

Módulo de capacitación para la atención al VIH/SIDA



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



Módulo de capacitación para la atención al VIH/Sida



Módulo de capacitación para la atención al VIH/Sida

Santo Domingo, D. N.
Enero 2015

® **Ministerio de Salud Pública**

Título original:

Módulo de capacitación para la atención al VIH/Sida

Coordinación técnica:

Dra. Maira Garcia

Coordinación editorial:

Dr. José A. Ledesma

Ing. Humberto López

Ministerio de Salud Pública

Santo Domingo, República Dominicana, 2015

ISBN:

Diagramación:

Ty

Impresión:

Primera edición:

Impreso en República Dominicana



Autoridades

Dra. Altagracia Guzmán Marcelino
Ministra de Salud Pública

Dr. Francisco Neftalí Vásquez
Viceministro de Garantía de la Calidad

Lic. María Villa de Pina
Viceministra de Planificación y Desarrollo

Dr. José Manuel Puello
Director de Salud Colectiva

Dr. Ramón Alvarado
Director General de los Servicios Públicos de Atención a la Salud

Dr. Luís Ernesto Feliz Báez
Director General de la Dirección de Control de
las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA

Lic. Cruvianka Pol Paulino
Directora Nacional de Normas

EQUIPO RESPONSABLE

Equipo técnico

Dra. Maira Garcia
Dra. Arelis Batista
Dra. Ana Gloria Bido
Dr. Lorenzo Heredia
Dra. Santa Fernández
Dr. Luis Ernesto Feliz Baez
Dra. Olga Espinal

Apoyo técnico financiero

Fondo Mundial de Lucha Contra el SIDA, la Tuberculosis
y la Malaria (DONACION DMR-202-G01-H-00)

Validación

Dra. Garris, Ivelisse.
Dra. Thormann, Mónica
Dra. Flores, Talía
Dra. Coronado, Carolina
Dr. Adon, Carlos
Dr. Calcaño, Rubén
Dra. Amador, Nurys
Dra. Javier, Carmen
Dra. Dominguez, Dalia
Dra. Valdez, Rosario

ÍNDICE

Introducción	0
Unidad 1 Atención integral a las personas con VIH	1
Unidad 2 Modelo de redes y atención a pacientes con VIH/SIDA	7
Unidad 3 Terapia antirretroviral	13
Unidad 4 Manejo y prevención de infecciones oportunistas en el adulto	23
Unidad 5 Coinfecciones	35
Unidad 6 Aspectos psicológico-sociales en las personas viviendo con VIH/SIDA	41
Unidad 7 Manejo del VIH en situaciones especiales	47
Unidad 8 Vigilancia de las ITS/VIH	53
Bibliografía	59

INTRODUCCIÓN

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH–, representa un problema de salud pública a nivel mundial. Este agente viral infecta a hombres, mujeres y niños de todos los grupos socioeconómico y edades. La transmisión del virus se produce a través de tres vías: sexual, parenteral y materno-infantil (transmisión vertical).

La prevención y el control efectivo del VIH es una prioridad para evitar nuevas infecciones, prevenir la morbilidad neonatal, preservar la salud reproductiva y prevenir enfermedades como el cáncer y los trastornos neurológicos que puede contraer una persona que vive con VIH. Este módulo se constituye en una herramienta para mejorar la atención integral a los usuarios en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, que estén expuestos al VIH o que ya hayan adquirido el virus.

El presente Módulo consta de ocho unidades:

Unidad 1: Atención integral a las personas con VIH,

Unidad 2: Modelo de redes y atención a pacientes con VIH/SIDA,

Unidad 3: Terapia antirretroviral,

Unidad 4: Manejo y prevención de infecciones oportunistas en el adulto,

Unidad 5: Coinfecciones,

Unidad 6: Aspectos psicológico-sociales en las personas viviendo con VIH/SIDA,

Unidad 7: Manejo del VIH en situaciones especiales y

Unidad 8: Vigilancia de las ITS/VIH.

El contenido básico de este módulo parte de la Norma Nacional para la Prevención y Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA, de la Guía Nacional de Atención para el Manejo de la Infección por VIH y de otros documentos técnicos oficiales afines, nacionales e internacionales.

**Módulo de capacitación
para la atención al VIH/Sida**

MÓDULO DE CAPACITACIÓN PARA LA ATENCIÓN AL VIH/SIDA

Objetivo general del módulo

Contribuir con la estandarización y actualización de las actividades realizadas por los profesionales de la salud en los procedimientos de manejo del Virus de Inmunodeficiencia Humana, en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana.

Unidad 1 Atención integral a las personas con VIH

Objetivos de la unidad

Al terminar las sesiones formativas que integran la unidad, los participantes serán capaces de:

- Comprender los conceptos básicos para la atención integral de los pacientes con VIH.
- Conocer los principios del modelo de atención integral a las personas con VIH/SIDA, basados en un enfoque de respeto a los Derechos Humanos y la inclusión.

1.1 Generalidades

El Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH es un virus que ataca el sistema de defensas del cuerpo. Con el tiempo el virus debilita las defensas de la persona infectada, dejándola débil y vulnerable a muchas infecciones y formas de cáncer que no se desarrollarían si no está presente el VIH. 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.

Las personas que viven con VIH pueden llegar a estar asintomáticas hasta por lo menos 10 años y en capacidad de transmitir el virus a otras personas. Las principales vías de transmisión del VIH son las relaciones sexuales sin protección o exposición a fluidos como son: sangre, semen, fluidos vaginales o leche materna y la transmisión materno-infantil.

En la mayoría de los casos la seropositividad frente al VIH se detecta a partir de una extracción sanguínea del sujeto con la que se realiza la determinación de anticuerpos anti-VIH por alguna técnica serológica que de acuerdo al algoritmo nacional se utilizan dos pruebas de diferentes principios antigénicos, técnicas o fundamentos. Estos pueden ser dos ELISA, dos pruebas rápidas o un ELISA y una prueba rápida.

1.2 Principios de la atención integral de personas con relación a ITS/VIH/SIDA

La oportunidad, calidad y efectividad de la atención integral a personas con ITS/VIH/SIDA, son responsabilidad del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Salud Pública como ente rector.

Sin perjuicio de los principios en que se fundamenta el Sistema Nacional de Salud y los derechos de la población con relación a la salud consagrados en la Ley General de Salud No. 42-01, la atención integral a las personas con respecto a ITS/VIH/SIDA se basa obligatoriamente en los siguientes principios:

- a) **Integridad:** el abordaje de las ITS/VIH/SIDA debe hacerse en todas las fases de su desarrollo, garantizando, al mismo tiempo, educación, promoción de la salud y la calidad.
- b) **Sostenibilidad:** la atención de personas con ITS/VIH se realiza en forma continuada, sin interrupciones y articulada entre los tres niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.
- c) **Respeto a los derechos humanos:** ninguna persona con ITS/VIH puede ser obligada a recibir servicios y atenciones sin su previo consentimiento, expresado en forma consciente y libre de coacción de cualquier índole. La atención se realiza en forma responsable, digna y respetuosa, sin discriminación de forma alguna y con total respeto a sus derechos y deberes como usuario/ a de los servicios de salud.
- d) **Confidencialidad:** las personas con ITS/VIH tienen derecho a que los resultados de sus evaluaciones sean manejados con rigurosa confidencialidad y conocidos exclusivamente por el personal que brindará las atenciones. En ningún caso dichos resultados deben ser divulgados a otras personas sin el previo consentimiento del paciente.

- e) **Equidad:** el Estado debe garantizar un nivel mínimo de prestaciones en favor de todos los residentes en el territorio nacional que permitan su atención integral mediante una adecuada distribución de las cargas financieras necesarias para su financiación, contando además con una correcta inversión del gasto social hacia la población más pobre y vulnerable, independientemente del poder adquisitivo o diferencias sociales, generacionales, laborales, de raza o de género. La atención integral a las personas con ITS/VIH/SIDA incluye los siguientes servicios:
- a. Promoción de la salud y calidad de vida personal y familiar.
 - b. Educación y capacitación.
 - c. Consejería y atención psicológica.
 - d. Prevención de la transmisión a otras personas: madre a hijos y en el ambiente familiar, laboral y comunitario.
 - e. Atención médica adecuada a su condición de salud.
 - f. Pruebas de laboratorio.
 - g. Provisión de medicamentos.

1.3 Garantía de la Calidad en la atención a las ITS/VIH/SIDA

La atención a las personas con ITS/VIH/SIDA debe apegarse a los lineamientos establecidos en las Normas y las Guías vigentes en atención a las ITS/VIH/SIDA, desarrollando las acciones necesarias de acuerdo al nivel de complejidad, asegurando el cumplimiento de los siguientes elementos:

- a) **Oportunidad:** la atención a las personas se ofrece y realiza en el momento oportuno, sin retrasos ni esperas que pudieran afectar o arriesgar su vida o salud.
- b) **Pertinencia:** la atención se realiza de conformidad con las normas, procedimientos, guías y protocolos, clínicas y administrativas, oficiales y elaboradas de acuerdo a la evidencia científica.
- c) **Continuidad:** el usuario recibe la atención sin interrupciones que pongan en riesgo su vida y su salud, realizada a través de un apropiado seguimiento por parte del personal de salud.
- d) **Eficacia:** las acciones realizadas conducen a los resultados esperados.

- e) **Seguridad:** no se generan eventos adversos prevenibles en ninguna de las partes del proceso.
- f) **Satisfacción de los usuarios internos y externos:** los servicios ofrecidos permiten establecer un grado de satisfacción adecuado de los usuarios. Este grado de satisfacción debe ser medido anualmente de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Decreto No. 635-03 que establece el Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones.
- g) **Responsabilidad del usuario con su propia salud:** el usuario deberá corresponder con responsabilidad a los cuidados, siguiendo su tratamiento y las estrategias de autocuidado recomendadas, mostrando interés real en sus indicadores, hallazgos y cambios serológicos. Deberá asistir a las consultas, a recoger su tratamiento oportunamente, permitir los datos de su ubicación al equipo de salud, mantener informada su familia más cercana sobre sus avances y recaídas.

1.4 **Atención domiciliaria y cuidados paliativos de las personas con ITS/VIH/SIDA**

La provisión en el hogar de servicios integrales, incluidos los servicios de salud y servicios sociales, deberá ser realizada por promotores y profesionales de la salud capacitados y autorizados, con el fin de promover, restaurar y mantener la salud del paciente y su familia. Las visitas domiciliarias se realizarán con consentimiento informado de los usuarios y las usuarias.

La referencia-contrarreferencia y derivación de pacientes, debe ser realizada conforme al funcionamiento de las redes operativas, en función del domicilio o lugar de residencia del usuario o usuaria y de acuerdo a los lineamientos establecidos en la Estrategia de Atención Primaria en Salud.

1.5 **Derechos humanos y atención integral a las PVVS**

La Constitución de la República, en su Artículo 8 establece que “es función esencial del Estado, la protección efectiva de los derechos de la persona, el respeto de su dignidad y la obtención de los medios que le permitan perfeccionarse de forma igualitaria, equitativa y progresiva, dentro de un marco de libertad individual y de justicia social, compatibles con el orden público, el bienestar general y los derechos de todos y todas”.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos en su Artículo 1, establece que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos...”, por tanto, tienen derecho a igual protección contra toda discriminación o provocación de discriminación que infrinja dicha Declaración.

Todo establecimiento de salud debe brindar atención integral a las personas con ITS/VIH SIDA, según el nivel de complejidad. Los establecimientos públicos, privados o mixtos que ofrezcan servicios de salud a las personas con ITS/VIH/SIDA deben garantizar calidad en la atención, de acuerdo a lo dispuesto en las normas y en las disposiciones que establezca el Ministerio de Salud Pública.

Toda persona con VIH, diagnosticada y evaluada de acuerdo a las Normas y Guías Nacionales vigentes, tiene derecho a recibir los tratamientos antirretrovirales y para infecciones oportunistas.

Actividades

Lea el siguiente caso

Vanessa es una joven de 37 años. Desde pequeña siempre fue muy independiente y rebelde. Producto de esa rebeldía y la incomprensión de sus familiares, se introdujo en el mundo de las drogas. A los 18 años, encontró un hombre que la ayudó a rehabilitarse. Se rehabilitó, estudió inglés y ahora trabaja en un “Call Center”.

Desde hace un mes Vanessa se está sintiendo enferma: muchas fiebres altas, complicaciones respiratorias y tos constantes. Desde entonces ha visitado varios médicos y, dado su historial de vida, le recomiendan hacerse la prueba de VIH. Cuando llegan los resultados, Vanessa recibe la noticia de que tiene SIDA: “...este médico me miró y con la misma tranquilidad-que más parecía desapego o desinterés me dijo que ahora la cosa estaba clara, que yo era VIH positivo y comenzó a escribir una receta. “El tratamiento es caro, si lo haces en forma responsable, en tres meses veremos buenos resultados. ¡Ah, ven a verme en marzo; en febrero estaré de vacaciones! Que te vaya bien.”

Vanessa salió de ese consultorio hecha un mar de lágrimas y de nervios.

Después de analizar el caso, responda las siguientes preguntas:

1. ¿Por qué, aunque fue diagnosticada con el VIH, Vanessa tiene SIDA?
2. Analice cada principio de la atención integral a las personas con VIH y diga cómo fueron violados en esta consulta.

Unidad 2

Modelo de redes y atención a personas con VIH/ SIDA

Objetivos de la unidad

Al terminar las sesiones formativas que integran la unidad los/as participantes serán capaces de:

- Establecer las diferentes funciones de las instancias que componen el Sistema Nacional de Salud en cuanto a la atención de personas con VIH/ Sida.
- Comprender los diferentes procedimientos clínicos del manejo de pacientes con VIH/Sida.

2.1 Función de la DIGECITSS dentro del Subsistema de Salud Colectiva

En la República Dominicana, la Dirección General para el Control de las Infecciones de Trasmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS), es la instancia creada con carácter proactivo, responsable dentro del Subsistema de Salud Colectiva de salvaguardar los intereses de la población en lo relativo a Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA.

La DIGECITSS ejerce la función de gestión de rectoría en lo relativo a la prevención, promoción, atención y control de las ITS, el VIH y el SIDA en el Sistema Nacional de Salud, identificando y gestionando los recursos financieros y no financieros necesarios para la reducción de la morbilidad y mortalidad asociada a las ITS y el SIDA.

Con relación a las acciones sobre salud pública concernientes a ITS y SIDA, la DIGECITSS tiene las siguientes funciones:

- a. Definir las políticas y estrategias nacionales de promoción, prevención y atención integral de las ITS, VIH y SIDA en el marco de la legislación sanitaria vigente, Plan Decenal de Salud y el Plan Estratégico de ITS/ VIH/SIDA.
- b. Vigilar la situación, tendencia y comportamiento de las ITS/VIH/SIDA en el país, así como los factores de riesgo en la población.
- c. Determinar la necesidad de elaboración de normas, guías y protocolos en lo relativo a la promoción, prevención y atención integral de ITS/ VIH/SIDA.

- d. Elaborar y actualizar normas, guías y protocolos que permitan regular, de manera efectiva, las acciones de la prestación y la atención integral en materia de ITS/VIH/SIDA.
- e. Definir una política de capacitación especializada a los actores de los diferentes niveles relacionados con la respuesta a las ITS/ VIH, en coordinación con otros organismos competentes.
- f. Monitorear y evaluar el nivel de capacitación del personal de salud en la aplicación de las Normas, Guías y Protocolos vigentes.
- g. Monitorear y evaluar en los establecimientos y servicios de salud la aplicación de las Normas, Guías y Protocolos vigentes.
- h. Establecer las metas e indicadores necesarios para evaluar la efectividad de las intervenciones, así como coordinar los procesos de planificación y programación con el Nivel Central y desconcentrado.
- i. Establecer los criterios para la asignación de recursos presupuestarios, asignados a los órganos desconcentrados para la ejecución de los planes y proyectos de ITS/VIH/SIDA, mediante acuerdos y convenios de gestión.
- j. Establecer los mecanismos de supervisión, monitoreo y evaluación del cumplimiento de las metas de resultados e impactos contemplados en la programación operativa y en los acuerdos y convenios.
- k. Participar en las proyecciones de necesidades de recursos, medicamentos, reactivos y otros insumos básicos para las intervenciones sobre ITS, VIH y SIDA.

Las Direcciones Provinciales, de Áreas de Salud y otros órganos desconcentrados del Ministerio de Salud Pública tienen las siguientes responsabilidades:

- a. Conducir el proceso de planificación y programación participativa, mediante el cual se formulan los planes provinciales y municipales de ITS, VIH y SIDA, en el marco del Plan Decenal de Salud, el Plan Estratégico Nacional, las Normas Nacionales, Estrategia Nacional de Desarrollo y las orientaciones técnicas y normativas de la DIGECITSS.

- b. Dar seguimiento y evaluar el cumplimiento de las Normas por parte de todos los establecimientos, servicios, instituciones y organizaciones del Sistema Nacional de Salud, en las provincias correspondientes.
- c. Promover acciones de capacitación y actualización del personal de salud sobre las ITS/VIH/SIDA, de acuerdo con las Normas y las orientaciones técnicas y normativas de la DIGECITSS.
- d. Velar por el cumplimiento y la aplicación de las estrategias e intervenciones de promoción, de prevención y atención de las ITS/VIH/SIDA, en coordinación con los Servicios Regionales de Salud, en sus respectivos territorios y poblaciones.

2.2 Atención al paciente con VIH en los diferentes niveles

2.2.1 Nivel primario UNAP

Según el manual de actuación de las UNAP, en caso de las ITS y VIH/SIDA, el médico de la UNAP debe:

- a) Hacer la evaluación médica según las normas de atención de ITS (sección correspondiente a historia clínica y examen físico). En caso de un/a paciente con infección VIH o SIDA debe valorar los siguientes aspectos:
 - Identificación del Estado emocional.
 - Progresión de la enfermedad.
 - Profilaxis de infecciones oportunistas.
 - Situación socio laboral.
 - Hábitos de vida saludables.
 - Convivencia familiar.
- b) Establecer el diagnóstico y tratamiento según modelo de atención de las Normas, Guías y Manuales Nacionales. En caso de mujer con el VIH se refiere a centro sanitario para seguimiento multidisciplinario.
- c) En caso de niño/a de madre con VIH se refiere a un centro infantil de atención integral para seguimiento por dos años.
- d) Dar consejería pre y post prueba diagnóstica. Con resultados positivos introduce a control y seguimiento, con resultados negativos valora el riesgo y cita para repetir la prueba en tres meses.

- e) Referir al laboratorio los casos especiales.
- f) Evaluar las conductas de riesgo y realizar consejo asistido según las prácticas de riesgo encontradas (ver normas de atención de ITS, en el capítulo correspondiente a educación y las 4C).
- g) Garantizar la confidencialidad de la información de los casos.
- h) Reportar en los formularios SIS-03 (infección VIH o caso de SIDA), SIS-09 (enfermedades oportunistas), SIS-10 (defunción) enviando al equipo de apoyo de las UNAP copia de los mismos y guardando los originales en el récord individual.
- i) Instruir en las normas de bioseguridad a los miembros de las UNAP, la conducta a seguir en caso de accidentes y hacia donde referir.

2.2.2 Atención Pacientes VIH en Servicios de Atención Integral-SAI.

La mayoría de los SAI se encuentran en Hospitales. Otras instituciones que poseen estos servicios son UNAP y Organizaciones no Gubernamentales (ONG) y ofrecen:

- Medicamentos Antirretrovirales
- Atención Psicológica
- Enfermería
- Trabajo social
- Servicios de laboratorio
- Talleres de adherencia.
- Atención médica integral

2.3 Historia clínica del paciente

La historia clínica es un documento privado de tipo técnico, clínico, legal obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.

La obtención de información clínica completa facilita la descripción de la enfermedad por VIH en términos de transmisión, historia natural, riesgo de infecciones oportunistas (IO), tratamiento, evolución y complicaciones potenciales. La historia clínica de un paciente diagnosticado con VIH y/o SIDA, debe incluir:

a. **Examen físico completo** (incluye la toma de presión arterial, peso, talla, perímetro abdominal, auscultación cardiopulmonar, palpación abdominal, observación de piel, mucosa oral, genitales, presencia de adenopatías y valoración neuropsicológica).

b. Indicar pruebas basales:

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

c. Evaluación para diagnóstico de infección TB-VIH:

- Baciloscopia seriada
- Radiografía de tórax
- Cultivo de esputo, si es necesario.

d. Manejo inicial:

- En caso de que el paciente presente unas manifestaciones de infección Oportunista definitiva de SIDA, independientemente del conteo de CD4 se debe iniciar terapia preventiva con TMP-SMX.
- Referir a consejería
- Citar al paciente para evaluar resultados de las pruebas indicadas en un tiempo no mayor de quince días.

2.4 Diagnóstico

De acuerdo a los criterios definidos por la OMS se utilizan estrategias para el diagnóstico de VIH que dependen de la prevalencia, sea esta alta o baja.

Descripción del Algoritmo para la Republica Dominicana

- a) Se inicia con la prueba número uno (prueba de tamizaje). Si esta no reacciona, se reporta negativo y se entrega el resultado al usuario, acompañado de la orientación correspondiente (consejería).

- b) En caso de que la primera prueba (tamizaje) reaccione, se procesa la muestra con la segunda prueba (confirmatoria); si esta reacciona, se reporta positivo y se entrega el resultado al usuario, acompañado de la orientación correspondiente (consejería).

Se recomienda conservar los tubos primarios de todas las muestras tomadas para la realización de las pruebas de VIH, de manera que para confirmar las reacciones de la primera prueba se haga con la muestra del tubo primario para disminuir errores técnicos.

Diagnóstico serológico

La “interpretación” de los resultados es uno de los mayores puntos conflictivos en la serología VIH, se considera negativo la ausencia total de reactividad; para valorar la positividad existen numerosos criterios, según el Center for Disease Control (CDC) se considera positivo cuando se detectan al menos 2 bandas de p24, gp41 y gp160/gp120, la OMS reconoce una prueba positiva con 2 bandas, el ARC (Cruz Roja Americana) indica que deben existir tres bandas: una de cada gen estructural y el Consorcio de Estandarización de la Serología de Retrovirus indica que debe existir al menos una de gp120 o gp160 y una de p24 o p31. Cada laboratorio debe establecer sus propios criterios de acuerdo a las indicaciones de la técnica que se utilice.

Se interpreta como “indeterminado” cualquier reactividad que no reúna el criterio mínimo de positividad y es en esta categoría donde surgen mas controversias ya que las causas del WB indeterminado son diversas y pueden corresponder a fases tempranas o estadios avanzados de la infección con deterioro inmunológico grave y presencia de inmuno-complejos que pueden reducir los anticuerpos circulantes.

Actividades

1. Elabore un procedimiento, con todos los pasos para una adecuada atención a un paciente que ingresa con sospecha de infección por VIH y con fiebre en 40 grados. Ingresa en una UNAP y de allí es referido a los demás niveles. No olvide incluir las pruebas de laboratorio y los procedimientos de referencia y contra referencia.

Unidad 3

Terapia Antirretroviral (TARV)

Objetivos de la unidad

Al terminar las sesiones formativas que integran la unidad los/ las participantes serán capaces de:

- Comprender los conceptos que integran el proceso de la Terapia Antirretroviral: tratamiento, adherencia y resistencia a la TARV.
- Valorar la importancia de la TARV para la salud y la vida de un paciente con VIH.

Los fármacos antirretrovirales son medicamentos antivirales específicos para el tratamiento de infecciones por retrovirus como, por ejemplo, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

El desarrollo de la terapia anti-retroviral (TARV) altamente activa ha sido de gran relevancia en cambiar la historia natural de la infección por VIH/SIDA. La terapia actual ha reducido en forma significativa la morbi-mortalidad asociada a la infección por VIH, llevando la carga viral (CV) a niveles indetectables y restaurando secundariamente el sistema inmune, evidenciado por el aumento del recuento de linfocitos T CD4 (+); asimismo, como efecto indirecto, la TARV puede disminuir la transmisión del VIH.

Diferentes antirretrovirales se utilizan en varias etapas del ciclo vital del VIH. El conjunto de varias combinaciones de tres o cuatro fármacos se conoce como Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA).

3.1 Definición y objetivo del tratamiento

La terapia actual ha reducido en forma significativa la morbi-mortalidad asociada a la infección por VIH, llevando la carga viral (CV) a niveles indetectables y restaurando secundariamente el sistema inmune, evidenciado por el aumento del recuento de linfocitos T CD4 (+); asimismo, como efecto indirecto, la TARV puede disminuir la transmisión del VIH.

La terapia antirretroviral tiene como objetivos llevar a niveles indetectables la cantidad de virus en la sangre (carga viral), aumentar el recuento de linfocitos CD4 y de esta manera prolongar la vida y mejorar la calidad de vida del paciente con SIDA.

La terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) es el régimen utilizado en los pacientes con VIH/SIDA, con el que se espera se logre reducir la carga viral a niveles indetectables por el mayor tiempo posible. Este régimen consta de por lo menos tres drogas antirretrovirales.

3.2 Clasificación de los antirretrovirales

Los medicamentos antirretrovirales están catalogados en grupos de acuerdo a la interacción virus/célula que puedan inhibir o a la forma en que logran hacerlo. Los que actualmente se utilizan son:

a. Inhibidores de la transcriptasa inversa (ITI)

La transcriptasa inversa es la enzima responsable de la transcripción del ARN viral en ADN proviral que se integrará en el núcleo de la célula infectada. Esta enzima es característica de los retrovirus y fundamental para mantener su ciclo biológico. La actividad de la transcriptasa inversa es inhibida por dos grupos de fármacos: los análogos de los nucleósidos y los no análogos de los nucleósidos.

b. Análogos de los nucleósidos (ITIAN)

Los nucleósidos son compuestos derivados de las bases purínicas (adenosina, guanosina e inosina) y de las pirimidínicas (citosina y timidina). Estos compuestos, una vez fosforilados y convertidos en nucleósidos, se incorporan en la cadena de ácido nucleico en formación. Entre los análogos de la timidina están: la zidovudina, la estavudina, la didanosina, la lamivudina, la emtricitabina y el abacavir.

c. Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos (ITINN).

Se trata de moléculas con grupos químicos con acción inhibitoria específica de la transcriptasa inversa del VIH-1. A este grupo pertenecen: el efavirenz, la nevirapina, la etravirina y la rilpivirina.

d. Inhibidores de la proteasa (IP)

Son fármacos muy potentes, con metabolismo dependiente del sistema citocromo P450. A este grupo pertenecen los siguientes: lopinavir, fosamprenavir, atazanavir, tipranavir, darunavir, saquinavir e indinavir.

e. Inhibidores de la integrasa (InIn)

La integrasa es una de las tres enzimas fundamentales del ciclo de replicación del VIH-1. Su función es catalizar la inserción del ADN proviral en el genoma de la célula huésped. Raltegravir (RAL) es el único fármaco comercializado de esta familia que es capaz de inhibir la integrasa y que es activo tanto frente a las cepas del VIH-1 con mutaciones de resistencia a las tres familias clásicas (ITIAN, ITINN e IP), como a la cepa salvaje (wild-type). Actualmente, se encuentra en estudio en pediatría.

f. Inhibidores del correceptor CCR5

Maraviroc impide la entrada del virus con tropismo R5. Este tratamiento presenta una actividad potente frente a cepas con tropismo R5, tanto wild-type como con mutaciones para ITIAN, ITINN o IP, con los que no comparte resistencia cruzada.

g. Inhibidores de la fusión

Representan una familia de fármacos que actúan evitando la entrada del VIH-1 en la célula a través de su interacción con el receptor de membrana. El único fármaco actualmente comercializado es enfurvitide (T20). La molécula bloquea la entrada del VIH-1 en la célula, al unirse con la región del virus.

Correspondiente a la proteína gp41 y sin presentar actividad frente al VIH-2, tiene como inconveniente que debe ser administrada por vía parenteral (subcutánea) cada 12 horas.

3.3 Antes de comenzar el tratamiento antirretroviral (si no hubiera sido realizado recientemente)

- Evaluar la preparación del paciente para comenzar el tratamiento antirretroviral.
- Trabajar sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral

- Investigar carga viral plasmática. Si el paciente tiene criterios de inicio de tratamiento, tomar la muestra pero no es necesario esperar a que esté disponible el resultado.
- Realizar examen físico completo, incluyendo medidas antropométricas, tensión arterial y peso.
- Solicitar hemograma completo, enzimas hepáticas, glucemia, urea, creatinina, colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos y orina completa
- Evaluación del riesgo cardiovascular

3.3.1 Paciente que no califica para inicio de TARV

Criterio clínico: Ausencia de infección oportunista definitiva de SIDA.

Los pacientes que no cumplan con criterios para iniciar TAR deben ser monitorizados cada 6 meses con recuento de linfocitos CD4 si su recuento basal es mayor de 500 células/ mm³. Si el recuento de linfocitos CD4 es menor de 500 células/ mm³ se deben monitorizar cada 3 o 4 meses.

3.4 Tratamiento de primera línea

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

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

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

3.4.1 Resistencia a la terapia antirretroviral.

La farmacorresistencia del VIH es la habilidad del VIH de replicarse en presencia de fármacos antirretrovirales. El desarrollo y la transmisión de farmacorresistencia pueden comprometer la eficacia del tratamiento antirretroviral.

La resistencia a la TARV se define entonces, como la pérdida total o parcial de la susceptibilidad a los ARVs, por la presencia de mutaciones, las que representan cambios en el genoma viral. La cepa viral sin mutaciones, es lo que se denomina cepa salvaje. Las quasi-especies -producto de las mutaciones- suelen tener menor capacidad replicativa o fitness viral que la cepa salvaje.

Resistencia primaria o transmitida, es aquella que se presenta en pacientes que no han recibido aún TARV, debido a la adquisición de un virus que posee mutaciones asociadas a resistencia; en la actualidad se habla más bien de resistencia transmitida. Se entiende por resistencia secundaria o adquirida, la que surge en el contexto de un paciente en TARV bajo la presión selectiva de los ARVs.

El grado de resistencia que presentan los ARVs depende de la barrera genética de cada fármaco en particular o grupo de ARVs, la que está definida por el número de mutaciones que se requiere para provocar resistencia.

Fármacos con una baja barrera genética pueden requerir de una sola mutación para producir resistencia, como es el caso de lamivudina con la mutación M184V o efavirenz con la mutación K103N. Una alta barrera genética en cambio, está definida por un gran número de mutaciones necesarias para inducir resistencia, como es el caso de la mayoría de los IP.

Otro concepto importante es el de la hiper-susceptibilidad que pueden conferir algunas mutaciones específicas sobre algunos ARVs. Así por ejemplo, la mutación M184V que causa resistencia a lamivudina y emtricitabina, confiere hiper-susceptibilidad a AZT o la mutación K65R asociada a resistencia a tenofovir (TDF) y que confiere resistencia cruzada a la mayoría de los INTR, ocasiona hiper-susceptibilidad a AZT. Así también, las mutaciones I50L y N88S, que causan resistencia a atazanavir, confieren hiper-susceptibilidad a la mayoría de los otros IP.

Frente a un paciente en que está fallando la TARV, lo primero que se debe revisar es la adherencia y eventualmente evaluar la necesidad de simplificar la terapia. Se deben evaluar problemas de farmacocinética, tales como uso de fármacos concomitantes, ingesta adecuada de alimentos, problemas gastrointestinales y toxicidades. Una vez descartadas estas causas de falla a terapia, se debe analizar la resistencia, realizando un estudio genotípico en condiciones óptimas, es decir, el paciente en TARV y con una CV superior a 1.000 copias/ml de ARN viral.

3.5 Regímenes de segunda línea

- Como TARV de segunda línea se recomienda un inhibidor reforzado de la proteasa (IP/r) en combinación por lo menos de dos medicamentos activos.
- LPV/r es el IP de elección para el TARV de segunda línea. Cuando no sea posible el uso de LPV/r puede usarse ATV/r.
- Se recomiendan opciones simplificadas con un segundo INTI.
- Si en el régimen de primera línea se utilizó D4T o AZT, utilizar TDF + (3TC o FTC), como INTI de base en el régimen de segunda línea.
- Si en el régimen de primera línea se administró TDF, utilizar AZT + 3TC como INTI de base en el régimen de segunda línea.
- Cuando se haya utilizado 3TC en primera línea, se debe mantener el 3TC para evitar la desaparición de la M184V, porque reduce la capacidad de replicación.

Tabla No. 2 Esquemas de elección de segunda línea

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

3.5.1 Regímenes de tercera línea o rescate

En los regímenes de tercera línea deberían incluirse nuevas drogas que muestren actividad contra el VIH, tales como:

- TDF / 3TC /DRV/r
- ABC/3TC/DRV/r
- TDF/3TC/RAL/r, inhibidores de la integrasa, IP/r e INNTI de segunda generación.
- 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 tercera línea.
- La decisión de los fármacos a utilizar en un régimen de tercera línea no solo dependerá de la disponibilidad local de pruebas de resistencia y de la disponibilidad local de fármacos específicos, sino que su autorización será únicamente responsabilidad del Programa Nacional del VIH.

Tabla No. 5 Tratamiento para regímenes de tercera línea o rescate

Esquema	Dosis
1) TDF / 3TC /DRV /r	300 + 150 + 600 mg/100 mg
2) ABC / 3TC / DRV / r	300 + 150 + 600 mg/100 mg
3) TDF / 3TC / RAL /r	300 + 150 + 800 mg/100 mg

3.5.2 Combinaciones de INNTI que no deben usarse por las interacciones presentadas

- D4T + AZT (antagonismo demostrado).
- D4T + DDI (toxicidad superpuesta).
- TDF + 3TC + ABC/ TDF + 3TC + DDI. Seleccionan con frecuencia la mutación K65R y se asocian a elevadas tasas de fracaso virológico temprano.
- TDF + DDI + cualquier otro INNTI. Se asocian a elevadas tasas de fracaso virológico temprano.
- TDF aumenta la concentración de DDI y consecuentemente su toxicidad potencial, incluyendo riesgo aumentado de toxicidad mitocondrial.

3.6. Adherencia al tratamiento antirretroviral

Estrategias para la adherencia

La adherencia consiste en apearse estrictamente al uso de los medicamentos antirretrovirales tal como le fueron indicados. Es el compromiso activo de una persona con VIH/SIDA al uso correcto no solo del tratamiento con antirretrovirales, sino a otros tratamientos complementarios, así como a la asistencia oportuna a sus controles médicos.

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

- Logro
- Mantenimiento

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

Consideraciones para trabajar adherencia

- Debe ser abordada de forma personalizada.
- El plan debe diseñarse según las características individuales.
- A pesar de que el psicólogo o consejero juegan un papel fundamental, la adherencia es responsabilidad de todo el equipo multidisciplinario.
- El acompañamiento psicológico es necesario en los casos en que la adherencia se vea afectada por factores tales como: depresión, ansiedad, abuso de alcohol y drogas, violencia y otros aspectos de índole psicológica y psicosocial.
- Se valora la situación actual del usuario.
- Se valora el nivel de aceptación de la condición de vivir con VIH.
- El usuario debe entender los beneficios del uso correcto de los medicamentos.
- Se debe integrar el tratamiento al estilo de vida del usuario.
- Se valora distancia, accesibilidad, costo de transporte del servicio en relación a donde vive el usuario.

Para el mantenimiento de la adherencia

- El usuario debe estar educado en cuanto a la importancia de la adherencia a los medicamentos, a sus citas médicas, realización de pruebas de seguimiento y retiro de medicamentos.
- En cada visita se repasan los nombres de los medicamentos, los horarios, las dosis, si perdió alguna.

- Se revisan los posibles efectos secundarios.
- Dependiendo de qué factores se identifiquen como débiles en el proceso de educación para el logro de la adherencia, se vuelve a trabajar sobre estos.
- Se evalúa periódicamente la situación actual del usuario para identificar elementos nuevos que deban ser trabajados, si se requiere referimiento a psiquiatras u otros.
- Cada vez que se haga ajustes en el tratamiento o cambio en la presentación, se trabajará detenidamente en estos aspectos porque se introducirán elementos diferentes a lo que se ha estado haciendo.
- Se deben tener a la mano datos como teléfono y dirección del usuario y de alguna persona que él autorice, de tal forma que se pueda ubicar en caso de que pierda citas o retiro de medicamentos.
- Se debe llevar control manual o computarizado de las fechas en que le corresponde a cada usuario retirar los medicamentos para identificar si perdió la fecha. De ser así se requiere una evaluación de las razones que tuvo. Dependiendo de la causa se trabaja sobre esta.
- Realizar visitas domiciliarias en caso de ser necesario.
- El usuario debe estar educado en que hacer: si va de viajes o se muda a otra localidad.

Actividades

Lea el siguiente caso

Jorge es un joven 31 años, con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana desde diciembre del 2008, inició la TARV en enero del 2009 y la abandonó en noviembre del 2009. Acudió con historia de un mes de evolución de aparición de masa en región mandibular izquierda que fue aumentando de tamaño hasta alcanzar el tamaño actual. La masa era dolorosa en la noche solamente. Niega fiebre, sialorrea, alteraciones de la deglución, pérdida de peso o debilidad. Al examen físico es relevante la presencia de una masa mandibular izquierda de 10 x 10 cm de diámetro, no dolorosa a la palpación, sin drenaje de material y adherida a planos profundos. Se le realizó una biopsia de la lesión y se reporta posteriormente linfoma plasmablastico.

1. ¿Conoce usted casos como el de Jorge?
2. ¿Puede relacionarse la interrupción al tratamiento con el linfoma de Jorge? Justifique
3. Prepare un plan para la adherencia al tratamiento en el caso de Jorge

Unidad 4

Manejo y prevención de infecciones oportunistas en el adulto

Objetivos de la unidad

Al terminar las sesiones formativas que integran la unidad los/las participantes serán capaces de:

- Comprender los conceptos necesarios para el manejo y prevención de las infecciones oportunistas en el adulto con VIH.

Tener VIH/SIDA debilita el sistema inmunológico del cuerpo. Normalmente, el sistema inmunológico combate los gérmenes que entran al cuerpo. Cuando el VIH/SIDA lo debilita, no puede luchar adecuadamente contra ellos. Eso puede conducir a infecciones graves que no suelen afectar a las personas sanas. Dichas infecciones se llaman infecciones oportunistas (IO).

Las infecciones oportunistas que aparecen en la Guía Nacional para el manejo de la Atención por VIH en la República Dominicana son las siguientes:

4.1 Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*

Pneumocystis jirovecii (antiguamente conocido como *P. carinii*) es un hongo patógeno, oportunista, extracelular que parasita el árbol respiratorio del ser humano, produciendo una infestación que se manifiesta en muchos pacientes que han sufrido de inmunosupresión.

Diagnóstico

Esta IO se caracteriza por falla respiratoria subaguda, fiebre, tos no productiva y molestias torácicas inespecíficas, de días a semanas de evolución. Puede presentarse únicamente con fiebre. El examen físico pulmonar suele ser insignificante y en ocasiones no hay ningún signo. En los casos graves existe hipoxemia ($PO_2 < 70$ mmHg) que se traduce inicialmente por un descenso en la saturación de oxígeno ante el ejercicio leve, lo que nos demuestra un gradiente alveolo-arterial de O_2 anormal. El neumotórax es una complicación asociada frecuente de los cuadros graves.

La enzima lactato deshidrogenasa (LDH) en sangre puede estar elevada más de tres veces sobre el valor normal, lo cual es altamente sensible pero poco específico. La proteína C reactiva (PCR) suele ser baja cuando no existe coinfección por otros agentes infecciosos. La radiografía de tórax muestra infiltrados intersticiales bilaterales “en alas de mariposa”, pero puede tener patrones variables con presencia de nódulos, bulas o cualquier tipo de patrón radiológico. La TAC de pulmón demuestra, clásicamente, imágenes en vidrio esmerilado o de “árbol en brote”.

Entre 13 y 18% de los pacientes con neumonía por *P. jiroveci* tienen una coinfección: neumonía bacteriana, tuberculosis (TBC) o sarcoma de Kaposi.

El método clásico de diagnóstico es por medio de la expectoración inducida o el lavado bronco-alveolar. Las tinciones utilizadas pueden ser Giemsa o Wright (útil para quistes y trofozoitos pero no tiñen la pared), Gomori Grocott metenammina de plata o Gram (tiñen la pared del quiste). La búsqueda de *P. jiroveci* con estas tinciones es operador dependiente y es necesario tener experiencia para descartar la presencia del agente. La inmunofluorescencia directa es una técnica más sensible y no depende del operador. Las técnicas de biología molecular, como la reacción de polimerasa en cadena (RPC), resultan promisorias para la identificación de *P. jiroveci*; sin embargo, hay que recordar que un porcentaje no despreciable de la población está colonizada con este microorganismo.

Tratamiento

No se debe aplazar el tratamiento de la neumonía por *P. jiroveci* a la espera de detectar el agente etiológico; en algunos casos se puede rescatar el agente aún después de semanas de tratamiento. La terapia anti-retroviral (TARV) debe iniciarse precozmente en los pacientes con neumonía por *P. jiroveci* leve a moderada y luego de las primeras dos semanas de tratamiento en los casos más graves y que requieren de ventilación mecánica. El fármaco de elección para el tratamiento de la neumonía por *P. jiroveci* es la combinación de trimetoprim y sulfametoxazol (cotrimoxazol).

4.2 Toxoplasmosis cerebral

La toxoplasmosis es una enfermedad causada por el microorganismo *Toxoplasma gondii*. Generalmente, la toxoplasmosis afecta el cerebro y causa una enfermedad llamada encefalitis por toxoplasma. El microorganismo puede infectar y enfermar a otros órganos, entre ellos los ojos y los pulmones.

Diagnóstico

La toxoplasmosis cerebral (TC) se presenta en pacientes con intensa inmunodepresión; el grupo de mayor riesgo es de aquellos pacientes con recuento de linfocitos T-CD4 < 50 céls/mL y es inusual encontrarla en aquellos con > 200 linfocitos T-CD4 céls/mL. El diagnóstico se establece por un cuadro clínico compatible: cefalea, confusión, trastorno motor/sensitivo, crisis convulsivas y ocasionalmente fiebre. En la TAC de cerebro se pueden ver tres tipos de lesiones que ocurren en 1/3 de las veces cada una: lesiones solitarias, dos a cinco lesiones o múltiples lesiones. El 90% de los casos capta contraste en anillo, de modo regular. El principal diagnóstico diferencial se realiza con el linfoma primario del SNC (LPSNC) que en 25 a 50% de las veces puede ser multicéntrico; La IgG para *Toxoplasma gondii* suele ser positiva, prácticamente en la totalidad de los pacientes infectados con VIH, de modo que observar un incremento en los títulos de esta inmunoglobulina respecto de un examen basal previo puede ser de utilidad rápidamente. En la práctica habitual el diagnóstico se establece por la presentación clínica y las imágenes. Se parte con terapia, las lesiones suelen disminuir ostensiblemente o desaparecer en el lapso de dos a cuatro semanas.

Tratamiento

Clásica y de elección es la asociación de pirimetamina y sulfadiazina acompañadas de ácido fólico; sin embargo, existe evidencia reciente de igual eficacia y seguridad con el uso de cotrimoxazol. Pirimetamina es el fármaco que mejor penetra al SNC. El tratamiento alternativo consiste en pirimetamina conjuntamente con clindamicina, atovaquona o azitromicina.

4.3 Infección por *Mycobacterium avium complex* (MAC)

Mycobacterium avium Complex, también llamado MAC, es un tipo de infección bacteriana que en personas con el sistema inmunológico debilitado, puede causar síntomas potencialmente mortales. Las personas que tienen sistemas inmunológicos sanos también pueden infectarse con el MAC.

Diagnóstico

Es la infección sistémica multifocal más frecuente en el paciente infectado por VIH con grave inmunosupresión. Se caracteriza por fiebre prolongada, sudoración, baja de peso, diarrea y dolor abdominal. Suele focalizar más cuando se asocia a SRI y puede incluir linfadenitis, neumonitis, pericarditis, osteomielitis, compromiso de tubo digestivo, abscesos en piel y tejidos blandos, úlceras genitales y lesión del SNC.

Tratamiento

Claritromicina asociada a etambutol es el tratamiento de elección, con o sin adición de RFP, el cual debe ser prolongado: 12 meses al menos. Azitromicina es la alternativa a claritromicina, en caso de contraindicación, Quinolonas y aminoglucósidos son también fármacos alternativos.

4.4 Infección por virus herpes simplex tipos 1 y 2

Herpes es un término general para identificar a dos infecciones virales que pueden afectar el área alrededor de la boca (herpes oral, también conocido como llagas herpéticas) o el área alrededor de los genitales (herpes genital). Hasta no hace mucho tiempo atrás se creía que el herpes oral era causado por el virus herpes simplex tipo 1 (VHS-1), mientras que el herpes genital era causado por el virus herpes simplex tipo 2 (VHS-2). Ahora se sabe que ambos virus pueden causar lesiones o llagas en ambas áreas. Tal como el VHS-1 puede causar lesiones genitales, el VHS-2 también puede causar lesiones orales. Si bien el VHS-1 y el VHS-2 son virus diferentes, son bastante parecidos y se tratan de manera similar.

Diagnóstico

Las infecciones herpéticas son habituales, en especial en la cavidad oral (VHS-1) y región genital (VHS-2). Son úlceras superficiales grandes, confluentes y dolorosas, pueden estar cubiertas de detritus o fibrina, lo que les otorga una apariencia blanquecina amarillenta sucia y plana. En la boca se debe realizar el diagnóstico diferencial con la candidiasis orofaríngea que cursa con lesiones solevantadas, blancas, con aspecto de leche cortada; y con las aftas inflamatorias que son mucho más frecuentes, pequeñas, no confluentes y múltiples. En la práctica clínica diaria,

el diagnóstico se establece mediante la visión directa de un operador con experiencia. Las lesiones herpéticas suelen reaparecer en el mismo sitio y ocasionalmente comprometen el área roja externa de los labios, situación que no ocurre con las aftas. Las lesiones genitales se asocian a dolor, linfadenopatía y pueden tener descarga uretral ocasionalmente. Lesiones ulceradas grandes y confluentes, tanto en boca como genitales, pueden verse en pacientes con recuento de linfocitos T-CD4 < 100 céls/mL.

Tratamiento

El fármaco de elección es aciclovir, tanto para lesiones leves, recurrentes, localizaciones no cutáneas como para encefalitis. Ante las recidivas de lesiones muco-cutáneas se puede aplicar imiquimod al 5% que retarda la recurrencia y, en casos de recidivas de herpes genital, se puede emplear valaciclovir. Foscarnet es la terapia de elección en los casos excepcionales de resistencia.

4.5 Herpes zoster

La culebrilla (herpes zoster) es una infección causada por el mismo virus que causa la varicela (virus de la varicella zoster, perteneciente a la familia de los virus herpes). No puedes desarrollar la culebrilla sin haber padecido previamente, la infección con el virus de la varicela (generalmente en la niñez). La culebrilla puede aparecer en personas que tienen su sistema inmunológico debilitado, las cuales incluyen a aquellas que viven con el VIH y las mayores de 60 años de edad (especialmente con diabetes, cáncer u otras enfermedades que pueden bajar las defensas).

Diagnóstico

El herpes zoster o zona representa una reactivación de una infección latente por virus varicela-zoster. La primoinfección (varicela) aparece clásicamente primero en cabeza, después en tronco y finalmente en extremidades, en una evolución rápida de 12 a 48 h. El patrón de lesiones es ampliamente conocido con máculas, vesículas y costras que se observan simultáneamente.

Tratamiento

Aciclovir es el antiviral de elección y valaciclovir una buena alternativa. Ante la sospecha clínica es muy importante el tratamiento inmediato, en particular en los casos complicados con compromiso visceral y retinitis. En este último escenario, es difícil diferenciar de una retinitis por citomegalovirus ante lo cual se debe indicar cobertura contra este otro virus además, hasta tener confirmado el diagnóstico.

4.6 Infección por citomegalovirus

El cytomegalovirus, también conocido como CMV, es un virus del tipo herpético, perteneciente a la misma familia el virus herpes zoster (causante de la varicela y de lesiones por herpes) y del herpes simplex I (responsable de las úlceras bucales).

Diagnóstico

El citomegalovirus (CMV) compromete a pacientes portadores de VIH intensamente inmunosuprimidos (linfocitos T-CD4 < 100 céls/mL).

La retinitis es su más importante manifestación clínica, es unilateral en 2/3 de los pacientes y de no mediar terapia, afecta ambas retinas en todos los pacientes. La progresión de la enfermedad una vez diagnosticada es muy rápida y puede llevar a la pérdida visual total en períodos tan cortos como 10 a 21 días. La presencia de virus se puede demostrar en sangre y otros fluidos estériles mediante RPC y representa la principal herramienta diagnóstica.

Tratamiento

El antiviral de elección es ganciclovir que, en el caso de retinitis, además de la terapia sistémica endovenosa, debería administrarse directamente al humor vítreo. El tratamiento de mantención para el caso de la retinitis debería seguir por al menos tres meses, hasta la resolución de las lesiones, e idealmente asociado a una recuperación inmune mantenida (linfocitos T-CD4 > 200 céls/mL). Valganciclovir es el éster valínico de ganciclovir y permite una adecuada absorción administrado por vía oral

4.7 Candidiasis

La candidiasis, también llamada micosis candidiásica, es una enfermedad causada por un hongo (*Candida albicans*). Todas las personas tienen este hongo por fuera y dentro del cuerpo. Se puede encontrar en la piel, en el estómago, en el colon, en el recto, en la vagina, en la boca y en la garganta. Casi siempre, la *Candida albicans* es inofensiva y en realidad ayuda a mantener el nivel bacteriano adecuado. Sin embargo, algunas veces se desarrolla un crecimiento desmedido de este hongo que podría generar una variedad de problemas

Diagnóstico

Las candidiasis orofaríngea y esofágica son posiblemente las infecciones oportunistas más frecuentes y evidentes en los pacientes con infección por VIH con inmunosupresión grave (linfocitos T-CD4 < 200 céls/mL). A su vez, son un marcador clínico muy útil respecto de la respuesta a la TARV temprana pues frecuentemente no recurren luego de su tratamiento específico en pacientes adherentes y con buena respuesta a TARV. En mujeres también se presenta en forma recurrente candidiasis vulvovaginal.

El principal agente es *Candida albicans* pero hay que tener presentes otras especies como *C. glabrata* o *C. krusei*.

El diagnóstico se establece mediante la visión directa de lesiones blanquecinas solevantadas múltiples en la orofaringe; también pueden presentarse como lesiones eritematosas no ulceradas o queilitis angular. La candidiasis esofágica se manifiesta con disfagia, odinofagia, ardor y dolor retroesternal y se confirma mediante la visión de lesiones en la endoscopia digestiva alta. Debido a la urgencia de tener un tubo digestivo eficiente para la nutrición y la TARV la práctica habitual es tratar inmediatamente los casos sospechosos de compromiso esofágico (algorra bucal y trastornos deglutorios) y dejar la endoscopia para aquellos casos con fracaso clínico. Se puede hacer tinción de KOH (visión de levaduras) y el cultivo respectivo en Cromoagar para poder diferenciar entre *C. albicans* y *Candida spp* no *albicans*.

Tratamiento

El fármaco de elección es fluconazol. Fármacos como anfotericina B, voriconazol o caspo-fungina debe dejarse para los casos refractarios a fluconazol y con cultivos que demuestren la presencia de *Candida albicans*[™]. La candidiasis vulvovaginal se puede tratar con azólicos tópicos o monodosis de fluconazol oral.

4.8 Meningitis criptocócica

La meningitis criptocócica es una infección grave del cerebro y de la médula espinal que puede ocurrir en las personas que viven con el VIH. Es causada por un hongo (fungus): *Cryptococcus neoformans*.

El *Cryptococcus neoformans* se encuentra comúnmente en el medio ambiente y puede estar en los suelos y en los excrementos de los pájaros. Si la tierra que contiene al *Cryptococcus neoformans* vuela por el aire, el hongo puede inhalarse y depositarse en los pulmones. A partir de allí el hongo puede viajar a través de la sangre hacia la médula espinal y el cerebro, donde podría causar enfermedad.

Muchos de los síntomas de la meningitis criptocócica son similares a aquellos que se observan en otras enfermedades. Estos incluyen: fiebre, fatiga, cuello rígido (duro), dolores corporales, dolores de cabeza (a menudo graves), náuseas, vómitos y lesiones en la piel. Otros síntomas importantes incluyen: confusión, pensamientos desordenados, problemas de visión y posibles convulsiones.

Diagnóstico

Hay dos maneras de diagnosticar la meningitis criptocócica. La primera consiste en buscar el hongo en la sangre. Esto no es más que un simple análisis de laboratorio. La segunda manera y la más común para diagnosticar la meningitis criptocócica consiste en recolectar una muestra del líquido cefalorraquídeo (LCR), que rodea al cerebro y a la médula espinal. Para obtener el líquido, un doctor o un técnico deben realizar una punción lumbar. Una vez que se ha obtenido una pequeña cantidad de líquido de la médula espinal, el laboratorio puede iniciar la búsqueda del *Cryptococcus neoformans* en el LCR. La punción lumbar también se hace para verificar la presión en el cerebro. La presión del líquido cefalorraquídeo puede

aumentar porque la meningitis criptocócica produce inflamación del cerebro. Conocer la presión del LCR puede ayudar a determinar cuán grave es la enfermedad. Si la presión es extremadamente alta, se deberá drenar más LCR para disminuir los síntomas y prevenir el daño cerebral.

Tratamiento

El tratamiento estándar que se recomienda para todas las formas de meningitis criptocócica incluye dos medicamentos. El primero, amphotericin B (Fungizone), se administra por vía intravenosa todos los días. El segundo, flucytosine (Ancobon), se administra oralmente.

4.9 Infecciones por virus herpes tipo 8 y sarcoma de Kaposi

El sarcoma de Kaposi, o SK, es un tipo de cáncer. Fue una de las primeras enfermedades que se observaron en las personas con SIDA y sigue siendo uno de los tipos de cáncer más frecuentes en los individuos VIH positivos.

Actualmente, la mayoría de los investigadores coinciden en que un virus llamado virus herpes asociado al Sarcoma de Kaposi (VHSK), también llamado virus herpes humano 8 (VHH 8), causa el sarcoma de Kaposi. Sin embargo, el virus por sí solo no es suficiente para ocasionar SK. Las deficiencias del sistema inmunológico, como las que presentan las personas con SIDA, pueden permitir que el virus cause la enfermedad.

Diagnóstico

La infección por virus herpes tipo 8 (VHH-8) es el fenómeno que da paso tanto a la formación del sarcoma de Kaposi (SK) y el linfoma primario con efusión (PEL: primary effusion lymphoma) así como a la enfermedad multicéntrica de Castleman, que es un desorden linfoproliferativo¹. Debemos recordar que el SK tiene una fase inflamatoria infecciosa y otra sarcomatosa propiamente tumoral. Las ubicaciones en la región inguinal, pies, boca, pulmón y tubo digestivo se asocian a un peor pronóstico.

El diagnóstico se establece mediante la visión de las lesiones que pueden ser planas o solevantadas, con un color rojo tipo vino tinto. El diagnóstico diferencial se lo hace con la bartonelosis cutánea diseminada que presenta lesiones redondeadas, siempre solevantadas y de color rojo pálido. La biopsia debe ser hecha preferentemente en lesiones de la piel y establece el diagnóstico definitivo. No se debe tomar biopsia de vísceras por el alto riesgo de sangrado.

La enfermedad de Castleman se caracteriza por adenopatías múltiples y fiebre y puede gatillar una falla multiorgánica. Requiere estudio anátomo-patológico y determinación de VHH-8 mediante RPC1.

Tratamiento

La TARV es la principal terapia en el SK y debe ser iniciada inmediatamente. Existe polémica respecto del rol de los antivirales en el manejo del SK, parece estar más claro su utilidad en el PEL y en la enfermedad de Castleman. La quimioterapia y la TARV deben ser iniciada rápidamente en los casos de SK muco-cutáneo extenso; no obstante, en los casos cutáneos leves se puede intentar exclusivamente con TARV. Bleomicina, vincristina y doxorubicina han probado efectividad en el manejo del SK, siendo doxorubicina liposomal la primera línea de tratamiento.

4.10 Leucoencefalopatía multifocal progresiva

El virus JC (VJC) causa la leucoencefalopatía multifocal progresiva (LEMP). Hacia la edad de 10 años, la mayoría de las personas han estado infectadas con el virus, pero casi nunca provoca síntomas. Sin embargo, las personas con un sistema inmunitario debilitado están en riesgo de desarrollar LEMP.

Diagnóstico

Es una afección causada por el poliomavirus JC que se caracteriza por destrucción de la sustancia blanca cerebral. Se manifiesta con déficit neurológico variable y asimétrico destacando, por frecuencia, la presencia de hemianopsia, hemiparesia, hemiparestesia, dismetria y ataxia. Las lesiones en la leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) se expanden concéntricamente o a través de los tractos de sustancia blanca, en el transcurso de semanas. Nunca es de presentación abrupta, no se acompaña de cefalea ni fiebre y sólo 20% desarrolla convulsiones (las lesiones se asientan en la sustancia blanca inmediatamente adyacente a la corteza). La TAC cerebral demuestra zonas hipodensas, habitualmente periventriculares, asimétricas, que no siguen el patrón de territorio vascular, sin efecto de masa y que no captan contraste en 85 a 90% de las veces, salvo que se encuentre en el contexto de un SRI donde, además de captar contraste, puede existir edema perilesional con efecto de masa.

La RM cerebral es el examen imagenológico de elección, demostrando lesiones en la sustancia blanca: hiper-intensas (claras) en T2 y FLAIR e hipo-intensas (opacas) en T1. Debe realizarse RPC para virus JC para confirmar el diagnóstico, el que es positivo en 70 a 90% de los pacientes. Es ideal tener una RPC negativa para VHZ y para virus de Epstein-Barr y, de ese modo, descartar una infección herpética y linfoma primario de SNC. Se puede realizar una biopsia cerebral en casos seleccionados con alta sospecha de LMP acompañada de pruebas moleculares negativas.

Tratamiento

No existe un antiviral específico y eficiente contra el virus JC; se recomienda como tratamiento de estos pacientes optimizar su condición inmunitaria mediante TARV prefiriendo incluir fármacos con buena penetración al SNC. Los anti-retrovirales que mejor atraviesan la barrera hematoencefálica son: zidovudina, abacavir, emtricitabina, nevirapina, efavirenz, lopinavir/ritonavir, fosamprenavir/ritonavir, darunavir/ritonavir, raltegravir y maraviroc. Se debe intentar armar un esquema con estos fármacos para el paciente con LMP125-127.

4.11 Infecciones por virus papiloma humano

Diagnóstico

La manifestación clínica de la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) es la formación de verrugas, papilomas y condilomas sobre el área afectada. Pueden tener diversa localización pero particularmente frecuente son en manos, área génito- urinaria y en la zona perianal.

Pueden derivar en extensas lesiones y más de 30% de los tipos de VPH que infectan el cérvix uterino son considerados oncogénicos; del mismo modo, este agente es la principal causa del cáncer cérvico-uterino. También se encuentra relacionado con el cáncer anal, vulvo-vaginal, de pene y de la cavidad oral. Es fundamental un examen regular ginecológico que incluya un test de papanicolao y la colposcopia con biopsia cervical directa en los casos en que se encuentre alteración previa. La recurrencia de la infección por VPH es elevada pese al tratamiento.

Tratamiento

Podofilina e imiquimod, ambos en aplicación tópica, son los tratamientos más probados; sin embargo, en localizaciones más complejas u extensas es necesario aplicar crioterapia o cauterización. No pocas lesiones tienen un comportamiento tumoral y la resolución quirúrgica precoz es el tratamiento más adecuado.

*A*ctividades

Analice el siguiente caso:

Juan es un hombre de 35 años que solía salir con parejas en situaciones de riesgo de ITS y VIH. Varias de sus parejas enfermaron de SIDA, pero él no manifestaba ningún síntoma. Con deseos de olvidar esa situación se marchó de su pueblo y se fue a la capital. Allí volvió a salir con el mismo tipo de mujeres y contrajo el VPH. Cuando fue a la consulta porque le habían salido verrugas anales, se le hicieron varias pruebas, incluida la de VIH. Ésta última salió positiva. Lo que tanto temía Juan resultó ser cierto, no valió de nada que huyera de la situación.

1. ¿Por qué piensas que Juan sabiendo que estaba en una situación de riesgo, nunca se hizo la prueba del VIH?
2. Elabore los procedimientos en cuanto a diagnóstico y tratamiento que se debe seguir en el caso de Juan.

Unidad 5

Co-infecciones y VIH/SIDA

Objetivos de la unidad

Al terminar las sesiones formativas que integran la unidad los/as participantes serán capaces de:

- Comprender los conceptos necesarios para el diagnóstico de coinfecciones en las personas con VIH/Sida

Una coinfección se da cuando el organismo se ve afectado por dos o más enfermedades al mismo tiempo. En los seropositivos, las coinfecciones dificultan el tratamiento, pues debilitan más aún la salud del paciente. En este caso, se necesitan estrategias específicas para facilitar el seguimiento y evitar interacciones entre los medicamentos. Con el tratamiento adicional, pueden surgir nuevos efectos secundarios.

5.1 VIH y Hepatitis B y C

La Hepatitis C puede dificultar la preservación del sistema inmunitario de quien vive con VIH y acelerar la progresión hacia el sida y la muerte. En algunos casos puede verificarse también una evolución más rápida hacia la cirrosis, la insuficiencia hepática y el cáncer de hígado.

La coinfección por la hepatitis B en seropositivos aumenta entre cinco y seis veces el riesgo de convertirse en portadores crónicos de la enfermedad y desarrollar cirrosis. El tratamiento es semejante al del SIDA, con indicación de antivirales. Las reacciones que pueden surgir con el uso de los medicamentos son las mismas que las del tratamiento de Hepatitis C.

Los pacientes coinfectados no pueden olvidar usar condón y los usuarios de drogas inyectables deben utilizar jeringuillas desechables para prevenir la transmisión de los virus causantes del SIDA y de la Hepatitis B y C. En algunos casos se indica no consumir alcohol para evitar un daño adicional al hígado.

En los pacientes coinfectados por VIH/VHB se recomienda iniciar TARV, independientemente del recuento de células CD4 o el estadio clínico.

Iniciar TARV con opción preferente TDF + 3TC (o FTC) + EFV. Los regímenes de inicio en todos los pacientes coinfectados por VIH/VHB deben incluir TDF más 3TC.

Todos los pacientes con Coinfección por VIH/VHC, Iniciar TARV independientemente del recuento de células CD4 o el estadio clínico de laOMS.

El esquema de tratamiento preferente para el paciente coinfectado es:
TDF + 3TC + EFV

Otra opción:

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

5.2 VIH y Tuberculosis

El diagnóstico de la tuberculosis en casos de coinfección es semejante al diagnóstico en la población general. La diferencia está en los síntomas clínicos ya que en las personas infectadas por el VIH esa enfermedad puede darse con más frecuencia fuera del pulmón y de manera generalizada por todo el cuerpo. El tratamiento es el mismo que el indicado para la población en general y está disponible en los centros que componen el Sistema Nacional de Salud.

Se recomienda iniciar TARV a todos los pacientes infectados por el VIH con TB activa, independientemente del recuento de células CD4. Iniciar tratamiento anti TB primero, seguido de TARV lo antes posible (dentro de las primeras 8 semanas). Iniciar terapia preventiva con TMP-SMX junto al tratamiento antituberculosis, independientemente del conteo de CD4 del paciente.

5.3 VIH y Sífilis

Las personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS), son más propensas a contraer y transmitir la sífilis. Dado que el VIH debilita el sistema inmunológico, puede hacerlo más susceptible a contraer infecciones como la sífilis.

Las llagas causadas por infecciones de transmisión sexual como la sífilis, causan heridas en la piel y en las membranas o mucosas que normalmente actúan como barreras y que ayudan a protegernos contra la infección. Debido a que las úlceras genitales pueden sangrar fácilmente, entrar en contacto con el tejido genital durante la actividad sexual, puede hacer que sea más probable adquirir o transmitir el VIH. También es sabido que la infección de la sífilis aumenta la carga viral del VIH.

Por último, el VIH tiene un impacto en cómo el cuerpo responde a la sífilis. En PVVS, los síntomas de la sífilis pueden ser mucho más graves. PVVS también son más propensos a desarrollar la neurosífilis y hacer mucho más rápido el progreso a la sífilis terciaria.

Sífilis primaria: En la mayoría de los casos, el único síntoma evidente de la sífilis primaria es una úlcera indolora, llamada “chancro”, que aparece dentro de las dos a seis semanas después de que la persona se infectó con el *T. pallidum*. Por lo general, la úlcera aparece en el pene, la vulva, la vagina o el ano. También puede aparecer en el cuello del útero, la lengua, los labios y en otras partes del cuerpo. La úlcera suele curarse sin tratamiento en pocas semanas.

El VIH se transmite con mayor facilidad cuando estas úlceras están presentes. Una persona VIH positiva, que tiene una úlcera de sífilis, es mucho más “infecciosa” (es decir, tiene más probabilidades de transmitir el VIH) que alguien que no tiene chancros. De la misma manera, las personas VIH negativas que tienen una úlcera de sífilis corren más riesgo de infectarse con el VIH si tienen relaciones sexuales sin protección con alguien VIH positivo.

Si se padece de sífilis primaria y no se recibe tratamiento, posiblemente la infección evolucione a sífilis secundaria.

Sífilis secundaria: El síntoma más común de la sífilis secundaria es una erupción de lesiones pequeñas y parecidas a las de la viruela (por lo general, de color castaño rosáceo), que al agruparse tienen el aspecto de un sarpullido que no genera picazón. Si bien pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, los síntomas clásicos de la sífilis secundaria son el sarpullido en las palmas de las manos y las plantas de los pies.

Sífilis latente: La sífilis latente (oculta) se diagnostica cuando la persona ha generado anticuerpos contra la bacteria pero no tiene ningún síntoma de infección. Si bien alguien que tiene sífilis latente generalmente no se considera contagioso (esto significa que es muy poco probable que transmita la bacteria a otros), se recomienda el tratamiento para prevenir complicaciones graves durante las etapas tardías de la enfermedad.

La sífilis latente se puede dividir en latente temprana o latente tardía, dependiendo de cuánto tiempo la persona haya tenido la infección. Las personas con sífilis latente tardía (aquellas personas que han estado infectadas durante al menos un año) o sífilis latente de duración desconocida (aquellas personas que no saben cuándo adquirieron la infección) requieren hacer un tratamiento más agresivo que aquellas personas que tienen una infección latente temprana (que han estado infectadas por menos de un año).

Sífilis terciaria: Si la sífilis primaria, secundaria o latente no recibe tratamiento, la bacteria puede diseminarse y causar daño en órganos internos, incluyendo el cerebro, los nervios, los ojos, el corazón, los vasos sanguíneos, el hígado, los huesos y las articulaciones. Esto puede conducir a una variada gama de problemas graves para la salud, los cuales incluyen infartos, parálisis, aneurismas y enfermedad del corazón.

Tratamiento

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

Iniciar tratamiento anti TB primero, seguido de TARV lo antes posible (dentro de las primeras 8 semanas). Iniciar terapia preventiva con TMP-SMX junto al tratamiento antituberculosis independientemente del conteo de CD4 del paciente.

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

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

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

*A*ctividades

Analice el siguiente caso:

Paciente masculino de 39 años de edad, originario y residente de la Ciudad de México, desempleado, portador de VIH desde hacía cinco años, sin controles de carga viral y cuenta de linfocitos CD4, sin tratamiento antirretroviral por rechazo del propio paciente, relaciones sexuales de tipo hombre-sexo-hombre, con múltiples parejas sin protección física y consumo regular de marihuana, cocaína y LSD (dietilamida del ácido lisérgico). En el examen dermatológico se observó una dermatosis diseminada que afectaba la cara, el tronco anterior y posterior, las extremidades superiores e inferiores, las palmas y las plantas. La dermatosis estaba constituida por numerosas placas, algunas eritemato-edematosas, otras violáceas, purpúreas y con centro deprimido, otras cubiertas por escama fina y gruesa; y finalmente, algunas con costras sanguíneas y necrosis central. La evolución era de dos meses, con prurito.

Con la sospecha de un secundarismo sífilítico, por las células plasmáticas en el estudio histopatológico, se solicitó un estudio VDRL, que fue positivo 1:32 y FTA-ABS (absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes) positivo para IgG2. Al paciente se le realizó punción lumbar para descartar neurosífilis, a pesar de no tener síntomas neurológicos ni oftalmológicos.

Referencia

Griselda Montes de Oca Sánchez, Andrés Tirado Sánchez, Perla de la Herrán Millán, Patricia Mercadillo Pérez, Alexandro Bonifaz. Sífilis maligna en un paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Dermatol Rev Mex* 2014;58: 71-76.

1. Elabore un procedimiento para la atención de este paciente con coinfección de VIH y Sífilis.

Unidad 6

Aspectos Psicológico-sociales en las personas viviendo con VIH/ Sida

Objetivos de la unidad

Al terminar las sesiones formativas que integran la unidad los y las participantes serán capaces de:

- Comprender en forma integral al paciente con VIH/Sida en su situación física, psicología y social.
- Valorar la importancia del trato humano, el respeto a los derechos humanos y la empatía en la atención a las personas con VIH/Sida.

6.1 Apoyo psicológico

Para hacer frente a las distintas situaciones angustiantes que se le plantean al paciente con HIV, en especial con respecto a su complejo tratamiento, la contención psicológica es fundamental. Cuando se la incluye dentro del tratamiento integral de la infección, aporta una mejor calidad de vida.

El tratamiento de los pacientes infectados con el VIH no se limita a las terapias antirretrovirales destinadas a combatir el virus que causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA. Un abordaje terapéutico integral requiere indefectiblemente de la labor de psicólogos y psiquiatras especializados que contengan al paciente que enfrenta un tratamiento tan complejo como el que supone esta infección.

Para los pacientes que viven con VIH el apoyo psicológico tiene una gran importancia dado que esta infección (muy a pesar de los especialistas, pacientes y familiares o seres queridos) está muy fuertemente ligada a la muerte. Si bien es tratable, aún no es curable y por eso esta asociación es casi instantánea.

Los expertos consultados coinciden unánimemente en que la persona que recibe un diagnóstico de VIH positivo necesita una contención psicológica para hacer frente a muchas situaciones que le plantea el tratamiento de la infección. El diagnóstico, la aparición de los primeros síntomas, los controles periódicos y muchas otras situaciones generan una gran movilización interior que se traduce casi siempre en angustia.

Tampoco hay que olvidar que sobre la infección por VIH y el SIDA pesa una fuerte carga social. La infección que causa el virus del SIDA está marcada socialmente. El miedo irracional a contagiarse genera la discriminación, la marginación y el aislamiento social de las personas infectadas.

Intervenciones psicosociales

El apoyo psicológico a las personas que viven con VIH/SIDA no sólo tiene por objetivo hacer frente a la suma de ansiedades, temores y angustias que genera su condición de VIH positivo. Mejorar la adherencia a los tratamientos es una de las metas fundamentales de los abordajes integrales. Por eso es necesario un abordaje multidisciplinario que involucre al paciente, a los profesionales de la salud, a la familia y a los amigos para optimizar la adherencia a los tratamientos”.

El apoyo psicológico de los pacientes con VIH/SIDA no sólo colabora con la adherencia, sino que también mejora los resultados del tratamiento farmacológico.

Trabajo en familia

El apoyo psicológico de las personas VIH positivas suele ser una de las tareas que muy frecuentemente descansan en las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs). En la atención psicológica a personas que viven con VIH, según el modelo de trabajo que adoptan las distintas organizaciones no gubernamentales, se hacen tratamientos de psicoterapia individual o tareas de consejeros. El apoyo psicológico no sólo es necesario para el paciente sino también para su familia.

Uno de los condicionantes sobre los que se sustenta la atención al paciente infectado por el VIH es la disponibilidad del profesional. Esto no significa que se deba filtrar o eludir el mecanismo burocrático del centro sanitario, sino actuar con flexibilidad en determinados momentos en los que, sin ser una urgencia médica, pueden ser una prioridad personal la necesidad del paciente de ser visto por su médico.

Esta actitud flexible que puede seguir sin ser comprendida todavía hoy (incluso reprochada), es especialmente necesaria cuando se trata de pacientes agobiados por una compleja problemática social y psicológica. Además, enlaza con uno de los compromisos éticos del médico, el de mejorar el acceso a la atención médica y con uno de los componentes de la calidad en la asistencia, el de la accesibilidad.

El consejo asistido

El Programa Global del Sida de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el consejo asistido (counseling) o la ayuda psicológica como un proceso dinámico de diálogo a través del cual una persona ayuda a otra en una atmósfera de entendimiento mutuo. El consejo asistido precisa de tres actitudes básicas: la aceptación incondicional de la persona (lo cual no significa que se esté de acuerdo con sus ideas o con su comportamiento), la congruencia entre lo que pensamos y expresamos (comunicación no verbal) y la empatía.

6.2 Apoyo social a las familias de las PVVS con problemas de sexo, violencia intrafamiliar, genero, adicción a las drogas

La consulta de VIH no sólo debe servir para prevenir, detectar y tratar problemas; también debe tener como finalidad la promoción de la salud y el bienestar físico y emocional de los pacientes, mediante el estímulo de hábitos saludables y la adecuada información en temas de higiene y salud pública. El infectólogo deberá transmitir una visión realista, sin infundir temores paralizantes, pero sin dejar de insistir en los principios básicos del cumplimiento terapéutico y las medidas preventivas de la transmisión.

El perfil de la enfermedad por el VIH está cambiando. Conforme ha ido disminuyendo la mortalidad de los pacientes y la toxicidad de los tratamientos antirretrovirales y ha ido aumentando la esperanza de vida, los afectados conciben proyectos de futuro (laborales, familiares -tener hijos- creativos) y, por otro lado, se ven expuestos de un modo creciente a la patología cardiovascular, cerebrovascular y neoplásica, como el resto de la población.

Ante este nuevo panorama, el profesional que atiende a personas que viven con el VIH debe incluir entre sus funciones la promoción del ejercicio físico (por sus efectos beneficiosos cardiovasculares y psicológicos), la información acerca del riesgo de transmisión vertical en caso de embarazo y sobre las medidas preventivas y la invitación constante al abandono del hábito tabáquico.

Una revisión de estudios que valoraban el ejercicio físico en personas con infección por el VIH concluye que el aeróbico (al menos 20 minutos, tres días a la semana durante cuatro semanas) es seguro y resulta beneficioso para mejorar la resistencia y la sensación de bienestar.

A veces será preciso hablar acerca de las relaciones personales, las necesidades sexuales y la salud sexual cada vez con mayor frecuencia, los pacientes con infección por el VIH desean tener hijos y demandan apoyo para prevenir la transmisión vertical. Los objetivos principales del cuidador serán mantener un estado de salud óptimo en la mujer antes de la concepción, identificar factores de riesgo para que aparezcan complicaciones en la madre o el feto (por ejemplo, el uso de antirretrovirales teratogénos) y prevenir la transmisión del VIH al hijo y a la pareja.

Por último, resulta conveniente tener en cuenta la espiritualidad y creencias religiosas del paciente para ayudarle con más eficacia a manejarse con su enfermedad, especialmente en determinados colectivos.

En la actualidad la principal vía de contagio del VIH es la vía sexual, pero la mayor parte de los pacientes infectados históricamente adquirieron la enfermedad mediante el hábito de compartir los utensilios utilizados en la drogadicción por vía intravenosa. El uso de drogas no autorizadas “per se” se crea serios problemas psicológicos y de otros tipos, amén de generar un grave conflicto familiar y rechazo social.

El rechazo social y la discriminación acompañante son situaciones frecuentes en el paciente toxicómano infectado por el VIH, tanto en las grandes urbes como en el medio rural, que pueden convertirlo en un ser desacreditado socialmente, aislado en lo afectivo y ante el que se despliega, de forma consciente o no, hostilidad. Tiene un estigma que le puede ocasionar problemas emocionales, sentimientos de culpabilidad y de baja autoestima.

Los pacientes incapaces de abandonar el consumo de drogas por vía intravenosa tienen peor calidad de vida relacionada con el estado de salud física y psíquica que los que se acogen a un tratamiento sustitutivo con metadona y que los abstinentes. Por extensión, el rechazo alcanza a los pacientes infectados por otras vías, si bien en menor intensidad que a los toxicómanos, salvo tal vez y en ciertos ámbitos sociales, a los infectados por contagio homosexual.

Actividades

Lea el siguiente texto y plantee una acción de promoción de la salud y apoyo psicosocial para cada situación destacada en el texto: adicción, prácticas sexuales y enfrentamiento con la muerte.

Imágenes sociales del VIH/SIDA

“Las imágenes que la sociedad nos ha venido presentando del VIH/SIDA nos pone enfrente de tres realidades-tabúes que cotidianamente tratamos de obviar: las adicciones, la sexualidad y la muerte. Es decir, nuestras adicciones, nuestra sexualidad y nuestra propia muerte, poniendo de manifiesto, en éste último caso, la incapacidad de la ciencia para luchar contra el dolor y la enfermedad.

-Nos enfrenta con nuestras adicciones y más específicamente con las drogas marginales intravenosas que suponen un escape ficticio del que la consume a la propia realidad, con dejación de decisiones y tomas de postura ante realidades evidentes. Por ello es necesario favorecer y desarrollar una cultura de la responsabilidad, individual y colectiva.

-Nos enfrenta con nuestras prácticas sexuales. A raíz del VIH/SIDA , se ha desarrollado una excesiva trivialización e instrumentalización de la sexualidad hedonista basado en el sexo-consumo, perspectiva que da una pobre visión del dinamismo y riqueza propia de la sexualidad humana, acusando a los sujetos de haber tenido una serie de relaciones sexuales “libertinas” con diferentes parejas, de contacto homo-heterosexuales fuera de la pareja estable. En este sentido es necesario contextualizar la sexualidad en la dinámica de los afectos, el cuidado mutuo de las enfermedades de transmisión sexual y las relaciones que aporten un crecimiento integral en las personas.

-Nos enfrenta con nuestra propia muerte ya que el VIH/SIDA se ha identificado con la muerte. Pues si el fallecimiento de sujetos ancianos nos es doloroso, la desaparición de sujetos jóvenes nos rompe el sueño de omnipotencia y desarrollo pleno para enfrentarnos con la debilidad, la contingencia y gran parte de las miserias humanas. Cuando convivimos con sujetos que tienen una enfermedad grave, necesariamente tenemos que afrontar, en algún modo cada uno de nosotros, nuestra propia posibilidad de enfermar gravemente y con ello nos cuestionamos para qué vivimos y nos hace plantearnos y preguntarnos por qué estamos dispuesto a vivir y a qué estamos dispuestos a renunciar.”

Fátima Martos (2002) INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN AFECTADOS POR VIH/SIDA. Consultado el 25 de septiembre de 2014 en:
www.luriapsicologia.com/

Unidad 7

Manejo del VIH en situaciones especiales

Objetivos de la unidad

Al terminar las sesiones formativas que integran la unidad los y las participantes serán capaces de:

- Comprender los conceptos básicos para la implementación de procedimientos antes, durante y después de una posible exposición al virus del VIH.
- Valorar la importancia de seguir las normas de seguridad en caso de exposición al virus del VIH.

7.1 Manejo de VIH en trabajadores expuestos

Es esencial que todas las personas involucradas en el manejo de pacientes o de material infectante estén informadas de las precauciones que se deben cumplir para minimizar el riesgo de contaminación por el VIH y otros microorganismos en cualquiera de los siguientes escenarios:

- Cuando se realicen procedimientos invasivos.
- En los servicios estomatológicos.
- Cuerpos de guardia.
- Salones de operaciones.
- Servicios de autopsias y evisceraciones de cadáveres.
- Servicios de Diálisis y Hemodiálisis.
- Laboratorios clínicos o de microbiología.
- Traslado de muestras.
- En casos de accidentes

No existe ninguna diferencia entre las precauciones tomadas para la atención de pacientes seropositivos al VIH y para aquellos de quienes se desconoce su estado serológico. Se asumirá que cualquier paciente puede estar infectado por algún agente transmisible por sangre y fluidos corporales potencialmente contaminados.

Precauciones Universales

1. Lavarse las manos con agua y jabón inmediatamente después de contacto con sangre, líquidos orgánicos y de atender a cada paciente aunque se hayan utilizado guantes. Al quitarse los guantes, entre pacientes y siempre que sea necesario.

2. Empleo de medios de barrera (guantes, espejuelos, tapabocas delantales quirúrgicos y ropas protectoras).
3. No reencapuchar las agujas usadas, eliminarlas en vasijas rígidas situadas en lugares prácticos para su uso.
4. Disponer equipos de resucitación en lugares apropiados.
5. Si el personal de salud que atiende un paciente presenta lesiones dermatológicas exudativas debe de evitar la manipulación de cuidados directos al paciente o la manipulación de equipos correspondientes.
6. Manejar con cuidados los instrumentos corto-punzantes.
7. Limpiar inmediatamente cualquier derrame de material infeccioso.
8. Asegurar que los equipos para el cuidado del paciente, la ropa de cama y los artículos contaminados sean desechados, desinfectados o esterilizados antes de ser usados por cada paciente.
9. Asegurar el manejo apropiado de los desechos.

Consideraciones para el uso de guantes

- Usar guantes para toda manipulación de material potencialmente infeccioso.
- Desechar los guantes siempre que se piensen que hayan sido contaminados, lavarse las manos y colocarlos nuevamente.
- No tocarse los ojos, nariz u otras mucosas o piel expuestas con las manos enguantadas.
- No abandonar el lugar de trabajo o caminar alrededor del laboratorio, consultorio, sala, etc, usando guantes.
- Lavarse las manos después de quitarse los guantes.

Precauciones con objetos punzo-cortantes

- No realizar maniobras prohibidas: retirar agujas con las manos, romper o doblar agujas desechables, retapar agujas utilizadas.
- Utilizar contenedores apropiados para su eliminación. (Cualquier frasco de paredes rígidas puede servir)

7.2 Violencia sexual

La violencia sexual se asocia a la predisposición al VIH en la medida en que el sexo no consentido está asociado a un aumento del trauma genital y de heridas por el coito y a algunos factores de riesgo como la posibilidad de que exista penetración anal, la vulnerabilidad de chicas adolescentes y la diferencia de edad entre los participantes. El incremento del riesgo también se asocia a la posible infección del perpetrador, a la incidencia y predominio de la violencia sexual, incluida la violación en grupo y a la posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) ulcerosas y el VIH. Sólo hace falta una mínima herida genital ya sea interna o externa, para proporcionar al virus acceso a células que pueden ser infectadas.

Si la violencia sexual constituye un factor significativo de riesgo de contagio de VIH, también supone una mayor probabilidad de infección por SIDA, donde la existencia de menores medidas de seguridad contribuye a una alta incidencia de la violencia sexual oportunista o donde ya existe una infección por VIH entre la población. Dados los altos niveles de violencia sexual que se producen en muchos países afectados por conflictos armados con una preponderancia del VIH, este aspecto podría ser uno de los principales causantes de la extensión de la epidemia.

Entender cómo evolucionan los patrones de comportamiento a través del tiempo es primordial para proporcionar una prevención y una respuesta efectivas al VIH.

Se identifica la violencia sexual como un factor entre los muchos que pueden incrementar la posibilidad de contraer el VIH, entre los factores se encuentran la movilidad y los desplazamientos de la población, la pobreza, la imposibilidad de acceder a servicios de salud e información, las transfusiones sanguíneas poco seguras, los cambios en las estructuras familiares y sociales, el impacto demográfico, los traumas psicológicos, el uso de sustancias ilegales y las ITS.

7.3 Profilaxis post exposición

El riesgo medio de infección por el VIH tras exposición percutánea a sangre contaminada es del 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, 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 lo tanto se realizará la profilaxis si esta procede, al menos hasta que se pueda conocer.

Si el paciente es negativo para VIH, no se realizará profilaxis salvo en el caso de que se conociese que está en fase de primo infección y estuviese en periodo de ventana.

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

Deberá repetirse la determinación serológica de VIH, VHB y VHC al 1 ½, 3, 6 y 12 meses. Si la prueba a las 6 semanas (1 ½ meses esta negativa, el riesgo de transmisión ha disminuido en un 97%).

Ante cualquier exposición laboral se deberá contactar cuanto antes con 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 esta está indicada. Al objeto de facilitar consejo inmediato en las horas de trabajo en que no se pueda contactar con 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.

Valorar el grado de exposición

- Alto riesgo: abundante sangre, herida ó pinchazo muy profundo, 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. Los fluidos que si pueden ser contaminantes son sangre, semen, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo, pleural, peritoneal, sinovial, pericárdico y amniótico, concentrados de laboratorio.

- Nulo ó 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 ó vómitos).

Si se inicia profilaxis, lo cual quiere decir que el riesgo ha sido moderado ó importante, deberá tomar medidas de prevención para evitar posible contagio a terceros (uso de preservativo, evitar contactos sanguíneos, no donar sangre, no realizar intervenciones de alto riesgo en su trabajo, etc).

*A*ctividades

1. Elabore un protocolo para una sala de urgencias con las medidas universales de seguridad, en caso de exposición al VIH.
2. Elabore tres casos que representes cada uno de los grados de exposición al VIH de los trabajadores de la salud

Unidad 8

Vigilancia de las ITS/VIH

Objetivos de la unidad

Al terminar las sesiones formativas que integran la unidad los/ las participantes serán capaces de:

- Comprender los conceptos necesarios para llevar a cabo los procesos de de la vigilancia de las ITS/VIH.
- Valorar la importancia de los métodos empleados en la vigilancia de las ITS/VIH.

8.1 Vigilancia Epidemiológica

El Sub Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de ITS/VIH/SIDA es uno de los componentes del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) dentro del módulo de vigilancia especial del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Todo personal de salud de establecimientos o centros de atención directa a las personas del Sistema Nacional de Salud, deben cumplir con las directrices técnicas para la vigilancia de los eventos incluidos en el Subsistema de Vigilancia de las ITS y VIH.

Debe realizarse vigilancia obligatoria de los siguientes casos

- a) Infección VIH
- b) Exposición conocida al VIH
- c) Infección por Sífilis,
- d) Infección por Hepatitis B
- e) Infección por Hepatitis C
- f) Prácticas de protección y factores de riesgos
- g) Dolor abdominal
- h) Uretritis
- i) Úlcera genital
- j) Flujo vaginal
- k) Otras según guías nacionales

Debe realizarse vigilancia especial de los siguientes casos

- a) Infección VIH y VIH avanzado de notificación individual.
- b) Infecciones intrahospitalaria de VIH, Sífilis y Hepatitis B y C.
- c) Infección por Sífilis de notificación individual.
- d) Infección por Sífilis en embarazadas y congénita de notificación individual.

Debe realizarse la vigilancia activa, detección y control de brotes de infecciones intrahospitalarias de VIH, Sífilis, Hepatitis B, C y VLTH-1, en pacientes hemodializados y personal de salud. Deben vigilarse las tendencias de las seroprevalencia de infecciones VIH, Sífilis y Hepatitis B en embarazadas, a través de encuestas basadas en Puestos Centinelas, de acuerdo al Plan Nacional de Investigación de ITS/VIH.

Deben realizarse encuestas transversales de prácticas de protección y factores de riesgo asociados al VIH y las ITS basados en comportamientos y estilos de vida.

8.2 De la notificación de casos

La notificación de los datos de las ITS/VIH/SIDA se deberá realizar en los instrumentos estandarizados por el MSP utilizando el flujo y periodicidad establecida.

Todo caso de Infección de Transmisión Sexual (Dolor Abdominal bajo, Flujo Vaginal-Vaginitis, Flujo Vaginal-Cervicitis, Secreción Uretral - Úlcera Genital) en población sexualmente activa es de notificación obligatoria.

Es de obligatoriedad la notificación individual del VIH y VIH avanzado en los instrumentos estandarizados.

Todo proveedor que prescriba ARV debe participar en la vigilancia de la fármaco-resistencia de acuerdo a las guías técnicas establecidas.

Todo personal de salud que provea atención integral al VIH debe realizar vigilancia a la adherencia antirretroviral en grupos de población y áreas geográficas seleccionadas, de acuerdo al plan de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional.

Todo Servicio de atención integral al VIH debe participar junto al nivel central en la vigilancia de la resistencia primaria y secundaria, a través de encuestas serológicas de genotipo.

8.3 Monitoreo y la evaluación, sistemas de información de las ITS y VIH/SIDA en el Sistema Nacional de Salud

El Subsistema Nacional de Monitoreo y Evaluación sobre las acciones e intervenciones en las ITS/VIH/SIDA es uno de los componentes del Sistema Gerencial de Monitoreo y Evaluación del Ministerio de Salud Pública.

Se deberá realizar el monitoreo y evaluación de los programas de ITS/VIH/SIDA para el seguimiento a las acciones de promoción, prevención y atención integral.

El sub-sistema de información en salud para la generación de las informaciones de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional para ITS y el VIH-SIDA se alineará a las necesidades establecidas en el Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación y su funcionamiento e instrumentación se definirá en las guías técnicas a ser elaboradas por el Ministerio de Salud Pública.

Todo actor en el marco de la respuesta a las ITS y el VIH-SIDA, del Sistema Nacional de Salud, deben cumplir con las Directrices técnicas para el M&E establecidas en el Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación.

Todos los establecimientos, servicios, instituciones y organizaciones, públicas, privadas y no gubernamentales, que realicen actividades de promoción de salud, prevención, atención integral y mitigación con relación a las ITS, VIH y SIDA, participarán obligatoriamente en el sistema de información, de acuerdo con las Normas y Guías Nacionales correspondientes.

Todas las Direcciones Provinciales de Salud y Direcciones de Área de Salud, deberán participar en el Sistema de Información ITS/VIH/SIDA, de acuerdo con las Normas y Guías Nacionales.

Todas las Direcciones de las Redes de Servicios Regionales de Salud pública y privadas, deberán participar en el Sistema de Información ITS/VIH/SIDA, de acuerdo con las Normas y Guías Nacionales.

Se debe monitorear la disponibilidad y calidad de los Servicios de Atención de ITS/VIH/SIDA, bajo los indicadores de calidad definidos.

Se deberá monitorear y evaluar el impacto de las intervenciones relacionada a las ITS/VIH/SIDA.

Se deberá monitorear la sobrevida de las PVVIH en ARV, a través de los indicadores de alerta temprana definidos.

Se debe monitorear la medición de los gastos en las intervenciones de VIH/SIDA.

El reporte de los datos de las ITS/VIH/SIDA se deberá realizar en los instrumentos estandarizados por el Ministerio, utilizando el flujo y la periodicidad establecida para tales fines.

Se deberá realizar el monitoreo y evaluación de la gestión de medicamentos para las ITS, VIH/SIDA en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, en sus diferentes componentes: adquisición, distribución, almacenamiento, dispensación y otros.

Todos los establecimientos, servicios, instituciones y organizaciones públicas, privadas y no gubernamentales que realicen actividades de promoción de salud, prevención, atención integral y mitigación con relación a las ITS, VIH y SIDA, participarán obligatoriamente en el sistema de información de acuerdo con las Normas y Guías nacionales correspondientes.

El Sistema será compatible con el Sistema de Información Gerencial y Vigilancia Epidemiológica del Sistema Nacional de Salud y con los sistemas de gestión definidos por el Ministerio de Salud y Asistencia Social.

El sistema de monitoreo y evaluación fortalecerá el papel de los órganos desconcentrados y descentralizados del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en los procesos de planificación y gestión, monitoreo y evaluación de la respuesta del Sistema Nacional de Salud ante las ITS el VIH/SIDA en su jurisdicción

8.3.1 Definición de las actividades de supervisión, monitoreo y evaluación de casos de VIH

Notificación individual de casos SIDA

Este es un sistema de notificación pasiva; a través de este sistema de notificación se caracterizó la epidemia en nuestro país según persona, lugar y tiempo, además de identificar los factores de riesgo al VIH más frecuentes. Hasta el momento lo que se está notificando es “caso SIDA”, por lo que con la introducción del TARV se hace imperativo un cambio en la notificación, teniendo en cuenta los aspectos de morbilidad asociada a infección VIH. En la actualidad el registro de notificación individual de caso se encuentra en modificación.

Encuestas de Vigilancia Serológica de Infección VIH/ Hepatitis B/ Sífilis.

Las encuestas serológicas son de corte transversal, anónimas, no ligadas a datos de identificación de pacientes, realizadas con periodicidad anual. El objetivo de las encuestas es obtener información para el análisis de las tendencias de la prevalencia de la infección VIH en los sub-grupos poblacionales y áreas geográficas, captadas a través de consultas ambulatorias en hospitales (puestos centinela).

Vigilancia de Comportamiento de Riesgo a las ITS/ VIH

La vigilancia de comportamiento de riesgo para las ITS/ VIH es parte del mapeo para identificar los sitios de riesgo de una comunidad y cuantificar la población que éstos albergan, de forma que se pueda tener información sobre el tamaño de estos grupos. Se utilizan técnicas cualitativas o cuantitativas de recopilación de información (tales como encuestas, historias de vida sexual, grupos focales, identificación de redes sexuales, entrevistas en profundidad, observación participante, etc.) para indagar sobre estos comportamientos de riesgo. Esta información permite desarrollar o adaptar los programas de prevención con los grupos poblacionales más vulnerables.

Vigilancia de la Farmacorresistencia del VIH a los ARV (FRVIH)

Las Encuestas de FRVIH basados en las encuestas serológicas centinela del VIH, utilizan un método relativamente representativo que se centra en diagnósticos de infección por VIH no relacionados con enfermedad clínica. El objetivo de las encuestas es estimar la prevalencia de la FRVIH transmitida en una o más áreas geográficas donde es más probable que la FRVIH transmitida aparezcan inicialmente o alcance un mayor nivel.

*A*ctividades

Elabore un plan de vigilancia de VIH para el centro de salud donde trabaja. Incluya lo siguiente:

1. Vigilancia

Notificación de:

- a. Infección VIH
- b. Exposición conocida al VIH
- c. Infección VIH y VIH avanzado de notificación individual.
- d. Infecciones intrahospitalaria de VIH, Sífilis y Hepatitis B y C.
- e. Encuestas transversales de prácticas de protección y factores de riesgo asociados al VIH y las ITS basados en comportamientos y estilos de vida.

2. Monitoreo

- a. Monitoreo y evaluación de los programas de ITS/VIH/SIDA para el seguimiento a las acciones de promoción, prevención y atención integral.
- b. Monitoreo de la disponibilidad y calidad de los servicios de atención de ITS/VIH/SIDA, bajo los indicadores de calidad definidos.
- c. Monitoreo y evaluación del impacto de las intervenciones relacionada a las ITS/VIH/SIDA
- d. Monitoreo de la sobrevida de las PVVIH en ARV, a través de los indicadores de alerta temprana definidos.
- e. Monitoreo de la medición de los gastos en las intervenciones de VIH/SIDA.
- f. Monitoreo y evaluación de la gestión de medicamentos para las ITS, VIH/SIDA en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, en sus diferentes componentes: adquisición, distribución, almacenamiento, dispensación y otros.

BIOGRAFÍA

- AFANI S, Alejandro y GALLARDO O, Ana M. Resistencia a la terapia antiretroviral en la infección por virus de inmunodeficiencia humana. Rev. chil. infectol. [online]. 2011, vol.28, n.5 [citado 2014-11-28], pp. 461-469. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182011000600011&lng=es&nrm=iso ISSN 0716-1018. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182011000600011>
- Aranda Anzaldo A. Virus de la inmunodeficiencia humana. En: En la frontera delos virus [Internet]. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1995 [citado 14 Abr 2011]. Disponible en: http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen2/ciencia3/071/htm/sec_15.htm .
- Gilbert PB, McKeague IW, Eisen G, Mullins C, Guéye-Ndiaye A, Mboup S, et al. Comparison of HIV-1 and HIV-2 infectivity from a prospective cohort study in Senegal. Statistics in Medicine. 2008; 22 (4): 573–93. doi:10.1002/sim.1342. PMID 12590415.
- LASSO B, Martín. Diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas en el paciente adulto con infección por VIH/SIDA. Rev. chil. infectol. [online]. 2011, vol.28, n.5 [citado 2014-11-28], pp. 440-460 . Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182011000600010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0716-1018. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182011000600010>.
- Ministerio de Salud. Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH. Chile. 2009
- Guía para el manejo de VIH/sida. Basada en la Evidencia. Colombia.
- Ministerio de Salud. Guía clínica Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA. Santiago, Chile: MINSAL, 2010.
- MSP/DIGECITSS. Guía Nacional para el Manejo de la Infección por VIH. Santo Domingo, República Dominicana. 2013
- MSP/DIGECITSS. Guía de Diagnóstico Temprano en Infantes y Atención Clínica en VIH/SIDA pediátrico. Santo Domingo, República Dominicana. 2013
- MSP. Norma Nacional para la Prevención y Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA. Santo Domingo, República Dominicana. 2012
- Ley de SIDA No. 135-11. República Dominicana. 2011.



Consejo Nacional para el VIH y el SIDA
CONAVHSIDA



Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA
DIGECITSS

Plaza Metropolitana, Av. John F. Kennedy esq. Av. Ortega y Gasset, 3er nivel, Santo Domingo, R. D.
Tel. (809) 472-7580 / digecitss@salud.gob.do