profamilia

Protocolo de Atención Integral en ITS / VIH / Sida

Protocolo de
Atención Integral en
ITS / VIH / Sida

profamilia

PRESENTACIÓN

La **Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia. Inc.** siempre a la vanguardia en la reforma del sector salud pone a disposición de su personal la actualización del protocolo de Atención Integral a las personas con VIH/Sida, con el propósito de que este servicio disponga de un instrumento estandarizado, tomando en cuenta que este programa se ha 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 con VIH, para contribuir a mejorar la calidad de vida de los infectados y afectados de esta epidemia, reduciendo el impacto social, sanitario de esta infección, de igual manera se implementan acciones derivadas del Proyecto Fondo Mundial del cual Profamilia es sombrilla para el eje de Atención Integral en el Plan Estratégico Nacional en respuesta al VIH.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN ITS/VIH/SIDA

Santo Domingo, RD 2020

Equipo Técnico

Consultor

Dr. José Ledesma

Revisión por Profamilia

Licda. María Sosa

Dra. Geraldine Mir

Licda. Cándida Hidalgo

Licda. Eliza del Rosario

Dr. José Figueroa

Dr. Julio Demorizi

Dr. Amel García

Licda. Yaniris Abreu

Dra. Karen Cuevas

Dr. Adonis Peña

Dr. Marcel Ventura Mercedes

INDICE

Antecedentes	7
Objetivos	9
Bases legales	10
1. Aspectos conceptuales	11
2. Servicio de Atención Integral a las personas con VIH en las Clínicas Profamilia	16
3. Consejería	21
4. Adherencia al tratamiento	29
5. Atención al paciente VIH	34
6. Manejo de las coinfecciones	46
7. Infecciones oportunistas	49
8. Transmisión Materno-Infantil	51
9. Seguimiento del niño/a expuesto al VIH	59
10. Vacunación	61
11. Coinfección VIH en embarazadas	62
12. ¿Cuándo iniciar la terapia antirretroviral?	66
Bibliografía	84
Anexo	88

ANTECEDENTES

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

De acuerdo con el Informe Global del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)[1], 75,5 millones de personas han contraído la infección por VIH, con 32,7 millones de personas fallecidas a causa de enfermedades relacionadas con el sida, desde el inicio de la epidemia. Para el año 2019 se calculó en más de 38 millones el número de personas viviendo con VIH en el mundo, de las cuales 25,4 millones tenían acceso al tratamiento antirretroviral; 1,7 millones de personas contrajeron el virus solo durante ese año y 690,000 fallecieron de enfermedades relacionadas con el sida en todo el mundo.

A la fecha el sida sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. América latina y el Caribe se ven seriamente afectados por la enfermedad, habiendo ya alrededor de 2,5 millones de personas infectadas.

La República Dominicana, como parte de los países miembros de las Naciones Unidas, está comprometido con erradicar la epidemia del VIH como problema de salud pública al 2030. Este objetivo forma parte de la agenda mundial de desarrollo denominada *Objetivos de Desarrollo Sostenible* que contiene 17 objetivos, entre los cuales se encuentra el VIH como parte del «Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades», y de manera transversal en otros dos objetivos relacionados con la pobreza y la desigualdad de género.

El comportamiento de la epidemia de VIH/Sida en la República Dominicana presenta una transición demográfica progresiva del predomino en varones homosexuales al de la población heterosexual femenina y masculina.

Según los resultados de las *Estimaciones y proyecciones de prevalencia y carga de enfermedad 2018*[2] del Ministerio de Salud Pública, calculados basados en una epidemia concentrada del VIH en la República Dominicana, se muestra una aparente tendencia a la estabilidad, y se estima que 68,824 personas mayores de 15 años viven con el VIH en nuestro país, representando el 96%, de los cuales 35,064 son hombres y 33,760 son mujeres. En el 2018 el grupo poblacional numéricamente más importe son los migrantes haitianos con 24,712 personas y en un distante segundo

1. ONUSIDA Hoja informativa – Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida, 2019. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf

2. Ministerio de Salud Pública – Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia y Carga de Enfermedad 2018.

lugar los Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) con 6,959; en tercer y cuarto lugar se ubican 3,632 trabajadoras sexuales y 1,590 trans. Todos los grupos poblacionales mostraron una ligera tendencia al incremento durante el periodo. La prevalencia se calculó en 0.92%; la población trans es la que presenta el nivel más elevado con 24% y en segundo lugar los HSH y Migrantes con una tasa estimada de 5%. Las trabajadoras sexuales y el resto de la población adulta masculina y femenina presenta niveles de prevalencia de 2.3%, 0.4% y 0.5%, respectivamente. Estos niveles de prevalencia de VIH se han mantenido constante por en los últimos cuatro años.

El Ministerio de Salud Pública desde el Viceministerio de Salud Colectiva, a través del Programa Nacional de las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Sida (anteriormente DIGECITSS), publica en el año 2012, la *Norma Nacional para la Prevención y Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA*[3], la cual 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 con 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 el año 1992 inicia el servicio de consejería pre y post-prueba 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, en los cuales, para el último reporte del Servicio Nacional de Salud emitido en agosto del 2020, muestra que actualmente 1,808 personas que viven con VIH (PVVIH) son atendidas en estas 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, y 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.

3. Ministerio de Salud Pública - Norma Nacional para la Prevención y Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA, 2012. Disponible en: https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/1114/NormaNacionalPrevencionAtencionVIHy-SIDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Optimizar los servicios de prevención, atención 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 ITS/VIH.
- Disponer de procedimientos homogéneos y actualizados en la oferta del servicio de consejería pre y posprueba.
- 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 los lineamientos del Ministerio de Salud Pública (MSP).
- Aplicar el protocolo de Profilaxis Pre y Post-Exposición (PrEP y PPE, respectivamente).
- 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 (135-11), la Norma Nacional para la Prevención y Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida, la Guía de Atención a la población adulta que vive con VIH, Guía de atención VIH pediátrico, Guía de la Profilaxis Pre-Exposición al VIH, Guía Nacional de Atención a las Infecciones de Transmisión Sexual, Guía para la realización de pruebas para el diagnóstico de ITS/VIH, Guía de Educación para la Adherencia al tratamiento antirretroviral, Guía de atención a la embarazada con VIH, Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad. Documentos en los que se expresa la obligatoriedad de los centros prestadores de servicios de salud de disponer de instrumentos protocolares con el propósito de asegurar las mejores prácticas y atenciones médicas, acogiéndose Profamilia 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 prestador/a de servicio de ITS/VIH en las clínicas de Profamilia, lo cual incluye a médicos, enfermeras, bioanalistas, psicólogos, consejeros, consejeros pares, líderes del programa de jóvenes, secretarias y recepcionistas y y personal de UMS y EMB.

ALCANCE

Este protocolo será aplicado en todas las clínicas de Profamilia que ofertan servicio a usuarios con ITS/VIH.

1. ASPECTOS CONCEPTUALES

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), generalmente se adquieren por contacto sexual. Los organismos (bacterias, virus o parásitos) que causan las enfermedades de transmisión sexual pueden transmitirse de una persona a otra por la sangre, el semen o los fluidos vaginales y otros fluidos corporales.

En ocasiones, estas infecciones pueden transmitirse de forma no sexual, como de madre a hijo durante el embarazo o parto, o a través de transfusiones de sangre o agujas compartidas.

De las ITS más comunes se encuentran:

1) **La hepatitis viral aguda** es una infección generalizada que afecta sobre todo al hígado. Casi todos los casos de hepatitis viral aguda son causados por uno de estos cinco microorganismos virales: virus de la hepatitis A (HAV, hepatitis A virus), virus de la hepatitis B (HBV, hepatitis B virus), virus de la hepatitis C (HCV, hepatitis C virus), microorganismo delta asociado al HBV o virus de la hepatitis D (HDV, hepatitis D virus) y virus de la hepatitis E (HEV, hepatitis E virus). Todos estos virus de hepatitis humana son virus con RNA, salvo el de hepatitis B, que tiene DNA, pero se replica igual que un retrovirus. Aunque se caracterizan por sus propiedades antigénicas y moleculares, en términos clínicos todos los virus de la hepatitis producen enfermedades similares. Éstas oscilan, por una parte, entre la enfermedad asintomática que pasa inadvertida y la infección aguda fulminante y letal en todos los tipos y, por otra, entre las infecciones persistentes subclínicas y la hepatopatía crónica que progresa con rapidez, con cirrosis e incluso carcinoma hepatocelular, frecuente en los tipos transmitidos por vía hematológica (HBV, HCV y HDV).

2) **La sífilis** es una infección crónica generalizada causada por Treponema Pallidum, subespecie Pallidum, la cual se transmite por vía sexual y se caracteriza por fases de actividad separadas por periodos de latencia. Después de un periodo de incubación de dos a seis semanas, aparece la lesión primaria, que con frecuencia conlleva la aparición de linfadenopatía regional. La fase de bacteriemia secundaria, que por lo general se vincula con lesiones mucocutáneas diseminadas y linfadenopatías generalizadas, va seguida de una fase latente de infección subclínica que dura años o decenios. Es posible que se presente afectación del sistema nervioso central (SNC) en una fase temprana de la infección, que puede o no tener manifestaciones clínicas. En cerca de 33% de los casos no tratados aparece el periodo terciario, el cual se caracteriza por lesiones mucocutáneas, musculoesqueléticas o parenquimatosas de carácter destructivo, por aortitis o manifestaciones tardías del SNC.

3) **La gonorrea** es una infección de transmisión sexual, transmitido por Neisseria gonorrhoeae es un microorganismo gramnegativo que suele manifestarse como cervicitis, uretritis, proctitis y conjuntivitis. Si no se tratan, las infecciones de estas zonas pueden ocasionar complicaciones locales, como endometritis, salpingitis, absceso tuboovárico, bartholinitis, peritonitis y perihepatitis en la mujer; periuretritisy epididimitis en el varón y conjuntivitis gonocócica en el recién nacido

4) **Infecciones por Clamidias**: Las clamidias son bacterias intracelulares estrictas que producen una gran cantidad de enfermedades en seres humanos y animales. Produce los dos tipos de enfermedades en el ser humano: tracoma ocular, que es la causa infecciosa principal de ceguera prevenible en los países en desarrollo, e infecciones urogenitales, que son de transmisión sexual y neonatal.

5) **El herpes genital** es causado por el virus Herpes simple. Se caracteriza por ardor, quemazón, dolor, disuria y prurito. A nivel de piel y mucosas, sobre una base eritematosa, se ubican pequeñas lesiones características: vesículas, pústulas y úlceras dolorosas, secreción vaginal y/o uretral, cervicitis mucopurulenta y adenopatía inguinal.

6) **Virus del Papiloma Humano (VPH)**: Los VPH comprenden un conjunto de virus de ADN pequeño, asociados preferentemente con una lesión clínica en epitelio escamoso, mucoso o cutáneo. La mayoría de las infecciones son asintomáticas, no reconocidas o subclínicas. Se adquieren a través del contacto con una pareja infectada y por auto inoculación. Las infecciones persistentes pueden resultar en cáncer. La mayoría de las infecciones por VPH desaparecen sin tratamiento en el transcurso de unos años.

7) **El chancroide**, chancro blando o enfermedad de Ducrey es una enfermedad de trasmisión sexual ulcerosa genital, causada por una bacteria gramnegativa.

8) **El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH**) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.

FACTORES Y CONDUCTAS ASOCIADOS AL RIESGO DE ADQUIRIR LA INFECCIÓN POR EL VIH

Se denominan factores de riesgo para la infección por el VIH 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 géneros

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

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) estos disminuyen el control y la capacidad de juicio para protegerse de la transmisión del VIH durante la relación sexual.

Hasta hace algunos años, de los distintos marcadores de pronóstico para la infección por el VIH, el que mejor predecía la progresión de la infección era el recuento de linfocitos CD4+. Actualmente este examen ha sido suplantado por la medición de la concentración de RNA viral en el plasma (carga viral de VIH), pues se ha demostrado que es un método más sensitivo y define mejor la progresión de la infección a SIDA y muerte. Sin embargo, siempre se recomienda efectuar la medición concomitante de linfocitos CD4+, ya que ambos métodos miden cosas distintas, el primero la concentración del agente ofensor y el segundo el deterioro del sistema inmunológico.

Además de ser un indicador pronóstico, la carga viral de VIH se utiliza para dar seguimiento a los pacientes que han iniciado un tratamiento antirretroviral. Aunque el método detecta la presencia del virus, no se recomienda para efectuar diagnóstico de la infección.

PRINCIPIOS PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE VIH/SIDA

- Toda persona que acude a las Clínicas de 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 de 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 del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA(DIGECITSS).

- Las clínicas de 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 de 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 con sus necesidades y a la capacidad resolutiva 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 Reglamento349-04 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.

2. 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 información, educación y comunicación (IEC), además la determinación serológica de ITS/VIH en todas las clínicas, así como atención médica del VIH con manejo de terapia antirretroviral (TARV) 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 tienen que estar debidamente registradas, cumpliendo con los procedimientos establecidos por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y 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 es por medicina interna, medicina general o cualquier especialidad que necesite el usuario/a, agotando los pasos establecidos en el Manual de Servicio al Cliente[4]:

- 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 , y se llenará Formulario de Aplicación Políticas Públicas y Sociales (FAPPS) del Servicio Nacional de Salud (SNS).
- En caso de menores de edad (menos de 18 años) se entregará al padre, madre o tutor una tarjeta de seguimiento que incluya: datos generales del/a niño/a y de su padre, madre o tutor, breve historia perinatológica, esquema inmunitario, control de peso y talla, control de citas, entre otras informaciones. Informar al padre, madre o tutor la necesidad del porte de la tarjeta de seguimiento en cada visita al servicio de salud.

4. PROFAMILIA – Manual de Servicio al Cliente 2010, Santo Domingo. Disponible en: https://profamilia.org.do/wp-content/uploads/2017/10/Manual-ServicioCliente.pdf

- Los referimientos a otros médicos o servicios con fines diagnósticos o terapéuticos deberán hacerse por escrito y en forma precisa, dejando constancia de esta en el historial clínico.
- El tiempo promedio de duración de una consulta será entre 30-40 minutos

Nota: en el caso de los referimientos se deberá instruir a los pacientes a solicitar al servicio interconsulta do una contrarreferencia donde conste las recomendaciones en respuesta a la solicitud realizada.

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 adecuada.
- Dispondrá de todos los materiales, insumos e instrumentos necesarios para la entrevista y el examen clínico.

En relación con el 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 el MSP y la institución para garantizar una atención de calidad y respeto 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 de 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 sero-positivas en todos sus estadios, con el propósito de disminuir los efectos negativos y aumentar su calidad de vida, con énfasis en la adherencia al TARV 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.
- Respeto, tolerancia, comprensión.
- Honestidad.
- Actitud positiva frente al cambio.
- Autenticidad.
- Sentido de comprender sus limitaciones e intención de superarlas.
- Comunicación empática.

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 DE PROFAMILIA:

a) Las Clínicas Profamilia garantizarán que los/as usuarios/as reciban consejería Preprueba 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) La prestación de los servicios de consejería deben apegarse a los lineamientos establecidos por el MSP a través del Manual de Consejería[1] y no 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.

1

3. CONSEJERÍA

Las pruebas de VIH y otras ITS son indicadas en diversos procedimientos médicos, tales como cirugías, estudios diagnósticos invasivos, embarazadas, profilaxis post exposición en caso de accidente laboral o agresión sexual, a solicitud de una persona que se haya identificado una conducta de riesgo, entre otras. Independientemente del motivo de realización de la prueba debe recibir consejería.

Esta se define, como el proceso de información, orientación y educación que se proporciona a través de la interrelación entre quien brinda servicio y quien lo recibe. En este proceso se revisan comportamientos de riesgo para adquirir VIH o cualquier otra ITS, se promueven cambios de estas conductas, se obtiene el consentimiento para la realización de la prueba de VIH, se apoya la entrega de resultados y se brinda apoyo psicológico básico.

Objetivos de la consejería

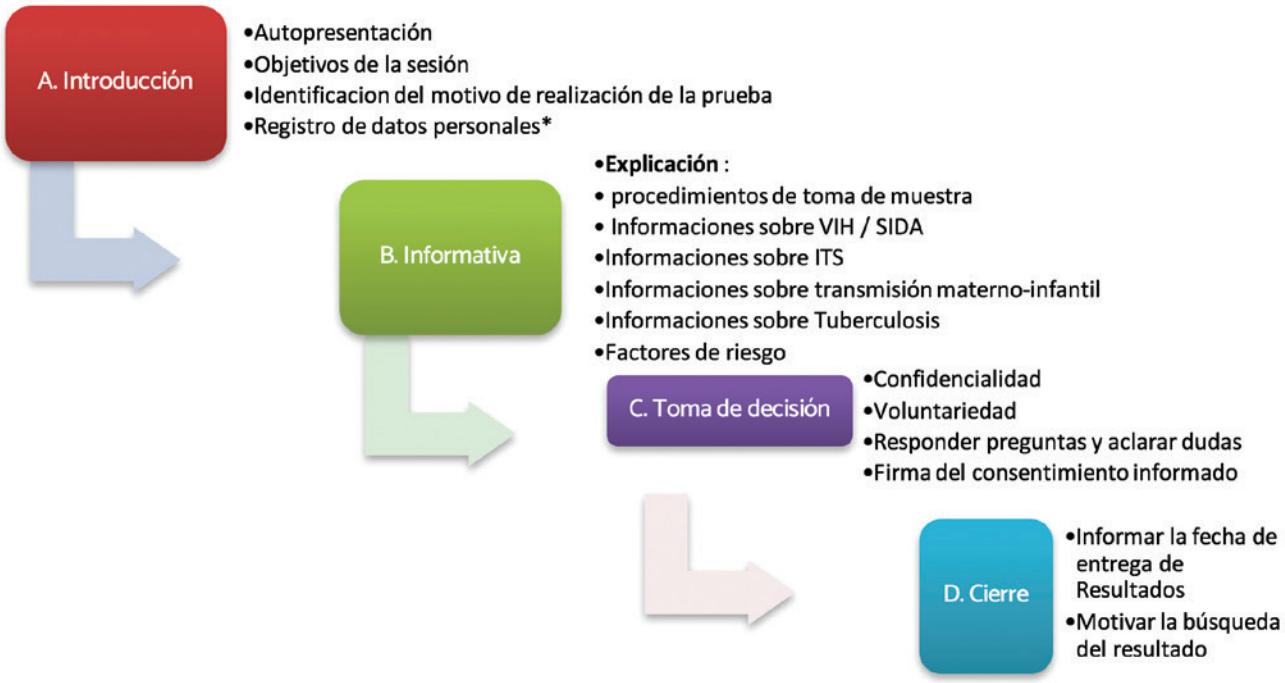
- Informar y Educar
- Identificar factores de riesgo
- Fortalecer la Adherencia
- Apoyar e Intervenir

3.1 CONSEJERÍA PRE-PRUEBA

Elementos de la consejería preprueba de VIH y otras ITS.

Estos se dividen en cuatro fases: introducción, informativa, toma de decisión y cierre de la sesión.

Gráfico 1. Elementos de la consejería preprueba de ITS / VIH.



A. FASE INTRODUCTORIA DE LA SESIÓN DE LA CONSEJERÍA PREPRUEBA

La fase de introducción de la sesión de consejería tiene como meta colocar las bases para el intercambio entre la persona que provee consejería y quien la busca, informar los objetivos de la consejería y conocer el motivo que tiene el usuario para realizarse la prueba, los pasos para esta fase son las siguientes:

1) Auto presentación del consejero/a.

2) Explicar los objetivos de consejería preprueba.

3) Identificación del motivo de realización de la prueba.

4) Registro en el Libro Diario de Consejería.

B. FASE INFORMATIVA

1) Explicar los procedimientos para la toma de muestra.
2) Ofrecer informaciones sobre los aspectos básicos del VIH/Sida, las otras ITS, transmisión materno infantil, tuberculosis
3) Brindar ayuda al usuario para identificar sus factores de riesgo.

C.- FASE DE TOMA DE DECISIÓN

Uno de los objetivos de la consejería preprueba, es que los usuarios tomen la decisión de realizarse la prueba o no partiendo de toda la información recibida. En esto consiste el derecho a la voluntariedad. Esto incluye el proceso de consentimiento informado que concluye con la firma de este. Otro aspecto esencial de esta fase es garantizar la confidencialidad.

1) **Confidencialidad.** Se le debe explicar al usuario que tanto los resultados de la prueba como su participación en el proceso de consejería son informaciones confidenciales.

2) **Voluntariedad.** Toda persona que recibe consejería preprueba debe ser la informada sobre el derecho que tiene de no realizarse la prueba si así lo decide.

3) **Responder preguntas y aclarar dudas.** Se le debe dar a las personas oportunidad para hacer preguntas, aclarar dudas. Se verifica la comprensión de la información suministrada.

4) **Consentimiento informado.** Terminada la sesión de consejería preprueba, se suministra el formulario de Consentimiento Informado para la firma de aquellos que estén de acuerdo con la realización de la prueba.

D. FASE DE CIERRE DE LA CONSEJERÍA

Esta fase consiste en destacar la importancia de que las personas participantes en la sesión de consejería conozcan su estado serológico, por lo que se enfatiza en el retiro de los resultados de la prueba.

1) Motivar la búsqueda del resultado. Enfatizar la importancia y la necesidad de que quien se realizó la prueba conozca los resultados.

2) Comunicar fecha de los resultados. Comunicar el procedimiento de entrega de resultados especificando el lugar, día y hora de entrega.

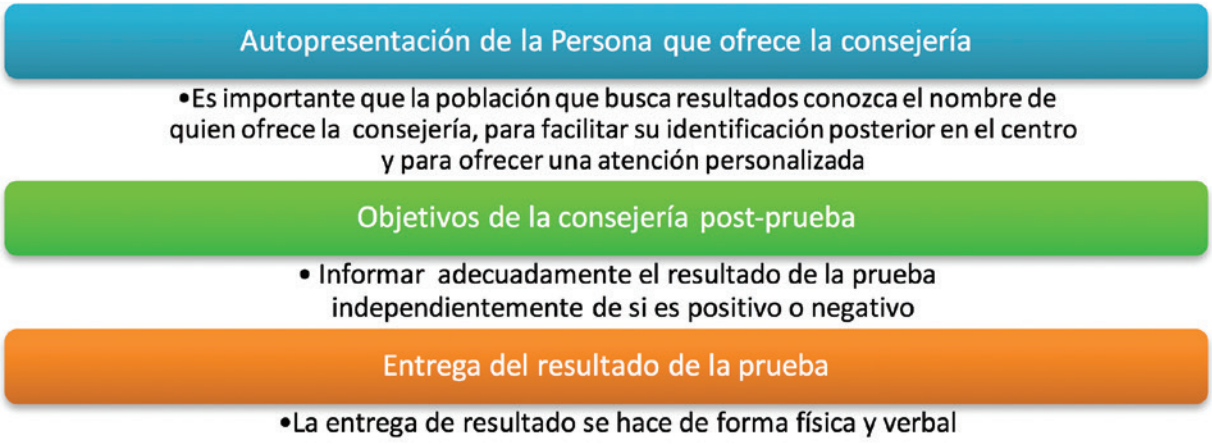
3.2 CONSEJERIA POST PRUEBA DE VIH

La consejería posterior a la prueba tiene como objetivo que el usuario conozca su estado serológico; ofrece oportunidad de trabajar prevención en caso de resultado negativo y garantiza un manejo adecuado de la reacción que se desprende en caso de que el resultado sea positivo.

La entrega se hace de forma directa, donde el resultado en el reporte pueda ser visto por el usuario, lo cual se complementa con la forma audible.

El consejero debe mostrar un mínimo de reacción verbal y no verbal, cuidar los términos que utilice, ya que palabras dramáticas, trágicas o lamentos no deben ser usadas en la entrega de resultados.

Gráfico 2. Elementos de la Consejería post prueba de VIH.



3.2.1 Descripción de los componentes de la consejería post prueba con resultados negativos.

a. Trabajo de prevención. Identificación de sus factores de riesgo individuales para adquirir VIH o cualquier otra ITS.

b. Plan de reducción de riesgo. En función a los factores de riesgo identificados, se ofrecen las informaciones que reduzcan las probabilidades para adquirir VIH y otras ITS.

c. Prueba de seguimiento. En caso de entrega de resultado negativo a una persona cursando período de ventana, se recomienda la realización de otras pruebas de VIH para seguimiento, partiendo de la fecha probable de exposición y por un período de tiempo de seis meses a partir de esta. Las embarazadas con resultado negativo, deben hacerse pruebas de seguimiento en el segundo y tercer trimestre de embarazo.

d. Responder preguntas y aclarar dudas.

e. Firma de libro de registro diario de consejería. Toda persona que recibe el resultado de una prueba de VIH debe firmar el Libro de Registro Diario de Consejería como constancia de que recibió el resultado de forma física y la consejería post prueba.

3.2.2 Descripción de la consejería post prueba con resultado positivo

a- Breve espacio de asimilación de los resultados.

b- Reacción al diagnóstico y su manejo. Se interviene a partir del tipo de reacción que expresa la persona.

c- Motivar y responder preguntas. Se Propicia que la persona se exprese libremente. Se ejercita la escucha activa y se demuestra empatía.

d- Aclarar dudas. Es importante aclarar las inquietudes que pueda tener el usuario con relación a su diagnóstico, significado, estado de salud y lo que se puede esperar de su condición.

e- Evaluación de la exposición a algún tipo de violencia o factores de riesgo de violencia.

f- Consejería para referimiento voluntario de parejas para pruebas de VIH. El consejero debe explicar que es el referimiento voluntario de parejas y que entre sus principales beneficios está poder diagnosticar a la o las parejas de forma temprana y que puedan ser vinculados a los servicios de atención y uso de medicamentos antirretrovirales. La persona diagnosticada define si comunica este diagnóstico o no.

   Esto se puede hacer de dos formas: **(1)** El recién diagnosticado habla con su o sus parejas para motivar que se realice (n) la prueba, con instrucciones ofrecidas por la persona que ofrece la consejería (referimiento pasivo). **(2)** La persona que ofrece la consejería acompaña al recién diagnosticado en el proceso de motivación para que su o sus parejas se realice (n) la prueba (referimiento acompañado).

   Hay que tomar en cuenta en cada caso, si la persona ha sido víctima de algún episodio de violencia o tiene factores de riesgo. De ser así valorar el referimiento voluntario de pareja.

g- Referimiento a un Servicio de Atención Integral.

h- Firma de libro de registro diario de consejería.

3.2.3 Entrega de resultados a menores de edad (en niños, niñas y adolescentes hasta los quince (15) años de edad inclusive).

a) 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.

b) La presencia de un adulto responsable es imprescindible para la entrega de los resultados.

c) 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.

d) 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.

e) Estas recomendaciones aplican también para personas discapacidades en los casos en que esta le impida entender y/o ejecutar por si misma las orientaciones dadas por el/la consejero/a.

f) El consejero/a debe tener presente evaluar signos y síntomas de abuso y maltrato infantil.

Ver: Ley 135-11, ver *"Guía Nacional de Atención Psicológica y Consejería para NNA con VIH/SIDA".*

3.2.4 Consejería en Casos Especiales

a) 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:

- Orientar y educar sobre los riesgos de la infección del VIH durante el embarazo.
- La realización de la prueba.
- 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.
- Consejería en la negociación del uso del condón.
- 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), **(Ver Guía de Atención de las Embarazadas VIH).**

  Durante todo el embarazo se continuará el proceso de consejería Adherencia.

- 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 Guía de Atención de las Embarazadas VIH).**

- Se brindará consejería para la elección del método de planificación familiar de la madre.

3.2.5 Consejería específica y focalizada para situaciones especiales.

a) Exposición y riesgo ocupacional. En este sentido se debe realizar una prueba de VIH con consejería pre y post prueba, con el objetivo de establecer el estado serológico antes de la exposición. De resultar negativa, se inicia el proceso de seguimiento, el cual consiste en realizar pruebas periódicas.

La consejería debe incluir:

- La utilización de condones durante todo el tiempo en que determina el estado serológico definitivo de la persona expuesta.

- La última prueba se realiza a los seis meses para determinar el estatus serológico definitivo.

- Se brinda consejería apoyo emocional durante todo este tiempo si fuera necesario

b) Consejería en Poblaciones Clave.

- El consejero no debe inferir que una persona pertenece a algún grupo clave partiendo de lo que pueda reflejar; se debe hacer la pregunta directamente, con respeto, sin que la persona se sienta juzgada, explicando que conocer esto es importante para brindar un servicio en función a sus necesidades específicas.

- El consejero también debe jugar un rol de educador a los demás usuarios de los servicios con respecto a sus actitudes y reacciones ante la presencia de alguna persona con apariencia o características diferentes a las suyas.

En el proceso de consejería, identificar el motivo de la realización de prueba, identificar factores de riesgo y el trabajo de prevención, cobran especial importancia en estas poblaciones.

c) 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.

4. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Es el grado de cumplimiento de la persona a las indicaciones acordadas con el personal de salud en relación con la toma de los medicamentos antirretrovirales y medicamentos para tratar y/o prevenir las infecciones oportunistas, la asistencia a sus citas de seguimiento, cambios en el estilo vida, entre otras recomendaciones, con el objetivo de lograr la supresión viral y el restablecimiento del sistema inmunológico.

Tiene como objetivo:

- Lograr la supresión viral
- Restaurar el sistema inmunológico
- Prevenir el desarrollo de resistencia
- Reducir la capacidad de transmitir la infección a otros
- Disminuir la progresión de la enfermedad
- incrementar el bienestar y la calidad de vida

El plan de educación para el desarrollo de la adherencia consta de cuatro fases y en cada una se trabajará con el fin de lograr objetivos específicos.

Fase inicial y preparatoria:

• Al inicio del tratamiento se recomienda tener un contacto continuo.

• Se realizarán 5 sesiones, una semanal, combinando el contacto vía telefónica con el presencial.

• Se usarán materiales de apoyo didáctico y se entregará material educativo que refuercen los temas tratados.

Fase de consolidación:

- Dura 6 meses y consta de 6 intervenciones, la meta es afianzar los nuevos hábitos adquiridos y detectar el surgimiento de factores que pueden afectar la adherencia, identificar posibles fallas y estrategias para superarlas.

- Fortalecer el sentido de autoeficacia en el autocuidado y la autorregulación y reforzar positivamente los avances en términos de adquisición de conocimiento, nuevos hábitos y destrezas.

Fase de logro:

- Dura 1 año y consta de 3 o 4 intervenciones. Si la persona es adherente en el cumplimiento de sus citas, y los resultados de la carga viral evidencian que esta indectable, esta persona puede pasar a dispensación de medicamentos cada 3 o 6 meses, según valoración del equipo.
- Usuarios con dos pruebas de carga viral indetectable consecutivas puedan recibir tratamiento por 6 meses continuos.
- En cada cita de la persona en ARV se enfatizará que puede llamar o regresar al establecimiento si requiere asistencia médica o psicológica fuera del tiempo establecido.

Fase de mantenimiento:

- Será continua durante toda la vida.
- La meta es incrementar la motivación, el compromiso y entrenar en habilidades de resolución de problemas de forma que puedan superar los que se presenten y las barreras que emerjan.
- Reforzar comportamientos positivos, identificar y analizar las fallas no como fracaso, sino como oportunidades de mejora y un estímulo para modificar el comportamiento.
- El tiempo entre una visita y otra dependerá del nivel de adherencia al cumplimiento de las citas y los resultados de la carga viral. Las personas con evidencia de adherencia óptima y con dos pruebas de carga viral indetectable consecutivas, se manejarán bajo la estrategia de dispensación de medicamentos multimensual, pudiendo recibir tratamiento por 6 meses continuos.
- Personas con carga viral detectable, las visitas subsecuentes serán más continuas, según la necesidad de seguimiento y apoyo que requiera la persona, con ellas se pueden aplicar intervenciones más estructuradas como Abriendo Puertas.

  (Ver *"Guía de Educación para la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral"*)

4.1 ROL DEL EQUIPO DE SALUD EN EL PROCESO DE EDUCACIÓN PARA LA ADHERENCIA

a) Rol del personal médico en la educación para la adherencia

- Establecer rappor y una comunicación empática
- Considerar la presencia de otras comorbilidades, el uso de medicamentos y las posibilidades de interacción con el esquema a prescribir
- Tratar y/o referir para tratamiento a las comorbilidades identificadas
- Evaluar el patrón de uso/abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas y las posibilidades de interacción con los ARV
- Indicar el esquema de tratamiento, explicar los medicamentos que componen el esquema, los beneficios y riesgos de cada medicamento y posibles efectos secundarios
- Analizar con el usuario como adaptar el uso de los medicamentos a su estilo de vida
- Explicar los beneficios de adherirse a los ARV Y al seguimiento periódico para potenciar la eficacia del tratamiento
- Identificar factores que pudieran afectar desfavorablemente la adherencia
- Informar que pueden llamar o regresar para aclarar duda.
- Apoyar el proceso de adherencia permanentemente

b) Rol del personal de enfermería en la educación para la adherencia

- Establecer rappor una comunicación empática
- Promover el autocuidado
- Identificar factores que podrían afectar la adherencia que deban ser trabajadas por el consejero de adherencia o psicólogo
- Reforzar el aprendizaje de los nombres y forma de los ARV que componen el tratamiento indicado a las personas
- Reforzar el uso de estrategia que contribuyan a que recuerden los horarios en que deben tomar los medicamentos
- Apoyar a los usuarios que no han comunicado el diagnóstico en la aplicación de estrategias para conservar y trasladar los medicamentos de forma confidencial correspondientes
- Estar disponible para aclarar dudas que pueda tener el usuario
- Apoyar el proceso de adherencia permanentemente
- Informar que pueden llamar o regresar para aclarar dudas

c) Rol del personal de consejería y apoyo psicológico en la educación para la adherencia

- Establecer rapport y una comunicación empática
- Trabajar las reacciones posteriores al diagnóstico y el duelo por el sentido de pérdida de la salud.
- Obtener información de potenciales barreras o facilitantes de la adherencia mediante la aplicación del formulario para medir variables socioeconómicas, psicoafectivas y de comportamiento de adhesión a los ARV
- Aplicar los otros instrumentos de evaluación diagnósticas sugeridos en esta guía (véase anexo)
- Detectar señales de déficit y deterioro cognitivo o neurológico para derivar y dar seguimiento
- Valorar la disposición y motivación al tratamiento y al cumplimiento de las indicaciones terapéuticas periódicamente y reforzar la motivación al tratamiento
- Educar para el uso correcto del esquema de tratamiento y la incorporación de este al estilo de vida
- Verifica nivel de comprensión de las indicaciones sobre cómo tomar los ARV (horarios, restricciones). En caso de fallas redefinir estrategias
- Recordar los posibles efectos secundarios que pudieran presentarse y qué hacer para enfrentarlos
- Elaborar el plan de educación y/o intervención que dé respuesta a las necesidades identificadas y desarrollarlo; educar para el logro de hábitos de vida saludables y autocuidado, utilizando el modelo Abriendo Puertas.
- Atender o derivar problemas de violencia, ansiedad, depresión o estrés, percepción de estigma, abuso de sustancias, entre otros y que pudieran obstaculizar la adherencia
- Ayudar al usuario a Identificar a quién comunicar el diagnóstico y analizar estrategias en cómo y qué comunicar a personas significativas, periódicamente reevaluar red de apoyo
- Aclarar dudas, inquietudes y errores de conceptos
- Programar citas presenciales y no presenciales para la adherencia
- Informar que pueden llamar o regresar para aclarar dudas
- Reevaluar adherencia para identificar potenciales barreras o facilitantes mediante la aplicación de las escalas sugeridas en el capítulo 4.
- Reforzar positivamente el comportamiento adherente
- Fomentar la creación de grupos de apoyo

d) Rol del personal responsable de la consejería de pares y navegación

- Establecer rapport y una comunicación empática
- Mostrar como "par" que se puede vivir con el diagnóstico
- Acompañar como "paciente experto" a los nuevos diagnósticos en el proceso de adaptación al diagnóstico, desarrollo de comportamiento adherente y desarrollo de nuevos hábitos de salud
- Realizar visitas domiciliarias en la fase inicial o preparatoria, o según necesidad para identificar factores que puedan afectar la adherencia, condiciones vida, toma de los medicamentos antirretrovirales y proponer posibles soluciones
- Enlazar con otros servicios
- Apoyar la retención de los usuarios, mediante el seguimiento a la pérdida de citas
- Rescatar los usuarios perdidos

4.2 CONSEJERÍA PARA FAMILIARES CON NIÑOS HUÉRFANOS Y SUS FAMILIARES

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

5. 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 a la población adulta que vive con VIH/Sida del MSP, estandarizando así los criterios a ser usados dentro de los servicios de atención a PVVS.

5.1 EVALUACIÓN INICIAL

- Una vez el/la usuario/a recibe el diagnostico 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 básales del usuario/a. Es necesario hacer una evaluación completa.

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

- Historia clínica incluyendo examen físico completo
- Pruebas de laboratorio durante que se pueden usar para estadificar la enfermedad del VIH y para ayudar en la selección de regímenes de medicamentos:
- Pruebas de anticuerpos contra el VIH establecer la validez del diagnóstico, solicitando al paciente los resultados de las dos pruebas rápidas de anticuerpos contra el VIH, con principios antigénicos diferentes que avalen el diagnóstico. Si la persona no muestra las pruebas que confirmen el diagnóstico, en el centro de salud deben realizar dichas pruebas.
- Recuento de linfocitos T CD4 (conteo de CD4).
- ARN del VIH en plasma (carga viral).
- Hemograma completo, perfil químico: glucemia en ayunas, colesterol total y fraccionado, triglicéridos, transaminasas, nitrógeno ureico en sangre (BUN) y creatinina, análisis de orina, VDRL y serologías para virus de hepatitis B y C.
- GenXpert o Baciloscopía en esputo o LAM en orina para TB.
- Coproparasitológico
- Prueba de embarazo en mujeres.
- Pruebas de resistencia genotípica para pacientes con falla virológica con CV-VIH ≥1000 copias/ml. (Para pacientes que tienen niveles de ARN del VIH 500 a 1,000 copias/ml, la amplificación viral para pruebas de resistencia puede no siempre ser exitosa.

- Pruebas de detección de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y las pruebas para detección de infecciones oportunistas (IO), para determinar la necesidad de profilaxis). Estas recomendaciones no son mutuamente excluyentes para el inicio temprano de tratamiento antirretroviral.

5.2 HISTORIA CLÍNICA

Generalidades

- Para la recopilación de la historia clínica, Profamilia ha asumido 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 cual 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 de 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 donde.
- Si no se tiene documentación por escrito, debe recuperarse para asegurar el diagnostico, 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, sí se ha hecho exámenes después del diagnóstico de la infección, como determinación del número de CD4 y/o carga viral.

En la historia clínica debe:

- Evaluar conductas de alto riesgo (HSH, múltiples parejas sexuales, trabajo sexual, abuso de alcohol o drogas) que ameriten apoyo psicosocial
- Evaluar existencia de enfermedades mentales
- Evaluar las comorbilidades que pudieran presentar
- Analizar factores económicos (por ejemplo, vivienda inestable), estatus migratorio y de acceso a servicios de salud, y otros factores que se han relacionado con el deterioro de la adherencia al TARV y aumentar el riesgo de transmisión del VIH.

5.3 ASPECTOS A INCLUIR EN LA EVALUACIÓN INICIAL DE UNA PERSONA QUE LLEGA POR PRIMERA VEZ A UN SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL

Aspectos para incluir		Primera consulta	Frecuencia	Factores para tomar en cuenta:
Antecedentes familiares				
Diabetes Mellitus (DM)		X		Son importantes para identificar riesgos de ciertas enfermedades en el paciente.
Enfermedades Cardiovasculares (ECV)		X		
Dislipemia (DLP)		X		
Antecedentes clínicos				
Enfermedades previas		X		Detectar interacciones medicamentosas y evaluar una mejor opción de tratamiento ARV. Vigilancia más estrecha por mayor riesgo de desarrollo de dichas patologías.
Enfermedades al momento de la evaluación		X	En cada visita	
Uso de medicamentos		X		
Uso de métodos anticonceptivos		X		
Uso de hormonas, especialmente en la población trans		X		
Vacunas		X		Referir para vacunas de acuerdo con infección a prevenir.
Consumo de alcohol, tabaco y drogas		X	En cada visita	Detectar factores de riesgo. Fomentar cambios de estilo de vida.
Consumo de alimentos y práctica de deportes u ejercicio físico		X		
Violencia emocional, física, sexual o de otro tipo		X		
Salud sexual y reproductiva				
Antecedentes Sexuales (edad de inicio vida sexual, número de parejas, orientación sexual, tipo de relaciones sexuales –anal y/o vaginal), sexo a cambio de dinero, bienes y/o servicios		X	En cada visita	Valorar factores de riesgo y promover cambios de comportamientos
Uso del condón en cada relación sexual		X		
Situación de la pareja si procede		X		
Prueba de embarazo a mujeres en edad fértil		X		
Evaluación física				
Signos vitales		X	En cada visita	
Peso, talla, índice de masa corporal (IMC)		X	Anual y/o siempre que la situación clínica del paciente lo requiera	Realizar examen del fondo de ojo en todas las personas (basal) y c/3 meses durante un año en pacientes con CD4 <200 cel/ml Que inician TARV.
Piel, orofaringe, abdomen		X		
Ganglios linfáticos		X		
Musculoesquelético		X		
Anogenital		X		
Evaluación neuro-cognitiva		X		
Evaluación psiquiátrica		X		
Determinar coinfecciones				
Serología para sífilis		X	Anual	Considerar una mayor frecuencia si existe riesgo
Serología para VHB y VHC		X	Anual en caso de existir riesgo de infección	Realizar especialmente en pacientes que usan drogas inyectables. Recomendar vacuna contra VHB en caso de no tener inmunidad.
Tuberculosis	Radiografía de Tórax	X		Realizar siempre que la situación clínica de la persona lo requiera y según disponibilidad
	Baciloscopía	X		
	Prueba GenXpert	X		
	LAM en orina	X		
Referencia para evaluación cardiovascular			Anual	En el caso de pacientes crónicos, prescribir anualmente.
Citología cérvico-uterina		X	Anual	Si no hay alteraciones se debe realizar anual, de lo contrario seguir el protocolo de prevención y atención al Cáncer Cérvico-Uterino.
Citología anal		X		

- Se debe realizar el examen físico haciendo énfasis en la revisión por órganos y sistemas para detectar signos y síntomas relacionados al VIH, lo suficientemente cuidadoso y exhaustivo, sin perder detalles, desde el estado general del paciente, piel, cabeza, cuello, gastrointestinal, neurológico, psiquiátrico.

5.4 FRECUENCIA DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO

- 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.

Prueba de Laboratorio	Entrada al servicio	2-8 Semanas de Inicio de TARV	Cada 6 meses	Cada 12 meses
Serología de VIH	X Se debe confirmar la prueba en el centro de atención			
Conteo de CD4	X Para el inicio rápido tomar muestra e iniciar tratamiento			X Tener en cuenta la supresión viral: CD4+ 300-500 cels/mm^3: Cada 12 meses CD4+ > 500 cels/mm^3 el monitoreo es opcional
Carga viral de VIH	X	X[6]	X	X
Prueba de Resistencia	X Si está disponible			
HLA-B*5701	X Si considera el uso de ABC de inicio, y si está disponible			
Serología de Hepatitis B (HBsAg, HBsAb)[7]	X[8]			X
Serología de Hepatitis C	X[9]			X
Química Básica	X		X	X
ALT, AST, Bilirrubina Total	X			X
Hemograma[10]	X		X	X
Colesterol/Triglicéridos	X		X	X
Glicemia en ayunas	X		X	X
Examen de orina	X			X Si está en TARV con TDF
Creatinina en suero	X[11]		X	X
Examen de Embarazo[12]	X			

5.5 INICIO DE TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

- La terapia antirretroviral (TARV) se recomienda para todas las personas con VIH para reducir la morbilidad y la mortalidad y prevenir transmisión del VIH a otros.

- Se recomienda iniciar TARV inmediatamente al momento del diagnóstico de VIH (luego de garantizar la toma de las muestras para laboratorios según el protocolo establecido en la presente guía y habiéndose descartado infección tuberculosa activa), con la finalidad de aumentar el vínculo con la atención, disminuir el tiempo hasta la supresión viral y mejorar la tasa de supresión virológica entre personas con VIH.

- Cuando se inicia el TARV, es importante educar a los pacientes sobre los beneficios de la misma y desplegar estrategias para optimizar la atención, compromiso y adherencia al tratamiento.

5.6 INICIO INMEDIATO A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EL DÍA DEL DIAGNÓSTICO DEL VIH

- Debido a que las personas pueden fallar en la vinculación a la atención entre el momento del diagnóstico inicial de VIH (o la primera visita a la clínica) y el momento en que se prescribe el TARV, se establece el inicio rápido del TARV el mismo día del diagnóstico del VIH como una estrategia para aumentar la captación, vinculación y retención en la atención y la adherencia al TARV.

- Se recomienda el inicio rápido de TARV inmediatamente al momento del diagnóstico de VIH ***(luego de garantizar la toma de las muestras para laboratorios según el protocolo establecido y habiéndose descartado infección tuberculosa activa).***

- Antes de prescribir el TARV, el equipo responsable de la atención a personas con VIH debe proveer el soporte necesario al paciente para lograr que acepte el diagnóstico, que se comprometa con el cumplimiento de las indicaciones médicas en relación a la toma de los ARV y los medicamentos para tratar y/o prevenir las IO, la asistencia a sus citas de seguimiento, las recomendaciones dietéticas, ejercicios físicos, entre otras, para reducir las posibilidades de pérdida, abandono o uso inapropiado del TARV.

5.7 TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Esquemas terapéuticos de 1ra línea recomendados para la infección por el VIH.

Opción	Esquema	Consideraciones
1	TDF 300mg o TAF 25mg + FTC 200mg o 3TC 300mg + DTG 50mg (1 vez al día) ó ABC 600mg + 3TC 300mg + DTG 50mg (1 vez al día)	En co-infección de TB/VIH usar Dolutegravir cada 12 horas Solicitar HLA-B*5701 previo al uso de ABC, que de resultar positivo contraindica su uso (cuando sea posible) En caso de carga viral > 100,000 copias no usar abacavir El uso de FTC o 3TC es indistinto ya que son medicamentos bioequivalentes. Cuando se prescriba EFV en pacientes con TB y mujeres embarazadas utilizar la presentación de 600mg.
2	TDF 300mg o TAF 25mg + FTC 200mg + EFV 400mg o 600mg* (1 vez al día) ó ABC 600mg + 3TC 300mg + EFV 400mg o 600mg* (1 vez al día)	

5.7.1 Fallo a la Terapia Antirretroviral (TARV)

Se define como respuesta subóptima 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.

Causas de la falla virológica

- La evaluación de la falla virológica (FV) debe incluir una evaluación de adherencia, interacciones y tolerabilidad farmacológica, nivel de carga viral, antecedentes de TARV y prueba de resistencia farmacológica previa y actual.

- En general, no se recomienda cambiar solo un ARV a un régimen con FV, ya que esto puede llevar al desarrollo de resistencia a los demás medicamentos del régimen.

- Las pruebas de resistencia a los medicamentos se deben realizar mientras el paciente está tomando el TARV fallido o dentro de las 4 semanas de la interrupción del tratamiento. Incluso si han transcurrido más de 4 semanas desde que se suspendieron los ARV, las pruebas de resistencia aún pueden proporcionar información útil para guiar la terapia, aunque es posible que no detecte mutaciones de resistencia previamente seleccionadas.

- Un nuevo régimen debe incluir al menos dos, y preferiblemente tres, ARV completamente activos . Un agente completamente activo es aquel que se espera que tenga una actividad sin compromisos en función del historial de ARV del paciente y los resultados actuales y pasados de las pruebas de resistencia a los medicamentos. Un agente completamente activo también puede tener un nuevo mecanismo de acción.

- El objetivo del tratamiento con ARV para pacientes con resistencia a los medicamentos que experimentan insuficiencia virológica es establecer la supresión virológica.

- Es crucial proporcionar apoyo de adherencia continua a todos los pacientes antes y después de los cambios de régimen debido a una falla virológica.

Indicador	Recomendaciones
Si la carga viral está por encima de 50 copias/ml y por debajo de 200 copias/ml en dos mediciones consecutivas, luego de tener carga viral indetectable.	Asegure la adherencia al TARV. Si el paciente no está cumpliendo con la toma de los medicamentos, investigue los posibles condicionantes de la mala adherencia (intolerancia a los medicamentos, olvidos, depresión, abuso de sustancias, falta de correcta información médica, etc.) Evalúe posibles efectos adversos de los ARV. Investigue posibles interacciones farmacológicas entre los ARV y otros medicamentos, tales como terapia para cáncer, inmudepresores, hormonas, medicinas naturales, entre otros. Considere coinfecciones como tuberculosis, hepatitis B, C y otras infecciones que depriman el sistema inmunológico. Repita la carga viral al mes de haber logrado una óptima adherencia y luego de descartar interacciones medicamentosas o co-infecciones. Si persiste el mismo resultado está frente a una falla virológica y debe hacer un cambio en el esquema de tratamiento.
Si la carga viral está por encima de 200 y menor a 1,000 copias/ml en dos mediciones consecutivas, luego de tener carga viral indetectable.	
Si la carga viral está repetidamente por encima de las 1,000 copias/ml	Hacer genotipo. Si se identifican una o más mutaciones de resistencia, en consulta con DIGECITSS diseñe y cambie lo más pronto posible a un esquema de rescate basado en las mutaciones de resistencia identificadas tomando las razones de cambios previos si los hubo.

5.8 ESQUEMAS TERAPÉUTICOS DE 2DA LÍNEA RECOMENDADOS PARA LA INFECCIÓN POR EL VIH

Opción	Esquema	Consideraciones
1	ABC 600mg + 3TC 300mg + ATV/r 300/ 100mg (1 vez al día) ó TDF 300mg o TAF 25mg + FTC 200mg o 3TC 300mg + ATV/r 300/100mg (1 vez al día)	Se deberá considerar esta línea terapéutica en los siguientes casos: CD4 <50% valor inicial CV >1,000 copias/ml considerar "rebote viral[13]", se deberá repetir la misma y reforzar la adherencia, repetir la CV al mes; en caso de mantener resultados >1,000 copias, deberá considerarse el cambio de terapia.
2	TDF 300mg o TAF 25mg + FTC 200mg o 3TC 300mg + DTG 50mg (1 vez al día) ó ABC 600mg + 3TC 300mg + DTG 50mg (1 vez al día)	

5.9 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.**

5.10. ESQUEMAS TERAPÉUTICOS DE 3RA LÍNEA RECOMENDADOS PARA LA INFECCIÓN POR EL VIH

Opción	Esquema	Consideraciones
	Considerar esquemas que contengan 3TC (por su relación con inducir mutaciones **M184V/I**[14]) Podrá construirse un esquema base con TDF, ABC, 3TC y/o FTC según reporte del genotipo, acompañado por: DTG 50 mg 1 vez al día DRV/r 600/100mg 1 vez al día RAL 400mg 1 vez al día	Se considerará la 3ra línea de tratamiento cuando exista evidencia de fallo a la 1ra y 2da línea de TARV y con: CV >5,000 copias/ml y una prueba de genotipificación[15] con patrones genéticos de resistencia a los esquemas utilizados. Estos esquemas serán solicitados al Programa Nacional y serán prescritos solo con previa evaluación y autorización por parte del Comité Nacional de Resistencia a los ARV, según reporte de genotipo.

5.11 EFECTOS ADVERSOS A LOS ANTIRRETROVIRALES

Tabla Efecto adversos relacionados a las familias de antirretrovirales

EFECTO ADVERSO	FAMILIA ANTIRRETROVIRAL			
	NRTI[16]	NNRTI	IP	II
Densidad Ósea (DO)	TDF[17]: asociado con una mayor pérdida de DO que otros NRTI, especialmente cuando se administra con un refuerzo de PK. La osteomalacia puede estar asociada con tubulopatía renal y pérdida de fosfato en orina. TAF: asociado con disminuciones más pequeñas en la DO que las observadas con TDF.	Disminución en la DO observadas después del inicio de cualquier régimen de TAR.		
Supresión de Médula Ósea	AZT: Anemia, neutropenia	N/A	N/A	N/A
Efectos en la Conducción Cardiaca	N/A	RPV, EFV: prolongación del segmento QTc	ATV / r y LPV / r: prolongación PR. Los factores de riesgo incluyen enfermedades cardíacas preexistentes y el uso concomitante de medicamentos que pueden causar la prolongación de PR	N/A
Enfermedad Cardiovascular	ABC: Asociado con un mayor riesgo de Infarto al Miocardio en algunos estudios de cohortes. El riesgo absoluto es mayor en pacientes con factores de riesgo de ECV tradicionales.	N/A	DRV and LPV/r: Asociado con eventos cardiovasculares en algunas cohortes	N/A
Colelitiasis	N/A	N/A	ATV: La colelitiasis y los cálculos renales pueden presentarse simultáneamente. La mediana de inicio es de 42 meses después del inicio de ARV.	N/A
Diabetes Mellitus	AZT	N/A	LPV/r, pero no con el ATV o DRV	N/A
Dislipidemia	AZT > ABC: Trigliceridos y ↑ LDL TAF: ↑ TG, ↑ LDL, y ↑ HDL	EFV: ↑ Trigliceridos, ↑ LDL, ↑ HDL	RTV- o COBI+ IPs: ↑ TG, ↑ LDL, ↑ HDL LPV/r > DRV/r y ATV/r: ▯ Trigliceridos	EVG/c: ↑ TG, ↑ LDL, ↑ HDLL
Efectos Gastrointestinales	ZDV > Otros NRTIs: Náusea y vómitos	N/A	Intolerancia gástrica (ej., diarrea, náusea, vómitos) LPV/r > DRV/r y ATV/r: Diarrea	EVG/c: Náusea y diarrea

EFECTO ADVERSO	FAMILIA ANTIRRETROVIRAL			
	NRTI[18]	NNRTI	IP	II
Reacciones de Hipersensibilidad (RHS)	ABC: Contraindicado si el paciente es positivo para HLA-B * 5701. La mediana de inicio de RHS es de 9 días después del inicio del tratamiento; El 90% de las reacciones ocurren dentro de las 6 semanas. Síntomas de RHS (en orden de frecuencia descendente): fiebre, erupción cutánea, malestar general, náuseas, dolor de cabeza, mialgia, escalofríos, diarrea, vómitos, dolor abdominal, disnea, artralgia y síntomas respiratorios Los síntomas empeoran con la continuación de ABC. Los pacientes no deben ser reincorporados a ABC si se sospecha RHS, independientemente de su estado HLA-B * 5701.	NVP: síndrome de hipersensibilidad de hepatotoxicidad y erupción cutánea que puede estar acompañado de fiebre, malestar general, fatiga, mialgias, artralgias, ampollas, lesiones orales, conjuntivitis, edema facial, eosinofilia, disfunción renal, granulocitopenia o linfadenopatía. El riesgo es mayor para mujeres sin tratamiento previo con ARV con recuentos de CD4 previos a NVP> 250 células / mm3 y hombres con recuentos de CD4 previos a NVP> 400 células / mm3. En general, el riesgo es mayor para las mujeres que para los hombres.	N/A	RAL: RHS cuando RAL se administra con otros medicamentos que también se sabe que causan HSR. Todos los ARV deben detenerse si se produce HSR. DTG: Reportado en <1% de pacientes en programa de desarrollo clínico
Lipodistrofia	Lipoatrofia: asociada con antecedentes de exposición a d4T o ZDV (d4T> ZDV). No se informa con ABC, 3TC o FTC, TAF o TDF.	Lipo hipertrofia: aumento de grasa en el tronco observado con regímenes que contienen EFV, PI y RAL; sin embargo, la relación causal no se ha establecido.		
Miopatía/Elevación de Creatina Fosfoquinasa	AZT: Miopatía	N/A	N/A	RAL y DTG: ↑ CPK, rabdomiólisis y miopatía o miositis han sido reportadas.
Efectos Psiquiátricos/ Sistema Nervioso	Antecedentes de exposición a ddI, ddC o d4T: neuropatía periférica (puede ser irreversible)	Eventos neuropsiquiátricos: EFV> RPV, DOR, ETR EFV: somnolencia, insomnio, sueños anormales, mareos, disminución de la concentración, depresión, psicosis, ideación suicida, ataxia, encefalopatía. Algunos síntomas pueden disminuir o disminuir después de 2 a 4 semanas. La hora de acostarse y tomar sin alimentos puede reducir los síntomas. Los factores de riesgo incluyen enfermedad psiquiátrica, uso concomitante de agentes con efectos neuropsiquiátricos y factores genéticos.	N/A	Todos los INSTI: se ha informado de insomnio, depresión y tendencias suicidas con el uso de INSTI, principalmente en pacientes con afecciones psiquiátricas preexistentes.

EFECTO ADVERSO	FAMILIA ANTIRRETROVIRAL			
	NRTI[16]	NNRTI	IP	II
Efectos Renales/ Uro litiasis	TDF: ↑ SCr, proteinuria, hipofosfatemia, pérdida de fosfato urinario, glucosuria, hipocalemia y acidosis metabólica sin brecha aniónica. El uso concurrente de TDF con regímenes que contienen COBI o RTV parece aumentar el riesgo. TAF: Menos impacto en biomarcadores renales y tasas más bajas de proteinuria que TDF.	RPV: inhibe la secreción de Cr sin reducir la función glomerular renal.	ATV y LPV / r: asociado con un mayor riesgo de enfermedad renal crónica en un gran estudio de cohorte. ATV: formación de piedra o cristal. La hidratación adecuada puede reducir el riesgo. COBI (como agente de refuerzo para DRV o ATV): inhibe la secreción de Cr sin reducir la función glomerular renal.	DTG, COBI (como agente de refuerzo para EVG): inhibe la secreción de Cr sin reducir la función glomerular renal
Síndrome de Stevens-Johnson/ Necrosis Epidérmica Toxica	N/A	NVP > EFV, ETR, RPV	DRV, LPV/r, y ATV	RAL
Ganancia de Peso	El aumento de peso se ha asociado con el inicio de ART y la supresión viral posterior. El aumento parece ser mayor con los II que con otras clases de drogas. También se ha informado un mayor aumento de peso con TAF que con TDF.			

NOTAS:

13. La supresión viral óptima se define generalmente como una carga viral persistentemente por debajo del nivel de detección (ARN del VIH <20 a 75 copias / ml, dependiendo del ensayo utilizado). Sin embargo, los blips aislados (cargas virales detectables de forma transitoria a niveles bajos, típicamente ARN del VIH <400 copias/ ml) no son infrecuentes en pacientes tratados con éxito y no predicen la falla virológica.

14. Las mutaciones M184V / I son seleccionados por 3TC / FTC y reducen la susceptibilidad a estas drogas >100 veces. También se seleccionan por y causan resistencia de bajo nivel al ABC. En contraste, M184V/I aumenta la susceptibilidad y ralentiza la aparición de resistencia a TDF. M184V/I están asociados con una replicación viral reducida in vitro e in vivo. M184I generalmente emerge antes que M184V porque resulta de una sustitución de nucleótidos de VIH-1 más común. Sin embargo, M184V supera a M184I dentro de varias semanas de replicación viral y se encuentra en la mayoría de los pacientes con falla virológica en 3TC o FTC.

15. Los ensayos de resistencia genotípica y fenotípica se utilizan para evaluar cepas virales y seleccionar estrategias de tratamiento eficaces. Estos ensayos proporcionan información sobre la resistencia a los INTI, los INNTI, los IP y los INSTI. En algunas circunstancias, las pruebas de resistencia a INSTI pueden solicitarse por separado, y los médicos deben verificar esto con el laboratorio de pruebas. La prueba de resistencia a INSTI es particularmente importante en personas que experimentan una falla virológica mientras toman un régimen que contiene un fármaco de esta familia.

16. NRTI= Inhibidores nucleos(t)idos de la transcriptase reversa; NNRTI= Inhibidores no nucleosidos de la transcriptasa reversa; IP= Inhibidores de Proteasa; II= Inhibidores de Integrasa.

17. 3TC = lamivudina; ABC = abacavir; ATV = atazanavir; ATV / r = atazanavir / ritonavir; COBI = cobicistat; CPK = creatina fosfoquinasa; Cr = creatinina; d4T = estavudina; DLV = delavirdina; DRV = darunavir; DRV / r = darunavir / ritonavir; DTG = dolutegravir; ; EFV = efavirenz; ETR = etravirina; EVG = elvitegravir; EVG /c = elvitegravir / cobicistat; FTC = emtricitabina; GI = gastrointestinal; HDL = lipoproteína de alta densidad; IDV = indinavir; LDL = lipoproteína de baja densidad; LPV / r = lopinavir / ritonavir; NVP = nevirapina; RAL = raltegravir; RTV = ritonavir; TAF = tenofovir alafenamida; TDF = tenofovir disoproxil fumarato; TPV = tipranavir; TPV / r = tipranavir / ritonavir; AZT = zidovudina.

6. MANEJO DE LAS COINFECCIONES

6.1 PACIENTES COINFECTADOS POR VIH/VHB:

- Antes de iniciar TARV, todos los pacientes que resulten positivos para el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) deben hacerse una prueba de ADN del virus de la hepatitis B (VHB) mediante un ensayo cuantitativo para determinar el nivel de replicación del VHB.

- Debido a que FTC, 3TC, TDF y TAF tienen actividad contra el VIH y el VHB, deben incluirse como parte del esquema estos ARV en un régimen de TARV para pacientes con coinfección VIH/VHB.

- Si el TARV necesita ser modificado debido a una falla virológica del VIH y el paciente tiene una supresión adecuada del VHB, los medicamentos ARV activos contra el VHB deben continuarse para el tratamiento del VHB en combinación con otros agentes ARV adecuados para lograr la supresión del VIH. (Para más detalles sobre el manejo de la infección por Hepatitis B diríjase a la Guía de Atención de las Hepatitis Virales y sus comorbilidades asociadas al VIH del Ministerio de Salud Pública, 2018)

6.2 PACIENTES COINFECTADOS POR VIH Y VHC

- Todas las personas con VIH deben ser examinadas para detectar la infección por el virus de la hepatitis C (VHC).

- Los pacientes con alto riesgo de infección por el VHC (ej. Usuarios de drogas endovenosas, encarcelados, nacidos en la década de los 50s o baby Boomers) deben ser examinados anualmente y siempre que se sospeche una infección por el VHC.

- El TARV puede retrasar la progresión de la enfermedad hepática al preservar o restaurar la función inmune y reducir la activación e inflamación inmunitarias relacionadas con el VIH. Para la mayoría de las personas con coinfección por VHC/VIH, incluidas las que tienen cirrosis, los beneficios del TARV superan las preocupaciones sobre la lesión hepática inducida por fármacos. Por lo tanto, el TARV debe iniciarse en todos los pacientes con coinfección por VHC/VIH, independientemente del conteo de CD4+ .

- Los regímenes iniciales de TARV que se recomiendan para la mayoría de los pacientes con coinfección por VHC /VIH son los mismos que los recomendados para personas sin infección

por VHC. Sin embargo, cuando se indica el tratamiento tanto para el VIH como para el VHC, los regímenes de tratamiento de ARV y VHC deben seleccionarse con especial consideración para posibles interacciones farmacológicas y toxicidades superpuestas .

- Todos los pacientes con coinfección por VHC / VIH deben ser evaluados para la terapia contra el VHC, lo que incluye evaluar su etapa de fibrosis hepática para guiar la duración de la terapia y predecir el riesgo posterior de carcinoma hepatocelular y complicaciones de la enfermedad hepática. **(Para más detalles sobre el manejo de la infección por Hepatitis B diríjase a la Guía de Atención de las Hepatitis Virales y sus comorbilidades asociadas al VIH del Ministerio de Salud Pública, 2018).**

6.3 PACIENTES COINFECTADOS POR TB/VIH:

- Iniciar Terapia Preventiva para TB (TPI) está indicada a tolos los pacientes VIH que no presente sintomatología sugestiva de TB activa (tos, fiebre, pérdida de peso y sudoración nocturna), con las siguientes combinaciones:
  - Terapia preventiva con Isoniacida (TPI) monoterapia de auto administración diaria por 6 meses.
  - Terapia preventiva con Isoniacida y Rifampicina combinada (3 HR) administración diaria supervisada por 3 meses.
  - Terapia preventiva con Isoniacida y Rifapentina combinada (3HP): administración supervisada 1 vez por semana durante 12 semanas ***(Ver Guía Nacional para la Atención de la Coinfeccion TB y VIH).***

- En los pacientes coinfectados TB/VIH debe ser iniciada la profilaxis con trimetoprim/sulfametoxazol (TMP/SMX) independientemente del conteo de CD4; coinfectados TARV a todos los pacientes infectados por el VIH con TB activa independientemente del recuento de células CD4, la dosis recomendada es 1 tableta 160/800 mg/día vía oral, mientras dure el tratamiento anti-TB.

- Se iniciará TARV en todo paciente VIH con TB activa, independientemente del recuento de linfocitos CD4 y el estadio clínico.

- Se iniciará tratamiento anti-TB primero, seguido de TARV independientemente de su conteo de CD4 tan pronto se adapte al tratamiento anti-TB, entre las dos a ocho semanas.

- Si el paciente está en estado de inmunosupresión grave (recuento de CD4 < 50/mm3) deberá recibir TARV a las dos semanas después del inicio del tratamiento anti-TB.34 Estos pacientes deberán ser evaluados por un especialista.

- En una persona con VIH que desarrolla tuberculosis, el régimen de tratamiento con ARV de preferencia es uno que contenga Efavirenz como el INNTI, esto es debido al riesgo de hepatotoxicidad por el tratamiento simultáneo con los medicamentos anti-TB.

- Los pacientes con regímenes de ARV de segunda línea que estén en uso de algún inhibidor de la proteasa (IP) y no se disponga de Rifabutina para su tratamiento anti-TB, se recomienda sustituir el IP por un inhibidor de la integrasa (INSTI) como Dolutegravilr (DGT) o Raltegravir (RAL) ajustando la dosis.35 Para esto el médico tratante deberá consultar con el CONACO.

RECOMENDACIONES DE ARV SEGÚN POBLACIÓN Y ESQUEMAS DE TRATAMIENTO

POBLACIÓN	ESQUEMAS DE TRATAMIENTOS ARV		
	1ª LÍNEA	2ª LÍNEA	3ª LÍNEA
ADULTOS	2INRT + DGT* 2INRT + EFV*	2INRT + ATV/r 2INRT + ATV/r o DGT	Esquema optimizado con base en genotipificación DRV/r** o RAL*** ± 2 INRT
MUJERES EN EDAD FÉRTIL, EMBARAZADAS O QUE AMAMANTAN	2INRT + EFV	2INRT + ATV/r	Esquema optimizado con base en genotipificación DRV/r** o RAL*** + 2 INRT
ADOLESCENTES	2 INTR + DTG 2 INTR + EFV	2 INTR + ATV/r 2 INTR + ATV/r o DTG	Esquema optimizado con base en genotipificación DRV/r** o RAL*** + 2 INRT

* Ajustar dosis de DTG a 50mg c/12 horas; aún no se dispone de datos acerca de la inocuidad y eficacia de DTG y EFV400, cuando se administran a mujeres en edad fértil o embarazadas.

** En casos en que deba usarse inhibidores de la proteasa reforzados (ATV/r, DRV/r, LPV/r), tener en cuenta las potenciales interacciones farmacológicas (ver acápite 3.2.10).

*** No utilizar RAL en pacientes tratados previamente con DTG debido a su menor barrera genética.

7. INFECCIONES OPORTUNISTAS

Tabla, Tratamiento de las infecciones oportunistas más frecuentes

Enfermedad	Agente causal	Tratamiento	
		Preferente	Alternativo
Infecciones oportunistas producidas por parásitos			
Neumonía	Pneumocystis jiroveci	Trimetoprim:Sulfametoxazole forte (160/800 mgs) o simple (80/400 mgs) 1 vez/día V.O.	• Dapsona 100 mgs 1 vez/día o 50 mgs cada 12 horas V.O. • Dapsona 200 mgs + Pirimetamina 75 mgs + Acido folínico 25 mgs – 1 vez/semana
Encefalitis por T. gondii	Toxoplasma gondii	Trimetoprim:Sulfametoxazole forte (160/800 mgs) 1 vez/día V.O.	• Dapsona 100 mgs 1 vez/día o 50 mgs cada 12 horas V.O. • Dapsona 200 mgs + Pirimetamina 75 mgs + Acido folínico 25 mgs – 1 vez/semana • Clindamicina 600 mg vo / iv + pirimetamina 200 mg de inicio y luego 50 a 75 mg
Diarreas, enteritis y otras infecciones gastrointestinales.	Crypstosporidium spp.	TARV	
	Microsposridios	Trimetoprim:Sulfametoxazole forte (160/800 mgs) 1 vez/día V.O.	
	Isospora belli	TARV	
Infecciones oportunistas causadas por hongos			
Candidiasis oral	Candida spp	Fluconazol 100 mg/día x 7-14 días (AI)	
Candidiasis Esofágica		Fluconazol 100-200 mg/día x 7-14 días (AI). En caso de no tolerar vía oral, fluconazol IV (hasta 400 mg/día): AI	
Candiaisis Vulvovaginal		Fluconazol 150 mg al día en dosis única	
Criptococosis: Fiebre, malestar general y cefalea	Cryptococcus neoformans	Anfotericina B desoxicolato o anfotericina liposomal por 2 semanas + Fluconazol 400 mg/día por 8 semanas	

Enfermedad	Agente causal	Tratamiento	
		Preferente	Alternativo
Infecciones oportunistas producidas por virus			
Herpes orolabial o genital no grave	Infecciones producidas por virus herpes simplex	Aciclovir 400 mg v.o. cada 8 h por 7-10 días.	
Herpes orolabial o genital grave		Tx. inicial con aciclovir 5 mg/kg i.v. cada 8 h y continuar con Aciclovir 400 mg v.o. cada 8h , hasta que las lesiones hayan curado	
Herpes genital recurrente		Aciclovir 400-800 mg v.o. cada 8-12 h	
Encefalitis herpética		Aciclovir 10 mg/kg i.v. cada 8 h durante 14-21 días	
Herpes zóster localizado	Infecciones producidas por virus varicela-zóster	Aciclovir 800 mg v.o. cada 6 h durante 7-10 días	
Varicela		Aciclovir 10 mg/kg i.v. cada 8 h durante 7-10 días ó	
Herpes zóster diseminado o con afectación visceral o necrosis retiniana periférica		Aciclovir 10 mg/kg i.v. cada 8 h hasta la resolución de las lesiones cutáneas y viscerales	
Necrosis retiniana externa rápidamente progresiva		Aciclovir 10 mg/kg i.v. cada 8 h en combinación con foscarnet 60 mg/kg i.v. cada 8 h	

8. TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL

La infección por VIH y la sífilis son importantes problemas de salud pública que afectan a las mujeres y sus recién nacidos de manera directa y por extensión al conjunto de la comunidad en América Latina y el Caribe (ALC). La infección del niño por el VIH supone la adquisición de un padecimiento crónico que potencialmente acorta la esperanza de vida y que supone un enorme costo humano, social y económico.

8.1 SÍFILIS MATERNA

La sífilis tiene alta prevalencia en nuestra población y su potencial mórbido para la madre, pero sobre todo para el feto, cuyas lesiones pueden desencadenar patologías que afectaran al infante y niño durante toda su vida, pudiendo producir muerte perinatal.

- La prevención de la sífilis congénita se realiza mediante la detección y tratamiento de la sífilis materna y su pareja, antes de las 20 semanas de gestación.
- Ofrecer consejería sobre factores de riesgo, evolución y tratamiento de la sífilis y el VIH a toda embarazada que demanda servicio.
- Realizar prueba serológica de sífilis (Treponémica o No treponémica) a toda embarazada en su primera consulta.
- Toda embarazada con sífilis gestacional diagnosticada por prueba rápida se le realizará una cuantificación de títulos por VDRL para el seguimiento de la respuesta al tratamiento.
- Un resultado de tamizaje por VDRL con título mayor de 1: 4 diluciones es diagnóstico de sífilis materna. Valores menores apoyado con la historia clínica, y/o una prueba Treponémica también confirma el diagnóstico de sífilis materna o gestacional.
- El diagnóstico de sífilis materna y el tratamiento debe realizarse antes de las 20 semanas de gestación.
- Si la infección ocurriera o se detectara después de las 20 semanas, debe ser tratada antes de las 4 semanas previa al parto para prevenir la sífilis congénita.
- Citar formalmente a la pareja de la embarazada seropositiva de sífilis aplicar tratamiento y tomar muestra para fines de seguimiento.
- Realizar prueba sífilis cada tres meses a todas las embarazas que resultan seronegativas en determinaciones anteriores.

- Todo caso de sífilis materna se tratará con tres dosis (unas semanal) de Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de unidades, por 3 semanas.

REGÍMENES ALTERNATIVOS PARA GESTANTES ALÉRGICAS A LA PENICILINA

En caso de no poder utilizar penicilina, no se dispone de alternativas efectivas de tratamiento para prevenir la sífilis congénita.

TRATAMIENTO PARA GESTANTES ALÉRGICAS A LA PENICILINA		
SÍFILIS TEMPRANA	SÍFILIS LATENTE	SÍFILIS TERCIARIA, LATENTE TARDÍA Y EVOLUCIÓN DESCONOCIDA
Eritromicina 500 mg, c/6 horas durante 14 días, que puede no ser suficiente para la madre. Después del parto se debe continuar con doxiciclina 100 mg, c/12 h, durante 14 días. 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).	Eritromicina 500 mg, vía oral, c/6 horas durante 30 días.	Tratar después del parto con: Doxiciclina 100 mg, vía oral c/12 horas, durante 30 días o Tetraciclina 500 mg, vía oral c/6 horas durante 30 días

8.2 SÍFILIS CONGÉNITA

El Treponema Pallidum está presente en la sangre de una embazada infectada por sífilis en los estadios tempranos del embarazo y puede ser transmitido al feto. El paso a través de la placenta suele ocurrir entre las semanas 16 y 28 del embarazo, pero se han descrito casos desde la semana 9.

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 cuatro veces superior a los de la madre, (por ejemplo, título de 1/8 en la madre y 1/32 en el niño).
- Asintomático, cuya madre fue tratada adecuadamente, pero no se dispone de títulos cuantificados para comparar con la madre.

- El diagnóstico de sífilis congénita se establece mediante la historia de una madre que cursa con sífilis durante el embarazo.
- Los eventos de infección intraútero incluyen aborto, feto muerto, bajo peso al nacer, prematuridad o infección neonatal.
- Todos los hijos de mujeres que presentaron sífilis durante el embarazo deben ser estudiados para determinar si presentan evidencia de la enfermedad.

Manifestaciones sospechosas de sífilis congénita temprana

Las manifestaciones clínicas de la sífilis congénita son variadas e incluyen alguna de las siguientes manifestaciones:

- Prematurez; Retardo de crecimiento intrauterino;
- Neumonitis (neumonía alba);
- Hepatoesplenomegalia;
- Linfadenopatía generalizada;
- Manifestaciones hematológicas: anemia, leucopenia, leucocitosis, trombocitopenia;
- Manifestaciones mucocutáneas: púrpura, pénfigo palmo plantar, erupción maculopapular, condilomas planos, ragades, petequias; Lesiones óseas, osteocondritis, periostitis;
- Manifestaciones renales: síndrome nefrótico

Tratamiento de la Sífilis Congénita

Recibirán tratamiento para la sífilis:

- Recién nacidos con evidencia clínica de sífilis congénita;
- Recién nacidos asintomáticos pero cuyas madres no recibieron un tratamiento adecuado para la sífilis materna;
- Recién nacidos asintomáticos y cuyas madres fueron tratadas adecuadamente pero que presentan títulos de RPR o VDRL superiores (4 veces) a los de la madre;
- Recién nacidos sintomáticos y cuyas madres fueron tratadas adecuadamente pero no se dispone de títulos cuantificados para comparar con los de madre.

El tratamiento de la sífilis congénita es penicilina cristalina G acuosa: 50.000 unidades/Kg. cada 12 horas (100.000/Kg/día) durante los 7 primeros días de edad y continuando después con 50.000 unidades/kg cada 8 horas (150.000/kg/día) hasta completar 10-14 días.

En los niños que presentan manifestaciones neurológicas el tratamiento debe mantenerse siempre durante 21 días. Si se ha descartado la neuro sífilis, puede considerarse el tratamiento alternativo con penicilina procaína IM a dosis de 50.000 udes/kg en dosis única diaria durante 10 a 14 días.

Los niños asintomáticos, que nacen de madres con sífilis gestacional tratada en forma adecuada y cuyos títulos de RPR o VDRL son similares o inferiores a los de la madre se administrará una sola dosis de penicilina Benzatínica de 50.000 unidades/kg de peso, 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 función hepática.
- 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. 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.

8.3 INFECCIÓN VIH EN EMBARAZADA

Es obligatoria la información y el diagnóstico de la infección por VIH en la gestación, por lo que se debe de realizar lo siguiente:

- Ofrecer a toda embarazada la información adecuada sobre VIH.
- Realizar la prueba rápida de VIH en la primera consulta, previa consejería.
- Repetir la prueba de VIH en cada trimestre restante de la gestación a toda embarazada que haya resultado seronegativa en determinaciones anteriores, y no basarse solo en la presencia o no de factores de riesgo.
- Realizar la prueba serológica, en caso de que sea VIH desconocida al momento del parto durante el posparto inmediato; de no poder realizarse la prueba, antes de la de alta debe salir con el diagnóstico.
- Hacer la prueba cada trimestre y una prueba serológica antes del parto a mujeres con serología negativa para el VIH; así como, prácticas de riesgo durante la gestación, especialmente si su pareja está infectada. De ser posible, realizar un test viral para superar la probabilidad de un posible falso negativo de los test de anticuerpos, cuando la paciente se encuentra en período de ventana.
- Realizar dos determinaciones de CD4 y de carga viral, con intervalo de 12 a 16 semanas antes del parto.
- Orientar acerca de la alimentación y de la nutrición que requiere el recién nacido.
- Todas las embarazadas seropositivas deben de tomar medicamentos antirretrovirales, tanto para prevenir la transmisión de madre a hijo como para proteger su propia salud.
- Las embarazadas seropositivas empezarán a tomar los medicamentos antirretrovirales desde su primera consulta. Las mujeres que ya están tomando medicamentos cuando quedan embarazadas, continuarán tomándolos durante el embarazo, haciendo los ajustes medicamentosos que se consideren dañinos para el feto.

- A las mujeres con una carga viral alta o desconocida se les debe realizar una cesárea, para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo. En este sentido, la cesárea se realizará en la semana 39 del embarazo.
- Realizar el control prenatal, según lo que establecen los protocolos de atención al embarazo.
- Establecer las citas según las necesidades de atención de la usuaria, para el control de VIH y para lograr la adherencia.

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LA EMBARAZADA

Esquema de Primera Línea

Esquema Preferente	Tenofovir/emtricitabina (300/200 mg) + raltegravir (400 mg) (TDF/FTC+RAL)
Esquemas Alternativos	Tenofovir/emtricitabina (300/200 mg) + efavirenz (600 mg) (TDF/FTC+EFV)
	Abacavir/lamiduvina (600/300 mg) + efavirenz (600 mg) (ABC/3TC + EFV)

Esquema de Segunda Línea

Tenofovir/emtricitabina (300/200 mg) +Atazanavir/ritonavir (300/100 mg) (TDF/FTC + ATV/r)
Abacavir/lamiduvina(600/300 mg) + Atazanavir/ritonavir (300/100 mg) (ABC/3TC + ATV/r)

8.4 PATOLOGÍAS QUE COMPLICAN EL EMBARAZO A MUJERES CON VIH

Hay una serie de patologías que complican el embarazo y que en las mujeres con VIH pueden adquirir dimensiones que ameritan un manejo diferenciado. Entre estas se incluyen: la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el asma bronquial y las infecciones de transmisión sexual, entre otras.

Es importante tomar en cuenta:

- Recibir cuidados prenatales regulares desde el inicio del embarazo, para detectar a tiempo posibles patologías subyacentes.

- Referir a la paciente con los especialistas relacionados a la patología que presente, para la interconsulta de lugar.
- Continuar con los ARV y verificar si existe alguna interacción medicamentosa, si la embarazada es tratada por algunas de las enfermedades descritas anteriormente.

8.5 MANEJO DEL PARTO EN LA EMBARAZADA VIH

El período de mayor riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo es el momento del parto. Entre los factores de riesgo más importantes están: la CVP y las secreciones vaginales, el estadio de la enfermedad, la duración de la rotura de las membranas, la duración del trabajo de parto, el TARV recibido y la vía del parto.

8.6 REQUISITOS PARA EL PARTO POR VÍA VAGINAL

- Tener recientemente una carga viral indetectable.
- Iniciar el TARV en etapa temprana o antes del embarazo.
- Realizar el parto vaginal en caso de RPM y ante un trabajo de parto avanzado (más de 6 cm de dilatación), aplicando todas las medidas intrapartos.
- Hacer el parto vaginal en mujeres en TARV, con progresión rápida de la labor de parto y con una carga viral < 50 copias /ml (indetectable) en el tercer trimestre.
- Evitar la ruptura artificial de las membranas.
- Evadir la utilización de instrumentación en el parto (fórceps o ventosa).
- Aplicar episiotomía restrictiva.
- Proceder a separar al RN de la placenta rápidamente, realizar pinzamiento inmediato
- y evitar el ordeño de la placenta.
- Aspirar y bañar al recién nacido con agua estéril a 35 °C.
- Colocar al RN en alojamiento conjunto, siempre que las condiciones así lo permitan; y garantizar que reciba zidovudina a 2mg/kg entre las primeras 4 y 6 horas.

8.7 REQUISITOS PARA EL PARTO POR CESÁREA

- Realizar la cesárea electiva a la embarazada con VIH en la semana 39.
- Individualizar la conducta a seguir. En ese sentido, basarse en los antecedentes de adherencia al TARV y en la existencia o no de fracasos previos en mujeres en TARV, con CVP oscilante entre las 50 y 400 copias/ml y con una labor de parto muy avanzada.
- Hacer una cesárea programada o de emergencia en casos de CV > 400 copias/ml.
- Administrar cefalosporina de primera generación durante la cesárea.
- Proceder a separar al RN de la placenta rápidamente, realizando un pinzamiento inmediato y evitando el ordeño de la placenta.
- Proceder a aspirar y a bañar al recién nacido con agua estéril a 35 °C.
- Colocar al RN en alojamiento conjunto, siempre que las condiciones así lo permitan; y recibir su TARV entre las primeras 4 y 6 horas.

8.8 CONTINUIDAD DEL CONTROL EN EL PUERPERIO DE UNA MUJER CON VIH

- Continuar usando los ARV y el resto de los medicamentos antibióticos (si fue prescrito); así como, hierro y ácido fólico, según se le haya recomendado.
- Continuar la profilaxis del RN con zidovudina a 2 mg/kg cada 6 horas por 6 semanas.
- No amamantar al RN, que sea hijo de una mujer VIH.
- Poner en práctica las instrucciones para la preparación, conservación y administración de la alimentación de reemplazo del RN.
- Asistir a la primera cita de puerperio, cuando se cumplan siete días.
- Orientar sobre las prácticas sexuales seguras, el uso del condón y las opciones de anticoncepción, para ser remitida a control ginecológico.
- Orientar sobre las prácticas sexuales seguras, el uso del condón y las opciones de anticoncepción, para ser remitida a control ginecológico.
- Guiar sobre cómo dar un adecuado seguimiento al tratamiento para evitar abandonos y/o una mala adherencia al mismo.
- Asegurar la evaluación completa y el seguimiento médico de las pacientes con diagnóstico reciente de infección por el VIH antes del alta hospitalaria.

9. SEGUIMIENTO DEL NIÑO/A EXPUESTO AL VIH

Se entiende por niño expuesto: aquel que ha nacido de una madre con VIH. A partir de ahí, se realiza el cronograma de seguimiento desde el momento del nacimiento, que se basa en los pasos siguientes:

- Pinzamiento y corte temprano del cordón umbilical.
- Reducir al mínimo la aspiración, en cuanto sea posible.
- Bañar al recién nacido con agua tibia rápidamente, para evitar la hipotermia.
- Sustituir la lactancia materna por 6 meses.
- Iniciar la profilaxis con ARV en las primeras ocho horas de vida, tan pronto como el recién nacido tolere la alimentación y la medicación oral.
- Obtener hemograma para contar con una línea basal de la hemoglobina.
- Realizar la primera consulta de seguimiento entre los 7 a 15 días de nacidos, a las 4 semana, 6 semanas y luego cada mes.
- En la consulta de las 6 semanas se retira la Zidovudina y se inicia el trimetropim sulfa.
- Se administra TMP/SMX por 5 mg/kg de peso, cada 24 horas; así como, vía oral por tres días alternos o consecutivos a la semana.
- En los niños que se descarte la infección por VIH, suspender la profilaxis con la TPM/SMX.
- En aquellos niños infectados por VIH, se continuará la profilaxis con TMP/SMX hasta el primer año.

9.1 DIAGNÓSTICO TEMPRANO EN INFANTES

En la sexta semana se le realizará al recién nacido la prueba de carga viral por el método PCRADN proviral del VIH. Si el resultado es positivo se debe repetir inmediatamente una segunda muestra; si es negativo, se le repite a los seis meses de edad. **(Ver Lamina 1. Flujograma de toma de muestra de PCR-ADN para los hijos de madres VIH).**

SI LA PRUEBA REALIZADA DE VIH, RESULTA NEGATIVA

- Suspender la profilaxis con TMP/SMX.
- Realizar una segunda prueba de PCR/ADN, a los seis meses de edad.
- En cada visita, dar seguimiento longitudinal que incluya: esquema de vacunación y opciones de alimentación.
- Ofrecer un seguimiento mensual hasta el primer año de vida y luego cada dos o tres meses hasta alcanzar los dos años.

MADRE CON ESTATUS SEROLÓGICOS DESCONOCIDOS

Si el recién nacido de madre que se desconoce su estado serológico presenta síntomas sugestivos de VIH (diarrea, fiebre, pérdida de peso, candidiasis oral y neumonía a repetición), se recomienda lo siguiente:

- Si el niño es captado entre 0 a 18 meses de edad se recomienda realizar una prueba de anticuerpos. En caso de que los resultados resulten positivos se recomienda confirmar con la prueba de PCR-ADN del VIH. **(Ver Lamina 2: Flujograma para el diagnóstico de VIH en niños/as a partir del año).**

- Si el niño es captado a los 18 meses de edad, se realizará una prueba de anticuerpos de VIH; si esta reporta dos pruebas de anticuerpos negativas, con un intervalo mayor de un mes, se considerará VIH negativo. **(Ver Lamina 2: Flujograma para el diagnóstico de VIH en niños/as a partir del año).**

10. VACUNACIÓN

Aunque los niños con infección por VIH/sida deben de recibir todas las vacunas administradas a un niño sano de la misma edad, como se señala en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), existen algunas recomendaciones especiales:

- No vacunar con BCG al niño que presente signos y síntomas de inmunodeficiencia grave.
- Se debe aplicar la vacuna triple viral (sarampión, parotiditis y rubéola) o monovalente con antisarampión a los niños con infección por VIH sin inmunosupresión o con inmunosupresión leve; no se debe aplicar a los que tienen inmunosupresión grave o con unos CD4 menos de 25%.
- La inmunización antipoliomielítica de virus vivos atenuados OPV (Sabin) se aconseja sustituir.
- con una de virus muertos VPI (Salk), aunque no se ha descrito ningún caso de poliomielitis asociada a vacuna cuando se ha administrado la OPV en niños infectados por el VIH. Se aconseja que el niño infectado con el VIH/sida no esté en contacto con otros niños o adultos que hayan recibido la vacuna Sabin en las últimas 4 a 6 semanas.
- Es indispensable la vacunación contra Haemophilus influenzae b y contra el neumococo, por la gran frecuencia de estos gérmenes en niños con sida.
- Idealmente, se deben administrar en combinación las vacunas contra la difteria, tosferina, tétano, Haemophilus influenzae b y hepatitis B.

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.

11. COINFECCIÓN VIH EN EMBARAZADAS

11.1 EMBARAZADA VIH Y VHC

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

11.2 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 cervicovaginales 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.

11.3 PREVENCIÓN Y MANEJO DE OTRAS ITS EN EL RECIÉN NACIDO

PATOLOGIA	DEFINICION	CUADRO CLINICO	TRATAMIENTO
Herpes neonatal	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.	75% de los RN presenta fiebre, irritabilidad, vómito y hepatoesplenomegalia	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.	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	Tinción de Gram se observan diplococos Gram negativos intracelulares en exudado conjuntivo. Se confirma por cultivo para N. gonorrhoeae	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.	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 Profilaxis para la oftalmía neonatal. Eritromicina 0.5%, pomada oftálmica en tubo de uso único para aplicar en cada ojo.
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.	Síndrome bronquial obstructivo moderado. Se diagnostica Cultivo faríngeo para N. gonorrhoeae. La sensibilidad es de 70 a 90%.	Ceftriaxona 50 mg/kg, IM, dosis única.
Neumonía por Clamidia trachomatis en recién nacidos	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).	Tos, rinorrea, dificultad respiraratoria, taquipnea, congestión, no fiebre, estertores finos en casos graves se acompañan de fiebre, con imagen radiológica de neumonitis. La citología hemática muestra eosinofilia.	En lactantes y niños menores de ocho años. Eritromicina 50 mg/kg/24 horas, cada 6 horas durante 14 díaso Claritromicina 15 mg/kg/24h, cada 12 horas durante 21 días. Referir al Servicio correspondiente.
Citomegalovirus en recién nacidos	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 transplacentaría). 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	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	Ganciclovir a dosis de 6 mg/kg, IV, cada 12 horas durante 14 días.El manejo es intrahospitalario.

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.

12. ¿CUÁNDO INICIAR LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL?

12.1 EL INICIO DE TARGA VARÍA SEGÚN LA EDAD DEL PACIENTE:

Todos los menores de 5 años deben iniciar con la TAR, independientemente del conteo de CD4 y de la carga viral.

Los mayores de 5 años iniciarán la TAR:

- Si el conteo de CD4 es igual o menor de 350 células/ mm3 o con un porcentaje de CD4 menor de 25 %.
- Una carga viral mayor de 100,000 copias/ml es indicativa del inicio de tratamiento.
- Clasificación clínica sida (C) o B, según CDC.

Adolescentes (de 10 a 19 años)

El TAR se debe iniciar de forma prioritaria en todos los adolescentes con enfermedad clínica grave o avanzada por el VIH (estadío clínico 3 o 4 de la CDC) y con un recuento de linfocitos CD4 igual o inferior a 350 células/mm3.

12.2 TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PEDIÁTRICO

	EDADES	ESQUEMAS	RECOMENDACIÓN
PREFERENTE	**Niños 0 a 3 años**	ABC+3TC+LOP/ RIT	El abacavir puede asociarse a reacciones de hipersensibilidad (vigilar exantema, dolor muscular, fatiga y adenopatías súbitas), que podría ser fatal si el paciente vuelve a exponerse.
		AZT+3TC+ LOP/ RIT	Vigilar el uso de la zidovudina y el efecto secundario que produce, tal como anemia, con una hemoglobina menor a 8 gr. Si se presenta anemia y el niño tiene más de 2 años cambiar el AZT al TDF. No usar LPV/r, cuando el paciente está tomando rifampicina para la TB o valore el cambio a rifabutina
	Niños de 3 a 10 años	ABC+3TC+EFV	El abacavir puede asociarse a reacciones de hipersensibilidad (vigilar exantemas, dolor muscular, fatiga y adenopatías súbitas), que podría ser fatal si el paciente vuelve a exponerse. El efavirenz solo puede ser usado en niños mayores de tres años y que supere los 10 kilos, pues el jarabe no está disponible, ni hay datos suficientes de farmacocinética en menores de esta edad; en infantes que superen o igualen los tres años de vida, es el ITINN de elección. Los efectos adversos más comunes son los neurológicos (vértigo y cefalea, entre otros) por lo que debe evitarse en pacientes con alteraciones psiquiátricas y/o psicológicas.
	Adolescente de 10 a 18 años	TDF+3TC o FTC+EFV	No utilizar el tenofovir con alteraciones hepáticas y renales. No utilizar el EFV si el adolescente tiene problemas psiquiátricos
ALTERNATIVO	**Niños de 0 a 3 años**	AZT+3TC+NVP	Vigilar el efecto secundario de la zidovudina, ya que produce anemia con una hemoglobina menor a 8 gr. Si se presenta anemia y el niño tiene más de 2 años, se recomienda cambiar el AZT por el TDF. Aunque los efectos adversos son menores en niños que en adultos, la nevirapina debe ser utilizada con precaución en mujeres adolescentes que presenten CD4 >250 células/ mm3 y en varones adolescentes con más de 400 células/mm3. Se debe observar los pacientes que presentan un aumento de transaminasas, ya que cuentan con un mayor riesgo de efectos adversos, tales como: exantema, síndrome Steven Johnson (a veces es severo o fatal) o hepatoxicidad, por lo que deben ser monitorizados estrechamente en las seis primeras semanas. Para reducir el riesgo de estas complicaciones, siempre se debe iniciar la NVP con una dosis reducida, administrando 50 % de la dosis diaria durante dos semanas y luego aumentando la dosis a plenitud.
	Niños de 3 a 10 años	AZT+3TC+EFV	Se recomienda el uso del EFV en niños de 3 años o mayor de 10 kilogramos de peso. No utilizar el EFV si el adolescente tiene problemas psiquiátricos
		TDF+3TC (FTC) +EFV	Utilizar el tenofovir en niños mayores de 2 años. El TDF se asocia con trastornos renales y a nivel hepático
	Adolescentes de 10 a 18 años	AZT+3TC+NVP ABC+3TC o (FTC)+ EFV TDF+3TC o FTC+ DTG (Dolurtegravir)	

12.3 SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON ARV

Al niño que inicia tratamiento se le dará seguimiento durante la primera, segunda, cuarta y octava semana. En tanto, durante las visitas semanales se les realizará:

a) Evaluación clínica para detectar posibles efectos secundarios debido a los medicamentos: observar palidez, ictericia, erupción en la piel, entre otros.

b) De existir una respuesta terapéutica óptima dentro de los tres primeros meses y de no manifestar efectos adversos, se puede continuar con el seguimiento cada dos meses.

Es importante tomar las siguientes medidas durante el primer año:

- Recomendar el seguimiento mensual, con especial atención en los cuidados generales del niño, en la evolución de su peso, en su crecimiento y en su estado nutricional.
- Proveer la consejería de lugar para una alimentación adecuada.
- En cada visita, comprobar la ausencia de efectos secundarios, poniendo especial atención en los síntomas y signos relacionados con la toxicidad mitocondrial.
- Verificar una buena administración de la medicación.
- Ajustar las dosis al peso cambiante del infante.
- Reforzar la adherencia al tratamiento

12.4 TERAPIA DE SEGUNDA Y TERCERA LÍNEA DE TRATAMIENTO

- Los motivos que justifican un cambio de tratamiento antirretroviral son:
- El fracaso del régimen administrado, con hallazgos de progresión de la enfermedad, según los parámetros virológicos, inmunológicos o clínicos.
- Presencia de toxicidad o intolerancia al régimen.
- La elección de un nuevo régimen terapéutico antirretroviral está determinada por las indicaciones que justifican un cambio de tratamiento.
- Los nuevos regímenes deben elegirse teniendo presente la repercusión de los cambios sobre las futuras opciones terapéuticas.

RECOMENDACIONES DE CAMBIO ANTE FALLOS EN LÍNEA DE MEDICAMENTOS	
SI OCURRE FALLO EN ESTA LÍNEA	**CAMBIOS RECOMENDADOS**
AZT + 3TC + EFV	TDF + 3TC + Lopinavir/rit ABC + 3TC + Lopinavir/rit ABC+3TC+ ATV TDF+3TC+ ATV
AZT + 3TC+ LOPINAVIR/RIT	ABC + 3TC + EFV TDF + 3TC+ EFV TDF+3TC+RAL AZT+3TC+ RAL ABC+3TC+ RAL TDF/FTC+DGT ABC/3TC+DGT TDF/FTC + DRV/R

RECOMENDACIONES

PARA LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES

- Antes de implementar un tratamiento antirretroviral es fundamental que el psicólogo asesore al padre, la madre, el tutor y la familia, así como a los niños y adolescentes, sobre la importancia de la adherencia al tratamiento prescrito cuando la edad es adecuada.

- El niño y adolescente que inicia tratamiento debe ser evaluado por el médico del Servicio de Atención Integral durante la primera, segunda, cuarta y octava semana luego de iniciado el tratamiento antirretroviral; y luego, cada dos meses.

- Tanto el médico como el psicólogo deben de orientar sobre la preparación adecuada de los comprimidos de dosis fijas (indicar que la cantidad de agua es de 5 ml, para disolver).

- El médico debe de indicarle a los infantes con infección por VIH/sida: las vacunas, como señala en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI).

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:

Se define como un acto sexual intimidatorio sin el consentimiento de la víctima. Implica penetración sexual vaginal, anal y/o oral. 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 con 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 indicará 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 tricomona 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 es: Ciproflixina, 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** Todos en dosis única, muy efectivo. Elegir una de cada recuadro (= 3 o 4 fármacos).	**Opción 2** Sustitutos eficaces ante posible resistencia o necesidad de dosis multiples.	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 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/ linfogranuloma venéreo	Azitromicina 1 gramo por VO, en dosis única	Doxiciclina 100mg, 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 gramo, por VO, en dosis única	Metronidazol en gelvaginal 0.75 mg

Se puede omitir la penicilina benzatínica si el tratamiento incluye un gramo de azitromicina 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 Neisseria gonorrhoeae.

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 6horas, durante 14 días.	>45 kg,utilizar el protocolopara 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/ 6horas, 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 primoinfección 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 está en ARV en esquema utilizados.
- **Resistencia a medicamentos**, adherencias.

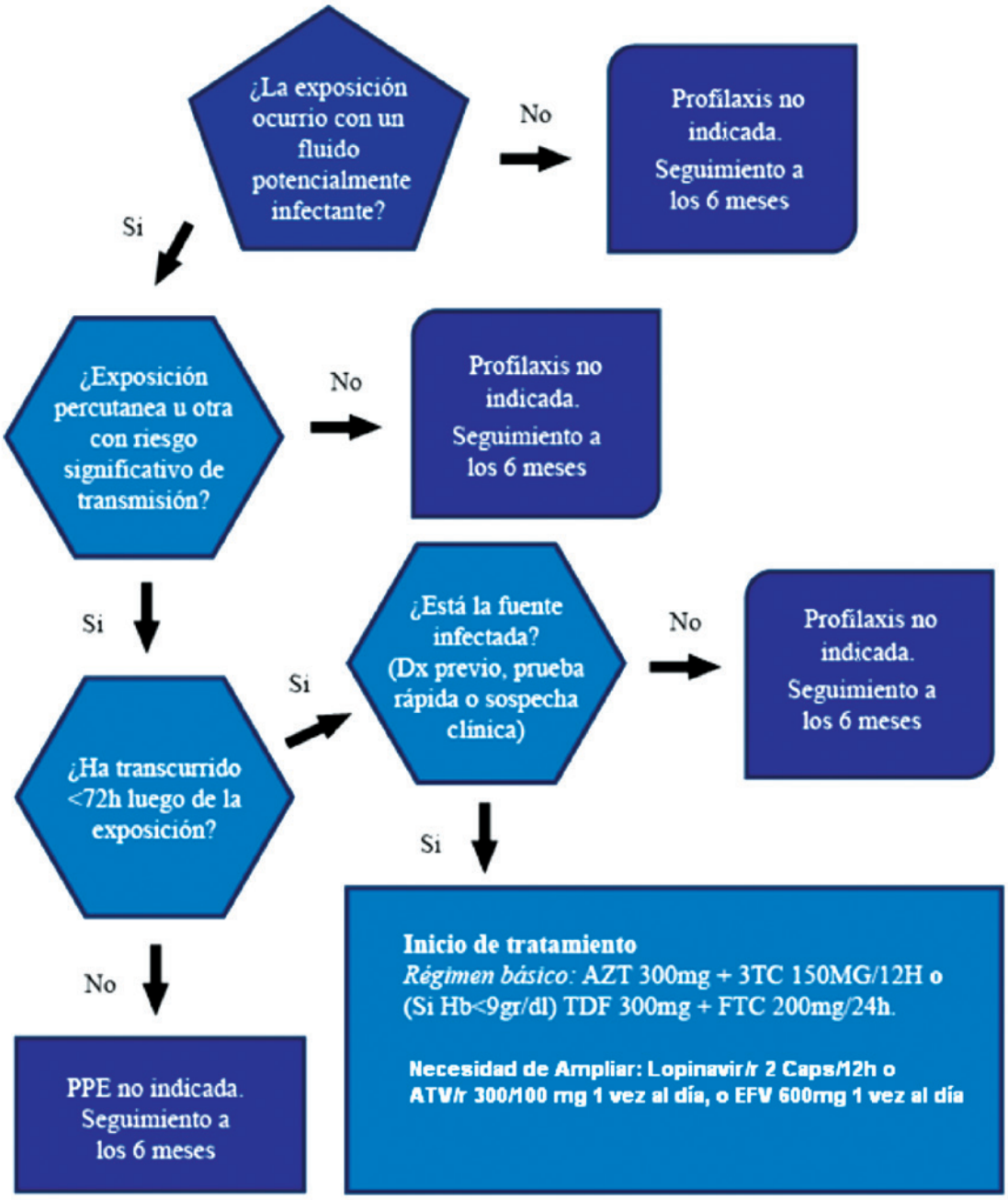
Factores relacionados con el receptor:

- 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 de 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 con el 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 antes, 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 potencialmente contaminados con microorganismos, tocar membranas mucosas, fluidos corporales y quitarse guantes.

2. Se usarán 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 subdérmicos, etc.

3. Se usarán gafas protectoras para la inserción de implantes subdérmicos o cualquier procedimiento que involucre manejo de sangre o fluidos corporales.

4. Todos los objetos punzocortantes 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 espéculo 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 re tapado de las jeringuillas usadas.

4. Todos los objetos punzocortantes 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 sabanas 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 use 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 enguatadas.

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 re tapado de las jeringuillas usadas. Las agujas no se desacoplarán de las jeringas.

10. Todos los objetos punzocortantes 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 pipetearán 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, góticas, 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

limpiará toda el área con todas las precauciones de lugar. Los objetos utilizados para la limpieza se colocarán en el recipiente de desechos contaminados y se dispondrá adecuadamente. Se limpiará 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 lavarán 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 comunicaran 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 notificaran 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 de este, 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 LAS ACCIONES PROGRAMÁTICA DEL PTMI

Cada mes las Clínicas Profamilia notificarán el formulario SIS-04 (Formulario de Reporte Mensual de las Acciones programáticas del PTMI), el cual reporta las embarazada con VIH, Sífilis y hepatitis B y C.

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

INFORME MENSUAL DE VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH DEL LABORATORIO

Mensualmente las Clínicas Profamilia notificaran los resultados positivos de las pruebas de detección de anticuerpos anti-VIH realizadas. Utilizaran 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 DE LA CALIDAD 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 de este, de tal manera que permita planear o mejorar las estrategias de intervención.

Profamilia prioriza indicadores de calidad por periodo. Las gerencias de las clínicas deberán dar seguimiento a los mismos y reportar a la DSS .Al momento de esta actualización se prioriza la determinación de niveles de adherencia anualmente, las auditorías a expedientes médicos y la detección de VIH en pacientes embarazadas.

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

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 notifico 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. (Auditoría 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.

BIBLIOGRAFÍA

1. Norma Nacional para la Prevención y Atención de las infecciones de Transmisión Sexual y Sida, Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida, Santo Domingo República Dominicana, 2012

2. Guía Nacional Para el Manejo de la Infección por VIH. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida, Santo Domingo República Dominicana, 2013

3. Guía de Diagnóstico Temprano en Infantes y atención en VIH/Sida Pediátrico, Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida, Santo Domingo República Dominicana, 2013

4. Guía Nacional para la Atención de la Coinfeccion TB y VIH, Ministerio de Salud Pública, , Santo Domingo República Dominicana, 2014

2. WHO. Essential prevention and care interventions for adults and ado-lescents living with HIV in resource-limited settings. 2008.

2. WHO. Guidance on Provider-Initiated HIV Testing And Counselling in Health Facilities. 2007.

3. DiClemente RJ, Wingood GM, Del Rio C, Crosby RA. Prevention inter-ventions for HIV positive individuals. Sex Transm Infect. 2002; 78: 393-5.

4. WHO. TOWARDS UNIVERSAL ACCESS Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector 2009 Progress Report. 2009.

5. International HIV/AIDS Alliance. Positive Prevention: HIV prevention with people living with HIV. 2007.

6. Mitchell SK, Kelly KJ, Potgieter FE, Moon MW. Assessing social prepa-redness for antiretroviral therapy in a generalized AIDS epidemic: a diffusion of innovations approach. AIDS Behav. 2009; 13: 76-84.

7. Orrell C. Antiretroviral adherence in a resource-poor setting. Curr HIV/ AIDS Rep. 2005; 2: 171-6.

8. Sodergard B, Hofer S, Halvarsson M, Sonnerborg A, Tully MP, Lindblad AK. A structural equation modeling approach to the concepts of adhe-rence and readiness in antiretroviral treatment. Patient Educ Couns. 2007; 67: 108-16.

9. Tabarsi P, Saber-Tehrani AS, Baghaei P, et al.Early initiation of antiretroviral therapy results in decreased morbidity and mortality among patients with TB and HIV. J Int AIDS Soc. 2009; 12: 14.

10. Zolopa A., Andersen J., Powderly W., et al. Early antiretroviral therapy reduces AIDS progression/death in individuals with acute opportunistic infections: a multicenter randomized strategy trial. PLoS ONE. 2009;

11. Hammer SM, Eron JJ, Jr., Reiss P, et al. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2008 recommendations of the International AIDS Society-USA panel. Jama. 2008; 300: 555-70.

12. Gange SJ, Kitahata MM, Saag MS, et al. Cohort profile: the North Ame-rican AIDS Cohort Collaboration on Research and Design (NA-AC-CORD). Int J Epidemiol. 2007; 36: 294-301.

13. Lawn SD, Harries AD., Wood R. Strategies to reduce early morbidity and mortality in adults receiving antiretroviral therapy in resource-li-mited settings. Curr Opin HIV AIDS. 2010; 5: 18-26.

14. Gray RH, Wawer MJ, Brookmeyer R, et al. Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1-discordant couples in Rakai, Uganda. Lancet. 2001; 357: 1149-53.

15. Pao D, Pillay D, Fisher M. Potential impact of early antiretroviral therapy on transmission. Curr Opin HIV AIDS. 2009; 4: 215-21.

16. WHO. Three I's Meeting: Intensified Case Finding (ICF), Isoniazid Preventive Therapy (IPT) and TB Infection Control (IC) for people living with HIV. Report of a Joint World Health Organization, HIV/AIDS and TB Department Meeting. Geneva, Switzerland, 2008.

17. OPS. Proyecto para la provisión de atención integral a los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe. 2010.

18. Emery S, Neuhaus JA, Phillips AN, et al. Major clinical outcomes in antiretroviral therapy (ART)-naive participants and in those not receiving ART at baseline in the SMART study. J Infect Dis. 2008; 197: 1133-44.

19. Sterne JA, May M, Costagliola D, et al. Timing of initiation of antiretroviral therapy in AIDS-free HIV-1-infected patients: a collaborative analysis of 18 HIV cohort studies. Lancet. 2009; 373: 1352-63.

20. Moh R, Danel C, Messou E, et al. Incidence and determinants of mor-tality and morbidity following early antiretroviral therapy initiation in HIV-infected adults in West Africa. Aids. 2007; 21: 2483-91.

21. Badri M, Bekker LG, Orrell C, Pitt J, Cilliers F, Wood R. Initiating highly active antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: an assessment of the revised World Health Organization scaling-up guidelines. AIDS. 2004; 18: 1159-68.

22. Wong KH, Chan KC, Cheng KL, Chan WK, Kam KM, Lee SS. Establis-hing CD4 thresholds for highly active antiretroviral therapy initiation in a cohort of HIV-infected adult Chinese in Hong Kong. AIDS Patient Ca-re STDS. 2007; 21: 106-15.

23. Marra F BR, Galastri GP120 induces directional migration of human hepatic stellate cells: a link between HIV infection and liver fibrogene-sis. Hepatology 2007. 2007.

24. Thio CL., Seaberg EC, Skolasky R., Jr., et al. HIV-1, hepatitis B virus, and risk of liver-related mortality in the Multicenter Cohort Study (MACS). Lancet. 2002; 360: 1921-6.

25. Hoffmann CJ, Charalambous S, Sim J, et al. Viremia, resuppression, and time to resistance in human immunodeficiency virus (HIV) subtype C during first-line antiretroviral therapy in South Africa. Clin Infect Dis. 2009; 49: 1928-35.

26. Lawn SD, Churchyard G. Epidemiology of HIV-associated tuberculosis. Curr Opin HIV AIDS. 2009; 4: 325-33.

27. Middelkoop. Can antiretoviral therapy contain a previously escalating TB epidemic in a high HIV prevalemce community. 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment. 2009.

28. Golub JE, Astemborski J, Ahmed M, et al. Long-term effectiveness of diagnosing and trea-ting latent tuberculosis infection in a cohort of HIV-infected and at-risk injection drug users. J. Acquir Immune Defic Syndr. 2008; 49: 532-7.

29. Atun RA, Lebcir RM, Drobniewski F, McKee M, Coker RJ. High coverage with HAART is required to substantially reduce the number of deaths from tuberculosis: system dynamics simulation. Int J STD AIDS. 2007; 267-73.

30. Manosuthi W., Sungkanuparph S., Tantanathip P., et al. A randomized trial comparing plasma drug concentrations and efficacies between 2 nonnucleoside reverse-trans-criptase inhibitor-based regimens in HIV-infected patients receiving rifampicin: the N2R Study. Clin Infect Dis. 2009; 48: 1752-9.

31. Avihingsanon A., Manosuthi W., Kantipong P., et al. Pharmacokinetics and 48-week efficacy of nevirapine: 400 mg versus 600 mg per day in HIV-tuberculosis coinfection receiving rifampicin. Antivir Ther. 2008;

32. Chang SY, Lin SW, Hung CC. Do we still need lead-in dosing of nevi-rapine in HIV-infected patients who are receiving rifampicin-containing antituberculous therapy? Clin Infect Dis. 2009; 49: 1452-3; author re-ply 53-4.

33. Cohen K, Meintjes G. Management of individuals requiring antiretroviral therapy and TB treatment. Curr Opin HIV AIDS. 2010; 5: 61-9.

34. N.B. Bhatt EB, I.V. Jani, L. Ciaffi, M. Luggli, R. Bastos, P. Samo Gudo, D. Arakaki, C. Michon, A. Calmy, M. Bonnet, and the ANRS 12146 Study Group. Preliminary safety results of co-administration of nevirapine (NVP) or efavirenz (EFV), and rifampicin (RMP) in HIV-tuberculosis (TB) co-infected patients in Maputo (Mozambique): CARINEMO-ANRS 12146 Trial. 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment. 2009.

35. Laureillard D, Prak N, Fernandez M., et al. Efavirenz replacement by immediate full-dose nevirapine is safe in HIV-1-infected patients in Cambodia. HIV Med. 2008; 9: 514-8.

36. Winston A, Pozniak A., Smith N., et al. Dose escalation or immediate full dose when switching from efavirenz to nevirapine-based highly active antiretroviral therapy in HIV-1-infected individuals? AIDS. 2004;

37. Mohsen AH, Easterbrook PJ, Taylor C, et al. Impact of human immuno-deficiency virus (HIV) infection on the progression of liver fibrosis in hepatitis C virus infected patients. Gut. 2003; 52: 1035-40.

38. Dr. Carlos Javier Zepeda. Rev. Medica Hond 2000,68-164, El Laboratorio en la práctica Médica, Carga Viral del VIH.

40. Guía de Educación para la Adherencia al Tratamiento Antirretrovial en la República Dominicana, Ministerio de Salud Pública, año 2020.

41. Guía de Consejería Pre y Post Prueba de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH Y su Vínculo con Violencia Basada en Género, Ministerio de Salud Pública, República Dominicana, año 2017.

42. Guía Nacional para la Atención de la Coinfeccion TB y VIH Ministerio de Salud Pública, República Dominicana, año 2020.

43. Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. documento conceptual. Montevideo: CLAP/SMR; set. 2009. Organización Panamericana de la Salud.

44. Guía de Diagnóstico y tratamiento VIH/SIDA Pediátrico, Ministerio de Salud Pública, República Dominicana, año 2019.

ANEXO

Lámina 1 : Flujograma de toma de muestra de PCR-ADN para los hijos de madres VIH

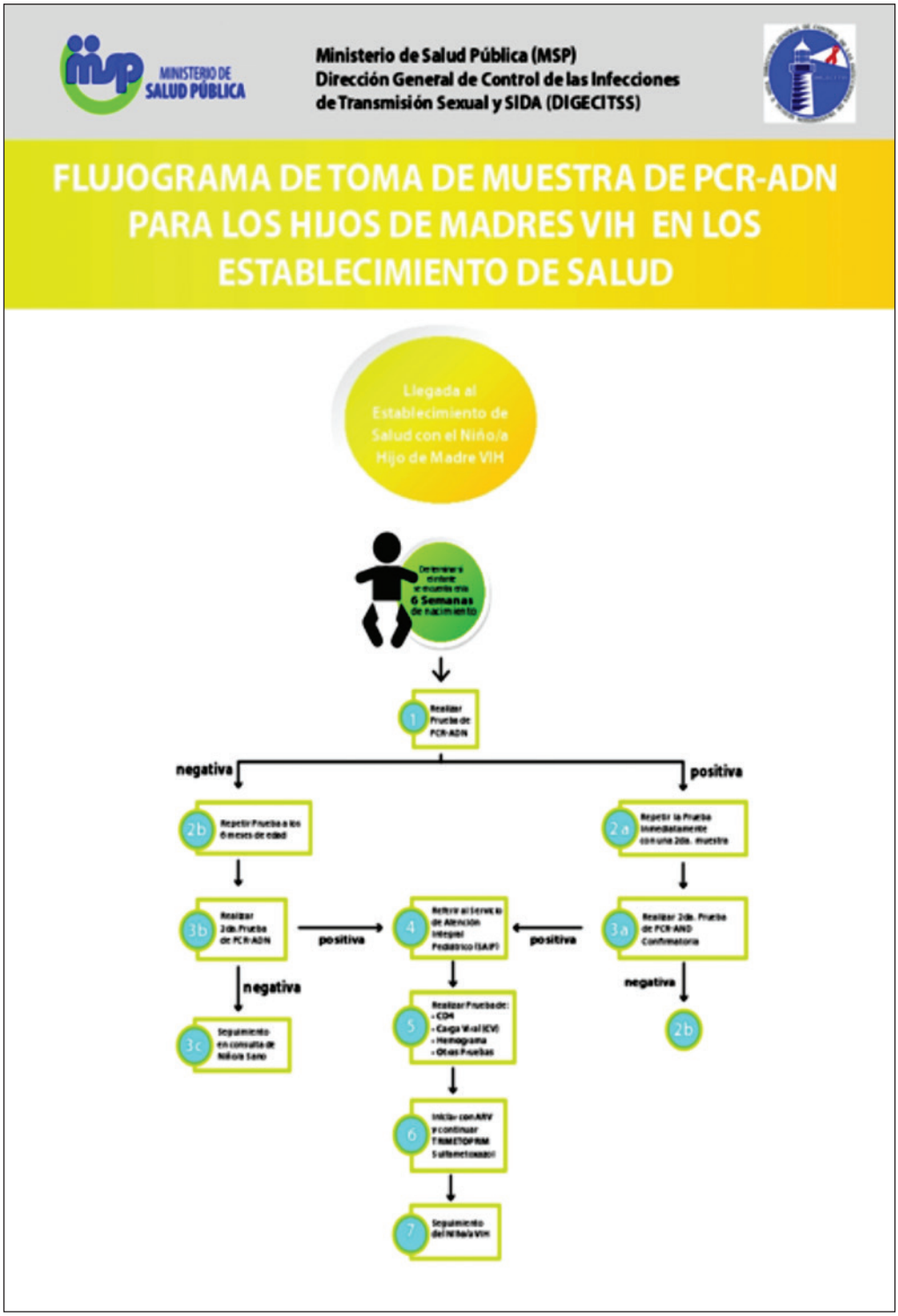


Lámina 2: Flujograma para el diagnóstico de VIH en niños/as a partir del año de edad

Protocolo de Atención Integral en

ITS / VIH / Sida

profamilia