Francisco.

Pese a que los médicos conocían tanto la neumonía por *Pneumocystiscarinii* como el sarcoma de Kaposi, la aparición conjunta de ambos en varios pacientes les llamó la atención. La mayoría de estos pacientes eran hombres homosexuales sexualmente activos, muchos de los cuales también sufrían de otras enfermedades crónicas que más tarde se identificaron como infecciones oportunistas. Las pruebas sanguíneas que se les hicieron a estos pacientes mostraron que carecían del número adecuado de un tipo de células sanguíneas llamadas T CD4+. La mayoría de estos pacientes murieron en pocos meses. Por la aparición de unas manchas de color rosáceo en el cuerpo del infectado, la prensa comenzó a llamar al SIDA la «peste rosa» o cáncer gay, causando una confusión pues sólo la atribuían a los homosexuales; sin embargo, pronto se hizo notar que también la padecían los usuarios de drogas inyectables, los receptores de transfusiones sanguíneas y las mujeres heterosexuales. En 1982, la nueva enfermedad fue bautizada oficialmente con el nombre de Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

De acuerdo al informe de ONUSIDA, el programa conjunto de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2002 se calculaba en más de 4 millones el número de personas infectadas en el mundo. Ya para el 2004 cinco millones de personas padecían el virus y tres millones fallecieron por causa del Sida en todo el mundo. De acuerdo al informe realizado en el 2005 por el PNUD (Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo), el SIDA es el principal problema de salud de la población mundial. Especialmente en el África Subsahariana las consecuencias son devastadoras:Cada día se producen alrededor de 41,000 nuevos casos, de los cuales más de la mitad son jóvenes menores de 25 años; mientras más de 3 millones de niños/as han resultado infectados por sus madres durante el embarazo, el parto o la lactancia materna.

La cifra total de africanos que vivían en 2010 a con el VIH o SIDA, era de 25,3 millones. África alberga a cerca del 70% de los adultos y del 80% de los

niños que viven con el VIH en el mundo; ha enterrado a las tres cuartas partes de los más de 20 millones de personas fallecidas en el mundo entero desde el comienzo de la epidemia.

La epidemia de VIH continúa siendo un desafío para el bienestar de la población a nivel mundial. El Informe Global ONUSIDA del 2013 estima que cerca de 35.3 (32.2–38.8) millones de personas en el mundo viven con VIH y que anualmente se producen 2.3 (1.9-2.7) millones de nuevas infecciones. Aunque se ha logrado un avance importante en la prevención de nuevas infecciones por VIH, en un 33% de reducción en comparación con el 2001, y en disminuir las muertes anuales relacionadas con SIDA, este virus sigue siendo un problema importante para la salud pública.

A pesar de los grandes avances en el monitoreo de la epidemia de VIH, existe limitada información sobre las cifras exactas de personas que viven con el virus que se han infectado recientemente o que han fallecido a causa del SIDA.

América Latina y El Caribe se ven seriamente afectados por la enfermedad. Actualmente hay alrededor de 2 millones de infectados/as y más de la mitad menores de 25 años; una gran proporción tiene menos de 15 años.

En República Dominicana se destaca la alta incidencia de morbi-mortalidad asociada por las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el VIH/Sida en población en edad reproductiva, reportándose en los últimos años en los jóvenes y adolescentes, una prevalencia de ITS y altas estimaciones en embarazadas con VIH, así como un significativo número de niños y niñas, adolescentes y jóvenes, víctimas de abuso y explotación sexual, del incremento de la violencia sexual y doméstica, entre otros.

Según el Modelo de Modo de Transmisión (MOT, por sus siglas en inglés) (COPRESIDA/ONUSIDA, 2010) la mayoría de las nuevas infecciones para ese año ocurrieron en dos grupos poblacionales: 33% en GTH y 31.9% en mujeres que reportan tener relaciones sexuales de “bajo riesgo” (solo con la pareja con quien convive). Con menor porcentaje siguen los pobladores de los bateyes (9.1%), quienes reportaron tener relaciones sexuales casuales (8.3%) y trabajadoras sexuales (5.6%). Estos cinco grupos aportan el 80% de nuevos casos de infección por el VIH en República Dominicana.

El comportamiento de la epidemia de VIH/Sida en la República Dominicana presenta una transición demográfica progresiva del predominio en varones

homosexuales al de la población heterosexual femenina y masculina. Según las estimaciones del año 2013, cálculos basados en una epidemia concentrada del VIH en la República Dominicana, se muestra una aparente tendencia a la estabilidad desde el 2009; para el año 2013 se estima que 43,681 personas viven con el VIH de los cuales 35,258 tienen edades comprendidas entre 15 a 49 años lo que representa una prevalencia de 0.65% en esta población.

El comportamiento de la incidencia muestra una tendencia a la disminución en los últimos años de un 32%. Se estimó que en RD en 2013 se infectaron unos 37 niños y se calculó que habría unas 1,412 muertes relacionadas al SIDA. El Ministerio de Salud Pública, desde el vice Ministerio de Salud Colectiva y a través de la Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida (DIGECITSS), publicó en el año 2012 la Norma Nacional para la Prevención y Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA, que responde al marco jurídico vigente y constituye la base fundamental del proyecto de desarrollo que orienta el proceso de cambio hacia la Rectoría y Separación de Funciones emanados de la reforma del sector salud.

Uno de los propósitos de esta normativa es garantizar los derechos del ciudadano, elevando las condiciones de calidad de vida, bajo los principios de universalidad y equidad en el sistema sanitario. En materia de salud, se considera que las ofertas de los servicios se han definido de acuerdo a criterios institucionales, atendiendo las necesidades de la población, planteando la reducción de las brechas de inequidades y el déficit de atención a través de estrategias de calidad de vida y salud.

Profamilia, comprometida con el sistema de salud dominicano en la búsqueda de resultados frente a la situación actual, realiza acciones dirigidas a aumentar el acceso oportuno y de calidad, desde una perspectiva integral con enfoque de derechos humanos. En año 1992 inicia el servicio de consejería pre y postprueba en todas las clínicas, organizando para 1998 el primer grupo de apoyo en la Clínica Dra. Evangelina Rodríguez. En el año 2004 con el apoyo técnico y financiero de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPFF) y la Universidad de Columbia, comienza el servicio Integral de Atención a las PVVS. Actualmente contamos con servicios de atención integral en tres clínicas.

Profamilia, siempre a la vanguardia y en apoyo a la normativa publicada por el Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana, actualiza el Protocolo de Atención Integral en ITS/VIH/Sida con la finalidad de fortalecer

la calidad en el servicio, homogenizar y sistematizar el servicio de atención integral a las PVVS en todas las clínicas institucionales. Garantizando la atención al usuario/a que acude al servicio, teniendo en cuenta el desarrollo humano, los estilos de vida y las alteraciones de la salud en el mismo, establece los pasos mínimos a seguir y el orden lógico y secuencial que asegure la oportunidad de la atención, la eficiencia y la calidad de los servicios.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Optimizar los servicios de prevención y tratamiento a los/as usuarios/as que acuden al servicio de ITS/VIH/Sida de las clínicas de Profamilia.

Objetivos específicos

- Garantizar una atención de calidad que permita al usuario mantenerse saludable.
- Definir las intervenciones de información, educación y comunicación en VIH.
- Disponer de procedimientos homogéneos y actualizados en la oferta del servicio de consejería pre- y postprueba.
- Desarrollar servicios amigables que disminuyan el estigma y la discriminación.
- Difundir la Ley 135-11 sobre VIH/Sida.
- Sistematizar los servicios de laboratorio para el diagnóstico y seguimiento de las ITS/VIH.
- Garantizar la indicación correcta de la terapia antirretroviral y los tratamientos a infecciones oportunistas según la Norma y guías del Ministerio de Salud Pública (MSP)
- Aplicar el protocolo de Terapia Post Exposición (TPE) ante exposiciones de riesgo.
- Implementar las Estrategias de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil para el VIH y la Sífilis congénita (ENETMI)
- Estandarizar las herramientas para el monitoreo, auditoría y evaluación de manera que se asegure la calidad de atención del Servicio a personas con ITS/VIH.

Bases legales

Este documento está basado en los fundamentos legales que sustentan jurídicamente los protocolos de atención en los centros de salud públicos y privados, los cuales están expresados en la constitución de la República y la Ley General de Salud (42-01). Además, la Ley de Sida (135-1), Norma

Nacional para la Prevención y Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida, la Guía de Atención a pacientes VIH, Guía Nacional de Atención a las Infecciones de Transmisión Sexual, Guía de Diagnóstico en Infantes y Atención Clínica Pediátrica y Guía para la realización de pruebas para el diagnóstico de ITS/VIH.

En estos documentos se expresa la obligatoriedad de los centros prestadores de servicios en salud de disponer de instrumentos protocolares, con el propósito de disminuir la mala práctica médica. Profamilia se acoge al cumplimiento de dichos documentos en todos sus artículos y reglamentos concernientes al tipo de servicio que ofrece, tales como prevención, diagnóstico, atención derechos, deberes y sanciones.

Usuarios: Este protocolo debe ser conocido y aplicado por todo el personal que es prestador/a de servicio en las clínicas de Profamilia: médicos, enfermeras, bioanalistas, secretarías y recepcionistas.

Alcance: este protocolo será aplicado en todas las clínicas de Profamilia que ofertan servicio a usuarios con ITS/VIH/Sida.

Aspectos conceptuales

Definición:

El síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) es causado por un Retrovirus Humano llamado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que fue descubierto en el año 1983. Perteneció a la familia Retroviridae y contiene material genético de tipo Ácido Ribonucleico (RNA). Este virus destruye lentamente el sistema inmunológico humano, principalmente los linfocitos ayudadores (Helper), los cuales poseen el receptor llamado "CD4" al que se une el virus, destruyéndolos y causando graves daños en las funciones de la inmunidad celular y el control de la inmunidad humoral.

La Infección por VIH causa una deficiencia progresiva del sistema inmunitario de la persona infectada. En su estado más avanzado es conocida con el nombre de Sida (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), etapa en la que se presentan manifestaciones clínicas como infecciones o neoplasias oportunistas, secundarias al estado de inmunodeficiencia. En la historia natural de la enfermedad, el periodo de tiempo entre la infección por el virus y la aparición del Sida es de aproximadamente a 11 años; aunque puede depender del estado inmunológico previo del paciente, así exposición continua al Virus y

en ese caso la aparición de Sida ser tan corto como 2 años, una vez el paciente entra en la etapa de Sida, la persona sobrevive de uno a tres años, si no recibe el tratamiento antirretroviral (TAR).

Las personas que viven con VIH pueden llegar a estar asintomáticas (es decir sin síntomas, ni enfermedades), pero pueden infectar con el virus de VIH a otras personas durante este tiempo.

Susceptibilidad biológica al VIH.

La susceptibilidad biológica es universal para todas las razas, géneros, edades y culturas, sin embargo, estudios recientes han demostrado la importancia de varios factores biológicos en la transmisión del VIH:

- Ciertas variantes y mutaciones genéticas que cuando están presentes juegan un papel importante confiriendo algún grado de resistencia natural para adquirir y desarrollar la infección y la inmunodeficiencia progresiva que lleva al Sida.
- El epitelio de los fondos de saco vaginales de las mujeres adolescentes parece ser más susceptible a las infecciones por el VIH que el de las mujeres mayores.

Las vías de transmisión del VIH.

La transmisión del VIH de una persona a otra ocurre a través de los mecanismos siguientes:

La transmisión sexual:

El virus se transmite a través del contacto sexual en la gran mayoría de casos, sea por las mucosas genitales, anales u orales de hombres o mujeres por su alto nivel de absorción, siendo el riesgo mayor si hay pérdida de continuidad de las mismas.

La transmisión sucede durante toda la vida de una persona que está infectada. Sus secreciones corporales, como el semen, la secreción vaginal y la sangre siempre tendrán el potencial de infectar a otra persona con el VIH. Las personas infectadas pueden transmitir el virus a todas aquellas con las que mantiene contacto sexual, pero no a aquellas con las que solo mantiene acercamiento personal, laboral o casual.

Transmisión materno infantil:

Esta vía es de madre infectada a hijo/adurante el embarazo, por vía transplacentaria durante la gestación, durante el paso a través del canal del parto (es el momento de mayor riesgo), o por la lactancia.

Transfusión sanguínea o hemoderivados:

Este tipo de transmisión es prevenible a través de una evaluación adecuada de la sangre y sus productos. Al inicio de la epidemia fue una vía a considerar, pero actualmente cada vez es menos frecuente, debido a los controles asumidos por los bancos de sangre al momento de dispensar derivados de la sangre para una transfusión.

Uso compartido de jeringas:

En países desarrollados esta vía es frecuente, cuando son utilizadas jeringas para inyectar drogas psicoactivas. En República Dominicana (alrededor del 1%); sin embargo es necesario considerarla como una importante vía de transmisión frente al aumento del consumo de drogas; además de que cualquiera de las formas de adicción a las drogas está asociada a un riesgo elevado de infección por VIH, pues las personas bajo sus efectos, con frecuencia asumen comportamientos sexuales de alto riesgo lo que los lleva a tener relaciones sexuales sin protección.

Accidente laboral biológico:

Se da a través del contagio con material corto punzante en el lugar de trabajo, al hacer contacto con materiales biológicos infectados por el VIH, en trabajadores/as de la salud.

Factores y conductas asociados al riesgo de adquirir la infección por el VIH

Se denominan factores de riesgo para la infección por el VIH a las características del individuo o su entorno que hacen que este sea más susceptible a la infección. Los principales factores de riesgo son los asociados al comportamiento, los perinatales y los biológicos.

Los grupos más vulnerables son:

- a) Los hombres que tiene sexo con hombres (HSH), desprotegido.
- b) Trabajadores sexuales de ambos género
- c) Población Trans
- d) Usuarios de drogas endovenosas

- e) Los adolescentes y los adultos jóvenes sobre todo de 15 a 24 años.
- f) Las mujeres en edad reproductiva.
- g) Las personas de estrato socioeconómico bajo, por la limitante del acceso a la información para la educación.
- h) Las personas pertenecientes a algunos grupos sociales o étnicos minoritarios.
- i) Hombres de cualquier edad que tenga relaciones sin protección, con diferentes compañeras.

Factores condicionantes de la transmisión del VIH asociados al comportamiento.

Factores asociados a la transmisión sexual.

- **Relaciones sexuales** sin el uso del condón, la práctica sexual con contacto anal, genital u oral con una persona de la cual se desconozca su estado serológico al VIH.
- **Una infección de transmisión sexual (ITS)**, lo cual se explica por la asociación de estos factores de riesgos del comportamiento sexual que también predisponen a la infección por VIH, y la acción directa de las ITS, especialmente las ulcerativas, al causar daño en la mucosa, rompiendo la barrera natural y favoreciendo la entrada del VIH al organismo.
- **Consumo de drogas psicoactivas y alcohol** (marihuana, cocaína, heroína, alcohol, entre otras) estas disminuyen el control y la capacidad de juicio para protegerse de la transmisión del VIH durante la relación sexual.

Existen otros factores de riesgos asociados a la conducta sexual de las personas que influyen en la transmisión del VIH, como son:

- a) La higiene pre y post-contacto genital.
- b) El grado de trauma asociado a la actividad sexual.
- c) El juego erótico post-eyaculatorio no protegido, es decir sin el uso del condón.
- d) El maltrato, abuso sexual o las violaciones.
- e) El hacinamiento, especialmente en las cárceles.
- f) La falta de información y educación sexual apropiada.
- g) Acceso limitado a elementos preventivos, especialmente condones.

- h) La falta de apoyo psicológico a las personas portadoras de VIH para que eviten infectar a sus compañeros sexuales.
- i) Desconocimiento del comportamiento sexual del compañero.

Factores asociados a la transmisión sanguínea y parenteral.

De manera menos frecuente en nuestro país, ocurre transmisión del VIH por contacto con sangre o por transmisión parenteral. Están en riesgo de adquirir el VIH por este mecanismo las personas que han tenido:

- Transfusiones de sangre, sus derivados o de trasplantes de órganos que no han sido garantizados con el control nacional de calidad definidos para los bancos de sangre.
- Intercambios de agujas durante sesiones en las que se inyectan alguna sustancia psicoactiva o que hayan sido sometidas a prácticas de acupuntura, tatuaje, perforación de orejas, etc. con instrumentos no esterilizados.

Accidentes laborales biológicos.

Es debido a la no aplicación de las medidas universales de bioseguridad o por la carencia de elementos preventivos, con exposición de piel no intacta o de mucosas o por punción percutánea con agujas o instrumentos con secreciones o líquidos corporales contaminantes de un paciente infectado. Este personal incluye a los profesionales de la enfermería, la medicina, la odontología, auxiliar, estudiantes y personal del laboratorio, así como los trabajadores del aseo y otros servicios hospitalarios.

Factores de riesgos perinatales asociados a la transmisión del VIH.

- a) Hijos de madres con VIH/Sida
- b) Infectadas con ruptura prematura de membrana.
- c) Infectadas que no han tenido acceso a los medicamentos antirretrovirales.
- d) Infectadas que no han sido tratadas adecuadamente con medicamentos antirretrovirales.
- e) Infectadas que no han tenido acceso a los servicios de salud durante el embarazo.
- f) Infectadas que amamantan a sus hijos con leche materna.
- g) Infectadas que se les han permitido parto vaginal.

- h) Infectadas que han tenido procedimientos invasivos en el control prenatal (amniocentesis o cariocinesis).

Principios para la provisión de servicios de VIH/Sida

- Toda persona que acude a las Clínicas Profamilia tiene derecho a demandar y recibir servicio.
- La provisión de servicios a las personas con ITS/VIH/Sida, se ofrecerá en un marco de igualdad y equidad de género, respetando sus derechos sexuales y reproductivos.
- El servicio se adaptará a las necesidades de los/as usuarios/as, según las capacidades instaladas de las clínicas.
- Todas las personas que acudan a las clínicas Profamilia tienen derecho a recibir informaciones correctas y precisas sobre las ITS/VIH/Sida. La prestación del servicio estará a cargo de un equipo de profesionales multidisciplinario, debidamente entrenado para tales fines, utilizando los procedimientos establecidos por la institución, los cuales están diseñados según directrices de la OMS/OPS, y de la Norma Nacional para la Prevención y Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida.
- Las clínicas Profamilia tienen la obligación de cumplir con los procedimientos sanitarios definidos para la prestación de este servicio, cumpliendo con todas las medidas de bioseguridad planteadas en el Manual de Bioseguridad de Profamilia..

Respeto a los derechos de los/as usuarios/as VIH/Sida.

Las clínicas Profamilia ofrecerán sus servicios a los/as usuario/as que demanden la atención en VIH/Sida, con respeto absoluto a:

- a. Su dignidad como persona humana.
- b. Su Confidencialidad y privacidad.
- c. La no discriminación en virtud de su condición.
- d. Recibir atención integral en salud, de acuerdo a sus necesidades y a la capacidad resolutive de las clínicas, con apego a las normas éticas, técnico-administrativa y jurídica.
- e. Recibir información, educación, asesoría y soporte emocional.
- f. En caso de transfusiones de productos sanguíneos se debe contar con el debido tamizaje, según el Reglamento 349-04 para la Habilitación y Funcionamiento de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión.

- g. Ante la realización de pruebas para la detección del VIH el usuario/a le será proporcionada la consejería pre y post prueba y el consentimiento informado. En caso de menores de edad debe contar con la autorización del padre, madre o tutor.

Servicio de Atención Integral las personas con VIH en las Clínicas Profamilia.

Generalidades del servicio

En las Clínicas de Profamilia se ofrece a los\as usuarios\as los servicios de promoción a través de las acciones de IEC, además la determinación serológica de ITS/VIH en todas las clínicas, así como atención médica del VIH\Sida con manejo de terapia antirretroviral y seguimiento de las ITS en tres de sus clínicas.

Todas las personas que acuden al servicio de atención integral VIH\Sida de las clínicas Profamilia deben estar debidamente registradas, cumpliendo con los procedimientos establecidos por la institución para el manejo del expediente clínico.

Organización del servicio de atención integral a las PVVS

El/la usuario/a entra al sistema clínico de Profamilia de igual manera que todos los clientes que buscan servicios clínicos en la institución; en el caso específico de ITS/VIH/Sida es por medicina interna, medicina general o cualquier especialidad que necesite el usuario/a, agotando los pasos establecido en la Guía de Servicio al Cliente.

- Las consultas serán programadas por citas, excepto las emergencias y las motivadas por alguna enfermedad.
- La inscripción del/a usuario/a en la clínica se hará en la primera consulta, ya sea para control y seguimiento, por una enfermedad o por una emergencia.
- A todo/a usuario/a se le realizará una historia clínica en la primera consulta.
- En caso de menores de edad se entregará a la madre o tutor una tarjeta de seguimiento que incluya: datos generales del/a niño/a y de su madre o tutor, breve historia perinatólogica, esquema inmunitario, control de peso y talla, control de citas, entre otras informaciones. Informar a la madre o tutor la necesidad del porte de la tarjeta de seguimiento en cada visita al servicio de salud.

- Los referimientos a otros médicos o servicios con fines diagnósticos o terapéuticos deberán hacerse por escrito y en forma precisa, dejando constancia de la misma en el historial clínico.
- El tiempo promedio de duración de una consulta será entre 15-20 minutos.

Condiciones para la prestación del servicio de VIH en las Clínicas Profamilia:

Condiciones del entorno:

- El proveedor garantizará un entorno favorable y acogedor, con un espacio limpio, bien iluminado y cómodo.
- Privacidad.
- Dispondrá de todos los materiales, insumos e instrumentos necesarios para la entrevista y el examen clínico.

En relación al personal o prestador/a de servicio, el/la mismo/a estará:

- Debidamente identificado\a.
- Recibirá al usuario\a con calidez y cortesía.
- Asegurará que el usuario\a esté cómodo durante su estancia en el centro de salud
- Garantizará la privacidad.
- Indagará el propósito de la visita y explicará el procedimiento de la entrevista y el examen.

Primera visita a la clínica

- a) El personal de la recepción recibe el\la usuario\a.
- b) Los\as usuario\as son orientados y se le explica sobre el funcionamiento del servicio a fin de que estén informados\as sobre los procedimientos institucionales.
- c) El usuario\a realiza todo el procedimiento necesario para el registro en el archivo, a través de la apertura del expediente clínico.
- d) El proveedor debe responder preguntas e inquietudes del usuario de manera clara y precisa.
- e) El\la usuario\a pasa al servicio de consejería

Servicios de atención a personas con ITS/VIH/Sida

Características de la atención clínica.

La atención integral a los/as usuarios/as del servicio de VIH/SIDA se ofrecerá cumpliendo con los procedimientos establecidos por la institución para garantizar una atención de calidad y respecto a los derechos humanos.

La atención incluye todos los pasos necesarios para satisfacer la demanda de los/as usuarios/as y constan de los componentes de:

- Promoción para la prevención
- Consejería
- Laboratorios
- Atención clínica

Promoción:

Las acciones están integradas por una serie de actividades educativas que serán realizadas por el personal de salud para aumentar en los/las usuarios/as el conocimiento sobre las ITS/VIH/Sida, orientarlos acerca de aspectos básicos priorizando las formas de transmisión del virus, las prácticas sexuales seguras y la reducción de riesgos, así como difusión de sus derechos fundamentados en la ley 135-11.

Se ofrecerán charlas y orientación en grupo, utilizando videos y distribuyendo materiales educativos de prevención sobre el VIH/Sida, en las diferentes actividades de los grupos de multiplicadores/as del programa con jóvenes y la red de promotores/as de salud comunitaria.

Consejería:

En las clínicas Profamilia se ofrece la consejería desde la perspectiva integral con enfoque de género a todas las personas que acuden al servicio, buscando identificar factores de riesgo asociados a la infección y promocionando estilos de vida saludable, orientando para prevenir nuevas infecciones y reinfecciones. El servicio está diseñado para apoyar a las personas seropositivas en todos sus estadios, con el propósito de disminuir los efectos negativos y aumentar su calidad de vida, con énfasis en la adherencia a la terapia antirretroviral (TAR) y el auto-cuidado.

Condiciones necesarias del servicio de consejería.

Las Clínicas Profamilia dispondrán de un espacio físico para ofrecer la consejería, el cual garantizará confidencialidad y accesibilidad a los usuarios. Estos espacios serán equipados con muebles e insumos que permita una adecuada interacción entre el consejero y los usuarios.

El tiempo recomendado para la sección es de por lo menos 15 minutos, tanto para la Pre-Prueba como para la consejería Post-Prueba. En el caso de la consejería post prueba el tiempo establecido solo aplica a los resultados negativos, ya que el tiempo de entrega para los resultados positivos dependerá de la reacción del usuario.

Condiciones necesarias del consejero/a.

El consejero/a del servicio de atención integral de VIH tiene que reunir las siguientes características para brindar la atención:

Habilidades

- Utilizar adecuadamente la comunicación interpersonal.
- Asesorar.
- Facilitar.
- Manejo del tiempo (información necesaria en el momento oportuno).
- Utilizar adecuadamente las herramientas y los recursos didácticos.
- Tener manejo de situaciones especiales.

Actitudes

- Imparcialidad.
- Respecto, tolerancia, comprensión.
- Honestidad.
- Actitud positiva frente al cambio.
- Autenticidad.
- Sentido de comprender sus limitaciones e intención de superarlas.
- Comunicación empática.
- Actuar sin prejuicios

Conocimiento

- Manejo de contenidos básicos de VIH.
- Marco conceptual de los derechos sexuales y reproductivos.
- Informaciones sobre violencia basada en género.

Normas generales del servicio de consejería en VIH/SIDA en las Clínicas Profamilia:

- a) Las clínicas Profamilia garantizarán que los/as usuarios/as reciban consejería Pre-prueba antes de realizarse una prueba de VIH.
- b) Los servicios de consejería deben contar con la presencia de un/una consejero/a en su área de trabajo durante toda la jornada laboral.
- c) Bajo ninguna circunstancia la presentación de los servicios de consejería pueden contradecir las normas y procedimientos para la prestación de servicios clínicos de la institución.
- d) Los servicios de consejería deben establecer estrecha coordinación con los demás servicios clínicos que se ofertan en la clínica
- e) El servicio de consejería deben participar de un proceso de monitoreo y evaluación continuo.
- f) Los servicios de consejería deben disponer de:
 - Materiales actualizados para entregar a los/las usuarios/as.
 - Materiales didácticos impresos, necesarios para un desempeño adecuado.
 - Sistema de referencia y contra referencia interno y externo.

Objetivos de la consejería.

La consejería tiene como objetivos:

- Informar y Educar
- Identificar factores de riesgo
- Fortalecer la Adherencia
- Apoyar e Intervenir

Estos objetivos son definidos por el consejero/a en la sección con el/la usuario/a.

Durante este proceso el consejero/a debe asegurarse que los y las usuarios del servicio obtengan información sobre:

- Aspectos generales de la infección.
- Niveles de exposición y protección.
- Servicios de apoyo a personas infectadas disponibles (soporte emocional, mejora de la calidad de vida).

Enfoque centrado en el cliente.

El modelo de consejería utilizada en las clínicas Profamilia está centrado en el cliente, bajo los siguientes criterios:

- a) El consejero/a está consciente y respeta las necesidades, valores y cultura del cliente.
- b) La singularidad del individuo es tomada en consideración.
- c) El consejero/a trabaja con el cliente para establecer una meta.
- d) El consejero/a ayuda al cliente a mirar las implicaciones de sus decisiones, metas y a crear estrategias alrededor de sus barreras.

Este enfoque es importante en el proceso de consejería pre-prueba, pues ayuda al consejero/a a:

- a) Desarrollar una relación de confianza.
- b) Poner atención a los problemas particulares, inquietudes y valores del cliente.
- c) Indagar sobre lo que es importante para él/ella.
- d) Ayudarlo/a a articular sus metas.
- e) Apoyar en la definición de metas, y brindarle consejería apropiada para su logro.
- f) Entender cuáles son sus necesidades más importantes.
- g) Mostrar respeto hacia el cliente, su cultura y sus creencias.

Informaciones claves de la consejería Pre-prueba.

- La diferencia entre VIH y Sida.
- Vías de transmisión.
- Métodos para reducción de riesgo.
- Aspectos generales relacionados con las pruebas: Confidencialidad, notificación de pareja y periodo de ventana.
- Significado de los resultados de las pruebas.
- Necesidades potenciales del cliente (apoyo emocional, servicios legales y clínicos, grupos de apoyo).
- Principios para el cambio de comportamiento.
- Identificar sentimientos y valores sobre el VIH y temas relacionados.

- Asuntos relacionados a la discriminación y mecanismos de protección legal.
- Apoyo emocional para el periodo de espera o referir a psicología en caso necesario.
- Documentación del proceso, con el consentimiento voluntario informativo (CVI).

El CVI es un documento legal que garantiza el derecho de voluntariedad de la prueba y que debe firmarse antes de la toma de sangre para la prueba de VIH. El consejero/a debe aclarar que el rechazo a realizarse esta prueba, no afecta su derecho como ciudadano/a a recibir los servicios médicos que requiera en nuestras clínicas.

Informaciones claves de la consejería Post prueba.

- Lo ideal es que sea ofrecida por el/la consejero/a que realizo la consejería Pre prueba. En este momento deben repasarse brevemente aspectos básicos sobre la consejería pre-prueba, sobre todo lo relacionado a los posibles resultados.
- El Proveedor del servicio garantiza que los resultados estén en la oficina antes de que el/la usuario/a entre a la misma.
- El/la consejero/a debe entregar los resultados al usuaria de manera directa.
- Esperar la reacción del/de la usuario/a.
- El/la consejero/a debe garantizar que el o la usuaria este claro en sus resultados, considerando la barrera del idioma en algunos casos.
- Aprovechar la sección para reforzar conceptos básicos para disminuir riesgos.

Informaciones claves para la entrega de los resultados.

El servicio de consejería de atención integral a personas viviendo con VIH, debe garantizar que al momento de entregar un resultado, independientemente de ser positivo, se cumpla con las normas generales del servicio, cuidando el entorno, la privacidad y manejando la documentación apropiadamente para así para asegurar la confidencialidad.

Entrega de resultado negativo.

- Discutir los resultados.
- Informe sobre el periodo de ventana.

- Enfatizar que un resultado negativo no es indicativo de inmunidad contra el virus.
- Reforzar el plan de reducción de riesgos.
- Ofrecer apoyo para aumentar las capacidades para negociar el uso del condón.

Entrega de resultados positivo.

- Discuta el significado del mismo, reforzando diferencia de VIH y el Sida.
- Maneje episodio de violencia si ocurre, de acuerdo a los protocolos de violencia.
- Pregúntele al usuario/a si quiere involucrarse en notificación de pareja. Repase opciones de notificación de pareja.
- Asista al usuario/a para desarrollar un plan en las próximas 48 horas.

Informe ante una situación indeterminada.

- Hable sobre el resultado del mismo.
- Discuta la posibilidad de infección durante el periodo de prueba o durante el periodo de ventana.
- Informe sobre la disponibilidad de otros métodos diagnósticos.
- Refuerce el plan de reducción de riesgos.
- Discuta los problemas atribuibles a la persona estudiada (otras enfermedades, estado inmunológico u otra condición) que pueda alterar el resultado de la muestra en laboratorio.
- Haga una cita para que acuda nuevamente a repetirse la prueba en el tiempo acordado.
- Ofrezca apoyo emocional, si es necesario.
- Aumente las capacidades para negociar el uso del condón.

Para el cierre de sección el/la consejero/a debe:

- 1) Preguntar al usuario si tiene alguna necesidad específica en la que usted le pueda apoyar.
- 2) Dé un número de teléfono donde el usuario pueda localizarlo.
- 3) Dé material escrito que pudiese resultar útil.
- 4) Provea información para el apoyo emocional, servicios médicos o cualquier otra acción necesaria.

Intervención en crisis.

- a) Ayude a las personas a manejar la crisis inmediata o referir en caso necesario.
- b) Identifique necesidades inmediatas.
- c) Elabore un plan de manejo de crisis en las primeras 72 horas.
- d) Recuerde que durante la crisis la persona está centrada en sí misma y en como su vida está afectada.
- e) El/la consejero/a tiene que considerar estabilizar la situación, no resolver o arreglar el problema.

Pasos para la intervención en crisis.

Paso uno:

- Escuche y sea comprensivo/a con las reacciones, sentimientos y respuestas negativas.
- Validar las emociones de ese momento del usuario.
- Evalúe la gravedad y naturaleza de la crisis.

Paso dos:

- Evaluación de la situación.
- Relaciones el evento con los sentimientos.
- Concéntrese en la crisis.
- Explore la historia de manejo.
- Haga preguntas.
- Apoye.
- Obtenga información aclaratoria.

Paso tres:

- Desarrolle un plan de acción para manejar la situación.
- Identifique posibles soluciones.
- Considere limitaciones y obstáculos.
- Ejecute un plan específico.
- Establezca un puente hacia los recursos.
- Estimule, apoye, refuerce y refiera si es necesario.

Notificación de pareja.

El/la consejero/a debe apoyar y abrir el proceso con el usuario/a acerca de:

- Cuando las personas VIH positivo le notifican a sus parejas que están en riesgo de exposición al VIH.
- Notificar a las parejas sobre sus intenciones de hacerse la prueba.
- Notificar a futuras parejas sobre su condición de VIH.
- Evaluar VBG y referir en caso necesario.

Entrega de resultados a menores de edad.

- El/la menor debe estar acompañado/a de uno de sus padres o tutor/a, respetando la decisión del menor a elegir con quien estar en la consulta.
- La presencia de un adulto responsable es imprescindible para la entrega de los resultados.
- El consejero/a debe entrevistar primero al padre, madre o tutor/a para entregarle los resultados y posteriormente hacerlo con el menor en compañía de estos.
- Los padres o tutores tienen el deber de supervisar y dar seguimiento a las orientaciones del consejero/a, tanto en lo que concierne a la adherencia al tratamiento, como a los cambios deseados en su conducta.
- Estas recomendaciones aplican también para personas con discapacidades en los casos en que esta le impida entender y/o ejecutar por sí misma las orientaciones dadas por el/la consejero/a.
- El consejero/a debe tener presente evaluar signos y síntomas de abuso y maltrato infantil.

Consejería específica y focalizada para situaciones especiales.

Exposición y riesgo ocupacional.

Es cuando el personal que trabaja en el área de salud se somete a riesgos, es decir, sufre un accidente en el ejercicio de sus funciones laborales ya sea directamente en la atención a personas con VIH positiva, en el manejo de sus fluidos, en la manipulación de desechos riesgosos o en el trayecto de su traslado.

El/la consejero/a debe dar consejería pre-prueba, con los procedimientos establecidos en la misma, referir al proveedor médico, según el nivel de exposición y dar apoyo emocional en caso que sea necesario.

Consejería a embarazadas.

Durante el proceso de consejería, a todas las embarazadas que acuden al

servicio de obstetricia de Profamilia, se les debe informar acerca de los beneficios que representan para ella y su hijo/a la realización de la prueba del VIH y el conocimiento de su estado serológico para poder tener un manejo de sus condiciones de riesgo. Durante el proceso de consejería se debe:

- a) Orientar y educar sobre los riesgos de la infección del VIH durante el embarazo.
- b) La obtención del CVI para la realización de la prueba.
- c) Durante la entrega de los resultados negativos debe enfatizar en el cuidado para no exponerse a situaciones de riesgos y la necesidad de protección en sus relaciones sexuales.
- d) Consejería en la negociación del uso del condón.
- e) Cuando se identifican factores de riesgo que haga suponer que la embarazada está en periodo de ventana, se insistirá en una segunda prueba dentro del intervalo prescrito en las normas de atención materna.

En caso de resultar positiva se deberá:

- Informar a la embarazada de la existencia de la Estrategia Nacional de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita (ENETMI) , lo cual disminuye la posibilidad de transmisión del virus a su bebé, (Ver Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita).
- Durante todo el embarazo se continuara el proceso de consejería (Ver protocolos institucionales).
- A la embarazada se le debe orientar y apoyar para la selección del método de alimentación del/la recién nacido/a y el manejo y cuidado higiénico/dietético del/ la recién nacido/a. **(Ver Normas de alimentación de reemplazo de niños/as hijos de madre VIH+).**
- Se brindará consejería para la elección del método de planificación familiar de la madre.

Parejas discordantes:

Se utiliza este término cuando uno de los miembros de la pareja está infectado por el VIH.

- El/la consejero/a debe orientar a la persona sobre cómo comunicarle a su pareja su condición serológica.
- Apoyar en la elaboración de un plan de prevención de la pareja.
- Garantizar el pleno entendimiento del uso oportuno y correcto del condón, en todas las relaciones sexuales.
- Enfatizar en la reinfección.
- Investigar VBG (usar protocolo institucional).
- Apoyar para la selección de un método de planificación familiar, si lo demanda la pareja.
- Orientar sobre las demás ITS.

Fortalecimiento de la Adherencia

Es el compromiso activo de una persona con VIH/SIDA al uso correcto no solo del tratamiento con Antirretrovirales, sino a otros tratamientos complementarios, así como a la asistencia oportuna a sus controles médicos.

Adherencia es el resultado de un proceso que consta de dos fases fundamentales:

- Logro
- Mantenimiento

Para que se considere exitoso el tratamiento Antirretroviral, la Adherencia debe ser mayor a un 90%.

Consideraciones para trabajar adherencia:

- Debe ser abordada de forma personalizada.
- El plan debe diseñarse según las características individuales.
- A pesar de que el Psicólogo o Consejero juegan un papel fundamental, es responsabilidad de todo el equipo multidisciplinario.
- El acompañamiento psicológico es necesario en los casos en que la Adherencia se vea afectada por factores tales como: depresión,

ansiedad, abuso de alcohol y drogas, violencia y otros aspectos de índole psicológico o psicosocial.

- Se valora la situación actual del usuario.
- Se valora el nivel de aceptación de la condición de VIH positivo.
- El usuario debe entender los beneficios del uso correcto de los medicamentos.
- Se debe integrar el tratamiento al estilo de vida del usuario.
- Se valora distancia, accesibilidad, costo de transporte del servicio en relación a donde vive el usuario.

Desde el Punto de Vista del Tratamiento el consejero debe saber:

Número de Pastillas: El usuario debe conocer los nombres de cada una de las pastillas que conforman el esquema, cantidad de dosis o combinación. Informar que debe evitar que se le caigan las pastillas y se le pueda perder alguna que afecte las cantidades entregadas para un periodo determinado.

Horario: Exactamente las horas en que le corresponde tomar los medicamentos. Asegurarse si el usuario sabe o no ver la hora. Se definen estrategias para recordar: pegar avisos, poner alarmas de reloj o celular, contar con alguien que le recuerde los horarios

Efectos Secundarios: El usuario debe conocer los efectos que producen cada uno de los medicamentos que utiliza y qué hacer en caso de que se presente un efecto secundario.

Donde Guardar los Medicamentos: El usuario debe colocar los medicamentos en un lugar seco y fresco. Esto es importante porque en lugares calurosos o húmedos pueden alterar la efectividad del medicamento. Si donde vive el usuario no conocen su condición, el usuario puede utilizar lugares inapropiados para guardar los medicamentos.

Como Traslados: Es un dato a considerar en personas que pasan parte del tiempo fuera de sus hogares. Se debe trabajar una logística de cómo llevarlos: pastilleros, envueltos en papeles, en funditas plásticas.

Interacciones con otros tratamientos que pueda tener el usuario/a: En el proceso de educación se investiga si el usuario lleva otro tratamiento sea este permanente o provisional, como consecuencia de otra condición

de salud que le afecte. Se dejará claro que si en alguna ocasión se necesita usar medicamentos de cualquier tipo, se debe comunicar sobre el uso de Antirretrovirales, para que el médico valore. Se enfatiza que nunca debe auto-medicarse o utilizar medicamentos recomendados por otras personas.

Desde el punto de vista del usuario/a, tomar en cuenta:

Edad: Las personas envejecientes pierden facultades para el aprendizaje y para retener conceptos. Con esta población hay que trabajar más para asegurarse que comprenden. En caso de niños, niñas y adolescentes ver la Guía Nacional de Atención psicológica y consejería para niños, niñas y adolescentes.

Escolaridad: Se debe verificar si el usuario sabe leer y escribir, ya que esto es importante para que se aprenda los nombres de sus medicamentos.

Destrezas: Aquí se explora si el usuario sabe ver la hora, o con cuales recursos cuenta para utilizarlos como recordatorio del horario en que se debe tomar los medicamentos: computadora, celular, amigos, familiares, otros.

Si Trabaja: Que hace, en que horario, facilidades para tomar agua, uso de baños, ausentarse del puesto de trabajo. Facilidades para pedir permiso para buscar los medicamentos y asistir a citas.

Si Estudia: Valorar si es un elemento a tomar en cuenta, ya que si es en un horario que no afecta las dosis, podría no ser importante.

Otras Actividades: Que otras actividades lleva a cabo que se deban tomar en cuenta: si realiza ejercicio, práctica deportes, pertenece a clubes, grupo político, logia, entre otros.

Enfermedades o Discapacidad: Tomar en cuenta si el usuario lleva otros tratamientos por otras condiciones de salud (presión arterial, diabetes...). Esto es importante porque son más pastillas y horario más complejo. Si la persona no puede caminar, se trabajara quien lo trasladará al servicio, quien le lleva los medicamentos, el agua.

En caso de usuarios con alteraciones mentales, se trabaja con el responsable todos los aspectos que aquí se plantean para el logro y mantenimiento de la Adherencia.

El Estado Emocional se debe valorar permanentemente, ya que una persona con depresión, alteración del sueño, ansiedad, podría no llevar bien el tratamiento.

Uso de alcohol o droga es básico identificarlo ya que estos factores tienen gran incidencia en la adherencia. Una persona bajo los efectos de alcohol u otras sustancias no está en capacidad de usar correctamente el tratamiento. Aquí se valora hacer referimientos con un experto en adicciones para trabajar en conjunto. El equipo multidisciplinario se debe emplear a fondo con este tipo de usuario.

Creencias Mágico-Religiosas: Este elemento es básico para trabajar Adherencia. Se valorará si el usuario profesa alguna religión o si ha ingresado a alguna como resultado del diagnóstico. Identificar si ha desarrollado fanatismo o creencia en que un ser superior lo sanará y no necesita “ni de médicos”, “ni de tratamiento”.

El equipo que trabaja adherencia debe conocer las creencias populares de las diferentes regiones del país, para advertir posibles comportamientos que afecten el uso correcto del tratamiento, como puede ser ingerir “botellas” o té, consulta con brujos, hacerse despojos, entre otros. Aquí el objetivo no es convencer al usuario, sino utilizar la creencia de manera positiva.

Dentro de las funciones del consejero.

El\la consejero/a debe:

- Explicar los principios para el tratamiento del VIH, la importancia y criterios para el uso de los mismos.
- Nombrar las características de adherencia que son indicativas y no indicativas de una persona para cumplir con los estrictos regímenes del tratamiento.
- Repasar como iniciar los cambios en el estilo de vida para cumplir las demandas de los regímenes de medicamentos.

La consejería en adherencia es más que recordar tomar pastillas y el horario, es reforzar todo el proceso de manejo integral del/la usuario/a, es la oportunidad de que el/la usuario/a sea más persistente en:

- Mantener las citas médicas.

- Llevar las sugerencias sobre dietas y hacer ejercicios.
- Alterar rutina de trabajo y horario familiar para mantener sus chequeos médicos.

En el servicio de consejería se debe vigilar los siguientes indicadores de no adherencia:

- Falla en tomar los medicamentos.
- Retraso en buscar ayuda médica.
- Falta a las citas con el médico.
- Terminar el tratamiento de manera prematura.
- No llevar las medidas preventivas recomendadas.
- Sustituir el tratamiento recomendado por el suyo propio.

Se debe investigar las causas de la no adherencia. Entre las más comunes están:

- No creer que el tratamiento funcionará.
- No querer mojarse.
- Ganancias secundarias por la enfermedad.
- Ausencia de sentido de la enfermedad.
- Ausencia de sentido de la auto-eficacia.
- Negación de su situación médica.
- Vergüenza y hermetismo acerca de la enfermedad.
- No sentirse enfermo/a al mejorarse.
- No entender las instrucciones del médico.
- Efectos secundarios.
- Abuso de sustancias (alcohol, drogas, etc.).
- Trastornos mentales.

En la consejería de adherencia también se deben identificar las características que pueden predecir una adherencia adecuada.

- No vivir solo.
- Tener una familia que brinde apoyo.
- Tener proveedores de salud que brinden apoyo.
- Confidencialidad asegurada.

El/la consejero/a debe ayudar a los/las usuarios/as a tomar las decisiones acerca del tratamiento a través de:

- Estrategias dirigidas al paciente.

- Educación acerca de lo que es importante para el tratamiento antirretroviral (TARV)..
- Educación acerca de lo que es beneficioso.
- Discusiones francas y abiertas acerca de la situación.
- Identificación de barreras y solución de problemas.
- Enseñar al usuario/a a monitorear su enfermedad.
- Ayudar al usuario/a a incorporarse al tratamiento.
- Aumentar los apoyos sociales.

Consejería para familiares con niños huérfanos y sus familiares.

Profamilia ofrece apoyo emocional a los familiares responsables del niño/a huérfano. De acuerdo a la edad del niño/a diseña estrategias y metodologías psicoterapéuticas, para acompañar y manejar el duelo de la pérdida con los/las niños/as.

A través del apoyo emocional paliativo y las visitas domiciliarias, se vigilará el estado general de salud del niño/a, haciendo énfasis en los estándares de nutrición, soporte en la alimentación de reemplazo, esquema de vacunas y todos los cuidados del recién nacido, con la finalidad de disminuir los procesos de morbimortalidad.

Cuando no hay disponibilidad de que una persona asuma la responsabilidad del cuidado del huérfano/a, la institución, a través del servicio de apoyo legal, canalizará con el departamento de trabajo social del MSP o al nivel que corresponda su custodia.

Atención al paciente VIH

En la actualización del protocolo de Atención Integral a las personas con VIH/Sida, Profamilia adopta los lineamientos establecidos en la Guía Nacional de Atención de VIH del Ministerio de salud Pública, estandarizando así los criterios a ser usados dentro de los servicios de atención a PVVS que brinda.

Evaluación inicial.

Una vez el/la usuario/a recibe el diagnóstico de infección por el VIH, se debe referir a un proveedor médico, para elaborar conjuntamente un plan de cuidados adecuados. Esta visita es clave, es una oportunidad de desarrollar la relación médico-usuario/a, estableciendo las condiciones básicas del usuario/a. Es necesario hacer una evaluación completa.

En la primera visita una vez se confirme el diagnostico de infección, se debe realizar:

Historia clínica incluyendo examen físico completo

Indicar pruebas basales:

- Hemograma completo
- Perfil bioquímico: Glicemia, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos, bilirrubina, AST, ALT, amilasa, lipasa, HBsAg, HVC, examen de orina y carpológico.
- Recuento de células CD4
- Carga Viral

Evaluación para diagnóstico de confirmacion TB-VIH:

- Baciloscopia seriada
- Rx de tórax
- Cultivo de esputo, si es necesario

Manejo inicial:

- En caso de que el paciente presente manifestaciones de infección oportunista definitoria de Sida, independientemente del conteo de CD4 se debe iniciar terapia preventiva con TMP-SMX.
- Referir a consejería.

Citar al paciente para evaluar resultados de las pruebas indicadas en un tiempo no mayor de quince días.

Historia clínica.

Generalidades

Para la recopilación de la historia clínica, Profamilia asumió el cumplimiento de las Normas Nacionales de Manejo de VIH/SIDA, utilizando el instrumento diseñado por el Ministerio de Salud Pública (MSP), en el cual se obtienen datos generales, lo que permite generar informaciones homogenizadas con el sistema Nacional de Salud. Durante la elaboración de la historia clínica, se obtienen datos necesarios que definan las condiciones generales del usuario/a.

Al momento de realizar el interrogatorio se debe explorar si el usuario/a no se realizó la prueba de VIH en la clínica Profamilia; si no fue así se deben tener disponibles los resultados del laboratorio por escrito, identificar y explorar sobre el primer test de determinación serológico, cuando se hizo la prueba y dónde.

Si no se tiene documentación por escrito, debe recuperarse para asegurar el diagnóstico y cuando no hay posibilidad de recuperar el resultado de laboratorio, debe realizarse otra prueba confirmatoria en la institución, previa consejería y consentimiento firmado.

Explorar si tuvo alguna vez una prueba con resultado negativo. Determinar si ha recibido cuidados médicos en otro establecimiento, y tipo de intervenciones que ha recibido, con la finalidad de identificar manejos terapéuticos anteriores, si se ha hecho exámenes después del diagnóstico de la infección, como determinación del número de CD4 y/o carga viral.

Contenidos de la historia clínica

A. Datos generales del usuario/a:

- Estado general.
- Síntomas.
- Enfermedades infecciosas: infecciones en la vida adulta e infancia, visitas médicas previas, hospitalizaciones (dónde y cuándo).
- Historia de vacunaciones.

B. Historia de medicamento:

- Tipos de medicamentos, dosificación y tiempo de uso.
- Prescritas y no prescritas.
- Terapia antirretroviral.
- Alergia a medicamentos.

C. Hábitos tóxicos:

- Drogas de uso controlado.
- Modo de usar drogas: intravenosas; crack, coacína.
- Alcohol, frecuencia y cantidad.

- Tabaco-cigarrillo (cuanto podría), café, té, otros.

D. Historia sexual:

- Vida sexual activa- practicas.
- Historia gineco-obstetricia.
- Uso de anticonceptivos, uso del condón.
- Identificación pareja en riesgo (comportamiento sexual).

E. Historia de patologías relacionadas con el VIH:

- Candidiasis.
- Historia de hepatitis virales.
- Herpes.
- Tuberculosis: estatus para tuberculosis: vacunación BCG, contacto con enfermos, resultado de PPD previo, si ha estado con TB activa, medicamentos y término del esquema, tiempo de finalización y radiografía de tórax (si tiene).

F. Historia social:

- Situación en casa.
- La familia conoce el estatus del usuario/a.
- Persona relacionada o amigos que puedan ayudarle y apoyarle.
- Informar de alguna asociación de apoyo al paciente infectado.
- Explorar si tiene seguro médico.
- Situación laboral y económica.

G. Otros:

- Contacto con animales domésticos.
- Historia de viajes.
- Dieta habitual: calidad y cantidad.
- Localización geográfica de residencia (actual y pasada).
- Historia ocupacional.
- Actividades vocacionales.

Inspección general y examen físico

En el examen inicial debe hacerse énfasis en la revisión por órganos y sistemas para detectar signos y síntomas relacionados al VIH. El examen físico tiene que ser lo suficientemente cuidadoso y exhaustivo, sin perder detalles, como:

Estado general:

- Fatiga en el último mes: puede ser leve, moderada o severa.
- Aspecto general: coloración de la piel/aspecto.
- Pérdida de peso, peso, talla, (evaluar el estado nutricional)

Dermatológicos:

- Preguntar y observar por prurito, erupciones o lesiones en la piel.

Cabeza y cuello:

- Inspeccionar la cara.
- Observar si hay lesiones dermatológicas.
- Inspeccionar los ojos: conjuntivas amarillas o edema.
- Lesiones de boca: úlceras, alteraciones del gusto, sangrado, sensibilidad o dolor en las encías.
- Senos paranasales: síntomas son muy frecuentes en pacientes VIH.
- Cambios visuales: en los que están severamente inmunodeprimidos, fotopsia o alteraciones del campo visual.

Gastrointestinales:

- Odinofagia (dolor al tragar los alimentos).
- Diarrea (frecuencia, presencia de moco o sangre, tiempo), Dolor abdominal.
- Síntomas rectales (pujo, dolor, secreción).
- Intolerancia a alimentos (leche, queso).

Neurológicos:

- Confusión y/o pérdida de la memoria.

- Dolor de cabeza.
- Parestesias.
- Historia de convulsiones.

Psiquiátricos:

- Depresión.
- Ansiedad.
- Alteración del sueño.
- Ideas suicidas.
- Consumo de drogas (marihuana, cocaína.).

Exploración y palpación:

- Documentar peso y estatura, índice corporal.
- Circunferencia abdominal y torácica.
- Cavidad oral.
- Examen cardiorrespiratorio.
- Palpación de abdomen.
- Examen dermatológico, incluir espalda, glúteos, extremidades (manos y pies).
- Examen de las cadenas ganglionares: sub-occipital, preauricular, cervicales, Sub-Mentoniana, supraclaviculares, axilares, epitrocleares, inguinales (medir y anotar el tamaño).
- Examen abdominal.
- Mucosas: cavidad oral y nasal.
- Examen rectal y genital, incluye examen pélvico con Papanicolaou en mujeres, buscar lesiones de herpes simples genital/ perianal.
- Fondo de ojo.
- Examen neurológico y neuropsicológico.

Exámenes clínicos complementarios

Pruebas de laboratorios- analítica de base

Los pacientes que inician tratamiento deben ser evaluados periódicamente, tanto desde el punto de vista clínico como de laboratorio a fin de evaluar la tolerancia y la respuesta al tratamiento, la potencial toxicidad y para detectar la presencia de complicaciones.

Evaluaciones recomendadas, clínicas y de laboratorio en la visita basal

Evaluación clínica basal	<p>Determinación del estadio clínico de la enfermedad según OMS</p> <p>Determinación de las condiciones médicas concomitantes (como VHB, VHC, TB, embarazo, uso de drogas inyectables, enfermedad psiquiátrica importante)</p> <p>Medicación concomitante (incluso medicinas)</p> <p>Peso y signos vitales</p> <p>Evaluación de la disposición del paciente a iniciar el TARV</p> <p>Valoración de la salud sexual y reproductiva</p>
Estudio y evaluación de laboratorio basal	<p>Medición de CD4</p> <p>Medición de la CV</p> <p>Hemograma</p> <p>Prueba de embarazo</p> <p>VDRL, ALT/AST, Urea/Creatinina, Glucosa, Colesterol, Triglicéridos</p> <p>Detección de TB en sintomático respiratorio (Rx/Baciloscopia)</p> <p>Serología de toxoplasmosis</p> <p>Citología cervical en las mujeres</p> <p>Serología VHB, VHC, estatus de inmunización (población infantil, envejecientes, trazas Falcémicas).</p>

En los pacientes que inician tratamiento se sugieren visitas a las 3 y 6 semanas del inicio de la TARV, y posteriormente, si el paciente está estable cada dos meses. Los objetivos son evaluar la adherencia, tolerancia y respuesta del tratamiento, a la vez que proporcionar educación y seguimiento.

En pacientes que inician tratamiento con AZT se sugiere medir la Hb y realizar un control y a las 4, 8 y 12 semanas de tratamiento, o cuando el paciente presente síntomas, como por ejemplo (falta de aire, fatiga, cefalea, palpitaciones). La medición de ALT se recomienda a los pacientes que reciben tratamiento tuberculostático (a las 2, 4, 8 y 12 semanas del inicio de la terapia, y posteriormente en función de los síntomas).

La evaluación de la función renal debe considerarse antes de iniciar TDF y cada seis meses mientras el paciente recibe TDF, en particular en pacientes con alto riesgo (enfermedad renal previa, pacientes añosos, bajo BMI, diabetes, hipertensión, y uso concomitante de IPs reforzados con RTV u otros nefrotóxicos).

Los IP pueden afectar negativamente la glucosa y el metabolismo de los lípidos por ello algunos expertos sugieren el monitoreo de rutina de la bioquímica sanguínea en pacientes con regímenes con IP. La decisión de realizar este monitoreo puede considerarse de forma individualizada considerando los antecedentes personales y familiares y los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares o metabólicas.

Los controles de CD4 se recomienda cada 4 meses y carga viral se recomienda cada 6 meses. Antes de solicitar estos estudios debe asegurarse que el paciente este realizando el tratamiento en forma correcta, con una adherencia adecuada, que no haya recibido vacunas en las últimas 4 semanas y que no presente nuevas enfermedades intercurrentes.

Frecuencia de las pruebas de laboratorio

Pruebas de laboratorio para el diagnóstico y el seguimiento	En la primera evaluación* (Visita basal)	Al iniciar el TARV de 1ª o 2ª línea	Cada seis meses	Según se requiera en caso de síntomas
Pruebas de diagnóstico y confirmación del VIH	1		-	
Hemograma ^a	1	1	1	1
Recuento de células CD4	1	1	1	1
Pruebas de embarazo ^b	1	1	-	1
Bioquímica completa				
(ALT/AST ^c otras enzimas				
Hepáticas, glucosa,		-	-	
Lípidos, amilasa, lipasa,	1			1
Lactato y electrolitos				
Séricos) ^d				
Función renal	-			
(Aclaramiento de la creatinina)		1	1	1
Serologías VDRL	1	-	-	1
Medición de la CV ^h	1	-	1	1
Citología cervical en mujeres	1	-	1	1

Estudios adicionales recomendados

- Radiografía de tórax.
- Sonografía abdominal.
- Citología cervicovaginal.

Medidas iniciales de soporte

- Educación para reducir riesgos.
- Orientación sobre prácticas sexuales seguras.
- Uso adecuado y oportuno del condón.
- Orientaciones sobre el uso de drogas endovenosas.
- Prevención de embarazo no deseado y provisión de métodos anticonceptivos, con consejería.
- Rehabilitación en caso de drogadicción.
- Tabaco: orientar para suspender.
- Notificación a la pareja.

- Consejería integral en salud reproductiva.
- Apoyo psicosocial.
- Inmunizaciones.
- Odontología preventiva.
- Evaluación oftalmológica.

CRITERIOS DE INICIO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH

Paciente que no califica para inicio de TARV:

- a. Criterio clínico: sin presencia de infección oportunista definitoria de Sida.
- b. Criterio Inmunológico: CD4 igual o mayor a las 500 células
- c. Criterio Viroológico: Carga Viral por debajo de 85 mil copias
- d. No es una mujer embarazada
- e. No existe coinfección con VHB y/o tuberculosis
- f. No tiene Nefropatía
- g. No tiene Cardiopatía Complicada

Si el paciente cumple con estas condiciones entra en seguimiento clínico, el cual consiste:

- a. Evaluación clínica, cada tres meses o de acuerdo a la necesidad.
- b. En caso de que el paciente presente algún dato clínico que requiera pruebas complementarias estas se deben indicar: (Ver pruebas indicadas en la evaluación del paciente)
- c. Conteo de CD4 cada cuatro meses.
- d. Carga Viral cada seis meses.
- e. Evaluación de factores psicológicos, emocionales, familiares, laborales y sociales del paciente, que pueden afectar de manera positiva o negativa la adherencia futura, en cuyo caso se maneja por el servicio de consejería y/o psicología. De ser necesario se referirá a un servicio de mayor complejidad.
- f. En caso de que el paciente requiera evaluación clínica especializada se realiza interconsulta con la especialidad correspondiente. Las recomendaciones y conductas del especialista deben constar en el expediente clínico del servicio de VIH.

Paciente que califica para iniciar tratamiento antirretroviral

- a. **Criterio clínico:** presencia de infecciones oportunistas definitoria de Sida.
- b. **Criterio Inmunológico:** CD4 menor o igual a las 500 células
- c. **Criterio Viroológico:** Carga Viral igual o mayor de 85 mil copias
- d. Embarazo
- e. Coinfección por VHB /VHC
- f. Coinfección TB/VIH
- g. Nefropatía
- h. Cardiopatía Complicada
- i. Paciente mayor de 55 años.

Los pacientes que llegan con resultado de CD4 menor de 200 células deben iniciar terapia preventiva con TMP-SMX.

Terapia Antirretroviral

Tratamiento de Primera Línea

En todos los pacientes adultos los esquemas de antirretrovirales recomendados son:

- TDF + 3TC + EFV* (ver recomendación)
- AZT + 3TC + EFV
- AZT + 3TC + NVP
- ABC + 3TC/EFV (ver recomendación)
- TDF + 3TC + LOP/RIT

TDF + 3TC (FTC) + EFV, es el esquema de preferencia. Si este esquema está contraindicado por las razones que se explican en el cuadro siguiente se recomiendan:

1. AZT + 3TC + EFV
2. AZT + 3TC + NVP
3. ABC + 3TC + EFV
4. LOP/r se usará en primera línea para todos los niños menores de 3 años.

Al iniciar el tratamiento con un esquema de primera línea, el médico debe tener en cuenta que cada paciente es individual y que su tratamiento puede variar en función de ciertas condiciones, las cuales se describen en el siguiente cuadro:

Con que comenzar tratamiento antirretroviral	Observaciones
AZT + 3TC + NVP	• No utilizar AZT en caso de que la Hb esté por debajo de 8 gr/dl.
	• No utilizar NVP en caso de conteo de CD4 en: Mujeres igual o mayor de 250 cels y Hombre igual o mayor a 400 cels.
	• Cuando se utiliza la NVP se debe administrar 200mg (1 tab) por día en los primeros catorce días de tratamiento y luego aumentar la dosis a 200mg dos veces al día (2 tab).
TDF + 3TC + EFV	• No se utilizará TDF en pacientes con insuficiencia renal.
AZT + 3TC + EFV	• No utilizar AZT en caso que la Hb esté por debajo de 8 gr/dl.
	• No se utilizará EFV en pacientes con trastornos psiquiátricos.
ABC + 3TC + EFV	• ABC + 3TC debe ser empleado con precaución en paciente con CV elevado (>100,000).
TDF + 3TC (FTC) + Lop/r	• Se iniciará con Lop/rit en caso de que el paciente no pueda utilizar EFV por afectación del SNC
	• La utilización de IP en primera línea será estrictamente restringida a aquellos niños o adultos con Contraindicación para el uso de INNTI.
TDF + 3TC + NVP	• Solo utilizar en casos que no haya otra opción ya que este esquema tiene baja Respuesta virológica.

Fallo a la Terapia Antirretroviral (TARV)

Se define como respuesta sub-óptima al tratamiento antirretroviral; se asocia frecuentemente a falla virológica, inmunológica y/o progresión clínica.

Consideraciones clínicas:

Antes de determinar que un paciente está en fracaso al tratamiento éste debería haber recibido TARV al menos 6 meses y se debe haber descartado problemas de dosificación, provisión, adherencia, interacciones farmacológicas o efecto de vacunaciones. Se recomienda monitoreo clínico, virológico y de adherencia de los pacientes, para evitar los cambios innecesarios a esquemas de segunda o tercera línea.

Conducta para determinar la ocurrencia de fallo:

- Se debe realizar la Carga Viral para confirmar el fracaso del tratamiento
- Se debe realizar Carga Viral cada seis (6) meses para controlar la replicación viral
- Cuando la Carga Viral no esté disponible, utilizar criterios inmunológicos para confirmar el fracaso del tratamiento, recordando que el fracaso inmunológico es más tardío que el virológico

Al iniciar el tratamiento con un esquema de primera línea, el médico debe tener en cuenta que cada paciente es individual y que su tratamiento puede variar en función de ciertas condiciones.

Criterios que definen fallo:

Fracaso	Definición	Comentarios
Fracaso clínico	Estadio clínico 4 de la OMS nuevo o recurrente (ver anexo).	Esta condición debe ser diferenciada del SRI, ciertas condiciones pertenecientes al Estadio Clínico 3 de la OMS la OMS podrían indicar fracaso del tratamiento (por ej. TB pulmonar, infecciones bacterianas graves).
Fracaso inmunológico	Caída del recuento de CD4 con relación al valor inicial.	Recordar que en algunas situaciones puede haber variación de CD4 y no necesariamente indican fallo.
	Caída del 50% del valor pico del conteo de CD4 con el tratamiento.	
Fracaso virológico	Paciente en TARV que logró supresión urológica completa (<60 copias/ml) y presenta aumento constante.	
Fallo genotípico:	Presencia de mutaciones adquiridas (transmitidas) o desarrolladas antes o después de iniciar terapia. Siempre que esté presente debe referirse a un nivel superior.	

Tratamiento de Segunda Línea

Como TARV de segunda línea se recomienda un inhibidor de la proteasa reforzado (IP/r) en combinación por lo menos de dos medicamentos activos.

LPV/r es el IP de elección para TARV de segunda línea. Cuando no sea posible el uso de LPV/r puede usarse ATV/r.

Se recomiendan opciones simplificadas con un segundo INTI.

- Si en el régimen de primera línea se utilizó D4T o AZT, utilizar TDF + (3TC o FTC), como INTI de base en el régimen de segunda línea.

- b. Si en el régimen de primera línea se administró TDF, utilizar AZT + 3TC como INTI de base en el régimen de segunda línea.
- c. Cuando se haya utilizado 3TC en 1era. línea, se debe mantener el 3TC para evitar la desaparición de la M184V, porque reduce la capacidad de replicación.

Esquemas de elección de segunda línea

Población		Opciones de elección	Comentarios
adultos y adolescentes VIH (+)	Si se usó D4T ó AZT en primera línea.	TDF + 3TC (o FTC) +LOP/r ó ATV/R	LPV/r es el IP de elección. La secuencia de administración de los INTI se basará en la disponibilidad de CDFs y el potencial de conservar actividad antiviral, considerando escenarios de cambios temprano y tardío.
	Si se usó TDF primera línea.	AZT + 3TC (o FTC) + LOP/R ó ATV/r ABC + 3TC LOP / Rito ó ATV / R	
Pacientes VIH infectados con TB	Si la RFB se encuentra disponible	Mismo régimen recomendado	No hay diferencia en eficacia entre RFB y rifampicina. LRFB presenta menos interacciones con IP reforzados con baja dosis de RTV, permitiendo dosis estándar de estos últimos.
	Si la RFB no encuentra disponible	Usar la misma base de INTI recomendados para adultos, pero ajustar la dosis de IP.	La rifampicina disminuye significativamente los niveles de los IP, limitando las opciones. Incrementar la dosis de RTV con el IP seleccionados, como LPV puede superar este efecto, pero puede aumentar la toxicidad.
Pacientes coinfectados con VHB	Si se usó D4T o AZT en primera línea	Mismo régimen recomendado	En estos pacientes es mejor comenzar tratamiento con regímenes basados en TDF.

Tratamiento de tercera línea o rescate

Aquellos pacientes que fracasan a un TARV de segunda línea y no disponen de otras nuevas opciones de ARV deberían continuar con el régimen que hayan tolerado.

Es mandatorio que se realice prueba de genotipo para la elección de un esquema de 3era. Línea.

La decisión de los fármacos a utilizar en un régimen de tercera línea dependerá de la disponibilidad local de pruebas de resistencia y disponibilidad local de fármacos específicos, **y será únicamente responsabilidad del Programa Nacional del VIH la autorización del mismo, por lo que todo paciente que presente un fallo terapéutico a segunda línea debe ser reportado al Programa Nacional de VIH.**

Combinaciones de Inti que no deben usarse por las Interacciones presentadas

D4T + AZT (antagonismo demostrado) D4T + DDI (toxicidad superpuesta)

TDF + 3TC + ABC/ TDF + 3TC + DDI, Seleccionan con frecuencia la mutación K65R y se asocian a elevadas tasas de fracaso virológico temprano.

TDF + DDI + cualquier otro INNTI se asocian a elevadas tasas de fracaso virológico temprano.

TDF aumenta la concentración de DDI, y consecuentemente su toxicidad potencial, incluyendo riesgo aumentado de toxicidad mitocondrial.

Efectos adversos a los Antirretrovirales

Efecto adverso	Principales ARV	Recomendaciones
Pancreatitis aguda	D4T o DDI	Descontinuar el tratamiento ARV. Proporcionar tratamiento de apoyo y realizar monitoreo de laboratorio. Reiniciar el tratamiento con un INTI que presente bajo riesgo pancreática. AZT y TDF tienen menos probabilidades de causar este tipo de toxicidad.
Erupción cutánea por drogas (leves a graves: Síndrome de Stevens-Johnson o Necrólisis epidérmica tóxica)	NVP, EFV, ABC	En casos leves, tratamiento sintomático. Las erupciones cutáneas asociadas a EFV frecuentemente mejoran de manera espontánea después de 3-5 días, sin necesidad de cambiar el tratamiento. Si se trata de una erupción moderada, no progresiva, sin compromiso de mucosas o signos sistémicos considerar la sustitución del INTI (de NVP a EFV). En cuadros moderados y graves discontinuar el tratamiento y proporcionar tratamiento de apoyo y reiniciar el tratamiento con un esquema basado en IP/r o en tres INTI si no hay otra opción. Recordar la reacción de hipersensibilidad al ABC que puede ser fatal por lo que no debe reiniciarse el medicamento.
Dislipemias	Inhibidores de la proteasa/INTI (en particular D4T) EFV	Considerar reemplazo del medicamento más probablemente relacionado con la condición.
Anemia y neutropenia	AZT	Si es grave (Hb<7.0 g/dl y/o recuento total de neutrófilos <750 células/mm ³), reemplazar con un ARV con mínima o ninguna toxicidad sobre la médula ósea. (d4T o TDF) y considerar una transfusión de sangre.
Hepatitis	Todos los ARV (particularmente con NVP)	Si ALT aumenta 5 veces por encima del valor basal, discontinuar el tratamiento y monitorear función hepática. Una vez resuelto el problema reiniciar TARV reemplazando el medicamento probablemente relacionado con la condición (EFV por NVP).

PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL EN ITS/VIH/SIDA PROFAMILIA

Efecto adverso	Principales ARV	Recomendaciones
Acidosis láctica	Todos los INTI (en particular D4T)	Descontinuar el tratamiento ARV y administrar tratamiento de apoyo. Después de haberse resuelto reiniciar el tratamiento, con TDF.
Lipoatrofia	Todos los INTI (en particular D4T)	Reemplazo temprano del medicamento sospechoso (d4T por TDF o AZT).
Cambios neuropsiquiátricos	EFV	Generalmente auto limitado, sin necesidad de discontinuar el tratamiento. Si resulta intolerable para el paciente, reemplazar EFV por NVP o IP/r. Puede cambiarse solo este medicamento sin necesidad de suspender el tratamiento.
Toxicidad renal (disfunción tubular renal)	TDF	Considerar sustituirlo por AZT.
Neuropatía periférica	D4T o DDI	Considerar reemplazo de d4T por AZT o TDF Tratamiento sintomático (amitriptilina, vitamina B6)

Sustitución de fármacos por toxicidad

ARV	Toxicidad comúnmente asociada	Sustitución sugerida
TDF	Astenia, cefalea, diarrea, náuseas, vómitos, flatulencias. Insuficiencia renal, síndrome de Fanconi. Osteomalacia. Disminución de la densidad mineral ósea. Puede ocurrir una exacerbación aguda grave de la hepatitis en individuos coinfectados con HBV que discontinúan el TDF.	Si es usado en primera línea: AZT o ABC Si es usado en segunda línea: Dentro de un enfoque de salud pública, no existen opciones para pacientes que hayan fracasado al AZT/d4T como régimen de primera línea. Si es posible, derivar a un centro de mayor complejidad para un régimen individualizado.
AZT	Mielosupresión: anemia macrocítica o neutropenia. Intolerancia gastrointestinal, cefalea, insomnio, astenia. Pigmentación de piel y uñas. Acidosis láctica con esteatosis hepática.	Si es usado en primera línea: TDF o ABC Si es usado en segunda línea ABC
	Reacciones de hipersensibilidad, Síndrome de Stevens Johnson	

ARV	Toxicidad comúnmente asociada	Sustitución sugerida
EFV	Erupciones cutáneas Toxicidad hepática Toxicidad grave y persistente del SNC (depresión, confusión) Hiperlipidemia Ginecomastia masculina Reacciones de hipersensibilidad Síndrome de Stevens Johnson	NVPIP/r si tiene intolerancia a ambos INNTI Triple INTI si no hay otra opción.
NVP	Erupciones cutáneas Toxicidad hepática Hiperlipidemia	EFVIP/r si tiene intolerancia a ambos INNTI Triple INNTI si no hay otra opción
ATV/r	Hiperbilirrubinemia indirecta, Ictericia Prolongación del intervalo PR Bloqueo aurículo ventricular sintomático Hiperglucemia Redistribución de la grasa corporal Posible incremento de los episodios de sangrado en individuos con hemofilia Litiasis renal	LPV/r
LPV/r	Intolerancia GI, náuseas, vómitos, diarrea, Astenia Hiperlipidemia (en especial hipertrigliceridemia) Elevación de transaminasas Hiperglucemia Redistribución de la grasa corporal Posible incremento de los episodios de sangrado en pacientes con hemofilia Prolongación del intervalo PR de primer grado Prolongación del intervalo QT y "torsadepointes"	ATV/r

MANEJO DE LAS COINFECCIONES por Hepatitis B, C y Tuberculosis

Pacientes coinfectados por VIH/VHB:

Iniciar TARV a todos los pacientes coinfectados por VIH/VHB, independientemente del recuento de células CD4 o el estadio clínico. Iniciar TARV con opción preferente TDF + 3TC (o FTC) + EFV. Los regímenes de inicio en todos los pacientes coinfectados por VIH/VHB deben incluir TDF más 3TC.

Pacientes coinfectados por VIH y VHC

Iniciar TARV a todos los pacientes con Coinfección por VIH/VHC, independientemente del recuento de células CD4 o el estadio clínico de la OMS.

El esquema de tratamiento preferente para el paciente coinfectado es:

TDF + 3TC + EFV

Otra opción:

TDF + 3TC + LOP/r ó ATV/r. El uso de IP como primera línea debe evitarse salvo en ocasiones excepcionales.

En los pacientes que reciben Ribavirina no se debe utilizar en forma concomitante DDI por hepatotoxicidad, Pancreatitis y Acidosis láctica. El uso de Rivabirina con AZT se asocia con mayor anemia.

La Rivabirina con D4T tiene mayor riesgo de toxicidad. Con TDF y 3TC no se han descrito interacciones.

Está contraindicado el uso de la Nevirapina por su efecto Hepato- tóxico.

Pacientes coinfectados por TB/VIH:

Iniciar TARV a todos los pacientes infectados por el VIH con TB activa independientemente del recuento de células CD4.

Iniciar tratamiento anti TB primero, seguido de TARV lo antes posible (dentro de las primeras 8 semanas).

Iniciar terapia preventiva con TMP-SMX junto al tratamiento antituberculosis independientemente del conteo de CD4 del paciente.

Si al final del tratamiento antituberculosis los CD4 se mantienen por encima de 200cels/mm³ sostenido en dos o tres mediciones, suspender TMP-SMX.

La opción preferente de tratamiento en estos pacientes es TDF + 3TC (o FTC) + EFV

Efavirenz (EFV) es el INNTI de elección para iniciar TARV en pacientes que están recibiendo tratamiento

Aquellos pacientes que no toleran el EFV, el uso de regímenes con NVP o regímenes compuestos por tres análogos (AZT+3TC+ABC o AZT+3TC+TDF), constituyen alternativas de tratamiento, teniendo siempre en cuenta que las combinaciones con tres INTI son menos potentes y más propensas al fracaso precoz.

En caso del uso de la Rifampicina, no se requiere reajustar la dosis de NVP,

pero debido a su efecto hepatotóxico debe manejarse con cautela (Realizar pruebas de función hepática).

Debido a las interacciones medicamentosas entre la Rifampicina y los inhibidores de proteasa reforzados el uso concomitante de las terapias estándar para la coinfección TB/VIH está limitado. La Rifampicina es un potente inductor de las enzimas del sistema del citocromo P-450, que disminuye un 75-90% las concentraciones plasmática de las dosis estándares IP/r, por lo que el uso simultáneo de Rifampicina e IP/r a dosis estándar está contraindicado.

Estos regímenes se asocian a niveles elevados de toxicidad, y requieren un estricto monitoreo clínico y de laboratorio. (Ver Guía de Manejo de Coinfección TB/VIH).

La mejor opción es reemplazar Rifampicina por Rifabutina

Rifabutina en pacientes con tratamiento con inhibidores de proteasas

Dosis: La dosis ideal de RFB en presencia de IP/r no está establecida claramente debido a experiencias que muestran niveles inadecuados, pero se recomienda el uso de 150mg tres veces por semana.

Efectos adversos: Los efectos adversos más comunes asociados a la RFB son neutropenia, leucopenia, aumento de las enzimas hepáticas, erupciones cutáneas y molestias gastrointestinales, y con menor frecuencia uveítis.

En caso de contraindicación absoluta de uso de NVP y EFV, se recomienda el uso de un IP reforzado, reajustando la dosis habitual.

INFECCIONES OPORTUNISTAS

Manejo de las Infecciones Oportunistas en el Adulto

Generalidades

Tenemos que considerar las intervenciones dirigidas para disminuir las infecciones oportunistas con la profilaxis primaria y secundaria:

Profilaxis primaria:

Es cuando se administran medicamentos a pacientes que nunca han tenido la enfermedad, pero se quiere prevenir porque pueden estar en riesgo de desarrollarla.

Profilaxis secundaria:

Es cuando se administran medicamentos a pacientes que han desarrollado la enfermedad, después de recibir tratamiento curativo completo, y en los que se quiere evitar la recurrencia. Esto se conoce como terapia de mantenimiento. Las recomendaciones para la profilaxis contra las infecciones oportunistas dependen del valor de los resultados del conteo de los CD4. Con intervención ha disminuido significativamente la morbilidad asociada al VIH.

Según los niveles de la caída del CD4, inician la presencia de las infecciones oportunistas, no todas ocurren a la misma vez. Entre 200 y 400 el sistema de defensa del organismo puede luchar con estas, pero menos de 200 el sistema está ya muy debilitado y se pueden comenzar a presentar las mismas. Las infecciones más frecuentes cuando CD4 están debajo de 200 células son:

- Mycobacterium tuberculosis (aunque puede aparecer en cualquier estadio de la infección)
- PneumocystisJirovecii o PCP
- Toxoplasmosis
- Herpes simple.
- Varicela zoster.
- Streptococuspneumonia.
- Virus de la influenza.
- Citomegalovirus.
- Sarcoma de Kaposi.
- Candidiasis esofágica.
- Criptococosneofoms.

Cuando las células CD4 están por debajo de 100 o 50, las Infecciones oportunistas más comunes son:

- Meningitis por Criptococo.
- Micobacteriumavium: diseminada.
- Citomegalovirus.
- Retinitis, esofagitis, colitis, radiculitis.
- Criptosporidio, microsporidio: diarrea, perdida de peso.

Profilaxis primaria y secundaria de infecciones oportunistas en personas adultas que viven con el VIH/SIDA.

Pneumocystis Jirovecii

- Agente etiológico: Pneumocystisjiroveci
- Manifestaciones clínicas
- Disnea progresiva al esfuerzo
- Aumento de frecuencia respiratoria
- Regularmente PaO₂ < 70 mm Hg
- Tos seca
- Fiebre
- Fatiga
- Cansancio
- Sudoraciones profusas

Diagnóstico Clínico:

Radiografía de tórax posteroanterior.(normal 20%, infiltrado intersticial bilateral frecuente, neumotórax ocasional) en lavado bronco alveolar. Trofozoito y quiste tiñe con violeta de giemsa.

Profilaxis primaria PCP:

CD4 < 200 cel/ul

CD4 < 14 %

Candidiasis oro-faríngea

En espera de resultado de CD4, si los linfocitos totales son menores a 1,200 cels/mm³, iniciar con:

TrimetoprimSulfametoxazol (TMP-SMX) Forte 160/800mg un comprimido diario

TrimetoprimSulfametoxazol (TMP-SMX) Forte un comprimido tres veces a la semana

Dapsona 100 mg diaria(EN PACIENTES CON ALERGIA A TMP-SMX).

Interrupción de la profilaxis primaria:

Un incremento sostenido por 3 meses de los recuentos de linfocitos CD4+ > 200 cel/mm³ con respuesta al tratamiento antirretroviral, excepto en pacientes con historia previa de diagnóstico de PCP con CD4 > 200 cel /uL profilaxis por vida es prudente.

Profilaxis secundaria:

Previo episodio de PCP. Lo mismo que profilaxis primaria. Tratamiento PCP:

Régimen terapéutico:

TMP-SMX por vía oral o intravenosa

15 mg/kg/día TMP+ SMX 75-100mg/k/día vo/iv, dividido a 3-4 dosis por 3 semanas.

Coadyudante:

Corticoides: si PO₂ < 70mmhg o gradiente >35, Prednisona 40mg /12h vo por 5 días, luego 40mg vo por día por 5 días, 20mg/día hasta completar 21 días.

Regímenes alternativos:

Primaquina 15-30 oral mg/día + clindamicina 600-900 mg ev C/6-8 H ó 300-450 mg vo c/ 8h por 21 días (Vigilar niveles hemáticos) Atovacuone 750 mg BID por 21 días.

Toxoplasmosis

Agente etiológico: Toxoplasma gondii.

La forma más frecuente de presentación en las PVV es la Toxoplasmosis Cerebral. Suele ser subaguda con síntomas que aparecen durante semanas y el deterioro general precede a los trastornos de la conducta y a los síntomas focales.

Manifestaciones clínicas:

- a. cefalea
- b. fiebre

- c. confusión
- d. deficit neurológico focal
- e. convulsiones

Diagnóstico:

- a. a. Inmunoglobulinas (IgG-IgM, se considera positivo la IgG 6 veces por encima del valor de referencia).
- b. Imágenes del SNC (típicamente aparecen lesiones en anillos que realzan con medios de contraste, preferencia RMN, alternativa TAC).

Diagnóstico diferencial:

- a. Linfoma del SNC
- b. Absceso cerebral
- c. Tuberculoma
- d. Neurocisticercosis

Profilaxis primaria:

Se debe empezar cuando CD4 < 100 cels

Trimetoprim Sulfametoxazol (TMP/SMX) Forte (160/800MG)

Cuando no toleran TMP/SMX, el uso de dapsona 100 mg + pirimetamina 50 mg semanal + leucovorin 25mg semanal

Atovacuone 1500 mg QD

Tratamiento Toxoplasmosis cerebral:

- a. Sulfadiazina 1 – 1.5 g cada 6 horas por vía oral + Pirimetamina 200 mg dosis inicial distribuidos en 4 dosis, seguidos de 75-50 mg al día + Leucovorin 10 – 15 mg/d vo. (se pueden aumentar de 50-100mg si hay toxicidad).
- b. Pirimetamina 200 mg dosis inicial, seguido de 75 mg / d + TMP/ SMX 10/50 mg /k en tres dosis por diavo/iv. + Leucovorin 10 – 15 mg/d vo. (se pueden aumentar de 50-100mg si hay toxicidad)
TrimetoprimSulfametoxazol (TMP/SMX) 10/50 mg /K c/8h ev/iv.Eltratamiento de la fase aguda continua 6 – 8 semanas.

Alternativo a las sulfonamidas:

- a. Clindamicina 900 – 1200 mg IV c/6h ó 300-450 mg po c/6h
- b. Claritromicina 1 gm por BID

- c. Azitromicina 1.2 – 1.5 gm por QD
- d. Dapsona 100 mg QD
- e. Se mantiene la pirimetamina y leucovorin en los regímenes alternativos.

Tratamiento de mantenimiento:

Después de 6 – 8 semanas paras a la Fase de Mantenimiento Sulfadiazina 500 mg - 1 g vo c/6h

Alternativa: clindamicina 300 – 450 mg vo/d Pirimetamina 25 – 50 mg /DIA +Leucovorin 5 – 10 mg /d TMP/SMX FORTE /d

RM para confirmar resolución de lesiones.

Complejo *Mycobacterium avium* (MAC)

Puede ser causa de enfermedad diseminada en pacientes con CD4 < 50cel/mm³.

Manifestaciones clínicas:

- a. Pérdida de peso
- b. Diarrea
- c. Dolor abdominal
- d. Fiebre y escalofríos
- e. Sudoración profusa nocturna
- f. Adenopatías
- g. Cansancio profundo

Diagnóstico Clínico:

- a. Laboratorio (cultivos para micobacterias)
- b. Biopsia y Cultivo

Profilaxis primaria:

- a. CD4 <50cel/mm³
- b. Claritromicina 500 mg dos veces por dia ó Azitromicina 500 mg/ dia o 1500 mg/ semanal.
- c. Continuar hasta CD4 > 100 cel/mm³ por más de 6 meses y la supresión sostenida de la carga viral

Tratamiento MAC diseminado:

- a. Claritromicina 500 mg dos veces óazitromicina 500 – 600 mg una vez al día + etambutol 15 – 25 mg/kg una vez al día.
- b. Algunos casos se recomienda añadir fluorquinolonas (levofloxa-cina 750 mg una vez por día).
- c. Continuar hasta CD4 > 100 cel/mm³ durante más de 6 meses y asintomático por más de 12 meses.

Herpes simple

Agente etiológico: virus Herpes Simple tipo 1 y 2 (VHS-1 y/o VHS-2)
Tratamiento VHS: 800 a 400 mgs.

- a. Aciclovir 400 mg VO C/8H 7 – 10 días
- b. Valaciclovir 1 G/12H por 7 – 10 días
- c. Famciclovir 500 mg C/12H 7 – 14 d.

Virus Varicela zoster (VZV):

Agente etiológico: Virus de la Varicela-zoster

Manifestaciones clínicas

- a. Erupción vesicular unilateral que sigue una distribución dermatomérica
- b. Lesiones en varias fases de evolución

Manifestaciones serias

- a. Encefalitis y/o meningitis
- b. Neumonía varicelosa
- c. Oftálmica
- d. 2 o mas dermatomas
- e. Cruza la línea central del cuerpo

Profilaxis VZV postexposicion

- a. Gamma Globulina Hiperinmune VZV en las primeras 96 horas de exposición o
- b. Aciclovir 800 mg VO 5 veces al día por 3 semanas.

Tratamiento VZV

- Aciclovir 800 mg po 5 veces al día
- Valaciclovir 1 g c/8h
- Famciclovir 500 mg c/8h

Continuar tratamiento por lo menos 7 días o hasta están secas las lesiones.

Casos severos

- Aciclovir 10 mg/C/8h endovenoso
- Foscarnet 40mg /k IV c/8h ó 60 mg c/12h por 14-26 días, especial si hay resistencia.

Streptococcus pneumoniae

- a) Indicación: Recuentos de CD4+ menor o igual a 200/ul.
- b) Primera elección: Vacuna de polisacárido 23-Valente: 0.5 ml por vía intramuscular.

Virus de la influenza

- a) Indicación: Todos los pacientes (cada año, antes de la temporada de influenza).
- b) Primera elección: Vacuna trivalente de virus inactivado contra la influenza: una dosis anual (0,5 mL) por vía intramuscular.
- c) Opciones: Oseltamivir, 75 mg por vía oral al día (influenza A o B)(CIII); Rimantadina, 100 mg por vía oral al día dos veces al día, o amantadina, 100 mg por vía oral dos veces al día (solo influenza A).

Virus de la hepatitis

- a) Indicación: Todos los pacientes susceptibles con riesgo elevado de infección por hepatitis A (es decir, negativos para el antígeno anti-hepatitis A; por ejemplo, usuarios de drogas, hombre que tienen relaciones homosexuales, hemofílicos) o pacientes con enfermedades.
- b) Primera elección: Vacuna contra la hepatitis A: dos dosis.

Citomegalovirus (CMV)

Virus miembro de la familia de los Herpes virus.

Manifestaciones clínicas:

- a. Neumonía
- b. Hepatitis
- c. Úlceras gastrointestinales
- d. Retinitis
- e. Encefalopatía
- f. Alteraciones endocrinas

Retinitis CMV

Manifestación de severa inmunosupresión
Infección oftalmológica oportunista más frecuente

Síntomas de retinitis CMV:

- a. Molestias inespecíficas
- b. Visión borrosa
- c. Escotomas
- d. Disminución de la agudeza visual
- e. Pérdida de la visión periférica

Tratamiento y seguimiento de la retinitis CMV:

- a. Examen de retina cada 6 meses cuando CD4 < 50
- b. Ganciclovir implante intraocular
- c. Foscarnet 900 mg/Kg iv c/24h
- d. Lesiones periféricas valganciclovir 900mg c/12h por 14-21 días, luego c/24h.

La suspensión de la terapia anti-CMV sólo debería considerarse en pacientes con retinitis inactiva y cuyo recuento de células CD4 haya aumentado significativamente tras el uso de Antirretrovirales.

Nota: El aciclovir no protege contra el Citomegalovirus. No se recomienda el valaciclovir debido a una tendencia no explicada de mayor mortalidad en las personas con SIDA a quienes se les estaba administrando valaciclovir para prevención de la enfermedad por Citomegalovirus.

Criterios para iniciar, suceder y reiniciar la profilaxis contra las infecciones oportunistas en los adultos infectados por el VIH.

Especies de Candida

Hongos unicelulares o levaduras

Candida Albicans es una levadura que crece bien en los medios de cultivo ordinarios Gram positivo.

Células aisladas o formando pseudohifas Organismos ubicuos Se han aislado del suelo, del ser humano y otros animales, de objetos inanimados, de alimentos y de ambientes hospitalarios.

Fuente de infección es endógena: la CA es comensal de la piel, del tubo digestivo, de las vías respiratorias superiores y del tracto genital femenino.

Tratamiento:

- a. Oro faríngea fluconazol 100-200 mg por 7-10 días, itraconazol 200mg suspensión/día/vo/iv, continuar una semana después de la remisión de los síntomas a juicio facultativo.
- b. Casos severos esofágica: fluconazol 200-400mg/día durante 14-21 días o itraconazol 200mg.

La nistatina o el miconazol tópicos en la vulvovaginal

Meningitis criptocócica

Agente etiológico: *C. neoformans*

Manifestaciones clínicas:

- a. Fiebre y sensación de malestar
- b. Dolor de cabeza
- c. Puede haber o no signos meníngeo
- d. Déficits neurológicos
- e. Alteración de la conciencia
- f. Afectación de los pares craneales – disminución de la agudeza visual, parestesias faciales, diplopía
- g. Rara vez hay convulsiones

h. Demencia por acción directa de la infección sobre el cerebro.

Profilaxis primaria:

NO RECOMENDADA

Tratamiento de la Meningitis del Sistema Nervioso Central (SNC):

- a. Anfotericina B hasta recibir por lo menos 1 gr.
- b. Anfotericina B 0.7mg/k iv c/24h + Flucitosina 25mg/k c/6h por 2 semanas.
- c. Fluconazol 800 mg/d x 8 – 10 semanas.
- d. Alternativa (meningitis no complicada) fluconazol 400 – 800 mg/d + fluocitosina 25mg/k c/6h por 4-6 semanas.

Profilaxis secundaria:

- a. Prevención de las recurrencias
- b. Fluconazol 200 - 400 mg cada día por vida)
- c. Amphotericin B 1 mg/kg/semana
- d. Itraconazole 200 mg.

Flujograma de Infecciones oportunistas mas frecuentes:

Infección Oportunista	Criterio inicio de profilaxis Primaria	Criterio Suspender la profilaxis primaria	Criterio de Reiniciar profilaxis primaria	Criterio de iniciar profilaxis secundaria	Criterio para suspender la profilaxis Secundaria
Neumonía por Pneumocytis Carinii	Recuento de CD4+<200 Linfocitos/ul o Cándiasis bucofaringea	Recuento de CD4+ mayor a 200 linfocitos/ul durante mayor o igual a 3 meses (A1)	Recuento de CD4+ menor a 200 linfocitos/ul (AIII)	Neumonía por Pneumocytis Carinii previa(A1) Encefalitis toxoplasmica previa (A1)	Recuento de CD4+ mayor a 200 linfocitos/pl durante mayor o igual a 3 meses (AII).
Toxoplasmosis	Anticuerpos de inmunoglobulina G(IgG) para toxoplasma y recuento de CD4 + mayor a 100 linfocitos/ul (A1)	Recuento de CD4+ mayor a 200 linfocitos/pl durante mayor o igual a 3 meses (AII).	Recuento de CD4+ menor a 200 linfocitos/ul (AIII)	Enfermedad diseminada demostrada (AII)	Recuento de CD4+<200 Linfocitos/ul sostenido (por ej., mayor o igual a 6m); haber completado el tratamiento inicial y asintomático para toxoplasma.
Complejo Mycobacterium avium (CMA) diseminado	Recuento de CD4+ menor a 50 linfocitos/ul (A1)	Recuento de CD4+ menor a 100 durante mayor	Recuento de CD4+ menor a 100 linfocitos/ul (AII)		Recuento de CD4 + mayor a 100 Linfocitos/ul sostenido (por ej., mayor o igual a 6m); y haber completado 12 meses de tratamiento para CMA y asintomático para CMA (CII).

TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL

De acuerdo con el estudio titulado “Integración de la Atención Prenatal con los Procesos de detección y manejo clínico del VIH y de la sífilis en la República Dominicana” la República Dominicana tiene muchos retos con relación a la

transmisión materna- infantil, como resultado del estudio se perciben los siguientes problemas: transmisión materno- infantil, como resultado del estudio se perciben los siguientes problemas:

- “Una brecha de captación de las mujeres embarazadas asociada a un sistema de salud que no responde a las necesidades de la gestante que atiende los servicios de salud de la República Dominicana.
- El contexto de pobreza extrema en el cual se ven inmersas muchas de las usuarias que acuden a los centros de salud.
- La desarticulación de los servicios prenatales con el Programa nacional transmisión Vertical (PNRTV).
- No existe la contra referencia de casos de un nivel de mayor complejidad a uno menor, lo que hace que la embarazada se pierda y no se conozca su estado final.
- Las dificultades en el suministro de insumos como reactivos, formulas infantiles y utensilios para realizar cesáreas (guantes, mascarillas o gafas) incrementan el número de oportunidades perdidas para prevenir la transmisión perinatal del VIH.
- La sífilis tampoco escapa a las dificultades observadas en la prevención de la transmisión materno infantil del VIH.
- La desarticulación PNRTV con el manejo de la sífilis hace que se pierda la oportunidad de integrar las acciones de prevención y tratamiento.”

El estudio señala también, entre otros avances: “El equipo humano se siente muy motivado a trabajar en la prevención del VIH y existe la percepción por parte de las usuarias del PNRTV que el estigma y la discriminación es mucho menor en la actualidad que cuando inició el programa sus labores de prevención.”

Este escenario de retos y logros en la prevención de la transmisión materno infantil en el país es propicio para proveer al personal de salud de las orientaciones necesarias para ser aplicadas en todos los ámbitos relacionados con las ITS y materno infantil a fin de lograr la integración y coherencia en la atención y la calidad de la misma.

6.1 Sífilis materna

La prueba serológica para sífilis debe hacerse a todas las embarazadas

en la primera visita prenatal, lo más temprano posible en el embarazo; se debe repetir durante el tercer trimestre y al momento del parto y/o en el puerperio previo al alta. Si la embarazada presenta riesgo de exposición pueden solicitarse más de tres controles.

Las mujeres que han tenido un aborto espontáneo u óbito deben realizarse exámenes para sífilis. Para conseguir diagnósticos más oportunos se realizará el tamizaje con pruebas rápidas treponémicas. A todas las embarazadas se les realizará la prueba rápida de sífilis en la primera visita prenatal, con entrega de resultados el mismo día.

Si la embarazada presenta serología positiva se debe tratar también a la pareja utilizando el esquema terapéutico, según estadio.

a) Definición de caso

Para fines de la presente guía, se considera como caso de sífilis materna a toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con evidencia clínica (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria) y/o prueba treponémica (incluidas las pruebas treponémicas rápidas) o no treponémicas positiva o reactiva, que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación.

b) Tratamiento de sífilis materna

La penicilina continúa siendo la droga de elección, independientemente de la edad gestacional y del estadio clínico de la sífilis, ya que cura a la madre, previene la transmisión vertical y trata al recién nacido afectado.

El tratamiento de la embarazada debe iniciarse de inmediato al momento de obtenerse una prueba de tamizaje positiva y en el mismo lugar de la atención.

Todas las positivas deberán recibir tratamiento con penicilina; realizarle prueba serológica utilizando prueba no treponémica cuantitativa (VDRL/RPR/USR) para la confirmación del diagnóstico y el seguimiento al tratamiento y realizarle controles cada tres meses

Un aumento de los títulos, igual o superior a cuatro veces, constituye indicación de nuevo tratamiento al considerarse fracaso terapéutico, reinfección o neurosífilis.

Ante la dificultad en diferenciar con exactitud entre sífilis primaria, secundaria, latente temprana y latente tardía, nuestro país ha decidido considerar todos los casos de embarazadas con serología positiva como sífilis latente tardía. Por tal razón se debe administrar un total de 7.2 millones de unidades de Penicilina Benzatínica G (2.4 millones de unidades por semana, durante tres semanas consecutivas, vía intraglútea).

La administración del tratamiento debe ser supervisada y registrarse en la historia clínica. Si no se encuentra evidencia en la historia clínica sobre su administración, el recién nacido debe ser considerado un caso de sífilis congénita y recibir tratamiento como tal.

Regímenes alternativos para gestantes alérgicos a la penicilina.

Se recomienda la de sensibilización oral (Ver cuadro). En caso de no poder utilizar penicilina, no se dispone de alternativas efectivas de tratamiento para prevenir la sífilis congénita.

Tratamiento para gestantes alérgicos a la penicilina		
Sífilis temprana	Sífilis latente	Sífilis terciaria, latente tardía y evolución desconocida
<p>Eritromicina 500 mg, c/6 horas durante 14 días, que puede no ser suficiente para la madre.</p> <p>Después del parto se debe continuar con doxiciclina 100 mg, c/12 h, durante 14 días.</p> <p>El tratamiento de la embarazada con Eritromicina es absolutamente ineficaz para tratar al feto, por lo que se le debe administrar penicilina al niño según esquema recomendado. (Ver tratamiento de la sífilis congénita).</p>	<p>Eritromicina 500 mg, vía oral, c/6 h o r a s durante 30 días.</p>	<p>Tratar después del parto con:</p> <p>Doxiciclina 100 mg, vía oral c/12 horas, durante 30 días o</p> <p>Tetraciclina 500 mg, vía oral c/6 horas durante 30 días</p>

Desensibilización a la penicilina:

Este procedimiento se indica en aquellas circunstancias que no sea posible la utilización de otros agentes que sustituyan a la penicilina, como en el caso de neurosífilis o sífilis durante el embarazo.

La fenoximetilpenicilina, comúnmente llamada penicilina V, es la única penicilina activa por vía oral. Tiene una actividad menor que la bencilpenicilina, por lo que se administra cuando no se requiere alcanzar concentraciones elevadas en los tejidos. Es la indicada para la desensibilización. Este procedimiento debe realizarse en el nivel especializado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Consiste en diluir la Penicilina reconstituida en frascos con diferentes concentraciones; lo que nos permitirá obtener penicilina, desde concentraciones muy diluidas hasta concentraciones terapéuticas. Estas se administrarán gradualmente a la gestante, desde las dosis de más baja concentración de penicilina hasta la dosis de mayor concentración, a intervalos de 15 minutos y bajo estricta observación. (Ver módulo de capacitación PTMI).

6.2 Sífilis congénita

a) Definición de caso

Se define como caso de sífilis congénita a todo niño con:

Evidencia clínica de sífilis congénita.

- Asintomático, pero la madre no recibió un tratamiento adecuado para la sífilis materna.
- Asintomático, donde la madre fue tratada adecuadamente para sífilis materna, pero presenta títulos de VDRL,USR o RPR, cuatro veces superior a los de la madre.
- Asintomático, cuya madre fue tratada adecuadamente, pero no se dispone de títulos cuantificados para comparar con la madre.

b) Cuadro clínico

Lesiones mucocutánea: pénfigo ampollar palmo plantar con descamación y formación de colgajos.

Epidérmicos: lesiones máculo papulosas (sífilides) que pueden ulcerarse en las zonas periorificiales.

Lesiones ulcerosas: mucosa nasal-coriza-sifilítica, onixis, perionixis y alopecia.

Lesiones óseas: osteomielitis, periostitis y osteocondritis; estas lesiones pueden expresarse con impotencia funcional del miembro afectado (pseudoparálisis de Parrot).

Compromiso sistémico: hepatoesplenomegalía, hepatitis neonatal, síndrome nefrítico o nefrótico, neumonitis y anemia.

Compromiso de SNC: meningoencefalitis con aumento de células o proteínas en el LCR.

En caso de niño expuesto a sífilis se recomienda realizar una determinación simultánea de prueba no treponémica (VDRL, USR o RPR) a la madre y al niño (sin utilizar sangre del cordón por el riesgo de contaminación con sangre materna). Considerar positivos a los niños con títulos cuatro veces mayores que los títulos de la madre (por ejemplo, título de 1/8 en la madre y 1/32 en el niño).

Debemos recordar que títulos menores no descartan en forma absoluta sífilis congénita, por lo que deben tratarse todos los hijos de madres positivas a sífilis en que no haya constancia de que recibieron tratamiento completo y oportuno y se trataron sus contactos sexuales.

c) Tratamiento

Penicilina Cristalina G.: acuosa, de 50,000 unidades/kg, IV, cada 12 horas durante los primeros siete días de vida y continuando con 50,000 unidades/kg, cada 8 horas hasta completar 10 a 14 días.

En los niños que presentan manifestaciones neurológicas el tratamiento debe mantenerse durante 14 días. Si se ha descartado la neurosífilis, puede considerarse el tratamiento alternativo.

Penicilina procaína, IM, a dosis de 50,000 unidades/kg, IM, en dosis única diaria durante 10 y 14 días.

Los niños asintomáticos, que nacen de madres con sífilis tratada en forma adecuada y cuyos títulos de VDRL, USR o RPR son similares o inferiores a los de la madre, se recomienda:

Penicilina benzatínica de 50,000 unidades/kg, IM, de peso. Dosis única independientemente del tratamiento recibido por la madre y sin necesidad de realizar pruebas adicionales.

Seguimiento:

A todo hijo de madre con sífilis deberá realizársele un seguimiento estricto que incluya:

- Examen físico completo que busque manifestaciones clínicas de sífilis.
- Pruebas serológicas no treponémicas cuantitativas para sífilis.
- Examen de campo oscuro de secreciones, si aplica.
- Punción lumbar para evaluar LCR con VDRL, citológico y fisicoquímico, si aplica.
- Si no es posible hacer el examen del LCR y hay afectación neurológica, debe tratarse como neurosífilis.
- Radiografía de huesos largos.
- Estudio anatomopatológico de la placenta.
- Rx de tórax
- Orina completa, hemograma, recuento de plaquetas y hepatograma.
- Valoración visual y auditiva.
- Realizar otros estudios o referir al niño a un nivel con mayor resolución.

Los recién nacidos seropositivos sintomáticos deben ser evaluados al primer, segundo, tercer, sexto y decimosegundo mes de vida.

Los recién nacidos seropositivos asintomáticos deben ser evaluados con VDRL a los 3 meses y si son positivos se debe repetir a los 6 y 12 meses de vida.

Los niños con VDRL positivo en el líquido cefalorraquídeo (LCR) deben ser evaluados cada seis meses hasta los dos años de edad. Si el VDRL en el LCR permanece positivo a los dos años o el recuento celular es anormal, debe repetirse el tratamiento.

En recién nacidos sin infección por sífilis los anticuerpos deben disminuir y desaparecer entre los seis y 12 meses de vida.

Infección VIH en embarazada

a) Definición de caso

La infección por VIH en la paciente embarazada tiene varias particularidades que la hacen una entidad en sí misma. La principal es la posibilidad de afectar al producto de la gestación con el virus propiamente dicho o con efectos tóxicos de los medicamentos.

b) Diagnóstico

Toda mujer embarazada se debe realizar prueba de VIH durante la primera visita prenatal. Si la prueba es negativa, se deben repetir durante el tercer trimestre y al momento del parto.

Para la mujer que no cuenta con resultado de la prueba antes del parto, la consejería y la prueba rápida de VIH durante el parto o después del nacimiento facilita la provisión de los componentes intraparto y posparto de las intervenciones de PTMI.

Evaluación clínica e inmunológica de la embarazada con VIH:

Cuando se identifica una embarazada con VIH debe evaluarse su estadio clínico, el recuento de linfocitos CD4 (ClusterDifferentiation 4, responsable de la respuesta inmune celular) y la carga viral. Estos no son indispensables para el inicio de tratamiento con medicamentos antirretrovirales en la embarazada, pero cuando están disponibles aportan información importante para el seguimiento

Además del recuento de linfocitos CD4 y carga viral se deben realizar pruebas para clínicas complementarias, como: hemograma, transaminasas, hepatitis B y C, creatinina, glicemia, perfil lipídico, entre otros, para el inicio de tratamiento antirretroviral.

c) Tratamiento de la embarazada con antirretrovirales para prevenir la transmisión materno infantil (TMI) del VIH.

El objetivo del Tratamiento con ARV es suprimir completamente la carga viral para evitar el riesgo de transmisión y minimizar el riesgo de emergencia de resistencia a los ARV.

Toda embarazada con VIH debe recibir tratamiento antirretroviral (TARV) durante el embarazo lo más pronto posible, o sea, desde que reciba la consejería necesaria y se realicen sus pruebas complementarias, independientemente de los niveles de CD4, carga viral y la presencia o ausencia de signos clínicos y mantenerlos para toda la vida.

Esquema de tratamiento con ARV recomendado:

Para la madre: Tenofovir (TDF) 300 mg/Lamivudina (3TC) 300 mg/Efavirenz (EFV) 600 mg, administrado una vez al día, vía oral.

Para el niño: administrar AZT en suspensión, a dosis de 2 mg/kg, de peso cada seis horas, vía oral, durante seis semanas, iniciando en las primeras 6 a 8 horas posparto.

En caso de efecto adverso al Efavirenz, se recomienda sustituir por Lopinavir/rit o Atazanavir/r.

Pauta alternativa recomendada:

Zidovudina (AZT) 300 mg /Lamivudina (3TC) 150 mg/Nevirapina (NVP) 200 mg, administrados cada 12 horas, vía oral.

Si la embarazada presenta niveles de CD4>250 cel/mm³ se debe sustituir la NVP por Lopinavir/ritonavir (Lop/rit), administrados 2 tabletas cada 12 horas, vía oral. En los casos de anemia severa (Hb< 8 gr.) se sustituye el AZT por TDF y la NVP por Lop/rit (Ver guía de atención VIH).

Si la embarazada se presenta al final del embarazo o en el momento del parto, se deben administrar los medicamentos ARVs y programar cesárea electiva o realizar parto vaginal, si aplica.

A los Recién nacidos de madre con VIH que no recibió tratamiento con ARV durante el embarazo se le debe administrar Zidovudina (AZT), 2 mg/kg de peso, cada seis horas, vía oral, durante seis semanas; iniciando en las primeras 6 a 8 horas de vida.

Tipo de parto e indicación de cesárea

La cesárea programada es la vía de elección de desembarazo, que se asocia a reducción de la TMI del 50 % y hasta del 90 %, si la mujer recibe ARV durante el embarazo.

Se entiende por cesárea programada aquella que se realiza antes de iniciado el trabajo de parto y antes de la ruptura de membranas.

En aquellas embarazadas que reciben TARV y que presentan buena adherencia, una carga viral indetectable o < 1000/cel/mm³ obtenida en el último trimestre de embarazo, se puede realizar parto vaginal. Durante el procedimiento se recomienda utilizar las precauciones o medidas universales de bioseguridad, que incluyen el uso de batas, guantes, botas quirúrgicas, gorros y protecciones oculares.

A fin de reducir el riesgo de TMI y de transmisión accidental al personal de salud se recomienda:

Evitar:

- Procedimientos invasivos innecesarios.
 - o La episiotomía de rutina.
 - o La rotura artificial de membranas.
 - o La rotura prolongada de membranas.
 - o El uso de agujas de sutura rectas.
 - o Amniocentesis.
 - o Amnioscopia.
 - o Monitoreo fetal invasivo
- Pinzar y cortar inmediatamente el cordón umbilical.
- Utilizar guantes para manipular al recién nacido.
- Bañar inmediatamente al niño con agua tibia y jabón.

Ante la ocurrencia de atonía uterina o sangrado posparto, si la paciente está utilizando inhibidores de proteasa o Efavirenz debe evitarse el uso de metilergonovina ya que su combinación se asocia a vasoconstricción exagerada.

Seguimiento del niño/a expuesto al VIH:

La toma adecuada de la medicación ARV es fundamental para el éxito de la PTMI por lo que se prestará especial atención a la consejería sobre apoyo a la adherencia para los cuidadores.

El seguimiento a niños expuestos a VIH se realizará en el contexto de la atención posnatal y pediátrica comunes, incluyendo el control del niño sano, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones comunes de la infancia y las inmunizaciones sistemáticas.

El conjunto de intervenciones que deben ser incluidas en el seguimiento del niño expuesto al VIH incluye:

- Administración del régimen antirretroviral.
- Consejería y apoyo sobre alimentación.
- Cuidados generales y vigilancia del crecimiento.
- Inmunización sistemática.

- Diagnóstico temprano de la infección VIH y de las afecciones relacionadas con el VIH.
- Diagnóstico precoz de la sífilis congénita.
- Diagnóstico y tratamiento de las infecciones comunes de la infancia.
- Profilaxis con TrimetoprimSulfametoxazol.
- Consejería y apoyo a la adherencia para cuidadores.
- Monitoreo de los efectos potenciales de los antirretrovirales.

Inmunizaciones sistemáticas en los primeros meses de vida del niño/a expuesto al VIH

El calendario de vacunas en los primeros meses de la vida del niño/a expuesto a VIH no difiere con el calendario del niño no expuesto.

En teoría no se debería administrar polio atenuada en forma de polio oral por la posibilidad teórica de transmisión, pero existen múltiples estudios que han demostrado durante años que este riesgo es excepcional.

Se recomienda cumplir con el esquema de vacunación establecido por el PAI siempre que el niño/a no presente signos y síntomas de infección VIH, ni signo de compromiso inmunológico.

Recomendaciones sobre la alimentación del recién nacido expuesto

Para reducir al mínimo el riesgo de transmisión del VIH a los niños/as, se recomienda reforzar la estrategia de suprimir la lactancia materna en los hijos/as de mujeres con VIH.

Se recomienda no suministrar lactancia materna en casos de hijos/as de mujeres con VIH, y estimular la lactancia materna en el resto de la población.

Diagnóstico temprano de la infección VIH

Todo niño/a de madre VIH presentará serología positiva en los primeros meses de vida, por lo que el diagnóstico temprano se realizará con PCR-ADN en papel de filtro.

Se recomienda realizar PCR-ADN en papel de filtro a las seis semanas de nacido. Si el resultado es positivo se considera repetir PCR-ADN en otra muestra de sangre, si el resultado continúa positivo el niño se considera VIH y debe

referirse al servicio de atención integral pediátrico. Si el resultado de PCR-ADN es negativo repetir a los seis meses de vida..

Confección VIH en embarazadas

Embarazada VIH y tuberculosis activa

En la embarazada coinfectada con tuberculosis, el tratamiento de la tuberculosis es prioritario.

El momento óptimo para iniciar el TARV depende tanto del recuento de linfocitos CD4, como de la tolerancia al tratamiento antituberculoso y de otros factores clínicos, pero se ha recomendado entre dos y ocho semanas de iniciado el tratamiento para la tuberculosis.

Una pauta basada en Efavirenz es el tratamiento de primera línea recomendado.

Se recomienda evitar el uso de los inhibidores de la proteasa en forma simultánea al tratamiento con Rifampicina.

Embarazada VIH y VHC

La coexistencia de VIH y Hepatitis C en una embarazada hace más complejo su manejo.

Los estudios sobre el efecto del VHC en la progresión clínica del VIH han arrojado resultados controvertidos, pero algunas investigaciones sugieren que personas con coinfección VIH-VHC experimentan recuperación inmunológica más lenta con TARV y están asociadas a mayor riesgo de hepatotoxicidad inducida por el TARV.

Por otro lado, pacientes con coinfección VIH-VHC tienen mayor carga viral de VHC y experimentan una progresión más rápida a fibrosis hepática, que aquellos con mono infección VHC.

Actualmente, no hay intervenciones disponibles para prevenir la transmisión materno infantil del VHC.

El uso de ribavirina y el interferón pegilado está contraindicado en el embarazo.

Embarazada VIH y VHB

No parece que el VHB influya negativamente en la evolución de la infección por VIH, sin embargo, el daño hepático producido por el VHB puede llevar a mayor toxicidad de los ARV.

En embarazadas con coinfección VIH-VHB debe instaurarse una combinación de TARV que incluya 3TC, el cual es efectivo contra ambos virus.

En los casos en que la madre es HBsAg positivo, el recién nacido debe recibir una dosis de vacuna contra VHB y 0.5 ml de IgHB en las primeras doce horas del nacimiento.

Estos niños luego pueden recibir el esquema normal de vacuna contra VHB.

Embarazada VIH y sífilis

Las pruebas serológicas para la sífilis pueden tener un comportamiento atípico en personas infectadas con VIH; presentan resultados muy altos, muy bajos, fluctuantes o falsos positivos. Se recomiendan exámenes directos como el campo oscuro.

En general, el tratamiento es el mismo que una persona sin VIH y se sugiere el esquema de sífilis terciaria. Recomendar seguimiento cuidadoso tras el tratamiento.

Importante: Realizar en la primera consulta prenatal: examen cérvico-vaginal para gonorrea, clamidia, tricomonas, vaginosis bacteriana y herpes genital, si hay historia.

Herpes en el embarazo

a) Definición

El riesgo de transmisión de la madre al recién nacido, que adquiere el virus cerca del momento del parto, es de 30 a 50 %; y menos de 1 % con antecedentes de herpes recurrente en embarazo a término o que lo adquieren durante la primera mitad del embarazo.

Se consideran de alto riesgo y deben ser vigiladas estrechamente las mujeres:

- con lesiones clínicas sospechosas de herpes genital.
- con historia de infección herpética genital.

- cuya pareja tiene historia de herpes genital.
- con herpes genital al final del embarazo.
- con historia de infección herpética por debajo de la cintura, que a menudo presentan un herpes genital asociado.

b) Diagnóstico

Cultivos cérvico-vaginales o un test de Tzanck a las 32, 34 y 36 semanas del embarazo y más si es necesario.

Considerar cesárea en las circunstancias siguientes:

- Resultado positivo antes o al momento del parto.
- Preferiblemente antes de la ruptura de las membranas (si han estado rotas entre cuatro y seis horas, posiblemente la cesárea no evitará la infección).
- Membranas intactas o en las primeras cuatro horas de la rotura disminuyen los riesgos del herpes neonatal. La cesárea no elimina por completo el riesgo de transmisión al RN. Mujeres sin síntomas, signos o pródromos de herpes genital pueden tener parto vía vaginal.

c) Tratamiento

El tratamiento debe ser manejado por el servicio de obstetricia. No se ha establecido definitivamente la seguridad de la terapia sistémica de aciclovir, valaciclovir y famciclovir en embarazadas.

El tratamiento de aciclovir durante el embarazo reduce la frecuencia de cesárea.

Primer episodio o recurrencias: aciclovir 400 mg, VO, c/12 horas durante 7 días

Herpes recurrente grave, administrar aciclovir endovenoso. No se conoce el efecto de la terapia antiviral en el embarazo sobre la incidencia del herpes neonatal.

Prevención y manejo de otras ITS en el recién nacido

Herpes neonatal

a)definición del caso

Casi siempre es adquirido por infección a través de la madre en el momento del parto, por rompimiento de las membranas, por transmisión de un niño a otro, por el personal de salud y/o por lesiones no genitales de la madre.

b)Cuadro clínico

En los primeros meses, rara vez el VHS puede dañar el producto. Mientras, 75 % de los RN presentan fiebre, irritabilidad, vómitos y lesión en casi todos los órganos, incluyendo manifestaciones del sistema nervioso central, hepatoesplenomegalia, ocasionalmente afección de vías respiratorias y coagulación intravascular diseminada. Generalmente no tiene buen pronóstico.

c) Tratamiento

El niño debe ser manejado por el servicio de neonatología y pediatría. Considerar la administración de aciclovir en recién nacidos de mujeres que adquirieron VHS cerca del término del embarazo, el riesgo es alto.

Aciclovir 20 mg/kg, IV, cada 8 horas, durante 14 días para infección limitada (a piel y mucosas) y 21 días en infusión para enfermedad del sistema nervioso central.

Conjuntivitis neonatal por Clamidia

Congestión, edema y secreción conjuntival amarillenta (es la más frecuente). Se presenta a partir de los cinco a los 21 días de vida y, en ocasiones, se manifiesta en las primeras 24 horas.

Tratamiento

Eritromicina 50 mg/kg/día, VO, cada seis horas durante 14 días. Este tratamiento elimina la infección en casi el 80% de los casos. En la actualidad se encuentra en prueba clínica el uso de Azitromicina 20 mg/kg/día en dosis única o en tres dosis consecutivas.

Conjuntivitis neonatal por Gonococo

a) Cuadro clínico

Exudado purulento, bilateral, puede haber rinorrea y lesiones dérmicas. Se presenta entre el segundo y tercer día de vida, produce perforación del globo ocular y ceguera.

a) Diagnóstico

Tinción de Gram se observan diplococos Gram negativos intracelulares en exudado conjuntivo. Se confirma por cultivo para *N. gonorrhoeae*.

Entre otras causas de conjuntivitis neonatal están: *Moraxellacatarrhalis* y otras especies de *Neisseria* y *Clamidia*.

b) Tratamiento

Ceftriaxona 25 a 50 mg/kg, IV o IM, dosis única, no exceder de 125mg. o
Gentamicina 5 mg/ kg/día, IM, cada 12 horas por 7 días. +
Lavado con solución salina.

La ceftriaxona debe administrarse con cautela a neonatos hiperbilirrubinémicos, especialmente en prematuros.

Seguimiento

Deben ser hospitalizados y evaluados. Se debe investigar gonorrea y clamidia en la madre y en sus parejas sexuales.

Profilaxis para la oftalmía neonatal.
Eritromicina 0.5%, pomada oftálmica en tubo de uso único para aplicar en cada ojo.

El diagnóstico y tratamiento de las infecciones por gonorrea y clamidia en embarazadas es el mejor método de prevención de las oftalmias.

Infecciones respiratorias por *Neisseria gonorrhoeae* en recién nacidos

El recién nacido se infecta al pasar el conducto del parto de una madre con infección gonocócica cervical.

a) Cuadro clínico

Síndrome bronquial obstructivo moderado

b) Diagnóstico

Cultivo faríngeo para *N. gonorrhoeae*. La sensibilidad es de 70 a 90%.

c) Tratamiento

Ceftriaxona 50 mg/kg, IM, dosis única.
Referir al servicio correspondiente para manejo y seguimiento.

Neumonía por *Clamidia trachomatis* en recién nacidos

a) Cuadro clínico

Tos, rinorrea, dificultad respiratoria, taquipnea, congestión, no fiebre, estertores finos en casos graves se acompañan de fiebre, con imagen radiológica de neumonitis. La citología hemática muestra eosinofilia.

b) Diagnóstico

Cultivo: aislamiento de la clamidia mediante hisopado de la secreción nasofaríngea, traqueobronquial y ocular, entre otras. Un cultivo positivo se confirma por reacción en cadena de polimerasa positiva (PCR).

La investigación serológica es fundamental para diagnosticar infección por *C. pneumoniae* y la microscopía de anticuerpos inmunofluorescentes es la prueba serológica más sensible y específica de infección aguda.

c) Tratamiento

En lactantes y niños menores de ocho años. Eritromicina 50 mg/kg/24 horas, cada 6 horas durante 14 días.
Claritromicina 15 mg/kg/24h, cada 12 horas durante 21 días.
Referir al servicio correspondiente para manejo y seguimiento.

Citomegalovirus en recién nacidos.

a) Cuadro clínico

Ictericia, petequias, hepatoesplenomegalia y microcefalia. Son menos comunes la coreo-retinitis, con o sin atrofia óptica, y la hernia inguinal. La neumonitis se presenta en menos del 2% de los casos.

b) Diagnóstico

Aislamiento del virus en cultivos y secreciones como saliva y orina.

Estudios serológicos para determinar los anticuerpos IgG e IgM. (Los IgG son transferidos por vía transplacentaria).

Trombocitopenia (< 100,000 plaquetas/mm), linfocitosis atípica, altos niveles séricos de transaminasa y hiperbilirrubinemia.
Es necesario demostrar la presencia de anticuerpos fetales IgM en sangre del cordón tomada en el periodo neonatal.

c) Tratamiento

Ganciclovir a dosis de 6 mg/kg, IV, cada 12 horas durante 14 díasEl manejo es intrahospitalario.

Diagnóstico Temprano en Infantes y Atención Clínica en VIH/SIDA Pediátrico

La falta de prevención en la transmisión materno-infantil del VIH incrementa el número de niños/as que nace con esta enfermedad; de hecho, es el factor causal con más de 90% de responsabilidad en que el virus sea transmitido a la población infantil.

Por tal razón, hay que recalcar la importancia de reforzar los siguientes puntos:

- Prevenir la transmisión del VIH/SIDA de madre a hijo.
- Suministrar un adecuado tratamiento pediátrico.
- Evitar el contagio entre adolescentes.
- Proteger y apoyar a los niños/as afectados por el virus.

La transfusión de componentes sanguíneos, como el abuso sexual también pueden transmitir la infección por VIH a infantes y niños/ as, desde el principio de la epidemia la transmisión de madre a hijo ha sido la vía principal de contagio. En la actualidad más de 95% de las infecciones pediátricas existentes en el mundo se deben a esta causa.

Cabe destacar que el Caribe es una de las regiones más afectadas por la epidemia del VIH/SIDA, tanto así que cerca de 75% de las personas con VIH se concentran en dos de sus países: República Dominicana y Haití. De hecho, el primer caso local de SIDA pediátrico fue reportado en 1985y desde esa fecha se ha verificado u sub-registro de más de 70% de expedientes de niños/as con VIH/SIDA

El informe de estimaciones nacionales de 2013 pronostica un aproximado de 2,544 niños/as y adolescentes VIH positivo. Ya en marzo del 2013, República Dominicana presentaba 1,544 infantes infectados, de los cuales 1,225 están recibiendo terapia antirretroviral, según lo establece la DIGECITSS

SEGUIMIENTO DEL NIÑO/A EXPUESTO AL VIH

Se entiende por niño/a expuesto, aquí que ha nacido de una madre con VIH. En ese sentido, los principales elementos a considerar en este tipo de población infantil están relacionados con el diagnóstico temprano, la alimentación, el crecimiento, potenciales efectos secundarios de los antirretrovirales -ya sean los implementados en la madre o en el niño/a-, como parte del esquema de profilaxis de la infección por VIH.

El seguimiento del niño/a expuesto se realizará en el contexto de la atención pediátrica, incluyendo el control del niño/a sano, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones comunes de la infancia, y las inmunizaciones sistemáticas. En cuanto a la alimentación, se recomienda la sustitución de la lactancia materna por fórmulas de alimentación de reemplazo.

El conjunto de intervenciones que deben ser incluidas en el seguimiento del niño expuesto al VIH incluyen las siguientes:

- Administración del régimen antirretroviral
- Consejería y apoyo sobre alimentación
- Cuidados generales y vigilancia del crecimiento
- Inmunización sistemática
- Diagnóstico temprano de la infección VIH y de las afecciones relacionadas con el VIH
- Diagnóstico precoz de la sífilis congénita.
- Diagnóstico y tratamiento de las infecciones comunes de la infancia.
- Profilaxis con TrimetoprimSulfametoxazol.
- Consejería y apoyo a la adherencia para cuidadores. Monitoreo de los efectos potenciales de los antirretrovirales.

Inmunizaciones sistemáticas en los primeros meses de vida del niño expuesto al VIH.

El calendario vacunar en los primeros meses de la vida del niño expuesto a VIH no difiere con el calendario del niño no expuesto.

En teoría no se debería administrar polio atenuada en forma de polio oral por la posibilidad teórica de transmisión, pero existen multitud de estudios que han demostrado durante años que este riesgo es excepcional.

Se recomienda cumplir con el esquema de vacunación establecido por el PAI, siempre que el niño no presente signos y síntomas de infección VIH ni signo de compromiso inmunológico.

Recomendaciones sobre la alimentación del recién nacido expuesto

Para reducir al mínimo el riesgo de transmisión del VIH a los niños, se recomienda reforzar la estrategia de suprimir la lactancia materna en los hijos de mujeres con VIH.

La OPS/OMS recomienda evitar la lactancia materna siempre y cuando esta opción sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (AFASS).

No lactancia materna en casos de niños hijos de mujeres con VIH y estimular la lactancia materna en el resto de la población.

Pruebas de laboratorio para el diagnóstico del VIH en niños/as.

Desde el nacimiento y hasta los 18 meses de edad, aproximadamente, los hijos de madres VIH pueden tener una prueba positiva para anticuerpos contra el VIH, sin que esto sea necesariamente indicativo de infección, ya que dichos anticuerpos pueden ser inmunoglobulinas de origen materno que cruzaron la placenta durante el embarazo.

Debido a la importancia de saber lo antes posible si un recién nacido o lactante está o no infectado por el VIH, existen diversos parámetros que permiten el diagnóstico de infección antes de los 18 meses de edad.

En niños menores de 18 Meses, se realiza el diagnóstico de infección por VIH mediante pruebas de reacción en cadena polimerasa ARN (PCR-ARN) ultrasensible o PCR-ADN mediante el uso de gotas secas de sangre en papel de filtro, al segundo mes de vida (8 semanas).

Una prueba virológica positiva (PCR-ARN ultrasensible o PCR-ADN) indica infección.

Al realizar la prueba de PCR se analiza el tejido humano en busca de un

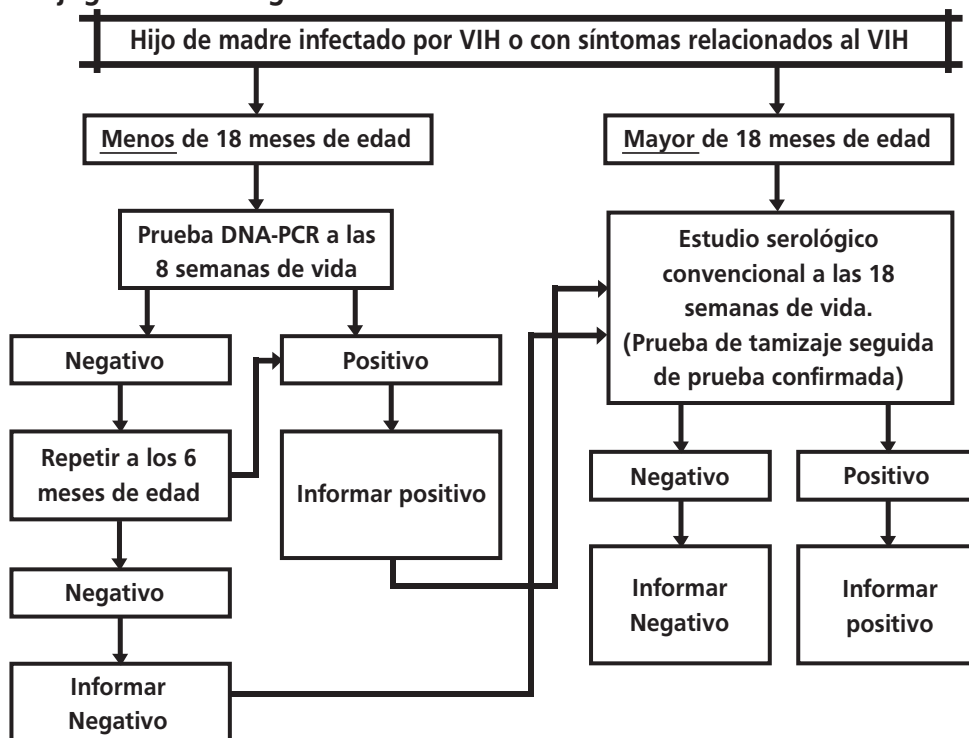
corto segmento de toda la hebra de ADN celular. Este segmento representa el material genético del VIH, que ha sido incorporado al ADN de la célula; mientras que esta se considera como la técnica más ventajosa en el diagnóstico de la infección perinatal.

Con esta técnica de biología molecular se puede detectar y diagnosticar más de 50% de los casos de VIH en menores de un mes; de 75 a 90%, en niños/as de 1 a 3 meses; y prácticamente en más de 95%, de esa edad en adelante.

Los niños nacidos de madres infectadas por el VIH deben ser evaluados médicamente al mes de nacidos, y a los 2, 4, 6, 8, 12, 16, 20 y 24 meses de edad, y cuando presenten síntomas de alguna enfermedad. La cuantificación de linfocitos totales y CD4+ se hace considerando los valores fisiológicos de los niños, que son diferentes con respecto a los de los adultos.

En el servicio de pediatría de las Clínicas Profamilia, se les da seguimiento peri natal a los hijos de madres VIH positiva luego son referidos al hospital de tercer nivel de atención pediátrico, al momento de la elaboración de estos protocolos.

Flujograma de Diagnóstico



Tratamiento Antirretroviral en Pediatría

La infección por VIH/SIDA en el paciente pediátrico es una enfermedad tratable aunque en la actualidad, no se considere curable, teniendo como objetivos primordiales incrementar la sobrevivencia y extender el estado asintomático mejorando la calidad de vida.

Se requieren los mismos cuidados que se tienen con todo niño en lo que se refiere a la vigilancia del crecimiento y desarrollo, como vacunación, educación, nutrición, atención al estado psicosocial y a sus derechos.

Antes de instaurar un tratamiento antirretroviral es fundamental asesorar tanto a la familia como a los niños (cuando la edad es adecuada) sobre la importancia de la adherencia al tratamiento prescrito.

La implementación de la TARGA (Terapia Antirretroviral de Gran Actividad) se ha asociado a una mayor sobrevivencia, reducción de Infecciones Oportunistas y otras complicaciones asociadas a la Infección por VIH, mejorando las funciones neurocognitivas, lo que conlleva a una mejor calidad de vida.

Los beneficios de un tratamiento precoz serían:

- Mayor probabilidad de control de la replicación viral.
- Retrasar el deterioro del sistema inmune.
- Menor riesgo de resistencias si se consigue una respuesta al mismo.

Cuando Iniciar Terapia Antiretroviral

La disposición y la motivación del paciente y de sus cuidadores para iniciar el tratamiento son factores críticos a la hora de tomar la decisión de cuándo empezarlo. Debe tenerse presente que el diseño de la pauta de tratamiento tiene que ser individualizado y se deben tener en cuenta múltiples factores que incluyen la edad, riesgo de progresión de la enfermedad, coinfecciones y comorbilidades asociadas, situación psicosocial, situación de revelación de estado de infección, anticipación de la adherencia, la posibilidad de tomar comprimidos o solo jarabes, disponibilidad de comprimidos coformulados, número de dosis al día, y posibles interacciones medicamentosas.

En general el inicio de terapia no es urgente, y se debe emplear el tiempo necesario en la información y preparación de la familia y del menor.

Las recomendaciones para el inicio del TARV están basadas en parámetros clínicos, inmunológicos y virológicos. En la actualidad, las recomendaciones para su inicio varían según la edad del paciente:

- Menores 5 años iniciar a todos, independientemente de la clínica, el recuento de linfocitos CD4+ y de la carga viral.
- En niños mayores de 12 meses, asintomáticos, con función inmunológica normal, se debe esperar y monitorizar muy de cerca la carga viral, la aparición de síntomas clínicos, y el recuento de linfocitos CD4+. En caso de existir discordancia entre el conteo y el porcentaje de CD4, el inicio del tratamiento debe estar basado en el valor más bajo.
- Aunque el monitoreo del estado inmunológico en niños menores de cinco años se ha realizado a través del porcentaje de CD4, evidencias recientes muestran que el conteo total proporciona mayor valor pronostico en cuanto a progresión de la enfermedad a corto plazo, en niños menores de cinco años, así como en los mayores.
- Independientemente de la edad, una carga viral mayor de 100.000 copias/ml es indicativa de inicio de tratamiento.

A todos los niños sintomáticos, estadio B o C, o porcentaje de CD4 menor de 25% se le debe iniciar TARGA.

Recomendaciones. Para el inicio de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en Niños con Infección por VIH

- Menor de 5 años Iniciar a todos
- Mayores de 5 Años Conteo de CD4 menor 500 células/mm

Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA)

Antes de iniciar el Tratamiento Antirretroviral el equipo clínico debe:

- Obtener una historia clínica completa.
- Hacer un examen físico completo (Es vital obtener el peso, talla, y un estimado confiable de la edad, si no se tiene una fecha de nacimiento exacta).
- Indicar las pruebas de laboratorios (ver cuadro de laboratorios de adultos).

Elección del Tratamiento Antirretroviral

El tratamiento tiene como objetivo una supresión completa y duradera de la replicación viral. Para ello, es necesario utilizar una combinación potente y conseguir una buena adherencia al tratamiento, para evitar la aparición de resistencias. Dado que disponemos de pocos datos sobre seguridad y toxicidad a largo plazo de la utilización de antirretrovirales en menores de 6 meses, debemos asegurar el máximo beneficio del tratamiento iniciado con el fin de no agotar las posibilidades terapéuticas disponibles, manteniendo un estrecho control del paciente que nos permita garantizar una correcta adherencia.

El tratamiento debe ser combinado, con tres antirretrovirales, siendo la meta obtener la máxima supresión de la replicación viral, preferencia a niveles indetectables, reducción en las infecciones oportunistas y otras complicaciones de la infección por VIH, inmuno-reconstitución, minimizar la toxicidad relacionada a la terapia y mejorar la calidad de vida.

La primera línea de TARGA en niños con infección por VIH debe tener la combinación de dos inhibidores análogos de los nucleósidos de la transcriptasa inversa o reversa (INTIs), y un inhibidor no análogo de la transcriptasa inversa (INNTI).

En niños sin exposición previa intra o extra útero a la nevirapina (NVP) pueden tener la combinación dos INTI + 1 un INNTI (NVP).

En niños con exposición previa intra o extra útero a la NVP, la primera línea la TARV en niños con infección por VIH debe tener la combinación de dos INTI + un inhibidor de proteasa (lopinavir/ritonavir).

Consideraciones Inmunológicas

- Progresión en la clasificación inmunológica
- Para niños con % CD4 menor 15%, una disminución persistente de 5 puntos o más del porcentaje de CD4 (ejemplo: de 15% disminuye a 10%).
- Una disminución rápida e importante en el conteo absoluto de CD4 en 6 meses.
- Falta de aumento de conteo de CD4 o su porcentaje en niños de 3-6 meses después de iniciada la TARGA.

Consideraciones virológicas

- Menor respuesta virológica de lo esperado después de 8-12 semanas de tratamiento
- Respuesta esperada: Disminución de la CV mayor o igual a 1 log10 del nivel basal
- La carga viral no es suprimida a niveles indetectables después de 4-6 meses de tratamiento dependiendo de CV basal.
- Detección en forma repetida de niveles de CV en niños que habían alcanzado niveles indetectables.

Tratamiento Antirretroviral para niños con VIH/SIDA

Primera Línea Terapéutica	En caso de reacción adversa realizar los Cambios según la necesidad.
AZT+3TC+Nevirapina	<p>Si inicia TARGA con anemia (hemoglobina Menos de 8 grs.) o desarrolla efectos secundarios al AZT:</p> <p>Sustituir la Zidovudina por Abacavir y la Nevirapina por Lopinavir/ritonavir, para reducir efectos adversos a la hipersensibilidad que puede producir la Nevirapina y el Abacavir. (ABC+3TC+Lop/r).</p> <p>Cuando se inicia con Abacavir por anemia, una vez que suban los niveles de hemoglobina a más de 8 grs sostenible, se debe sustituir por AZT.</p> <p>Si se inicia TARGA con hepatitis o insuficiencia hepática, o desarrolla efectos secundarios a la NVP o se requiere tratamiento que incluye rifampicina</p> <p>UTILIZAR (si mayor 10 kg o > 3 años) AZT+3TC+EFV O ABC+3TC+EFV</p> <p>Si no puede usar EFV porque pesa <10kg y < de 3 años o existe una subsiguiente toxicidad Al EFV.</p> <p>UTILIZAR: AZT+3TC +Lopinavir/ritonavir (Lop/r) O ABC +3TC +Lopinavir/ritonavir (Lop/r). Nota: En caso de coinfección TB utilizar la Rifabutina.</p>

Aunque los efectos adversos son menores en niños que adultos, la nevirapina debe usarse con precaución en adolescentes mujeres con CD4 >250 células/mm³ y en adolescentes varones con más de 400 células/mm³, así como en pacientes con aumento de transaminasas que presentan mayor riesgo de efectos adversos: como exantema, síndrome Steven Johnson (siendo a veces severos o fatales), o hepatotoxicidad, por lo que debe monitorizarse al paciente estrechamente sobre todo en las primeras 6 semanas. Para reducir el riesgo de estas complicaciones, siempre se debe iniciar la NVP con una dosis reducida, administrando el 50 % de la dosis diaria durante dos semanas, luego aumentando a dosis plena.

El Efavirenz solo puede usarse en mayores de 3 años y mayor de 10 kilo pues el jarabe no está disponible, ni hay datos suficientes de farmacocinética en menores de esta edad. En (tercer) 3 año es el ITINN de elección. Los efectos adversos más comunes son los neurológicos (vértigo, cefalea...) por lo que debe evitarse en pacientes con alteraciones psiquiátricas/psicológicas.

Si en caso que el niño presente una tuberculosis y tiene menos de 3 años, pesa menos de 10 kg, o tiene efectos secundarios que no pueda utilizar el EFV, se debe usar la preparación de lopinavir reforzado con ritonavir (Lop/r) y se debe sustituir la rifampicina por rifabutina si el paciente toma Lopinavir/ritonavir.

Recomendaciones para el cambio de tratamiento antirretroviral debido a fracaso terapéutico en niños con VIH/SIDA

El fallo terapéutico consiste en ausencia de una mejoría consistente con una respuesta óptima terapéutica o progresión clínica, inmunológica o virológica de la enfermedad debida a la infección por VIH. En la situación donde hay razón para creer que hay una buena adherencia, se considera que la causa más probable de fallo terapéutico es la presencia de cepas resistentes debido a mutaciones. La resistencia puede ser debida a adherencia sub-óptima, o a presencia de mutaciones al inicio de TARGA (resistencia primaria), algo que se ha observado en PPVIHs que inician TARGA con muy alta CV, o que han sido expuestos a monoterapia antirretroviral (incluyendo dosis única de NVP). Si ocurre fallo en PPVIHs que reciben TARGA de primera línea con INNTIs, se deben cambiar todos los antirretrovirales, y usar un régimen de Didanosina, Abacavir, y Lopinavir/ ritonavir.

Tratamiento de Segunda Línea

Si ocurre fallo en esta línea:	Cambiar Recomendados:
AZT + 3TC + NVP o EFV	DDI+ABC+Lopinavir/rit TDF+ 3TC+ Lopinavir/rit ABC+3TC+ Lopinavir/rit
AZT+3TC+ Lopinavir/rit	AZT+3TC+ NVP O EFV ABC+3TC+ EFV

RECOMENDACIONES

En niños que fracasan a una terapia de inicio con 2 ITIAN y 1 ITINN, la opción más razonable sería un cambio a 2 ITIANs nuevos y 1 IP potenciado. En los niños que han fracasado a un primer régimen de 2 ITIANs y 1 IP, se debe optar por una pauta de 2 ITIANs nuevos y 1 ITINN, o si no es posible por un régimen con 1 ITIAN nuevo, 1 ITINN y 1 IP nuevo potenciado. En los pocos niños existentes que han sido tratados de inicio con 3 ITIANs, se podría optar por 2 ITIANs nuevos y 1 ITINN, ó por 2 ITIANs y 1 IP.

La hora de diseñar una nueva pauta de TAR, debe sustituirse el mayor número de fármacos posible, con la premisa de no dejar nunca un solo fármaco potencialmente activo, pues se anticipa el fracaso virológico y favorece la anulación de la actividad del fármaco introducido. La nueva combinación debe incluir siempre que sea posible, un mínimo de 3, fármacos activos, escogidos siguiendo las mismas recomendaciones básicas que para la terapia de inicio.

El nuevo régimen deberá incluir fármacos que penetren en el SNC, entre los que destacan zidovudina, abacavir, lamivudina, nevirapina, efavirenz.

El fallo terapéutico es una indicación para prueba de resistencia, si esta es accesible. Los datos obtenidos con tal prueba pueden ser útiles en la determinación de la causa por el fallo terapéutico.

El seguimiento requiere ver al infante a la semana, 2,4, 8, luego cada mes hasta el año de edad. En niños/as igual a la anterior y luego cada 2 meses.

Las visitas semanales pueden ser breves, con una evaluación clínica para detectar posibles efectos secundarios a los medicamentos (palidez, ictericia, erupción en piel etc....).

Los niños que inician TARGA con inmunosupresión, síntomas B o C, o Carga viral elevada, demuestran mejoría importante durante las primeras 8 semanas.

Si hay respuesta terapéutica óptima dentro de los primeros 3 meses, y no hay efectos adversos, se puede continuar el seguimiento cada dos meses.

Vacunas

Los pacientes inmunodeprimidos suelen tener una respuesta inmunitaria inferior a las vacunas que los sujetos normales, aunque esta puede ser beneficiosa para la prevención de algunas infecciones que en ellos revisten mayor gravedad.

Las vacunas con gérmenes inactivos, toxoides y de polisacáridos no implican ningún riesgo.

En el paciente VIH positivo están contraindicadas las vacunas siguientes: BCG, varicela, fiebre tifoidea oral, cólera oral y fiebre amarilla. Se pueden administrar en caso de que estén indicadas las vacunas de cólera parenteral, fiebre tifoidea parenteral y la rabia.

Vacunas recomendadas por la OMS en los niños/as VIH positivos.

Vacunas	Asintomático	Sintomático
BCG	Sí	No
DTP	Sí	Sí
POLIO ORAL	No	No
POLIO PARENTERAL	Sí	Sí
SARAMPION	Sí	Sí
NEUMOCOCO	Sí	Sí

Nota: algunas vacunas (gripe y hepatitis B) pueden ocasionar un aumento transitorio de la carga viral.

Según las recomendaciones de la OMS, la vacuna de la hepatitis A (2 dosis) estaría indicada en los pacientes con hepatitis crónica por VHC con serología de VHA negativa por el riesgo de desarrollar una hepatitis fulminante por súper infección por VHA. También estaría indicada la vacunación de la hepatitis B (3 dosis) en las personas HBC negativas.

Se recomienda que los adolescentes y adultos viviendo con el VIH reciban las siguientes inmunizaciones lo antes posible:

- a) Vacuna polivalente contra neumococo en una sola dosis intramuscular o subcutánea, repitiéndola cada 5 años.
- b) Vacuna de influenza intramuscular o subcutánea.
- c) Inmunización con serie de tres dosis de vacuna recombinante de hepatitis B (si resultan ser negativos serológicamente y tienen factores de riesgos por prácticas sexuales).
- d) Inmunización con toxoides tetánico y diftérico (Td) intramuscular cada 10 años.

Profilaxis post-exposición para las ITS y el VIH

PREVENCIÓN DE LAS ITS y VIH en víctimas de violencia sexual y en accidentes laborales

En casos de Violencia Sexual:

La violencia sexual se define como un acto sexual intimidatorio sin el consentimiento de la víctima. Implica penetración sexual vaginal, anal y felación. Es un evento traumático que debe ser evaluado rápidamente para realizar intervención médica, psicológica o social de emergencia. Está ligado a problemas de salud reproductiva, ITS y embarazo no deseado.

El VIH/SIDA es una grave enfermedad que afecta cada vez a más mujeres. La violencia es un factor fundamental en el riesgo que corre la población femenina de contraer el virus. Los estudios sugieren que a muchos casos la primera experiencia sexual de una niña será forzada. Una de cada cinco mujeres será víctima de violación o intento a lo largo de su vida. La violencia sexual constituye una vulneración de los derechos humanos en su forma más extrema, que atenta contra la dignidad, la libertad, autonomía y la salud de las personas.

Una relación sexual con o sin penetración, pero en contacto con fluidos, es considerada de riesgo; por lo que se hace necesario tomar medidas para el cuidado y prevención de ITS-VIH, en toda mujer víctima de violencia sexual.

La violencia sexual practicada durante el embarazo representa un factor de riesgo para la salud de la mujer y aumenta la posibilidad de complicaciones obstétricas, de aborto y de recién nacidos con bajo peso. El personal de salud debe estar capacitado y calificado.

El manejo psicosocial incluye servicio de consejería. Si no está disponible debe referirse al servicio correspondiente. El personal de salud responsable debe explicar cuidadosamente los pasos a seguir y obtener el consentimiento por escrito del o la paciente antes de proceder con el examen, tratamiento, notificación o referencia. Los casos deben ser documentados.

En el caso de menores de edad, se requiere el consentimiento de los padres o tutores, pero él o la paciente tiene derecho a decidir si desea ser examinado/a. Se puede iniciar el tratamiento al omitir el examen, si esa es su elección. En esta situación es importante la consejería y el apoyo psicológico para la/el menor y su padre, madre o tutor enfatizando la importancia del examen para el diagnóstico definitivo.

Se debe obtener y registrar la siguiente información: fecha y hora del incidente, fecha y hora del examen, declaración de la o el paciente, observaciones clínicas y exámenes realizados. Las ITS adquiridas durante la violencia sexual deben ser detectadas, tratadas y sujetas a seguimiento médico.

Se debe brindar una atención integral:

Consiste en el manejo de una posible ITS o gestación, consejería y la participación de un equipo multidisciplinario.

Independientemente del tiempo transcurrido, se procederá a un examen físico completo, incluyendo el ginecológico (en la mujer) y perianal, ofreciendo todo el soporte emocional necesario.

Anticoncepción de emergencia

Las píldoras anticonceptivas pueden utilizarse hasta 72 horas después de una relación sexual sin protección. Existen varios regímenes que utilizan píldoras anticonceptivas combinadas por vía oral. Se indicará una prueba de embarazo para descartar la posibilidad de un embarazo preexistente. Se referirá a ginecología o al servicio de planificación familiar, que evaluarán el esquema de anticoncepción de emergencia.

Profilaxis post exposición de las ITS

Es importante la intervención médica temprana. Tomar muestras de acuerdo a las facilidades del establecimiento; en caso contrario, indicarlas. Si se evidencia alguna ITS se procederá a su manejo.

La profilaxis de las ITS puede comenzar el mismo día que la anticoncepción de emergencia, aunque las dosis deben espaciarse (ingerirse con alimentos) para reducir los efectos secundarios. Se indicara tratamiento para Gonorrea, Clamidia, Trichomonas y Vaginosis bacteriana (ver tabla de Tratamiento).

Generalmente no se conoce la fuente y el agresor puede tener varias ITS. Se deben solicitar pruebas para HBsAg, VIH, VHC, Herpes genital, prueba para sífilis (no treponémicas) y tricomonas y cualquier prueba se determine necesaria. Los periodos de incubación de las distintas ITS son variables. Se recomienda durante el período de observación evitar las relaciones sexuales, o en su defecto utilizar el condón.

Profilaxis para ITS: debe ofrecerse y brindarse el tratamiento inmediato con los medicamentos que previenen y tratan infecciones como la gonorrea, la sífilis, clamidia y la hepatitis B.

La terapia recomendada por OMS para mujeres no embarazadas son: Ciprofloxacina, 1 mg, dosis única, para gonorrea, Azitromicina: 1gr; dosis única para Clamidia y sífilis.

Se puede tomar junto a la dosis de anticoncepción de emergencia con alimentos para disminuir efectos secundarios.

Esquema de medicamentos usados para tratamiento de ITS:

Tratamiento de ITS para adultos			
Cobertura	Opción 1	Opción 2	
	Todos en dosis única, muy efectivo. Elegir una de cada recuadro (= 3 o 4 fármacos).	Sustitutos eficaces ante posible resistencia, o necesidad de dosis múltiples.	Si la paciente está embarazada y/o lactando, y es menor de 16 años de edad, elegir una de cada recuadro (= 3 o 4 fármacos).
Sífilis	Penicilina Benzatínica (2,4 millones de unidades en IM, en dosis única).	Doxiciclina 100 mg, por VO, cada 12 horas, durante 14 días (solamente en caso de alergia a la penicilina).	Penicilina Benzatínica (2,4 millones de unidades en IM, en dosis única).
Gonorrea/ chancroide	Cefixima 400 mg, VO, dosis única o Ceftriaxona 125 mg, en IM, en dosis única	Ciprofloxacina 500 mg, VO, en Dosis única. Para Chancroide, seis comprimidos, cada 12 horas x 3 días.	Cefixima 400 mg, por VO, en dosis única, o Ceftriaxona 125 mg, en IM, en dosis única.
Clamidia/ linfogranu- loma venéreo	Azitromicina 1 gramo por VO, en dosis única	Doxiciclina 100 mg, VO, cada 12 horas, durante 7 días, o Tetraciclina 500 mg, VO, cada 6 horas, durante 7 días	Azitromicina 1 gramo, por VO, en dosis única, o Eritromicina, 500 mg, por VO, cada 6 horas, durante 7 días
Tricomoniasis	Metronidazol 2 g, por VO, en dosis única	Tinidazol 2 gramos, por VO, en dosis única	Metronidazol en gelvaginal 0.75 mg

Se puede omitir la penicilina benzatínica si el tratamiento incluye un gramodeazitromicina o 14 días de doxiciclina, tetraciclina o eritromicina, siendo todos efectivos contra la incubación de la sífilis.

- a) El uso del metronidazol debe evitarse en el primer trimestre del embarazo. Debe evitarse el consumo de alcohol.
- b) El uso de quinolonas debe considerar los patrones de resistencia de *Neisseriagonorrhoeae*.

Tratamiento de ITS para niños		
Cobertura	Todos los antibióticos en dosis únicas son sumamente efectivos. Elija uno de cada recuadro.	Niños mayores y adolescentes
Sífilis	Penicilina benzatínica 50,000 UI/kg, de peso corporal, IM; O Eritromicina 12,5 mg/kg, de peso corporal, VO, cada 6 horas, durante 14 días.	>45 kg, utilizar el protocolo para adultos
Gonorrhoea/ Chancroide	Cefixima 8 mg/kg, de peso corporal, en dosis única O Ceftriaxona 20 mg/kg IM.	>45 kg, utilizar el protocolo para adultos
Clamidia/ Linfogranuloma Venéreo	Eritromicina 12,5 mg/kg, de peso corporal, por VO, c/ 6 horas, durante 7 días.	12 años o más utilizar el protocolo para adultos
Tricomoniasis	Metronidazol 5 mg/kg, de peso corporal por VO, c/ 8 horas, durante 7 días.	12 años o más, utilizar el protocolo para adultos

Fuente: Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo, OMS.

Profilaxis post exposición al VIH

El riesgo medio de infección por el VIH tras exposición percutánea a sangre contaminada es de 0.3 %, y tras una exposición de membranas mucosas del 0.09 %. El riesgo puede ser mayor cuando en la exposición existe gran cantidad de sangre y/o elevada cantidad de virus en la sangre, en ese caso es importante notificar.

Procedimientos iniciales

Se debe conocer el estatus del paciente origen frente al VIH. Generalmente se podrá obtener de la historia clínica; en caso de que no fuera así, se obtendrá suero del paciente para determinar la serología (aunque hay que valorar el consentimiento del paciente por las implicaciones legales que pudiera tener).

- Si no se conoce si está infectado y pertenece a algún grupo de riesgo, se actuará como si lo estuviese y por tanto se realizará la profilaxis si procede, al menos hasta que se pueda conocer.
- Si el paciente es negativo para VIH, no se realizará profilaxis, salvo en el caso de que se conociese que está en fase de primo-infección y/o en periodo de ventana.

Tomar muestra de sangre de inmediato al personal expuesto para conocer su estado serológico y determinar el estatus basal serológico frente a VIH, VHB y VHC.

- Deberá repetirse la determinación serológica de VIH, VHB y VHC al 1½, 3, 6, y 12 meses. Si la prueba a las seis semanas (al mes y medio) está negativa, el riesgo de transmisión ha disminuido en un 97%.

Ante cualquier exposición laboral se deberá contactar cuanto antes a un médico de los SAI para consejo, control y seguimiento del caso. En cualquier caso no se debe esperar contactar con estos facultativos para iniciar la profilaxis, si está indicada.

A fin de facilitar consejo inmediato en las horas de trabajo en que no se pueda contactar a estos médicos, se debe ir al Servicio de Urgencias, cuyos médicos le facilitaran la información adecuada y donde se dispondrá de la medicación precisa para el inicio del tratamiento profiláctico.

Consideraciones para el uso de medicamentos profilácticos en caso de exposición al VIH:

Valoración del grado de exposición

- Tipo de exposición:
- Pinchazo a mucosa, piel.
- Mordedura.
- Tipo de fluido.

- Tiempo de exposición al fluido.
- Evaluar si la exposición es una superficie sin laceración en la piel.
- Severidad de la lesión de la piel.
 - **Alto riesgo:** abundante sangre, herida y/o pinchazos muy profundos, fase avanzada de enfermedad en el paciente o alta carga viral.
 - **Riesgo mediano:** punción no muy profunda, ligera cantidad de sangre, contacto hemático con piel o mucosas no intactas. Entre los fluidos que sí pueden ser contaminantes están: sangre, semen y secreciones vaginales; líquido cefalorraquídeo, pleural, peritoneal, sinovial, pericárdico y amniótico; concentrados de laboratorio.
 - **Nulo o bajo riesgo:** contacto a través de mucosas o piel intacta, o con otras secreciones del paciente no hemáticas (orina, heces, saliva, esputos, lágrimas, secreciones nasales, sudor o vómitos).

Factores relacionados con la fuente:

- Fluido: HBSAG, VIH.
- Paciente: estadio, CD4, CV, clínica del enfermo, si esta en ARV en esquema utilizados.
- Resistencia a medicamentos, adherencias.

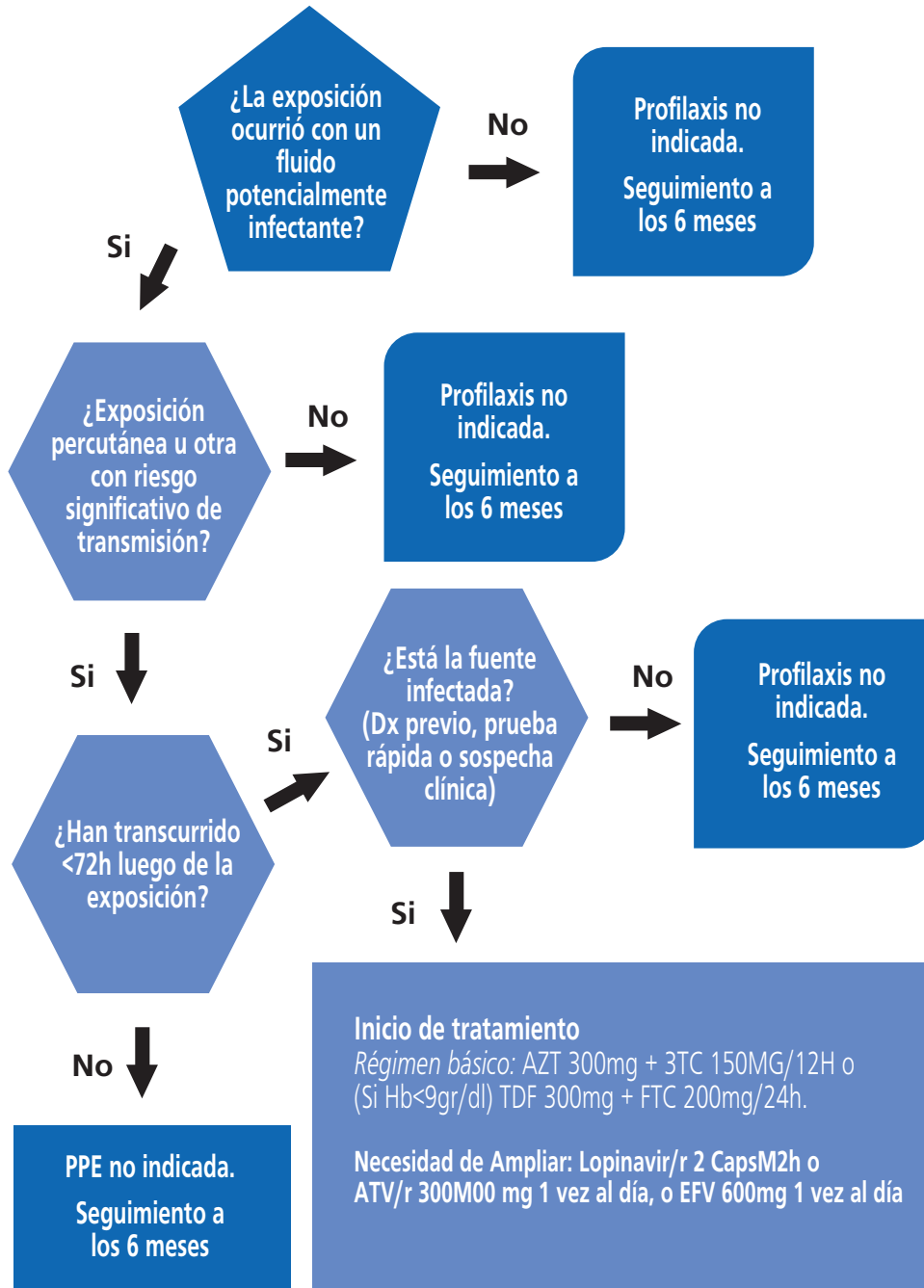
Factores relacionados con el receptor:

- Vacuna de VHB.
- Serología VHB,VHC y VIH.
- Situación inmune.

Factores relacionados a la infección:

- **Riesgo mayor:** Cantidad de sangre en gran volumen e inoculación. Este riesgo aumenta cuando el paciente tiene enfermedad avanzada.
- **Riesgo incrementado:** cuando la cantidad de secreciones y/o sangre es en gran volumen y gran inoculación, además de contactos prolongados con mucosa o piel cuya integridad se haya visiblemente comprometida.

Flujograma de medicamentos a ser usados para profilaxis al VIH:



Notificación del accidente post-exposición laboral:

Es responsabilidad de las autoridades de la clínica proveer al personal de salud, de las condiciones necesarias para el manejo de un accidente laboral con material biológico, garantizando los procedimientos adecuados para el manejo intraclínico.

El coordinador médico, gerente, supervisor/a y/o especialista del manejo de VIH-SIDA, son los responsables de garantizar la aplicación y cumplimiento de las medidas de bioseguridad, y en caso que ocurra un accidente en el área laboral, el equipo debe proceder inmediatamente a reportar y manejar la situación, en el marco de los siguientes lineamientos:

El coordinador/a médico de la clínica tiene que hacer la notificación inmediata a la representación local del Ministerio de Salud Pública (DPS/DAS).

El servicio de VIH debe contar con KITS, de quimioprofilaxis para garantizar la disponibilidad de medicamentos inmediatamente se realice la evaluación de los riesgos de infección.

Manejo de un accidente ocupacional.

El/la accidentado/a debe lavarse bien el área con agua, y jabón inmediatamente.

- Tomar muestras para detectar VIH y otros virus a la fuente de contaminación (usuario/a o material biológico). Se recomienda la prueba rápida en estos casos, previa consejería pre y post prueba más el consentimiento informado.
- Evaluar y clasificar la exposición y determinar riesgos (descriptos arriba).
- Evaluación del estado biológico del/a trabajador/a para iniciar el tratamiento con el especialista del servicio de VIH-SIDA.
- Si se descarta el riesgo de infección, la quimioprofilaxis es recomendada.

Inmunización profiláctica contra la hepatitis B

Ofrecer la vacuna contra VHB a las víctimas de violación dentro de los 14 días, si el caso lo amerita. Aplicar de acuerdo al esquema establecido.

La vacuna contra el VHB puede aplicarse a mujeres embarazadas y a personas con infección por VIH previa o crónica. Donde existen programas de inmunización infantil, no es necesario aplicar dosis adicionales a niños que tienen registros de vacunación previa. Si se aplica la vacuna, no se necesita inmunoglobulina contra la hepatitis

Toxoide antitetánico

La prevención del tétanos incluye la limpieza cuidadosa de todas las heridas. Las víctimas deben vacunarse contra el tétanos, si presentan rasguños, cortes o abrasiones.

Si se vacunaron anteriormente, solamente se necesita una inyección de refuerzo. Si la persona nunca se vacunó, se deben realizar los arreglos necesarios para una segunda dosis al mes y una tercera dosis entre seis meses y un año.

Si las heridas están sucias o se produjeron seis horas antes y la víctima nunca se vacunó, también debe aplicarse la inmunoglobulina contra el tétanos.

Referencia a servicios especiales

Luego de la prestación de la asistencia inicial se puede requerir la referencia de servicios adicionales, como apoyo psicológico y servicios de apoyo legal. Es indispensable establecer citas de seguimiento y de servicios durante la primera visita.

Se debe comunicar claramente a la víctima a quién debe contactar si tiene otras preguntas o problemas físicos y emocionales posteriores, relacionados con el incidente.

Los adolescentes en particular pueden necesitar apoyo para la crisis y pueden no estar dispuestos a revelar la violación a sus padres o cuidadores. Es importante coordinar con los servicios legales correspondientes, en caso de que sea necesario brindar protección a la víctima y su familia.

Bioseguridad.

Serán consideradas como prioridad todas las acciones destinadas a proteger a los usuarios-as y al personal de salud de las Clínicas Profamilia que trabajan con materiales potencialmente infectados por el VIH.

Bioseguridad en los consultorios:

1. El personal médico y de enfermería lavara sus manos con jabones o Gel antimicrobianos antes de examinar o tener contacto con usuarios\as y después del manejo de objetos potencialmentecontaminados con microorganismos, tocar membranas mucosas, fluidos corporales y quitarse guantes.
2. Se usaran guantes desechables y/o estériles antes de cualquier procedimiento realizado en el consultorio: toma de muestra para la prueba de Papanicolaou, inserción de DIU, implantes subdérmico, etc.
3. Se usaran gafas protectoras para la inserción de implantes subdérmico o cualquier procedimiento que involucre manejo de sangre o fluidos corporales.
4. Todos los objetos punzo-cortantes usados, tales como: bisturís, agujas, jeringuillas, así como los descartables (guantes, espéculos), deben ser colocados en recipientes adecuados y posteriormente descontaminados antes de su eliminación.
5. Los instrumentos usados en los procedimientos realizados en el consultorio deberán ser nuevos (en el caso del espéculos estos deben ser desechables, así como también los guantes, batas, agujas, jeringuillas, etc.), las clínicas deben disponer del equipo de autodestrucción (incineración) para las agujas.

Bioseguridad en los quirófanos:

1. Se restringirá la circulación en el quirófano durante el transcurso del acto quirúrgico el personal de enfermería y médico, a fin de que no circule de una sala a otra ni hacia el área exterior vistiendo o calzando alguna prenda que haya sido utilizada que haya sido utilizada en el área donde se realizó un procedimiento a un usuario/a infectado /a con VIH/SIDA.
2. El personal que realizara la intervención se colocara protección ocular.
3. Para prevenir las pinchaduras con material cortante se debe evitar el retapado de las jeringuillas usadas.

4. Todos los objetos punzo-cortantes usados, tales como, bisturís, agujas, jeringuillas, así como los descartables (guantes, espéculos, etc.), deben ser colocados en recipientes adecuados y posteriormente descontaminados antes de su eliminación.
5. Se utilizarán botas y sábanas descartables, de esto no ser posible, se sacarán del quirófano en bolsas plásticas rotuladas como contaminadas y se esterilizarán al vapor.
6. Los recipientes de aspiración descartables deben ser sellados y esterilizados antes de ser depositados para su manejo como basura infectada. A los frascos no descartables se les agregará cloro diluido, se descartará el material remanente y se colocan en autoclave para lavarlo y esterilizarlo habitualmente.
7. El instrumental quirúrgico será sumergido en una solución preparada de hipoclorito de sodio al 0.5% por 10 minutos y después de lavado y enjuagado con abundante agua, se procederá a su esterilización al vapor.

Bioseguridad en los laboratorios.

1. El personal que maneja al usuario infectado con VIH o las muestras contaminadas, debe usar batas desechables y si es posible, ropa especial de protección, la cual será retirada antes de salir del laboratorio.
2. Se requerirá el uso de guantes al manejar material infectado o cuando exista la posibilidad de exposición a sangre u otros fluidos orgánicos.
3. Desechar los guantes que se han contaminado, lavarse las manos y colocarse un par nuevo.
4. Evitar tocar los ojos, la nariz, otras mucosas o la piel descubierta con las manos enguataadas.
5. No abandonar el lugar de trabajo ni pasearse por el laboratorio con los guantes puestos.
6. Llevar protección en la cara y ojos (gafas protectoras, escudos u otros dispositivos protectores).

7. Lavarse las manos al retirarse los guantes y al finalizar el trabajo. Previo debe entrar las manos con los guantes puestos en solución de cloro al 0.5%.
8. Al trabajar con material potencialmente infectado con el VIH, mantener cerradas las puertas del laboratorio con acceso restringido al mismo.
9. Para prevenir las pinchaduras con material cortante se debe evitar el retapado de las jeringuillas usadas. Las agujas no se desacoplaran de las jeringas.
10. Todos los objetos punzo-cortantes usados (bisturís, agujas, jeringuillas), así como los descartables, deben ser colocados en recipientes adecuados y posteriormente descontaminados en una solución preparada de cloro al 0.5% por 10 minutos antes de su eliminación.
11. No se pipetearan líquidos con la boca.
12. Desinfecte las superficies de trabajo una vez terminada cada tarea, y al finalizar la jornada con un desinfectante general de eficacia probada como hipoclorito de sodio al 0.5%.
13. Reduzca al mínimo la posibilidad de formación de aerosoles, gólicas, salpicaduras o derrames, utilizando técnicas apropiadas en el laboratorio.
14. Los derrames de materiales infectados o presuntamente infectados, serán cubiertos con papel u otro material absorbente; luego se le verterá cloro al 10% alrededor de la zona afectada y sobre el material absorbente, dejándose actuar durante 10 minutos. Posteriormente se limpiara toda el área con todas las precauciones de lugar. Los objetos utilizados para la limpieza se colocaran en el recipiente de desechos contaminados y se dispondrá adecuadamente. Se limpiara de nuevo la superficie con desinfectante.
15. La limpieza de los derrames se hará siempre con guantes.
16. Los vidrios y plásticos rotos se recogerán con escoba y recogedor.
17. Los pinchazos, cortes y contaminación de la piel con material derramado o salpicado, se lavaran meticulosamente con abundante agua y jabón.
18. Se facilita la hemorragia de las heridas sangrantes.

Los pinchazos, derrames y otros accidentes que pudieran exponer al personal del laboratorio a material infeccioso, se comunicara de inmediato al supervisor de laboratorio, quien registrara el incidente y tomara las medidas pertinentes, las cuales pueden incluir asesoramiento médico adecuado, en caso necesario.

Notificación individual de casos de VIH/ SIDA

Cada mes las clínicas Profamilia notificarán al MSP/DIGECITSS los casos de infección VIH diagnosticados. Para tales fines, se utilizará el SIS-03 form o formulario de notificación individual de caso VIH/SIDA, con cuya información se alimenta el sistema de vigilancia del VIH/SIDA en la República Dominicana.

El formulario será llenado por la coordinación médica a partir de los datos suministrados por el laboratorio y el usuario o usuaria, a quien se le explicaran las razones del mismo, garantizándole la confidencialidad de la información dada.

La notificación se hará al Departamento de Epidemiología de la Dirección Provincial de Salud o al Área de Salud a la que corresponde la Clínica según su ubicación geográfica. El personal responsable de llevar los formularios, procurara traer nuevos para mantener una adecuada dotación en la Clínica.

La copia que no posee el nombre del usuario o usuaria, se enviara a la Dirección Provincial o de Área, mientras que el original se archivara en la Clínica Profamilia.

Informe mensual de vigilancia de la infección por VIH del laboratorio.

Mensualmente las clínicas Profamilia notificarán los resultados positivos de las pruebas de detección de anticuerpos anti VIH realizadas. Utilizarán el formulario de informe mensual de monitoreo de las pruebas para el diagnóstico de HIV, Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C, SIS-01

La notificación se hará al departamento de laboratorio de la Dirección Provincial de Salud o de Área a la que corresponda la clínica, según su ubicación geográfica. El personal que lleve los formularios llenos, es responsable de la disponibilidad continua de formularios.

Monitoreo y evaluación del servicio de atención integral VIH-SIDA.

Para lograr un seguimiento y evaluación acorde a los protocolos del servicio de atención integral, Profamilia considera de suma importancia la implementación

de un procedimiento que facilite la recolección, sistematización de datos, la aplicación adecuada del protocolo. La vigilancia y análisis sistemático del procedimiento, permitirá identificar problemas e inconsistencias en la entrega del servicio y proveer retroalimentación oportuna a los prestadores del mismo, de tal manera que permita planear o mejorar las estrategias de intervención.

El personal seleccionado para trabajar en el servicio de ITS/VIH/SIDA debe tener bien definidas sus funciones, roles y responsabilidad, a fin de hacer más eficiente el mismo.

El proveedor debe poseer la capacidad y habilidad para el desempeño de sus funciones y facilitar la retroalimentación necesaria para garantizar la mayor eficiencia y calidad del mismo.

En el servicio se debe vigilar que:

- a) Todo personal posea una descripción de funciones y responsabilidades por escrito.
- b) Tener completo conocimiento y familiaridad con todos los servicios disponibles en la clínica y en la periferia; y los programas sociales y legales que puedan satisfacer las necesidades de la persona infectada por el VIH\SIDA.
- c) Debe mantenerse informado y actualizado acerca de los diversos aspectos científicos y de salud relacionados a las ITS\VIH\SIDA.
- d) La institución debe disponer de un programa de capacitación continua para la actualización y avances en el manejo y las intervenciones sobre VIH\SIDA al personal que presta el servicio.
- e) Debe utilizarse un instrumento estandarizado de recolección de datos que incluya un mínimo de variables, tales como:
 - Identificación (nombre o número) de la ficha o expediente de la persona.
 - Nombre de la clínica.
 - Nombre del proveedor por servicio.
 - Datos socio-demográficos(edad, sexo, raza, nacionalidad) del usuario/a.

- Conductas de riesgo identificadas, a través de un instrumento de auto-evaluación de la persona y/o a través de las conversaciones de la persona con el consejero/a.
- Fechas de notificación de resultados de la prueba y de todas las sesiones de consejería pre y post-prueba.

Se utilizarán los instrumentos diseñados por componentes del servicio para el monitoreo y evaluación, que incluya los siguientes indicadores.

Componentes de consejería:

- a) Número de visitas a la clínica.
- b) Número de personas que recibieron la consejería pre-prueba.
- c) Número de personas que se realizaron la prueba de VIH.
- d) Número de personas que resultaron VIH positivo.
- e) Número de personas VIH positivo que se les notificó sus resultados y a quienes se les proveyó consejería post-prueba.
- f) Número de personas que resultaron VIH negativo.
- g) Número de personas VIH negativo que se les notificó sus resultados y a quienes se les proveyó de consejería post-prueba.
- h) Cualquier otro indicador pertinente del componente y que haya sido identificado a través del análisis de datos y/o de la evaluación cualitativa del programa.

Todo servicio de atención integral de VIH/Sida deberá realizar las siguientes actividades:

- Revisiones rutinarias, sistemáticas y periódicas por lo menos 2 veces al año con el personal, para el análisis de los datos recolectados.
- Análisis de datos recolectados con respecto al equipo proveedor y al proceso de atención.
- Facilitar la retroalimentación a los proveedores de la clínica por lo menos 2 veces al año. (Auditoria de calidad).
- Usar el sistema computarizado de datos que facilite el análisis de estos para el control de calidad y eficiencia del programa.
- Realizar evaluaciones de equipo del servicio por productos.
- En caso de ser posible Implementar el sistema de incentivo al equipo.