

CONSEJERÍA DE SALUD

PROCESO
PROCESO
ASISTENCIAL
ASISTENCIAL
INTEGRADO
INTEGRADO

VIH/SIDA



2ª Edición



JUNTA DE ANDALUCÍA

PROCESO
ASISTENCIAL
INTEGRADO

PROCESO
ASISTENCIAL
INTEGRADO

PROCESO VIH/SIDA



AUTORES Y AUTORAS

Antonio Rivero Román (Coordinador)
Cristina Aguado Taberné
Gloria Andérica Frías
Matilde Rita Calero Fernández
Ángela Camacho Espejo
Rafael Campos López
Jose Antonio Castilla Alcalá
Ana M^a Cazalla Foncueba
Concepción Ferrete Morales
M^a Carmen Gálvez Contreras
Antonia Gasch Illescas
Tomás Gómez Cía
Pilar Jimena Medina
Carmen Lama Herrera
Fernando Lozano de León-Naranjo
Dolores Merino Muñoz
David Moreno Pérez
Rosario Palacios Muñoz
Jose Ramón del Prado Llergo;
Jesús Santos González
Antonio Vergara de Campos

COLABORACIÓN

Guita Davoodzadeh
José de Juan
Fermín García Rodríguez
M^a del Rosario Aceituno Pérez
Alicia Aguilera Aguilera
Francisca González Eslava
Raquel Valencia Mastín

Edita: Junta de Andalucía, Consejería de Salud

ISBN: 978-84-692-5465-3

D. L.: S. 1.223-2009

Maquetación e impresión: Forma Animada S.L.L.

Presentación

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen ciudadanas, ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones en salud hasta lograr un grado de homogeneidad óptimo.

Se trata pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario o la usuaria.

Cuando nos referimos a la Gestión por Procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de los problemas de salud definidos y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que una persona demanda asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada una de las publicaciones que se presentan recogen el fruto del importante esfuerzo que ha realizado la organización sanitaria pública de Andalucía, y en especial las y los profesionales que prestan la asistencia, por analizar cómo se están realizando las cosas, y sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que se está desarrollando e implantando de forma progresiva, y que es sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Carmen Cortes Martínez
Directora General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. DEFINICIÓN GLOBAL.....	9
3. DESTINATARIOS Y DESTINATARIAS. OBJETIVOS.....	11
- Personas destinatarias y expectativas.....	11
- Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad.....	13
4. COMPONENTES.....	17
- Descripción general.....	17
- Profesionales. Actividades. Características de calidad.....	27
- Recursos. Características generales. Requisitos.....	85
- Unidades de soporte.....	88
5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA.....	91
- Arquitectura Nivel 1.....	92
- Arquitectura Nivel 2.....	93
- Arquitectura Nivel 3.....	95
6. INDICADORES.....	99
ANEXOS	
Anexo 1: Población con riesgo aumentado para la infección VIH.....	101
Anexo 2: Prevención de la infección VIH.....	103
Anexo 3: Recopilación de Normativa sobre Vigilancia Epidemiológica en Andalucía y Registro Andaluz de Casos de SIDA.....	105
Anexo 4: Revisión de 1993 de la definición europea de caso de SIDA con fines de vigilancia	107
Anexo 5: Definición europea de caso de SIDA para la vigilancia: Listado de enfermedades indicativas	109
Anexo 6: Revisión de 1993 del sistema de clasificación de la infección por el VIH y definición ampliada de caso de SIDA con fines de vigilancia para adultos y adolescentes...	111
Anexo 7: Definición de caso de SIDA en niños. Categorías clínicas para niños con infección por VIH.....	113
Anexo 8: Recomendaciones para la administración de vacunas.....	117
Anexo 9: Calendario vacunal en niños infectados por VIH.....	119

Anexo 10: Recomendaciones sobre profilaxis y tratamiento de las infecciones oportunistas en adultos infectados por el VIH.....	121
Anexo 11: Recomendaciones sobre profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas en niños infectados por el VIH.....	123
Anexo 12: Infecciones de transmisión sexual.....	125
Anexo 13: Algoritmo de exploración ginecológica para mujeres con infección VIH.....	127
Anexo 14: Guías recomendadas sobre tratamiento antirretroviral en adultos.....	129
Anexo 15: Interacciones farmacológicas de los antirretrovirales.....	131
Anexo 16: Guías recomendadas de tratamiento antirretroviral en niños.....	133
Anexo 17: Cálculo de riesgo cardiovascular.....	135
Anexo 18: Manejo terapéutico de las alteraciones metabólicas y morfológicas asociadas al tratamiento antirretroviral.....	137
Anexo 19: Plan de Cuidados estandarizados de enfermería.....	139
Anexo 20: Autoinseminación.....	147
Anexo 21: Requisitos generales y criterios de aplicación de inseminación artificial y de aplicación de microinyección intracitoplasmática de espermatozoide	149
Anexo 22: Actividades en las sucesivas visitas a Unidades de reproducción	151
Anexo 23: Recomendaciones para decidir la vía del parto en gestante VIH para evitar la transmisión vertical	155
Anexo 24: Transmisión vertical de la infección VIH: recomendaciones en el recién nacido	157
Anexo 25: Manejo de la exposición ocupacional	159
Anexo 26: Recomendaciones sobre profilaxis post exposición ocupacional y no ocupacional del VIH, VHB Y VHC.....	161
Anexo 27: Manejo de la exposición no ocupacional	163

BIBLIOGRAFÍA.....	165
--------------------------	------------

1

INTRODUCCIÓN

La pandemia causada por la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha supuesto un enorme desafío para todos los sistemas de salud. Desde que se describieron los primeros casos de la enfermedad en 1981, se pudo comprobar que la infección por el VIH supondría un problema sanitario mundial de gran magnitud, sobre todo en los países en vías de desarrollo, en los que provoca una alta morbilidad y mortalidad y donde en la actualidad se concentran la gran mayoría de personas infectadas y enfermas. Así, en el informe de ONUSIDA, de abril del 2008, se estimaba que, en todo el mundo, el número de infectados por el VIH era de 33,3 millones de personas, de los que 24,7 millones serían habitantes del África subsahariana.

En los países y regiones desarrolladas sanitaria y económicamente, como España y Andalucía, la situación es completamente diferente. En contraste con las cifras anteriores, en abril del 2008, ONUSIDA estimaba que el número de infectados por el VIH en Europa occidental y central era de 740.000 personas, y en España las autoridades sanitarias estiman que este número se sitúa entre 120.000-150.000 personas. Las campañas sanitarias, aunque no han conseguido el control de la epidemia, han logrado disminuir el número de nuevas infecciones, especialmente entre consumidores de drogas. Sin embargo se estima que hasta un tercio de los pacientes infectados por el VIH lo desconoce y que la mayor parte de estas personas han adquirido la infección por vía sexual.

Los casos de VIH comunicados en Europa en 2006 (excluidos Italia, España y Mónaco por no existir registro poblacional de infección VIH) representan una incidencia para la Unión Europea de 67,2 casos nuevos de infección VIH por 10⁶ habitantes. Mientras el número de nuevos casos de infección continúa en aumento, el número de casos de SIDA ha seguido en descenso (excepto en algunos estados del este europeo). El 34% de los casos de nueva

infección VIH fueron mujeres y el 18% fueron personas entre los 15 y los 24 años de edad. El modo de transmisión predominante fue la vía heterosexual (28,2%), seguida de la parenteral (27,4%). Las relaciones sexuales entre hombres representan el 9,1% de los nuevos casos de infección.

El pronóstico y la supervivencia de pacientes con infección por el VIH ha mejorado de forma espectacular en la última década merced al gran avance experimentado en el tratamiento antirretroviral. Por ello, en la actualidad una gran proporción de pacientes con infección por el VIH en países desarrollados permanecen sin síntomas, con buena situación inmunológica y con replicación viral suprimida. Sin embargo, a pesar de su gran eficacia en el control de la infección, el tratamiento antirretroviral actual no consigue erradicar al virus. Por ello el tratamiento debe ser mantenido de forma indefinida. Ello provoca que un buen número de pacientes pueda desarrollar efectos adversos debidos al propio tratamiento antirretroviral. Por otro lado, el espectacular aumento de la supervivencia provoca que un número cada vez mayor de pacientes puedan padecer otras enfermedades o comorbilidades no relacionadas directamente con la propia infección por el VIH, como hepatopatías crónicas, enfermedades cardiovasculares, etc. Es previsible que debido al aumento de la supervivencia, la prevalencia de comorbilidades aumente con el paso del tiempo, a lo que puede contribuir también el progresivo incremento de la edad.

Por todas estas razones, en nuestro país la infección por el VIH se ha convertido en una enfermedad crónica que presenta nuevos retos para los que el sistema sanitario debe establecer los mecanismos adecuados para asegurar el bienestar de estas personas. De esa forma fue publicado en el año 2002 el PAI-VIH/SIDA por la Consejería de Salud. Posteriormente se constituyó el Grupo de Referencia Autonómico de VIH/SIDA, con el objeto de identificar posibles áreas de mejora que precisaran un mayor desarrollo o modificación. Tras los años transcurridos desde la publicación e implantación en el sistema sanitario público de Andalucía del Proceso VIH/SIDA, el Grupo de Referencia se planteó la necesidad de realizar cambios sustanciales en el documento inicial para adaptarlo a la nueva realidad de la Epidemia en Andalucía.

El objetivo de esta revisión del PAI-VIH/SIDA ha sido la organización de la atención sanitaria global a este PAI, concibiendo ésta como la necesidad de abordar, de una forma organizada y escalonada, los diversos aspectos que inciden en las personas infectadas y en su entorno, desde una perspectiva interniveles e intersectorial, que abarca tanto actividades en Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH), como las que competen a cada una de las distintas profesiones sanitarias.

Estamos convencidos de que el desarrollo de este proceso integrado supondrá un paso positivo adicional en los esfuerzos que desde el comienzo de la epidemia se han realizado en el Sistema Sanitario Público de Andalucía para su control.

Por último, debemos agradecer a todas las personas que han colaborado con el desarrollo de este proyecto su entusiasmo al participar en el mismo. Su alta experiencia profesional ha hecho posible la excelente calidad del trabajo realizado.

2

DEFINICIÓN GLOBAL

Designación del proceso:

Proceso de prevención y atención sanitaria de la infección por el VIH.

Definición funcional:

Proceso que conduce a la prevención del VIH y al diagnóstico, tratamiento y seguimiento tanto de esta infección como de las complicaciones, situaciones especiales y comorbilidades relacionadas con la misma.

Límite de entrada:

Población general, personas con prácticas de riesgo de infección por el VIH y pacientes con infección VIH.

Límite final:

Al tratarse en la actualidad de una enfermedad crónica no tiene límite final.

Límites marginales:

No se han contemplado en este proceso

- Los cuidados paliativos de pacientes con infección VIH, al incluirse en un proceso específico.
- Los aspectos sociales no derivados de la propia infección VIH.

- Los aspectos relacionados con el tratamiento de las adicciones a sustancias psicoactivas.

Observaciones:

No se ha considerado como límite final a las personas que rehúsan el seguimiento de su proceso o en los que el mismo es irregular o esporádico.

3

DESTINATARIOS Y DESTINATARIAS. OBJETIVOS

Personas destinatarias y expectativas

POBLACIÓN NO INFECTADA POR EL VIH

- Que me traten con rapidez y de forma confidencial.
- Que me transmitan la información y el consejo adecuado de forma comprensible y adaptada a mis circunstancias.
- Que me faciliten el acceso al material preventivo apropiado.
- Que pueda tener acceso de forma fácil y rápida a las pruebas diagnósticas de infección VIH.

PACIENTES CON INFECCIÓN VIH

- Que me faciliten el acceso a la consulta sin demoras.
- Que me atiendan de forma confidencial.
- Que me transmitan toda la información relacionada con mi proceso de forma comprensible y adaptada a mis circunstancias.
- Que me faciliten el acceso al material preventivo apropiado.
- Que me faciliten el acceso a los servicios sanitarios de forma compatible con mi actividad laboral.

- Que me faciliten la posibilidad de consultar telefónicamente con mi especialista, dudas y problemas que me pudieran surgir.
- Que me permitan elegir el centro y grupo de profesionales que me atiendan.
- Que me dediquen en cada consulta el tiempo adecuado para mi atención.
- Que me faciliten las tareas burocráticas relacionadas con mi acceso a los servicios sanitarios.
- Que me faciliten estructuras de asistencia sanitaria accesibles y resolutivas.
- Que sea atendido o atendida por profesionales de la salud con alta cualificación científico-técnica.
- Que exista coordinación entre los distintos servicios implicados en mi atención y entre los distintos niveles implicados en la misma.
- Que los y las profesionales sin implicación directa en mi atención, me traten de forma adecuada y sin rechazo.
- Que en el supuesto de que estuviera internado en una institución penitenciaria, disponga de las mismas oportunidades y recursos para mi diagnóstico, seguimiento y tratamiento, que las personas no reclusas.
- Que los profesionales sanitarios tengan en cuenta mi opinión para la toma de decisiones relacionadas con mi atención.
- Que me faciliten la información y, en su caso, la posibilidad de una gestación con poco riesgo de transmisión tanto para mi descendiente como para mi pareja.
- Que me faciliten el tratamiento de las alteraciones físicas que me ha provocado el tratamiento antirretroviral.
- Recibir apoyo psicológico y psiquiátrico si lo preciso.

PROFESIONALES DE LA SALUD

- Que exista coordinación eficiente entre las y los profesionales implicados en la atención a pacientes con infección VIH.
- Que se disponga de tiempo suficiente para la atención.
- Que se facilite la realización de la prueba serológica en las poblaciones recomendadas desde cualquier punto del SSPA.
- Formación específica en la infección por el VIH para adquirir los conocimientos, habilidades y aptitudes necesarios para la atención, adaptada a las necesidades y características de cada profesional de la salud.
- Que se facilite el conocimiento de los recursos no sanitarios de la zona.



Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

PERSONA DESTINATARIA: POBLACIÓN NO INFECTADA POR EL VIH

FLUJOS DE SALIDA: INFORMACIÓN Y EDUCACION PARA LA SALUD

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Promoción sobre hábitos saludables e información sobre prácticas de riesgo y medidas de prevención.
- Facilitar la información médica y consejo adecuado de forma comprensible y adaptada a las circunstancias concretas de la persona que demanda la atención.

FLUJOS DE SALIDA: ATENCIÓN SANITARIA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Realización de las pruebas diagnósticas que fueran necesarias sin demoras y de forma confidencial.
- Disponibilidad y accesibilidad a los medios preventivos.
- Facilitar el acceso de forma fácil y rápida a las pruebas diagnósticas de infección VIH.

PERSONA DESTINATARIA: PACIENTES CON INFECCIÓN VIH

FLUJOS DE SALIDA: INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- La información relacionada con el proceso se dará de forma comprensible y adaptada a sus circunstancias.
- La persona infectada por VIH recibirá informes clínicos por escrito sobre su situación de forma periódica y actualizada.

FLUJOS DE SALIDA: ATENCIÓN SANITARIA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Facilitar el acceso a los servicios sanitarios de forma compatible con su actividad laboral.
- Facilitar la posibilidad de consultar telefónicamente con el especialista, dudas y problemas que pudieran surgirle.
- Facilitar las tareas burocráticas relacionadas con el acceso a los servicios sanitarios.
- Promover el desarrollo de dispositivos accesibles y resolutivos de asistencia sanitaria.
- Facilitar la libre elección de centro si así lo solicita.
- Atención por profesionales de la salud con alta cualificación científico-técnica.
- Coordinación entre los distintos servicios y niveles implicados en la atención.
- Colaborar para que las personas internadas en una institución penitenciaria, dispongan de las mismas oportunidades y recursos para su diagnóstico, seguimiento y tratamiento, que las personas no recluidas.
- Facilitar la información y, en su caso, los recursos necesarios para conseguir una reproducción con poco riesgo de transmisión tanto para la descendencia como para la pareja de pacientes con infección VIH y deseos reproductivos.
- Facilitar el tratamiento de las alteraciones morfológicas relacionadas con la infección VIH.
- Facilitar apoyo psicológico y psiquiátrico si lo precisa.

FLUJOS DE SALIDA: APOYO SOCIAL

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Detectar posibles problemas sociales e informar sobre las redes de apoyo social de las que pueda disponer.

PERSONA DESTINATARIA: PROFESIONALES DE LA SALUD

FLUJOS DE SALIDA: COORDINACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Coordinación eficiente entre las y los diferentes profesionales implicados en la atención.
- Facilitar la información precisa sobre los recursos sanitarios y no sanitarios de la zona.

FLUJOS DE SALIDA: **FORMACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Formación específica en la infección por el VIH para adquirir los conocimientos, habilidades y aptitudes necesarios para atender a paciente con infección VIH, adaptada a las necesidades y características de cada uno de los profesionales sanitarios implicados.

FLUJOS DE SALIDA: **ATENCIÓN SANITARIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Disponer del tiempo suficiente para la atención.
- Facilitar el acceso a la prueba de cribado del VIH de forma fácil y ágil.

4

COMPONENTES

Descripción general

QUÉ	1. PREVENCIÓN
QUIÉN	Médico/a de Familia, de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/Pediatras/ de Medicina Preventiva/ Enfermeras y cualquier profesional de la salud con oportunidad de desarrollar la actividad
CUÁNDO	De manera oportunista en cualquier contacto con el Sistema Sanitario
DÓNDE	AP/AH
CÓMO	Protocolos y programas establecidos y guías de practica clínica

QUÉ	2. EVALUACIÓN INICIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA
QUIÉN	Médico/a de Familia
CUÁNDO	En primera visita y de forma oportunista ante cualquier contacto con el Sistema Sanitario
DÓNDE	AP
CÓMO	Protocolos y programas establecidos y guías de practica clínica

QUÉ	3. SEGUNDA CONSULTA EN AP: DIAGNÓSTICO
QUIÉN	Médico/a de Familia
CUÁNDO	En segunda visita
DÓNDE	AP
CÓMO	Protocolos y programas establecidos y guías de practica clínica

QUÉ	4. PRIMERA CONSULTA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA: PERSONAS ADULTAS
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas
CUÁNDO	En la primera visita y de forma oportunista tras cualquier contacto con el Sistema Sanitario
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolos y programas establecidos y guías de practica clínica

QUÉ	5. PRIMERA CONSULTA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA: NIÑOS Y NIÑAS
QUIÉN	Pediatra/Enfermedades Infecciosas
CUÁNDO	En la primera visita
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolos y programas establecidos y guías de practica clínica

QUÉ	6. SEGUNDA CONSULTA EN ATENCIÓN HOSPITALARIA
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra/Enfermedades Infecciosas
CUÁNDO	En la segunda visita
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolos y programas establecidos y guías de practica clínica

QUÉ	7. REGISTROS
QUIÉN	Profesionales del Registro Andaluz de SIDA y Sistema de Información VIH/ Médico/a de Medicina Preventiva/ Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra/Enfermedades Infecciosas
CUÁNDO	En el momento del diagnóstico de infección VIH y/o caso de SIDA
DÓNDE	AP/AH/ Delegaciones Provinciales de Salud/ Consejería de Salud
CÓMO	Declaración obligatoria de VIH/SIDA al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía. Según legislación vigente

QUÉ	8. INMUNIZACIÓN DE LA PERSONA ADULTA CON INFECCIÓN VIH
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/Medicina Preventiva/ de Familia/ Enfermera
CUÁNDO	Cuando exista indicación
DÓNDE	AP/AH
CÓMO	Recomendaciones específicas y guías de práctica clínica

QUÉ	9. INMUNIZACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA CON INFECCIÓN VIH
QUIÉN	Pediatra/Enfermedades Infecciosas/ Medicina Preventiva/ de Familia/ Enfermera
CUÁNDO	Según calendario vacunal y cuando exista indicación
DÓNDE	AP/AH
CÓMO	Recomendaciones específicas y guías de práctica clínica

QUÉ	10. INMUNIZACIÓN EN LA MUJER VIH EMBARAZADA Y EN PERIODO DE LACTANCIA
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Medicina Preventiva/ de Familia/ Enfermera/ Obstetra
CUÁNDO	Cuando exista indicación
DÓNDE	AP/AH
CÓMO	Recomendaciones específicas y guías de práctica clínica

QUÉ	11. INMUNIZACIÓN DE PERSONAS VIAJERAS
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra/ de Medicina Preventiva/ de Familia/ Enfermera/Médico/a y enfermera de Sanidad Exterior
CUÁNDO	Cuando exista indicación
DÓNDE	AP/AH/Sanidad Exterior
CÓMO	Recomendaciones específicas y guías de práctica clínica

QUÉ	12. RECOMENDACIONES EN PACIENTES CON HEPATOPATÍA CRÓNICA
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Aparato Digestivo/ Hepatología/ Enfermera
CUÁNDO	Cuando exista indicación
DÓNDE	AH
CÓMO	Recomendaciones específicas y guías de práctica clínica

QUÉ	13. TRATAMIENTO Y PROFILAXIS DE INFECCIONES OPORTUNISTAS
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ de Familia/ Pediatra/ Enfermera
CUÁNDO	Cuando exista indicación
DÓNDE	AP/AH
CÓMO	Recomendaciones específicas y guías de práctica clínica

QUÉ	14. VALORACIÓN GINECOLÓGICA
------------	------------------------------------

QUIÉN	Ginecólogo/a
CUÁNDO	Al diagnóstico de infección VIH y siempre que exista indicación
DÓNDE	AH
CÓMO	Recomendaciones específicas y guías de práctica clínica

QUÉ	15. TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL (TAR) INICIAL EN PERSONAS ADULTAS
------------	---

QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas
CUÁNDO	Cuando exista indicación
DÓNDE	AH
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	16. TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL INICIAL EN NIÑAS Y NIÑOS
------------	--

QUIÉN	Pediatra
CUÁNDO	Cuando exista indicación
DÓNDE	AH
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	17. DISPENSACIÓN DEL TAR
------------	---------------------------------

QUIÉN	Farmacéutico/a de hospital
CUÁNDO	Tras la prescripción médica de AH
DÓNDE	Servicio de Farmacia Hospitalaria
CÓMO	Protocolo establecido

QUÉ	18. SEGUIMIENTO DEL TAR EN PERSONAS ADULTAS
QUIÉN	Médico de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Enfermera
CUÁNDO	En cada visita
DÓNDE	AH
CÓMO	Guías de práctica clínica y protocolo establecido

QUÉ	19. SEGUIMIENTO DEL TAR EN NIÑOS Y NIÑAS
QUIÉN	Pediatra/ Enfermera
CUÁNDO	En cada visita
DÓNDE	AH
CÓMO	Guías de práctica clínica y protocolo establecido

QUÉ	20. SEGUIMIENTO DE PACIENTES SIN TAR
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra/ Enfermera
CUÁNDO	En cada visita
DÓNDE	AH
CÓMO	Guías de práctica clínica y protocolo establecido

QUÉ	21. SIMPLIFICACIÓN DEL TAR
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra
CUÁNDO	En caso de existir indicación
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolo establecido y guías de práctica clínica

QUÉ	22. CAMBIO DEL TAR POR FRACASO
QUIÉN	Médico de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/Enfermera
CUÁNDO	En caso de fracaso terapéutico
DÓNDE	AH
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	23. PREVENCIÓN DE ALTERACIONES MORFOLÓGICAS Y METABÓLICAS SECUNDARIAS AL TAR
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra
CUÁNDO	En todas las visitas
DÓNDE	AH
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	24. TRATAMIENTO DE ALTERACIONES MORFOLÓGICAS Y METABÓLICAS SECUNDARIAS AL TAR
QUIÉN	Cirugía Plástica/ Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra
CUÁNDO	En caso de lipodistrofia y/o alteraciones metabólicas
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolo de actuación y guías de practica clínica

QUÉ	25. INGRESO HOSPITALARIO
QUIÉN	Especialista implicado en la atención al proceso que motiva la hospitalización/ Enfermera
CUÁNDO	Cuando exista indicación
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolo de actuación

QUÉ	26. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONSULTAS EXTERNAS DE HOSPITAL DE DÍA
QUIÉN	Enfermera
CUÁNDO	En cada visita
DÓNDE	AH: Consulta enfermería/Hospital de Día
CÓMO	Protocolo de actuación/Plan de Cuidados
QUÉ	27. CRITERIO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS SÓLIDOS DEPENDIENTES DE LA INFECCIÓN POR EL VIH
QUIÉN	Médicos/as responsables del programa de trasplante del Hospital de referencia/ de Medicina Interna /Enfermedades Infecciosas/ Pediatra
CUÁNDO	Enfermedad de órgano terminal
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolos de actuación y guías de práctica clínica
QUÉ	28. CONSULTA PRECONCEPCIONAL: INFORMACIÓN SOBRE CÓMO CONSEGUIR UNA GESTACIÓN SEGURA
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Unidad de Reproducción / Servicio de Obstetricia y Ginecología de zona
CUÁNDO	En caso de deseo genésico
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolos de actuación
QUÉ	29. ATENCIÓN A LOS DESEOS REPRODUCTIVOS DE LAS PAREJAS CON AL MENOS UN MIEMBRO CON INFECCIÓN VIH
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Unidad de Reproducción / Servicio de Obstetricia y Ginecología de su área / Unidad de Reproducción de Referencia Autónoma
CUÁNDO	En caso de deseo genésico
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolos de actuación y guías de práctica clínica

QUÉ	30. ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA INFECTADA POR EL VIH
QUIÉN	Médico/a de Medicina interna /Enfermedades Infecciosas/ de Obstetricia y Ginecología
CUÁNDO	En caso de embarazo
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolos de actuación y guías de práctica clínica
QUÉ	31. TAR EN EMBARAZADAS
QUIÉN	Médico/a de Medicina interna /Enfermedades infecciosas
CUÁNDO	En caso de embarazo
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolos de actuación y guías de práctica clínica
QUÉ	32. ATENCIÓN AL PARTO EN MUJER EMBARAZADA INFECTADA POR VIH
QUIÉN	Médico/a de Obstetricia y Ginecología/Anestesista/Matrona
CUÁNDO	En el parto
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolos de actuación y guías de práctica clínica
QUÉ	33. PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH: RECOMENDACIONES EN EL RECIÉN NACIDO O LA RECIÉN NACIDA
QUIÉN	Pediatra
CUÁNDO	En todo recién nacido de madre infectada por el VIH
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolos de actuación y guías de práctica clínica

QUÉ	34. ATENCIÓN A PERSONAS RECLUIDAS EN CENTROS PENITENCIARIOS
QUIÉN	Médicos/as de Instituciones penitenciarias/ Enfermeras de Instituciones Penitenciarias/Médico/as de Medicina Interna /Enfermedades Infecciosas/ otros médicos/as implicados en la atención al proceso que motiva la consulta
CUÁNDO	En toda persona infectada por el VIH recluida en una institución penitenciaria
DÓNDE	Institución penitenciaria/AH
CÓMO	Protocolos de actuación y guías de práctica clínica

QUÉ	35. PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN OCUPACIONAL
QUIÉN	Médico/a de Medicina Preventiva/ de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/de Familia/ del Servicio de Urgencias/ Enfermera
CUÁNDO	Tras una exposición accidental laboral
DÓNDE	AP/AH
CÓMO	Protocolos de actuación y guías de práctica clínica

QUÉ	36. PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ de Medicina Preventiva/ de Familia/ del Servicio de Urgencias/ Enfermera
CUÁNDO	Tras una exposición accidental no laboral
DÓNDE	AP/AH
CÓMO	Protocolos de actuación y guías de práctica clínica



Profesionales. Actividades. Características de calidad

Médico/a de Familia/ de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatras/ de Medicina Preventiva/ Enfermeras y cualquier profesional de la salud con oportunidad de desarrollar la actividad

Actividades	Características de calidad
1º Prevención	<p>1. Información a la población general.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se hará siempre al recibir a una nueva persona a la que se inicia una historia clínica y de forma oportunista en aquellas personas con historia en el centro sanitario, con especial énfasis ante determinados motivos de consulta, como la presencia de infecciones de transmisión sexual, personas adolescentes y que inician relaciones sexuales.• Considerar la atención longitudinal, característica de atención primaria, para el abordaje de estos temas, por pertenecer al plano íntimo de la persona.• Crear un clima de confianza y utilizar preguntas abiertas, cuidando tanto la comunicación verbal como la no verbal.• Preguntar sobre prácticas de riesgo relacionadas con las relaciones sexuales y el consumo de drogas por vía intravenosa (Anexo 1).• Investigar sobre conocimientos, creencias y experiencias sobre la infección VIH.• A través de la entrevista, intentar que sea la persona quien identifique su propio riesgo de infección.• Ofertar información sobre las vías de transmisión: sexual, parenteral y vertical.• Dar información sobre las formas de reducir la posibilidad de infección (Anexo 2).• La información y consejo debe adecuarse a las circunstancias individuales y conocimientos previos, sobre todo atendiendo a la edad y el sexo y con perspectiva de género.• Los profesionales sanitarios deben normalizar la información y consejo, tratando el tema de forma similar al abordaje de cualquier otro problema de salud, con el fin de disminuir el estigma social que aún tiene la epidemia y diferenciando los

problemas que derivan directamente de la infección VIH y los que proceden del estigma social que lo acompaña.

- Si se reconocen prácticas de riesgo, debe ofertarse la realización de la prueba serológica con consentimiento del paciente y garantizando la confidencialidad.
- En mujeres embarazadas, ofertar la prueba serológica en el primer trimestre (o en la primera visita que realice la mujer, si es fuera del primer trimestre) de manera universal como cribado, sin necesidad de investigar prácticas de riesgo.
- En mujeres embarazadas con prácticas de riesgo se ofertará la realización de una segunda prueba serológica en el tercer trimestre.

2. Información a la población con especial vulnerabilidad.

- Toda la información recogida en el punto anterior, adaptada a las particularidades de cada una de las poblaciones de especial vulnerabilidad y siempre individualizando cada persona.
- Transmisión heterosexual en mujeres de la población general.
 - Sensibilizar a las mujeres a que perciban la vulnerabilidad social de las relaciones sexuales y de su propio riesgo.
 - Investigar los obstáculos personales para la puesta en práctica de medidas preventivas por actitudes derivadas de los condicionantes de género tradicionales.
 - Aprovechar las consultas de salud de las mujeres para informar y dialogar, teniendo en cuenta los condicionantes de género: planificación familiar, embarazo...
- Población adolescente.
 - Considerar especialmente las siguientes situaciones: comienzo de relaciones sexuales, falta de percepción del riesgo, frecuente cambio de pareja, asociación de consumo de alcohol y otras drogas recreativas y las relaciones sexuales.
 - Dar información y consejo que combine afectividad y sexualidad, no centrando la información sobre relaciones sexuales en la penetración como única opción satisfactoria.
 - Recomendar el uso de preservativos y revisar su uso correcto.
 - Aprovechar el programa Forma Joven para informar, dialogar y reflexionar para el cambio de actitudes.

- Personas que han estado o están en un centro penitenciario.
 - Recomendar la realización de la prueba con consentimiento informado, aún sin la identificación del riesgo por la propia persona.
 - Personas inmigrantes.
 - Considerar las barreras de accesibilidad al sistema sanitario.
 - Considerar la situación de vulnerabilidad socioeconómica, cultural y afectiva.
 - Mantener un alto índice de sospecha, atendiendo a las situaciones epidemiológicas que son diferentes de las de la población autóctona.
 - Considerar el país de procedencia para el abordaje de la vía de transmisión más probable.
 - Considerar los condicionantes de género, al tener, en general, modelos más tradicionales.
3. Información a la población de especial riesgo potencial.
- Toda la información recogida en el punto anterior, adaptada a las particularidades de cada una de las poblaciones de especial riesgo potencial y siempre individualizando cada persona.
 - Transmisión heterosexual.
 - Informar sobre el mayor porcentaje de casos nuevos de infección cuya vía de transmisión es la relación heterosexual, sobre todo en mujeres.
 - Ofrecer información sobre esta vía de transmisión y la manera de disminuir el riesgo (Anexos 1 y 2).
 - Es especialmente importante que, a través de la entrevista, sea la persona quien identifique su propio riesgo.
 - Investigar los obstáculos personales para la puesta en práctica de medidas preventivas por actitudes derivadas de los condicionantes sociales y culturales.
 - Transmisión homosexual.
 - Informar sobre el importante aumento en el número de nuevos casos por esta vía de transmisión.
 - Ofrecer información sobre esta vía de transmisión y la manera de disminuir el riesgo (Anexos 1 y 2).
 - La persona debe ser capaz de identificar su propio riesgo.

- Investigar los obstáculos personales para la puesta en práctica de medidas preventivas por actitudes derivadas de los condicionantes sociales y culturales.
- Consumidores de drogas por vía intravenosa (CDI)
 - Ofrecer información sobre esta vía de transmisión.
 - Informar sobre la manera de disminuir el riesgo ofertando las estrategias disponibles.
 - Informar sobre prácticas de sexo seguro y dispensación de preservativo.
 - Información sobre organizaciones de apoyo existentes en la zona y la forma de acceder a ellas.
- Trabajadores de centros sanitarios y otros profesionales de riesgo.
 - Informar sobre medidas de prevención primaria y secundaria ante una exposición accidental.

Médico/a de Familia

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">2º</p> <p>Evaluación inicial en Atención Primaria</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Historia clínica: anamnesis y exploración física. <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis: <ul style="list-style-type: none"> - Conducta o antecedentes de riesgo. - Procesos infecciosos previos y sintomatología relacionada con el VIH. - Antecedentes alérgicos y de vacunaciones previas. - Medicación concomitante. - Antecedentes personales y familiares completos. - Situación laboral y sociofamiliar. • Exploración física: <ul style="list-style-type: none"> - Valoración general, peso, talla y tensión arterial. - Examen físico completo con especial atención a: valoración de adenopatías, examen de la piel y cavidad oral y valoración de trastornos cognitivos y neurológicos. 2. Información y educación para la población de riesgo y parejas sexuales. <ul style="list-style-type: none"> • Preguntar sobre conocimientos, creencias y experiencias rela-

tivas al riesgo de adquirir la infección por VIH ya sea por vía sexual, parenteral por CDI o vertical, sin prisas y utilizando preferentemente preguntas abiertas.

- Ofrecer información concreta sobre las vías de infección: sexual, parenteral y vertical.
- Comunicar pautas para reducir la posibilidad de contraer la infección por actividad sexual:
 - Prácticas de mayor o menor riesgo.
 - Uso adecuado de métodos de barrera.
- Aclarar que el riesgo de infección está en la práctica sexual y no en la identidad sexual.
- Comunicar pautas para reducir la posibilidad de contraer la infección por adicción a drogas:
 - Asociación de drogas de uso recreativo que disminuyen la capacidad del uso adecuado de métodos preventivos.
 - Si la persona ha sido o es consumidora de drogas inyectadas facilitar la posibilidad de ser atendido en las diferentes modalidades:
 - Programas de intercambio de jeringuillas.
 - Programas de mantenimiento con metadona.
 - Programas libres de drogas.
- Información sobre cómo y dónde conseguir material preventivo y su uso correcto.
- Información y derivación a otras organizaciones de apoyo que se requieran fuera del SSPA.

3. Diagnóstico de sospecha.

4. Confirmación de diagnóstico de infección de VIH en aquellos pacientes derivados por una entidad/ONG que ha realizado una prueba de diagnóstico rápido y ha resultado positiva.

5. Petición de pruebas complementarias: serología para VIH.

- Comunicar la voluntariedad y confidencialidad de la prueba y solicitar el consentimiento informado antes y durante todo el proceso. El resultado se puede registrar en la historia.
- Preguntar sobre sus conocimientos con respecto a la prueba.
- Informar sobre los riesgos y beneficios de la misma, la demora y lo que la misma nos puede aportar incluido el periodo ventana de 3 meses.

- Solicitud de las técnicas diagnósticas para la infección por el VIH en los menores de 18 meses.
- Se solicitará serología frente VIH (disponible en todos los Centros de Salud) a:
 - Personas con comportamientos sexuales de riesgo:
 - Relaciones sexuales sin preservativo.
 - Con parejas esporádicas y diversas.
 - Con personas que ejercen la prostitución.
 - Con personas consumidoras de drogas intravenosas.
 - Con personas infectadas por VIH.
 - Embarazo.
 - Ante una exposición accidental profesional o no frente al virus.
 - Sospecha de infección aguda por el VIH.
 - Sospecha de infección crónica por VIH.
 - Ante cualquier infección de transmisión sexual (ITS) de otra etiología.
 - Ante la presencia de cualquier proceso oportunista potencialmente relacionado con la infección VIH.
 - Toda persona que voluntariamente lo solicite.
- Todo resultado positivo de la prueba de cribado del VIH requiere confirmación.

Médico/a de Familia

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">3º</p> <p>Segunda consulta en AP: diagnóstico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico de infección VIH. <ul style="list-style-type: none"> • Criterios de diagnóstico de infección VIH. <ul style="list-style-type: none"> - Mayores de 18 meses: presencia de anticuerpos frente al VIH en dos determinaciones confirmadas por Western Blot, o PCR (ARN VIH) positiva. - En menores de 18 meses: PCR (ARN VIH) positivo en dos determinaciones. • Demora inferior a 7 días en la obtención del resultado. 2. Valoración de la serología.

- Si la prueba es negativa:
 - Informar sobre el resultado negativo de la prueba y su significado, incluido el periodo ventana.
 - Preguntar sobre conocimientos adquiridos, creencias y posibilidad de cambio de actitudes, desde la última entrevista.
 - Reforzar la información y educación para la realización de medidas preventivas, según la práctica de riesgo.
 - Dar la oportunidad al paciente de expresar las dudas que pudieran generarse e informar sobre la realización de nuevas pruebas serológicas.
 - Programa de seguimiento y nueva serología si procede.
- Si la prueba es positiva:
 - Comunicar la confirmación del diagnóstico.
 - Preguntar sobre conocimientos y creencias, posibles cambios de sus prácticas de riesgo, reforzar logros y aclarar dudas.
 - Educación e información sobre medidas de prevención para pacientes y sus parejas sexuales y/o personas que comparten material de inyección.
 - Explicar el concepto de reinfección y adquisición de otras Infecciones de transmisión sexual (ITS).
 - Informar sobre la infección por el VIH en general y su situación en particular, desde el punto de vista clínico, con sus implicaciones y significado.
 - Informar sobre la utilidad del TAR, y la necesidad de acudir a un nivel especializado que le informe sobre su estado inmunológico y virológico, dando la oportunidad de expresar sus preferencias y miedos.
 - Intentar que la persona implique a sus parejas sexuales e iniciar estudios de contacto.
 - Intentar que la persona implique a sus apoyos familiares.
 - Favorecer hábitos de vida saludable: nutrición, ejercicio, sueño, abandono de hábitos tóxicos, higiene personal y doméstica, contactos con animales.
 - Proponer programa de vacunación.
 - Informar acerca de los servicios ofertados tanto desde el punto de vista clínico como social.
 - Establecer la “entrevista continuada”.
 - Valorar la necesidad de nueva cita para dar tiempo a la reflexión y asimilación de la información.

	<ul style="list-style-type: none"> - Derivación a Atención Hospitalaria. <p>3. Información y educación para la población de riesgo y parejas sexuales (Ver actividad nº 2, punto 2).</p>
--	---

Médico/a de Medicina Interna /Enfermedades Infecciosas

Actividades	Características de calidad
<p>4º</p> <p>Primera consulta en Atención Hospitalaria: personas adultas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La atención a pacientes con infección VIH exige la colaboración estrecha con el médico o la médica de Atención Primaria, así como con los distintos niveles asistenciales, áreas hospitalarias (consulta externa, hospital de día, urgencias, hospitalización y farmacia hospitalaria) y diferentes especialistas con objeto de asegurar una atención integral, coordinada y continuada. <p>Asimismo se recomienda adecuar el régimen de control con su vida laboral debiendo disponerse de consultas de tarde y consultas de acto único.</p> 2. Historia clínica y exploración física. <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis: <ul style="list-style-type: none"> - Conducta de riesgo y hábitos: hábito sexual, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. - Antecedentes de transfusiones o administración de productos hemáticos. - Antecedentes de estancia en centro penitenciario, viajes previos, país de origen si extranjero, contacto con animales. - Procesos infecciosos previos y sintomatología relacionada con el VIH. - Antecedentes alérgicos. - Antecedentes de vacunaciones previas: tétanos, neumococo, gripe, hepatitis B y A, otras vacunas. - Medicación concomitante. - Antecedentes personales y familiares de enfermedades metabólicas (dislipemia, diabetes), cardiovasculares, neoplásicas y psiquiátricas. - Intentar identificar fecha de la probable de infección por el VIH y potencial fuente de contagio.

- Situación laboral y sociofamiliar: profesión, pareja estable, hijos, hermanos, vivienda habitual, apoyo familiar y otros que se consideren de interés.
 - Exploración física:
 - Valoración general, peso, talla, perímetro abdominal y tensión arterial.
 - Examen físico completo con especial atención a: valoración de adenopatías, piel (eccema seborreico, lesiones de psoriasis, sarcoma de Kaposi), examen de la cavidad oral (muguet, leucoplasia oral), genitales (condilomas, lesiones herpéticas, ulceraciones), signos clínicos de hepatopatía avanzada y valoración de trastornos cognitivos y neurológicos.
 - En varones homosexuales: inspección anal y tacto rectal.
3. Información y educación para la población de riesgo y parejas sexuales (ver actividad nº 2, punto 2).
4. Establecer grado de inmunodepresión y riesgo de progresión.
5. Pruebas complementarias:
- Si sospecha de infección aguda (riesgo alto de contagio o síntomas de primoinfección):
 - Carga viral (CV) del VIH. Tener en cuenta que la CV es positiva desde la primera semana postexposición, los síntomas aparecen a las 2 semanas y la prueba de ELISA es positiva 1-2 semanas después del inicio de los síntomas.
 - Otras pruebas complementarias en función del síndrome clínico.
 - Si infección crónica:
 - Western Blot (en caso de que sólo se disponga de un ELISA).
 - CV del VIH.
 - Subpoblaciones linfocitarias.
 - Hemograma y bioquímica que incluya: glucosa, creatinina, iones, urato, amilasa, AST, ALT, GGT, FA, bilirrubina, perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos).
 - Marcadores de hepatitis A, B, C y D si HbsAg positivo.
 - Serología toxoplasma (IgG), CMV (IgG) y lúes (VDRL o RPR).
 - Sedimento urinario.

- Parásitos en heces a varones homosexuales.
- Prueba de la tuberculina: se considera positiva una inducción ≥ 5 mm.
- Radiografía de tórax y electrocardiograma.
- Si riesgo de ITS: frotis faríngeo y frotis anal/vaginal para gonococo y *Chlamydia*.
- Prueba genotípica de resistencia al VIH.
- Determinación de antígeno de histocompatibilidad HLA-B*5701.

6. Medidas terapéuticas:

- Valorar la necesidad de iniciar TAR y quimioprofilaxis de infecciones oportunistas.
- En general, en la primera visita no se inicia TAR salvo que existan signos de infección VIH avanzada, siempre que la persona esté motivada.
- Iniciar profilaxis frente a *P. jiroveci* con TMT-SMX si signos clínicos de infección VIH avanzada que sugiera cifras de linfocitos $CD4 \leq 200$ células/ μ L.

7. A todas las mujeres se les insistirá en el uso correcto de preservativo y serán remitidas a Consulta de Ginecología y Obstetricia. (Ver actividad 14)

8. Informar y estimular la educación para la salud:

- Información sobre la naturaleza, curso y pronóstico de la infección y sobre modos de transmisión y prevención de la misma.
- Si adicción activa: proponer la posibilidad de seguir tratamientos de deshabituación.
- Información sobre la necesidad de comunicar su situación a su pareja, contactos sexuales o personas que compartan material en caso de drogadicción, con objeto de ofrecerles la realización de serología y adoptar las medidas adecuadas de prevención.
- En la mujer en edad fértil: informar sobre aspectos relacionados con el embarazo y métodos de contracepción, así como la necesidad de exámenes ginecológicos periódicos. Si ésta tiene hijos menores de edad se recomendará hacer serología VIH a los hijos.

9. Valorar la necesidad de apoyo psicológico y social.

Pediatra/Enfermedades Infecciosas

Actividades	Características de calidad
<p>5°</p> <p>Primera consulta en Atención Hospitalaria: niños y niñas</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Historia clínica:<ul style="list-style-type: none">• Antecedentes maternos: edad, fecha de diagnóstico y vía de transmisión de la infección por el VIH, situación clínico-inmunológica, coinfecciones (VHB, VHC, CMV, sífilis, virus del papiloma humano), uso de tóxicos, embarazos previos...• Antecedentes perinatales: duración de la gestación, maniobras diagnósticas invasivas durante la misma, situación inmunológica y CV de la madre, vía y duración del parto, uso de anti-retrovirales durante el embarazo, parto y período neonatal, somatometría y patología neonatales, tipo de lactancia...• Antecedentes personales: enfocados sobre todo a posibles patologías relacionadas con la infección por el VIH, desarrollo neurocognitivo, escolarización, pubertad, entorno social y vacunaciones recibidas.2. Exploración física: se incluirá una somatometría (peso, talla, perímetro craneal, situación basal de la distribución de la grasa corporal) y tensión arterial.3. Exámenes complementarios iniciales:<ul style="list-style-type: none">• Hemograma completo y bioquímica básica incluyendo: GOT, GPT, GTT, bilirrubina, FA, LDH, urea-creatinina, ionograma, glucemia, equilibrio ácido-base, ácidos láctico y pirúvico; lipasa y amilasa, estudio de lípidos (triglicéridos, colesterol HDL y LDL), proteinograma y marcadores del metabolismo del hierro.• Subpoblaciones linfocitarias.• Inmunoglobulinas.• Anticuerpos post-vacunales, si ha recibido vacunas (difteria, tétanos, tosferina, polio, hepatitis B, sarampión/rubéola/parotiditis).

- CV VIH.
 - Estudio genotípico de resistencias a antirretrovirales.
 - Determinación de antígeno de histocompatibilidad HLA-B*5701.
 - Serología de VHC y VHB, Sífilis, Toxoplasma, Virus herpes: CMV, VHS, VVZ, VEB, Papovavirus.
 - En niñas y niños inmigrantes investigar patología endémica.
 - Prueba de la tuberculina.
 - Radiografía de tórax.
 - Exámenes neuropsicológicos.
 - Fondo de ojo.
 - Estudio de proteinuria.
 - Estudio cardiológico (ecocardiografía, ECG). Especialmente en niños y niñas cuyas madres hayan estado expuestas a antirretrovirales durante el embarazo.
4. Al diagnóstico de infección por VIH en una niña o un niño, debe realizarse cribado a hermanos o hermanas, madres y padres, derivación a Atención Primaria, e iniciarse educación sanitaria sobre medidas de prevención de transmisión vertical y horizontal.

Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra/ Enfermedades Infecciosas

Actividades	Características de calidad
<p>6°</p> <p>Segunda consulta en Atención Hospitalaria</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar resultados pruebas complementarias. 2. Iniciar profilaxis primaria de neumonía por <i>P jiroveci</i> con TMT-SMX si cifras de CD4 \leq 200 células/μL. 3. Si CD4 \leq 50 células/μL: realizar fondo de ojo para descartar retinitis por CMV. 4. Valorar iniciar TAR según las recomendaciones vigentes.

5. En general se recomienda repetir las cifras de CD4 antes de iniciar el TAR debido a la variabilidad de la técnica (\pm 20%).
6. Si la serología frente al VHC es positiva, o en el caso de pacientes con inmunosupresión grave incluso si es negativa: solicitar ARN del VHC.
7. En los casos en los que el HBsAg resulta positivo o en aquellos en los que el HBcAc resulta positivo con HbsAg y antiHBs negativos: solicitar ADN del VHB.
8. En los casos en los que el HBsAg resulta positivo: estudio de VHB de la pareja y convivientes en su Centro de Salud y vacunación anti-VHB si procede.
9. Valoración en Consulta de Enfermería.
10. Información y educación para la población de riesgo y parejas sexuales (Ver actividad nº 2, punto 2).
11. Planificar revisiones sucesivas solicitando para estas: subpoblaciones linfocitarias, CV del VIH, hemograma y bioquímica como en visita anterior.
12. Indicaciones para realizar una prueba genotípica de resistencia.
 - En el momento del diagnóstico de infección por el VIH.
 - Todos los pacientes que vayan a iniciar tratamiento.
 - En la profilaxis post-exposición (al caso fuente).
 - En los pacientes tratados previamente con fracaso terapéutico.
 - Todas las mujeres embarazadas.
13. Emisión de Informe para el médico o la médica de Atención Primaria (en todas las visitas).

<p>7º</p> <p>Registros</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Orden de declaración obligatoria de VIH/SIDA (Anexo 3).2. Definición epidemiológica de caso VIH y de caso SIDA, según decisión de la Comisión de 8 de abril de 2008 (2008/426/CE) por la que se establecen las definiciones de caso para comunicar las enfermedades transmisibles a la red comunitaria de conformidad con la Decisión nº 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, (Anexo 4).<ul style="list-style-type: none">• Criterios Clínicos (SIDA): persona que presenta cualquiera de las afecciones clínicas de definición europea de casos de SIDA (Anexo 5, 6 y 7):<ul style="list-style-type: none">- Personas adultas y adolescentes a partir de los 13 años de edad (Revisión de 1993 de la definición europea de casos de SIDA).- Niñas y niños hasta 13 años de edad (Revisión de 1995 de la definición europea de casos de SIDA infantil).• Definición de caso de infección por el VIH (criterios analíticos):<ul style="list-style-type: none">- Personas adultas, adolescentes y niños o niñas mayores de 18 meses: Test para VIH-1 o VIH-2, con confirmación (WB, RNA-VIH) positivo.- Infección por VIH en niñas y niños (edad ≤ 18 meses): confirmación por cultivo viral, RNA-VIH (PCR, carga viral de VIH) o antigenemia P24 (en Andalucía ya está en desuso).3. Realizar la declaración epidemiológica como máximo a las 48 horas del diagnóstico. (Anexo 3)<ul style="list-style-type: none">• Instrumentos: los Servicios asistenciales y de epidemiología dispondrán de ejemplares de ficha de declaración de caso de infección VIH o SIDA en donde se recogerán los datos personales, los factores sociales y de riesgo, los datos de la enfermedad, datos de laboratorio y la persona que notifica el caso. En defecto de estos impresos, se comunicará directamente al Servicio de Medicina Preventiva.• En el momento de la edición de este proceso asistencial está diseñándose una aplicación informática que permita a través de la intranet hacer la declaración, evitándose tener que hacer los envíos postales de las declaraciones en papel.
----------------------------	---

4. Envío de la declaración a la Delegación Provincial de Salud: la declaración de caso VIH o SIDA, se remitirá al Servicio de Medicina Preventiva y éste, a su vez, lo enviará a la Delegación Provincial de Salud. Toda la documentación referida a casos individualizados de infección VIH o SIDA se enviará en un sobre cerrado que se adjuntará a la carta de remisión y especificando en él: “confidencial” y “Abrir sólo por D/ Dña. XX XX XX” (persona responsable técnica del mantenimiento del registro).
5. Los casos de VIH y SIDA conformarán el Sistema de Información sobre la infección por el VIH y SIDA de Andalucía.
6. Inclusión de la mortalidad en los Registros provinciales y autonómico bien por fuentes hospitalarias, provinciales o directamente del Instituto de Estadística de Andalucía.
7. Difusión de información. Elaboración de informes técnicos anuales, tanto provinciales como autonómicos. Estos estarán disponibles en la página web de la Consejería de Salud.

Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Medicina Preventiva/ de Familia/ Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>8º</p> <p>Inmunización de la persona adulta con infección VIH</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnesis <ul style="list-style-type: none"> • Recoger antecedentes documentados de vacunación (cartilla de vacunación). • Recoger antecedentes de enfermedades vacunables. • Recoger antecedentes alérgicos. • Recoger antecedentes de reacciones adversas a la vacunación. • Descartar contraindicaciones generales a las vacunas. 2. Valorar indicaciones y contraindicaciones específicas. <ul style="list-style-type: none"> • Programar calendario ajustado a los antecedentes vacunales y a su condición clínica e inmunológica. • En general, la persona infectada por VIH ha de ser inmunizado lo más pronto posible tras la infección. Cuando la inmunodepresión es grave, la respuesta a la vacunación es muy esca-

sa y las vacunas de agentes vivos están contraindicadas (varicela, triple vírica, fiebre amarilla, vacuna oral de fiebre tifoidea, BCG). En estos casos es importante vacunar, en caso de que sea necesario, a los convivientes (varicela, triple vírica, hepatitis B).

3. Programar calendario vacunal

- La vacunación en los primeros estadios de la enfermedad es más efectiva y más segura.
- Si no existen contraindicaciones, vacunar lo antes posible, y en aquellos pacientes que inicien TAR preferentemente tras 4 semanas al menos de terapia antirretroviral, para alcanzar una mejor respuesta.
- El calendario será lo más acelerado posible, pudiéndose administrar tantas vacunas diferentes como sea necesario en una misma visita.
- Se respetarán intervalos mínimos de 1 mes entre dos dosis de una misma vacuna.
- La vacuna triple vírica y antivariola se administrarán, cuando estén indicadas, el mismo día o, en su defecto, separadas al menos un mes.
- Las vacunas inactivadas pueden administrarse con cualquier intervalo de tiempo entre ellas.
- Se hará control serológico postvacunal para las vacunas administradas y se valorarán dosis de refuerzo si no hubiera existido respuesta a la pauta estándar.
- Cuando se administren vacunas inactivadas en pacientes con recuento linfocitario <500 células/ μL , se vigilará especialmente la respuesta a la vacunación (control serológico) para valorar dosis de refuerzo.

4. Vacunas específicas

- Vacuna frente a VHB.
 - Indicada en todas las personas infectadas por VIH si la serología previa es negativa.
 - Dosis: una dosis de vacuna VHB de persona adulta a los 0-1-6 meses.
 - Hacer control serológico postvacunal a las 4-6 semanas de la última dosis.

- Pautar 2º ciclo (igual al primero) si respuesta serológica post-vacunal negativa.
- Nuevo control serológico a las 4-6 semanas del segundo ciclo. En caso de respuesta negativa se considerará al paciente como no respondedor y no se continuará la vacunación frente a VHB.
- Contraindicaciones: las de la población general. No existen contraindicaciones específicas en pacientes VIH.
- Vacuna frente a VHA.
 - Recomendada en todas las personas infectadas por VIH si no existen antecedentes de vacunación frente a VHA.
 - En mayores de 25 años hacer serología previa (IgG VHA).
 - Pautar 2 dosis (0-6 meses) en menores de 25 años (sin serología previa).
 - Pautar 2 dosis (0-6 meses) en mayores de 25 años si serología previa negativa.
 - Contraindicaciones: las de la población general. No existen contraindicaciones específicas en el paciente VIH.
- Vacuna combinada VHB+VHA.
 - En pacientes que requieren vacunación VHB y VHA, puede utilizarse la vacuna combinada A+B (3 inyecciones administradas en intervalo 0-1-6 meses).
- Vacuna frente a tétanos-difteria adulto (dT).
 - Indicada la primovacunación (3 dosis de dT adulto a los 0-1-6 ó 12 meses) en individuos no vacunados o con antecedentes inciertos. En estas personas se administrarán dosis de refuerzo de dT cada 10 años hasta alcanzar un total de 5 dosis .
 - Si existen antecedentes ciertos de primovacunación con DTP en la infancia, administrar 1 dosis de refuerzo dTpa (adulto) en lugar de 1 dosis de refuerzo dT. Puede administrarse 2 años después de la última dosis de dT en pacientes con infección VIH que tienen contacto estrecho con niñas y niños menores de 1 año y en trabajadores y trabajadoras de los servicios de salud.
 - Ante una herida tetanígena se debe administrar inmunoglobulina aunque haya recibido 5 o más dosis de vacunas con anterioridad.
 - Contraindicaciones: las de la población general. No existen contraindicaciones específicas en el paciente VIH.

- Vacuna Triple Vírica
 - Indicada en pacientes asintomáticos, con linfocitos CD4 >200 células/ μ L y si no existen antecedentes de vacunación. Las personas con síntomas clínicos de infección VIH o diagnóstico de SIDA, no deben recibir esta vacuna.
 - Contraindicada si CD4 <200 células/ μ L.
 - Vacunar también a convivientes susceptibles, salvo contraindicaciones.
 - Se administrará una dosis de vacuna. La administración de una segunda dosis debe ser evaluada individualmente, según resultados serológicos.
 - Si existe contacto de la persona con VIH con enfermos o enfermas de sarampión, en caso de contraindicación para la vacuna, se administrará inmunoglobulina inespecífica.
 - Nota: En el caso de que esté en tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas (Ig iv), aunque se espera una pobre respuesta, dado el beneficio potencial que supone, se administrará la vacuna 2 semanas antes de la siguiente dosis de la Ig iv. En este caso se administrará una segunda dosis una vez hayan transcurridos entre 3 y 11 meses de la última dosis de Ig iv (dependiendo del producto utilizado).
- Vacuna antivariela.
 - Indicada si no existen antecedentes de vacunación antivariela ni de enfermedad por VZV, y linfocitos CD4 >25%.
 - Contraindicada en los demás casos.
 - Indicada también en personas sanas que sean contactos estrechos susceptibles de un paciente VIH, salvo contraindicaciones. La transmisión del virus vacunal es muy improbable, pero si el contacto desarrolla varicela postvacunal, se ha de administrar gammaglobulina a la persona con infección VIH.
 - Pautar dos dosis separadas al menos 1 mes.
- Prevención secundaria de la varicela en paciente con infección VIH.
 - Si una persona infectada por el VIH no inmune frente a la varicela (es decir, sin antecedentes de enfermedad ni de vacunación), entra en contacto con enfermos o enfermas de varicela, se le administrará gammaglobulina inespecífica en las primeras 72 horas.
- Vacuna antigripal.
 - Indicada anualmente (vacuna inyectable), en todas las per-

	<p>sonas infectadas por VIH (también embarazadas).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pauta: 1 dosis completa anualmente en campaña (octubre). - Contraindicaciones: las de la población general. No existen contraindicaciones específicas en el paciente VIH. - No se debe utilizar la vacuna nasal en aerosol. <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna anti-neumocócica de 23 serotipos. <ul style="list-style-type: none"> - Indicada lo más pronto posible tras diagnóstico de infección VIH, si no existen antecedentes de vacunación en los últimos 5 años. - Pauta: una dosis, con revacunación a los 3-5 años. - Nota: Si al administrar la vacuna el recuento de linfocitos CD4 es <200 células/μL, se debe repetir la dosis cuando sea >200 células/μL. • Vacuna anti-meningocócica (A+C). <ul style="list-style-type: none"> - Pauta: 1 dosis. - No indicación general de uso en personas infectadas por el VIH. Indicaciones como en población general. • Vacuna frente a <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B. <ul style="list-style-type: none"> - Pauta: 1 dosis. - Indicada en todos los pacientes VIH+. Mejor respuesta si linfocitos CD4 >100/mm³. - Administrar refuerzo si el control serológico postinmunización es negativo. <p>5. Administración propiamente dicha y seguimiento (Anexo 8).</p>
--	---

Médico/a Pediatra/Enfermedades Infecciosas/ Medicina Preventiva/ de Familia/ Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>9º</p> <p>Inmunización del niño o de la niña con infección VIH</p>	<p>1. Anamnesis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recoger antecedentes documentados de vacunación (cartilla de vacunación). • Recoger antecedentes de enfermedades vacunables. • Recoger antecedentes alérgicos. • Recoger antecedentes de reacciones adversas a la vacunación. • Descartar contraindicaciones generales a las vacunas.

2. Vacunas sistemáticas.

- Las niñas y los niños con VIH deben vacunarse con las vacunas sistemáticas según el calendario vacunal, con algunas excepciones:
 - En niños o niñas con inmunodeficiencia grave (linfocitos CD4+ <15%, grado 3 de CDC) está contraindicada la vacunación Triple vírica.
 - En niñas o niños con linfocitos CD4+ <25% (grado 2 y 3 de CDC) está contraindicada la vacunación antivariela.

3. Programar calendario vacunal.

- La vacunación en los primeros estadios de la enfermedad es más efectiva y más segura.
- Si no existen contraindicaciones, vacunar lo antes posible, y en pacientes que inicien TAR preferentemente tras 4 semanas al menos de terapia antirretroviral, para alcanzar una mejor respuesta.
- El calendario será lo más acelerado posible, pudiendo administrar tantas vacunas diferentes como sea necesario en una misma visita.
- Se respetarán intervalos mínimos de 1 mes entre dos dosis de una misma vacuna.
- Cuando estén indicadas la vacuna triple vírica y antivariela se administrarán el mismo día o, en su defecto, separadas al menos un mes.
- Las vacunas inactivadas pueden administrarse con cualquier intervalo de tiempo entre ellas.
- Si es posible, se hará control serológico posvacunal para las vacunas administradas y se valorarán dosis de refuerzo si no hubiera existido respuesta a la pauta estándar.
- Cuando se administren vacunas inactivadas en pacientes con recuento linfocitario <500 células/ μ L, se vigilará especialmente la respuesta a la vacunación (control serológico) para valorar dosis de refuerzo.

4. Vacunas no sistemáticas y de virus vivos.

- Vacuna Triple Vírica
 - Indicada en pacientes sin sintomatología con linfocitos CD4 >14%, si no existen antecedentes de vacunación. En caso de contraindicación, en contactos estrechos de enfer-

mos o enfermas de sarampión se administrará inmunoglobulina.

- Vacunar también a convivientes y contactos susceptibles (sin antecedentes de vacunación ni de enfermedad), salvo contraindicaciones.
- Pauta: a partir de los 12 meses de edad, dos dosis separadas al menos 1 mes. Adelantar a los 6-9 meses de vida si existe riesgo de contagio por epidemia local de sarampión.
- Nota: En el caso de que el niño o la niña esté en tratamiento con inmunoglobulina intravenosa (Ig iv), aunque se espera una pobre respuesta, dado el beneficio potencial que supone, se administrará la vacuna 2 semanas antes de la siguiente dosis de Ig. En este caso se administrará una segunda dosis una vez hayan transcurridos entre 3 y 11 meses de la última dosis de Ig (dependiendo del producto utilizado).
- Vacuna antivaricela.
 - Indicada si no existen antecedentes de vacunación antivaricela ni de enfermedad por VVZ, y linfocitos CD4 >25% durante al menos 6 meses seguidos y grupo N1 CDC.
 - Contraindicada en los demás casos.
 - Pauta: a partir de los 12 meses de edad, 2 dosis administradas con un intervalo de 3 meses.
 - En caso de que exista contraindicación a la vacuna, se administrará profilaxis con inmunoglobulina inespecífica si existe exposición.
 - Indicada también en convivientes y contactos estrechos susceptibles (sin antecedentes de vacunación ni de enfermedad), salvo contraindicaciones.
- Vacuna antineumocócica.
 - Vacuna conjugada 7-valente.
 - Indicada en todos los niños y las niñas con infección VIH a partir de los 2 meses de edad, en la pauta indicada en la ficha técnica.
 - Primovacunación a los 2-4-6-14 meses de edad.
 - Vacuna no conjugada 23-valente.
 - Indicada a partir de los 2 años de edad, tras un intervalo de 2 meses desde la última dosis de vacuna antineumocócica conjugada.
 - Pauta: una dosis con revacunación a los 3-5 años.

- Vacuna antigripal.
 - Indicada anualmente, a partir de los 6 meses de edad, en todos los niños y las niñas con infección VIH.
 - Pauta: la misma que en la población general.
- Vacuna frente a VHA.
 - En todas las personas con infección VIH si no existen antecedentes de vacunación frente a VHA.
 - Pautar 2 dosis a partir de los 12 meses de edad (0-6 meses).
 - Contraindicaciones: las de la población general. No existen contraindicaciones específicas en el paciente VIH.
- Vacuna combinada VHB+VHA.
 - En pacientes mayores de 12 meses que requieren vacunación VHB y VHA, puede utilizarse la vacuna combinada A+B (3 inyecciones administradas en intervalo 0-1-6 meses).
- Vacuna frente al papilomavirus.
 - Hasta disponer de más información y/o hasta la elaboración de normas específicas, las indicaciones de vacunación de papilomavirus en personas con infección VIH serán las mismas que en personas no infectadas por el VIH.

5. Administración propiamente dicha y seguimiento. (Anexo 8)

6. Propuesta de calendario en anexo 9.

Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Medicina Preventiva/ de Familia/ Enfermera/ Obstetra

Actividades	Características de calidad
<p>10º</p> <p>Inmunización en la mujer VIH embarazada y en periodo de lactancia</p>	<p>1. Los criterios de vacunación se ajustarán a las recomendaciones de vacunación durante el embarazo y a las recomendaciones de vacunación en la población adulta con VIH. http://www.vacunas.org/index.php?option=com_content&task=view&id=4759&Itemid=313.</p> <p>2. Durante el 2º o 3º trimestre de embarazo están específicamente</p>

recomendadas la vacuna antitetánica (preferentemente vacuna anti-Tétanos/difteria para adultos) y de la gripe.

3. En caso de riesgo de exposición puede vacunarse durante el embarazo (en el 2º o 3º trimestre) con vacunas de virus inactivados, bacterianas o de toxoides (Hepatitis A, Hepatitis B, Meningocócica, Neumocócica, Polio inactivada).
4. Deben evitarse durante el embarazo las vacunas de virus vivos (triple vírica, varicela, fiebre amarilla, vacuna oral de fiebre tifoidea).
5. Si la madre, en contra del consejo médico, decide dar lactancia materna a su hijo, se pospondrán todas las vacunaciones por el riesgo de aumento de la carga viral que supone.
6. Administración propiamente dicha y seguimiento. (Anexo 8).

Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra/ Medicina Preventiva/ de Familia/ Enfermera/ Médico/a y Enfermera de Sanidad Exterior

Actividades	Características de calidad
<p>11º</p> <p>Inmunización de la persona viajera</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fiebre amarilla <ul style="list-style-type: none"> • Se indicará si existe alto riesgo de exposición y siempre que la persona esté asintomática y el nivel de CD4 esté por encima de 200 células/μl. Se vigilarán estrechamente los posibles efectos adversos. • Si no existe riesgo real de exposición y si la vacunación es obligatoria para entrar en el país, puede no estar justificada su administración y se proporcionará al paciente un informe donde se especifique la contraindicación. En caso de exposición real, si no se cumplen los criterios para la vacunación se aconsejará al paciente suspender el viaje. • Pauta: 1 dosis a partir de los 9 meses de edad (10 días o más antes de la exposición). 2. Rabia

	<ul style="list-style-type: none"> • Vacuna inactivada. Indicada en personas infectadas por VIH viajeras con alto riesgo de exposición. • Pauta: según ficha técnica. <p>3. Hepatitis A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Especialmente indicada si viaje a zona endémica. • Pauta: la especificada en las actividades 8 y 9 (adulto y niño respectivamente). <p>4. Fiebre tifoidea</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de que esté indicado por viaje de riesgo, se utilizará la vacuna inactivada. • Pauta: según ficha técnica. <p>5. Cólera</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el caso de viaje a zona endémica, se utilizará vacuna inactivada. • Pauta: según ficha técnica. <p>6. Quimioprofilaxis frente a paludismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mismas pautas que en población general.
--	--

Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Aparato Digestivo/Hepatología/ Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>12°</p> <p>Recomendaciones en pacientes con hepatopatía crónica</p>	<p>1. Sobre el uso de los antirretrovirales: en el momento actual no existe suficiente evidencia para contraindicar ninguno de los antirretrovirales en uso en pacientes con coinfección por VIH y VHC o VHB.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de hepatitis crónica sin insuficiencia hepatocelular se utilizarán los antirretrovirales a las dosis habituales extremando la farmacovigilancia por el mayor riesgo de toxicidad. • En caso de hepatopatía crónica con signos de insuficiencia hepatocelular se deberá ajustar la dosis de los fármacos, idealmente mediante la determinación de niveles plasmáticos.

- La hepatotoxicidad por antirretrovirales es más frecuente en pacientes coinfectados por virus hepatotropos, pese a ello el TAR tiene un efecto beneficioso tanto sobre la morbimortalidad global como sobre la morbimortalidad producida por causa hepática en pacientes con coinfección.
- Se deberán retirar los antirretrovirales en todo caso de hepatotoxicidad sintomática, en todo caso de hepatotoxicidad en el que se sospeche como mecanismo patogénico toxicidad mitocondrial o reacción de hipersensibilidad, y en todo caso de hepatitis asintomática grado IV.
- En casos de hepatitis asintomática grado III se deberá considerar individualizadamente la suspensión del TAR en función de su situación clínica, inmunológica y virológica; de los fármacos potencialmente hepatotóxicos utilizados y de la historia previa de exposición a antirretrovirales.
- En caso de hepatitis aguda grave debe interrumpirse el TAR y reintroducirlo una vez superado el problema.

2. Tratamiento de la hepatitis crónica por VHC y TAR en pacientes con coinfección.

- Siempre que sea posible, se deberá tratar la hepatitis crónica por VHC en pacientes con infección VIH, idealmente antes de comenzar el TAR.
- En personas coinfectadas por VHC y VIH el tratamiento de elección de la hepatitis crónica por VHC es la combinación de interferón pegilado con ribavirina. La duración óptima del tratamiento en pacientes con coinfección está aún por definir.
- El uso concomitante de interferón pegilado y ribavirina con los fármacos antirretrovirales puede afectar tanto a la eficacia como a la seguridad de ambos.
- No se recomienda la interrupción del TAR en pacientes con infección VIH estabilizada y buena situación inmunológica con el fin de tratar el VHC con menor riesgo de toxicidad e interacciones.
- Cuando se tratan ambas infecciones de forma simultánea, debe realizarse un seguimiento estrecho del paciente por el posible aumento de efectos adversos.
- La asociación de ribavirina con didanosina está contraindicada.
- Se evitará en la medida de lo posible el uso concomitante de ribavirina con zidovudina.

- No se considera necesaria una monitorización especial de la replicación del VIH durante el tratamiento simultáneo de la infección por VHC.
3. Tratamiento de la hepatitis crónica B en personas coinfectadas.
- Para pacientes que requieren TAR se recomienda iniciar este usando la asociación de tenofovir más emtricitabina o lamivudina como pareja de ITIAN.
 - Para pacientes que requieren tratamiento del VHB y no del VIH se recomienda adelantar el TAR o en su defecto el uso de interferon-alfa pegilado que evitaría el desarrollo de mutantes resistentes por el uso de los ITIAN sin un tercer fármaco antirretroviral.
 - En pacientes con hepatitis crónica por VHB en los que por cualquier motivo se requiera suspender lamivudina, emtricitabina o tenofovir de su TAR, se debería incluir en el tratamiento otro fármaco con actividad anti-VHB o mantener el tratamiento con los fármacos activos frente a VHB pese a que se haya desarrollado resistencia al VIH.
4. Atención a personas infectadas por el VIH con cirrosis hepática por virus hepatotropos.
- Cualquier paciente que haya sufrido un episodio de peritonitis bacteriana espontánea debe recibir profilaxis secundaria con norfloxacina 400 mg al día.
 - Pacientes con cirrosis hepática que hayan sufrido un episodio de hemorragia digestiva alta deberán recibir profilaxis primaria de peritonitis bacteriana espontánea con quinolonas. La pauta de elección es norfloxacina 400 mg cada 12 horas oral durante 7 días. En caso de requerir la vía intravenosa se puede administrar cirpofloxacina 200 mg al día u ofloxacina 400 mg al día.
 - En pacientes con sospecha clínica de cirrosis está indicada la realización de una endoscopia digestiva alta para el diagnóstico de varices esofágicas.
 - En caso de endoscopia inicial normal se recomienda la repetición de la endoscopia cada 2-3 años, ante cualquier descompensación clínica de la cirrosis o ante la presencia de signos de hipertensión portal.

- En caso de varices esofágicas grado 1 se recomienda la repetición de la endoscopia cada 1-2 años.
- En pacientes con varices esofágicas grado 2 ó 3 o con varices grado 1 en estadio C de Child se recomienda profilaxis primaria de sangrado por varices esofágicas.
- Cualquier paciente que sobreviva a una hemorragia por varices esofágicas debe recibir profilaxis secundaria de sangrado. En pacientes que no recibían profilaxis primaria pueden emplearse betabloqueantes, ligadura endoscópica con bandas o ambos. En pacientes que estaban recibiendo profilaxis primaria con betabloqueantes debe añadirse ligadura endoscópica con bandas.
- Personas infectadas por el VIH con cirrosis hepática deben seguir un programa de detección precoz de carcinoma hepatocelular consistente en la realización de una determinación de alfafetoproteína y una ecografía abdominal con periodicidad semestral.
- El tratamiento de complicaciones de la cirrosis hepática como ascitis, encefalopatía hepática, hemorragia digestiva, peritonitis bacteriana primaria y carcinoma hepatocelular, se realizarán con los mismos criterios y pautas que para pacientes no infectados por el VIH.
- En pacientes con infección VIH y enfermedad hepática terminal se seguirán los mismos criterios de indicación de trasplante empleados en personas no infectadas por el VIH. Además de estos se seguirán los criterios específicos derivados de la propia infección por el VIH, recomendados por GESIDA-GESITRA-PNS-ONT (Ver actividad 28).

Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra/ de Familia/ Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>13º</p> <p>Tratamiento y profilaxis de infecciones oportunistas</p>	<p>1. En personas adultas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento y la profilaxis de las infecciones oportunistas relacionadas con el VIH, deberá realizarse según las recomendaciones establecidas por las autoridades sanitarias y sociedades científicas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Con objeto de mantener este documento actualizado, remitimos a las guías de práctica clínica que sobre este aspecto más recientemente han sido editadas (Anexo 10). <p>2. En niñas y niños:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento y la profilaxis de las infecciones oportunistas relacionadas con el VIH, deberá realizarse según las recomendaciones establecidas por las autoridades sanitarias y sociedades científicas. • Con objeto de mantener este documento actualizado, remitimos a las guías de práctica clínica que sobre este aspecto más recientemente han sido editadas (Anexo 11).
--	--

Ginecólogo/a	
Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">14º</p> <p>Valoración ginecológica</p>	<p>1. Valoración inicial al diagnóstico de infección VIH. En la primera visita a Ginecología, a la mujer se le realizará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica ginecológica completa y detallada, incluyendo antecedentes de enfermedad cervical, ITS y parejas sexuales. • Exploración ginecológica, con examen pélvico, colposcopia y citología (triple toma de Wied). • En aquellas pacientes en las que la historia clínica y/o exploración ginecológica sugieran la presencia de una ITS, se aconseja la realización de pruebas complementarias de detección selectiva como cultivos, pruebas antigénicas o serológicas y se iniciará tratamiento empírico, según las recomendaciones y guías de práctica clínica específicas, sin esperar a los resultados confirmatorios (Anexo 12). • Prueba molecular para detección del virus papiloma humano (VPH). Se recomienda su realización en todas las pacientes. • Citación de las pacientes en un plazo inferior a un mes para informarles sobre los resultados de la citología y de otras pruebas complementarias. <p>2. Seguimiento de las pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante el primer año siguiente al diagnóstico de infección por el VIH, la citología y la colposcopia deberán repetirse dos veces. El seguimiento posterior depende de los hallazgos iniciales: <ul style="list-style-type: none"> - Si ambas pruebas son negativas, se realizarán anualmente.

- Si la citología pone de manifiesto células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), lesiones escamosas intraepiteliales (SIL) de bajo o alto grado o si la colposcopia es anormal, se realizará biopsia dirigida.
- Si la biopsia dirigida es normal, se realizará una revisión a los 6 meses y si pone de manifiesto una neoplasia intraepitelial cervical (CIN) se realizará el tratamiento de la misma de acuerdo con las guías generales de práctica clínica.
- Durante el primer año tras el diagnóstico de infección por VIH, la prueba molecular para detección del VPH, se realizará siempre conjuntamente con la citología y el seguimiento posterior depende de los resultados iniciales:
 - Si la prueba molecular es negativa, se seguirá el algoritmo de exploración ginecológica en función de los hallazgos de la citología y la colposcopia (Anexo 13).
 - Si la prueba molecular es positiva, se realizarán citología y colposcopia. Si ambas son normales, se repetirán la citología y la prueba molecular a los 6 meses. Si el VPH persiste positivo y es un genotipo de alto riesgo oncogénico (16, 18 y 31), se realizará colposcopia con evaluación cuidadosa de vagina y vulva y si es un genotipo de bajo riesgo oncogénico, se repetirán la citología y la prueba molecular a los 6 meses.

3. Manejo terapéutico de las lesiones cervicales.

- Aspectos generales: tras el diagnóstico de lesiones cervicales se seguirá el manejo terapéutico de las guías generales de práctica clínica.
- Aspectos especiales en la paciente infectada por el VIH: monitorización de su situación inmunológica y virológica (recuento de linfocitos CD4 y CV del VIH).

Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas

Actividades	Características de calidad
<p>15º</p> <p>Tratamiento anti-retroviral inicial en personas adultas</p>	<p>1. Inicio del TAR.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Previamente al inicio del TAR se le debe explicar detalladamente la necesidad de observar un riguroso cumplimiento terapéutico y asimismo informarle sobre las potenciales reacciones adversas de la pauta que se le va a prescribir.

- Respecto a qué fármacos concretos utilizar, dados los continuos cambios que sufren las recomendaciones a este respecto, lo más conveniente es seguir las guías existentes para ello, las cuales se actualizan cada poco tiempo. (Anexo 14).
 - El uso de abacavir esta contraindicado en pacientes con HLA-B*5701 positivo por alto riesgo de desarrollar una reacción de hipersensibilidad frente al fármaco.
 - Respecto a la elección del momento de inicio del TAR, dados los cambios que sufren las recomendaciones a este respecto, lo más conveniente es consultar las guías de práctica clínica sobre TAR, las cuales se actualizan cada poco tiempo. (Anexo 14).
 - Debe tenerse en cuenta antes de iniciar TAR que:
 - Debe efectuarse siempre una prueba genotípica de resistencia (ver actividad 6, punto 12). Si no puede realizarse en el momento de inicio del TAR, se aconseja congelar una muestra de suero al menos a -20° C.
 - En pacientes con infección aguda en quienes no se inicie el TAR, la indicación del mismo debe reevaluarse una vez hayan transcurridos 6 meses, cuando la infección por VIH pasa a considerarse crónica.
 - Disposición de la persona para hacer el TAR.
 - Coexistencia de otras enfermedades como coinfección por virus hepatotropos.
 - Riesgo de toxicidad.
 - En mujeres en edad reproductiva no embarazadas pero que deseen un embarazo o no utilicen métodos anticonceptivos seguros es preferible no usar efavirenz por su potencial teratogenicidad.
2. Cómo iniciar el TAR: dado los continuos cambios generados en el conocimiento del mismo, las guías y recomendaciones se encuentran en continuo cambio. Por ello al considerar qué asociaciones de fármacos utilizar recomendamos seguir las guías de TAR más actualizadas (Anexo 14).
3. Manejo de las interacciones del TAR: Es muy importante tener en cuenta las interacciones farmacológicas que se pueden producir entre fármacos antirretrovirales y otros fármacos que estas personas pueden utilizar de forma concomitante. El listado de posibles interacciones es muy amplio y se encuentra en continua revisión,

tanto por la descripción de nuevas interacciones como por la aparición de nuevos fármacos. Por ello resulta imposible mantener actualizada cualquier guía impresa. Remitimos a las guías de práctica clínica sobre TAR las cuales se actualizan cada poco tiempo (Anexos 14 y 15).

Pediatra

Actividades

16°
Tratamiento anti-retroviral inicial en niños y niñas

Características de calidad

1. El TAR se debe indicar según la edad y el estadio clínico e inmunológico de los niños y de las niñas con infección VIH. Entre ellos, el porcentaje de linfocitos CD4+ es el principal factor a tener en cuenta en las decisiones terapéuticas. (Anexo 7).
 - En menores de 12 meses, es obligado el tratamiento siempre, debido al alto riesgo de progresión a SIDA y encefalopatía.
 - En mayores de 12 meses, conociendo la edad, el porcentaje de CD4 y los valores de CV VIH se puede estimar el riesgo probable de progresión clínica a SIDA o muerte a los 6 y 12 meses (Anexo 7). Si el riesgo de progresión a SIDA en los 12 meses siguientes es >10 %, existe indicación de tratamiento.
2. Cuando iniciar el TAR. Respecto a la elección del momento del inicio del TAR, dados los cambios que sufren las recomendaciones a este respecto, lo más conveniente es consultar las guías de práctica clínica sobre TAR, las cuales se actualizan cada poco tiempo (Anexo 16).
3. Dado los continuos cambios generados en el conocimiento, las guías y recomendaciones de TAR se encuentran en continuo cambio. Por ello al considerar el momento de inicio del TAR y las asociaciones de fármacos a utilizar es conveniente consultar las guías de TAR más actualizadas (Anexo 16).
4. Manejo de las interacciones del TAR (Anexo 15).
5. El uso de abacavir se encuentra contraindicado en pacientes con positividad a HLA-B*5701 por alto riesgo de desarrollar una reacción de hipersensibilidad al fármaco.

Farmacéutico/a de hospital

Actividades	Características de calidad
17º Dispensación del TAR	<ol style="list-style-type: none">1. Información.<ul style="list-style-type: none">• Deberá existir una zona adecuada para la dispensación de la medicación a pacientes sin ingreso en centro hospitalario al objeto de facilitar la comunicación y respetar la confidencialidad.- Deberá existir un programa informático que permita realizar el registro y el seguimiento adecuado de las personas atendidas y de las dispensaciones realizadas.- Acceso a Internet para facilitar el acceso a bases de datos de información.- Registro de un informe clínico de toda persona que se encuentre en tratamiento antirretroviral. 2. Dispensación de medicación.<ul style="list-style-type: none">• La dispensación sólo podrá realizarse ante una prescripción escrita del médico o de la médica.• Los medicamentos se dispensarán preferiblemente en su envase original, y en todo caso, de forma que se garantice su correcta identificación, dosis y caducidad.• Recibirá atención personalizada por parte de un farmacéutico o una farmacéutica al menos en el inicio y cambios de tratamiento.• Se deberá asegurar la adecuación del tratamiento prescrito, así como el buen entendimiento por el paciente del tratamiento pautado.• Se deberá valorar la historia farmacoterapéutica previa, incluyendo la automedicación y el uso de medicina alternativa.• Se les deberá informar de las normas de dispensación, horarios y documentación requerida, y se facilitará un nombre y un teléfono de ayuda para consultas sobre su tratamiento, dudas de posología, intolerancias, interacciones y otros aspectos relacionados con su medicación.• Se le deberá proporcionar información oral y escrita sobre la medicación que debe tomar y el régimen posológico.• Se informará al personal de salud sobre los cambios relacionados con el conocimiento, disponibilidad y condiciones de dispensación de los fármacos.

3. Integración de la farmacéutica o del farmacéutico en el equipo asistencial
 - Deberá participar en sesiones conjuntas con el personal clínico para distintos aspectos relacionados con el tratamiento.
 - Se establecerá un modelo de informe y comunicación de farmacia con el personal clínico.
 - Se debe establecer un circuito para comunicar con el equipo asistencial las incidencias diarias detectadas.

Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">18º</p> <p>Seguimiento de TAR en personas adultas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. En general, tras el inicio de TAR se recomienda una nueva valoración a las 4 semanas de iniciarlo y posteriormente cada 3-4 meses, salvo recomendaciones especiales para evaluar la seguridad de determinados fármacos (Anexo 14) como nevirapina y tipranavir (monitorización precoz de pruebas hepáticas) y tenofovir (monitorización de pruebas de función renal). 2. Seguimiento de la persona en TAR. <ul style="list-style-type: none"> • Valoración clínica. <ul style="list-style-type: none"> - A las 4 semanas de iniciar el TAR y cada 3-4 meses a partir de entonces en pacientes estables. - En pacientes con respuesta prolongada al tratamiento, excelente cumplimiento del mismo y régimen de TAR estable se puede prolongar el intervalo entre revisiones hasta 6 meses. - La anamnesis siempre debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Síntomas e incidencias de cualquier tipo. ◦ Potenciales efectos adversos. ◦ Interacciones medicamentosas. ◦ Enfermedades concomitantes. ◦ Consumo de alcohol y sustancias tóxicas. - Exploración física: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Debe incluir, siempre: peso, presión arterial y búsqueda de lipodistrofia mediante inspección.

- Periódicamente debe hacerse una exploración completa a pacientes sin síntomas y siempre a quienes presentan síntomas.
- Valoración del cumplimiento del protocolo de vacunaciones propuesto.
- Valoración del cumplimiento del tratamiento en todas las revisiones.
 - Se fomentará de forma activa la adherencia al tratamiento, explicándole su importancia y logrando su compromiso para cumplirlo.
 - Se realizará una valoración de la adherencia al tratamiento de forma periódica, incidiendo en la detección de posibles problemas o motivos para el no cumplimiento y tomando medidas para su corrección.
 - Se deberá establecer un sistema para la detección y comunicación de pacientes con baja adherencia.
 - Los datos de adherencia deben constar en la ficha registro, y también en su historia clínica, para lo que enviarán informes de la misma al personal médico responsable.
- Pruebas complementarias
 - A las 4 semanas de iniciar el TAR y cada 3-4 meses a partir de entonces.
 - Todas las revisiones deben incluir al menos:
 - CV del VIH.
 - Recuento de linfocitos CD4+.
 - Hemograma.
 - Glucosa, creatinina, iones, urato, amilasa, AST, ALT, GGT, FA, bilirrubina, LDH y perfil lipídico completo.
 - Ácido láctico si existen síntomas de hiperlactacidemia.
 - Siempre que haya fracaso virológico al TAR debe realizarse una prueba genotípica de resistencia, mientras recibe el régimen de TAR que ha fracasado o, en su defecto, dentro de las primeras cuatro semanas tras haberlo interrumpido.

3. Manejo de las interacciones del TAR (Anexo 15).

Actividades	Características de calidad
<p>19º</p> <p>Seguimiento de la niña o del niño con TAR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión clínica a las 4 semanas de iniciar el TAR y cada 3-4 meses a partir del inicio del mismo en pacientes estables. Debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis: <ul style="list-style-type: none"> - Síntomas e incidencias de cualquier tipo. - Potenciales efectos adversos. - Interacciones medicamentosas. - Enfermedades concomitantes. - Consumo de alcohol y sustancias tóxicas: en adolescentes. • Exploración física: <ul style="list-style-type: none"> - Debe incluir siempre: peso y talla (percentiles), presión arterial, estadios de Tanner y búsqueda de lipodistrofia mediante inspección y medidas antropométricas. - Periódicamente debe hacerse una exploración completa a pacientes sin síntomas y siempre a los que los presentan. • Valoración del cumplimiento y adherencia al tratamiento en todas las revisiones. • Valoración del cumplimiento del calendario vacunal recomendado de forma individualizada (Anexo 9). • Pruebas complementarias: <ul style="list-style-type: none"> - A las 4 semanas de iniciar el TAR y cada 3-4 meses a partir de entonces. - Todas las revisiones deben incluir: <ul style="list-style-type: none"> ◦ CV del VIH. ◦ Recuento de CD4. ◦ Hemograma. ◦ Glucosa, creatinina, iones, ácido úrico, amilasa, AST, ALT, GGT, FA, bilirrubina, LDH y perfil lipídico. ◦ Ácido láctico si existen síntomas de hiperlactacidemia. • Siempre que haya fracaso virológico del TAR debe realizarse una prueba genotípica de resistencia, mientras recibe el régimen de TAR que ha fracasado o, en su defecto, dentro de las primeras cuatro semanas tras haberlo interrumpido. 2. Manejo de las interacciones del TAR (Anexo15).

**Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra/
Enfermera**

Actividades	Características de calidad
<p>20°</p> <p>Seguimiento de la persona sin TAR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se recomienda revisión cada 12 semanas. Si se encuentra estable con cifras de CD4 elevadas y CV baja puede revisarse cada 3-6 meses. 2. En cada revisión identificar signos y síntomas en relación con la infección VIH. 3. Planificar en cada revisión la realización de las siguientes pruebas complementarias: <ul style="list-style-type: none"> • CV del VIH. • Recuento de CD4. • Hemograma. • Glucosa, creatinina, iones, urato, amilasa, AST, ALT, GGT, FA, bilirrubina, LDH y perfil lipídico.

Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra

Actividades	Características de calidad
<p>21°</p> <p>Simplificación del TAR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se define como la sustitución de una pauta que ha logrado suprimir la replicación viral por otra que pueda mantener dicha supresión y reducir la complejidad u otros inconvenientes de aquella con los siguientes objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Reducir el número de comprimidos. • Reducir el número de tomas. • Reducir el número de fármacos. • Soslayar restricciones alimentarias. • Evitar interacciones farmacológicas. • Prevenir/reducir el riesgo de toxicidad. 2. Regímenes indicados: ver recomendaciones al respecto de las guías de práctica clínica citadas en el Anexo 14. 3. No se recomienda efectuar interrupciones controladas de TAR en ningún caso, pues se asocian con un mayor riesgo de progresión de la enfermedad, de complicaciones no relacionadas con el VIH y muerte.

Actividades	Características de calidad
<p>22º</p> <p>Cambio de TAR por fracaso</p>	<p>1. Cambio de TAR debido a fracaso virológico en personas adultas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición de fracaso virológico (FV). <ul style="list-style-type: none"> - Cuando no se logra disminuir la CV plasmática por debajo del límite de detectabilidad (<50 copias/mL) a los 6 meses de haber iniciado el TAR. - Cuando tras haberse logrado una CV plasmática ≤50 copias/ml, ésta vuelve a ser detectable en 2 determinaciones consecutivas. • Principios generales. <ul style="list-style-type: none"> - Ante todo FV siempre se deben investigar las causas que lo han originado (incumplimiento terapéutico, interacciones farmacológicas, otras) para intentar evitar que vuelvan a repetirse. - Se recomienda sustituir el régimen fracasado lo antes posible para evitar así la acumulación de mutaciones de resistencia y el desarrollo de fracasos inmunológico y clínico. - El objetivo terapéutico de todo cambio de régimen de TAR motivado por FV es lograr nuevamente la supresión de la replicación viral (CV indetectable). - Antes de realizar el cambio de TAR siempre debe realizarse una prueba genotípica de resistencia para construir el régimen terapéutico más eficaz posible. - Si se considera el posible uso de maraviroc u otros antagonistas de los correceptores CCR5 se deberá realizar un test de tropismo viral. - En pacientes con historia de múltiples FV y resistencias a numerosos fármacos nunca se debe añadir un único fármaco activo al régimen que fracasa. Es importante incluir, siempre que sea posible, tres fármacos activos. - Los denominados blips (elevaciones transitorias y aisladas de la CV entre 50 y 500 copias/mL de ARN-VIH) no obligan a cambiar el régimen de TAR. • Regímenes indicados: ver recomendaciones al respecto en las guías citadas en el Anexo 14. • Pacientes con multiresistencias a antirretrovirales deben evaluarse y seguirse en unidades con consultas específicas para la atención de pacientes con infección VIH.

Actividades	Características de calidad
<p>23º</p> <p>Prevención de alteraciones morfológicas y metabólicas secundarias al TAR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de las alteraciones metabólicas y morfológicas. <ul style="list-style-type: none"> • Valoración inicial al diagnóstico de infección por VIH. <ul style="list-style-type: none"> - Recogida de factores de riesgo cardiovascular (FRCV). <ul style="list-style-type: none"> ◦ Antecedentes familiares de eventos cardiovasculares precoces. ◦ Antecedentes personales de eventos cardiovasculares. ◦ Tabaco, alcohol, otras drogas. ◦ Hipertensión arterial. ◦ Diabetes mellitus. ◦ Dislipemia. - Peso/Talla/perímetro abdominal y tensión arterial. - Perfil lipídico (colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL y triglicéridos) y glucemia en ayunas de al menos 12 horas. • Valoración en cada visita de pacientes sin TAR. <ul style="list-style-type: none"> - Peso y tensión arterial. • Valoración en la visita de inicio de TAR. <ul style="list-style-type: none"> - Peso, perímetro abdominal y tensión arterial. - Perfil lipídico y glucemia. - Cálculo del riesgo cardiovascular (Anexo 17). • Valoración en cada visita de pacientes con TAR. <ul style="list-style-type: none"> - Inspección por parte del personal médico y autovaloración de las alteraciones en la distribución de la grasa corporal. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Acúmulo de grasa central: abdomen, mamas, cuello. ◦ Pérdida de grasa periférica: cara, extremidades, nalgas. ◦ Venas prominentes en extremidades, lipomas. - Peso, tensión arterial y perímetro abdominal (anual). - Perfil lipídico y glucemia. 2. Prevención de las alteraciones metabólicas y morfológicas. <ul style="list-style-type: none"> • En todas las visitas. <ul style="list-style-type: none"> - Recomendación de hábitos de vida saludables (guías de práctica clínica). <ul style="list-style-type: none"> ◦ Dieta y ejercicio. ◦ Evitar tabaco, alcohol y drogas.

- Visita de inicio de TAR.
 - Intentar evitar el uso de fármacos con peor perfil aterogénico en:
 - Pacientes con diabetes.
 - Pacientes con dislipemia.
 - Pacientes con riesgo cardiovascular elevado (Anexo 17).

Cirugía Plástica/ Médico/a de Medicina Interna/ Enfermedades Infecciosas/ Pediatra/ Endocrinología

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center; margin: 0;">24º</p> <p style="margin: 0;">Tratamiento de alteraciones metabólicas y morfológicas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manejo terapéutico de las alteraciones metabólicas. <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos generales: tras el diagnóstico de dislipemia y/o diabetes, seguir el manejo clínico y terapéutico de las guías de práctica clínica y del Proceso Asistencial Integrado Riesgo Vascular y Diabetes Mellitus tipo 2. • Aspectos especiales en pacientes con infección VIH. <ul style="list-style-type: none"> - Dislipemias. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Valorar la modificación del régimen de TAR sin comprometer la eficacia del mismo (Anexo 18). ◦ Uso de hipolipemiantes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estatinas: preferentemente atorvastatina a dosis bajas (10-20 mg/día) o pravastatina a dosis habituales. ▪ Fibratos: preferiblemente fenofibrato a dosis habituales. - Diabetes <ul style="list-style-type: none"> ◦ Valorar la modificación del régimen de TAR sin comprometer la eficacia del mismo (Anexo 18). 2. Manejo terapéutico de las alteraciones morfológicas. <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos generales: tras el diagnóstico de síndrome de lipodistrofia insistir en los hábitos higiénico-dietéticos. <ul style="list-style-type: none"> - Valorar la modificación del régimen de TAR sin comprometer la eficacia del mismo (Anexo 18). • Cirugía Plástica y Reparadora. <ul style="list-style-type: none"> - Lipoatrofia facial:

- Valorar el tratamiento por parte de Cirugía Plástica y Reparadora con rellenos o implantes en todos aquellos casos en que la lipoatrofia sea evidente o tenga repercusión psicológica.
- La indicación y selección de las personas tributarias de cirugía reparadora será realizada por la médica o el médico responsable.
- El diagnóstico y método de selección será por inspección.
- Se procurará máxima estabilidad desde el punto de vista de la infección VIH.
- Se descartarán todas las personas con criterios de exclusión de cirugía mayor ambulatoria (CMA) a nivel facial: enfermedades sistémicas activas o no compensadas, infección en el área del implante (incluida infección dental), diabetes descompensada y embarazo.
- Modo: por propuesta de asistencia al Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora de referencia tras selección por parte de las unidades de Enfermedades Infecciosas o Servicios de Medicina Interna.
- Manera aconsejable de actuación por parte de los Servicios de Cirugía Plástica y Reparadora:
 - Primera consulta (estándar):
 - * Evaluación de la persona.
 - * Explicación de la técnica a emplear
 - * Firma del consentimiento informado.
 - * Petición del preoperatorio.
 - * Inscripción en el registro de demanda quirúrgica con prioridad “normal”.
 - Programación de cirugía (2 semanas previas).
 - Cirugía: CMA.
 - * Se aconseja realización de fotografías previas.
 - * Inclusión en el registro andaluz de implantes.
 - * Tratamiento con analgésicos menores.
 - * Profilaxis antibiótica.
 - * Remitir informe a su médico o médica responsable y/o Centro de Salud.
 - Revisiones:
 - * Al mes.

	<ul style="list-style-type: none"> * Al 4º mes. Valorar en este momento la necesidad de ajuste de dosis del implante. * A los 10-12 meses: alta de cirugía plástica. <p>- Lipoacúmulo:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Estará indicada cirugía reparadora en pacientes con lipoacúmulos antiestéticos, dolorosos o que alteren de forma significativa la calidad de vida. o Modo: se seguirá el mismo procedimiento que en los casos de lipoatrofia facial. <p>3. Valorar consulta con Psiquiatría/Psicología en casos de importante repercusión psicológica.</p> <p>4. Si se encuentra en tratamiento sustitutivo con metadona se requerirá la emisión por el Centro Provincial de Drogodependencias de un informe de la situación de deshabitación.</p>
--	--

Especialista implicado/a en la atención al proceso que motiva la hospitalización/ Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>25º</p> <p>Ingreso hospitalario</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Será hospitalizada toda persona con infección VIH que por el nivel de cuidados que precise cualquier enfermedad que complique su evolución, relacionada o no con el VIH, requiera atención en régimen de hospitalización. 2. El proceso de hospitalización se realizará según las normas administrativas establecidas por el SSPA para tramitación de ingreso hospitalario en cada centro. 3. Se aplicarán medidas de seguridad para la identificación inequívoca de pacientes. <ul style="list-style-type: none"> • Mediante brazalete identificativo con, al menos dos códigos de identificación diferentes, siendo uno de ellos el NUHSA de forma que nos permita conocer en todo momento datos de filiación y de usuario del sistema.

	<ul style="list-style-type: none"> • Se asegurará que antes de realizar pruebas diagnósticas o administrar medicamentos o componentes sanguíneos, se dispone de alguna de estas formas de identificación. <ol style="list-style-type: none"> 4. El área de hospitalización de la persona con infección VIH será la misma que la establecida en cada centro para la atención de la población general según la patología que presente. 5. Plan de acogida en planta de hospitalización. 6. Aplicación del Plan de Cuidados estandarizado de Enfermería. (Anexo 19) 7. Plan de atención médica. 8. Información y educación para la salud. 9. Realización de informes al alta. 10. Asegurar la continuidad asistencial.
--	---

Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">26°</p> <p>Cuidados de enfermería en consultas externas de hospital de día</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primera consulta. <ul style="list-style-type: none"> • Valoración inicial e Información. <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de entrevista de escucha activa y consejo asistido, aportando información sobre la infección VIH en general y su situación particular y consejos sobre cuidados generales y específicos. - Facilitar un número de teléfono de contacto. - Información a la pareja, con el consentimiento de la persona afectada. • Educación sanitaria y medidas de prevención. <ul style="list-style-type: none"> - Responder a sus demandas, miedos y preocupaciones. - Valoración del apoyo familiar y social.

- Extracción y realización de pruebas analíticas según los protocolos establecidos.
- Facilitar la coordinación temporal de las exploraciones complementarias.
- Realización de la prueba de tuberculina.

2. Segunda consulta.

- Técnicas de entrevista de escucha activa y consejo asistido, mostrando un especial interés por su estado anímico y el grado de información asimilado.
- Refuerzo de la educación sanitaria y prevención.
- Explicar correctamente las características posológicas, conservación y efectos secundarios más relevantes del TAR prescrito.

3. Seguimiento.

- Organización de las consultas, comprobando las distintas pruebas solicitadas y realizadas.
- Recepción de pacientes según el protocolo establecido.
- Extracción de analítica, colaboración en otras pruebas diagnósticas según los protocolos establecidos y actividad propia de enfermería.
- Refuerzo de la educación sanitaria y prevención.
- Control, vigilancia, información y adhesión al TAR y sus posibles efectos adversos.
- Seguimiento de parejas de pacientes con infección VIH, con realización periódica de técnicas de cribado.
- Información en los cambios de tratamiento.
- Orientación de los problemas derivados de la situación social o personal, en conexión con otros dispositivos de atención.
- Informarle sobre las pruebas complementarias solicitadas.
- Coordinación con profesionales de Enfermería de hospitalización en los casos de personas con infección VIH con ingreso y diagnóstico reciente.
- Administración de tratamientos por vía parenteral según los protocolos establecidos.
- Cuidado de reservorios y dispositivos intravasculares.

4. Consulta telefónica a demanda según protocolo establecido.

5. Registro de todas las actividades realizadas en la Historia Clínica.

Médicos/as responsables del programa de trasplante del hospital de referencia/ de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="233 265 278 293">27°</p> <p data-bbox="155 334 340 524">Criterio de trasplante de órganos sólidos dependientes de la infección por el VIH</p>	<ol data-bbox="383 265 1127 1102" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="383 265 1127 338">1. Pacientes con infección VIH sin criterios de TAR. <ul data-bbox="422 305 902 338" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="422 305 902 338">• Cifra de linfocitos CD4 >350 células/μL. <li data-bbox="383 374 1127 724">2. Pacientes con infección VIH con criterios de TAR. <ul data-bbox="422 414 1127 724" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="422 414 1127 511">• No haber tenido infección oportunista definitiva de SIDA salvo tuberculosis, candidiasis esofágica o neumonía por <i>Pneumocystis jiroveci</i>. <li data-bbox="422 524 1127 620">• Tener una cifra de linfocitos CD4 >200 células/μL o, en el caso del trasplante hepático, tener una cifra de linfocitos CD4 >100 célula/μL. <li data-bbox="422 633 1127 724">• Tener una CV del VIH plasmática indetectable en el momento del trasplante o tener opciones terapéuticas para la infección por el VIH efectivas y duraderas para el período postrasplante. <li data-bbox="383 766 1127 1102">3. Criterios generales y relacionados con la conducta de riesgo. <ul data-bbox="422 806 1127 1102" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="422 806 1127 866">• Abstinencia de drogas (heroína, cocaína) durante al menos 2 años. <li data-bbox="422 879 1022 906">• No consumo de alcohol durante al menos 6 meses. <li data-bbox="422 919 945 946">• Evaluación psicológica/psiquiátrica favorable. <li data-bbox="422 959 1127 1019">• Comprender la técnica y las obligaciones que el trasplante de órgano sólido comporta. <li data-bbox="422 1031 716 1059">• Tener estabilidad social. <li data-bbox="422 1071 832 1102">• En mujeres, no estar embarazada.

Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Unidad de Reproducción / Servicio de Obstetricia y Ginecología de zona

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="233 1350 278 1377">28°</p> <p data-bbox="155 1419 352 1576">Consulta preconcepcional: información sobre cómo conseguir una gestación segura</p>	<ol data-bbox="383 1350 1127 1548" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="383 1350 1127 1410">1. Se deberá informar sobre el riesgo de transmisión vertical y a la pareja, así como del momento más adecuado de buscar la gestación. <li data-bbox="383 1452 1127 1548">2. Comunicar pautas para reducir la posibilidad de contraer la infección por actividad sexual con deseos reproductivos (autoinseminación, relaciones sexuales en días programados, reproducción asistida).

3. Seleccionar método anticonceptivo seguro, incluyendo siempre un método de barrera mientras se obtiene un estado óptimo para la gestación.
4. Identificar, controlar y registrar posibles riesgos de la gestación.
5. Consejo para evitar el consumo de alcohol, drogas o tabaco.
6. Informar a la mujer sobre transmisión vertical, estrategias de prevención y posibles riesgos de TAR durante el embarazo.
7. Evitar en pacientes con deseo reproductivo antirretrovirales teratógenos.
8. Evaluar profilaxis de enfermedades oportunistas y vacunas.
9. Evaluar posibles efectos adversos del TAR durante el embarazo.
10. Cribado de ITS y citología si no se hubiera realizado previamente.
11. Todas las pacientes infectadas por el VIH con deseos reproductivos deberán programar el embarazo cuando su situación inmunológica sea estable y la CV indetectable.
12. Recomendar profilaxis con ácido fólico y yodo cuando deseen quedar embarazadas.
13. Información y derivación a otros servicios o unidades (Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas de su zona y U. Reproducción / Servicio de Obstetricia y Ginecología de su zona) a través de su Servicio de Atención a la Ciudadanía.

Médico/a de Medicina interna /Enfermedades Infecciosas/ Unidad de Reproducción/ Sº de Obstetricia y Ginecología de su área/ Unidad de Reproducción de Referencia Autónoma

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">29º</p> <p>Atención a los deseos reproductivos de las parejas con al menos un miembro con infección VIH</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antes de la remisión a la Unidad de Reproducción / Sº de Obstetricia y Ginecología de su área deberán ser evaluados o evaluadas por su médico o médica de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas. <ul style="list-style-type: none"> • En caso de ser varón seropositivo al VIH y mujer seronegativa al VIH. <ul style="list-style-type: none"> - Emisión de informe que acredite un seguimiento correcto y una buena adherencia al tratamiento, conteniendo la evolución de la enfermedad y de la CV del VIH actual y de los últimos 12 meses.

- Estudio serológico/virológico VHB, VHC, sífilis, CMV reciente (<6 meses).
- En caso de coinfección por VHC: informe sobre la evolución de la enfermedad y tratamiento de la misma. Tener en cuenta que pacientes que han recibido ribavirina deberán esperar 6 meses antes de empezar el tratamiento de reproducción asistida (RA).
- En caso de ser varón seronegativo y mujer seropositiva al VIH, se deberá realizar a la mujer:
 - Emisión de informe que acredite un seguimiento correcto y una buena adherencia al tratamiento, conteniendo la evolución de la enfermedad, la recomendación sobre el TAR que deberá seguir en el caso de quedar embarazada, el recuento de linfocitos CD4+ y de la CV del VIH actuales y de los últimos 12 meses. Solo se incluirán mujeres con linfocitos CD4 > 200 células/ μ L y CV del VIH indetectable si realiza TAR.
 - En caso de que la mujer no se encuentre recibiendo TAR por situación clínico-inmunológica estable, se emitirá un informe en el que se indique el régimen de TAR que deberá seguir en el caso de iniciar el proceso de RA.
 - Si la mujer se encuentra en tratamiento sustitutivo con metadona se requerirá la emisión por el Centro Provincial de Drogodependencias de un informe de la situación de deshabitación de la paciente.
 - En caso de antecedentes psiquiátricos, informe del servicio de psiquiatría donde no se contraíndique la gestación.
 - Estudio serológico/virológico VHB, VHC, sífilis, CMV reciente (<6 meses).
 - En caso de coinfección por VHC: informe sobre la evolución de la enfermedad (incluyendo evolución de ARN-VHC en los 12 meses anteriores) y tratamiento de la misma.
 - Tener en cuenta que mujeres que han recibido ribavirina deberán esperar 6 meses antes de empezar el tratamiento de RA.
 - Sólo se iniciarán estas técnicas de RA en caso de que la CV del VIH de la mujer sea inferior a 375.000 UI/ml (1.000.000 copias /ml). Si es superior, se podría replantear la RA tras un tratamiento anti-VHC efectivo.

2. Primera consulta en la Unidad de Reproducción / Sº de Obstetricia y Ginecología de su área.

- Se realizará un estudio básico de esterilidad según “Guía de Reproducción Humana Asistida en el SAS” ([http:// www.sas.junta-andalucia.es/principal/](http://www.sas.junta-andalucia.es/principal/)).
 - Se realizará un estudio serológico/virológico del miembro sano de la pareja que incluya VIH, VHB, VHC, Sífilis, CMV, Toxoplasma y Rubéola (<6 meses de antigüedad).
 - Se vacunará según recomendaciones (ver actividades 8 y 10).
 - Se determinará la opción reproductiva a seguir.
 - Se explicará la técnica de autoinseminación si está indicada (Anexo 20).
 - Se informará de los requisitos generales y criterios de aplicación de inseminación artificial y de aplicación de microinyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) según la guía del SAS (Anexo 21).
 - Se derivará con el informe correspondiente a:
 - Unidad de Reproducción de referencia para técnicas básicas (IAC) en caso de mujer seropositiva y varón seronegativo e indicación de IAC.
 - Unidad de Reproducción de referencia autonómica en caso de mujer seropositiva y varón seronegativo e indicación fertilización in vitro (FIV)/ICSI.
 - Unidad de Reproducción de referencia autonómica en caso de mujer seronegativa y varón seropositivo.
 - Los centros correspondientes y mapa de derivación se encuentran en el anexo III y IV de la “Guía de Reproducción Humana Asistida en el SAS”. (<http://www.sas.junta-andalucia.es/principal/>).
 - Inscribir en la lista de espera con la fecha del inicio del estudio básico de esterilidad.
 - Es obligatorio registrar a la paciente en el "Registro de Reproducción Humana Asistida SAS/SSPA" (intranet del SAS).
3. En la Unidad de Reproducción de referencia autonómica se evaluará la historia clínica de la pareja/paciente, para su inclusión en programa de RA tras lo cual se procederá a:
- Devolver el expediente por contraindicación o estudio incompleto.
 - Citar en consulta de la Unidad de Reproducción/S. Obstetricia y Ginecología de referencia provincial.
 - Citar para lavado seminal y crioconservación de semen.

4. En el anexo 22 se detallan las distintas actividades a desarrollar en cada una de las consultas en las distintas Unidades de Reproducción.

Médico/a de Medicina interna /Enfermedades Infecciosas/ de Obstetricia y Ginecología

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">30º</p> <p>Atención a la mujer embarazada infectada por el VIH</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico de embarazo. <ul style="list-style-type: none"> • Realización de test de gestación. • Valoración de resultado. • Informar a la paciente sobre riesgos del embarazo y transmisión vertical (TV) valorando el grado de aceptación. • Estrategia de captación activa para asegurar su incorporación al proceso de embarazo, parto y puerperio normal. • Reforzar consejo para eliminar drogas, tabaco y alcohol. 2. Atención al embarazo no deseado. <ul style="list-style-type: none"> • Información sobre TV e IVE y derivación para valoración de IVE. 3. Atención al embarazo. <ul style="list-style-type: none"> • Primera consulta prenatal. <ul style="list-style-type: none"> - Según lo establecido en el Proceso asistencial de Embarazo, Parto y Puerperio normal. http:// www.juntadeandalucia.es/salud/procesos/documentos. - Captación precoz antes de las 8 semanas. - Valorar, identificar y registrar posibles riesgos (enfermedades asociadas). - Seguimiento en unidad de embarazo de alto riesgo. - Seguimiento por equipo multidisciplinar (médicos o médicas de familia, obstetra, de Enfermedades Infecciosas /Medicina Interna y Psiquiatra o de drogodependencias si lo precisara. - Información a la gestante sobre TV y estrategias de prevención (riesgos-beneficios), insistiendo en la importancia de la adherencia al tratamiento.

- Cribado de ITS especialmente clamidias, gonococia y vaginosis bacteriana que pueden aumentar la CV en tracto genital, hepatitis C y citomegalivirus.
- Reforzar profilaxis con ácido fólico y yodo.
- Citología cervical.
- Diagnóstico prenatal.
 - Según Proceso Asistencial de Embarazo, Parto y Puerperio normal.
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/procesos/documentos>.
 - Si se precisaran técnicas invasoras (biopsia corial, amniocentesis o funiculocentesis) valorar riesgos-beneficios pues se desconoce el riesgo de TV (transmisión vertical). Se debe realizar en condiciones óptimas: CV indetectable, con TAR, evitando paso transplacentario y eludiendo la biopsia corial por el mayor riesgo teórico de transmisión.
- Consultas prenatales
 - Controles según Proceso Asistencial de Embarazo, Parto y Puerperio normal.
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/procesos/documentos>.
 - Valorar, identificar y registrar posibles riesgos (enfermedades asociadas).
 - Realizar cribado de ITS a las 28 semanas especialmente clamidias, tricomonas, gonococia y vaginosis bacteriana.
 - Vigilar toxicidad de antirretrovirales, sobre todo la toxicidad hepática que puede tener síntomas similares a los de la preeclampsia o la colestasis intrahepática del embarazo.
 - Vigilar tolerancia a la glucosa en mujeres que toman inhibidores de las proteasas.
 - Prevención de la prematuridad y vigilancia de posibles retrasos del crecimiento intrauterino (ecografía y doppler periódico a partir de la veintava semana) en mujeres con TAR.
 - Controles seriados de proteinuria y TA materna.
 - Vigilar posibles interacciones medicamentosas de TAR con los fármacos habitualmente prescritos durante el embarazo. (Anexo 15).
 - TAR durante el embarazo (Ver actividad 31).

Actividades	Características de calidad
<p>31°</p> <p>TAR en embarazadas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indicación: <ul style="list-style-type: none"> • En toda mujer gestante, con independencia de cual sea su situación clínica, inmunológica o virológica se debe recomendar iniciar TAR ya que el objetivo del mismo es evitar la transmisión materno-fetal del VIH. • Antes de iniciar TAR debe hacerse siempre una prueba genotípica de resistencia. 2. Elección del régimen: <ul style="list-style-type: none"> • Deben tenerse en cuenta los conocimientos sobre eficacia, seguridad y farmacocinética de los distintos antirretrovirales durante la gestación. Por ello se recomienda consultar las guías de práctica clínica específicas al respecto. (http:// AIDS.info.nih.gov). • En el momento de la edición de este documento se encuentran formalmente contraindicados: efavirenz y la asociación didanosina + estavudina, y se desaconseja iniciar tratamiento con nevirapina, si la cifra de linfocitos CD4+ es ≥ 250 células/μL). • En el momento de la edición de este documento se considera que siempre que sea posible, zidovudina debería ser uno de los componentes del TAR. 3. Tener en cuenta que: <ul style="list-style-type: none"> • Los cambios fisiológicos debidos a la adaptación materna al embarazo pueden confundirse con efectos tóxicos del TAR (anemia, trombopenia, etc.). • Tras el parto se puede suspender el TAR si no existe indicación para continuarlo.

Actividades	Características de calidad
<p>32º</p> <p>Atención al parto en mujer embarazada infectada por VIH</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vía del parto (Anexo 23). <ul style="list-style-type: none"> • Considerar parto vaginal si CV indetectable a las 36 semanas. • Recomendar cesárea: 1. si CV detectable a las 36 semanas; 2. Si la gestante no ha realizado TAR o CV desconocida; 3 no aceptación de parto vaginal por parte de la paciente. • Se realizará cesárea intraparto: 1. si amniorrexia prolongada; 2. previsión de parto prolongado; 3. monitorización patológica. • La decisión debe ser tomada de acuerdo con la paciente tras ser informada. 2. Atención al parto. <ul style="list-style-type: none"> • En el parto vaginal se deben mantener las membranas íntegras el máximo tiempo posible. • No deben ser usados electrodos en la calota fetal, ni realizar pH fetales intraparto. • Se deben evitar los partos instrumentales. • Se debe cortar el cordón lo antes posible y bañar inmediatamente al RN. • La cesárea programada se debe realizar a las 38 semanas. 3. TAR durante el parto. <ul style="list-style-type: none"> • Zidovudina iv. Según el protocolo PACTG-076. Desde el inicio del parto, administración iv de zidovudina, 2mgrs/Kg de peso la primera hora, seguida de infusión continua de 1 mg/hora/Kg de peso hasta el nacimiento. En las cesáreas programadas iniciar la infusión 3 horas antes de la intervención y continuarla hasta cortar el cordón. • La paciente debe continuar con TAR durante el parto. • Si la paciente no ha recibido TAR durante el embarazo se recomienda hacerlo durante el parto con ZDV iv, con o sin 3TC oral, añadiendo nevirapina en casos de cifras de linfocitos CD4+ <250 células/μL. 4. Coinfección por virus de Hepatitis C: En madres coinfectadas por el VHC la tasa de TV del VHC asciende hasta un 15%. La vía de TV de VHC puede ser transplacentaria o en el parto. El ries-

go se relaciona con la viremia materna y en algunos estudios se encuentra asociación con la instrumentación del parto. Existen evidencias de que la cesárea podría reducir los casos de transmisión. El control del VIH con TAR parece estar asociado a una reducción de la tasa de transmisión del VHC.

5. Cuidados postparto.

- Contraindicar lactancia.
- No utilizar ergotónicos en mujeres con TAR.
- Continuar con TAR hasta nueva valoración por el médico o la médica de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas.
- Información sobre programas de planificación familiar.
- Evaluar, identificar mujeres que precisan apoyo social.

Pediatra

Actividades

33º

Prevención de la transmisión vertical de VIH: recomendaciones en el recién nacido o la recién nacida

Características de calidad

1. Prevención con medicación antirretroviral (Anexo 24).

- Situaciones de bajo riesgo de TV de VIH.
 - Se trata de recién nacidos o recién nacidas de madres que han recibido TAR durante el embarazo, zidovudina intraparto y parto correcto (cesárea si CV detectable al final del embarazo). En estos casos se administrará al niño o a la niña zidovudina oral durante 4 semanas.
- Situaciones de alto riesgo de TV de VIH.
 - Cuando no se da alguna de las circunstancias anteriores.
 - En estas ocasiones se recomienda administrar a la recién nacida o al recién nacido TAR con 3 fármacos durante 4 semanas.
 - Los efectos a largo plazo de la exposición a antirretrovirales durante el embarazo y el periodo neonatal no son del todo bien conocidos, por lo que se recomienda que los lactantes deban ser controlados exhaustivamente durante los primeros años de vida.

2. Otras actuaciones:

- Lactancia materna: es una contraindicación absoluta en nuestro medio.

- Revisar el estado de infección materna por VHB-VHC, y grupo TORCH, así como en el niño o en la niña.
- Ecocardiografía si antirretrovirales durante embarazo.
- Fondo de ojo si situación de alto riesgo (Anexo 24).
- Investigar drogas de abuso en orina si sospecha o certeza de uso de tóxicos en la madre.
- Completar estudio en la pareja y resto de la descendencia si no se había realizado previamente.
- Apoyo psicológico, sobre todo si diagnóstico reciente de la infección VIH.

3. Diagnóstico.

- Debe realizarse durante las primeras semanas de vida para iniciar precozmente el TAR. La serología habitualmente utilizada para el diagnóstico de la infección VIH no es útil en el recién nacido o la recién nacida, ya que la presencia de anticuerpos anti-VIH traducen el paso transplacentario de los anticuerpos de origen materno.
- La realización de pruebas virológicas específicas es obligatoria para descartar la infección por el VIH en estos casos.
- Se recomienda realizar una determinación de ARN-VIH al nacer (antes de las 48 horas de vida, para diferenciar la infección intraútero de la infección intraparto), a las 2-3 semanas, 6-12 semanas y en ocasiones especiales (situaciones de alto riesgo de TV) a los 3-6 meses.
- Si las determinaciones de ARN del VIH, realizadas según se ha indicado, resultan negativas podrá informarse a la familia que la infección por el VIH se ha descartado, quedando pendiente únicamente la negativización de la serología de origen materno que ocurre en torno a los 18 meses de vida.
- La persistencia de anticuerpos positivos más allá de los 18-24 meses, debe hacer pensar en infección por VIH en la niña o en el niño, precisando confirmación mediante tests serológicos y virológicos.
- Para el diagnóstico definitivo de la infección se requieren al menos 2 pruebas serológicas y virológicas positivas de 2 muestras distintas de sangre (excluyendo como muestra la sangre procedente de cordón).

Médicos/as de Instituciones Penitenciarias/ Enfermeras de Instituciones Penitenciarias/ Médico/a de Medicina Interna /Enfermedades Infecciosas/ otros/as médicos/as implicados/as en la atención al proceso que motiva la consulta

Actividades	Características de calidad
<p>34º</p> <p>Atención a personas reclusas en centros penitenciarios</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar un programa de colaboración entre los servicios médicos de Instituciones Penitenciarias y las Unidades de Medicina Interna /Enfermedades Infecciosas de los hospitales de referencia para el desplazamiento de especialistas de estas unidades para consultoría en los centros penitenciarios, cuya ventaja sería: <ul style="list-style-type: none"> • Evitar los desplazamientos de pacientes a consultas externas. • Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales. • Posibilitar el seguimiento continuado de los procesos. • Optimizar los criterios de derivación a urgencias de los pacientes. • Posibilitar los ingresos programados. 2. Elaboración de un programa de consultas telefónicas rápidas de los servicios médicos de Instituciones Penitenciarias con las unidades de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas de los hospitales de referencia. 3. Instaurar la figura del o de la profesional referente para la infección VIH en los centros penitenciarios que sería el encargado de coordinarse con los especialistas hospitalarios.

Médico de Medicina Preventiva/ de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ de Familia/ del Servicio de Urgencias/ Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>35º</p> <p>Profilaxis postexposición ocupacional (PPE)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamiento adecuado de la herida percutánea y de las salpicaduras a mucosas y piel (Anexo 25). 2. Comunicar al mando inmediato la ocurrencia de un accidente de trabajo con riesgo biológico, con carácter inmediato, según lo establecido en el procedimiento 004 de prevención de riesgos laborales del SAS. 3. Derivar al trabajador de forma inmediata a Vigilancia de la Salud o al SCCU/DCCU si es fuera del horario de aquella (Anexo 25).

4. Evaluación del riesgo de la exposición biológica para determinar la necesidad o no de PPE. Se realizará siguiendo las recomendaciones europeas de manejo y seguimiento de las exposiciones ocupacionales a agentes biológicos¹ (Anexo 25).
5. Determinación del estado serológico de la fuente respecto al VIH. En caso de fuente con serología desconocida, debe autorizar la realización de la prueba de VIH-rapid en las primeras 2 horas postexposición, que se confirmará posteriormente con las pruebas tradicionales (Elisa y Western-Blott).
6. Valorar indicación y contraindicación de la PPE-VIH (Anexo 25).
7. Registro del accidente.
 - Deberá tratarse con la máxima confidencialidad, tanto para el caso fuente como el expuesto.
 - Debe recogerse en la Historia Clínica:
 - Fecha y hora de la exposición.
 - Detalles del accidente: dónde y cómo; localización anatómica exacta de la exposición, tipo de lesión (si la hubo).
 - Detalles de la exposición: tipo y cantidad de fluido o material, severidad de la exposición.
 - Detalles de la fuente: estatus VIH, VHB, VHC.
 - Detalles de la persona expuesta: vacunación VHB y respuesta.
 - Datos de la persona accidentada: embarazo/lactancia; antecedentes (enfermedad renal, enfermedad hepática, diabetes, trastornos psiquiátricos), alergias, tratamientos.
8. Cuando esté indicada, iniciar la PPE-VIH (Anexos 25 y 26) antes de las 72 horas postexposición, idealmente en las primeras 2 horas.
9. Seguimiento serológico de la exposición.
 - Serología VIH: basal (lo antes posible), a las 6 semanas, a los 3 meses y a los 6 meses, o si se manifiesten síntomas o signos sospechosos de infección aguda.
 - Cuando la fuente esté coinfectada VIH-VHC se prolongará el seguimiento a 1 año (control serológico adicional a los 12 meses postexposición).

¹ Document from the European Project on "Standardization of the management of occupational exposure to HIV/blood-borne infections and evaluation of post-exposure prophylaxis in Europe." FUNDING: European Commission, Directorate-General Health Care and Consumer Protection. Unit F4. Project number SI2.322294Recommendations for Post-Exposure Prophylaxis against HIV infection in Health Care Workers in Europe. March 2002.

10. Seguimiento de los efectos adversos de la PPE-VIH. El control de la toxicidad de los antirretrovirales incluye hemograma, ALT, AST, glucosa, urea, creatinina, amilasa y otras determinaciones que se decidan individualmente al inicio, a los 15 días y al final del tratamiento. Se anotarán en la historia de exposición biológica la aparición de efectos adversos.
11. La elección del TAR en la PPE debe individualizarse en cada caso. Si no se dispone de información respecto a la historia de TAR de la fuente y su perfil de resistencia, debemos iniciar un TAR según las recomendaciones realizadas al respecto por organismos nacionales e internacionales (Anexo 26).
12. Consejo tras exposición: abstenerse de donar sangre, plasma, tejidos, órganos o semen, utilizar preservativo en las relaciones sexuales, no compartir agujas, y evitar comportamientos de riesgo, ofrecer apoyo psicológico si necesario e informar sobre signos y síntomas de la infección aguda VIH y los efectos adversos de la profilaxis.
13. Derivación a especialista en el manejo de VIH siempre que se detecte seroconversión.

Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ de Medicina Preventiva/ de Familia/ del Servicio de Urgencias/ Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>36°</p> <p>Profilaxis postexposición no ocupacional (nPPE)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La exposición no ocupacional al VIH se define como cualquier contacto directo percutáneo, mucoso o intravenoso con fluidos biológicos potencialmente infecciosos, que ocurre fuera del ámbito laboral o perinatal. <ul style="list-style-type: none"> • El riesgo de transmisión VIH tras exposición no ocupacional puede ser similar o mayor al de la exposición ocupacional. • Factores que incrementan el riesgo de exposición: exposición a gran cantidad de fluido biológico, exposición a fluidos biológicos de un caso fuente con infección VIH avanzada, lesión percutánea profunda, presencia de ITSs en caso fuente o expuesto, violación y fuente con coinfección por y VHC. 2. Valoración del riesgo según vía de transmisión y según fluido corporal implicado. (Anexo 27)

3. Registro del accidente.

- Deberá tratarse con la máxima confidencialidad, tanto para el caso fuente como el expuesto.
- Debe recogerse en la Historia Clínica:
 - Fecha y hora de la exposición.
 - Detalles del accidente: dónde y cómo; localización anatómica exacta de la exposición, tipo de lesión (si la hubo).
 - Detalles de la exposición: tipo y cantidad de fluido o material, severidad de la exposición.
 - Detalles de la fuente: estatus VIH, VHB, VHC.
 - Detalles de la persona expuesta: vacunación VHB y respuesta.
 - Datos del accidentado: embarazo/lactancia; antecedentes (enf. renal, enf. hepática, diabetes, trastornos psiquiátricos), alergias, tratamiento.

4. Indicación de TAR.

- Iniciar TAR en todas las exposiciones de riesgo con fuente VIH positiva conocida o sospechada. La nPPE debe iniciarse inmediatamente (preferentemente en las primeras 2 horas, y en todo caso antes de las 72 horas tras la exposición) y continuarse durante 1 mes.
- Requisitos para iniciar nPPE: riesgo apreciable, inicio en las primeras 72 horas, ausencia de contraindicaciones, exposición excepcional del expuesto al riesgo, garantía de seguimiento clínico y analítico.
- La nPPE debe utilizarse sólo para exposiciones esporádicas o poco frecuentes. No debe utilizarse para exposiciones frecuentes o recurrentes; en estos casos, son más apropiadas las intervenciones que tienen por objeto reducir el riesgo.
- Es importante no retrasar su inicio en ningún caso indicado. Es preferible cambiar fármacos cuando sea necesario, a retrasar su inicio. Si el caso fuente sospechoso resulta finalmente no estar infectado por el VIH, debe suspenderse la profilaxis.
- Se hará un seguimiento el tiempo prescrito del tratamiento profiláctico, para evitar en lo posible el abandono por efectos adversos.
- La elección del TAR en la nPPE debe individualizarse en cada caso. Si no se dispone de información respecto a la historia de TAR de la fuente y su perfil de resistencia, debemos iniciar un TAR según las recomendaciones realizadas al respecto por organismos nacionales e internacionales (Anexo 26).

5. Consejo postexposición a todos los expuestos y fuentes positivas.
 - La nPPE no es tan efectiva como la prevención primaria (evitar exposiciones de riesgo).
 - Informar sobre prácticas sexuales y comportamientos más seguros.
 - Abstenerse de donar sangre, plasma, tejidos, órganos o semen.
 - Utilizar preservativo en las relaciones sexuales, no compartir agujas, y evitar comportamientos de riesgo.
 - Ofrecer apoyo psicológico si es necesario.
 - Informar sobre signos y síntomas de la infección aguda VIH y los efectos adversos de la profilaxis.

6. Seguimiento serológico de la exposición:
 - Serología VIH: basal (lo antes posible), a las 6 semanas, a los 3 meses y a los 6 meses, o si se manifiestan síntomas o signos sospechosos de infección aguda.
 - Cuando la fuente esté coinfectada VIH-VHC se prolongará el seguimiento a 1 año (control serológico adicional a los 12 meses postexposición).

7. Seguimiento de los efectos adversos de la PPE-VIH. El control de la toxicidad de los antirretrovirales incluye hemograma, ALT, AST, glucosa, urea, creatinina, amilasa y otras determinaciones que se decidan individualmente al inicio, a los 15 días y al final del tratamiento. Se anotarán en la historia de exposición biológica la aparición de efectos adversos.

8. Consideraciones especiales.
 - Si existe riesgo de embarazo, valorar anticoncepción poscoital, teniendo en cuenta las posibles interacciones con el uso concomitante de nPPE.
 - El embarazo no contraindica la profilaxis, pero debe evitarse el uso de efavirenz o la combinación de didanosina y estavudina en la mujer embarazada.
 - Ofrecer también nPPE a niños o niñas con exposición, ajustando las dosis.
 - Ofrecer también nPPE a consumidores o consumidoras de drogas intravenosas, en caso de exposiciones de alto riesgo.
 - El uso de nevirapina no está indicado en nPPE por su toxicidad.



Recursos. Características generales. Requisitos

RECURSOS	CARACTERÍSTICAS GENERALES	REQUISITOS
Papelería <ul style="list-style-type: none">- Cuestionarios de información y educación para la salud- Listado de organizaciones sanitarias, sociales y de ayuda- Documentos de registros de cita- Documento de Historia Clínica y exploraciones complementarias- Guías de práctica clínica- Procedimientos de prevención de riesgos laborales del SAS. Documento de notificación de accidente laboral (procedimiento 004).	<ul style="list-style-type: none">- Cuestionarios estandarizados para el proceso en los que se detallen los ítems necesarios para esta actividad- Actualización anual- Registro normalizado del centro, cita accesible y demora inferior a 30 días- Documentos normalizados del centro- Guías de práctica clínica para:<ul style="list-style-type: none">• Hábitos de vida saludables• Profilaxis de la infección por el VIH• Profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas• Tratamiento antirretroviral de personas adultas, embarazadas y niños o niñas• Profilaxis post-exposición accidental• Calendario vacunal• Diagnóstico y tratamiento de comorbilidades y situaciones especiales	
Dotación estructural <ul style="list-style-type: none">- Consulta médica- Consulta de Enfermería- Sala de espera- Hospital de Día médico	<ul style="list-style-type: none">- Dotación estándar- Dotación estándar- Despacho médico con dotación estándar, ordenador y teléfono con línea exterior- Sala de exploración con camilla, lavabo y mueble para instrumental y material fungible- Despacho de administrativo/Enfermería con mesa, silla, ordenador, teléfono con línea exterior	

<ul style="list-style-type: none"> - Unidad de hospitalización 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de tratamiento con tumbonas/camillas y dotación estándar de cuidados hospitalarios de pacientes - Despacho médico con mesa, sillas, negatoscopio, ordenador, teléfono con línea exterior - Dotación estándar de área de hospitalización para cuidados de pacientes con patología médica y aislamientos respiratorios - Ambiente confortable en todos los espacios 	
<p>Instrumental</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esfigmomanómetro - Oftalmoscopio/ otoscopio - Linterna/lámpara - Tallímetro y peso - Cinta métrica - Pulsioxímetro - Electrocardiógrafo 	<ul style="list-style-type: none"> - Estándar - Estándar - Estándar - Estándares - Flexible - Portátil - Portátil 	
<p>Material fungible</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guantes desechables - Guantes estériles - Gafas de protección - Depresores - Hisopos para la toma de muestras bacteriológicas - Tuberculina - Contenedores de residuos biológicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Estándares (diversas tallas) - Estándares (diversas tallas) - Herméticas para protección de mucosas oculares - Estándares - Estándares - RT-23(estándar) - Impermeables, imperforables y de boca ancha - Disponibilidad continuada desde almacén 	
<p>Personal</p> <ul style="list-style-type: none"> - F.E. de Medicina Interna-Enfermedades Infecciosas 	<ul style="list-style-type: none"> - Competencias en enfermedades infecciosas 	

- Pediatría	- Competencias en enfermedades infecciosas y en evaluación de la maduración infantil	
- Médico de Familia	- Formación continuada en infección por VIH en las áreas de prevalencia elevada	
- F. de Centros Penitenciarios	- Formación continuada en infección por VIH	
- F. de CPD/CCD	- Formación continuada en infección por VIH	
- F. de Medicina Preventiva y Salud Pública	- Formación estándar	
- Enfermeras	- Formación continuada en infección VIH y técnica de entrevista clínica y en “counseling” para la infección por el VIH	
- Farmacéutica/o	- Formación continuada en infección VIH y tratamiento antirretroviral: técnicas de dispensación, evaluación cumplimiento, interacciones, efectos adversos	
- F.E. de Ginecología/Tocología	- Formación estándar y en profilaxis de la transmisión vertical	
- Personal administrativo	- Formación estándar	
- F.E. de Microbiología, Inmunología, Bioquímica, Hematología, Radiología, Cirugía Plástica, Aparato Digestivo, Neumología, F.E. de Anatomía Patológica Medicina del Trabajo	- Formación estándar	
- Facultativos de Unidad de Reproducción	- Formación estándar	
- Trabajadores Sociales	- Formación estándar	
Medicación		
- Antirretrovirales	- Recomendados por las guías de práctica clínica - Disponibilidad en los servicios de Farmacia Hospitalaria - Accesibilidad	

- Medicación para quimioprofilaxis	- Disponibilidad en farmacias	
- Vacunas e inmunoglobulinas	- Disponibilidad en centros sanitarios	
- Antimicrobianos	- Estándares y disponibles en las farmacias	

Unidades de soporte

UNIDADES DE SOPORTE	ENTRADAS
Microbiología	- Serología del VIH: ELISA y Western blot - Determinación de ARN-VIH, ARN-VHC y DNA-VHB - Estudios de resistencias del VIH - Estudios serológicos y microbiológicos estándares
Farmacia	- Fármacos antirretrovirales - Medicación y vacunas para la profilaxis y el tratamiento de eventos asociados al VIH - Medicación para el tratamiento de procesos intercurrentes en pacientes con infección VIH
Inmunología	- Subpoblaciones linfocitarias - Determinación de HLA*B5701
Hematología	- Técnicas estándares de estudio de enfermedades hematológicas asociadas
Bioquímica	- Estudios bioquímicos estándares
Servicio de Ginecología y Obstetricia	- Recursos estándares para la valoración ginecológica de mujeres infectadas por el VIH - Recursos estándares para la atención del embarazo de una mujer infectada por el VIH
Unidad de Reproducción	- Recursos estándares para la reproducción asistida de parejas serodiscordantes
Servicio de Cirugía Plástica	- Recursos estándares para la reparación plástica de lipodistrofia
Radiodiagnóstico	- Estudios radiológicos estándares para el diagnóstico de procesos asociados a la infección VIH
Medicina Preventiva y Salud Pública/ Epidemiología/ SVEA	- Circuito de Declaración de casos de SIDA - Circuito de Declaración de Infección VIH

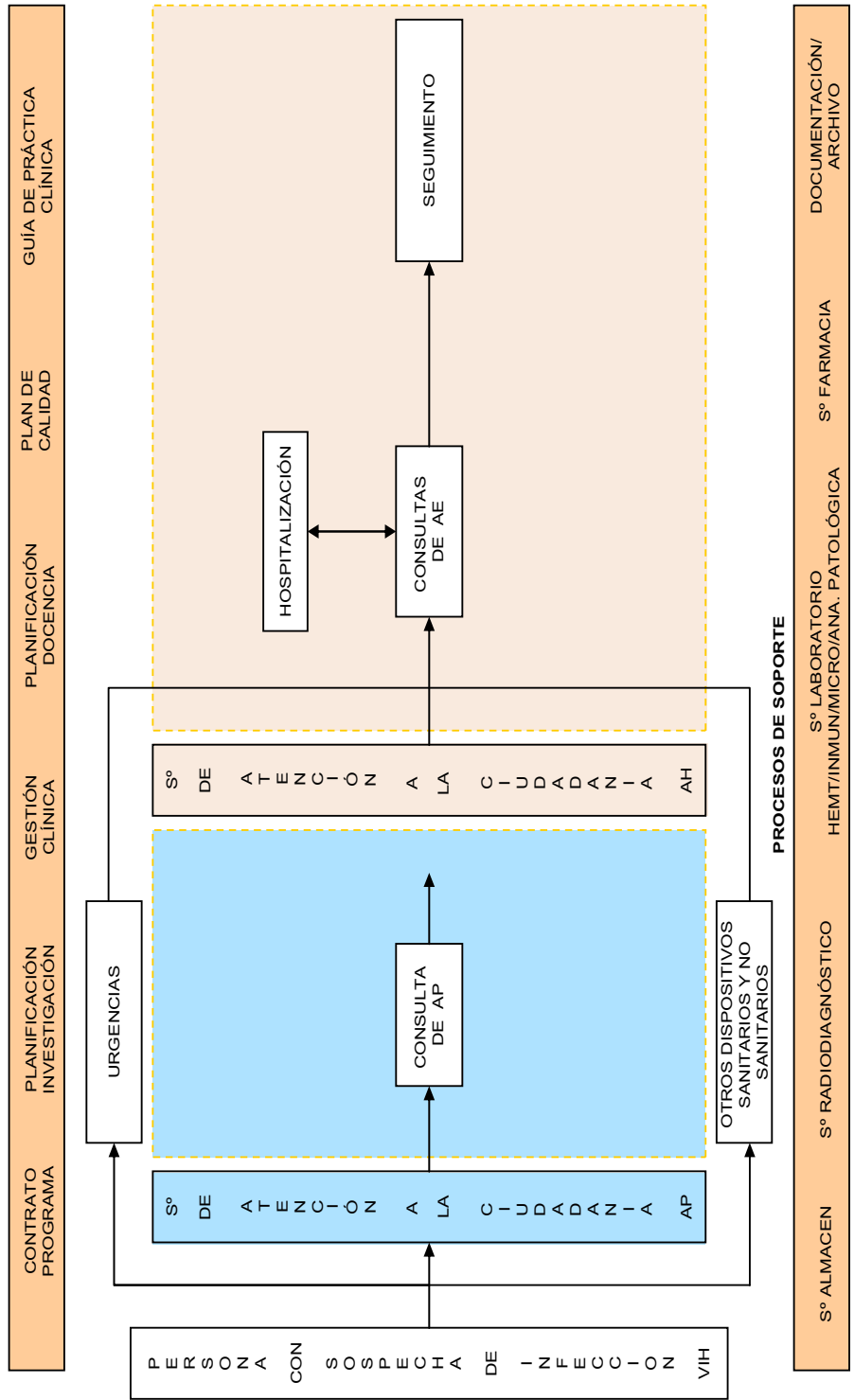
	<ul style="list-style-type: none"> - Circuito de Declaración de Enfermedades de Declaración Obligatoria - Vacunaciones
Medicina Preventiva y Salud Pública / Médico del Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Salud laboral: accidentes laborales con líquidos biológicos
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> - F.E. de Medicina Interna-Enfermedades Infecciosas - F.E. de Pediatría con competencias en enfermedades infecciosas y en evaluación de la maduración infantil - F.E. en Obstetricia y Ginecología - F.E. en Cirugía Plástica - F.E. Unidad de Reproducción - Médico/a de Familia con formación continuada en infección por el VIH - F. de Instituciones penitenciarias con formación continuada en infección por el VIH - F.E. Medicina Preventiva y Salud Pública - Enfermería con formación continuada en técnicas de entrevista clínica y en “counseling” para la infección por el VIH - Resto de especialistas descritos o descritas en la sección de “personal” en los “recursos” dentro del apartado de “Componentes del proceso”
Dirección General de Salud Pública	<ul style="list-style-type: none"> - Listado de organizaciones sanitarias, sociales y de ayuda
Plan Nacional sobre el SIDA Sociedades Científicas	<ul style="list-style-type: none"> - Guías de práctica clínica para: <ul style="list-style-type: none"> • Hábitos de vida saludables • Profilaxis de la infección por el VIH • Profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas • Tratamiento antirretroviral de adultos, embarazadas y niñas o niños • Profilaxis post-exposición accidental • Calendario vacunal • Diagnóstico y tratamiento de comorbilidades y situaciones especiales
Almacén	<ul style="list-style-type: none"> - Papelería, dotación estructural, instrumental y material fungible descritos en los apartados correspondientes a los “recursos” en el apartado de “componentes del proceso”

5

REPRESENTACIÓN GRÁFICA

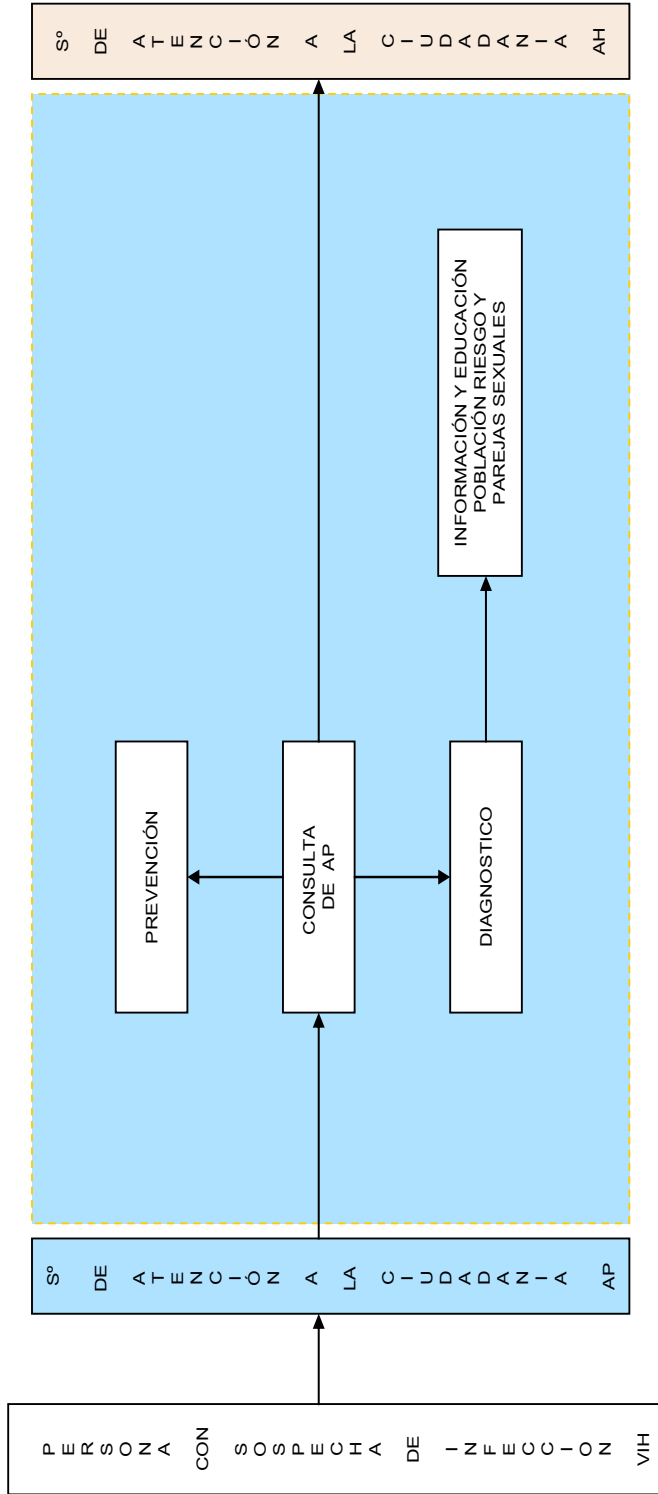
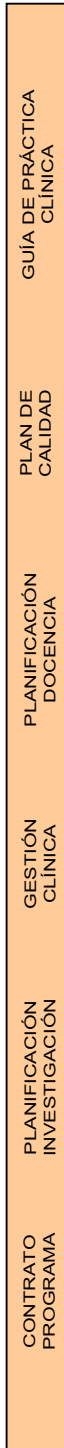
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1: VIH/SIDA

PROCESOS ESTRATÉGICOS



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: VIH/SIDA

PROCESOS ESTRATÉGICOS

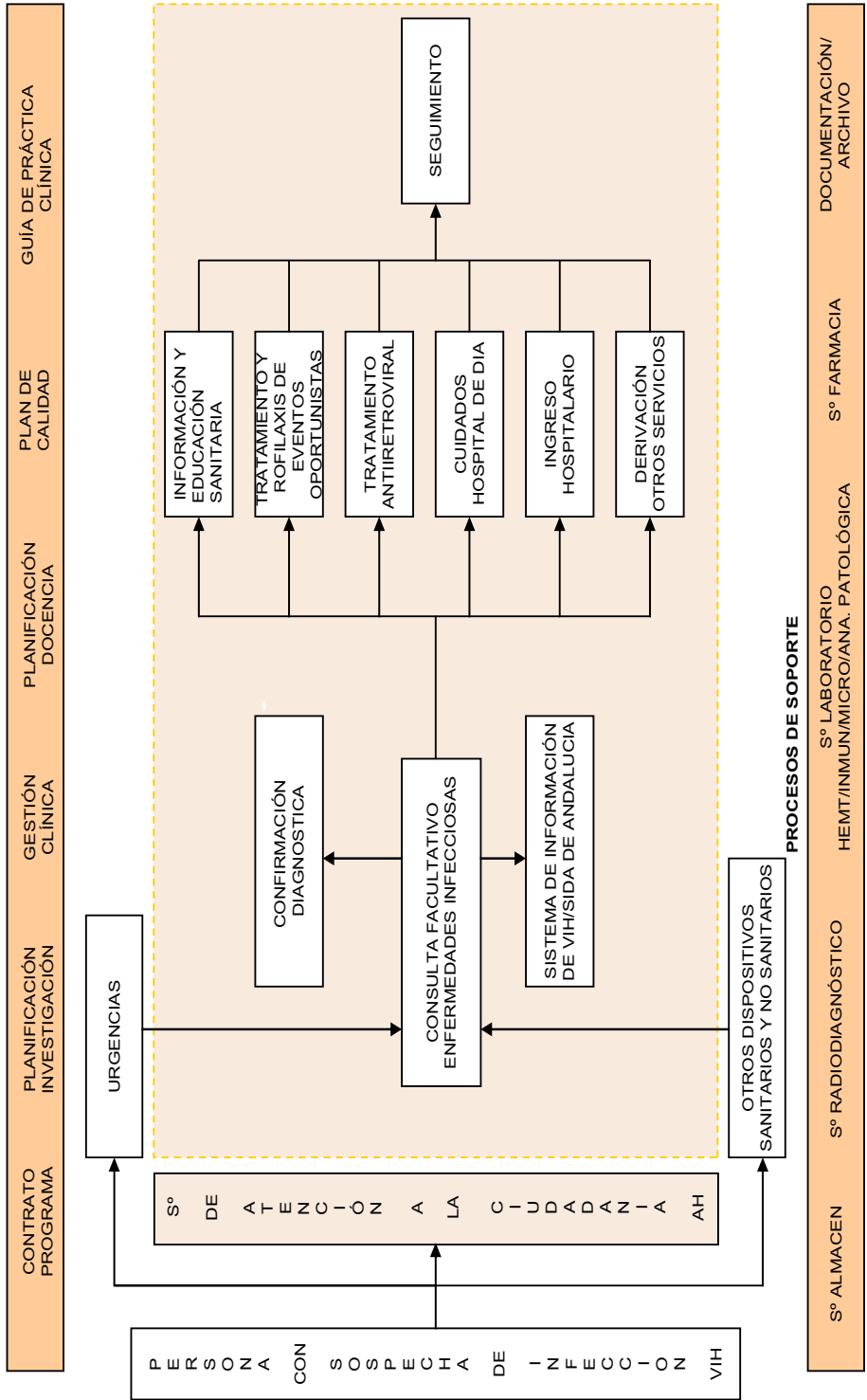


PROCESOS DE SOPORTE

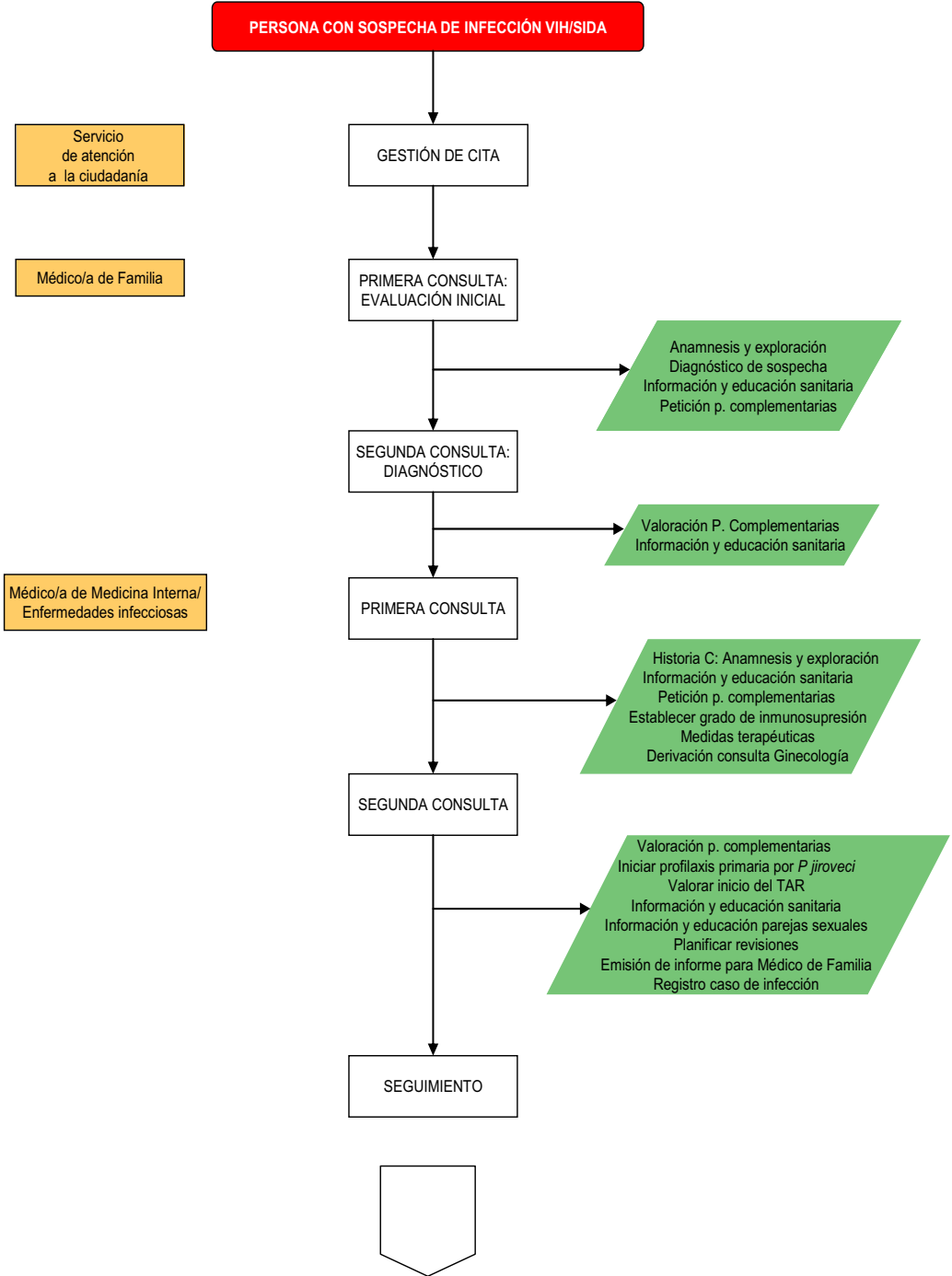


ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: VIH/ SIDA

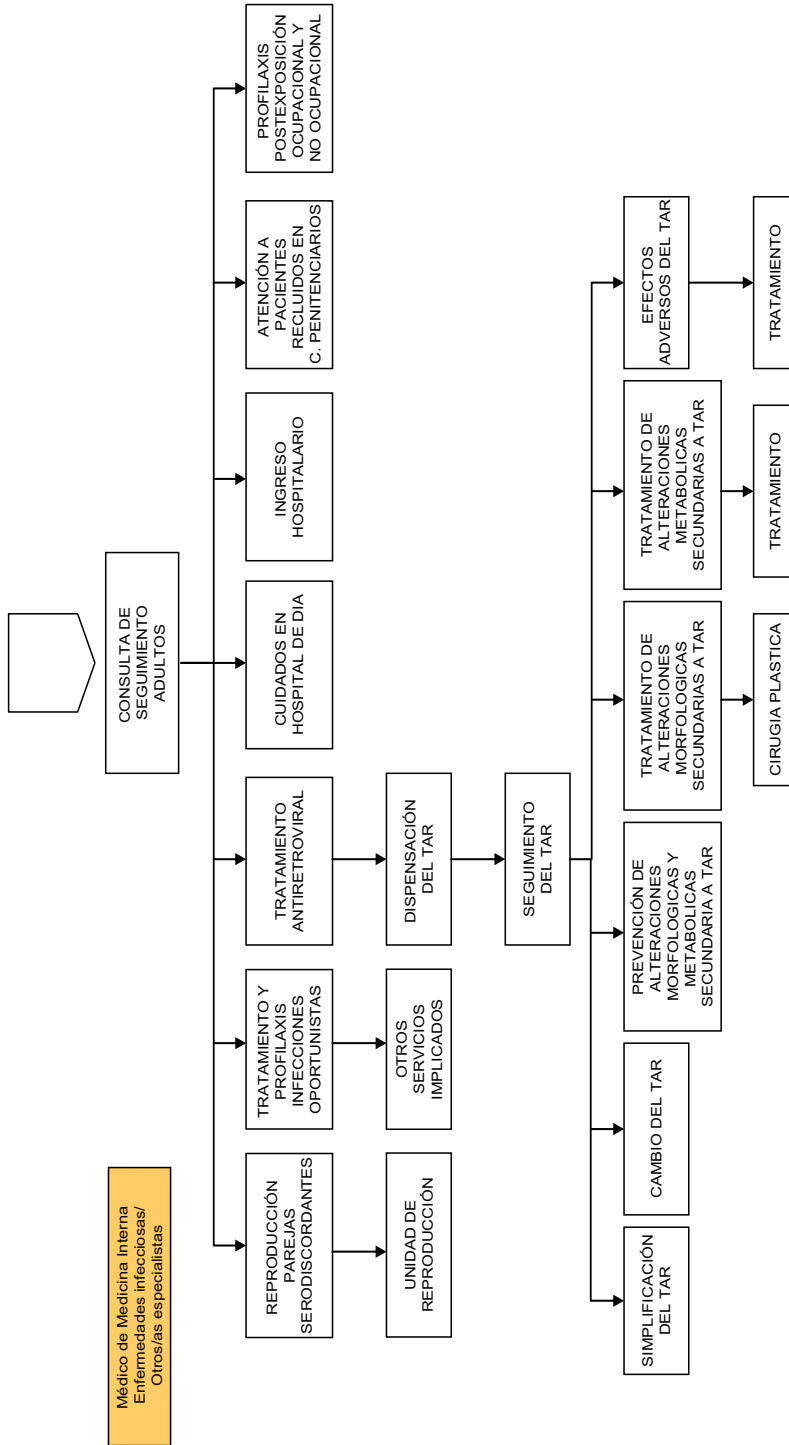
PROCESOS ESTRATÉGICOS



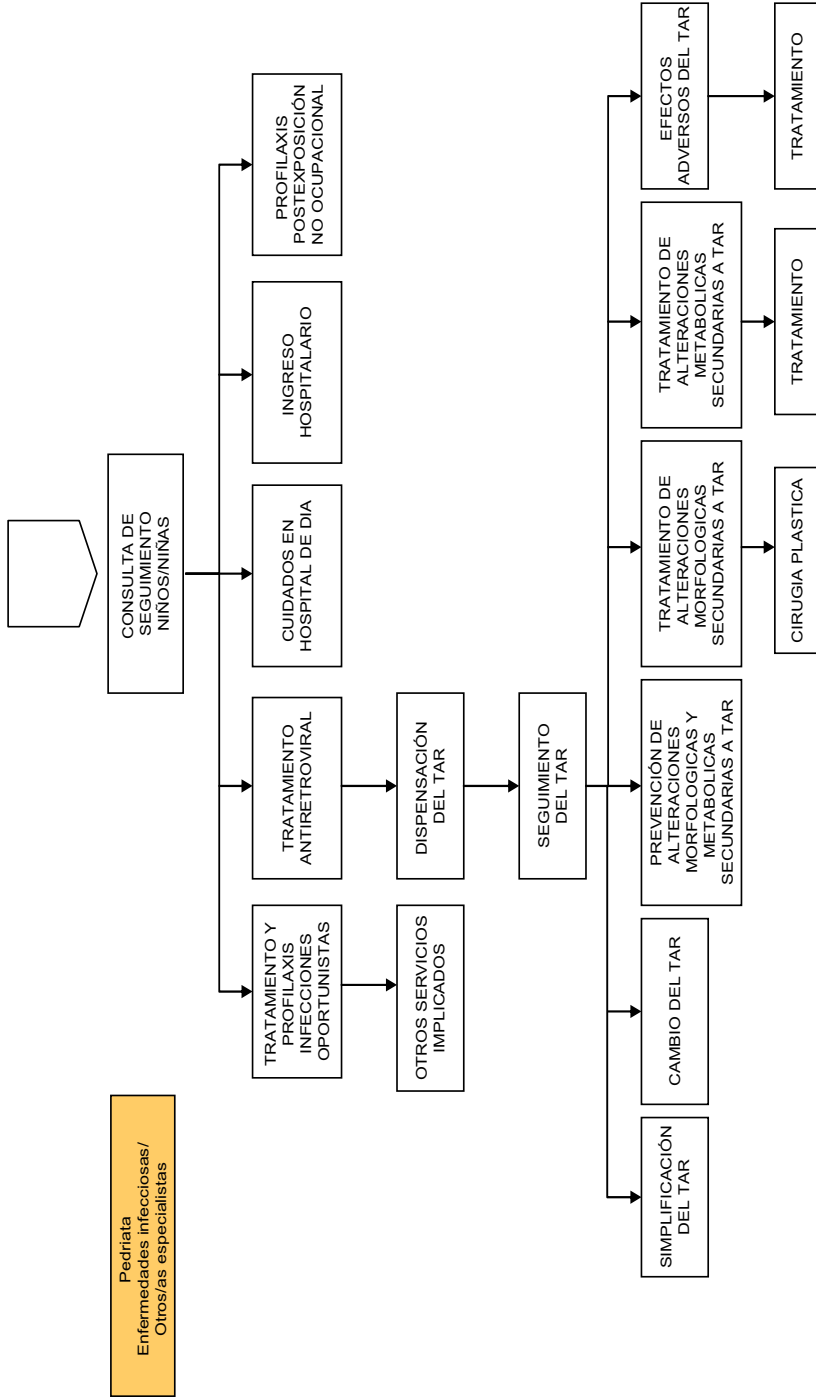
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: VIH/SIDA



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: VIH/SIDA

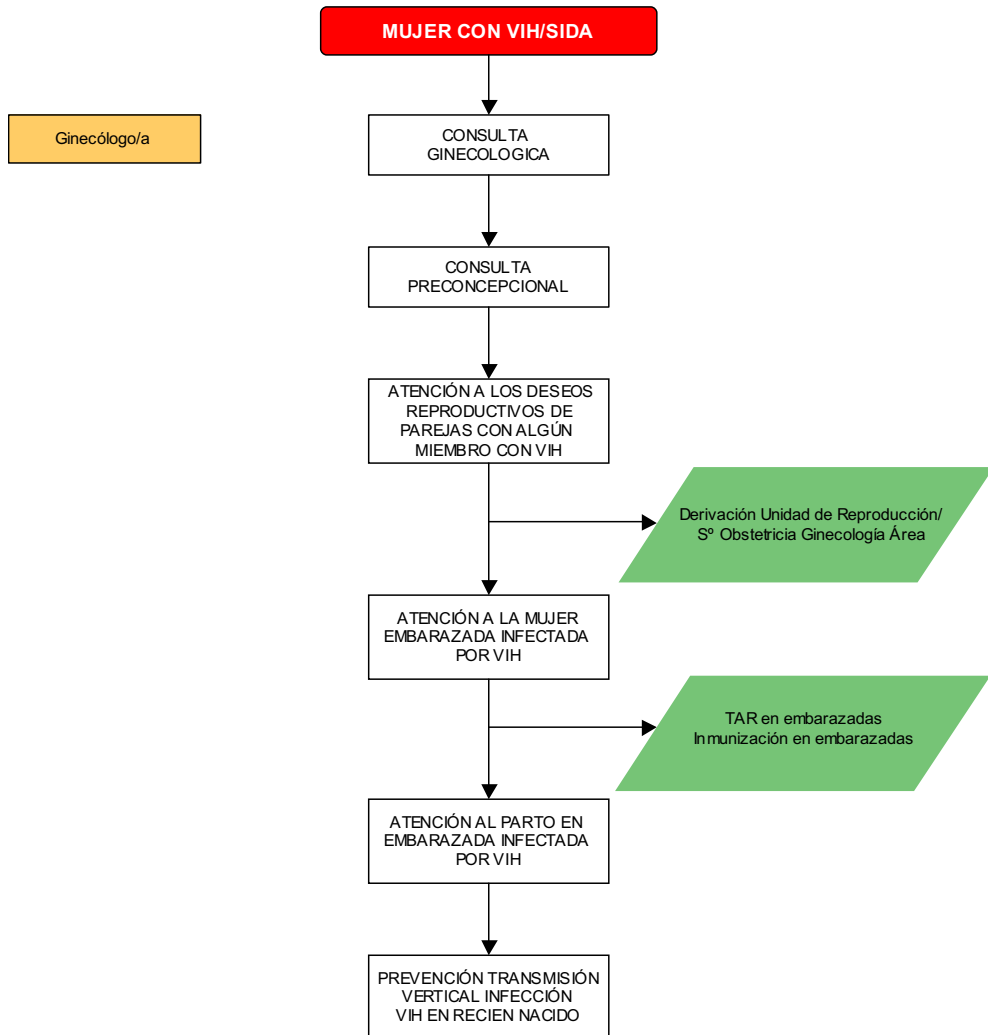


ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: VIH/SIDA



Pediatra
Enfermedades infecciosas/
Otros/as especialistas

**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: SIDA
ATENCIÓN A LOS DESEOS REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES
INFECTADAS POR VIH**



6

INDICADORES

Porcentaje de mujeres infectadas por el VIH embarazadas a las que se les ha ofrecido profilaxis de transmisión vertical.

Nº de mujeres infectadas por el VIH embarazadas atendidas que han realizado profilaxis de transmisión vertical / Nº de mujeres infectadas por el VIH embarazadas atendidas

Porcentaje de pacientes* que inician tratamiento antirretroviral a quienes se les realiza previamente una prueba de resistencias genotípicas.

Nº de pacientes que inician TAR a los que se les realiza prueba de resistencia / Nº de pacientes que inician TAR

Porcentaje de pacientes* en TAR en los que se ha registrado la evaluación de la adherencia al tratamiento.

Nº de pacientes en TAR en los que se ha registrado la evaluación de la adherencia al tratamiento/ Nº pacientes en TAR

Porcentaje de pacientes nuevos o nuevas* con diagnóstico de infección VIH a quienes se les ha realizado el test de la tuberculina y se registra en la historia clínica.

Porcentaje de pacientes nuevos o nuevas* con diagnóstico de infección VIH a los que se les ha vacunado de neumococo en los primeros seis meses de seguimiento.

Porcentaje de pacientes* que inician TAR que tienen CV indetectable a los 6 meses.

Número de pacientes que inician TAR que tienen CV indetectable a los 6 meses/Número total de pacientes que inician TAR.

Porcentaje de mujeres con infección VIH que tienen realizada la valoración ginecológica (o al menos tienen realizada la citología según especifica el proceso)

Número de mujeres con infección VIH con valoración ginecológica (o con citologías según proceso)/Número total de mujeres con infección VIH

*Todos los datos estarán desagregados por sexo

POBLACIÓN CON RIESGO AUMENTADO PARA LA INFECCIÓN VIH

Consumidores de drogas intravenosas (CDI) que comparten o han compartido material de inyección

Relaciones sexuales no seguras ahora o en el pasado

Prácticas de riesgo indirectas

Para las mujeres

- Pareja de un hombre CDI o seropositivo
- Pareja de un hombre usuario de prostitución
- Pareja de un hombre con parejas múltiples

Para los hombres

- Pareja de una mujer con parejas sexuales múltiples

Prácticas de riesgo directas

Para las mujeres

- Mujeres con múltiples parejas
- Mujeres que ejercen la prostitución

Para los hombres

- Usuario de prostitución
- Hombre con parejas múltiples
- Hombre con pareja seropositiva

Prácticas sexuales de menor a mayor riesgo

- Contacto con la boca de la pareja
- Coito vaginal o anal con uso correcto del preservativo
- Compartir instrumentos sexuales
- Contacto boca-pene sin ingesta de semen
- Contacto boca-vagina
- Contacto boca-pene con ingesta de semen
- Penetración rectal con la mano sin protección
- Coito vaginal insertivo sin protección
- Coito vaginal receptivo sin protección
- Coito anal insertivo sin protección
- Coito anal receptivo sin protección

La presencia de otras infecciones de transmisión sexual aumenta el riesgo de transmisión

Personas que recibieron transfusión de sangre antes de 1.987 o en otros países no desarrollados

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN VIH

Personas consumidoras de drogas intravenosas.

- Instrucción para inyección intravenosa limpia.
- Instrucción de lavado de jeringuillas.
- Programa de intercambio de jeringuillas.
- Cambio a la vía inhalada.
- Programa de mantenimiento con metadona.
- Programa libre de drogas.
- Dispensación gratuita de preservativos.
- Informar sobre organizaciones de apoyo existentes en la zona.

Recomendaciones sobre sexo más seguro.

- Reforzar las prácticas con menos riesgo, refuerzo positivo.
- Evitar prácticas sexuales no seguras.
- Usar preservativo siempre en cada relación con penetración. Revisar su uso correcto.
- Evitar relaciones con penetración con personas que tienen múltiples parejas sexuales o que consumen drogas por vía intravenosa, si se desconoce su situación respecto a la infección.
- Reducir el número de parejas sexuales.
- Son seguras las relaciones monógamas entre dos personas sin infección VIH en relación de confianza.
- No tener relaciones bajo el efecto del alcohol o drogas, ya que disminuye la capacidad para elegir prácticas.

En mujeres de la población general, considerar los factores biológicos y los condicionantes de género que aumentan la vulnerabilidad a la infección, para dar el consejo sobre prevención.

RECOPIACIÓN DE NORMATIVA SOBRE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN ANDALUCÍA Y REGISTRO ANDALUZ DE CASOS DE INFECCIÓN VIH Y SIDA

DECRETO 66/1996, de 13 de febrero, por el que se constituye, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y se determinan normas sobre el mismo. BOJA núm. 35 Sevilla, 19 de marzo 1996 Página núm. 2.731 CONSEJERIA DE SALUD.

ORDEN de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria. BOJA nº 4 Sevilla, 9 de Enero 1997. Pág 213-216. CONSEJERIA DE SALUD.

ORDEN de 17 de junio de 2002, por la que se modifica la de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria.

RESOLUCIÓN: SC 36 de 16 de Junio de 1999. Servicio Andaluz de Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Asistencia Especializada.

ORDEN de 11 de Diciembre de 2008, por la que se modifica la ORDEN de 19 de Diciembre de 1996, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria. BOJA nº 4 Sevilla, 8 de Enero 2009. Pág. 69-71.
<http://juntadeandalucia.es/boja/boletines/2009/4/d/32.html>

REVISIÓN DE 1993 DE LA DEFINICIÓN EUROPEA DE CASO DE SIDA CON FINES DE VIGILANCIA

Los CDC (Centros para el Control de Enfermedades) de Atlanta (Estados Unidos), han ampliado la definición de caso de SIDA incluyendo a las personas adultas y adolescentes infectadas por el VIH con recuentos de linfocitos CD4 menores de 200 por milímetro cúbico tengan o no sintomatología, y tres enfermedades indicadoras adicionales: tuberculosis pulmonar, neumonías recurrentes (en 12 meses) y cáncer cervical invasivo. Esta definición ampliada de caso de los CDC fue puesta en marcha en Estados Unidos el 1 de enero de 1993.

El grupo de expertos de epidemiología del Centro Europeo para el control epidemiológico del SIDA, junto con la oficina regional de la OMS para Europa y un importante número de países europeos, no estaban a favor de la inclusión de los criterios biológicos en la definición de caso de SIDA en Europa (reporte nº 31) pero consideraron que la adición de las tres enfermedades indicativas adicionales debería valorarse (Lancet, 1993; 341:441). Así, el Centro Europeo para el control epidemiológico del SIDA propuso ampliar la definición de caso de SIDA de OMS/CDC de 1987 para incluir las tres nuevas enfermedades indicadoras mencionadas antes y señaló que es de gran importancia mantener una definición común en Europa. Además, esta ampliación entra dentro del nuevo sistema de clasificación de los CDC para la infección por el VIH y así permite la comparabilidad internacional (MMWR 1992: 41 [RR-17]: 1-4).

En muchos países de Europa se ha puesto en marcha la ampliación de la definición durante 1993. En España la nueva definición ha entrado en vigor desde el 1 de enero de 1994.

Las siguientes páginas resumen los métodos de diagnóstico de las enfermedades indicativas de SIDA ajustados a la definición de caso europea. Para detalles, ver MMWR, 1992: 41 [RR-17] y MMWR, 1987: 36(1S) o Weekly Epidemiological Record, 1988: 63: 1-7.

DEFINICIÓN EUROPEA DE CASO DE SIDA PARA LA VIGILANCIA. LISTADO DE ENFERMEDADES INDICATIVAS

- Infecciones bacterianas, múltiples o recurrentes en niños o niñas con menos de 13 años.
- Candidiasis bronquial, traqueal o pulmonar.
- Candidiasis esofágica.
- Cáncer cervical invasivo.*
- Coccidioidomicosis, diseminada o extrapulmonar.
- Criptococosis, extrapulmonar.
- Criptosporidiasis, intestinal con diarrea (de más de 1 mes de duración).
- Enfermedad por citomegalovirus (excluido el hígado, bazo o ganglios) en pacientes de más de 1 mes de edad.
- Retinitis por citomegalovirus (con pérdida de visión).
- Encefalopatía relacionada con el VIH.
- Herpes simple: úlcera(s) crónica(s) (más de 1 mes de duración); o bronquitis, neumonitis o esofagitis en un paciente de más de 1 mes de edad.
- Histoplasmosis, diseminada o extrapulmonar.
- Isosporiasis, intestinal con diarrea (de más de 1 mes de duración).
- Sarcoma de Kaposi.
- Neumonía intersticial linfóide en niñas o niños menores de 13 años.
- Linfoma de Burkitt (o equivalente).
- Linfoma inmunoblástico (o equivalente).
- Linfoma primario de cerebro.
- Enfermedad diseminada o extrapulmonar por el complejo *Mycobacterium avium intracellulare* o *M. kansasii*.
- Tuberculosis pulmonar en personas adultas o adolescentes (>13 años).*
- Tuberculosis extrapulmonar.
- Enfermedad diseminada o extrapulmonar por *Mycobacterium* de otras especies o especies no identificadas.
- Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*.
- Neumonía recurrente.*
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Sepsis recurrente por *Salmonella* (no typhi).
- Toxoplasmosis cerebral en pacientes de más de 1 mes de edad.
- Síndrome caquético debido al VIH.

* Nuevas patologías añadidas a la definición de SIDA en 1993.

REVISIÓN DE 1993 DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y DEFINICIÓN AMPLIADA DE CASO DE SIDA CON FINES DE VIGILANCIA PARA PERSONAS ADULTAS Y ADOLESCENTES.

Categorías clínicas de la infección por VIH. Definición

Categoría A

La categoría A consiste en una o más de las condiciones siguientes en personas adultas o adolescentes (≥ 13 años) con infección documentada por VIH. Las condiciones listadas en las categorías B y C no deben haber ocurrido.

- Infección por VIH asintomática
- Linfadenopatía generalizada persistente
- Infección aguda por VIH (primaria) con enfermedad acompañante o historia de infección aguda por VIH.

Categoría B

La categoría B consiste en manifestaciones sintomáticas en personas adultas o adolescentes con infección VIH que no están incluidas entre las enumeradas en la categoría C y que cumplen al menos uno de los siguientes criterios:

- Las manifestaciones son atribuidas a la infección por el VIH o son indicativas de una deficiencia de la inmunidad celular.
- Los médicos o las médicas consideren que el curso clínico o el manejo de estos problemas se complican por la infección por VIH de base.

Las condiciones de la categoría clínica B incluyen, pero no están limitadas a:

- Angiomatosis bacilar.
- Candidiasis orofaríngea.
- Candidiasis vulvovaginal: persistente, frecuente o que responde mal al tratamiento.
- Displasia cervical (moderada o severa)/ carcinoma cervical in situ.
- Síntomas constitucionales como fiebre ($38,5^{\circ}\text{C}$) o diarrea durante > 1 mes.
- Leucoplasia vellosa oral.
- Herpes zoster: 2 episodios distintos o con afectación de más de un dermatomo.
- Púrpura trombopénica idiopática.
- Listeriosis.
- Enfermedad inflamatoria pélvica, sobre todo si se complica con absceso tubo-ovárico.
- Neuropatía periférica.

A efectos de la clasificación, las condiciones de la categoría B tienen prioridad sobre las de la categoría A, y una persona clasificada en la categoría B que se queda asintomática, no debe ser reclasificada en la categoría A.

Categoría C

La categoría C incluye las condiciones clínicas incluidas en la definición de caso de SIDA con fines de vigilancia. A efectos de la clasificación, una vez que ha ocurrido un indicador de la categoría C, la persona permanecerá en la categoría C.

Categorías inmunológicas de la infección por VIH. Definición.

- **Categoría 1:** cifras de linfocitos CD4 >500/ml.
- **Categoría 2:** cifras de linfocitos CD4+: 200-499/ml.
- **Categoría 3:** cifras de linfocitos CD4+: <200/ml.

Definición de “caso de SIDA”:

- **En Europa:** toda o todo paciente con categoría C (C1, C2, C3).
- **En USA, CDC 1993:** toda o todo paciente con categorías C ó 3 (A3, B3, C1, C2, C3).

DEFINICIÓN DE CASO DE SIDA EN NIÑOS O NIÑAS. CATEGORÍAS CLÍNICAS PARA NIÑAS O NIÑOS CON INFECCIÓN POR VIH

Tabla 1. Clasificación Clínico-inmunológica de niños y niñas menores de 13 años con infección VIH (CDC 1994)

Inmunológicas	Clínicas			
	N	A	B	C
	Asintomática	Síntomas leves	Síntomas moderados	Síntomas graves
1	N1	A1	B1	C1
2	N2	A2	B2	C2
3	N3	A3	B3	C3

Tabla 2. Clasificación inmunológica de niños y niñas menores de 13 años con infección VIH (CDC 1994)

	<12 meses	1-5 años	6-12 años
1: Sin inmunodepresión	>1500/mm ³ >25%	>1000/mm ³ >25%	>500/mm ³ >25%
2: Inmunodepresión moderada	750-1499/mm ³ 15-24%	500-999/mm ³ 15-24%	200- 499/mm ³ 15-24%
3: Inmunodepresión grave	<750/mm ³ <15%	<500/mm ³ <15%	<200/mm ³ <15%

Tabla 3. Riesgo de progresión a SIDA o muerte en los 12 meses siguientes según el porcentaje de CD4 y la edad en años en niños o niñas con infección VIH sin tratamiento o con monoterapia (disponible en la página www.pentatrials.org)

Año	CD4 5%		CD4 10%		CD4 15%		CD4 20%		CD4 25%		CD4 30%		CD4 35%	
	SIDA	Muerte	SIDA	Muerte	SIDA	Muerte	SIDA	Muerte	SIDA	Muerte	SIDA	Muerte	SIDA	Muerte
3/12	71	56	60	39	49	27	40	19	34	14	28	10	25	8
6/12	65	47	51	30	40	19	31	12	25	9	20	6	18	5
1	56	36	40	20	29	12	21	7	16	4	13	3	11	3
2	46	26	29	12	18	6	12	3	9	2	7	1	6	1
3	39	20	22	8	13	4	8	2	6	1	5	<1	5	<1
4	34	16	18	6	10	3	6	1	4	<1	4	<1	4	<1
5	31	14	15	5	8	2	5	<1	4	<1	3	<1	3	<1
6	28	12	12	4	6	1	4	<1	3	<1	3	<1	3	<1
7	26	11	11	3	5	1	3	<1	3	<1	2	<1	2	<1
8	24	10	9	3	4	<1	3	<1	2	<1	2	<1	2	<1
9	22	9	8	2	4	<1	2	<1	2	<1	2	<1	2	<1
10	20	8	7	2	3	<1	2	<1	2	<1	2	<1	2	<1

CATEGORIAS CLINICAS PARA NIÑOS O NIÑAS CON INFECCION VIH

CATEGORIA N. Asintomático/a

Niños o niñas que no tienen signos ni síntomas relacionados con la infección VIH o sólo una de las condiciones listadas en la categoría A.

CATEGORIA A. Levemente sintomático/a

Niños o niñas con dos o más de las condiciones que se listan a continuación, pero ninguna de las condiciones de las categorías B o C.

- Linfadenopatías (mayor o igual a 0,5 cm en más de dos sitios; o en un sitio pero bilateral).
- Hepatomegalia.
- Esplenomegalia.
- Dermatitis.
- Parotiditis.
- Infección recurrente o persistente de la vía respiratoria superior, otitis media o sinusitis.

CATEGORIA B. Moderadamente sintomático/a

Niños o niñas con síntomas distintos a las condiciones listadas en las categorías A y C, pero que son atribuibles a la infección VIH. Algunos ejemplos de las condiciones de la categoría B, pero que no se limitan a estos:

- Anemia (<8 gr/dl), neutropenia (<1.000/mm³) o trombocitopenia (<100.000/mm³) persistente durante 30 días o más.

- Meningitis bacteriana, neumonía o sepsis (episodio simple).
- Candidiasis orofaríngea (muguet), persistente (>2 meses) en niños o niñas >6 meses de edad.
- Miocardiopatía.
- Infección por CMV, que se inicia antes del mes de edad.
- Diarrea recurrente o crónica.
- Hepatitis.
- Estomatitis por virus herpes simple (VHS) recurrente (más de dos episodios en un año).
- Bronquitis, neumonitis o esofagitis por VHS, que se inicia antes del mes de edad.
- Herpes zoster que afecta a más de un dermatoma o que tiene al menos dos episodios distintos
- Leiomiomas.
- Neumonía intersticial linfocítica (LIP) o hiperplasia pulmonar linfocítica compleja.
- Nefropatía.
- Nocardiosis.
- Fiebre persistente (>1 mes).
- Toxoplasmosis, que se inicia antes del mes de edad.
- Varicela diseminada (varicela complicada).

CATEGORIA C. Severamente sintomático/a

Niños o niñas con alguna de las condiciones listadas en la definición de caso de SIDA para la vigilancia epidemiológica de 1987, con la excepción de la LIP:

- Infecciones bacterianas graves, múltiples o recurrentes (p.e. una combinación de al menos dos infecciones confirmadas por cultivo en un periodo de dos años) de las siguientes: septicemia, neumonía, meningitis, infección ósea o articular, absceso de órgano interno o de cavidad (excluyendo otitis media, absceso superficial de piel o mucosas e infecciones relacionadas con los catéteres).
- Candidiasis esofágica o pulmonar (bronquios, traquea, pulmón).
- Coccidioidomicosis diseminada (en lugar distinto o además de pulmón o ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
- Criptococosis extrapulmonar.
- Criptosporidiasis o isosporidiasis con diarrea persistente durante más de un mes.
- Enfermedad por CMV con comienzo de los síntomas antes del mes de vida (en lugar distinto a hígado, bazo o ganglios linfáticos).
- Encefalopatía (al menos uno de los siguientes hallazgos progresivos durante al menos 2 meses en ausencia de enfermedad concurrente distinta a la infección VIH que pueda explicar los hallazgos): a) fallo para alcanzar o pérdida de hitos de desarrollo o la pérdida de la capacidad

intelectual verificada por escalas estándar de desarrollo o por tests neuropsicológicos; b) crecimiento cerebral debilitado o microcefalia adquirida demostrada por la medida de la circunferencia del perímetro craneal o atrofia demostrada por TC o RMN (las imágenes seriadas son necesarias en niños menores de 2 años); c) déficit motor adquirido simétrico manifestado por dos o más de los siguientes: paresia, reflejos patológicos, ataxia o alteraciones de la marcha.

- Infección por VHS que causa úlcera mucocutánea persistente durante más de 1 mes o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración que afecta a niños de más de un mes de vida.
- Histoplasmosis diseminada (en un lugar distinto o añadido a pulmón o ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
- Sarcoma de Kaposi.
- Linfoma primario de cerebro.
- Linfoma de Burkitt o linfoma inmunoblástico o linfoma de células B o de fenotipo inmunológico desconocido.
- Tuberculosis diseminada o extrapulmonar.
- Otras especies de micobacterias o micobacterias desconocidas con enfermedad diseminada (en un lugar distinto o añadido a pulmón o ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
- *Mycobacterium avium* complex o *Mycobacterium kansasii*, enfermedad diseminada (en un lugar distinto o añadido a pulmón o ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
- Neumonía por *Pneumocystis jiroveci*.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Septicemia por salmonella no tifoidea recurrente.
- Toxoplasmosis cerebral con inicio después del mes de edad.
- Síndrome caquéctico en ausencia de enfermedad concurrente que pueda explicar los hallazgos: a) pérdida persistente de peso superior al 10% del basal o b) línea de cruce por debajo de al menos dos de los percentiles de la escala de peso por edad en niños de un año o más (p.e percentil 95, 75, 50, 25, 5) o c) por debajo del percentil 5 en la escala de peso y talla en dos medidas consecutivas con más de 30 días de separación más a) diarrea crónica (p.e al menos dos deposiciones blandas por día durante 30 días o más) o b) fiebre documentada (durante 30 o más días, intermitente o constante).

RECOMENDACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

Estas recomendaciones son las más recientes al momento de elaborar este documento. Dada la rápida evolución de las mismas, deberán actualizarse periódicamente.

- Seguir recomendaciones generales para la administración de vacunas en la población general del Comité Español de Vacunas: http://www.vacunas.org/index2.php?option=com_content&task=view&id=631&Itemid=268&pop=1&page=0
- Conservación, administración y manipulación:
http://www.vacunas.org/index2.php?option=com_content&task=view&id=631&Itemid=268&pop=1&page=0
- Descartar contraindicaciones en el momento de la administración:
http://www.vacunas.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1349&Itemid=268
- Aplicar precauciones estándar.
- No reencapuchar agujas.
- Anotar vacunas administradas en la cartilla de vacunación y en la historia de la persona.
- Recoger reacciones adversas a las vacunas administradas:
http://www.vacunas.org/index2.php?option=com_content&task=view&id=637&Itemid=268&pop=1&page=0
- Declaración obligatoria al Centro Andaluz de Farmacovigilancia (“tarjeta amarilla”) de las reacciones adversas graves a las vacunas.

CALENDARIO VACUNAL EN NIÑOS Y NIÑAS CON INFECCIÓN VIH

Edad	Vacuna
Nacimiento	Hepatitis B
1 mes	Hepatitis B
2 meses	DTPa, VPI, Hib, Meningitis C, neumocócica conjugada
4 meses	DTPa, VPI, Hib, Meningitis C, neumocócica conjugada
6 meses	DTPa, VPI, Hib, neumocócica conjugada, Hepatitis B ¹
12 meses	Triple vírica ² , Varicela ³ (mismo día)
13 meses	Triple vírica ² , Hepatitis A
14 meses	Neumocócica conjugada + Meningococo C
15 meses	DTPa-VPI-Hib, varicela ³
19 meses	Hepatitis A
24 meses	Neumocócica 23-valente ⁴
6 años	DTPa, VPI
14 años	dTpa (adulto)
Anualmente (octubre)	Antigripal ⁵

* La vacuna del virus del papiloma humano se administrará según los mismos criterios vigentes en la población general.

¹ Se debe medir la respuesta serológica al mes de la tercera dosis y si no hay respuesta se aconseja un máximo de tres nuevas dosis. La respuesta es mejor cuando los T CD4⁺ se encuentran por encima de los 200/mm³.

² Con porcentaje de T CD4⁺ \geq 15%.

³ Con porcentaje de T CD4⁺ \geq 25%.

⁴ Se debe considerar la revacunación a los 5 años.

⁵ A partir de los 6 meses de edad; 1 ó 2 dosis, según ficha técnica.

RECOMENDACIONES SOBRE PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS EN PERSONAS ADULTAS INFECTADAS POR VIH

El tratamiento de las infecciones oportunistas relacionadas con el VIH, deberá realizarse según las recomendaciones establecidas por las autoridades sanitarias y sociedades científicas. Con objeto de mantener este documento actualizado, remitimos a las guías de práctica clínica que sobre este aspecto más recientemente han sido editadas. Dado que el desarrollo de los aspectos terapéuticos relacionados con el VIH se encuentran en constante evolución, recomendamos consultar las actualizaciones de estas guías.

- Jerónimo Pachón, Emilio Pujol, Antonio Rivero. "La Infección por el VIH. Guía práctica. 2ª edición" Sevilla: Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas/Consejería de Salud; Julio 2003. Disponible en www.saei.org
- Guidelines for the Preventing Opportunistic Infections Among HIV-Infected Persons-2002. Recommendations of the U.S. Public Health Service and the Infectious Disease Society of America. En: Prevention of Opportunistic Infections Guidelines. www.cdc.gov/hiv/resources/guidelines/index.htm
- Treating Opportunistic Infections Among HIV-Infected Adults and Adolescents Recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association/ Infectious Diseases Society of America. MMWR 2004; 53(RR 15). En: Treatment of Opportunistic Infections Guidelines (2004). www.cdc.gov/hiv/resources/guidelines/index.htm
- Treatment of Tuberculosis. American Thoracic Society, CDC, and Infectious Diseases Society of America. En: Treatment of Tuberculosis MMWR 2003; 52 (No. RR-11). www.cdc.gov/hiv/resources/guidelines/index.htm
- Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. June 18, 2008. Recommendations of the National Institutes of Health (NIH), the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the HIV Medicine Association of the Infectious Disease Society of America (HIVMA/IDSA). <http://AIDSinfo.nih.gov>
- Prevención de las infecciones oportunistas en personas adultas y adolescentes con infección VIH en el año 2008. Recomendaciones del Grupo de Estudio del SIDA (GESIDA)/Plan Nacional sobre el SIDA (16/09/ 2008). <http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/dccconsensos>
- Tratamiento de las infecciones oportunistas en personas adultas y adolescentes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la era del tratamiento antirretrovírico de gran actividad. Recomendaciones de GESIDA y el Plan Nacional sobre el SIDA (16/05/2008). <http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/dccconsensos>

RECOMENDACIONES SOBRE PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES OPORTUNISTAS EN NIÑOS Y NIÑAS CON INFECCIÓN VIH

La profilaxis de las infecciones oportunistas relacionadas con el VIH, deberá realizarse según las recomendaciones establecidas por las autoridades sanitarias y sociedades científicas. Con objeto de mantener este documento actualizado, remitimos a las guías de práctica clínica que sobre este aspecto mas recientemente han sido editadas (ver anexo 10). En cualquier caso y dado que el desarrollo del conocimiento relacionado con el VIH se encuentran en constante evolución, recomendamos al lector consulte las actualizaciones de estas guías.

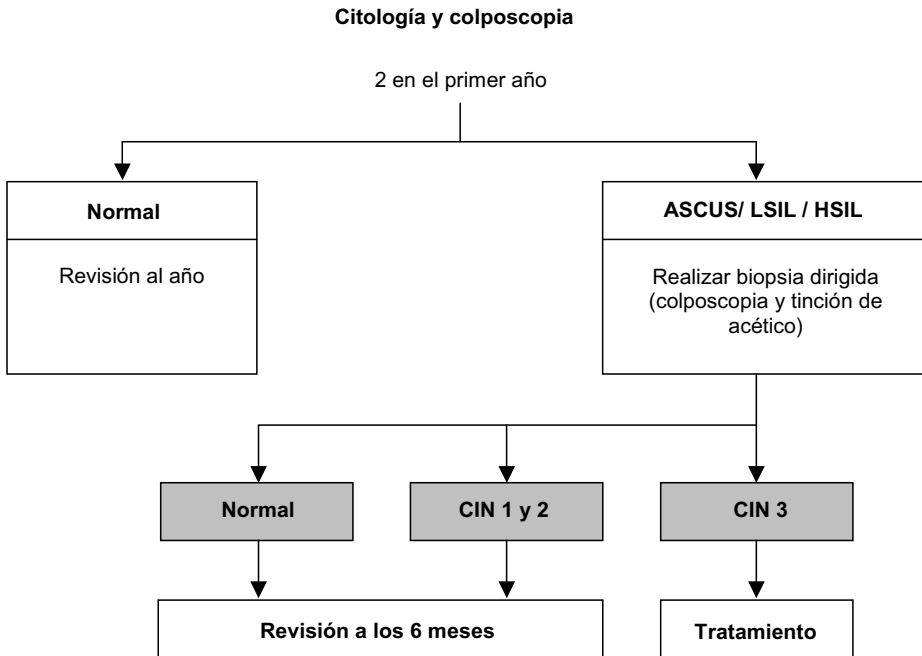
- Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in VIH-Infected Adults and Adolescents. Recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infections Diseases Society of America, March 24, 2009 / 58 (Early Release); 1-198.
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtm/rr58e324a1.htm>
- Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections among HIV-Exposed and HIV-Infected Children-June 20, 2008. <http://AIDSinfo.nih.gov>

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Síndromes habituales	Gérmenes más frecuentes
Cistitis/uretritis	<i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> y virus del herpes simple
Cervicitis mucopurulenta	<i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i>
Vulvovaginitis	<i>C. albicans</i> y <i>T. vaginalis</i>
Vaginosis bacteriana	<i>G. vaginalis</i> , <i>M. Hominis</i> y <i>Mobiluncus</i> .
Lesiones ulcerosas genitales	Virus del herpes simple, <i>T. pallidum</i> , <i>H. Ducrei</i> , <i>C granulomatis</i> (cepas LGV).
Proctitis	<i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> , <i>T. pallidum</i> y virus del herpes simple.
Verruga vaginales y anales	Papilomavirus humano.
Enfermedad inflamatoria pélvica	<i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> .

*El tratamiento empírico de las ITS se realizará en base a las recomendaciones de la CDC.

ALGORITMO DE EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA PARA MUJERES CON INFECCIÓN VIH



Ascus: células escamosas atípicas de significado indeterminado. **LSIL:** lesiones escamosas intraepiteliales de de bajo grado. **HSIL:** lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado. **CIN:** neoplasia intraepitelial cervical.

*Adaptado de Sirera G, et al. Enferm Infecc Microbiol Clin 2006.

GUÍAS RECOMENDADAS SOBRE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PERSONAS ADULTAS

Respecto a qué fármacos concretos utilizar, dados los continuos cambios que sufren las recomendaciones en este sentido, lo más conveniente es seguir las guías existentes para ello, las cuales se actualizan muy frecuentemente. En el Anexo se citan las recomendadas.

Título y filiación del documento	Disponible en:
Panel de expertos de GESIDA/Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en personas adultas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana.	www.gesida.seimc.org
Department of Human Health Service Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents.	http://AIDSinfo.nih.gov
Treatment for adult HIV infection: Recommendations of the International AIDS Society–USA Panel.	www.iasusa.org/pub/index.html
European AIDS Clinical Society. European guidelines for the clinical management and treatment of HIV infected adults.	www.eacs.ws

1. Department of Human Health Service Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guideline for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents: January 29, 2008 (disponible en <http://AIDSinfo.nih.gov>).
2. Panel de expertos de GESIDA y Plan Nacional sobre el SIDA. Recomendaciones de GESIDA/ PNS respecto al tratamiento antirretroviral en personas adultas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (actualización enero de 2008). (disponible versión integra en www.gesida.seimc.org).
3. GESIDA-PNS.
 - http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/DcyRc_Recomendaciones_TAR_GESIDA-PNS_Impver1.pdf

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DE LOS ANTIRRETROVIRALES

Las interacciones de los fármacos antirretrovirales son muy frecuentes y el conocimiento de las mismas se encuentra en continua evolución. Con objeto de mantener este documento actualizado, remitimos a las páginas mas utilizadas sobre este aspecto. Dado que el desarrollo de los aspectos terapéuticos relacionados con las interacciones farmacológicas se encuentra en constante evolución, recomendamos al lector consulte las actualizaciones de estas páginas.

- <http://www.interaccioneshiv.com>
- <http://www.hiv-druginteractions.org/index.htm>

GUÍAS RECOMENDADAS DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN NIÑOS Y NIÑAS

Respecto a qué fármacos concretos utilizar, dados los continuos cambios que sufren las recomendaciones en este sentido, lo más conveniente es seguir las guías existentes para ello, las cuales se actualizan muy frecuentemente. En el Anexo se citan las recomendadas.

- Recomendaciones CEVIHP/SEIP/AEP/PNS respecto al tratamiento antirretroviral en niñas y en niños y adolescentes con infección VIH, marzo 2008. Plan Nacional sobre el SIDA del MSC. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/asistencia/publicaciones.htm>
- Guidelines for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infection, february 28, 2008. Disponible en: <http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/>
- Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents - January 29, 2008. Disponible en: <http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/>
- Recomendaciones para el seguimiento de la infección por el VIH con relación a la reproducción, el embarazo y la prevención de la transmisión vertical (2007). Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/asistencia/publicaciones.htm>
- BHIVA guidelines writing Committee. Guidelines for the management of HIV infection in pregnant women and the prevention of mother-to-child transmission of HIV. HIV Medicine 2005;6:107-48.
- Perinatal HIV Guidelines Working Group. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV transmission in the United States. November 2, 2007. Disponible en: <http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/>
- Committee on Pediatric AIDS. Diagnosis of HIV-1 infection in children younger than 18 months in the United States. Pediatrics 2007; 120: e1547-e1562.
- International AIDS Society-USA. HIV Drug Resistance Mutations. Disponible en: http://www1.iasusa.org/resistance_mutations
- USPHS/IDSA Guidelines for the Prevention of Opportunistic Infections in Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus, June 14, 2002. Disponible en: <http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/>

CÁLCULO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

- Página con una recopilación de calculadoras en Internet para el cálculo del riesgo cardiovascular http://www.fundacioninfosalud.org/cardio/cv_scalas.htm
- Página para el cálculo del riesgo cardiovascular del *National Cholesterol Educational Program* <http://hp2010.nhlbihin.net/atpiii/calculator.asp?usertype=prof>

MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS ALTERACIONES METABÓLICAS Y MORFOLÓGICAS ASOCIADAS AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Respecto a qué fármacos concretos utilizar, dados los continuos cambios que sufren las recomendaciones en este sentido, lo más conveniente es seguir las guías existentes para ello, las cuales se actualizan muy frecuentemente. En este ANEXO se citan las recomendadas.

- Recomendaciones de GEAM/SNPS sobre el manejo de las alteraciones metabólicas y morfológicas en el paciente con infección por el VIH.
<http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/recomendaciones.htm>
- European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines on the prevention and management of metabolic diseases in HIV. HIV Med 2008; 9:72-81 (disponible en:<http://www.eacs.eu/guide/index.htm>)
- Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero de 2007).
http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/DcyRc_Recomendaciones_TAR_GESIDA-PNS_Impver2.pdf

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA

El siguiente plan de cuidados está destinado a personas seropositivas o con proceso de SIDA ya desarrollado.

La infección por el VIH es una enfermedad en la que la prevención sigue siendo el mejor medio de lucha contra ella. Las personas seropositivas, como portadoras del VIH deben evitar la transmisión a otras adoptando prácticas seguras y a su vez, evitando reinfecciones.

Por otra parte, la enfermedad del VIH con una actitud e información adecuadas puede ser manejada como una enfermedad crónica, por lo que la educación para la salud se hace imprescindible en el abordaje de este proceso asistencial.

Para su elaboración se ha tenido en cuenta la necesidad de controlar determinados factores como son la adherencia al tratamiento, el control de infecciones, el manejo de la ansiedad así como el de la nutrición y como no, la educación sanitaria tanto a pacientes como a la familia y/o personas implicadas en el cuidado.

Las enfermeras abordan de forma similar los problemas de salud debido a que son pacientes de tipo crónico y cada vez necesitan menos atención hospitalaria, con un aumento en la atención de consulta, hospital de día y atención continuada.

No debemos olvidar que se trata de un plan de cuidados estandarizado, por lo que habrá que personalizarlo en función de las características de cada paciente y situación.

Incluye:

- Valoración mínima específica según el modelo de necesidades de Virginia Henderson, orientada a recoger la información para poder formular unos problemas y garantizar unos cuidados personalizados. Se complementa con la inclusión de cuestionarios de uso multidisciplinar (Tabla 1).
- Exposición de los principales problemas enfermeros que suelen aparecer, recogidos en etiquetas diagnósticas según la taxonomía II de la NANDA, selección de resultados esperados según la clasificación NOC y de las intervenciones enfermeras necesarias para dar solución a estos problemas utilizando la clasificación NIC.

Tan importante como la valoración constante de la persona enferma, es asegurar la continuidad y coherencia de los cuidados proporcionados en los distintos niveles asistenciales y entre las distintas áreas del mismo nivel. Por ello, se debe prestar una especial atención a los registros enfermeros que se deriven, en los que quedarán reflejados la evolución y evaluación del plan de cuidados.

La infección por el VIH se ha convertido en una enfermedad crónica, para la que los sanitarios deben establecer los cuidados que aseguren el bienestar de estas personas.

Este plan de cuidados ha sido elaborado por enfermeras de planta de hospital, de Unidad de Día y de consulta externa de VIH en Atención Hospitalaria, y revisado por enfermería comunitaria de enlace con el fin de abordar los problemas con una visión lo más amplia posible.

Tabla 1: Valoración mínima específica de enfermería en el Proceso Asistencial Integrado VIH-SIDA

ITEMS	CUESTIONARIOS
01 Dificultad para respirar	Escala de Goldberg
03 Fumador/a	
12 Tensión arterial	Escala de Braden
14 Alimentación/Nutrición	
15 Necesidad de ayuda para alimentarse	
16 Problemas de dentición	
17 Problemas de la mucosa oral	
19 Total de consumo de líquidos diarios (1 vaso = 250cc)	
21 Apetito	
22 Nauseas	
23 Vómitos	
25 Incapacidad de realizar por si mismo las actividades del uso del WC	
26 Número y frecuencia de deposiciones	
28 Tipo de heces	
29 Presencia en heces de.....	
31 Ayuda para la defecación	
39 Situación habitual-deambulante, sillón, cama	
44 Falta o reducción de energía para tolerar la actividad	
46 Cambios en el patrón del sueño	
47 Ayuda para dormir	
50 Requiere ayuda para ponerse/quitar ropa-calzado	
52 Temperatura	
56 Estado de piel y mucosas....	
58 Presencia de alergias	
59 Vacunado/a incorrectamente	
60 Nivel de conciencia	
61 Nivel de orientación	
62 Dolor	
65 Alcohol	
67 Otras sustancias	
68 No sigue el plan terapéutico	
72 El hogar no presenta condiciones de habitabilidad	
74 Alteraciones sensorio-perceptivas	
75 Dificultad en la comunicación	
77 Su cuidador/a principal es	
79 Tiene alguna persona a su cargo	
81 Describa con quien comparte el hogar	
82 Problemas familiares	
92 Relaciones sexuales de riesgo	
101 No participa en aspectos relacionados con su enfermedad	
103 Expresa desagrado con su imagen corporal	
105 Temor expreso	
110 Situación laboral	
119 Desea mas información sobre....	
145 Peso	
146 Talla	
150 Higiene general	

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS SELECCIONADOS SIGUIENDO LA TAXONOMÍA II DE LA NANDA

00146.-Ansiedad

00002.-Desequilibrio nutricional por defecto

00004.-Riesgo de infección

00079.-Incumplimiento del tratamiento (especificar)

00126.-Conocimientos deficientes

DESARROLLO

00146.-ANSIEDAD

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1402.-Autocontrol de la ansiedad

14. Refiere dormir de forma adecuada.

17. Controla la respuesta de ansiedad.

1302.-Afrontamiento de problemas

05. Verbaliza aceptación de la situación.

06. Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento.

08. Se adapta a los cambios en desarrollo.

NIC (Intervenciones de enfermería)

5820.-Disminución de la ansiedad

- Tratar de comprender su perspectiva sobre una situación estresante.
- Permanecer con la persona enferma para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Presentarle personas o grupos que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.

5230.-Aumentar el afrontamiento

- Ayudarle a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo.
- Ayudarle a identificar sistemas de apoyo disponibles.
- Animar la implicación familiar si procede.
- Ayudarle a clarificar los conceptos equivocados.

00002.-DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1612.-Control de peso

- 05. Utiliza complementos nutricionales.
- 07. Mantiene un patrón alimentario recomendado.
- 20. Demuestra progreso hacia el peso objetivo.

1802.-Conocimiento: dieta

- 15. Descripción de las posibles interacciones de los medicamentos con la comida.
- 02. Explicación del fundamento de la dieta recomendada.

NIC (Intervenciones de enfermería)

1100.-Manejo de la nutrición

- Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.
- Pesarle a intervalos de tiempo adecuados.
- Considerar las preferencias alimenticias del/de la paciente teniendo en cuenta su gusto personal, cultural y religión.

1240.-Ayuda para ganar peso

- Ayudarle o alimentarle, si procede.
- Presentar la comida de forma agradable y atractiva.

5246.-Asesoramiento nutricional

- Enseñar a la persona y a la familia a planificar las comidas, si procede.
- Proporcionar información, si es necesario acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud.
- Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.
- Informar a la familia acerca de técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.

00004.-RIESGO DE INFECCIÓN

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1902.-Control del riesgo

- 01. Reconoce factores de riesgo.
- 08. Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.
- 12. Efectúa las vacunaciones apropiadas.

1807.-Conocimiento: control de la infección

- 01. Descripción del modo de transmisión.
- 07. Descripción de actividades para aumentar la resistencia a la infección.

NIC (Intervenciones de enfermería)

5622.-Enseñanza: sexo seguro

- Fomentar el uso del preservativo.
- Remitir a la persona con problemas o preguntas sobre relaciones sexuales al cuidador sanitario correspondiente, si procede.

6550.-Protección contra las infecciones

- Enseñar a la persona y a la familia a evitar infecciones.
- Instruir a la persona y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos al cuidador o a la cuidadora.
- Enseñarle a tomar la medicación tal como se ha prescrito.
- Observar los signos y síntomas de infección.

6530.-Manejo de la inmunización/ vacunación

- Proporcionar una cartilla de vacunación para registrar fecha y tipo de la inmunización administrada.
- Informar de las inmunizaciones protectoras sobre enfermedades que actualmente no son obligatorias por ley (gripe, neumococo y hepatitis B).
- Informar de dónde se pueden obtener las inmunizaciones.

00079.-INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO (ESPECIFICAR)

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1601.-Conducta de cumplimiento

- 03. Comunica seguir la pauta prescrita.
- 05. Conserva la cita con un/a profesional sanitario/a.
- 08. Realiza las AVD según prescripción.

2205.-Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos

- 03. Conocimiento: proceso de la enfermedad.

NIC (Intervenciones de enfermería)

4420.-Acuerdo con la persona

- Ayudarle a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos.
- Facilitar la implicación de los seres queridos en el proceso del acuerdo, si así lo desea.
- Servir de enlace entre esta persona y otros profesionales.
- Proporcionarle la información solicitada.

5250.-Apoyo en la toma de decisiones

- Ayudarle a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.
- Remitir a grupos de apoyo, si procede.

4360.-Modificación de la conducta

- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.
- Desarrollar un método para registrar la conducta y sus cambios.
- Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación, si procede.
- Realizar un seguimiento de refuerzo a largo plazo (contacto telefónico personal).

4920.-Escucha activa

- Mostrar interés en la persona.
- Atender a las palabras que se evitan así como a los mensajes no verbales que acompañan a la palabra expresada.

5618.-Enseñanza: procedimiento/tratamiento

- Explicar el propósito y las actividades del procedimiento/tratamiento.
- Presentarle al personal implicado en el procedimiento/tratamiento.
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados.

00126.-CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1803.-Conocimiento: proceso de enfermedad

02. Descripción del proceso de la enfermedad.

1813.-Conocimiento del régimen terapéutico

06. Descripción de la medicación prescrita.

16. Descripción de los beneficios esperados del tratamiento.

1805.-Conocimiento: conducta sanitaria

14. Explicación de las medidas para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas.

1812.-Conocimiento: control del consumo de sustancias psicoactivas

NIC (Intervenciones de enfermería)

5602.-Enseñanza: proceso de enfermedad

- Evaluar sus conocimientos actuales relacionados con el proceso de enfermedad específica.
- Proporcionarle información acerca de la enfermedad.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
- Instruirle sobre las medidas para prevenir o minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, si procede.
- Enseñarle medidas para controlar o minimizar síntomas, si procede.
- Instruirle sobre cuales son los signos y síntomas sobre los que debe informar a la persona cuidadora, si procede.

7400.-Guías del Sistema Sanitario

- Explicar el sistema de cuidados sanitarios inmediato, su funcionamiento y lo que pueden esperar la persona y familia.
- Informar sobre los recursos comunitarios y personas de contacto.
- Proporcionar informes a los cuidadores y a las cuidadoras de post-hospitalización.

5622.-Enseñanza: sexo seguro

- Enseñarle a usar preservativo y técnica de utilización.

5606.-Enseñanza individual

- Valorar sus capacidades, incapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas.
- Establecer metas de aprendizaje con la persona.
- Darle tiempo para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
- Incluir a la familia/ser querido, si es posible.

5616.-Enseñanza: medicamentos prescritos

- Informarle acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Evaluar su capacidad para administrarse los medicamentos a sí mismo/a.
- Instruirle acerca de la administración/aplicación de cada medicamento.
- Informarle sobre posibles interacciones de fármacos/comidas.

4500.-Prevención del consumo de sustancias nocivas

- Establecer compenetración.
- Fomentar la toma de decisiones responsable acerca de la elección del propio estilo de vida.
- Recomendar cambios responsables en el historial de alcohol y drogas.
- Reforzar la conducta si se considera oportuno.

AUTOINSEMINACIÓN

Aquellas parejas con varón sano y mujer seropositiva al VIH que, después de haber recibido información y evaluación médica detallada, se hayan decidido por intentar el embarazo natural, pueden intentar autoinseminaciones, sin intervención médica. Actualmente es posible establecer con bastante precisión la ventana periovulatoria mediante alguna de las siguientes técnicas:

- **Examen de la secreción mucosa cervicovaginal.** Este método se fundamenta en el análisis de las características del moco cervical emitido a través de la vagina de la mujer. Resulta especialmente útil para el especialista en fertilidad, pues identifica los días periovulatorios con una alta tasa de fiabilidad (>98%). Es preciso un entrenamiento supervisado de 3-6 meses para que resulte útil en parejas que desean un embarazo, lo que no lo hace fácil de aplicar en la práctica clínica habitual.
- **Toma de la temperatura basal.** Se basa en la determinación de la temperatura corporal a lo largo del ciclo femenino. Para que el método sea fiable la toma de la temperatura debe realizarse todos los días a la misma hora, entre las 6 y 8 de la mañana.

A lo largo del ciclo femenino se distinguen tres fases en la evolución de la temperatura basal:

1. Fase de hipotermia (36'3-36'5°C), que corresponde a la primera fase del ciclo ovárico (folicular o estrogénica).
 2. Fase de transición o ascenso progresivo de la temperatura de 0'25-0'5°C durante 1 a 5 días. El día probable de ovulación corresponde con el de inicio del ascenso de la temperatura después de la fase de hipotermia.
 3. Fase de hipertermia (36'6-37°C). Tras el periodo de transición la temperatura basal se estabiliza en cifras más elevadas que en la primera parte del ciclo, estableciéndose la fase luteínica o gestagénica que se prolonga hasta el inicio de la siguiente menstruación.
- **Tests de ovulación.** Se basan en la determinación de las concentraciones de LH en orina durante varios días consecutivos para establecer con 24-48 horas de antelación el día probable de ovulación. La interpretación de los resultados es sencilla, consiste en la lectura de una tira reactiva que se expone a unas gotas de orina. Se estima que el día de test positivo y los dos siguientes son los de mayor probabilidad de embarazo. Por su sencillez y fiabilidad probablemente se trate del método de elección en parejas serodiscordantes. Existen varias marcas comercializadas (*DonnaTest, Clear Plan Easy, Primatime Orina, Ovultest*). El precio del set de tiras reactivas para un mes es de unos 30 euros.
 - **Monitor de fertilidad.** Estos métodos (Persona o Clearplan Easy) se basan en la determinación de estradiol y LH en orina, mediante tiras reactivas que se leen a través de un monitor. La interpretación de este método es sencilla, se basa en la aparición de un piloto rojo (días fértiles) o verde (días infértiles) en el monitor tras la lectura de la muestra de orina en la tira reactiva. Tienen una fiabilidad elevada (99%) para identificar los días fértiles e infértiles de la mujer.

Cuentan con la aprobación por la FDA. El precio del monitor es de unos 150-250 euros y de la caja de tiras reactivas de unos 30-50 euros.

De forma general se recomienda recoger la muestra de semen por masturbación en un frasco de plástico estéril. No se deben utilizar preservativos para la recogida de semen pues la mayoría llevan espermicidas que afectan a la calidad espermática. Se debe esperar unos 20-30 minutos después de la eyaculación, con el objeto de que el semen se licue. Depositar el semen lo más profundo posible en vagina, y lo más cerca del cuello cervical, mediante el uso de jeringas estériles de unos 20 mL. En casos de falta de licuefacción del semen será necesario diluir este con suero salino fisiológico a partes iguales (con una cucharadita pequeña será suficiente) y posteriormente cargar la jeringa. Tras la autoinseminación conviene estar en reposo tumbada boca arriba durante unos 15-30 minutos. Al incorporarse es probable que parte del semen depositado salga de vagina, por lo que conviene utilizar una compresa, no obstante esto no importa pues gran parte de los espermatozoides habrán quedado en el moco cervical.

Para aumentar las posibilidades de éxito se recomienda realizar varias autoinseminaciones en el mismo ciclo, lo ideal es entre 3 y 5 en días alternos próximos a los días fértiles.

Si después de un periodo de 6-12 meses siguiendo estas recomendaciones no se ha producido una gestación debe desaconsejarse que se siga buscando un embarazo natural. Se remitirá a la pareja para estudio en consulta específica de fertilidad para descartar más a fondo posibles patologías de base.

REQUISITOS GENERALES Y CRITERIOS DE APLICACIÓN DE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL Y DE APLICACIÓN DE MICROINYECCIÓN INTRACITOPASMÁTICA DE ESPERMATOZOIDES

Requisitos generales y criterios de aplicación de inseminación artificial

- Requisitos generales:
 - Prioridad absoluta de la esterilidad primaria sobre la secundaria (con hijo/a sano/a)
 - Edad de la mujer que no supere los 38 años.
 - El resto de requisitos clínicos son los que constan en la Guía de RHA del SAS.
- Criterios de aplicación:
 - Prioridad absoluta de la esterilidad primaria sobre la secundaria (con hijo/a sano/a).
 - Se realizará un máximo de cuatro ciclos en IA conyugal.
 - Se valorará, con criterio médico, la realización de hasta seis ciclos en caso de IA con semen de donante.

Requisitos generales y criterios de aplicación de microinyección intracitoplasmática de espermatozoides. (ICSI).

- Requisitos generales
 - Prioridad absoluta de la esterilidad primaria sobre la secundaria (con hijo/a sano/a).
 - Fracaso previo de tratamiento mediante inseminación artificial: cuatro ciclos de tratamiento de inseminación artificial fracasados.
 - Los contemplados en la Guía de RHA del SAS.
 - Edad de la mujer < 40 años.
- Criterios de aplicación:
 - Se considerará como máximo, a criterio médico según calidad ovocitaria, la realización de dos ciclos de tratamiento con estas técnicas.

ACTIVIDADES EN LAS SUCESIVAS VISITAS EN UNIDADES DE REPRODUCCIÓN

1. Primera consulta en la Unidad de Reproducción/ S^o Obstetricia y Ginecología y/o Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas de referencia para técnicas básicas (IAC) o Autónoma para valorar inclusión en programa RA de parejas con EIT
 - Documento firmado por ambos miembros de la pareja donde se comprometen a la utilización sistemática de preservativos en los cuatro meses previos a la aplicación de la técnica de reproducción, y a no mantener relaciones sexuales desde el mes anterior al inicio de la técnica de reproducción asistida hasta un mes posterior a la finalización de ésta.
 - Compromiso (firma de consentimiento informado) de repetirse tras la reproducción asistida la carga viral VIH o VIH/VHC a las 3 semanas, 3 meses y 6 meses, y, en caso de embarazo, cada 2 meses.
 - Varón seronegativo y mujer seropositiva:
 - Mujer
 - Documento firmado por la mujer donde se compromete a seguir correctamente los tratamientos indicados, siguiendo las recomendaciones vigentes sobre la infección por el VIH o VIH/VHC durante la gestación y sobre la prevención de la transmisión madre-hijo.
 - Completar estudio básico de esterilidad (seminograma, etc). Se explicará los días de abstinencia sexual previos a la recogida de semen y normas para la correcta recogida del semen.
 - Evaluar estado de la infección VIH y tratamientos antirretrovirales actuales y posibles futuros.
 - Reevaluar tratamiento de reproducción e inclusión en programa RA de parejas con EIT.
 - Información de tiempo de lista de espera para RA y requerimientos que necesitará antes de empezar la reproducción asistida. Se explicará que se comunicará por carta que le corresponde iniciar el tratamiento y que debe acudir a consulta para recoger recetas, debiendo aportar informes actualizados de su estado de salud.
2. Consulta en Unidad de Reproducción /S^o de Obstetricia y Ginecología de referencia autónoma para lavado seminal y crioconservación de semen.
 - Recoger muestra de semen, preferiblemente en Unidad de Reproducción.
 - Valoración si procede lavado y crioconservación, en caso de patología seminal severa, dar nueva cita para lavado seminal. Ante dos intentos con patología seminal severa, abandonar programa de RA para parejas con EIT.
 - Lavado de semen.
 - Envío de alícuota de semen lavado al Servicio de Microbiología.
 - Crioconservación de semen y test de descongelación.
 - Almacenamiento en bombona de cuarentena.

- Recepción de resultado de Microbiología, en caso de ser negativo paso de las muestras a bombona de almacenamiento definitivo y realizar informe favorable del lavado seminal. Esta muestra negativa queda a disposición del centro de Reproducción Asistida de referencia para ICSI.
 - En caso de ser positivo desechar muestra lavada e intentar nuevo lavado seminal. Ante dos intentos no validos, abandonar programa de R.A para parejas con EIT.
 - Tal como se contempla en la “Guía de Reproducción Humana Asistida en el SAS” existen varias posibilidades de actuación una vez que la muestra es negativa (envío de la muestra a centros de referencia para FIV/ICSI, estimulación ovárica de la paciente en centros de referencia para FIV y realización de ICSI en centro de referencia autonómico) estas posibilidades deberán considerarse de manera individualizada.
 - Emisión de informe de resultado de lavado seminal.
3. Comunicación inicio de técnica de reproducción asistida.
- Envío de carta comunicándole inicio de técnica de reproducción asistida. En dicha carta se indicará día y hora de la cita, así como análisis e informes que deberá aportar ese día.
4. Segunda consulta en Unidad de Reproducción/Sº Obstetricia y Ginecología de su área para inicio de técnica de R.A.
- Varón seropositivo y mujer seronegativa:
 - Mujer
 - Estudio de carga viral del VIH con una antigüedad máxima de 15 días al inicio de la estimulación.
 - Estudio serológico/viológico, con una antigüedad máxima de 15 días al inicio de la estimulación, que, en función de los resultados del estudio de inclusión, deberá descartar cualquier infección activa de las seleccionadas (VHB, VHC, Lúes, CMV, Toxoplasma y Rubeola)
 - Varon seronegativo y mujer seropositiva:
 - Mujer
 - Estudio de carga viral del VIH y niveles de CD4 con una antigüedad máxima de 15 días al inicio de la estimulación. Sólo se iniciarán estas técnicas de reproducción asistida en caso de que la carga viral del VIH de la mujer sea indetectable (< 40 copias/mL) y de que la cifra de linfocitos CD4 sea, como mínimo, de 200/mm³.
 - En caso de coinfección VIH/VHC, estudio de carga viral del VHC con una antigüedad máxima de 15 días al inicio de la estimulación. Sólo se iniciarán estas técnicas de reproducción asistida en caso de que la carga viral de la mujer sea menor a 375.000 UI/mL (aproximadamente <1.000.000 copias /mL). Si es superior, se podría replantear la Reproducción Asistida después de un tratamiento Anti-VHC efectivo.
 - Estudio serológico/viológico, con una antigüedad máxima de 15 días al inicio de la estimulación, que, en función de los resultados del estudio de inclusión, deberá descartar cualquier infección activa de las seleccionadas (VHB, VHC, Lúes, CMV, Toxoplasma y Rubeola).

- Derivación a la Unidad de Reproducción donde se vaya a realizar la técnica de reproducción asistida.
5. Segunda consulta en Unidad de Reproducción / Sº Obstetricia y Ginecología y/o Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas de referencia para técnicas básicas (IAC) o autónoma para inicio de técnica de R.A.
- Comprobación de que aporta informes requeridos y en su caso completar estudio.
 - Confirmar que Consentimientos informados esta firmados.
 - Explicar protocolo de estimulación y entregar recetas.
6. Tercera consulta en Unidad de Reproducción / Sº Obstetricia y Ginecología de referencia para técnicas básicas (IAC) o autónoma para resultado de técnica de R.A.
- En caso de no gestación:
 - Valorar criterios de aplicación de nuevo ciclo según Guía del SAS. IAC máximo 4 ciclos, FIV/ICSI máximo 2 ciclos. En caso de haber agotado posibilidades realizar informe.
 - En caso de mujer seropositiva y varón seronegativo que fracasa IAC, derivar a U. de Reproducción de referencia autónoma para ICSI.
 - En caso de gestación:
 - Derivar a S. Obstetricia y Ginecología de su área con el informe correspondiente.
 - Realizar informe en ambos casos.

RECOMENDACIONES PARA DECIDIR LA VÍA DEL PARTO EN GESTANTE VIH PARA EVITAR LA TRANSMISIÓN VERTICAL

Situación clínica 1. Gestante con infección VIH que a las 36 semanas se desconoce la carga viral y los CD4, y no ha realizado tratamiento antirretroviral.

La mujer debe iniciar tratamiento antirretroviral. La cesárea es la mejor opción para reducir la transmisión perinatal. La paciente debe conocer que la cesárea incrementa los riesgos maternos como infecciones postoperatorias, riesgos anestésicos y otros riesgos quirúrgicos. Si se decide cesárea debe realizarse a las 38 semanas. Debe recibir ZDV IV desde 3 horas antes de la cirugía hasta que se corta el cordón.

Situación clínica 2. Gestante con infección VIH que ha respondido al tratamiento antirretroviral realizado durante el embarazo pero la carga viral a las 36 semanas es positiva.

El tratamiento debe ser continuado hasta que la carga viral se negativice. En caso de comprobarse fracaso virológico se debe optimizar el TAR mediante la realización de un test de resistencias genotípicas. Si en el momento del parto la carga viral es positiva se debe realizar la cesárea para reducir la transmisión vertical. La paciente debe ser informada de los riesgos de la cesárea. La cesárea debe realizarse a las 38 semanas e iniciar el tratamiento con ZDV IV 3 horas antes de la cirugía. La medicación antirretroviral debe ser continuada por la paciente lo antes posible y es muy importante la adherencia al tratamiento después del parto.

Situación clínica 3. Gestante con infección VIH con terapia antirretroviral y carga viral indetectable a la 36 semanas.

En estos casos la vía electiva del parto, en ausencia de contraindicaciones es la vaginal. En el parto debe instaurarse infusión de ZDV hasta que nazca el niño o la niña y se corte el cordón.

Situación clínica 4. Gestante con infección VIH que teniendo programada la realización de cesárea inicia el parto o sufre rotura de membranas.

La paciente deberá continuar su TAR, iniciando inmediatamente la perfusión de ZDV intravenosa. Si el parto progresa rápidamente, se mantendrá el parto vaginal. Si la dilatación es mínima y se espera un parto largo se administrará la ZDV y a las 3 horas de iniciada la infusión se realizará la cesárea.

Si el parto es vaginal se debe evitar la toma de pH intraparto, los electrodos fetales y los partos instrumentales.

TRANSMISIÓN VERTICAL DE LA INFECCIÓN VIH: RECOMENDACIONES EN EL RECIÉN NACIDO O RECIÉN NACIDA

Tabla 1. Dosis de zidovudina (según edad gestacional)

	oral	Intravenoso
≥ 35 SEMANAS	4 mg/kg/12 h	1,5 mg/kg/6 h
< 35 SEMANAS	2mg/kg/12 h	1,5 mg/kg/12 h. Subir dosis a 2 mg/kg/8 h, a las 2 semanas de vida (si EG>30 sem)

1ª dosis: a las 6 horas de vida (o en las primeras 2 horas de vida en el caso de que no se hubiera puesto AZT intraparto; administrarlo por SNG o intravenoso si intolerancia oral, intubación...).

Tabla 2. Situación de “alto riesgo” de transmisión vertical VIH

<p>Si se da al menos una de las condiciones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Embarazo mal controlado: cualquiera de las siguientes: no tratamiento ARV o incorrecto; carga viral elevada o desconocida; CD4<200 durante embarazo; VIH categoría SIDA actual - Madre con TARGA y con carga viral detectable en semana 34-36 - Diagnóstico reciente madre: pre, intra o post-parto - AZT intraparto incorrecto - Parto inadecuado - Gran prematuridad (<32-34 sem) - Si se dan varios de estos: sangrado grave durante periodo expulsivo, rotura membranas >4 h, prematuridad (<36 sem)
--

Tabla 3. Tratamiento combinado en el recién nacido o la recién nacida de “alto riesgo” de TV

AZT	Dosis: ver tabla 1. Duración: 4 semanas
Lamivudina	Dosis: 2 mg/kg/12 h. Iniciar en primeras 12 h de vida. Duración: 4 semanas
Nevirapina	<ul style="list-style-type: none"> - En primeras 12 h de vida: dosis única de 2 mg/kg. Esta dosis no se dará si se dio nevirapina a la madre en el embarazo o el parto. - A las 72 h de vida: dar otra dosis única de 2 mg/kg - Desde el 5º a 14º día de vida: 4 mg/kg/24 h

MANEJO DE LA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL

1. Tratamiento adecuado de la herida

Herida percutánea	<ul style="list-style-type: none"> • Promover sangrado • Limpieza con agua y jabón (no hay evidencias de disminución de riesgo de infección por el uso de antisépticos) • No usar lejía • Cubrir la herida con apósito estéril
Salpicadura a mucosas	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado inmediato con abundante suero fisiológico o agua
Salpicadura a piel	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado con agua y jabón

2. Comunicación del accidente de trabajo al mando directo

3. Solicitud de serología del caso fuente por el mando directo (previo consentimiento informado)

4. Derivación del trabajador o trabajadora.

En caso de accidente de trabajo con riesgo biológico el mando intermedio realizará la derivación mediante el documento de "Notificación de exposición a riesgo biológico" a Vigilancia de la Salud/S^o de Medicina Preventiva/Unidad Básica de Salud (Doc 0040 del Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales del SAS-UPRL). La derivación se hará con carácter inmediato (atención en la primeras dos horas postexposición y siempre antes de las doce horas siguientes).

A su vez la persona comunicará el accidente a la UPRL mediante el documento Doc 009 del procedimiento.

5. Valorar indicación y contraindicación de la PPE-VIH

- El tratamiento profiláctico será estrictamente individualizado.
- Proporcionar información adecuada sobre sus ventajas y desventajas.
- Ofrecer prueba de embarazo a las mujeres en edad fértil que no sepan si están embarazadas.
- El embarazo no contraindica el uso de PPE en caso necesario.
- Según establecen las "Recomendaciones Europeas de Manejo y Seguimiento de Exposiciones Ocupacionales a Agentes Biológicos".

6. Iniciar, en los casos valorados, la PPE-VIH

- Iniciar antes de las 72 horas postexposición, idealmente en las primeras 2 horas.

- Recomendaciones de tratamiento en la PPE: El TAR tras un accidente debe individualizarse en cada caso. Si no se dispone de información respecto a la historia de TAR de la fuente y su perfil de resistencia, debemos iniciar un TAR empírico según las recomendaciones realizadas al respecto por organismos nacionales e internacionales.
- Puede ser necesario modificar el TAR inicial en función de la disponibilidad de nueva información del caso fuente (resistencias, historia de TAR, etc) o de la aparición de efectos adversos.
- En embarazadas evitar el uso de efavirenz, ddl (didanosina), d4T (estavudina).
- Previamente a la quimioprofilaxis se entregará al trabajador un documento de consentimiento informado, para que lo cumplimente.

Recomendaciones para la quimioprofilaxis post-exposición ocupacional al VIH

Según la exposición		Profilaxis post-exposición ¹
Lesión percutánea		Recomendar
Mucosas		Considerar
Piel no intacta		Considerar
Piel intacta		No indicada
Mordedura		Considerar
Según el fluido/material implicado		Profilaxis post-exposición
Sangre ²	Riesgo elevado	Recomendar
	Riesgo aumentado	Recomendar
	Riesgo no aumentado	Considerar
Fluido con sangre visible		Recomendar
Líquido cefalorraquídeo		Recomendar
Material de laboratorio conteniendo virus		Recomendar
Semen, secreciones vaginales, líquido sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico, amniótico y tejidos		Considerar
Orina, vómitos, saliva, heces, lágrimas, sudor, esputo		No indicada
Según el caso fuente		Profilaxis post-exposición
VIH + conocido		Recomendar
Estado serológico desconocido		Considerar
Si el caso fuente se niega a dar consentimiento para test VIH		Considerar
Desconocido / imposibilidad de estudio serológico		Considerar
Serología negativa		No indicada
¹ Informar siempre de las ventajas y los inconvenientes. ² Se considera riesgo elevado cuando se cumplan las 2 condiciones siguientes: gran cantidad de sangre y carga viral alta. Se considera riesgo incrementado cuando se cumpla 1 de los 2 criterios anteriores. Se considera riesgo no incrementado cuando no se cumplan ninguno de los dos criterios.		

RECOMENDACIONES SOBRE PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL DEL VIH, VHB Y VHC

Estas recomendaciones son las más recientes el momento de elaborar este documento. Dada la rápida evolución de dichas recomendaciones, deberán actualizarse periódicamente.

- Recomendaciones de la SNPS/GESIDA/AEP/CEEISCAT/SEMP sobre la profilaxis postexposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños (Enero de 2008).
<http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/dcconsensos>
- CDC. Updated US Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HVC and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. MMWR 2005; 54 (RR-9): 1-17.
<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5011.pdf>
- Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. Recommendation from the US Department of Health and Human Services. MMWR 2005; 54: 1-19.
<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5402.pdf>
- Guía para la profilaxis postexposición ocupacional (InfoSIDA).
<http://www.aidsinfo.nih.gov/Guidelines/GuidelineDetail.aspx?GuidelineID=10>
- Guía para la profilaxis postexposición no ocupacional (InfoSIDA).
<http://www.aidsinfo.nih.gov/Guidelines/GuidelineDetail.aspx?MenuItem=Guidelines&Search=Off&GuidelineID=11&ClassID=3>

MANEJO DE LA EXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL

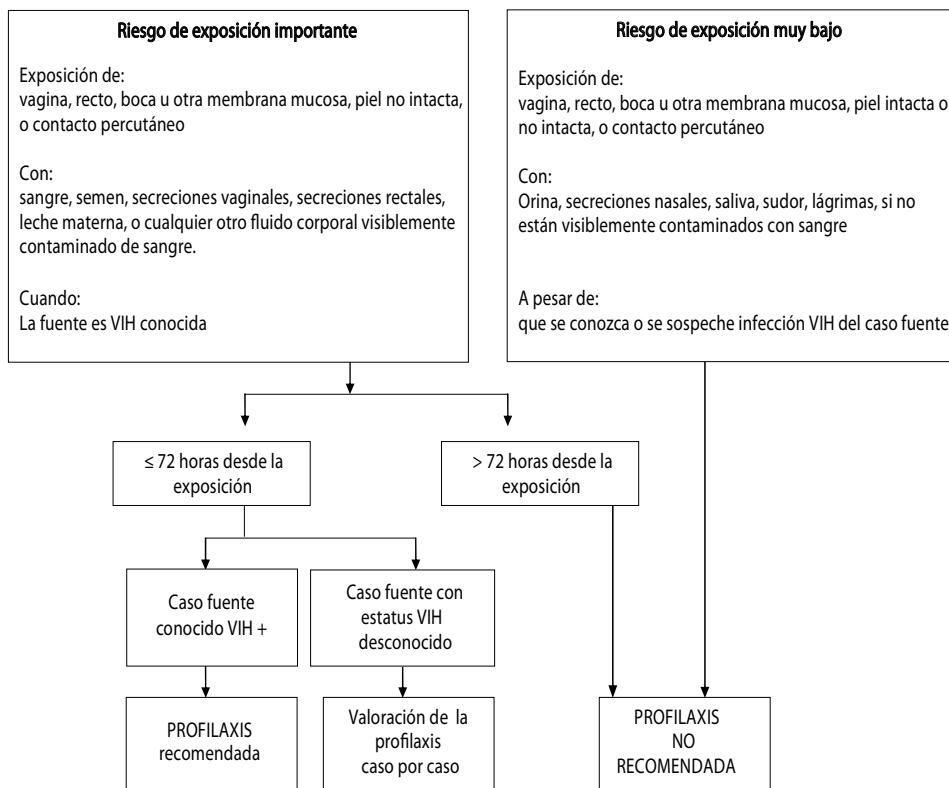
Valoración del riesgo según vía de transmisión

Riesgo importante (1%-3%)	<ul style="list-style-type: none"> • Intercambio de agujas/jeringuillas de forma inmediata tras su uso. • Relación anal receptiva con eyaculación, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo.
Bajo riesgo (0,06%-0,2%)	<ul style="list-style-type: none"> • Relación vaginal receptiva con/sin eyaculación, sin preservativo, o con rotura o mal uso del mismo. • Relación anal receptiva sin eyaculación, o insertiva sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo. • Relación vaginal insertiva, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo. • Relación orogenital receptiva con eyaculación, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo.
Riesgo despreciable (0,01%-0,06%)	<ul style="list-style-type: none"> • Relación orogenital sin eyaculación

Orientación a la indicación de PPE frente a VIH, según la situación infectiva de la fuente (conocida/desconocida)

	PPE VIH
INFECCIÓN VIH CONOCIDA	
Riesgo importante	Recomendar
Bajo riesgo	Considerar
Si la evaluación del riesgo según vía de transmisión es baja, pero la fuente tiene CV>5000 copias/mL, infección aguda, infección avanzada o enfermedad indicativa de SIDA, se considerará de riesgo importante	Recomendar
Riesgo despreciable	No recomendar
INFECCIÓN DESCONOCIDA	
Riesgo bajo	Considerar
Si la evaluación del riesgo según vía de transmisión es baja, pero la persona fuente es CDI o pertenece a colectivos con prevalencia>10%, se considerará riesgo apreciable)	Recomendar
Riesgo mínimo	No recomendar

Valoración de la exposición según fluido corporal implicado



- Si la atención se presta en urgencias o enfermedades infecciosas: parte de lesiones o informe médico asistencial y remisión a Vigilancia de la Salud para valoración y/o seguimiento.
- Siempre se realizará también valoración del riesgo de infección para otros patógenos de transmisión sanguínea (VHB Y VHC).
- Si el caso fuente es VIH positivo:
 - Obtener información referente al estado clínico de la infección (asintomático, sintomático, SIDA), recuento de células CD4+, CV y tipo de TAR actual y previo, resultados de estudios de resistencia viral (para elegir el PPE apropiado).
 - Investigar otras ITS, incluyendo VHB, VHC.
- Si no se conoce el estado serológico para el VIH del caso fuente:
 - Se solicitará autorización para la realización de serología VIH (a caso fuente/familiares en caso de menor de edad o no consciente), con una prueba de VIH-rapid. Se obtendrá resultado en las primeras 2 horas postexposición y se confirmará posteriormente con las pruebas tradicionales (Elisa y Western-Blott).
 - Si la persona no autoriza o la fuente es desconocida, se actuará valorando las características epidemiológicas (prevalencia de la infección) y características de riesgo de la fuente (comportamientos de riesgo, resultados analíticos previos, sintomatología) y del accidente.

BIBLIOGRAFÍA

Aberg JA, Gallant JE, Jean Anderson J, et al. Primary Care Guidelines for the Management of Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus: Recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *CID* 2004; 39: 609-29. Disponible en www.journals.uchicago.edu/CID/journal

Accidente con material biocontaminado: esquema de actuación. Unidad de Salud Laboral, Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Virgen Macarena.

Almeda J, Casabona J, Allepuz A, Garcia-Alcaide F, del Romero J, Tural C et al. Recomendaciones para la profilaxis postexposición no ocupacional al VIH.

American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric AIDS; American Academy of Pediatrics Infectious Diseases and Immunization Committee. Evaluation and treatment of the human immunodeficiency virus-1-exposed infant. *Pediatrics* 2004;114:497-505

American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Cholesterol in childhood. *Pediatrics* 1998 ;101(1 pt 1):141-7.

ASRM. Hepatitis and reproduction. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. *Fertil Steril* 2004;82:1754-1764.

Barreiro P, Duerr A, Beckerman K, Soriano V. Reproductive options in HIV-serodiscordant couples. *AIDS Rev.* 2006b;8:158-70.

Barreiro P, Castilla JA, Labarga P, Soriano V. Is natural conception a valid option for HIV-serodiscordant couples? *Hum Reprod* 2007;22:2353-58

Barreiro P, Del Romero J, Leal M, Hernando V, Asencio R, De Mendoza C, Labarga P, González-Lahoz J, Soriano V, Natural pregnancies in HIV-serodiscordant couples under successful antiretroviral therapy. *JAIDS* 2006a;43:324-6.

Bartlett JG and Gallant J. Medical management of HIV infection: 2005-2006. Baltimore, Maryland. The Johns Hopkins University, Division of Infectious Diseases; 2005.

Bartlett JG. Adult HIV/AIDS Treatment 2006. Disponible en www.hopkins-aids.org

Bascuñana Quirell A, Pueyo Rodríguez I. En: Pachón J, Rivero A, Pujol E, eds. La infección por el VIH. Guía práctica. Sevilla, 2002. Enfermedades de transmisión sexual e infección por el VIH: 313-322.

Benson CA, Kaplan JE, Masur H, Pau A, Holmes KK, CDC, National Institutes of Health, Infectious Diseases Society of America. Treating opportunistic infections among HIV-Exposed and Infected Children: Recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2005;40:S131-S235.

Bergshoeff A, Burger D, Farrelly L, et al. Pharmacokinetics of once daily vs twice daily lamivudine and abacavir in HIV-1 infected children: PENTA 13.

BHIVA guidelines writing Committee. Guidelines for the management of HIV infection in pregnant women and the prevention of mother-to-child transmission of HIV. *HIV Medicine* 2005;6:107-48. Disponible en: www.bhiva.org

British Columbia Health Service. Clinical Management of Chronic Hepatitis C. 2004. http://www.healthservices.gov.bc.ca/msp/protoguides/gps/hepatitis_c.pdf

British HIV Association and Children's HIV Association guidelines for the management of HIV infection in pregnant women 2008. *HIV Medicine* (2008), 9, 452–502

Bujan L, Hollander L, et al. For the CREAThE network. Safety and efficacy of sperm washing in HIV-1-serodiscordant couples where the male is infected: results from the European CREAThE network. *AIDS* 2007;21:1909-1914

Bujan L, Pasquier C, Labeyrie E, Lanusse-Crousse P, Morucci M, Daudin M. Insemination with isolated and virologically tested spermatozoa is a safe way for human immunodeficiency type 1 virus-serodiscordant couples with an infected male partner to have a child. *Fertil.Steril.* 2004;82:857-62.

Cabrera A, López JM, Blasco E, Salinas J. Guía práctica de manejo de exposiciones ocupacionales a VIH, VHB, VHC en base a las recomendaciones de los CDC. *Medicina Preventiva*, vol 3, 2, 2º trimestre, 2002; 26-30.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Health Resources and Services Administration; National Institutes of Health, HIV Medicine Association of the IDSA. Incorporating HIV prevention into the medical care of persons living with HIV. Recommendations of CDC, the Health Resources and Services Administration, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the IDSA. *MMWR Recomm Rep* 2003; 52(RR-12):1–24. Disponible en www.cdc.gov/mmwr

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 1994 revised classification system for HIV in children under 13 years of age. *MMWR* 1994;43:1-10.

Centers for Disease Control and Prevention. Updated U.S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *MMWR* 2005;54(No. RR-9):1-17.

Centres for Diseases Control. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *MMWR* 2001; 50 (No. RR-11).

Cervia JS. Transitioning HIV-infected children to adult care. *J Pediatr* 2007; 150: e1.

Chadwick E, Rodman J, Palumbo P, et al. A prospective evaluation of pharmacologic, virologic and immunologic parameters of lopinavir/ritonavir for HIV-1 infected infants below 6 months of age. 12th CROI Boston 2005. Abstract 766.

Comisión Asesora sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña. Técnicas de Reproducción Asistida y VIH. (CATRHAGC, 2002).

Committee on Infectious Diseases, The American Academy of Pediatrics. Pertussis. In: Pickering LK, ed. 2006 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 27th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2006.

Dankner WM, Lindsey JC, Levin MJ; Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol Teams 051, 128, 138, 144, 152, 179, 190, 220, 240, 245, 254, 300 and 327. Correlates of opportunistic infections in children infected with the human immunodeficiency virus managed before highly active antiretroviral therapy. *Pediatr Infect Dis J* 2001;20:40-48.

de Arístegui J, Corretger JM, Fortuny C, Gatell JM, Mensa J. Guía de Terapéutica Antimicrobiana en Pediatría 2004. Collbató (España) Ed. Antares; 2004.

Diabetes mellitus y Atención Primaria. Grupo de Diabetes de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, disponible en: [Document from the European Project on "Standardization of the management of occupational exposure to HIV/blood-borne infections and evaluation of post-exposure prophylaxis in Europe." FUNDING: European Commission, Directorate-General Health Care and Consumer Protection. Unit F4. Project number SI2.322294 Recommendations for Post-Exposure Prophylaxis against HIV infection in Health Care Workers in Europe. March 2002.](http://www.cica.es/aliens/samfyc/Brotons C, Royo-Bordonada MA, Álvarez-Sala L, Armario A, Artigao R, Conthe P, et al. Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Adaptación española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular. Clin Invest Arterioscl 2005;17:19-33.</p></div><div data-bbox=)

Dore GJ, Kaldor JM. Detection of HCV RNA in semen. *Lancet* 2000;356:1520

Dornadula G, Zhang H, VanUitert B, Stern J, Livornese L, Ingerman MJ et al. Residual HIV-1 RNA in blood plasma of patients taking suppressive highly active antiretroviral therapy. *JAMA* 1999;282:1627-1632.

Dubé MP, Stein JH, Aberg JA, Fichtenbaum CJ, Gerber JH, Tashima KT, et al, for the Adult AIDS Clinical Trials Group Cardiovascular Subcommittee. Guidelines for the evaluation and management of dyslipidemia in human immunodeficiency virus (HIV)-infected adults receiving antiretroviral therapy: recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Disease Society of America and the Adult AIDS Clinical trials Group. *Clin Infect Dis* 2003;37:613-627.

Duffaut M, Valla D. Procréation médicalement assistée et infection par le virus de l'hépatite C. *Contracept Fertil Sex* 1997;25:534-537

Dunn D. HIV Pediatric Prognostic Markers Collaborative Study Group. Short term risk of disease progression in HIV-1 infected children receiving no antiretroviral therapy or zidovudine monotherapy; a meta-analysis. *Lancet* 2003;362; 1605-11.

Educación para el paciente:

http://www.aidsinfo.nih.gov/ed_resources/default.php?cat_id=P

<http://www.medscape.com/patientdirectory/hiv?src=hdr>

<http://www.projectinform.org>

Englert Y, Lesage B, Van Vooren JP, Liesnard C et al. Medically assisted reproduction in the presence of chronic viral diseases. *Hum Reprod Update* 2004;10:149-162

European Collaborative Study. Mother-to-child Transmission of the era of Highly Active Antiretroviral Therapy. *Clin Infect Dis*. 2005;40: 458-65.

<http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/PerinatalGL.pdf>

<http://www.prosego.com> Infección por VIH y Gestación

<http://www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=8> Guidelines

European Paediatric Lipodystrophy Group. Antiretroviral therapy, fat redistribution and hyperlipidaemia in HIV-infected children in Europe. *AIDS* 2004;18:1443-51.

Expert panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP)

Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001;285:2486-2497.

Faye A, Le Chenadec J, Dolffus C, et al. Early versus deferred antiretroviral multidrug therapy in infants infected with HIV type 1. *Clin Infect Dis*. 2004; 39:1692-99.

Fiscus SA, Brambilla D, Coombs RW et al., Multicenter evaluation of methods to quantitate human immunodeficiency virus type 1 RNA in seminal Plasma. *J Clin Micro* 2000;38:2348-2353.

Foster C, Mackie N, Seery P, Walters S, Tudor-Williams G, Lyall H. Emerging multi-drug resistance in children with perinatally acquired HIV-1. 8th International Congress on Drug Therapy in HIV Infection. Glasgow 2006. Abstract P360.

Galán I, Jiménez JL, González-Rivera M, De José MI, Navarro ML, Ramos JT, et al. Virological phenotype switch under salvage therapy with lopinavir-ritonavir in heavily pretreated HIV-1 vertically infected children: an additional benefit. *AIDS* 2004; 18: 247-55.

Gatell JM, Clotet B, Podzamczar B, et al. "Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento. 8ª edición". Ed Masson; 2004.

Giaquinto C, Notheis G, Della Negra M, Jelaska A, Miki J on behalf of the BI1182 study group. Efficacy of tipranavir oral solution co-administered with low dose ritonavir is similar in all age groups of children and teenagers after adjustment for resistance. 8th International Congress on Drug Therapy in HIV Infection. Glasgow 2006. Abstract P316.

Gilling-Smith C, Emiliani S, Almeida P, Liesnard C, Englert Y. laboratory safety during assisted reproduction in patients with blood-borne viruses. *Hum Reprod* 2005;20:1433-1438 .

Gona P, Van Dyke RB, Williams PL, Dankner WM, Chernoff MC, Nachman SA, Seage GR 3rd. Incidence of Opportunistic and Other Infections in HIV-Infected Children in the HAART Era. *JAMA* 2006;296:292-300

Gray R, Wayer M, Briikmeyer R, Sewankambo N et al. Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1 serodiscordant couples in Rakai, Uganda. *Lancet* 2001 ;357:1149-1153.

Grupo de consenso español sobre profilaxis postexposición no ocupacional al VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 20(8):391-400.

Hawkins D, Blott M, Clayden P, de Ruiter A, Foster G, Gilling-Smith C, et al. BHIVA. Guidelines Writing Committee. Guidelines for the management of HIV infection in pregnant women and the prevention of mother-to-child transmission of HIV. *HIV Med.* 2005;6(Suppl 2): 107-48.

HIV InSite Database of Antiretroviral Drug Interactions.
<http://www.hivinsite.com/InSite.jsp?page=ar-00-02>

HIV Tools Drug Interaction Tool. <http://www.hivtools.com/>

http://www.sefh.es/01informacion_farmacoterapeutica_vih.php#1

Informe anual 2007. Registro andaluz de casos de SIDA. Monografía 2008. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía, vol. 13, nº17.

InteraccionesHIV.com. <http://www.interaccioneshiv.com/Buscar.php>

J. González-García et al. Coinfección por VIH y virus de las hepatitis A, B y C en pacientes adultos. Revisión y recomendaciones de GESIDA/PNS. *Enferm Infecc Microbiol Clin*; Febrero 2003 Disponible en www.gesidaseimc.com

Klein J, Pena JE, Thornton MH, Saber MV. Understanding the motivations, concerns and desires of human immunodeficiency virus 1-serodiscordant couples wishing to have children through assisted reproduction. *Obstet Gynecol* 2003;101:987-994.

La infección por el VIH: Guía Práctica. 2ª Edición. Capítulo 43. Profilaxis postexposición. Montserrat Pérez Pérez, Manuel Zarzuela Ramírez y Daniel Peña Jiménez

Labarga P, Martínez E, Soriano V, Barreiro P. Panel Español de Estudio de Parejas VIH-discordantes. Consejo reproductivo en parejas serodiscordantes para el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin (Barc)*. 2007;129:140-48

Lameiro FJ, Repáraz F, Sola J, Tiberio G, Pavón A, Gost J. Control de la infección en el personal sanitario I: inmunización. Enfermedades vehiculadas por sangre y secreciones. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, suplemento 2.

Leonard EG, et al. Metabolic complications of antiretroviral therapy in children. *Pediatr Infect Dis J* 2003;22:77-84.

Lereuz-Ville M, Kunstmann JM, De Almeida M, Rouzioux C, Chaix ML. Detection of hepatitis C virus in the semen of infected men. *Lancet* 2000;356:42-43.

Liverpool Pharmacology Group. www.hiv-druginteractions.org

Lundgren JD, Battegay M, Behrens G, De Wit S, Guaraldi G, Katlama C, et al. European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines on the prevention and management of metabolic diseases in HIV. *HIV Medicine* 2008;9:72-81.

Maertens A, Bourlet T, Plotton N, Pozzetto B, Levy R. Validation of safety procedures for the cryopreservation of semen contaminated with hepatitis C virus in assisted reproductive technology. *Hum Reprod*. 2004 Jul;19(7):1554-7.

Marina S, Marina F, Alcolea R et al. Human immunodeficiency virus type 1-serodiscordant couples can bear healthy children after undergoing intrauterine insemination. *Fertil Steril.* 1998;70:35-9.

Masur H, Kaplan JE, Holmes KK, U.S. Public Health Service, Infectious Diseases Society of America. Guidelines for preventing opportunistic infections among HIV-infected persons-2002. Recommendations of the U.S. Public Health Service and the Infectious Diseases Society of America. *Ann Intern Med* 2002;137:435-478.

Medscape Drug Interaction Calculator. <http://www.medscape.com/px/hivscheduler>

Meseguer, M, Garrido N, Gimeno C, Remohí J, Simón C, Pellicer A. Comparison of polymerase chain reaction: dependent methods for determining the presence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus in washed semen. *Fertil Steril* 2002; 78: 1199-1202.

MMWR. General Recommendations on Immunization. Feb,2002 / 51(RR02); 1-36 Immunizations for infected adults: indications, timing and response. *Immunizations*, vol 14, issue 5, dec 2006-jan 2007.

MMWR. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP): Use of vaccines and Immune Globulins in Persons with altered immunocompetence. April, 1993, vol.42, No. RR-4

Monografías para pacientes. http://www.hivmedicationguide.com/pamphlets_Spanish.htm

Mora S, et al. Longitudinal changes of bone mineral density and metabolism in antiretroviral-treated human immunodeficiency virus-infected children. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89: 24-28.

Mortimer D. Current and future concepts and practices in human sperm cryobanking. *RBMonline* 2004;9:134-151.

Nachman S, Gona P, Dankner W, Weinberg A, Yogev R, Gershon A, Rathore M, Read JS, Huang S, Elgie C, Hudgens K, Hughes W. The rate of serious bacterial infections among HIV-infected children with immune reconstitution who have discontinued opportunistic infection prophylaxis. *Pediatrics* 2005;115:e488-494.

Narayana K, D'Souza UJ, Rao S. Ribavirin-induced sperm shape abnormalities in Wistar rat. *Mutat Res* 2002;15:193-196.

OMS-ONUSIDA Antiretroviral therapy and sexual transmission of HIV. 1 febrero, 2008.

Pachón J, Pujol E, Rivero A. "La Infección por el VIH. Guía práctica. 2ª edición" Sevilla: Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas/Consejería de Salud; 2003. Disponible en www.saei.org

Página de cáncer de cérvix de los Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/cancer/cervical>

Página de infecciones de transmisión sexual de los Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/std/default.htm>

Página de la Sociedad Americana de Colposcopia y patología Cervical. <http://www.asccp.org>

Pérez-Milan F. Infección por virus de la Hepatitis C y Reproducción asistida. Boletín SEF 2002;10 (<http://nuevo.sefertilidad.com/boletin/2002/vol2/06.php>)

Perinatal HIV Guidelines Working Group. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. October 12, 2006. Disponible en <http://AIDSinfo.nih.gov>

Podzamczar D, Miralles P, de la Calle M, et al. Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el sida respecto al diagnóstico y tratamiento del sarcoma de Kaposi y cáncer de cérvix uterino en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Med Clin 2002;118:788-795.

Polo R, Galindo MJ, Martínez E, Alvarez J, Arévalo JM, Asensi V, et al; Study Group for Metabolic Alterations/Secretariat for the Nacional AIDS Plan (GEAM/SPNS). Recommendation of the Study Group for Metabolic Alterations/Secretariat for the Nacional AIDS Plan (GEAM/SPNS) of the management of metabolic and morphologic alterations in patients with HIV infection. Enferm Infecc Microbiol Clin 2006;24:96-117.

Procedimiento 004 del Sistema de Prevención de Riesgos Laborales del SAS.

Profilaxis postexposición parenteral frente al VIH y los virus B y C de la hepatitis. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Servicio de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Farmacia Hospitalaria, Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública y Servicio de Microbiología. Hospitales Universitarios "Virgen del Rocío". Sevilla, Agosto 2001.

Public Health Service Task Force Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States - July 8, 2008

Puthanakit T, Oberdorfer A, Akarathum N, et al. Efficacy of highly active antiretroviral therapy in HIV-infected children participating in Thailand's National Access to Antiretroviral Program. Clin Infect Dis 2005;41:100-7.

Quinn TC, Waver MJ, Sewankambo N, Serwadda D, Li C, Wabwire-Mangen F et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group. N Engl J Med 2000;342:921-929.

Ramos JT, De José MI, Dueñas J, et al. Safety and efficacy of lopinavir/ritonavir in HIV-infected children experienced with 3 classes of antiretrovirals. Pediatr Infect Dis J 2005; 24: 867-73.

Recomendaciones de Gesida/Plan Nacional sobre el SIDA. http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/DcyRc_Recomendaciones_TAR_GESIDA-PNS_Impver1.pdf

Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antiretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (actualización enero de 2007). Panel de expertos de GESIDA y Plan Nacional sobre el SIDA. Enferm Infecc Microbiol Clín;25(1): 32-53. Disponible en www.gesidaseimc.com

Recomendaciones de la OMS: "Adherence to long- term therapies": Chapter XII: HIV and AIDS. http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en

Recomendaciones de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (SPNS), el Grupo de Estudios sobre SIDA (GESIDA), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Asociación Española de Pediatría (AEP) para el seguimiento de la infección por el VIH con relación a la reproducción, el embarazo y la prevención de la transmisión vertical. 2007. Disponible en: www.msc.es

Recomendaciones para mejorar la adherencia de la SEFH. Documento de consenso.
<http://www.msc.es/profesional/preProSalud/sida/pdfs/adherencia.pdf>

Recomendaciones sobre reconocimientos médicos específicos de los trabajadores sanitarios con riesgo de exposición a virus de transmisión sanguínea. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.

Recommended Adult Immunization Schedule, Oct 06-sep 07, CDC.
www.cdc.gov/nip/recs/adult-schedule.pdf

Sauer M, Choi J. HIV-seroconversion in a woman preparing for assisted reproduction: an inherent risk in caring for HIV-serodiscordant couples RBM on line 2006;12: 375-377

Sharland M, Blanche S, Castelli G, Ramos JT, Gibb D, on behalf of the PENTA steering committee. PENTA (Pediatric European Network for Treatment of AIDS). European guidelines of antiretroviral treatment of HIV-infected children. HIV Medicine 2004.

Sharland M, Castelli G, Ramos JT, Wintegest U, Gibb D, et al, on behalf of the PENTA steering committee. PENTA. European guidelines of antiretroviral treatment of HIV-infected children. HIV Medicine 2004 Foster C, et al. Emerging multi-drug resistance in children with perinatally acquired HIV-1. 8th International Congress on Drug Therapy in HIV Infection. Glasgow 2006. Abs. p360.

Sirera G, Videla S, Herranz P, Corzo-Delgado J, por el Grupo de Estudio del SIDA (GeSIDA). Virus del papiloma humano y virus de la inmunodeficiencia humana/SIDA. Enferm Infecc Microbiol Clin 2006;24(Supl.2): 40-47.

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Hepatitis C. Recomendaciones. 2003

Speck CE, Coombs RW, Koutsky LA, Zeh J, Ross SO et al. Risk factors for HIV-I shedding in semen. Am J Epidemiol 1999;150:622-631

Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 2005;28: (Suppl 1): S4-36.

Steyaert SR, Leroux-Roels GG, Dhont M. Infections in IVF: review and guidelines. Hum Reprod Update 2000;6:432-441.

Sutinen J. Interventions for managing antiretroviral therapy-associated lipoatrophy. Curr Opin Infect Dis 2005;25-33.

Travelers' Health:: Yellow book. Health Information for International travel, 2005-2006. Vacunas recomendadas en adultos portadores de VIH. Manual de vacunaciones del adulto, 2005. Guide canadien d'immunisation, 6ème édition, 2002.

V Puro, S Cicalini, G De Carli, F Soldani, G Ippolito, on behalf of the European Occupational Post-Exposure Prophylaxis Study Group*. Towards a standard HIV post exposure prophylaxis for healthcare workers in Europe. Eurosurveillance monthly 2004; 9 (6):3-4.

Vacunación en adulto. Recomendaciones. Comisión de Salud Pública del 18 de Febrero de 2009.

van Leeuwen E, Prins JM, Jurriaans S, Boer K, Reijs P, Repping, van der Veen F. Reproduction and fertility in human immunodeficiency virus type-1 infection. *Hum Reprod Update* 2007;13:197-206

van Leeuwen E, Visser M, Prins JM, Nieuwkerk PT, van der Veen F. HIV couples' anxiety and risk taking during ART . *Fertil Steril* 2007a (epub ahead of print)

Vernazza P, Hirschel Bb, Bernasconi E, Flepp M. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des médecins suisses* 2008;89: 165-169.

Verweel G, Sharland M, Lyall H, et al. Nevirapine use in HIV-1 infected children. *AIDS* 2003; 17: 1639-47.

Wang S, Jiang P, Peng G. HBV transmission from father to foetus and HBV DNA in tissues outside the liver. *Zhonghua Gan Zang Bing Za Zhi* 1999;7:203-206.

Wohl DA, McComsey G, Tebas P, Brown TT, Glesby MJ, Reeds D, et al. Current concepts in the diagnosis and management of metabolic complications of HIV infection and its therapy. *Clin Infect Dis* 2006;43:645-653.

Wright TC, Schiffman M, Solomon D, et al. Interim Guidance for the Use of Human Papillomavirus DNA Testing as an Adjunct to Cervical Cytology for Screening. *Obstetrics and Gynecology* 2004; 103:304-309.

Xu C, Politch JA, mayer KH, Anderson DJ. Human immunodeficiency virus type-I episomal cDNA in semen. *AIDS Research and Therapy* 2005: 2:9-15

