



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

Guía Nacional de Atención a la Población Adulta con VIH/SIDA



Guía Nacional de Atención a la Población Adulta con VIH/SIDA

Junio 2018

® Ministerio de Salud Pública

Título original:

Guía Nacional de Atención a la Población Adulta con VIH/SIDA

Coordinación técnica:

Dr. José Ledesma

Dra. Tessie Caballero Vaillant

Lic. Rachel Adames

Dra. Marisol Jiménez

Dr. Lorenzo Heredia

Lic. Xiomara Aquino

Consultoras:

Lic. Gisela Quiterio Benítez

Dra. Arelis Batista Concepción

Coordinación editorial:

Dr. José Ledesma

Dra. Marisol Jiménez

Dra. Tessie Caballero Vaillant

Lic. Gisela Quiterio

Ministerio de Salud Pública

Santo Domingo, República Dominicana, 2018

ISBN: 978-9945-591-68-2

Diagramación:

Shema TM Digital

Impresión:

Primera edición:

500 ejemplares

Impreso en República Dominicana

Este documento ha sido elaborado y publicado con el apoyo financiero de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), República Dominicana.



Autoridades

Dr. Rafael Sánchez Cárdenas
Ministro de Salud Pública

Dr. Héctor Quezada
Viceministro de Salud Colectiva

Dr. Francisco Neftalí Vásquez
Viceministro de Garantía de la Calidad

Dr. Chanel Rosa Chupany
Director Servicio Nacional de Salud

Dr. José Manuel Puello
Director de la Gestión de Salud de la Población

Dr. José A. Mordan
Departamento de Salud de la Familia

Dr. Luís Ernesto Feliz Báez
Director Programa de VIH/SIDA (DIGECITSS)

PANEL DE EXPERTOS

Dra. Monica Thorman

Médico Infectólogo

Dr. José Ledesma

Médico Infectólogo

Dra. Rita Alexandra Rojas

Médico Infectólogo

Dr. Carlos Rodriguez

Médico Infectólogo

Dra. Yicenia Brito

Médico Infectólogo

Dra. Talía Flores

Médico Infectólogo

Dr. Ruben Calcaño

Médico Infectólogo

Dr. Maximo O. Brito

Médico Infectólogo

Infectología de la Universidad Illinois, Chicago.

REVISOR EXTERNO

Sociedad de Infectología

Unidad de Guías y Protocolos de Salud, MSP

EQUIPO COLABORADOR

División de Programas de ITS/VIH (DIGECITSS)

Lic. Rachel Adames	Coordinación de proyectos
Dra. Marisol Jiménez	Unidad Coordinadora de Atención Integral
Dr. Osvaldo Lorenzo	Epidemiología
Dr. Lorenzo Heredia	Unidad Coordinadora de Atención Integral
Dra. Tessie Caballero Vaillant	Monitoreo y Evaluación
Dra. Nurys Vargas	Monitoreo y Evaluación
Dra. Gisela Ventura	Promoción y Prevención
Lic. Xiomara Aquino	Consejería
Dra. Ana Gloria Bido	Unidad Coordinadora de Atención Integral
Licda. Nidia Yacaira Rosario	Unidad Coordinadora de Atención Integral

Unidad de Guías y Protocolos de Salud, MSP

Dra. Andelys de la Rosa
Dra. Elizabeth Tapia
Dra. Ana Gil

Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud

Maribel Núñez	Dirección de Área I de Salud
Aida Vásquez	Dirección de Área II de Salud
Ana Miledis Mariano	Dirección de Área III de Salud
Nancy Quezada	Dirección de Área IV de Salud
Brígida Acosta	Dirección de Área V de Salud
Arely de León	Dirección de Área VI de Salud
Beato Francisco	Dirección de Área de Salud VII
Máximo Canela	Dirección de Área VIII de Salud
Leonidas Alt. Santana	Dirección Provincial de Salud de Peravia
Carolina Soles	Dirección Provincial de Salud de San José de Ocoa
Johanna Rojas	Dirección Provincial de Salud de San José de Ocoa
Merici Blanco	Dirección Provincial de Salud de Santiago I
Yanet Ortiz	Dirección Provincial de Salud de Santiago II
Wendry Tejada	Dirección Provincial de Salud de Santiago III
Wendeli Mosquea	Dirección Provincial de Salud de Santiago

Rafaela Obispo
Vicente de Peña
Vianette Coss
Carlos Bay
Carmen Rosa de Peña
Guadalupe Delgado

Rolando Martínez
Morabia Matos
Beatriz Taveras
Yenmy Ferreras
Olga Cuello
Claritza Diaz
Dominga Ogando
Clara Ramirez
Isaura Jiménez
Beatriz Taveras

Dirección Provincial de Salud de Espaillat
Dirección Provincial de Salud de Puerto Plata
Dirección Provincial de Salud de Hermanas Mirabal
Dirección Provincial de Salud de Samaná
Dirección Provincial de Salud de Samaná
Dirección Provincial de Salud de
María Trinidad Sánchez
Dirección Provincial de Salud de Duarte
Dirección Provincial de Salud de Bahoruco
Dirección Provincial de Salud de Bahoruco
Dirección Provincial de Salud de Independencia
Dirección Provincial de Salud de Barahona
Dirección Provincial de Salud de Azua
Dirección Provincial de Salud de Elias Piña
Dirección Provincial de Salud de Montecristi
Dirección Provincial de Salud de Santiago Rodríguez
Dirección Provincial de Salud de Valverde

Servicio Nacional de Salud

Dra. Hilda Natera

Consejo Nacional del VIH y SIDA (CONAVIHSIDA)

Lic. María Castillo

Organismos Internacionales

Christopher Detwiler

Programa Presidencial de Emergencia
de Asistencia para el SIDA (PEPFAR)

Nelson Arboleda

Centro para el Control y Prevención
de las Enfermedades (CDC)

Luís Bonilla

Centro para el Control y Prevención
de las Enfermedades (CDC)

Gina Sosa

Agencia de los Estados Unidos para
el Desarrollo Internacional (USAID)

Seth Greenberg

Agencia de los Estados Unidos para
el Desarrollo Internacional (USAID)

Bethania Betances

Programa Conjunto de las Naciones Unidas
sobre el VIH/Sida (ONUSIDA)

Yordana Dolores

Programa Conjunto de las Naciones
Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA)

Rafael Rodríguez

Organización Panamericana de la Salud
/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

Sociedad Civil

Concepción Meroño

Advancing Partners and Communities
/Centro de Orientación e Investigación
Integral (APC/COIN)

Begona Gomez

Oficina de Naciones Unidas contra
la Droga y el Delito(UNDOC)

Kilvis Acosta

ABT/HFG

Dulce Almonte

Red Dominicana de Personas
que Viven con VIH+

Pedro Mercedes

Instituto Nacional de Salud (INSALUD)

Ana Celia Carrero

PSI/FSH

Pamela Faura

PSI/FSH

Sterling Ureña

Instituto Dominicano de Estudios
Viroológicos (IDEV)

Leonardo Sánchez

Amigos Siempre amigos (ASA)

TABLA DE CONTENIDO

Abreviaturas	0
Presentación	0
Introducción	1
Objetivos	3
Alcance	3
Usuarios de esta guía	3
Población diana	3
Metodología	3
1. Recomendaciones a seguir para la atención a personas viviendo con VIH	5
1.1. Evaluación inicial de la población que vive con el VIH/sida	5
1.2. Preparación de la persona con VIH para el inicio de tratamiento antirretroviral	8
1.3. Inicio del tratamiento con ARV en personas con VIH	9
1.4. Esquemas recomendados para el tratamiento inicial con ARV	10
1.5. Seguimiento a pacientes que están en tratamiento con ARV	12
1.6. Cambios en el tratamiento con ARV	12
1.7. Adherencia a tratamiento	17
2. Infecciones oportunistas y co-morbilidades	22
2.1. Co-infección TB/VIH	22
2.2. Co-infección Hepatitis B/VIH y Hepatitis C/VIH	23
2.3. Infecciones Oportunistas (IO) y VIH	26
3. Uso de antirretrovirales para la prevención del VIH	29
3.1. Profilaxis Pre-Exposición PrEP	29
3.2. Profilaxis Post-Exposición al VIH (PPE)	30
Referencias	33

ABREVIATURAS

VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
MSP	Ministerio de Salud Pública
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
ENDESA	Encuesta Demográfica y de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SNS	Servicio Nacional de Salud
SRS	Servicio Regional de Salud
SAI	Servicio de Atención Integral
DIGEPI	Dirección General de Epidemiología
DIGECITSS	Dirección General para el Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IP	Inhibidores de la Proteasa
ITRN	Inhibidores de la Transcriptasa Reversa Nucleósido
ITRNN	Inhibidores de la Transcriptasa Reversa No Nucleósido
PPE	Profilaxis Post-exposición
PreP	Profilaxis Pre-exposición
PTMI	Prevención de la Transmisión Materno-Infantil del VIH
PNCT	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
PVVIH	Personas Viviendo con VIH
TB	Tuberculosis
TBE	Tuberculosis Extrapulmonar
TBP	Tuberculosis Pulmonar
TB-MDR	Tuberculosis Multidrogoresistente
TPI	Tratamiento Preventivo con Isoniacida
TMP-SMX	Trimetoprin Sulfametosaxol
VHB	Virus de la Hepatitis B
VHC	Virus de la Hepatitis C
TARV	Tratamiento con Antirretrovirales
SIRI	Síndrome Inflamatorio de Reconstitución Inmunológica
HPTN	HIV Prevention Trials Network (Red de ensayos de prevención del VIH)

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública, a través de la División de Programas de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida (DIGECITSS), pone a disposición de los y las profesionales de la salud, especialmente entre quienes tienen la responsabilidad de atender a la población que vive con VIH en la República Dominicana, la presente Guía para la Atención a la Población Adulta que vive con VIH.

Esta nueva herramienta de trabajo, actualizada acorde a los últimos lineamientos de la Organización Mundial de la Salud y las últimas evidencias disponibles, ha sido elaborada con la participación de todos los sectores de la sociedad interesados en contribuir a la mejora de la calidad de la atención a las personas que viven con VIH y por ende con la mejora de la calidad de vida de estas personas y sus familiares.

Esta Guía es parte de las estrategias que la DIGECITSS está desarrollando con el objetivo de contribuir al logro de la meta que la República Dominicana se ha planteado para el 2030: Erradicar la epidemia del VIH.

Erradicar la epidemia del VIH al 2030 requiere incorporar nuevas estrategias de prevención como lo es "tratamiento para todas las personas diagnosticadas con VIH", que se irá incorporando en todos los servicios de atención integral de forma gradual hasta alcanzar al 100% en el 2020.

Hacemos un llamado a los equipos humanos de los servicios de atención integral para que asuman las pautas contenidas en esta Guía y de esta manera contribuir al logro de los objetivos con los cuales se ha comprometido el país de proveer tratamiento a todas las personas que viven con VIH en el 2020 y erradicar el VIH al 2030.

Dr. Luís E. Félix Báez

Director de la DIGECITSS



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

"Año del Fomento de las Exportaciones"

000016

24-07-18

RESOLUCIÓN NO. _____

QUE PONE EN VIGENCIA LA GUÍA NACIONAL DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN ADULTA CON VIH/SIDA EN REPÚBLICA DOMINICANA.

CONSIDERANDO: Que la Rectoría del Sistema Nacional de Salud está a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y sus expresiones territoriales, locales y técnicas. Esta rectoría será entendida como la capacidad política del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de máxima autoridad nacional en aspectos de salud, para regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias, concertar intereses, movilizar recursos de toda índole, vigilar la salud y coordinar acciones de las diferentes instituciones públicas y privadas y de otros actores sociales comprometidos con la producción de la salud, para el cumplimiento de las políticas nacionales de salud.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública, en su condición de Rector del Sistema Nacional de Salud, es responsable de la aplicación de la Ley General de Salud (42-01) y sus Reglamentos en pro de la Producción Social de la Salud de toda la ciudadanía y con particular énfasis en las poblaciones más vulnerables.

CONSIDERANDO: Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de planes nacional de salud, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación.

CONSIDERANDO: Que uno de los propósitos de las autoridades de salud es controlar la Infección de Transmisión Sexual ITS/VIH/SIDA, hasta niveles que deje de ser un problema de salud pública, contribuyendo a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación a todos los usuarios.

CONSIDERANDO: Que la ITS/VIH/SIDA en los últimos tiempos ha tenido un comportamiento epidemiológico con marcada tendencia al aumento en los países desarrollados y en vías de desarrollo debido al crecimiento de la situación de pobreza de grandes grupos humanos y a los efectos devastadores del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

CONSIDERANDO: Que en el Ministerio de Salud Pública, a través de su instancia técnica el Programa de ITS/VIH, tiene como misión reducir la incidencia de las ITS/VIH/SIDA y su impacto en el individuo y la sociedad de la República Dominicana. Sus funciones son las de normar y coordinar la respuesta nacional de prevención y control a las ITS/VIH/SIDA.

CONSIDERANDO: Que la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos del VIH/SIDA, constituye la medida de prevención más eficaz.

CONSIDERANDO: Que este esfuerzo ha contado desde sus inicios con la colaboración de las diferentes instancias gubernamentales y no gubernamentales, agencias de cooperación externa, sociedades científicas, sociedad civil, entre otras.

VISTA: La Constitución de la República Dominicana.

VISTA: La Ley Orgánica de la Administración Pública, No.247-12 de fecha 14 de agosto del 2012.

000016

24-07-18

VISTA: La Ley General de Salud, No.42-01 del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, N0. 87-01 de fecha 8 de mayo del 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley que crea el Servicio Nacional Salud No. 123-15, de fecha 16 de julio del año 2015.

VISTA: La Ley que crea un marco jurídico que garantice el pleno ejercicio de los derechos de las personas con el VIH o con SIDA No. 135-11, fecha 7 de junio del año 2011.

VISTO: El Decreto No. 117-98, que crea las Direcciones Provinciales de Salud de fecha 16 de marzo del año 1998.

VISTO: La Resolución No.000029, de fecha 3 de octubre del 2012, que pone en vigencia la Norma Nacional para la Prevención y Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida.

VISTO: La Resolución No.00014 de fecha 23 de abril del 2013, que establece la puesta en vigencia del Plan Nacional de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y Sífilis Congénita, en la República Dominicana, 2012 – 2015.

VISTO: La Resolución No.000029, de fecha 24 de julio del 2013, que establece el Reglamento Interno para la conformación del equipo técnico de laboratorio de ITS/VHI/SIDA (LABITSIDA).

VISTO: La Resolución No.000019, de fecha 22 de mayo del 2013, que establece la puesta en vigencia la Guía Práctica Clínica de la Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), República Dominicana, 2013.

VISTO: La Resolución No.000019, de fecha doce 12 de septiembre del 2014, que Crea el Comité Nacional de Coordinación de las Estrategias e Intervenciones de Prevención de las ITS/VIH/SIDA en Poblaciones Claves.

VISTO: La Resolución No.000025 que Aprueba la Estructura Organizativa de Transición del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), de fecha 15 de septiembre del 2015.

VISTO: La Estrategia Mundial: 90-90-90, un nuevo informe sobre el tratamiento del VIH que sienta las bases para poner fin a la epidemia de SIDA.

VISTO: El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA.

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

PRIMERO: Se ordena la puesta en vigencia de la Guía Nacional de Atención a la Población Adulta con VIH/SIDA en República Dominicana, con la finalidad de proporcionar a los equipos de profesionales que tienen la responsabilidad de proveer cuidados y tratamiento a la población adulta que vive con VIH/SIDA, los lineamientos actualizados para la prevención y tratamiento del VIH/SIDA, acorde a las últimas evidencias disponibles.

000016

24-07-18

PARAFO: Por consiguiente debemos:

- 1)- Mejorar el conocimiento sobre el Diagnostico del VIH/ SIDA.
- 2)- Estandarizar los lineamientos del Diagnostico y Tratamiento del VIH/SIDA y sus infecciones asociadas.

SEGUNDO: Apoyar la Estrategia Mundial 90-90-90 y tratamiento para todos, que enfoca el tratamiento del VIH como un elemento fundamental para acabar con la epidemia de Sida y conseguir que la transmisión del VIH sea un hecho excepcional mediante el mejoramiento de la cobertura, el diagnóstico y el tratamiento temprano a todo paciente infectado por VIH.

PARAFO: Dicha estrategia comprende las siguientes metas:

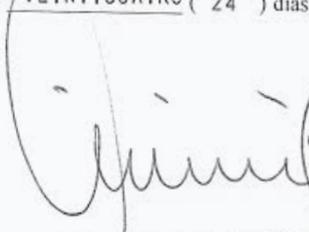
- Que en 2020 el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH.
- Que en 2020 el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretrovírica continuada.
- Que en 2020 el 90% de las personas que reciben terapia antirretrovírica tengan supresión viral

TERCERO: Proveer al personal de salud de un instrumento estandarizado para brindar servicios de atención integral a la población adulta que demanden atención al VIH/SIDA.

CUARTO: Se instruye a la Dirección de Gestión de la Salud de la Población, conjuntamente con el Programa del VIH/ SIDA, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

QUINTO: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información publicar en el portal web institucional el contenido de la presente resolución.

DADA, FIRMADA Y SELLADA, en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los VEINTICUATRO (24) días del mes de JULIO del año dos mil dieciocho (2018).


DR. RAFAEL AUGUSTO SÁNCHEZ CÁRDENAS
Ministro de Salud Pública



INTRODUCCIÓN

Durante el periodo 2002-2013 la prevalencia de VIH en la República Dominicana se ha estabilizado en aproximadamente un 1% entre la población de 15 a 49 años de edad (ENDESA 2002, 2007 y 2013). Sin embargo, esta situación no es homogénea y existen grupos sociales que por diversas razones han mostrado tasas de prevalencia hasta cinco veces mayores que el promedio nacional. Resultados de la Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica realizada en el 2012 muestran una prevalencia media de 5.3% tanto para Trabajadoras sexuales como para Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y población Trans (Tomado de MSP, 2017). De igual manera al desagregar la prevalencia de VIH arrojada por la ENDESA, 2013 por país de nacimiento, ésta fue significativamente mayor entre los y las migrantes procedentes de Haití (3.8%) que en el resto de la población (0.7%). La Encuesta Sociodemográfica y de VIH realizada en los Bateyes Estatales de la República Dominicana muestra una tasa de 2.5% entre los residentes en estos espacios socio-geográficos.

Como resultado de estos y otros indicadores, el Ministerio de Salud, con la asistencia técnica del ONUSIDA, estimó que al 2018 la población que vive con VIH en la República Dominicana ha sido estimada en 65,820 personas, de las cuales 64, 490 tiene 15 años o más, un 49% corresponde al sexo masculino, 51% son mujeres y aproximadamente la mitad la constituyen los grupos poblacionales de alto riesgo a la infección por el VIH (MSP, 2017).

El último reporte del Servicio Nacional de Salud emitido en Marzo del 2018, muestra que actualmente 52, 978 personas que viven con VIH son atendidas en los Servicios de Atención Integral, lo cual evidencia una brecha de aproximadamente un 20% de la PVVIH que no recibe atención o que aún desconoce su estatus serológico.

En este contexto y de cara al compromiso asumido por el país de erradicar el VIH al 2030, planteándose para el 2020 que el 90% de la población conozca su estado serológico para el VIH, proveer tratamiento con ARV al 90% de las personas seropositivas y lograr la supresión viral en el 90% de los casos, la República Dominicana decide asumir las recomendaciones, basadas en nuevas evidencias, de la Organización Mundial de la Salud en torno a: (a) proveer tratamiento con ARV a toda la población que vive con VIH lo más temprano posible y, (b) incorporar la estrategia de prevención mixta, es decir, además de

los cambios conductuales, proveer de ARVs a la población de muy alto riesgo a la infección por VIH para contribuir a la reducción del riesgo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Estos cambios requieren la actualización de la Guía para la Atención de la Población que Vive con VIH elaborada en el 2016, incorporando las modificaciones contenidas en los lineamientos consolidados para el uso de antiretrovirales en el tratamiento y prevención del VIH de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016).

El presente documento contiene las nuevas pautas a seguir por los equipos humanos responsables de proveer atención a la población que vive con VIH en la República Dominicana, que permita reducir las brechas de incidencia y prevalencia del VIH entre diferentes grupos sociales.

JUSTIFICACIÓN

Acorde a las últimas evidencias científicas disponibles y en apoyo a la estrategia mundial titulada 90-90-90, la División de Programas de ITS/VIH/SIDA en su rol rector tiene la responsabilidad de mantener actualizados los lineamientos para la prevención y tratamiento de las ITS el VIH y el SIDA; en este sentido se hace necesario contar con un documento robusto y actualizado desde el punto de vista metodológico y clínico, el cual garantice que los proveedores de salud contarán con un instrumento estandarizado para brindar un servicio de atención a la población VIH adulta, con la integralidad necesaria según sus demandas de atención.

La actualización de la Guía Nacional de Atención a la Población Adulta con VIH/SIDA, busca integrar los nuevos esquemas de tratamientos farmacológicos, todo esto en aras de lograr la eliminación de la transmisión del VIH, la mitigación del impacto de la epidemia en el país; así como mejorar la cobertura de diagnóstico y tratamiento, todo en procura de la garantía de la calidad de vida de las personas con VIH en la República Dominicana.

METODOLOGÍA

Para la elaboración de esta guía se revisaron las recomendaciones nuevas contenidas en las Guías Consolidadas sobre el Uso de Antirretrovirales para el Tratamiento y Prevención de la Infección por VIH de la Organización Mundial

de la Salud (OMS, 2016), así como un conjunto de Guías de Práctica Clínica de los países de América latina, el Caribe y España actualizadas en los últimos cinco años (2013-2018) así como algunos ensayos clínicos que sustentan las recomendaciones contenidas en estos documentos.

El borrador se sometió a un amplio proceso de revisión en el cual participaron profesionales expertos del Ministerio de Salud, Servicio Nacional de Salud, representantes de la Sociedad Dominicana de Infectología, especialistas del Consejo Nacional para el VIH/SIDA, encargados y encargadas del programa de VIH de las Oficinas Desconcentradas de Rectoría y Servicios Regionales de Salud, así como especialistas en el tema de Organizaciones No Gubernamentales y Organismos Internacionales.

OBJETIVOS

Proporcionar a los equipos de profesionales que tienen la responsabilidad de proveer cuidados y tratamiento a la población que vive con VIH/SIDA en la República Dominicana los lineamientos actualizados para la prevención y tratamiento del VIH/SIDA, acorde a las últimas evidencias disponibles.

ALCANCE

Esta guía será aplicada de forma gradual en los centros de salud que cumplan con los requisitos establecidos por el Ministerio de Salud Pública a través de la División de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA, iniciando el pilotaje en nueve (9) Servicios de Atención Integral, hasta alcanzar el 100% de los servicios que atienden personas adultas que viven con VIH/SIDA en la República Dominicana en el 2020..

USUARIOS DE ESTA GUÍA

Esta guía está dirigida a médicos y médicas generales y especialistas; enfermeros y enfermeras; consejeros y consejeras pares y profesionales de la Psicología clínica que tienen entre sus responsabilidades la atención de la población adulta que vive con VIH/SIDA en la República Dominicana.

POBLACION DIANA

Toda persona adulta que vive con el VIH/sida

1. RECOMENDACIONES A SEGUIR PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS ADULTAS VIVIENDO CON VIH

1.1. Evaluación inicial de la población que vive con el VIH/sida

La valoración inicial de una persona adulta que ha sido diagnosticada con VIH por primera vez debe cumplir varios objetivos:

- Establecer la validez del diagnóstico, solicitando al paciente los resultados de las dos pruebas de VIH con principios antigénicos diferentes que avalen el diagnóstico.
- Obtener datos personales, familiares, laborales, salud sexual y reproductiva e información clínica.
- Proveer al paciente de toda la información posible sobre su condición y el tratamiento.
- Establecer una relación fluida entre el o la paciente y el equipo de profesionales responsable de proveer los servicios.

En las tablas 1 y 2 se incluyen las intervenciones y pruebas de laboratorios a realizar en una persona que llega por primera vez a un Servicio de Atención Integral.

Tabla 1.
Aspectos a incluir en la evaluación inicial de una persona que llega por primera vez a un Servicio de Atención Integral

Aspectos a incluir	Primera Consulta	Frecuencia	Comentarios
Antecedentes familiares			
Diabetes Mellitus (DM)	X		• Son importantes para identificar riesgos de ciertas enfermedades en el paciente.
Enfermedades Cardiovasculares (ECV)	X		
Dislipemia (DLP)	X		
Antecedentes clínicos			
Enfermedades previas	X	En cada visita	• Detectar interacciones medicamentosas y evaluar una mejor opción de tratamiento ARV. • Vigilancia más estrecha por mayor riesgo de desarrollo de dichas patologías.
Enfermedades al momento de la evaluación	X		
Uso de medicamentos	X		
Uso de métodos anticonceptivos	X		
Uso de hormonas, especialmente en la población trans	X		

Aspectos a incluir		Primera Consulta	Frecuencia	Comentarios
Vacunas		X		<ul style="list-style-type: none"> Referir para vacunas de acuerdo con infección a prevenir.
Consumo de alcohol, tabaco y drogas		X	En cada visita	<ul style="list-style-type: none"> Detectar factores de riesgo. Fomentar cambios de estilo de vida.
Consumo de alimentos y práctica de deportes u ejercicio físico		X		
Violencia emocional, física, sexual o de otro tipo		X		
Salud sexual y reproductiva				
Antecedentes Sexuales (edad de inicio vida sexual, número de parejas, orientación sexual, tipo de relaciones sexuales –anal y/o vaginal), sexo a cambio de dinero, bienes y/o servicios		X	En cada visita	<ul style="list-style-type: none"> Valorar factores de riesgo y promover cambios de comportamientos
Uso del preservativo en cada relación sexual		X		
Situación de la pareja si procede		X		
Evaluación física				
Signos vitales		X	Cada visita	
Peso, talla, índice de masa corporal (IMC)		X	Anual y/o siempre que la situación clínica del paciente lo requiera	Realizar examen del fondo de ojo en todas las personas (basal) y c/3 meses durante un año en pacientes con CD4 <200 cel/ml que inician TARv.
Piel, orofaringe, abdomen		X		
Ganglios linfáticos		X		
Musculo-esquelético		X		
Ano-genital		X		
Evaluación neuro-cognitiva		X		
Evaluación psiquiátrica		X		
Determinar co-infecciones				
Serología para sífilis		X	Annual	Considerar un mayor frecuencia si existe riesgo
Serología para VHB y VHC		X	Anual y en caso de existir riesgo de infección	<ul style="list-style-type: none"> Repetir anualmente en caso de existir riesgo de infección, especialmente en pacientes que usan drogas inyectables. Recomendar vacuna contra VHB en caso de no tener inmunidad.
Tuberculosis	Radiografía de Tórax	X	Se realiza cuando paciente es recibido en servicio	Realizar siempre que la situación clínica de la persona lo requiera
	Baciloscofia	X		
	Cultivo para TB	X		
	Prueba Gen-Xpert	X		

Aspectos a incluir	Primera Consulta	Frecuencia	Comentarios
Referencia para evaluación cardiovascular		Anual	<ul style="list-style-type: none"> En el caso de pacientes crónicos, prescribir anualmente. Si no hay alteraciones se debe realizar anual, de lo contrario seguir el protocolo de prevención y atención al Cáncer Cérvico-Uterino.
Citología Cérvico-uterina	X		
Citología anal	X		

Adaptado de: CENSIDA y Secretaría de Salud. Guía de manejo antiretroviral de las personas con VIH. México, 2017

Tabla 2.

Pruebas de laboratorios recomendadas para personas que viven con VIH

Pruebas de Laboratorio		Primera visita	Frecuencia	Recomendaciones
Pruebas de laboratorios a realizar antes del inicio de terapia antirretroviral				
Hemograma		X	Cada 3-6 meses	Se realizará cada 30-45 días en pacientes con algún esquema que contenga Zidovudina (AZT).
Perfil lipídico		X	Cada 3-6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Vigilar perfil lipídico en caso de utilizar Lop/rit
Glicemia	Glicemia	X	Anual	<ul style="list-style-type: none"> Si existe riesgo de diabetes mellitus realizar cada seis meses.
Función Hepática	AST/ALT Bilirrubina	X	Cada 6-12 meses	
Función renal	Creatinina, BUN, aclaramiento de creatinina	X	Cada 6-12 meses	<p>Si el aclaramiento de creatinina es menor a 50 ml/min no utilizar Tenofovir (TDF).</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilice la siguiente fórmula para el cálculo del aclaramiento de la creatinina: $Cl_{cr} \text{ (ml/min)} = [(140 - \text{edad}) \times \text{peso (kg)}] / [72 \times Cr \text{ sérica (mg/dl)}]$ <p>Si es mujer, amputado o mayor de 65 años multiplicar total por 0.85</p>
Otras pruebas de laboratorios a realizar				
Examen de orina y coprológico		X	Anual	
TSH		X		En caso de sospecha clínica
IgG e IgM para toxoplasma		X		En caso de sospecha clínica
Evaluación Ósea	Ca, P, Fosfatasa alcalina y Densitometría Ósea	X	Anual	<ul style="list-style-type: none"> Si no existe riesgo de osteopenia u osteoporosis realizar cada dos años.

Aspectos a incluir	Primera Consulta	Frecuencia	Comentarios
Evaluación Ósea		Anual	En pacientes crónicos
Monitoreo de la infección por VIH			
Conteo de CD4	X	Cada seis meses	• Se debe tomar la primera muestra antes de iniciar el tratamiento con ARVs.
Carga Viral	X		

Adaptado de: CENSIDA y Secretaría de Salud. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. México, 2017

1.2. Preparación de la persona con VIH para el inicio de tratamiento antirretroviral

El objetivo de la preparación de la persona con VIH para el inicio de la terapia antirretrovírica es realizar un conjunto de intervenciones que garanticen el apego al tratamiento y se logre la meta del mismo, que es reducir la carga viral a niveles indetectables.

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

Aunque la responsabilidad de preparar al paciente para el inicio de la terapia antirretroviral es responsabilidad de todo el equipo, se debe referir al área de psicología para que trabajen con mayor profundidad la adherencia al tratamiento.

Se recomienda al equipo de salud que explique a cada persona con VIH que llega por primera vez al servicio los siguientes aspectos:

- El tratamiento antirretroviral suprime la replicación del virus y se reduce de manera importante el riesgo de transmitir el VIH a otras personas.
- El TARV reduce las posibilidades de infecciones oportunistas pues reconstituye el sistema inmune.
- Informar sobre los posibles efectos adversos de los ARVs, Es importante insistir que algunos efectos adversos son temporales y que luego de una semana irán desapareciendo.

- Explicar sobre la importancia de tomar los medicamentos en las dosis y horarios recomendados, de la necesidad de acudir a las consultas de seguimiento para el monitoreo de la efectividad del tratamiento en forma puntual.
- Es importante discutir sobre las interacciones entre los ARVs con otros medicamentos, hormonas, medicinas naturales, dejando CLARO en el paciente que antes de consumir cualquier otra cosa debe informar al médico tratante.
- Debe informárseles que la infección por VIH no tratada (aunque sea asintomática) produce un desgaste progresivo y, en ocasiones irreversible del sistema inmune, lo que aumenta el riesgo futuro de enfermedades y muerte.
- El equipo de salud, tomando en cuenta que cada persona es única, debe integrar horarios para la toma de los medicamentos en el estilo de vida del usuario, valorando la accesibilidad financiera y geográfica con el cumplimiento de las citas para el seguimiento.
- Debe brindar apoyo para lograr la adherencia al tratamiento, identificando las barreras de acceso y trabajar cómo superarlas, de forma conjunta.
- Si después de proveer toda la información necesaria y de responder las preguntas del paciente, éste decide posponer el inicio del TARV, es necesario aclararle las probables consecuencias de su decisión en su salud y volver a ofrecer el tratamiento en las visitas sucesivas.
- Las personas que usan sustancias psicoactivas o que tienen problemas mentales, deben recibir apoyo de algún familiar o amigo en este proceso. Estos últimos deberán ser abordados como cuidadores y proveerle de toda la información que se requiere para que no sienta el apoyo como una carga sino como un compromiso.

1.3. Inicio del tratamiento con antirretroviral en personas con VIH

El tratamiento antirretroviral (TAR) está recomendado para todas las personas adultas que viven con VIH, independientemente de los resultados del conteo de células CD4 y de la presencia o no de enfermedades definitorias de SIDA, con el objetivo de reducir el riesgo de progresión de la enfermedad y prevenir la transmisión del VIH a otras personas (OMS, 2016). El TARV no es una intervención de emergencia pero se debe reducir al mínimo el tiempo entre el momento del diagnóstico y el inicio del tratamiento antirretroviral, una vez el o la paciente se haya comprometido a asistir a las citas puntualmente y a tomar los medicamentos tal como se les prescriban, tomando en cuenta sus particularidades. En el caso de personas con infección por VIH avanzada que presentan algunos de los síntomas definitorios de SIDA, tales como pérdida de peso, diarrea crónica por más de 30 días, fiebre persistente por más de un mes, candidiasis oral per-

sistente, tuberculosis pulmonar, infecciones bacterianas graves, entre otras, se debe iniciar tratamiento con ARV, en la medida de lo posible, el mismo día que la persona llega al servicio de atención integral por primera vez, con el objetivo de reducir las posibilidades de muerte.

Las recomendaciones de la OMS se basan en la efectividad del tratamiento antirretroviral documentada en diferentes ensayos clínicos. En el reporte del estudio HPTN 052, tercera fase, los hallazgos muestran que en el grupo que inicio tratamiento de inmediato el número de personas que desarrolló tuberculosis y el porcentaje de fallecidos fue un 50% menor que en el grupo que inició tratamiento más tarde.

1.4. Esquemas recomendados para el tratamiento inicial con ARV

La República Dominicana asumió las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en torno a los esquemas de tratamiento de primera línea (OMS, 2016), las cuales se detallan en la tabla 3.

Tabla 3.

Esquemas iniciales recomendados para el tratamiento antirretroviral

Esquemas de primera línea	Comentarios
Tenofovir/Emtricitabina (300/200 mg) + Efavirenz (600 mg) (TDF/FTC+EFV).	<ul style="list-style-type: none"> • NO utilizar en pacientes con aclaramiento de la creatinina menor a 70 ml/min. • NO usar en pacientes con Osteopenia, osteoporosis o problemas renales • NO utilizar en pacientes que realizan trabajos nocturnos con maquinarias o que conducen vehículos, ya que produce somnolencia. • Evitar Efavirenz en pacientes con trastornos neuropsiquiátricos, depresión o ideas suicida.
Abacavir/Lamiduvina (600/300 mg) + Efavirenz (600 mg) (ABC/3TC + EFV).	<ul style="list-style-type: none"> • NO usar en pacientes con carga viral mayor a 100, 000 (cien mil) copias/mm³ • El Abacavir puede asociarse a reacciones de hipersensibilidad (vigilar exantema, dolor muscular, fatiga y adenopatías súbitas), que podría ser fatal si el paciente vuelve a exponerse. • En el caso de seleccionar un régimen basado en ABC, se debe realizar siempre la determinación del HLAB*5701, que, de ser positivo, contraindicaría su uso, esto según disponibilidad de la prueba. • Evitar en pacientes con trastornos neuropsiquiátricos, depresión o ideas suicida.

Esquemas de primera línea	Comentarios
Tenofovir/Emtricitabina (300/200 mg) + Dolutegravir 50mg (TDF/FTC+DGT).	<ul style="list-style-type: none"> • Esta opción es para pacientes que no puedan utilizar Efavirenz. • No usar Dolutegravir en mujeres embarazadas o en mujeres en edad fértil que deseen concebir durante el tratamiento antirretroviral o en mujeres en edad reproductiva que no estén usando un método anticonceptivo efectivo de manera consistente • En caso de que una mujer tomando DGT quede embarazada, deberá cambiar a un régimen alternativo.
Abacavir/Lamiduvina (600/300 mg) + Dolutegravir 50mg (ABC/3TC+DGT)	<ul style="list-style-type: none"> • Esta opción es para pacientes que no puedan utilizar Efavirenz. • NO usar Abacavir en pacientes con Carga Viral Plasmática mayor a 100, 000 (cien mil) copias/mm³ • El abacavir puede asociarse a reacciones de hipersensibilidad (vigilar exantema, dolor muscular, fatiga y adenopatías súbitas), que podría ser fatal si el paciente vuelve a exponerse. • No usar Dolutegravir en mujeres embarazadas o en mujeres en edad fértil que deseen concebir durante el tratamiento antirretroviral o en mujeres en edad reproductiva que no estén usando un método anticonceptivo efectivo de manera consistente • En caso de que una mujer tomando DGT quede embarazada, deberá cambiar a un régimen alternativo • En el caso de seleccionar un régimen basado en ABC, realizar la determinación del HLAB*5701, que, de ser positivo, contraindicaría su uso, esto según disponibilidad de la prueba.
Tenofovir Alafenamida / Emtricitabina / Elvitegravir / Cobicistat (10/200/150/150 mg) (TAF/FTC/E/C).	<ul style="list-style-type: none"> • Esta opción es para pacientes que no puedan utilizar Efavirenz. • SOLO usar en pacientes con riesgo de desarrollar o que ya presentan problemas óseos y/o alteraciones de la función renal. También puede ser usado en pacientes cuya tasa de filtración glomerular sea mayor de 30 ml/min. • La dispensación de este medicamento está condicionado a la evaluación del caso y previa autorización de la DIGECITSS,

Es importante que las personas con VIH se mantengan en algún esquema de la primera línea por el mayor tiempo posible, preferiblemente por un periodo de 5 a 10 años, en el caso de que no se presenten efectos secundarios o existan interacciones medicamentosas por co-morbilidades.

1.5. Seguimiento a pacientes que están en tratamiento con ARV

Luego de iniciado el tratamiento con ARV, durante el primer mes, el paciente debe regresar en un intervalo comprendido entre los (15 a 30 días), para valorar efectos adversos y reforzar la adherencia al tratamiento. A partir del segundo mes, las citas para el seguimiento serán cada treinta días. En cada cita se deberá reforzar la adherencia al tratamiento y otros aspectos que el equipo considere necesario.

Luego que el paciente cumpla los seis meses en tratamiento antiretroviral y presente carga viral indetectable, las citas para el seguimiento serán cada tres meses. El equipo de salud debe atender a todo paciente que requiera asistencia clínica o psicológica fuera de los tiempos establecidos. En cada cita del paciente, además de reforzar la adherencia y realizar valoración clínica y psicológica, se deberán discutir los resultados del conteo de CD4 y Carga Viral como indicadores de la efectividad o no del tratamiento y la importancia de adherirse a las indicaciones para lograr y mantener la indetectabilidad del virus del VIH.

1.6. Cambios en el tratamiento con ARV

El tratamiento con ARV debe modificarse cuando: (1) se presentan efectos adversos que amenazan la vida del paciente, (2) aparecen infecciones oportunistas nuevas o padecidas previamente, (3) hay incremento en la Carga Viral aún con evidencia de adherencia al tratamiento y, (4) hay falla de los medicamentos antiretrovirales.

1.6.1 Cambios en el tratamiento por efectos adversos

En la tabla 4 se presentan los efectos adversos más comunes, el ARV responsable y los cambios recomendados. Generalmente los cambios por efectos adversos se hacen en un componente del esquema del paciente.

Tabla 4.
Cambios de ARV por efectos adversos

Efectos adversos	ARV responsable	Cambio sugerido	Comentarios
Ideas suicidas, alteraciones sueño, depresión, entre otros problemas neuropsiquiátricos, alergia, ginecomastia	EFV	ATV / r, LPV/r Dolutegravir, Raltegravir	El ATV/r tiene interacción con los inhibidores de la bomba de protones (omeprazol)
Disminución significativa de la densidad mineral ósea	TDF	ABC, AZT	
	TDF/FTC	3TC/ABC AZT/3TC	
		Otro IP	
Lipoatrófia pancreatitis, acidosis láctica	ZDV	TDF o ABC	La ZDV tiene interacción con el Interferón pegilado alfa-2 ^a que se usa para la Hepatitis C y con Aciclovir.

Efectos adversos	ARV responsable	Cambio sugerido	Comentarios
Hepatotoxicidad aumento de la bilirrubina indirecta.	ATV/r, NEV	RAL, EFV	
Lopodistrofia y efectos gastrointestinales: nausea, diarrea	LPV/r	ATV/r, EFV	
Lipodistrofia, Hipertrigliceridemia/ Hipercolesterolemia	LP/r, EFV	ATV/ r, RAL	
Eventos cardiovasculares o riesgo de los mismos	ABC	TDF	<ul style="list-style-type: none"> • El abacavir puede asociarse a reacciones de hipersensibilidad (vigilar exantema, dolor muscular, fatiga y adenopatías súbitas), que podría ser fatal si el paciente vuelve a exponerse. • En el caso de seleccionar un régimen basado en ABC, realizar la determinación del HLAB*5701, que, de ser positivo, contraindicaría su uso, esto según disponibilidad de la prueba.
	LPV/r	A un inhibidor de proteasa reforzada o un inhibidor de integrasa	
Diabetes Mellitus	LPV/r,	RAL/DGT	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar en cuenta si el paciente está usando insulina, aumentar la dosis o hacer interconsulta con endocrinólogo para cambiar el fármaco • No usar Dolutegravir en mujeres embarazadas o en mujeres en edad fértil que deseen concebir durante el tratamiento antirretroviral o en mujeres en edad reproductiva que no estén usando un método anticonceptivo efectivo de manera consistente • En caso de que una mujer tomando DGT quede embarazada, deberá cambiar a un régimen alternativo
Ictérica y/o hiperbilirrubinemia	ATV/r	DRV/r, RAL	Si no hubo falla previa

Efectos adversos	ARV responsable	Cambio sugerido	Comentarios
Daño renal	TDF	TAF/FTC/ E/C o RAL o DRV/r	Requiere autorización de la DIGECITSS
	ATV/r	TAF/FTC/ E/C o RAL o DRV/r, LPV/r	Requiere autorización de la DIGECITSS
Litiasis renal y colelitiasis	ATV/r	RAL o DRV/r	Requiere autorización de la DIGECITSS
Reacción de hipersensibilidad	ABC	TDF, AZT	<ul style="list-style-type: none"> • El abacavir puede asociarse a reacciones de hipersensibilidad (vigilar exantema, dolor muscular, fatiga y adenopatías súbitas), que podría ser fatal si el paciente vuelve a exponerse. • En el caso de seleccionar un régimen basado en ABC, realizar la determinación del HLAB*5701, que, de ser positivo, contraindicaría su uso, esto según disponibilidad de la prueba.

Adaptado de: CENSIDA y Secretaría de Salud. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. México, 2017.

1.6.2 Cambios en el tratamiento antirretroviral por fallo a tratamiento

Se define como fallo, cuando la persona bajo tratamiento con ARV continuo durante al menos seis meses, no logra reducir la Carga Viral (CV) a menos de 20 copias-ml. Ver tabla 5.

Tabla 5.
Definiciones de fallo a tratamiento

Tipo de fallos	Definiciones	Comentarios
Fallo clínico	Es cuando después de seis meses en TARV, aparecen Infecciones Oportunistas (TB o infecciones bacterianas severas) nuevas o recurrentes.	Esta condición debe ser diferenciada del Síndrome de Reconstitución Inmune (SIRI) (OMS, 2016).

Tipo de fallos	Definiciones	Comentarios
Fallo inmunológico	Es la incapacidad de mantener o incrementar el nivel de células CD4 a pesar de haber logrado la indetectabilidad del VIH. Se determina cuando una persona presenta un conteo de CD4 por debajo de 200 cel/mm ³ de forma persistente o existe una disminución de por lo menos un 30% o más del valor del porcentaje de CD4 y la carga viral se mantiene indetectable.	Solo debe usarse este indicador de fallo a tratamiento en caso de no contar con prueba de Carga Viral. No se recomienda modificar el TAR por este motivo, salvo retirar fármacos como Zidovudina puesto que pueden causar linfopenia.
Fallo virológico	Es la incapacidad de lograr o mantener la supresión de la replicación viral. Cuando a partir de los seis meses de iniciado el TARV y luego de tener carga viral indetectable, el paciente presenta dos cargas virales consecutivas por encima de 50 copias/ml.	Se pueden presentar: (1) Respuesta incompleta si la carga viral es repetidamente igual o mayor de 20/40/50 copias/ml. (2) Pérdida del control viral (rebote): Si después de seis meses de iniciado el TARV y haber logrado Carga Viral Indetectable en el paciente, se presentan Cargas Virales repetidamente entre 50 y 1000 copias/ml
Blips o repuntes virológicos trasitorios	Cuando un paciente con CV indetectable, presenta una sola CV por encima de 20 copias/ml pero menor a las 1,000 copias/ml.	Habitualmente no se asocia a mayor riesgo de desarrollo de resistencia y/o fallo a tratamiento.

Recomendaciones:

- a) Confirmar la presencia de falla virológica mediante la determinación de una nueva CV, con un intervalo máximo de 8 semanas (AI).
- b) Si no es posible realizar el ensayo de confirmación, podrá considerarse falla virológica si la CV es mayor a 5,000 copias/ml en una sola determinación para pacientes con tratamiento ARV ininterrumpido durante 6 meses o más.
- c) Detectar y en su caso corregir problemas de adherencia, absorción, o interacciones farmacológicas independientemente de si existen o no mutaciones de resistencia.
- d) Toda vez que se confirma la falla, realizar el cambio lo antes posible para evitar acumulación de resistencia.
- e) Realizar pruebas de resistencia previas al cambio de esquema.
- f) Si no se dispone de pruebas de resistencia, modificar todos los elementos del esquema acorde a la historia del paciente. En este contexto debe mencionarse que la eficacia del nuevo esquema será mayor si la persona no ha sido expuesta a una clase específica de ARV, así como a fármacos ante los que es poco factible que exista resistencia cruzada.

Tabla 6.
Recomendaciones a seguir ante sospecha de fallo

Indicador	Recomendaciones
Si la carga viral está por encima de 20 copias/ml y por debajo de 200 copias/ml en dos mediciones consecutivas	<ul style="list-style-type: none"> • Asegure la adherencia al TARV. • Repita la carga viral al mes de haber logrado una óptima adherencia y luego de descartar interacciones medicamentosas o co-infecciones. • Se recomienda mantener el mismo tratamiento siempre y cuando el esquema sea de alta barrera genética
Si la carga viral está por encima de 200 y menor a 1,000 copias/ml en dos mediciones consecutivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Puede estar asociado a mutaciones de resistencia. • Asegure la adherencia al TARV. • Repita la carga viral al mes de haber logrado una óptima adherencia y luego de descartar interacciones medicamentosas o co-infecciones. • Si persiste el mismo resultado está frente a una falla virológica y debe hacer un cambio en el esquema de tratamiento.
Si la carga viral está repetidamente por encima de las 1,000 copias/ml	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer genotipaje. • Si se identifican una o más mutaciones de resistencia, en consulta con DIGECITSS diseñe y cambie lo más pronto posible a un esquema de rescate basado en las mutaciones de resistencia identificadas tomando las razones de cambios previos si los hubo.

En el caso de pacientes que presentan fallo a tratamiento de primera línea, se recomienda cambiar a un esquema de segunda línea, tomando en consideración los componentes del esquema previo utilizado. En la tabla siete se presentan los esquemas de tratamiento de segunda línea.

Tabla 7.
Sugerencias de cambios de TARV ante fallo a primera línea

Esquemas de segunda línea	Recomendaciones
Tenofovir/Emtricitabina (300/200) mg + Atazanavir/ritonavir (300/100) mg. (TDF/FTC + ATV/r)	<ul style="list-style-type: none"> • El ATV/r tiene interacción con los inhibidores de la bomba de protones (omeprazol y otros).
Abacavir/Lamiduvina(600/300) mg + Atazanavir/ritonavir (300/100)mg (ABC/3TC + ATV/r)	<ul style="list-style-type: none"> • En el caso de seleccionar un régimen basado en ABC, realizar la determinación del HLAB*5701, que, de ser positivo, contraindicaría su uso, esto según disponibilidad de la prueba. • El Abacavir puede asociarse a reacciones de hipersensibilidad (vigilar exantema, dolor muscular, fatiga y adenopatías súbitas), que podría ser fatal si el paciente vuelve a exponerse.

Esquemas de segunda línea	Recomendaciones
Tenofovir/Emtricitabina (300/200) mg + Lopinavir/ritonavir (200/50) mg. (TDF/FTC + LPV/r)	<ul style="list-style-type: none"> No usar LPV/r cuando el paciente está tomando Rifampicina para la TB o valore el cambio a Rifabutina. El Abacavir puede asociarse a reacciones de hipersensibilidad (vigilar exantema, dolor muscular, fatiga y adenopatías súbitas), que podría ser fatal si el paciente vuelve a exponerse En el caso de seleccionar un régimen basado en ABC, realizar la determinación del HLAB*5701, que, de ser positivo, contraindicaría su uso, esto según disponibilidad de la prueba.
Abacavir/Lamiduvina(600/300) mg + Lopinavir/ritonavir (200/50)mg (ABC/3TC + LP/r)	

Cuando un paciente presenta un fallo a la TARV de segunda línea (paciente con múltiples fallos-multitratado), se debe seleccionar cuidadosamente un esquema de tercera línea, conjuntamente con la DIGECITSS. En la tabla ocho se presentan las sugerencias de cambios a esquemas de tercera línea, previa autorización de la DIGECITSS y luego de verificar que hay estricta adherencia a los ARVs y de tener los resultados del genotipaje.

En caso de que el paciente se encuentre en tratamiento de TB y este en uso de algún inhibidor de proteasa en caso de no tener disponible Rifabutina, se recomienda sustituir inhibidor de Proteasa por un inhibidor de integrasa, ajustando la dosis correspondiente según establecido (Dolutegravir I/O Raltegravir dos veces al día).

Tabla 8.
Sugerencias de cambios de TARV ante fallo a segunda línea

Esquemas de tercera línea	Recomendaciones
Tenofovir/Emtricitabina(300/200)mg + Raltegravir 400 mg (TDF/FTC + RAL)	<ul style="list-style-type: none"> Su dispensación está condicionado a previa autorización de la DIGECITSS
Abacavir/Lamiduvina(600/300)mg + Raltegravir 400 mg (ABC/3TC + RAL)	<ul style="list-style-type: none"> Su dispensación está condicionado a previa autorización de la DIGECITSS. El Abacavir puede asociarse a reacciones de hipersensibilidad (vigilar exantema, dolor muscular, fatiga y adenopatías súbitas), que podría ser fatal si el paciente vuelve a exponerse. En el caso de seleccionar un régimen basado en ABC, realizar la determinación del HLAB*5701, que, de ser positivo, contraindicaría su uso, esto según disponibilidad de la prueba.
Tenofovir/Emtricitabina (300/200) mg + Darunavir/ritonavir (800/100)mg (TDF/FTC + DRV/R)	<ul style="list-style-type: none"> Su dispensación está condicionado a previa autorización de la DIGECITSS

1.7 Adherencia a tratamiento

Se define la adherencia como el grado de cumplimiento de la persona a las indicaciones médicas en relación a la toma de los medicamentos antirretrovirales y medicamentos para tratar y/o prevenir las infecciones oportunistas, la asistencia a sus citas de seguimiento, las recomendaciones dietéticas, ejercicios físicos, entre otras recomendaciones.

La falta de cumplimiento en la toma de los antirretrovirales es la determinante más frecuente de la falta de control de la replicación viral, de la resistencia transmitida, falta de reconstitución inmune y de la progresión de la enfermedad.

El VIH, a diferencia de otras condiciones de salud, requiere de un estricto apego al tratamiento ARV. Cuando no hay apego total al tratamiento, las consecuencias son importantes, no solo en la propia persona, sino también para el resto de la población, pues existen mayores posibilidades de transmisión de virus resistentes.

Se recomienda al equipo de salud, especialmente a los profesionales de la Psicología y consejería, tomar en cuenta los siguientes aspectos para lograr y mantener la adherencia:

En la fase de logro

- Nivel de aceptación del diagnóstico
- Explicar todo lo relacionado al tratamiento, beneficios, esquema, nombres de los medicamentos, dosis, efectos secundarios
- Aceptación del uso del tratamiento
- Análisis de la situación actual del usuario
- Nivel de escolaridad, si estudia actualmente
- Tipo de trabajo que realiza
- Horario de trabajo
- Dirección de la residencia y trabajo
- Destrezas identificadas
- Identificar si es víctima de violencia
- Identificar si lleva otro tipo de tratamiento, tiene otra condición de salud, o algún tipo de discapacidad
- Identificar si usa alcohol o drogas ilegales
- Identificar religión, creencias
- Cada usuario debe ser abordado en forma personalizada
- Elaboración de plan según la situación de cada persona.
- Registrar el o los números de teléfonos y dirección para comunicarse, previo acuerdo con el paciente en los casos en que sea necesario, sobre todo ante la inasistencia a las citas.

En la Fase de Seguimiento

- Valorar las condiciones del usuario en cada visita, sobre todo en los primeros 6 meses después de ingresado al servicio de atención integral.
- En cada visita repasar el nombre de los medicamentos, dosis y horarios hasta lograr que la persona se aprenda el nombre de los medicamentos y la forma de uso.
- Discutir posibles efectos secundarios y sugerencias de qué hacer.
- Discutir con el paciente las razones de incumplimiento de las citas, si las hubo y plantear opciones para que éstas no se repitan.
- Identificar alguna situación que se haya presentado mientras esperaba la próxima cita.
- Reforzar los beneficios del uso de los medicamentos tal como fue indicado y consecuencias de no hacerlo.
- De ser necesario brindar apoyo en caso de que el usuario quiera revelar su diagnóstico, incluyendo las situaciones que puedan desprenderse de esto: violencia, discriminación.

Fase de Mantenimiento

- Seguir profundizando en los componentes de la fase de logro y seguimiento
- Identificar posibles situaciones nuevas que deban ser trabajadas
- Cambio en la fase de Duelo
- Depresión o Ansiedad
- Cualquier tipo de pérdida
- Cambio de tratamiento, esquema, presentación de algún medicamento
- Trabajar en todas las situaciones que surjan en el tiempo
- Viajes
- Nuevas parejas
- Sexualidad
- Actos de estigma y discriminación
- Referimiento a otros servicios complementarios

A continuación se presentan cómo trabajar algunos factores asociados a la falta de adherencia.

Tabla 9.
Sugerencias de abordaje a varios factores asociados
a la falta de adherencia al TARV

De los y las pacientes
<ul style="list-style-type: none"> • Edad. Las personas envejecientes pierden facultades para el aprendizaje y para retener conceptos. Con estas personas hay que invertir más tiempo para asegurarse que han entendido correctamente. • Escolaridad. Es importante identificar si el usuario o la usuaria sabe leer y escribir, pues si es analfabeto es necesario usar estrategias distintas para que conozca sus medicamentos. • Destrezas. Identificar si la persona sabe ver la hora, si maneja un celular inteligente o una computadora, entre otros recursos, que pueda utilizar para recordar el horario de tomar los medicamentos. • Situación laboral. Es importante saber qué hace la persona, dónde trabaja, en qué horario trabaja. Indagar si tiene facilidades para pedir permiso por razones médicas para que pueda acudir a sus citas y recoger sus medicamentos. Conocer las horas para almuerzo y descansos es importante para saber si puede tomar sus medicamentos en esos momentos. También es importante saber si la persona viaja fuera de su ciudad de residencia por razones laborales pues debe trasladar los medicamentos constantemente de un lugar a otro. • Asistencia escolar. Valorar si el horario de estudio interfiere o no con el horario en que debe tomar los medicamentos. Si interfiere es necesario discutir este aspecto a fin de no afectar el horario en que debe tomar los medicamentos. • Otras actividades. Indagar si la persona realiza actividades deportivas, religiosas, políticas, comunitarias. Es importante conocer los horarios en los cuales realiza estas actividades para discutir estrategias para tomar los medicamentos en los horarios establecidos. • Consumo de alcohol y fiestas los fines de semana. La ingesta de alcohol fines de semana y días de fiestas es la forma más frecuente de diversión de la población dominicana. Hay que trabajar con el usuario o la usuaria el cambio de esta práctica y discutir opciones para tomar los medicamentos en estos días en que las personas salen de la casa sin hora de regreso. • Otras enfermedades o discapacidades. Es necesario conocer otras condiciones de salud de la persona y si toma otros medicamentos para estas enfermedades o condiciones de salud. En estos casos la adherencia a los ARVs puede resultar más compleja pues implica más medicamentos y en horarios distintos, lo cual debe ser trabajado con estrategias que hagan posible el cumplimiento de horarios de todos los medicamentos. • En los casos de personas que tienen discapacidades físicas que le impiden movilizarse, se debe trabajar con la cuidadora o el cuidador que la acompaña a sus citas médicas. • Cuando las personas tienen problemas Psiquiátricos se debe trabajar con el cuidador o cuidadora. • Usuarios de drogas. Una persona bajo los efectos del alcohol u otras sustancias tiene baja percepción de riesgo y no está en las condiciones de usar correctamente los medicamentos. En el caso de personas con adicciones se recomienda hacer interconsulta con un especialista en adicciones para trabajar en forma coordinada. • Creencias mágicos-religiosas. Es importante conocer si la persona profesa alguna religión o si decidió ingresar a alguna religión como resultado del diagnóstico. Es importante identificar si la persona cree que sanará por razones divinas y que no necesita medicación. El equipo de salud debe conocer las diferentes creencias existentes en diferentes zonas del país para que la pueda trabajar de forma positiva con el paciente. • Orientación sexual. Tomar en cuenta el estigma y discriminación de los otros usuarios y de proveedores clínicos y no clínicos de los servicios de salud hacia esta población, lo cual puede incidir en la asistencia a citas y en la búsqueda de medicamentos. • Vergüenza, autoestima. El miedo a que se enteren de su condición puede ser causa de falta de adherencia al tratamiento, así como la baja autoestima.

Del tratamiento

- **Número de pastillas.** El usuario o la usuaria debe conocer el nombre de cada una de las pastillas que conforman el esquema de tratamiento. Se debe insistir en la necesidad de tomar las dosis indicadas.
- **Horarios.** Es necesario discutir algunas estrategias para recordar pues es importante tomar los medicamentos en los horarios indicados. Es importante conocer si la persona sabe o no ver la hora. Discutir o acordar cómo hará: alarma del celular o reloj, alguien se lo recordará, poner una nota en algún lado de la casa.
- **Efectos adversos.** Se debe informar los efectos que producen cada uno de los medicamentos que tiene que tomar y qué hacer para aminorar estos efectos. Es importante dejar abierto un canal de comunicación con el servicio para que en el caso de efectos fuertes no deje de tomar los medicamentos y se le pueda asesorar por teléfono mientras puede asistir personalmente.
- **Interacciones farmacológicas.** Es importante conocer sobre el uso de otros medicamentos antes de prescribir los ARVs para evitar interacciones. Es necesario indagar sobre el uso de hormonas, anticonceptivos hormonales, esteroides, entre otras que puedan afectar la efectividad de los ARVs. Se debe recomendar no tomar té, botellas, medicamentos naturales si antes consultar al médico tratante.
- **Dieta limitada.** Antes de hacer recomendaciones alimenticios, es necesario conocer si la persona tiene dieta limitada por razones de salud como es el caso de las personas con diabetes y/o hipertensión, etc.

Del servicio

- **Horario del servicio.** Si el servicio está limitado hasta el medio día y es imposible para el paciente asistir en este horario, es necesario discutir opciones, incluyendo el traslado a otros servicios de la conveniencia del paciente.
- **Estigma y discriminación.** Proveer al usuario de algunas herramientas para enfrentar el estigma proveniente de otras personas en el centro de salud, tales como el llenado de formulario de quejas. Comprometerse con el usuario a dar curso al mismo y ponerse en contacto con la persona que agredió al usuario o usuaria.

Adaptado de: Guía Nacional para el Manejo de la Infección por VIH. República Dominicana, 2013

2. INFECCIONES OPORTUNISTAS Y CO-MORBILIDADES

Las infecciones oportunistas (IO) son infecciones que ocurren con más frecuencia o son más graves en personas con debilidad del sistema inmunológico como son aquellas que tienen la infección por el VIH. Las IO más comunes son la tuberculosis, las neumonías, la toxoplasmosis, entre otras.

Las co-morbilidades son enfermedades asociadas al envejecimiento, tales como enfermedad cardiovascular, diabetes, hipertensión arterial, trastornos neurocognitivos, osteoporosis, trastornos de la distribución de la grasa corporal, enfermedades renales, etc., las cuales se presentan en un número mayor en personas viviendo con VIH que en el resto de la población.

A continuación se presenta un resumen de las pautas a seguir en pacientes que presentan diferentes co-infecciones o co-morbilidades.

2.1 Co-infección TB/VIH

La co-infección TB/VIH continúa siendo un gran desafío para la salud pública en la República Dominicana. Según la Guía Nacional para la atención de la co-infección TB/VIH actualizada al 2015, la República Dominicana tiene la segunda tasa de incidencia más alta de co-infección (11.4 por cien mil habitantes), después de África. Además, el 20% de la población con TB tiene VIH y una de cada cinco personas con VIH muere a causa de la Tuberculosis.

El impacto de la coinfección VIH y Tuberculosis es bidireccional. La TB hace que aumente la carga viral, acelera la progresión del VIH a sida y con ello a la muerte. La infección por VIH en pacientes con TB produce una reducción de los linfocitos CD4 los cuales son cruciales para mantener la respuesta inmune.

A continuación se resumen las recomendaciones contenidas en la Guía Nacional de Co-Infección TB/VIH para los proveedores de servicios de VIH

1. En la primera visita a todo paciente que llega por primera vez con VIH, se le debe realizar Baciloscopía, Radiografía de Tórax, cultivo para TB y GeneXpert si está disponible, para descartar Tuberculosis Pulmonar. Si los resultados son negativos y existe sospecha de TB, impera la clínica.
2. Todo paciente adulto con VIH que presente tos, fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna, puede padecer TB activa y debe ser tamizado para TB.

3. Realizar GeneXpert, donde esté disponible, en pacientes adultos con VIH y sospecha de resistencia a la Rifampicina.
4. Toda persona que se descarte una TB debe iniciar profilaxis con Isoniazida, 300Mg al día durante seis meses.
5. La tos en pacientes con VIH siempre debe ser investigada, independientemente de sus características o duración, mediante la toma de muestras de esputo para el análisis de laboratorio.
6. El diagnóstico de la Tuberculosis Pulmonar en pacientes con VIH se realiza de la misma forma que en pacientes sin VIH (Manifestaciones clínicas, diagnóstico bacteriológico, diagnóstico radiológico y otros métodos).
7. Los pacientes con VIH y Tuberculosis deben recibir tratamiento antiTB con cuatro medicamentos, incluida la rifampicina durante al menos 6 meses.
8. Los pacientes coinfectados con VIH/TB, deben ser iniciado en el tratamiento para tuberculosis primero, y tras un período de entre dos y ocho semanas de iniciado el tratamiento antiTB, debe comenzar la TARV.
9. Todo paciente con TB e infección por VIH con inmunosupresión grave (recuento de CD4 < 50/mm³) debe recibir TAR en un plazo máximo de 2 semanas después del inicio del tratamiento anti-TB.
10. Todo paciente adulto infectado con VIH y TB con tratamiento para la tuberculosis debe recibir trimetoprim-sulfametoxasole (TMP-SMX), independientemente del conteo de células CD4, durante el mismo periodo de duración del tratamiento antiTB, es decir, seis meses.
11. En las personas con coinfección TB/VIH que inicien TAR, Se recomienda como régimen de preferencia: dos INTI como ABC/3TC o TDF/ FTC; con EFV como tercera droga. Si no se puede usar EFV, la tercera droga de elección puede ser un IP como Lop/r o un INSTI como Raltegravir ajustando las dosis.
12. En pacientes con TB pulmonar drogo-sensible con coinfección por VIH y que reciben TAR durante el tratamiento anti-TB se recomienda el esquema de tratamiento de 6 meses. Ambas fases diarias bajo DOTS. En caso de que al segundo mes la baciloscopia es positiva continuar con tres drogas, hasta resultado cultivo.
13. El seguimiento del tratamiento de todo paciente con TB pulmonar y VIH debe realizarse con baciloscopia, cultivo y PSD.
14. Cuando el paciente con TB y VIH no responde al tratamiento anti TB o empeora durante el mismo debe sospecharse SIRI y hacerse el diagnóstico diferencial para otras infecciones oportunistas y/o resistencia a drogas antituberculosas.

2.2 Co-infección Hepatitis B/VIH y Hepatitis C/VIH

Las Naciones Unidas incluyeron como parte de los objetivos de desarrollo sostenibles el combate a las Hepatitis, debido al problema que representan para la salud a nivel mundial.

Según la Organización Mundial de la Salud a nivel mundial aproximadamente 257 millones de personas padecen infección crónica por el virus de la Hepatitis B y otras 71 millones padecen infección crónica por Hepatitis C (citado por DIGECITSS, 2018).

En la República Dominicana, no existen estimaciones confiables sobre la prevalencia de Hepatitis B y C a nivel global, pero existen diferentes fuentes que pueden aproximarnos a la realidad.

En población general, las informaciones disponibles provienen de los reportes de los laboratorios clínicos públicos y privados para los años 2016 y 2017, que arrojaron tasas de prevalencia de aproximadamente 1.5% para Hepatitis B y 0.9% para Hepatitis C (DIGECITSS, 2018-Bases de datos sobre Hepatitis y otras infecciones).

Por otro lado resultados de la Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica realizada en el 2012 arrojó tasas de prevalencia de Hepatitis B en mujeres trabajadoras sexuales que oscila entre 1.2% en Puerto Plata a 2.4% en Barahona. En el caso de los Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), las prevalencias de Hepatitis B varían entre 0.3% en Barahona a 4.3% en la provincia de La Altagracia. Entre la población de usuarios de droga, las prevalencias se sitúan entre 0.6% en Puerto Plata a 3.1% en Santo Domingo donde se observó la mayor prevalencia de Hepatitis B.

Las estimaciones de prevalencia de Hepatitis C obtenidas en ese mismo estudio arrojan tasas más bajas que la Hepatitis B. Entre trabajadoras sexuales los niveles de prevalencia oscilan entre 0.2% en la Altagracia a 1% en Santiago. En la población de HSH las prevalencias más elevadas se observaron en Santiago (2.2%) y Puerto Plata (1.6%). Entre las personas que usan drogas, las prevalencias más bajas de VHC se observaron en Puerto Plata (0.6%), Santo Domingo y La Altagracia (0.8%) y la más alta en Santiago (3.1%).

Aunque no se dispone de informaciones sobre coinfección de VHB/VIH y VHC/VIH, en la Guía de Hepatitis se señalan entre los grupos de riesgo a los HSH y se hacen las recomendaciones de lugar.

A continuación algunas recomendaciones a tomar en cuenta en los casos de pacientes coinfectados con el virus de la Hepatitis B y el VIH

- El VIH afecta la historia natural del VHB, aumentando el riesgo de desarrollar hepatitis crónica (en 20%) y de cirrosis (4 veces más). La coinfección VIH y

VHB se ha asociado también a un mayor riesgo de reactivación crónica por VHB y a una eliminación más lenta del antígeno HBe (12%) comparado con los VIH negativos (49%) a los 5 años de seguimiento.

- Se recomienda realizar pruebas serológicas para descartar infección por VHB. La prueba inicial debe incluir pruebas serológicas para antígenos de superficie (HBsAg), anticuerpo para el núcleo de la hepatitis B (AntiHBc total) y anticuerpos de contra el antígeno de superficie (antiHBs).
- La vacunación contra el VHB es de gran importancia para la prevención de la coinfección y sus consecuencias. La generación de anticuerpos en respuesta a la inmunización depende de la cuenta de células CD4, por lo que se recomienda que se realice cuando dicho conteo sea mayor de 200 células/mm³ y se confirme la presencia de anticuerpos una vez terminado el esquema de vacunación.
- Los objetivos del tratamiento en personas con coinfección VIH/VHB son prevenir la progresión de la enfermedad para reducir la morbilidad y mortalidad relacionada con el VHB. La supresión de la replicación viral de manera sostenida se asocia con normalización de la ALT y mejoría histológica.
- Los análogos de nucleótidos hasta ahora empleados para tratar la hepatitis B (tenofovir, entecavir, emtricitabina, lamivudina, adefovir, telbivudina) tienen también actividad frente al VIH. Por tanto, el tratamiento de la infección por VHB debe estar perfectamente coordinado con el de la infección por VIH. El tratamiento del VHB está indicado en personas con enfermedad hepática activa (ALT elevada, DNA-VHB > 2000UI/ml o fibrosis significativa. (AI).
- El TAR, incluyendo agentes con actividad contra el VIH y VHB, se recomienda para todos los pacientes con coinfección independientemente del recuento de CD4. El esquema en personas con infección VIH y VHB debe incluir al menos dos ARV activos contra VHB, preferentemente TDF/FTC, sin importar el nivel de ADN-VHB. Se debe evitar la administración de lamivudina o emtricitabina como único medicamento activo contra el VHB debido a la alta tasa de selección de mutaciones de resistencia de VH.
- Todas las personas coinfectadas deberán abstenerse de consumir alcohol y recibir educación sexual para reforzar el uso del condón y prevenir la transmisión de nuevas infecciones.

En el caso de coinfección VIH/VHC se recomienda tomar en cuenta:

- Que a toda persona que llega por primera vez al Servicio de Atención Integral con un diagnóstico de VIH positivo, se le debe hacer la prueba de detección del VHC.
- La coinfección por el VHC es frecuente en los pacientes con VIH porque ambos virus comparten las mismas vías de transmisión.

- En las personas con infección simultánea por el VIH y el VHC, el VIH puede hacer que la infección crónica por el VHC progrese más rápido, particularmente en aquellas con recuento de CD4 bajos (Menor de 350 copias-ml).
- Las personas coinfectadas con el VIH y el VHC pueden recibir tratamiento para ambas enfermedades en forma simultánea, seleccionando de forma cuidadosa ambas terapias para evitar interacciones medicamentosas.

2.3 Infecciones Oportunistas (IO) y VIH

Las infecciones oportunistas (IO) continúan siendo causa de morbilidad y mortalidad en pacientes con VIH, particularmente en aquellos con inmunodepresión grave (CD4 menor a 200 cels/mm³), con falta de adherencia al tratamiento antirretroviral o por fallo del mismo.

En algunos casos los pacientes llegan al Servicio de Atención Integral porque padecen una IO y esto llevó a la realización de una prueba de VIH cuyo resultado fue positivo.

No obstante la reducción de las IO por el uso de la TARV, la profilaxis primaria y secundaria de las principales IO en personas con VIH continua siendo importante para la reducción de la mortalidad.

En la tabla 9 se presentan la profilaxis y tratamiento para las infecciones oportunistas más frecuentes.

Tabla 9.
Tratamiento de las infecciones oportunistas más frecuentes

Enfermedad	Agente causal	Tratamiento	
		Preferente	Alternativo
Neumonía	Pneumocystis jiroveci	Trimetoprim: Sulfametoxazole forte (160/800 mgs) o simple (80/400 mgs) 1 vez/día V.O. Diario o interdiario hasta que el conteo de CD4 se mantenga por encima de las 200cels en tres mediciones consecutivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Dapsona 100 mgs 1 vez/día o 50 mgs cada 12 horas V.O. • Dapsona 200 mgs + Pirimetamina 75 mgs + Acido fólnico 25 mgs – 1 vez/semana.

Enfermedad	Agente causal	Tratamiento	
		Preferente	Alternativo
Encefalitis toxoplásmica	Toxoplasma gondii	Evento agudo, Trimetoprim: Sulfametoxazole forte (160/800 mgs) 1 vez/día V.O.	<ul style="list-style-type: none"> • Dapsona 100 mgs 1 vez/día o 50 mgs cada 12 horas V.O. • Dapsona 200 mgs + Pirimetamina 75 mgs + Acido fólico 25 mgs – 1 vez/semana. • Clindamicina 600 mg vo / iv + pirimetamina 200 mg de inicio y luego 50 a 75 mg mientras el conteo de CD4 esté por debajo de 200 cels-mm3
Diarreas, enteritis y otras infecciones gastrointestinales.	Cryptosporidium spp.	TARV, tratamiento sintomático para diarrea <ul style="list-style-type: none"> • Rehidratación agresiva VO o IV y remplazo de la pérdida de electrolitos. • Nitazoxanida 500 a 1,000mg VO c/12 h con alimentos por 14 días. 	Paramomicina 500mg cada 6 horas , durante 4 semanas y 500 mg c/12 h durante 4 semanas más.
	Microsporidios	Trimetoprim:Sulfametoxazole forte (160/800 mgs) 1 vez/día V.O. por 7-10 días.	
	Isospora belli	TARV	
Infecciones oportunistas causadas por hongos			
Candidiasis oral	Candida spp	Fluconazol 100 mg/día x 7-14 días (AI)	
Candidiasis Esofágica		Fluconazol 100-200 mg/día x 7-14 días (AI). En caso de no tolerar vía oral, fluconazol IV (hasta 400 mg/día): AI	
Candiais is Vulvovaginal		Fluconazol 150 mg al día en dosis única	
Criptococosis: Fiebre, malestar general y cefalea	Cryptococcus neoformans	Anfotericina B desoxicolato o anfotericina liposomal por 2 semanas + Fluconazol 400 mg/día por 8 semanas	

Enfermedad	Agente causal	Tratamiento	
		Preferente	Alternativo
Infecciones oportunistas producidas por virus			
Herpes orolabial o genital no grave	Infecciones producidas por virus herpes simple	Aciclovir 400 mg v.o. cada 8 h por 7-10 días.	
Herpes orolabial o genital grave		Tx. inicial con aciclovir 5 mg/kg i.v. cada 8 h y continuar con Aciclovir 400 mg v.o. cada 8h , hasta que las lesiones hayan curado	
Herpes genital recurrente		Aciclovir 400-800 mg v.o. cada 8-12 h	
Encefalitis herpética		Aciclovir 10 mg/kg i.v. cada 8 h durante 14-21 días	
Herpes zóster localizado	Infecciones producidas por virus varicela-zóster	Aciclovir 800 mg v.o. cada 6 h durante 7-10 días	
Varicela		Aciclovir 10 mg/kg i.v. cada 8 h durante 7-10 días ó	
Herpes zóster diseminado o con afectación visceral o necrosis retiniana periférica		Aciclovir 10 mg/kg i.v. cada 8 h hasta la resolución de las lesiones cutáneas y viscerales	Valaciclovir 1gr cada 8 horas por 7-14 días
Necrosis retiniana externa rápidamente progresiva		Aciclovir 10 mg/kg i.v. cada 8 h en combinación con foscarnet 60 mg/kg i.v. cada 8 h	

Adaptado de: GESIDA. Documento de prevención y tratamiento de infecciones oportunistas y otras coinfecciones en pacientes con infección por VIH. Actualizado a Mayo del 2015.

3. USO DE ANTIRRETROVIRALES PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH

3.1 Profilaxis Pre-Exposición PrEP

La profilaxis pre-exposición (PrEP) es el uso de ARV por personas VIH negativas, antes de la exposición al Virus de Inmunodeficiencia Humana, con el objetivo de impedir la adquisición del mismo (OMS, 2016). Esta estrategia de prevención fue inicialmente recomendada por la OMS para Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH). Sin embargo, actualmente la OMS recomienda el uso de PrEP como una opción de prevención en población de riesgo substancial de infectarse con el VIH. Recientemente, la OMS tras revisar los estudios que muestran la seguridad de los medicamentos utilizados en PrEP ha incluido el TDF/FTC (Truvada) en la lista de medicamentos esenciales.

Varios ensayos aleatorizados han mostrado la efectividad de PrEP en diferentes grupos poblacionales. En estudio iPrEx realizado en el 2010 en 2,499 hombres o mujeres transexuales en alto riesgo de infectarse con el VIH (tuvo sexo anal sin condón con un varón positivo para VIH o desconocido, tuvo contacto anal con más de tres varones distintos, tuvo sexo transaccional con un varón o es pareja de un varón VIH positivo que no usa el condón consistentemente), los cuales fueron asignados a un grupo placebo o tratamiento de forma totalmente aleatoria. El grupo tratamiento recibió FTC/TDF. Luego de una mediana de seguimiento de 1.2 años el número de personas que se infectó con el VIH en el grupo placebo fue casi el doble (64) que en el grupo tratamiento (36), lo cual muestra una reducción del riesgo de infección por el VIH de un 44% (GESIDA, SA).

La División General de control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS), tomando en consideración las altas prevalencia de VIH en las poblaciones de HSH, TRSX, UD y Migrantes haitianos así como las brechas en el uso consistente del condón con todas las parejas sexuales, decidió desarrollar una experiencia piloto de uso de PrEP en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH) para lo cual elaboró una Estrategia Nacional para la Implementación de la Profilaxis Pre-Exposición en Poblaciones de Riesgo en la República Dominicana, que pauta los pasos a seguir por los prestadores de servicios en caso de recibir personas interesadas en PrEP, esta estrategia está en desarrollo de un estudio piloto por lo que actualmente no se encuentra implementada en el sistema de salud pública.

3.2 Profilaxis Post-Exposición (PPE)

La profilaxis post-exposición (PPE) es una estrategia de prevención del VIH que consiste en la administración de tratamiento antirretroviral (combinación de tres fármacos) por 30 días, iniciando preferiblemente de inmediato o lo más cercano posible al momento de la exposición y en todo caso antes de las 72 horas, después de un posible contacto con el VIH, para evitar la transmisión de la infección.

Los esquemas de tratamiento recomendado para PPE son los siguientes:

1. Tenofovir/Emtricitabina (300/200) mg + Atazanavir/ritonavir (300/100) mg. (TDF/FTC + ATV/r)
2. Tenofovir/Emtricitabina(300/200)mg + Raltegravir 400 mg (TDF/FTC + RAL)
3. Tenofovir/Emtricitabina (300/200) mg + Darunavir/ritonavir (800/100)mg (TDF/FTC + DRV/r)

El riesgo de infectarse con el VIH en una exposición a sangre u otros fluidos es bajo, 0.3% en el caso de contacto percutáneo y 0.09% en el caso de contacto con mucosa. El cumplimiento de las normas de bioseguridad, tales como el uso de guantes reduce aún más el riesgo de adquirir el VIH antes una exposición a sangre u otros fluidos. En el caso de violación sexual si bien no existe información de prevalencia de VIH en personas sobrevivientes de violencia sexual, se estima que el riesgo de trasmisión del VIH puede ser mayor debido a laceraciones genitales y/o anales producidas durante la misma.

De todas maneras la exposición de una persona a sangre u otros fluidos con una persona cuyo estatus para el VIH es positivo o se desconoce, se debe tomar como una emergencia médica debido a que los tiempos para que la intervención sea efectiva son reducidos y siempre menor a 72 horas. Se recomienda seguir los siguientes pasos:

1. Lavar el área con agua y jabón.
2. Realizar la prueba de VIH a la persona fuente de inmediato, si es posible.
3. Brindar apoyo emocional a la persona expuesta a sangres o fluidos.
4. En el caso de que la persona fuente tenga infección por el VIH conocida, es fundamental conocer la carga viral, el régimen de TAR (si lo recibe), así como la historia farmacológica y los motivos de cambio de tratamiento para valorar resistencia y seleccionar el esquema optimo a utilizar para la profilaxis.

¿A quiénes ofrecer PPE?

- A toda persona que no está infectada con el VIH que estuvo expuesta a sangre, semen u otros fluidos corporales de otra persona cuya condición serológica para el VIH no es posible determinar o es VIH positivo.

¿A quiénes no ofrecer PPE?

- A toda persona expuesta a sangre o fluidos corporales de otra persona que es VIH negativo.

¿Cuáles otras intervenciones se deben brindar a una persona que se expuso al VIH?

- Brindar asistencia psicológica.
- Recomendar a la persona expuesta al VIH el uso del condón en todas las relaciones sexuales, mientras está tomando los antirretrovirales en forma profiláctica.
- Realizar una prueba de VIH, VHC, VHB y otras infecciones de transmisión sexual, a las seis semanas de la exposición al VIH.
- Si el resultado de algunas de estas pruebas es positiva debe proveer tratamiento acorde a los lineamientos contenidos en esta u otras Guías correspondientes.
- Referir para asistencia legal en caso de violencia sexual.

En caso de exposición al VIH no laboral, especialmente en el caso de violación sexual, iniciar tratamiento según descrito en exposición laboral y referir a servicio especializado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Dolutegravir (tivicay, triumeq y riesgo de defectos del tubo neural: como medida de precaución, se recomienda evitar el embarazo en mujeres en tratamiento. Nota Informativa, Madrid, 23 de mayo 2018.
2. Alison J. Rodger, MD1; Valentina Cambiano, PhD1; Tina Bruun, RN2; et al. for the PARTNER Study Group. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *JAMA*. 2016;316(2):171-181. doi:10.1001/jama.2016.5148.
3. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH México: Censida/ Secretaría de Salud, 2014 Versión electrónica de: 27 de marzo de 2015
4. European Medicines Agency (EMA). Nota informativa sobre mal formación congénita en hijos de madres con VIH que toman dolutegravir en el momento de la concepción. United Kingdom, 18 de mayo 2018.
Disponible en: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Press_release/2018/05/WC500249225.pdf.
5. François-Xavier Blanc, M.D., Ph.D.; Thim Sok, M.D.; Didier Laureillard, M.D.; Laurence Borand, Pharm.D.; Claire Rekeawicz, M.D.; Eric Nerrienet, PhD.; Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Adults with Tuberculosis. *The New England Journal of Medicine*. October 20, 2011 *N Engl J Med* 2011; 365:1471-1481.
Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa101391>.
6. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2015) consultado 10 Feb 2015.
Disponible en: <http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2015/gesida-guiasclinicas-2015-tar.pdf>.
7. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2014). Panel de expertos de GeSIDA y Plan Nacional sobre el Sida, 32 (2014), pp. e1-e42 <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2014.02.019> Medline.

8. Polo R, Aguirrebengoa K, Vives N, coordinadores. Recomendaciones del SPNS, GESIDA, CEESCAT, SEIP y AEP sobre profilaxis postexposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños [consultado 20 Oct 2014]. Disponible en: <http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/dcyrc/gesidadcyrc200801profilaxispostexposicion.pdf> 2008.
9. Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease. Centers for Disease Control and Prevention MMWR Recomm Rep., 47 (1998), pp. 1-39 Medline.
10. A.D. Guyatt, E.A. Oxman, R. Akl, G. Kunz, J. Vist, Brozek GRADE guidelines: Introduction — GRADE evidence profiles and summary of findings tables J Clin Epidemiol, 64 (2011), pp. 383-394 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026> Medline..
11. Grinsztejn, Beatriz et. al. Effects of early versus delayed initiation of antiretroviral treatment on clinical outcomes of HIV-1 infection: results from the phase 3 HPTN 052 randomised controlled trial. The Lancet Infectious Disease. Volume 14, No. 4, p281–290, April 2014.
12. Grupo de Trabajo sobre el tratamiento del VIH. ¿Qué debo saber sobre la Coinfección por Hepatitis C y VIH?. Barcelona, 2015.
13. HPTN. Initiation of Antiretroviral Treatment Protects Uninfected Sexual Partners from HIV Infection (HPTN Study 052), WDC, Mayo 2011.
14. Ministerio de Salud Pública. Estrategia Nacional para la Implementación de Profilaxis Pre-Exposición en Poblaciones de Riesgo de la República Dominicana. Santo Domingo, Distrito Nacional, 2018. Documento en proceso de revisión.
15. Ministerio de Salud Pública. Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad 2016. Santo Domingo, Distrito Nacional, 2017.
16. Ministerio de Salud Pública. Plan de Monitoreo y Evaluación del Programa de VIH/SIDA 2017-2020. Santo Domingo, Distrito Nacional, Marzo, 2017.

17. Ministerio de Salud Pública. Evaluación de Línea de Base para determinar el nivel de adherencia en el uso correcto de los ARV en 9 Servicios de Atención Integral priorizadas en República Dominicana. Santo Domingo, 2017.
18. Ministerio de Salud Pública. Guía Nacional de Atención VIH-Sida. Santo Domingo, Rep. Dom. 2016.
19. Ministerio de Salud de Panamá. Norma para el manejo terapéutico de las personas con VIH en la República de Panamá. 2016.
20. Ministerio de Salud Pública. Guía Nacional para la Atención de la Coinfección TB y VIH. Santo Domingo, Distrito Nacional. Versión actualizada al 2015.
21. Ministerio de Salud Pública. Guía Nacional para el Manejo de la Infección por VIH. Santo Domingo, República Dominicana, 2013.
22. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía de Tratamiento Antiretroviral y de Infecciones Oportunistas en Guatemala. 2013.
23. Ministerio de Salud de El Salvador. Guía clínica para la atención integral en salud de las personas con VIH. San Salvador, diciembre, 2014.
24. Ministerio de Salud. Guía Clínica de la profilaxis post-exposición. San Salvador, diciembre 2012.
25. Nakhimovsky, Sharon; Jonathan Cali; Claudia Valdez y Carlos Avila. Oportunidades para mejorar la eficiencia de los programas contra el VIH y SIDA en la República Dominicana. Bethesda, MD: Proyecto de Financiamiento y Gobernanza en Salud, Abt Associates Inc. Marzo del 2017. Documento en Borrador.
26. Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. ONUSIDA. 90-90-90.
27. Iniciativa de Tratamiento 2015: Acceso a tratamiento del HIV para todos los que lo necesitan. Lanzamiento regional en Latinoamérica de la Iniciativa del ONUSIDA -TRATAMIENTO 2015.

28. Acción acelerada para acabar con el SIDA. Estrategia de ONUSIDA 2016-2021. Ginebra, Suiza.
29. Organización Panamericana de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida para América Latina y el Caribe. Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS, ONUSIDA; 2017.
30. Organización Panamericana de la Salud. Coinfección TB/VIH. Guía Clínica Regional. Actualización 2017. Washington, D.C.: OPS; 2017.
31. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH: Hacia el fin del SIDA. 2016-2021. Junio del 2016.
32. Organización Mundial de la Salud. Directrices unificadas sobre el uso de los antiretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública, junio de 2013. Ginebra, Suiza, 2014.
33. Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA. Un vistazo al tratamiento 2.0. Ginebra, Suiza, 2012.
34. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents Living with HIV. Department of Health and Human Services.
Disponible en: <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>.
35. Panel on Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Noviembre, 2016. Disponible en: https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adult_oi.pdf
36. Valdez, Claudia y Barrillas, Edgar. Informe Estudio Línea de Base Prácticas de Prescripción de Medicamentos Antiretrovirales en los Servicios de Atención Integral de la República Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana. Mayo, 2016.

37. World Health Organization. Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy, July 2017. France, 2017.
38. World Health Organization. Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy, July 2017.
Disponibileen:<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255884/9789241550062-eng.pdf?sequence=1>
39. World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach – 2nd edition. France, 2016.
40. World Health Organization Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations, 2016 update. France, 2016.
41. World Health Organization. March 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach. Geneva, Switzerland. 2014.
42. World Health Organization. Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children. Recommendations for a public health approach - December 2014 supplement to the 2013 consolidated ARV guidelines.
Disponibileen: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_dec2014



Ministerio de Salud Pública,
Av. Tiradentes esquina Av. Héctor Homero Hernández,
1er nivel, Santo Domingo, R. D.
Tel. (809) 541-3121
digecitss@ministeriodesalud.gob.do