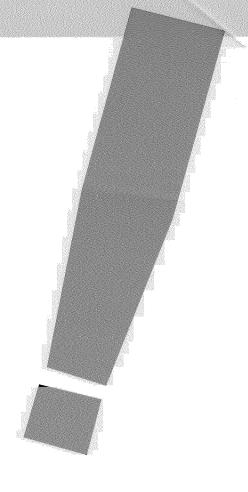


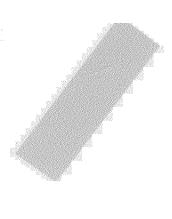
Sa D PLAN DE SALUD DE LA REGION DE MURCIA

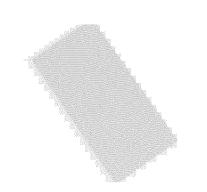
SERIE PLAN DE SALUD 6

SIDA



Protocolo de atención





PROTOCOLO DE ATENCION AL SIDA

PROTOCOLO DE ATENCION AL SIDA

Equipo de trabajo

Alfredo Cano Sánchez

Caridad Redondo Sánchez

Juan Manuel Prieto Sánchez

José Manuel Lucas Moreno

José Antonio Navarro Alonso

Juan Ramón Ordoñana Martín

J. Joaquín Gutiérrez García

Edita

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales Ronda de Levante, 11. 30008 Murcia. Tel. 968 / 36 22 46. Fax 968 / 20 19 50

Diseño

Estudio Severo Almansa

Imprime

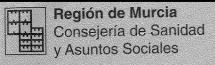
A. G. Novograf, S.A.

ISBN

84-87686-54-0

Depósito legal

MU-182-XXXVIII



Sald PLAN DE SALUD DE LA REGION DE MURCIA

PROTOCOLO DE ATENCION AL SIDA

INDICE

INDICE

1. INTRODUCCION	3
2. SIDA: GENERALIDADES	13
CRITERIOS DE SIDA	15
MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD SEROLOGIA	29 37
3. ORGANIZACION DE LA ATENCION	41
ORGANIZACION GENERAL	43
CRITERIOS DE DERIVACION	45
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	47
4. ATENCION EN PRIMERA VISITA	53
5. ATENCION AL SERONEGATIVO	63
6. ATENCION AL SEROPOSITIVO	69
7. ATENCION AL NIÑO	79
8. ATENCION A EXPOSICION ACCIDENTAL	89
9. BIBLIOGRAFIA	93

1. INTRODUCCION

INTRODUCCION

A principios de la década de los 80 comenzamos a oír hablar de una extraña enfermedad llamada SIDA. Las características de esta infección, su letalidad y la rapidez de propagación en todo el mundo hacen que haya dejado de ser extraña, para convertirse en uno de los males más temidos de los últimos años.

Es cierto que las medidas educacionales, en las que está comprometida la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, constituyen, en el momento actual, el recurso más importante de que disponemos para luchar contra la extensión del problema. Pero no nos podemos olvidar del resto de las medidas preventivas y terapéuticas, necesarias también en esta lucha.

El Plan de Salud de la Región de Murcia, como expresión de la Política de Salud en la Región, nos obliga en su Objetivo 18 a disponer de un documento capaz de poder servir de marco de desarrollo de forma protocolizada de todas las medidas preventivas, asistenciales y de rehabilitación contra la enfermedad. Era necesario la creación de un grupo de trabajo que, de manera consensuada, emprendiera la labor de marcar las bases que permitieran mejorar y coordinar las actuaciones que, contra el SIDA, se vienen desarrollando en la Región.

Los esfuerzos del grupo de trabajo creado con este fin han dado como fruto este texto, gracias al cual creemos que podrán mejorarse tanto la sistemática de trabajo de los profesionales en esta patología como el acceso de los ciudadanos a los test de detección y el control médico de los enfermos.

Dentro del contexto de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, el nivel primario del sistema sanitario debería ser una de las piezas clave en la lucha contra ella. Con este documento pretendemos aportar una herramienta útil en esta tarea, al tiempo que establecemos las líneas por las cuales deberían caminar las necesarias relaciones entre la Atención Primaria de Salud y la Atención Especializada.

Rafael González Tovar Director General de Salud y Consumo

2. SIDA: GENERALIDADES

CRITERIOS DE SIDA

DEFINICION DE PRACTICAS DE RIESGO

- Compartir agujas y jeringas u otros objetos cortantes o punzantes, si no están convenientemente esterilizados.
- Tener relaciones sexuales con distintas personas sin adoptar medidas preventivas.
- Practicar relaciones sexuales con personas de los dos grupos anteriores o con enfermos de SIDA o seropositivos sin tomar medidas preventivas.
- Transfusiones o trasplantes hasta el año 1985.

Se consideran prácticas sexuales de alto riesgo: el coito anal y las relaciones sexuales en las que se produzcan heridas que permitan el contacto de sangre con semen o secreciones vaginales.

CAUSAS DE INMUNODEFICIENCIA DISTINTAS AL SIDA QUE DESCALIFICAN A UNA ENFERMEDAD COMO INDICADORA

- 1. Terapia corticosteroidea a altas dosis o a largo plazo u otra terapia inmunosupresora / citológica seguida en los 3 meses anteriores a la aparición de la enfermedad indicadora.
- 2. Cualquiera de las siguientes enfermedades diagnosticadas dentro de los tres meses siguientes al diagnóstico de la enfermedad indicadora: enfermedad de Hodgkin, la forma no-Hodgkin (distinto del linfoma primario del cerebro), leucemia linfocítica, carcinoma múltiple, cualquier otro cáncer del tejido linforreticular o histiocítico o linfoadenopatía angioinmunoblástica.
- 3. Un síndrome de inmunodeficiencia genético (congénito) o un síndrome de inmunodeficiencia adquirida atípico de infección por VIH igual que uno que produzca hipogammaglobulinemia.

CLASIFICACIONES DE LAS INFECCIONES POR VIH

Se han propuesto varios sistemas de clasificación de la enfermedad, las más utilizadas son las de Center for Diseases Control (CDC) de 1986 ampliadas en 1987 y actualizadas en 1993. Otra clasificación utilizada en la actualidad es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 1990, en la que se consideran, a la vez, manifestaciones clínicas y parámetros inmunológicos.

Clasificaciones de los C.D.C. (1986)

Se dividen en cuatro grupos según el grado de progresión de la enfermedad (Tabla 2.1):

- Grupo I. Primoinfección.
- Grupo II. Fase asintomática.
- Grupo III. Linfadenopatía crónica.
- Grupo IV. Enfermedades asociadas a la inmunodeficiencia. A su vez están divididas en 5 subgrupos:

TABLA 2.1. CLASIFICACION DE LOS CENTER FOR DISEASES CONTROL (1986)

GRUPO I	Infección aguda.			
GRUPO II	Infección asintomática.			
GRUPO III	Linfadenopatía generalizada persistente.			
GRUPO IV	Otras enfermedades.			
	Subgrupo A: Enfermedades constitucionales.			
	Subgrupo B: Enfermedades neurológicas.			
	Subgrupo C: Infecciones oportunistas.			
	- Categoría C-1: diagnósticas de SIDA.			
	- Categoría C-2: otras infecciones.			
	Subgrupo D: Neoplasias asociadas.			
	Subgrupo E: Otros procesos.			

- Grupo I Primoinfección. No siempre tienen expresión clínica. Pueden presentar cuadros pseudogripales, meningitis aséptica, encefalitis, neumonitis, hepatitis, todo relacionado con viremias iniciales del VIH. La duración de esta fase es de aproximadamente 3 a 4 semanas.
- Grupo II Tras la seroconversión, y durante aproximadamente 4 a 8 años, los pacientes permanecerán asintomáticos, la actividad del individuo es normal y hay presencia de anticuerpos circulantes. Esta fase se conoce como de portador asintomático.
- Grupo III Presencia de adenopatías de más de 1 cm. en dos o más localizaciones intrainguinales (axilares, cervicales, etc.).

La presencia de adenopatías puede aparece en cualquier momento de la infección por VIH y es independiente del estado inmunológico, es decir, independiente del número de linfocitos CD4. No constituye un mayor riesgo de evolución a SIDA.

- Grupo IV Fase sintomática. Se clasifica en 5 subgrupos del A al E. El SIDA correspondía a las categorías A, B (de este subgrupo B sólo la demencia), también corresponden a los grupos C1 y D y se excluían los subgrupos C2 y E.
 - Subgrupo A. Enfermedad constitucional: Pérdida de peso superior al 10% del peso corporal basal, diarrea persistente más de 1 mes y fiebre más de 1 mes.
 - Subgrupos B. Enfermedad neurológica: Demencia, mielopatía, neuropatía perifé-

rica, etc. De este subgrupo, sólo la demencia se ve incluida en los casos de definición de SIDA.

- Subgrupo C. Dos categorías:
 - C₁ que incluye 12 procesos: Pneumocystis carinii, criptosporidiasis, toxoplasmosis cerebral, estrongiloidosis, isosporidiasis, candidiasis esofágica o broncopulmonar, cryptococosis, histoplasmosis, infección diseminada por MAI o Mycobacterias, infecciones por microbacterias kansasii, infecciones diseminadas por citomegalovirus, infecciones crónicas por herpes simplex y leucoencefalopatía multifocal progresiva.
 - \bullet El subgrupo C_2 incluye 5 infecciones oportunistas: Leucoplasia oral vellosa, candidiasis orofaríngea, herpes zóster multimetamérico, nocardiosis, tuberculosis y bacteriemia recidivante por Salmonella no-typhi. Este subgrupo C_2 no es definitorio de casos de SIDA .
- Subgrupo D. Hace referencia a las neoplasias asociadas: Sarcoma Kaposi, linfoma cerebral primario y linfoma no-Hodgkin.
- Subgrupo E. Otros procesos no incluidos en los subgrupos anteriores, tanto desde el punto de vista de las infecciones como de las neoplasias.

Posteriormente, esta clasificación fue ampliada en 1987 con nuevos procesos infecciosos y neoplásicos y fue nuevamente actualizada en 1993.

Clasificación de las CDC (1993)

En 1991 se propone esta clasificación que considera las cifras de CD4 y diferentes manifestaciones clínicas, incluyendo otras infecciones y neoplasias que en los últimos años se han sumado a las listas de procesos. Esta clasificación definida en 1991 se adoptó en 1993 (Tabla 2.2):

A: asintomático.

B: síntomas menores.

C: entidades definitorias de SIDA.

El diagnóstico de SIDA corresponde a las categorías C1, C2, C3, A3 y B3.

Los 23 procesos que se recogen y están aceptados desde 1986, 1987 y 1993, ampliados en la actualidad en 3 procesos más durante 1994, aparecen en la tabla 2.3.

Clasificación de la CDC para infección por VIH en niños (1994)

Los niños son clasificados (Tabla 2.4) de acuerdo a tres parámetros:

- A. Diagnóstico de infección.
- B. Categoría clínica.
- C. Categoría inmunológica.

Diagnóstico de infección

- Infectado por VIH.
- A). Niño < 18 meses que se sabe que es seropositivo frente al VIH o nacido de madre infectada por VIH y:

- Tiene resultado positivo en dos determinaciones separadas (excluyendo sangre de cordón) de uno o más de los siguientes test de detección del VIH: Cultivo, PCR, Antígeno p24.
- Cumple los criterios de diagnóstico de SIDA basados en la definición de caso de 1987.
- B). Niño ≥ 18 meses nacido de madre infectada por VIH o cualquier niño infectado por sangre, producto sanguíneo o cualquier otro modo de transmisión conocido que:
 - Tiene anticuerpos anti-VIH por análisis inmunoenzimático (EIA) repetido y un test confirmatorio (ej. Western blot o ensayo inmunofluorescente).

0

- Presenta cualquiera de los criterios de A).
- Perinatalmente expuesto (Prefijo E).

Un niño que no cumple los criterios anteriores, el cual:

 \bullet Es seropositivo por EIA y test de confirmación (ej. WB o IFA) y es < 18 meses en el momento de la prueba.

0

- Se desconoce su situación de anticuerpos, pero es hijo de madre infectada por VIH.
- Serorrevertido (SR).

Un niño hijo de madre infectada por el VIH y que:

• Se comprueba que no tiene anticuerpos anti-VIH (p. ej. dos o más resultados negativos en los test de EIA realizados entre los 6-18 meses o uno negativo tras los 18 meses).

У

• no tiene ninguna otra evidencia de laboratorio de infección por VIH (no tiene dos resultados positivos en los test de detección viral, si se realizaron).

У

• no tiene condiciones de definición de SIDA.

Categoría clínica - Categoría N: Asintomáticos.

Niños que no tienen signos ni síntomas que sean resultado de la infección por el VIH o que sólo tiene una de las condiciones incluidas en la categoría A.

- Categoría A: Levemente sintomáticos.

Niños con dos o más de las siguientes condiciones, pero ninguna de las recogidas en las categorías B v C:

- Linfadenopatía (≥ 0.5 cm. en más de una localización; bilateral = 1 localización).
- Hepatomegalia.
- Esplenomegalia.

- · Dermatitis.
- Parotiditis.
- Episodios recurrentes o persistentes de infección de vías aéreas superiores, otitis o sinusitis.
- Categoría B: Moderadamente sintomáticos.

Niños que tienen condiciones sintomáticas distintas a las incluidas en las categorías A y C, que se atribuyan a la infección por VIH. Ejemplos de la categoría clínica B, pero sin limitarse a éstos, son:

- Anemia (< 8 gr. /dl.), neutropenia (< 1.000 /mm. 3) o trombocitopenia. (< 100.000 /mm. 3) que persiste \geq 30 días.
- Meningitis bacteriana, neunomía o sepsis (episodio aislado).
- Candidiasis orofaríngea persistente (> 2 meses) en niños >6 meses.
- · Cardiomiopatía.
- Infección por CMV, de comienzo antes de 1 mes de vida.
- Diarrea recurrente o crónica.
- Hepatitis.
- Estomatitis recurrente (> 2 episodios en un año) por herpes simplex (HSV).
- Esofagitis, bronquitis o neumonitis por HVS de comienzo antes del 1er mes de vida.
- Herpes zóster, más de un episodio o uno que afecte a dos o más dermatomos.
- · Leiomiosarcoma.
- Neumonía intersticial linfoide (NIL) o complejo hiperplasia linfoide pulmonar
- Nefropatía.
- · Nocardiosis.
- Fiebre persistente (duración de >1 mes).
- Toxoplasmosis, de comienzo antes del 1er mes de vida.
- Varicela diseminada.
- Categoría C: Severamente sintomáticos.

Niños que tienen cualquier condición recogida en la definición de caso de SIDA de 1987, con excepción de NIL:

- Infecciones bacterianas graves, múltiples o recurrentes (p. ej. cualquier combinación de, al menos, dos infecciones confirmadas mediante cultivo en un período de dos años), de los tipos siguientes: septicemia, neumonía, meningitis, infección ósea o articular o absceso en un órgano interno o cavidad corporal (excluyendo otitis media, abscesos superficiales en piel o mucosas o infecciones relacionadas con catéteres).
- Candidiasis esofágica o pulmonar (tráquea, bronquios, pulmones).
- Coccidiomicosis diseminada (en sitio distinto de, o además de: pulmón o ganglios cervicales o hiliares).
- Criptococosis extrapulmonar.
- Criptosporidiasis o isosporiasis con diarrea que persiste >1 mes.
- Enfermedad por CMV con inicio de síntomas en >1 mes de edad (en sitio distinto de hígado, bazo o ganglio).

- Encefalopatía (al menos uno de los siguientes hallazgos están presentes durante al menos dos meses, en ausencia de otra enfermedad concurrente distinta a la infección por VIH que pudiera explicar los hallazgos): a) Fallo en las adquisiciones o su pérdida o pérdida de la capacidad intelectual, comprobado mediante escalas del desarrollo o test neuropsicológicos, o b) Disminución del crecimiento cerebral o microcefalia adquirida demostrada por mediciones del perímetro cefálico o atrofia cerebral demostrada por TAC o resonancia magnética (en niños <2 años se necesitan imágenes seriadas), o c) Déficit motor simétrico adquirido, demostrado por dos o más de: paresia, reflejos patológicos, ataxia o alteración de la marcha.
- Infección por virus herpes simplex, que causa úlcera mucocutánea de más de un mes de duración, o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración en un paciente >1 mes de edad.
- Hitoplasmosis diseminada (en sitio distinto o en adición a pulmones o ganglios cervicales o hiliares).
- Sarcoma de Kaposi.
- Linfoma primario de cerebro.
- Linfoma tipo Burkitt o inmunoblástico o linfoma de células grandes de tipo B o de fenotipo inmunológico desconocido.
- Infección por Mycobacterium tuberculosis extrapulmonar o diseminado.
- Infección por Mycobacterium avium complex o Mycobacterium kansasii, diseminada (de localización distinta o además de pulmones, ganglios hiliares, cervicales o piel).
- Infección por Mycobacterias de otras especies o especies no identificadas, diseminadas (de localización distinta o además de pulmones, ganglios hiliares, cervicales o piel).
- Neumonía por Pnemocystis carinii.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Sepsis por Salmonella (no tifoidea) recurrente.
- Toxoplasmosis cerebral de comienzo en > 1 mes de edad.
- Síndrome caquético en ausencia de una enfermedad concurrente a la infección por VIH que pudiera explicar estos hallazgos: a) Pérdida persistente de peso de > 10 % de la línea basal, o b) Caída de más de dos de las siguientes líneas de percentiles de la gráfica para la edad (ej. percentiles 95, 75, 50, 25 y 5) en \geq 1 año, o c) Dos mediciones consecutivas, separadas por \geq 30 días, por debajo del 5º percentil junto a diarrea crónica (dos o más deposiciones por día \geq 30 días) o fiebre documentada (durante \geq 30 días, persistente o intermitente.

Categoría inmunológica

La categoría inmunológica se determina atendiendo al número total y porcentaje de linfocitos CD4, dependiendo de la edad (Tabla 2.5).

Clasificación de la OMS (1990)

Combina parámetros clínicos y de laboratorio (Tablas 2.6 y 2.7). Es una clasificación dinámica en la que se consideran cuatro estadillos evolutivos según las manifestaciones clínicas y tres subgrupos según la cifra de linfocitos totales o CD4.

Esta clasificación está poco generalizada, pero probablemente es la que proporciona una mejor caracterización de los enfermos.

Definición de SIDA

Se recogen los datos para el diagnóstico en las clasificaciones de las tablas 2.8, 2.9 y 2.10. En 1987, los CDC revisan la clasificación de SIDA con la intención de:

- 1. Incluir nuevas infecciones oportunistas o nuevas formas de presentación.
- 2. Considerar la demencia por VIH como definitoria de SIDA.
- 3. Valoración de la evidencia de laboratorio de infección por VIH, a favor o en contra.
- 4. Consideración de diagnósticos distintos al de certeza (microbiológicos o anatomopatológicos) para algunas entidades, como es la sintomatología o semiología característica y la respuesta al tratamiento.
- 5. Inclusión del síndrome de emaciamiento (Warting Syndrome o Slim disease) entre las entidades definitorias del SIDA.

Desde 1994 se incluyen como causa SIDA a 3 nuevos procesos:

- Neumonía bacteriana de repetición (2 o más en el último año).
- Tuberculosis pulmonar.
- Carcinoma de cérvix.

TABLA	2.2. CLA	SIFICACI	ON DE II	NFECCION	POR VIH	. CDC	1.993
-------	----------	----------	----------	----------	---------	-------	-------

CATEGORIA INMUNOLOGICA (nº linfocitos T CD4+)	CAT		
	A (Primoinfección, asintomáticos o linfadenopatía)	B (Síntomas menores)	C (Entidades indica- doras de SIDA)
1 (>500/uL)	Å1	B1	C1
2 (200-499/uL)	A2	B2	C2
3 (<200/uL) (indicador de SIDA)	A3	В3	С3

En la categoría clínica B (síntomas menores) se incluyen: angiomatosis bacilar, muguet, candidiasis vulvovaginal, displasia cervical, síntomas constitucionales, leucoplasia vellosa, herpes zóster (multimetamérico o recidivante), trombocitopenia idiopática, listeriosis, enfermedad inflamatoria pélvica y neuropatía periférica.

En la categoría clínica C (entidades definitorias de SIDA) figuran los 23 procesos de la definición de 1987 y, además, los tres siguientes: tuberculosis pulmonar, carcinoma invasivo de cérvix y neumonías bacterianas recidivantes (dos o más episodios en un año).

El diagnóstico de SIDA puede hacerse por criterios inmunológicos (categoría 3 < 200 CD4+/uL) o clínicos (categoría C).

TABLA 2.3. PROCESOS ACTUALES QUE SE INCLUYEN EN EL GRUPO C Y SE RECOGEN LOS PROCESOS DE LA CLASIFICACION 1986-1987 Y 1993, DEFINITORIOS DE SIDA SIN OTRAS CAUSAS DE INMUNODEFICIENCIA.

- 1. Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar.
- 2. Candidiasis esofágica.
- 3. Carcinoma de cérvix invasivo.
- 4. Coccidioidomicosis diseminada.
- 5. Criptococosis extrapulmonar.
- 6. Criptosporidiasis con diarrea de más de 1 mes.
- 7. Enfermedades por citomegalovirus de un órgano diferente al hígado, bazo o ganglios linfáticos en pacientes de más de un mes.
- 8. Retinitis por citomegalovirus.
- 9. Encefalopatías por VIH.
- 10. Infección por virus herpes simples con úlcera mucocutánea que persiste más de 1 mes o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración en un paciente mayor de 1 mes de edad.
- Histoplasmosis diseminada.
- 12. Isosporidiasis crónica (> un mes).
- 13. Sarcoma de Kaposi.
- 14. Linfoma de Burkitt.
- 15. Linfoma inmunoblástico o equivalente.
- 16. Linfoma cerebral primario.
- 17. Infección por MAI o M. Kansasii diseminada.
- 18. Tuberculosis pulmonar.
- 19. Tuberculosis extrapulmonar o diseminada.
- 20. Infección por micobacterias diseminadas.
- 21. Neumonía por P. Carinii.
- 22. Neumonía recurrente.
- 23. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- 24. Sepsis recurrente por Salmonella no-tiphi.
- 25. Toxoplasmosis cerebral en pacientes mayores de 1 mes.
- 26. Warting syndrome (Caquexia VIH).

TABLA 2.4. CLASIFICACION DE LA INFECCION POR VIH EN NIÑOS

CATEGORIA CLINICA					
CATEGORIA INMUNOLOGICA	N: SIN CLINICA	A: CLINICA LEVE	B: CLINICA MODERADA	C: CLINICA GRAVE	
1: NO SUPRESION	N1	A1	B1	C1	
2: SUPRESION MODERADA	N2	A2	B2	C2	
3; SUPRESION SEVERA	N3	A3	В3	СЗ	

Aquellos cuyo estado de infección por VIH no está confirmado llevarán el prefijo "E" (p. ej. EN2). Se declararán como caso de SIDA los incluidos en la categoría C y la neumonía intersticial linfoide de la categoría B. Una vez adoptada una categoría inmunológica o clínica, no se recalifica al paciente en una categoría de menor gravedad, aunque mejoren los parámetros clínicos o inmunológicos.

TABLA 2.5. CATEGORIAS INMUNOLOGICAS EN BASE AL Nº Y % DE LINFO-CITOS CD4 SEGUN EDAD

CATEGORIA	< 12 MESES		1-5 AÑOS		6-12 AÑOS	
	N	(%)	N	(%)	N .	(%)
1: NO SUPRESION	≥ 1,500	(≥ 25)	≥ 1.000	(≥ 25)	≥ 500	(≥ 25)
2: SUPRESION MODERADA	750-1.499	(15-24)	500-999	(15-24)	200-499	(15-24)
3: SUPRESION SEVERA	< 750	(< 15)	< 500	(< 15)	< 200	(< 15)

TABLA 2.6. CLASIFICACION DE LA OMS (1990). CLASIFICACION EN BASE AL NUMERO DE LINFOCITOS TOTALES Y/O CELULAS CD4+ Y EL ESTADIO CLINICO

	ESTADIO CLINICO					
Linfocitos	CD4+	1	2	3	4	
>2.000	>500	1-A	2-A	3-A	4-A	
1.000-2.000	200-500	1-B	2-B	3-B	4-B	
<1.000	<200	1-C	2-C	3-C	4-C	

TABLA 2.7. SINTOMATOLOGIA Y PROCESOS OPORTUNISTAS CARACTERISTICOS DE CADA ESTADIO CLINICO

ESTADIO	SINTOMATOLOGIA GRA	DO DE ACTIVIDAD
1	1. Asintomático.	Normal
	2. Linfadenopatía persistente.	
2.	3. Pérdida ponderal <10%.	Normal
	Manifestaciones mucocutáneas leves	
	(dermatitis seborreica, prurito, dermatomicosis, aftas orales recidivantes,	
	queilitis angular).	
	5. Herpes zóster.	
	6. Infecciones repetidas del tracto	
	respiratorio superior (sinusitis, etc.).	
3.	7. Pérdida ponderal >10%.	Encamado
	8. Diarrea crónica de duración >1 mes de	<50% del día
	causa desconocida.	
	9. Fiebre de duración >1 mes (constante o	
	intermitente) de causa desconocida. 10. Candidiasis oral.	
	11. Leucoplasia oral peluda.	
4.	12. Tuberculosis pulmonar.	
	13. Infecciones bacterianas severas	
	(neumonías, piomiositis, etc.).	
	14. Síndrome de emaciamiento.	Encamado
	15. Neumonía por Pneumocystis carinii.	>50% del día
	16. Toxoplasmosis cerebral.17. Criptosporidiasis con diarrea de >1 mes.	
	18. Criptococosis extrapulmonar.	
	19. Enfermedad por Citomegalovirus en órganos	
	diferentes al higado, bazo o ganglios linfáticos.	
	20. Herpes simple mucocutáneo de >1 mes o visce	eral.
didani.	21. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.	
	22. Micosis diseminada (histoplasmosis,	
	coccidiomicosis, etc.).	
	23. Candidiasis esofágica, traqueobronquial	
	o pulmonar.	
	24. Micobacteriosis atípica diseminada.25. Septicemia por Salmonella no-typhi.	
	26. Tuberculosis extrapulmonar.	
	27. Linfoma.	
	28. Sarcoma de Kaposi.	
	29. Encefalopatía por VIH.	

TABLA 2.8. CLASIFICACION DE ENFERMEDADES SEGUN TIPO DE DIAGNOSTICO Y PRUEBAS REALIZADAS

PRUEBAS HIV POSITIVAS

A. Enfermedades diagnosticadas de modo presuntivo:

- 1. Candidiasis esofágica.
- 2. Retinitis por CMV.
- 3. Sarcoma de Kaposi a < 60 años.
- 4. Enfermedad diseminada por microbacterias.
- 5. Neumonía por Pneumocystis.
- 6. Toxoplasmosis cerebral.
- 7. Neumonía intersticial linfoide y/o hiperplasia pulmonar linfoide en niños.

B. Enfermedades que requieren diagnóstico definitivo:

- 1. Infecciones bacterianas de repetición en niños.
- 2. Coccidiomicosis diseminada.
- 3. Encefalopatía por HIV.
- 4. Histoplasmosis generalizada.
- 5. Isosporidiasis intestinal.
- 6. Linfoma cerebral primario.
- 7. Linfomas no-Hodgkin de tipo B.
- 8. Enfermedad por micobacterias.
- 9. Tuberculosis extrapulmonar.
- 10. Bacteriemias recidivantes por Salmonella no-typhi.
- 11. Síndrome de emaciamiento.
- 12. Sarcoma de Kaposi a cualquier edad.

PRUEBAS HIV NO REALIZADAS O INCONCLUSIVAS

C. Enfermedades que requieren diagnóstico definitivo:

- 1. Candidiasis esofágica o traqueal.
- 2. Criptococosis extrapulmonar
- 3. Criptosporidiasis intestinal.
- 4. Infección diseminada por CMV.
- 5. Infección crónica mucocutánea o broncopulmonar por herpes simple.
- 6. Sarcoma de Kaposi a edad <60 años.
- 7. Linfoma cerebral a edad <60 años.
- 8. Enfermedad diseminada por MAI o Mycobacterium kansasii.
- 9. Neumonía por Pneumocystis carinii.
- 10. Leucoencenfalopatía multifocal progresiva.
- 11. Toxoplasmosis cerebral.
- 12. Neumonía intersticial linfoide y/o hiperplasia pulmonar linfoide en niños.

TABLA 2.9. GUIA PARA EL DIAGNOSTICO DE CERTEZA DE LAS ENFERMEDADES INDICATIVAS DE SIDA

ENFERMEDADES	METODOS DE DIAGNOSTICO DE CERTEZA
Criptosporidiasis Citomegalovirus Isosporiasis Sarcoma de Kaposi Linfoma cerebral Neumonía recurrente Linfoma o hiperplasia Neumonía Pneumocistis carinii	Examen al microscopio (histología o citología)
Leucoencefalopatía multifocal progresiva Toxoplasmosis	
Candidiasis	Observación a groso modo, por endoscopia, autopsia o por examen microscópico (histología, citología) de una muestra directamente obtenida de los tejidos afectados (incluyendo frotis de la superficie mucosa), no de un cultivo.
Coccidioidomicosis Criptococcosis Virus Herpes simple Histoplasmosis	Examen microscópico (histología o citología) cultivo o detección de un antígeno en una muestra obtenida directamente de los tejidos afectados o de un fluido procedente de esos tejidos.
Tuberculosis Otras microbacteriosis Salmonellosis Otras infecciones bacterianas	
Encefalopatía por VIH(*) (Demencia)	Manifestaciones clínicas de alteraciones cognitivas y/o disfunciones motoras que interfieran con las ocupaciones o actividades de la vida diaria, o pérdida de los puntos clave en el desarrollo de la conducta de un niño, que progrese durante semanas o meses, en ausencia de otras enfermedades o circunstancias, excepto la infección por VIH, que pudieran explicar estas manifestaciones. Los métodos para descartar otras afecciones o condiciones deben incluir examen de fluido cerebro-espinal y también de imagen cerebral (tomografía axial computarizada o resonancia magnética) o una autopsia.
Síndrome de Adelgazamiento por VIH (*)	Manifestaciones de importante e involuntaria pérdida de peso, superior al 10% del peso corporal basal, más diarrea crónica (al menos dos deposiciones por día durante 30 o más días) o debilidad crónica y fiebre registrada (durante al menos 30 días intemitente o constante) en ausencia de otras enfermedades o circunstancias excepto infección por VIH que pudiera explicar estas manifestaciones (p. ej. cáncer, tuberculo-

(*) Para la encefalopatía por VIH y el Síndrome de Adelgazamiento, los métodos de diagnóstico descritos aquí no son de certeza absoluta, pero son suficientemente rigurosos para propósitos de vigilancia epidemiológica.

sis, crytospondiosis u otras enteritis específicas).

TABLA 2.10. GUIA PARA EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA DE LAS ENFERMEDADES INDICATIVAS DE SIDA

ENFERMEDADES	CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA
Candidiasis de esófago	a. Aparición reciente de dolor retrosternal al tragar saliva y
Cangidiasis de esolago	 b. Candidiasis oral diagnosticada por la aparición a simple vista de manchas blanquecinas o placas sobre una base eritematosa o por la aparición bajo el microscopio de los filamen- tos de los hongos en una muestra no cultivada procedente de un frotis de la mucosa oral.
Retinitis por Citomegalovirus	Aspecto característico al examen oftalmoscópico (p. ej. manchas discretas en la retina, de bordes netos, con diseminación centrífuga, siguiendo los vasos sanguíneos, progresando durante meses y asociadas frecuentemente con vasculitis retiniana, hemorragias y necrosis). La resolución de la enfermedad activa deja cicatrices retinianas y atrofia con pigmentación moteada del epitelio retiniano.
Microbacteriosis	Examen microscópico de una muestra procedente de compartimentos o fluidos corporales normalmente estériles o de tejidos distintos al pulmón, piel o ganglios linfáticos hiliares, mostrando bacilos ácido-alcohol resistentes de especies no identificadas por cultivo.
Sarcoma de Kaposi	Aspecto característico a simple vista de una lesión, en piel o mucosas, en placas violáceas o cretomatosas. (NOTA: Diagnósticos de sospecha de sarcoma de Kaposi no deberían ser realizados por clínicos que hayan visto pocos casos del mismo).
Neumonía Intersticial Linfoidea	Infiltrados pulmonares intersticiales, bilaterales, reticulonodulares, presentes radiológica- mente durante dos o más meses, sin identificación de causa patógena y sin respuesta al tratamiento antibiótico.
Neumonía por Pneumocystis carinii	 a. Historia de disnea de esfuerzo o tos no productiva de reciente comienzo (dentro de los últimos tres meses) y b. Evidencia radiográfica de infiltrados pulmonares bilaterales difusos; y c. Gasometría de sangre arterial mostrando un PO2 < 70 mm. Hg o una capacidad de difusión disminuida (< 80% de los valores previstos) o un aumento en el gradiente de la pO2 entre el alveolo y el capilar, y d. Ninguna evidencia de neumonía bacteriana.
Toxoplasmosis del cerebro	 a. Comienzo reciente de una anormalidad neurológica focal compatible con enfermedad intracraneal o un nivel reducido de conciencia; y b. Evidencia de lesión cerebral que origine efecto masa (obtenida por T.A.C. o resonancia magnética nuclear) o aspecto radiográfico de lesión que se incrementa al introducir un medio de contraste, y c. Hallazgo de anticuerpos séricos anti-toxoplasmosis o buena respuesta al tratamiento de la toxoplasmosis.

MARCADORES PRONOSTICOS

El SIDA es un complejo síndrome producido por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en el que un profundo trastorno de la inmunidad celular condiciona la aparición de múltiples infecciones oportunistas y tumores.

El amplio espectro de la enfermedad, con afectación de casi todos los órganos/sistemas, obliga a una valoración clínica cuidadosa siendo importantes el diagnóstico precoz y correcto tratamiento que van a ser determinantes en la supervivencia y calidad de vida de estos pacientes.

La identificación de ciertos marcadores pronósticos para la evolución de la enfermedad pueden ser orientativos en relación con el riesgo de desarrollar el cuadro completo. Como más frecuentes se enumeran los siguientes indicadores de mal pronóstico:

I. Signos biológicos.

- Anemia.
- Leucopenia(<4.000 leucocitos).
- Linfopenia (<1.000 leucocitos).
- Trombopenia (<150.000 plaquetas).
- Elevación importante de la Velocidad de Sedimentación.
- Aumento de Antígeno P24.
- Disminución de la cifra de linfocitos CD4 + circulantes.

II. Signos y síntomas clínicos.

- Fiebre > o = 38º intermitente o continua.
- Pérdida de peso > al 10% corporal.
- Diarrea intermitente o continua.
- Candidiasis oral.
- · Leucoplasia oral.
- Herpes simple crónico y/o de repetición.
- Herpes zóster.

MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

DECLARACION DEL SUBCOMITE DE ASISTENCIA Y FORMACION DE LA COMISION NACIONAL DE COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS SOBRE SIDA

El Subcomité de Asistencia y Formación de la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas sobre el Sida, durante la reunión celebrada el día 22 de junio de 1993, ha estudiado los criterios que se deben seguir en el medio laboral sanitario con el fin de evitar la transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Virus de la hepatitis B (VHB) y otros virus transmitidos por sangre.

Principios básicos

Tras el debate correspondiente, se ha llegado, por unanimidad, a la redacción de la Declaración Conjunta de Consenso siguiente:

- La transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el medio laboral sanitario, a pesar de ser un riesgo remoto, constituye un problema de primera magnitud por la importancia de sus consecuencias. Este riesgo potencial también se extiende al Virus de la Hepatitis B (VHB), Virus de la Hepatitis C (VHC) y a otros microorganismos transmitidos por la sangre, cuyas consecuencias son también importantes. La transmisión se puede producir no sólo de paciente a trabajador sanitario, sino también de paciente a paciente, a través de objetos contaminados, o más raramente de profesionales sanitarios a pacientes.
- Los riesgos ocupacionales de la transmisión de VIH, VHB, VHC y otros virus de transmisión sanguínea a los trabajadores sanitarios provienen, fundamentalmente, de la posibilidad de ser inoculados accidentalmente con la sangre de un paciente infectado.
- Es imposible identificar a todos los pacientes que pueden estar infectados. No solamente sería impracticable someter a todos los pacientes a los análisis, sino que, aunque ello se realizara, aquellos que todavía no se hubieran seroconvertido frente al VIH, así como pacientes con otras infecciones transmitidas por sangre, no serían identificados.
- El riesgo de infectarse por el VIH o por otros microorganismos transmitidos por la sangre es proporcional a la prevalencia de estas infecciones en la población asistida y a la probabilidad de producción de accidentes durante los procedimientos realizados.

Medidas preventivas. Las "Precauciones Universales"

Como mediante la historia clínica y la exploración no pueden identificarse de manera fiable todos los pacientes infectados por el VIH, el Center for Diseases Control (CDC) de Atlanta (EEUU) consideró, en 1987, que sería conveniente que las precauciones al manejar la sangre y líquidos orgánicos se adoptasen con todos los pacientes. Por ello se denominaron "Precauciones Universales".

En junio de 1988, el CDC revisó y actualizó esta normativa, recomendando la aplicación de las "Precauciones Universales" en la sangre y otros fluidos corporales (semen, secreciones vaginales y líquidos cefalorraquídeo, pleural, sinovial, amniótico, peritoneal y pericárdico), pero señalando que no eran necesarias al manejar orina, heces, saliva (excepto en odontología), esputos, lágrimas, secreciones nasales, sudor y vómitos, excepto si contenían sangre visible.

Bajo esta perspectiva, la sangre, fluidos contaminados con sangre y los fluidos corporales anteriormente referidos de todos los pacientes, se consideran potencialmente infecciosos para VIH, VHB, VHC y otros patógenos transmitidos por sangre.

Las "Precauciones Universales" están dirigidas a suplementar, más que a reemplazar, la normativa utilizada rutinariamente en el control general de las infecciones.

Los medios fundamentales para evitar la transmisión de los virus transmitidos por sangre son:

- La vacunación de la hepatitis B de los trabajadores sanitarios.
- Las normas de higiene personal.
- Los elementos de protección de barrera.
- El cuidado con los objetos cortantes.
- La esterilización y desinfección correcta de instrumentos y superficies, aplicados en la atención a todos los pacientes.

Vacunación de la hepatitis B

Todo el personal que desarrolla su labor en el medio sanitario y que tenga contacto directo o indirecto con la sangre u otros fluidos de los pacientes debe ser vacunado contra la hepatitis B.

Normas de higiene personal

Los cortes, heridas y lesiones de las manos, siempre se deben cubrir con apósitos impermeables (tipo tiritas) antes de iniciar la actividad laboral. Asimismo, se retirarán anillos y joyas.

Los trabajadores sanitarios que presenten lesiones cutáneas (principalmente dermatitis exudativas que no se puedan cubrir) deberán evitar el cuidado directo de los pacientes y/o el manejo de equipos contaminados.

El lavado de manos es una de las medidas más importantes para el control de las infecciones en el medio sanitario. Se efectuará antes y después de cualquier actividad realizada durante el cuidado a un paciente, aunque se hayan utilizado guantes. Siempre deben lavarse las manos cuando se hayan manchado con materiales potencialmente contaminados.

El lavado de manos se realizará con agua y jabón, preferentemente líquido en envase no rellenable. En situaciones especiales puede ser adecuado utilizar una sustancia antimicrobiana con actividad residual, como povidona yodada, gluconato de clorhexidina o paraclorometaxylenol (PCMX). Tras el lavado se secarán las manos con toallas de papel desechables.

Elementos de protección de barrera

Se deben utilizar barreras protectoras para prevenir la exposición a sangre, fluidos corporales conteniendo sangre y otros fluidos a los que se aplican las "Precauciones Universales" (semen, secreciones vaginales y líquidos cefalorraquídeo, pleural, amniótico, sinovial, peritoneal y pericárdico). El tipo de barrera protectora debe ser adecuada al procedimiento que se va a realizar (Tabla 2.11).

A. Utilización de guantes:

Los guantes constituyen la protección de barrera más importante.

Se deben utilizar guantes en las siguientes circunstancias:

- Al manejar sangre, fluidos corporales contaminados con sangre, tejidos, o los fluidos va señalados.
- Al entrar en contacto con piel no intacta o mucosas de un paciente.
- Al manejar objetos, materiales o superficies contaminados con sangre o los fluidos indicados.
- Al realizar procedimientos invasivos.
- Son obligatorios siempre que el trabajador sanitario presente cortes, heridas o lesiones cutáneas.

Los guantes se cambiarán tras el contacto con cada paciente. Si durante su empleo se perforasen es preciso quitárselos, lavarse inmediatamente las manos y ponerse un nuevo par.

No se utilizarán al entrar en contacto con piel intacta del paciente.

B. Utilización de mascarillas:

Las mascarillas se utilizarán únicamente cuando se prevea la producción de salpicaduras de sangre o fluidos corporales a las mucosas oral y nasal. Algunas actividades que exigen el empleo de mascarillas son:

- · Odontoestomatología.
- Endoscopia.
- · Aspiración de secreciones.
- Manipulación del equipo de fisioterapia respiratoria.
- La práctica de procedimientos invasivos asociados a producción de aerosoles (autopsias, intubaciones, asistencia en hemorragias vasculares importantes, etc.).

C. Protección ocular:

La protección ocular habitualmente no es necesaria, sin embargo se puede utilizar cuando se prevea la producción de salpicaduras de sangre o líquidos corporales a la mucosa ocular.

D. Utilización de batas:

Las batas generalmente no están indicadas. Se recomienda su uso cuando se prevea la producción de grandes salpicaduras de sangre o líquidos orgánicos (p. ej. asistencia a un parto). Puede obtenerse una protección adicional mediante el empleo de delantales impermeables bajo la bata.

TABLA 2.11. APLICACION PRACTICA DE LOS ELEMENTOS DE PROTEC-CION DE BARRERA.

SITUACION CLINICA	PRECAUCIONES
Hablar al paciente, ajustar la velocidad del suero o equipo no invasivo.	Ninguna
Examen del paciente sin contacto con sangre, fluidos corporales o mucosas.	Lavado de manos
Examen del paciente con contacto con sangre, fluidos corporales o mucosas.	Lavado de manos Guantes
Extracción de sangre; colocación de vías intravenosas.	Lavado de manos Guantes
5. Aspiración; inserción de catéteres corporales.	Lavado de manos Guantes (*)
6. Manejo de residuos y objetos o materiales usados por el paciente.	Lavado de manos Guantes (**)
7. Intubación; inserción de vías arteriales; endoscopia; procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos que produzcan sangrado o drenaje de fluidos corporales (evaluar en cada caso)	Lavado de manos Guantes Bata Mascarilla Protección ocular

^(*) Utilizar bata, mascarilla y protección ocular si se prevén salpicaduras de sangre o fluidos.

Fuente: Plan Nacional del SIDA. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Recomendaciones para el control de la infección por VIH, VHB y otros gérmenes de transmisión sanguínea en el medio laboral sanitario.

^(**) Utilizar bata, mascarilla y protección ocular solamente si hay extensa contaminación de materiales usados por el paciente (p. ej. sábanas) o es probable la producción de salpicaduras o de desechos.

Manejo de objetos punzantes o cortantes

Todos los trabajadores sanitarios deberán manejar con extraordinario cuidado las agujas y los instrumentos cortantes utilizados. Las precauciones se deberán adoptar durante y tras su utilización, al limpiarlos y en su eliminación. Una vez utilizadas, las agujas no deben ser reencapuchadas ni sometidas a ninguna manipulación.

Para su eliminación, las agujas, jeringas y otros instrumentos afilados deben ser colocados en envases resistentes a la punción, que estarán localizados próximos a la zona en que vayan a ser utilizados. Se evitará llenar los envases totalmente, puesto que las agujas que sobresalen de los contenedores constituyen un riesgo importante para las personas que los manejan.

Siempre que sea posible, los trabajadores sanitarios que utilicen instrumentos cortantes o punzantes deben deshacerse personalmente de los mismos. Nunca se dejarán estos objetos cortantes abandonados sobre una superficie, ya que existe riesgo de que otros trabajadores sufran accidentes. Esto es especialmente necesario tras intervenciones realizadas junto al lecho del enfermo (p. ej. toracocentesis, extracción de muestras de sangre arterial para gasometría, etc.), ya que el individuo que maneja un instrumento conoce mejor la situación y cantidad de equipo utilizado, evitando así el riesgo de exposición a otros trabajadores.

Esterilización y desinfección

La esterilización se define como el procedimiento que, utilizando métodos físicos o químicos, destruye totalmente los organismos vivos en un objeto inanimado o instrumento.

La desinfección no implica la destrucción de todos los microorganismos, aunque habitualmente conlleva la destrucción de los gérmenes patógenos. La intensidad o eficacia de la desinfección dependerá del tipo de desinfectante y de las condiciones de utilización (tiempo, temperatura, etc.). Los desinfectantes son sustancias químicas en estado líquido o gaseoso. Algunas de estas sustancias químicas, cuando se emplean en condiciones especiales (concentración y tiempo adecuados), pueden conseguir la esterilización de objetos o superficies inanimados.

El material utilizado, según su necesidad de descontaminación, puede ser clasificado en:

- Objetos que deben ser esterilizados. Son aquellos que penetran o entran en contacto con sangre o con piel o mucosas no intactas: agujas, instrumentos quirúrgicos, etc.
- Objetos que, aunque se aconseja que sean esterilizados, es aceptable que puedan utilizarse sometidos a desinfección de alto nivel. Son los que entran en contacto con mucosas intactas.
- Objetos que sólo se aconseja que sean desinfectados. Son los que no entran en contacto con sangre, mucosas o piel no intacta.

Los desinfectantes más potentes pueden no ejercer su acción, si la sangre u otras sustancias les impiden alcanzar la superficie sobre la que deben actuar. Por ello, todos los objetos que vayan a ser desinfectados o esterilizados deben ser sometidos a una limpieza previa que elimine la sangre, saliva y otras sustancias de su

superficie. Tras su limpieza, los objetos deben ser aclarados antes de ser desinfectados o esterilizados.

Los métodos de esterilización recomendados son los siguientes:

- Autoclaves (esterilización con vapor de agua).
- Chemiclaves (esterilización con vapores químicos).
- Esterilizadores de calor seco.
- Oxido de etileno.
- Otros agentes químicos: glutaraldehido alcalino en tiempo prolongado.

Cada método de esterilización tiene ventajas y desventajas. Desde el punto de vista de la eficacia, el mejor método es el calor –autoclave, chemiclave y calor seco–, aunque no siempre es posible emplear altas temperaturas con todo el material.

Algunas sustancias habitualmente recomendadas para la **desinfección** son las siguientes:

- Soluciones de glutaraldehido alcalino.

El glutaraldehido alcalino se suministra generalmente como solución acuosa al 2% que necesita ser activada antes de su uso mediante la adición de un activador. La inmersión en la solución activada destruye bacterias vegetativas, hongos y virus en menos de 30 minutos (desinfección). La destrucción de toda forma microbiana, incluidas las esporas (esterilización), precisa 10 h.

El líquido activado tiene un período de caducidad. No se debe emplear durante más de 2 semanas y se debe eliminar si se enturbia. Se recomienda utilizar guantes resistentes al manipularlo. Tras la inmersión en glutaraldehido alcalino los objetos deben ser aclarados de forma concienzuda debido a la toxicidad del producto.

Se recomienda su utilización como desinfectante de instrumental metálico.

- Hipoclorito sódico (lejía diluida).

La solución estándar para emplear en la clínica es una disolución al 10% de lejía doméstica (una parte de lejía en nueve de agua). La solución se debe preparar diariamente, o mejor, en el momento de utilizarla.

Al manipularla se deben utilizar guantes resistentes. La corrosión del metal, la irritación de piel y ojos, el mal olor y su toxicidad si se ingiere son sus principales efectos secundarios.

Se recomienda como desinfectante de superficies y objetos no metálicos. El tiempo requerido para la desinfección es de 10-30 minutos.

-Sustancias antisépticas.

Por antisépticos se conocen aquellos desinfectantes que pueden ser aplica-

dos sobre la piel o tejidos vivos. Algunos de los más utilizados son los siguientes:

- lodóforos (povidona yodada). La povidona yodada se utiliza como antiséptico (desinfectante de piel y mucosas) a concentración de 7,5-10%, ya que no irrita la piel ni tiene olor desagradable. También están comercializados otros iodóforos para su uso como desinfectantes de objetos y superficies.
- Alcoholes. Se utilizan los alcoholes etílico e isopropílico. La concentración más aconsejada es del 70%.
- Otros antisépticos (gluconato de clorhexidina). La solución alcohólica (alcohol al 70%) de clorhexidina al 0,5% es uno de los mejores antisépticos.

Otras recomendaciones

A. Señalización de muestras.

La implantación de las "Precauciones Universales" elimina la necesidad de utilizar una señalización especial (punto rojo, indicación de "Alto riesgo", etc.) en las muestras de sangre y fluidos de pacientes de los que se sospecha, o se conoce, que están infectados por VIH, VHB, VHC u otros microorganismos transmitidos por sangre. La señalización especial (punto rojo, indicación de "Alto riesgo") debe eliminarse, además, por la falsa seguridad que confiere al personal sanitario y por vulnerar el derecho a la intimidad y a la confidencialidad que debe asistir a todos los pacientes.

B. Vajilla y cubiertos.

No es preciso utilizar vajilla o cubiertos especiales o desechables en los pacientes infectados por virus transmitidos por sangre. La limpieza de estos utensilios se realizará según los procedimientos de rutina del centro.

C. Sábanas y ropa blanca.

El tratamiento de la ropa utilizada con pacientes seropositivos o con Sida será el normal, no precisándose en ningún caso la incineración o el uso de ropa desechable.

D. Transporte del paciente.

No se precisan especiales medidas en el transporte de los pacientes seropositivos ni se pondrá ningún tipo de identificación en la cama o camilla.

E. Hospitalización.

Como norma general, los pacientes seropositivos pueden compartir las habitaciones y los baños con otros enfermos. Se deberá valorar la necesidad de aislamiento cuando presenten:

- · Hemorragia incontrolada.
- Alteraciones importantes de la conducta.
- · Diarrea profusa.

• Otros procesos infecciosos que exijan aislamiento: p. ej. tuberculosis pulmonar.

F. Eliminación de residuos.

Los residuos y deshechos contaminados con sangre o fluidos de los ya señalados de cualquier paciente deben ser considerados como potencialmente infecciosos y serán incinerados o eliminados de acuerdo con las normas del hospital sobre desechos infecciosos, incluido el uso de códigos de colores, bolsas impermeables, etiquetas o todos ellos.

Los residuos no cortantes o punzantes –gasas, productos de papel o de plástico desechable, torundas de algodón y otros– pueden ser eliminados en doble bolsa de plástico resistente. Para evitar roturas se desechará la bolsa cuando esté a 2/3 de su capacidad.

Como se ha señalado anteriormente, los objetos punzantes y cortantes –agujas desechables, jeringas, hojas de bisturíes, agujas unidas a hilos de sutura, vidrios rotos, etc.– serán colocados en un contenedor rígido (a prueba de perforaciones), rotulados convenientemente, cerrados cuando estén llenos y eliminados.

G. Salpicadura o vertidos de sangre o fluidos.

Si se produce un vertido de sangre o de los fluidos indicados, los trabajadores sanitarios deberán:

- Lavarse las manos y colocarse guantes resistentes.
- Lavar la zona con jabón y agua.
- Verter lejía diluida al 10% (una parte de lejía doméstica en 9 de agua) sobre la superficie contaminada.
- Limpiar el área con toallas desechables.
- Quitarse los guantes y lavarse las manos.

SEROLOGIA

- Técnicas Primaria: Enzimoinmunoanálisis (Elisa).
 - De confirmación: Inmunoelectrotransferencia / Western Blot, Inmunofluorescencia indirecta (IFI). Radioinmunoprecipitación (RIPA), Elisa con proteínas producidas por Ingeniería Genética (EIG).

Interpretación de resultados

- Negativa: Indica, con una alta probabilidad, que no ha adquirido el virus hasta seis meses antes de su realización. Por tanto, se valorará el período de ventana (6 meses) y se repetirá la prueba una vez finalizado éste.
- Positiva confirmada: Es prácticamente sinónimo de infección por VIH. No determina cuándo se produjo la exposición al virus. Tampoco mide la capacidad infectante, aunque debe suponerse por la naturaleza del virus. No tiene valor predictivo en términos de enfermedad clínica.

Lugar de realización

- Solicitar en consulta médica, tras consentimiento informado, cuando exista indicación de estudio serológico. Se solicitará en impreso estándard de estudio serológico, remitiéndose el suero al centro especializado de referencia.
- Como vías alternativas (caso de confidencialidad no asegurada, etc.) se solicitará a través de la Unidad ubicada en la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.

Condiciones para realizar serología

- Siempre que exista indicación clínica, epidemiológica o psicológica.
- Siempre que se haya suministrado al paciente información previa suficiente sobre la prueba y sus consecuencias en términos de resultados.
- Voluntariedad manifiesta por parte del interesado.
- Respeto estricto de la confidencialidad.
- Respeto estricto al derecho de conocer o no conocer los resultados cuando así lo manifieste explícitamente el interesado.
- Siempre que exista la disponibilidad del control posterior de seropositivos.

Indicadores de estudio serológico

A todas las "personas de riesgo" se les realizará serología para VIH de manera rutinaria y tantas veces como sea necesario, con periodicidad variable, mientras sean negativos y persistan las prácticas de riesgo. Siempre se pedirá permiso previo a la realización de la prueba, informando de sus posibles consecuencias.

Se consideran "personas de riesgo" para contraer infección por VIH a:

- Usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP).
- Parejas y contactos sexuales de UDVP (incluso VIH negativos).
- Personas con relaciones sexuales con distintas personas sin adoptar medidas preventivas.
- Personas que hayan mantenido contactos sexuales con prostitutas sin adoptar medidas preventivas.

- Personas que ejerzan la prostitución.
- Personas que hayan estado ingresadas en instituciones penitenciarias.
- Personas que hayan recibido alguna transfusión de sangre y/o hemoderiva dos antes de 1985.
- Personas que hayan recibido algún transplante de órganos.
- Personas que hayan sufrido pinchazo accidental con instrumentos sospechosos.

Es conveniente realizar control, investigación de prácticas de riesgo y en su caso serología a los siguientes grupos de población:

- Convivientes con enfermos y seropositivos.
- Personas con serología positiva para VHB o VHC.
- Personas a las que se diagnostique ETS.
- Menores de 40 años a los que se diagnostique de tuberculosis.
- Menores de 40 años a los que se diagnostique de neumonía neumocócica documentada.
- Embarazadas con factores de riesgo.
- A toda aquella persona que voluntariamente lo solicite.

No indicaciones de serología

No está indicada la prueba en:

- Personas sin prácticas de riesgo.
- Profesionales sin prácticas de riesgo que se relacionen con portadores.
- Screenings masivos.

Repetición del estudio serológico

Con carácter general, y debido al período ventana, se repetirá a los 6 meses de la última práctica de riesgo realizada.

La indicación de repetir el estudio serológico para el VIH atenderá a los siguientes criterios según los casos:

- UDVP. Se repetirá la serología cada 6 meses mientras persistan las prácticas de riesgo.
- Homosexuales/bisexuales. Se repetirá la serología cada 6 meses mientras persistan las prácticas de riesgo.
- Parejas sexuales de UDVP:
 - VIH positivo. Ante la falta de garantías de la utilización de métodos de protección se repetirá cada seis meses.
 - VIH negativo. Seguimiento y vigilancia del UDVP. En caso de seguimiento dificultoso se repetirá la serología a la pareja cada seis meses.
- Personas con relaciones sexuales con diferentes personas y/o que mantengan contactos sexuales con prostitutas sin adoptar, en ninguno de los casos, medidas preventivas. Se repetirá la serología a los seis y doce meses del último contacto sospechoso.

- Personas que ejerzan la prostitución. Se repetirá el estudio cada seis meses, aprovechando para descartar hepatitis B y C, así como ETS.
- Transfundidos y transplantados. En transfundidos anteriores a 1985 se realizará un único test. En transplantados es excepcional y su control se realiza en la Unidad correspondiente.
- Personas que hayan sufrido pinchazo accidental (laboral o no). Utilizar pautas de actuación recogidas en el apartado Atención a Exposición Accidental.
- Hijos de padres VIH positivo, enfermos de Sida y convivientes con VIH positivos o enfermos. En los hijos de madres seropositivas descartar precozmente la transmisión vertical durante el embarazo, parto o lactancia. En los demás casos investigar conductas de riesgo para valorar la realización de serología y su periodicidad, ya que la convivencia estrecha no está documentada como forma de transmisión.
- Personas diagnosticadas de ETS y Hepatitis B y/o C, seronegativas para VIH. Investigar las conductas de riesgo para valorar la realización de serología y su periodicidad, así como el seguimiento.
- Personas menores de 40 años diagnosticadas de tuberculosis o neumonía neumocóccica documentada. Se realizará un único estudio.
- Embarazadas. No está universalmente aceptada su periodicidad.

3. ORGANIZACION DE LA ATENCION

GENERAL

ORGANIZACION La problemática creada por el VIH requiere una atención integral con un abordaje multidisciplinario dirigido a solucionar los problemas biológicos, psicológicos y sociales e integrada en la red sanitaria pública y en los centros de atención al toxicómano.

NIVELES DE **ATENCION**

Con estos criterios se consideran los siguientes niveles de atención:

- 1 Centros de Primer Nivel:
- Los equipos de Atención Primaria de Salud.
- Los centros de Planificación Familiar.
- Los servicios sanitarios de los Centros de Atención al Drogodependiente.
- Los servicios sociosanitarios de los Centros Penitenciarios.
- Otros servicios sanitarios específicos para determinadas entidades.
- 2. Centros de Apoyo:
- Los Servicios Sociales de base.
- Los equipos de Salud Mental.
- El equipo de Educación para la Salud de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
- · Los Laboratorios.
- 3. Centros de Segundo Nivel:
- Los Hospitales de referencia y/o concertados.

ORGANIZACION DE LA **ASISTENCIA**

Se podría definir la infección por el VIH como una enfermedad crónica que requiere cuidados en su mayor parte paliativos y con un gran componente de ellos de tipo psicosocial y con enfoque en la familia.

El modelo teórico de asistencia más completo sería aquel que integrara los niveles asistenciales extrahospitalario y hospitalario, e incluso interhospitalario, con un enfoque de seguimiento y tratamiento compartido, interdisciplinario y coordinado, definiéndose las funciones de cada nivel:

- Centros de Primer Nivel le correspondería:
 - Educación para la Salud.
 - Consejo y asesoramiento.
 - Diagnóstico o exclusión de la infección.
 - Evaluación clínica e inicial.
 - Seguimiento de los no infectados por sus necesidades psicosociales.
 - Seguimiento de los infectados asintomáticos.
 - Administración ambulatoria de medicación que no precise ingreso hospitalario.
 - · Vacunaciones.
 - · Cuidados nutricionales.
 - Valoración de las necesidades psicosociales del individuo. Apoyo familiar y social.
 - Intervención temprana en las alteraciones del desarrollo en el niño.
 - · Cuidados terminales.

- Centros de Segundo Nivel le correspondería:
 - Valoración inicial de los infectados y seguimiento conjunto con el primer nivel, de los sintomáticos.
 - Indicación conjunta con el primer nivel, del inicio de la profilaxis para el Pneumocystis Carinii, y del tratamiento antiviral.
 - Valoración y seguimiento de las complicaciones del tratamiento antiviral.
 - Diagnóstico en caso de sospecha de patología, cuya confirmación precise de tecnología hospitalaria.
 - Cuidados en las situaciones clínicas o analíticas que motiven un ingreso hospitalario.
 - Administración de medicación hospitalaria.
 - Asistencia multidisciplinaria por subespecialistas según las patologías originadas por la infección.
- Centros de **Apoyo** le corresponderán las funciones dependiendo de su especificidad.

Por tanto se propone la asistencia inicialmente en los Centros de Primer Nivel, con un posterior "seguimiento compartido" entre éstos y su hospital de referencia en los casos de diagnóstico de infección. Las intervenciones de los Centros de Apoyo se adaptarán dependiendo de la especificidad de cada caso.

La asignación y reparto de las tareas a realizar entre los profesionales de un determinado Centro (medicina, enfermería, etc.), se hará en función de las características organizativas del propio Centro y, por tanto, deberán explicitarse en el momento de implantar las actividades.

CRITERIOS DE DERIVACION

A Centros de Segundo Nivel

- 1. Presencia de afectación orgánica, relacionada con VIH.
- 2. Pacientes seropositivos con sospecha o diagnóstico confirmado de infección por bacterias, virus u hongos, que puedan diseminarse o poner en riesgo la vida.
- 3. Incapacidad para realizar las labores básicas diarias (nutrición, aseo, cuidados básicos).
- 4. Desnutrición severa.
- 5. Sospecha o diagnóstico confirmado de alguna o varias de las enfermedades incluidas en el Estadio C de la clasificación de los CDC, 1993.
- 6. Indicación de tratamiento con antirretrovirales.
- 7. Aparición de efectos indeseables graves causados por el tratamiento con antirretrovirales.
- 8. Tratamientos con fármacos de uso exclusivamente hospitalario.
- 9. Aparición de signos de progresión (disminución brusca de la cifra de CD4, aumento de antigemenia P24, aumento de las cifras de B2-microglobulinas y/o neopterina séricas).
- 10. Niños diagnosticados de sida pediátrico (hasta los doce años) se remitirán a unidades especializadas para su control (ver Atención al Niño Seropositivo).
- 11. Mujeres seropositivas embarazadas para consejo y/o indicación de su interrupción.
- 12. Seropositivas embarazadas que deseen continuar con la gestación, para su control.
- 13. Pacientes seropositivas a ginecología cada 6-12 meses, para evaluación de alteraciones menstruales, infecciones ginecológicas, ETS y carcinoma de cérvix.

A Centros de Apoyo

- 1. Remitir a los centros de salud mental a seropositivos, enfermos, familiares y convivientes cuando lo soliciten, evidencien signos de no aceptación de su proceso o aparezcan signos o síntomas de depresión.
- 2. Remitir a los centros de drogodependencias a usuarios de drogas, sean seropositivos o no.
- 3. Remitir a profesionales del trabajo social, siempre que se observe la posible existencia de necesidades sociales asociadas a la infección, entendidas genéricamente éstas como las siguientes:

- Necesidad de acceder a los recursos sociales. Es decir, de orientación, valoración y asesoramiento sobre formas y procedimientos para el acceso y obtención de recursos sociales.
- Necesidad de convivencia personal. Se refiere a la necesidad de coberturas básicas tanto a nivel primario (alojamiento, alimentación, etc.) como a nivel secundario (sanidad, educación, etc.).
- Necesidad de integración social o de participación plena en la vida social.
- Necesidad de solidaridad social y manifestación de la misma a través de grupos de autoayuda, organizaciones no gubernamentales, asociaciones, etc.

La derivación deberá acompañarse de la descripción de las capacidades para la realización de actividades (laborales, etc.) de los afectados, para facilitar la valoración de la situación social del individuo y/o la familiar.

A Centros de Primer Nivel

1. Remitir a las mujeres fértiles seropositivas, enfermas, UDVP, parejas de seropositivos y de UDVP, a planificación familiar para evitar embarazos no deseados.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL SIDA EN LA REGION DE MURCIA

La vigilancia epidemiológica del SIDA en la Región se realiza a través del Registro Regional de casos de SIDA, que a su vez notifica todos los casos al Registro Nacional de SIDA.

Todos los médicos, en ejercicio profesional en la Región de Murcia, tienen la obligación de declarar los casos de SIDA al Registro Regional de SIDA (Decreto número 94/1989 de 17 de noviembre y Orden de 28 de noviembre de 1989 de la Consejería de Sanidad).

A los efectos de vigilancia epidemiológica, la definición de caso de SIDA utilizada es la definición de los CDC de 1987 / OMS 1988, ampliada por la definición europea de caso de SIDA para la vigilancia, según revisión de 1993 (European Center for the Epidemiological Monitoring of AIDS. AIDS surveillance in Europe. Quartely Report nº 37, 1993). Esta definición de caso de SIDA para la vigilancia, se fundamenta básicamente en la presencia de una o más de las 28 enfermedades "indicativas" de SIDA que figuran en el Informe de Caso de Inmunodeficiencia Adquirida, diagnosticadas por los métodos que se expresan en dicho Informe (en cursiva diagnósticos presuntivos) dependiendo de la existencia o no de evidencia de laboratorio de infección por VIH. La declaración de casos de SIDA se realizará conforme a la definición anterior, en el impreso de declaración que se reproduce a continuación.

El impreso de declaración será solicitado al Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales (Tel. 36 29 39). La información incluida en el mismo es confidencial y los datos se utilizarán exclusivamente para su estudio epidemiológico. Una vez cumplimentado el informe de declaración de caso, éste se enviará de acuerdo con las instrucciones que figuran en el anverso del propio documento a la siguiente dirección:

Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. C/. Ronda de Levante, 11. 30008 Murcia.

A su vez, el Registro Regional de SIDA elabora trimestralmente un informe epidemiológico de SIDA que se remite a todos los médicos que declaran algún caso y a los servicios hospitalarios más susceptibles de diagnosticarlos. Una vez al año, se publica la información epidemiológica sobre SIDA en el Boletín Epidemiológico de Murcia.

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. INFORME DE CASO

(Basado en la definición de caso de SIDA de los C.D.C. 1987 y revisión en Europa 1993 OMS-CE. Centro Colaborador de SIDA)

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Secretaría General de Salud

Registro Nacional de Casos de SIDA

INTRODUCCION Y OBJETIVOS

El informe de caso de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida se ha diseñado para recoger toda la información necesaria para el mejor conocimiento y control de la difusión del SIDA. Este informe es confidencial y sus datos se utilizarán exclusivamente para estudios epidemiológicos.

El protocolo recoge las variables necesarias para la aplicación de la nueva definición de caso, a efectos de vigilancia epidemiológica, valorando el diagnóstico clínico y la presencia o no de infección por VIH, recogiendo la diferencia en la definición de adultos y casos pediátricos (menores de 13 años). Las otras variables son las consideradas básicas para el análisis epidemiológico y para el seguimiento del caso.

Este protocolo ha sido modificado teniendo en cuenta la ampliación de la definición de caso de SIDA, añadiendo a la lista actual de enfermedades indicativas la tuberculosis pulmonar en mayores de 12 años, las neumonías bacterianas recurrentes (2 episodios o más en un período de 12 meses) y el carcinoma invasivo de cuello de útero. Los enfermos que padezcan únicamente alguna de estas tres enfermedades, sólo se considerarán casos de SIDA si el diagnóstico se hizo a partir del 1 de enero de 1994.

El informe de caso consta de 3 copias. Dos para la Comunidad Autónoma y la tercera para el Centro que informa del caso. La Comunidad Autónoma enviará una copia al Registro Nacional de SIDA. En cualquier caso el envío se realizará con dos sobres, en el externo se pondrán las señas correctamente y en el interno se marcará con "ABRIR SOLO POR EL RESPONSABLE", reseñándose a continuación el nombre del responsable; este sobre no se abrirá por los responsables de los registros de correspondencia (en organismos oficiales). Cuando se acompañe con oficio de remisión éste se grapará al sobre cerrado y no se reseñarán los nombres de los pacientes.

A continuación se indican las instrucciones y aclaraciones necesarias para cumplimentar adecuadamente la encuesta. Muchas gracias por su colaboración.

INSTRUCCIONES

A. DATOS PERSONALES

Domicilio habitual del paciente al comienzo de la enfermedad sugestiva de SIDA: Indicar la ciudad, provincia y país de residencia habitual del paciente en el momento en que comenzaron los síntomas relacionados con el SIDA, que no tiene por qué coincidir necesariamente con la residencia en el momento del diagnóstico, hospitalización y notificación del caso.

B. DATOS DE LABORATORIO

La definición de caso de SIDA fundamenta los actuales criterios para la confirmación en la existencia o no de evidencia de infección por VIH, basada en los datos de laboratorio.

- Evidencia de infección por VIH: a) serología anti VIH repetidamente positiva mediante test de screening (si se realiza prueba de confirmación, ésta debe ser igualmente positiva, o b) detección de antígenos VIH en suero, o c) cultivo positivo, identificando el virus por detección de antígenos VIH y actividad transcriptasa inversa o hibridación in situ, o d) resultado positivo de otros test altamente específicos, como la prueba de ácido nucleico en linfocitos de sangre periférica. Se consideran pruebas de confirmación: RIPA, IFA, PCR, Western-Blot, aislamiento.
- En el caso de niños menores de 15 meses, cuya madre se piensa era seropositiva en el período perinatal, la serología repetidamente positiva en el niño, sólo evidencia infección por VIH si se acompaña de niveles elevados de inmunoglobulinas y al menos uno de los siguientes: linfocitos totales disminuidos, linfocitos T4 disminuidos o razón T4/T8 disminuida.

C. FACTORES DISTINTOS DE SIDA QUE CAUSAN INMUNODEFICIENCIA

La coexistencia de alguno de estos factores con enfermedad indicativa de SIDA, impide la confirmación como caso de SIDA, pero sólo cuando no existe evidencia de infección por VIH.

Se consideran enfermedades distintas de SIDA que causan inmunodeficiencia a las siguientes: Enfermedad de Hodgkin, linfoma no Hodgkin (excepto linfoma primario de cerebro), leucemia linfocítica, mieloma múltiple, cualquier otro cáncer del sistema linfoide o reticular, linfadenopatía angioinmuniblástica, inmunodeficiencias congénitas, y síndromes de inmunodeficiencias adquiridas no típicos del SIDA, por ejemplo que se acompañen de hipoglobulinemia.

D. ENFERMEDADES INDICATIVAS DE SIDA

Indicar todas las enfermedades que ha presentado el enfermo, con el mes y año en que se diagnosticaron (o la fecha de recogida de la muestra correspondiente, si ésta precedió al diagnóstico en un mes o más).



SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO SECRETARIA GENERAL DE SALUD

PROPUESTA DE INFORME DE CASO (ver instrucciones)

			NO RELLENAR ESPACIOS S	OMBREAD	OS		
Códi	ligo Comunidad Autónoma		NP NC		Р		
N.º c	de Historia Clínica			17.00.00			
			FN []]				
			- Commonwell - Com				
			FC				
i. C	DATOS PERSONALES					***************************************	
1	1. Nombre	Anallidas			8 (23 Sec. 10)		
	2. Sexo: 1 Masculino 2 Femenir	•			LL		
		· Anniestanteleastering	Fecha de nacimiento (Día) (Mes)	(Año)			
			cena de nasimiente (e/a)			TI	
	·		País				
					. boosesselve		
		icar: fecha de fallecimiento (Día)			·		
	- -	nente, informar al Registro de la C.A.					
			. c. neono, uor oomo la reona.		***************************************		
	FACTORES SOCIALES Y DE RIESGO					***************************************	
7	7. Conducta sexual: Homosexual 1		Desconocido 3				
8	8. ¿Ha tenido relaciones HETEROSE			SI		DESC.	
					2	3	
	Varones bisexuales				2	3	
	Tratados con hemoderivados			· parameter ·	2	3	
	'	' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' '			2	3	
	Múltiples parejas sexuales				2 2 2 2	3	
	Prostitución			1	2	3	
	Otros: Especificar			_			
	Personas con SIDA o infección por V	VIH (Riesgo no especificado)		- personner	2	3	
Ş	9. ¿Ha utilizado agujas para la inyec	ción intravenosa de drogas no presc	ritas?	1	2	3	
10	¿Ha recibido hemoderivados por t	¿Ha recibido hemoderivados por trastornos de la coagulación y otros antes de 1986?					
11	 ¿Ha recibido transfusión sanguíne 	ea o de componentes de la sangre co	ontaminada por VIH?	1	2	3	
	Especificar: Centro						
	Fecha de la última transfusión (Mes)	(Año)					
12	2. ¿Ha recibido trasplantes?			1	2	3	
	Especificar tipo:						
13	3. Otro tipo de probable exposición a	al VIH (*)			2	3	
	Especificar						
14	4. PARA NIÑOS ¿Presenta su madre	alguno/s de los siguientes factores	de riesgo antes del parto?				
	Drogas vía parenteral			1	2	3	
	Receptora de hemoderivados/Recep	otora de transfusión sanguínea		1	2	3	
	¿Ha tenido relaciones heterosexuale	es con alguno/s de los especificados en	la pregunta n.º 8?	1	2	3	
	Especificar	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					
			ado)		2	3	
	GR						
A.	· Installance confidence constrained	caso, estancia en prisión) SI NO		*************			
		·					
(*)) Incluye: Tatuajes, acupuntura, exposic	ción accidental en personal sanitario o r	no, material médico contaminado, etc.				

III. DATOS DE LA ENFERMEDAD INDICATIVA DE SIDA

Rev. Enero/1994

Ver al dorso el resumen de la actual definición de caso de SIDA, las entidades nosológicas consideradas como indicativas de SIDA y los métodos diagnósticos exigidos, teniendo en cuenta que la mayoría de enfermedades deben ser diagnosticadas por métodos definitivos y otras pueden ser diagnosticadas por otros métodos (presuntivos), si el paciente tiene anticuerpos positivos frente al VIH.										
15.	ENFERMEDAD	16. DIAGNOSTICO Definitivo (*) Presuntivo		15.	ENFERMEDAD	16. DIAGNOSTICO Definitivo (*) Presuntivo	17. FECHA Mes Año			
1.	Candidiasis esofágica	1 2		15.	Complejo, micobacterium avium o M. Kansasii (≠ pulmón, piel,					
2.	Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar				ganglios linfáticos cervicales o hiliares)	1 2				
3.	Coccidiomicosis diseminada (≠ pulmón, ganglios linfáticos cervi-	1 -		16.	Mycobacterium tuberculosis di- seminada o extra-pulmonar					
4.	cales o hiliares)	1 -		17.	Mycobacterium de otras especies o especies no identificadas,					
5.	Herpes simple mucocutáneo crónico que persiste más de un mes			18.	diseminadas o extra-pulmonares. Septicemia recurrente por Salmonella (≠ s. typhi)					
6.	Herpes simple bronquial o pul- monar o esofágico de cualquier			19.	Neumonitis intersticial linfoide o hiperplasia linfoide pulmonar	न व				
7.	duración (edad >1 mes) Criptosporidiasis con diarrea	1 -		20.	(edad <13 años)					
8.	persistiendo más de un mes Histoplasmosis diseminada (≠			21.	monellas (edad <13 años)					
	pulmón, ganglios linfáticos cervi- cales o hiliares)	1 –		22.						
9.	Isosporiasis con diarrea persistiendo más de un mes	1 –		23.	B o de fenotipo inmunológico desconocido, inmunoblástico o	; !				
10.	CMV (≠ hígado, bazo o ganglios linfáticos) (edad >1 mes)				de células pequeñas no hendi- das (Burkitt o equivalente)					
	Retinitis por CMV (con pérdida de visión)	1 2			Encefalopatía por VIH Síndrome caquéctico por VIH					
	Neumonía por Pneumocystis carinii	1 2		26.	Tuberculosis Pulmonar (edac >12 años)	11/1/12/				
	Toxoplasmosis cerebral (edad >1 mes)	1 2		27.	Neumonía recurrente (2 episodios o más en 12 meses)	(+)				
14.	Leucoencefalopatía multifocal progresiva				Cáncer invasivo de cuello uterino	1 (+) —	TD			
18. Otras enfermedades recurrentes:										
	Hepatitis B: Candidias Hepatitis C: Leishman	sis orofaríngea:	Sífilis: Otras:	Gonoc Especi	ocia: Otras ETS: ficar	Especificar				
V. DATOS DE LABORATORIO										
Pos	sitivo más de una vez, indicar la	fecha de la primera d Mes Año	etección							
19.		Fecha] + -	NR (*)						
	ELISA W-B / IFA, etc									
20.	Otras pruebas de detección	VIH-1		3						
21.	Anticuerpos anti VIH-2			3						
22.	Nº Total CD4 al diagnóstico	the second secon	nm³ o en su defe			NR (*) 3	•			
23.	•	- Language of the control of the con			sólo para menores de 13 años)					
24. ¿Este paciente tiene alguna causa de inmonudeficiencia distinta de infección por VIH? (ver instrucciones). 1 Sí 2 No 3 Desconocido (*) No Realizado										
/. INFORMACION ADICIONAL O COMENTARIOS										
VI. PERSONA QUE NOTIFICA EL CASO										
*************	25. Nombre									
26.										
27.	Institución	***************************************	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •							
	MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION									

...... de de 19...... de 19......

RESUMEN DE LA DEFINICION DE CASO DE SIDA

Fuente: MMWR 1987; 36 (supp. n.º 15): 1 S - 15 S. y revisión en Europa 1993, CE-OMS Centro Colaborador de SIDA

A los efectos de vigilancia epidemiológica, un caso de SIDA se define como una enfermedad caracterizada por una o más de las siguientes enfermedades "indicativas", diagnosticada por los métodos que se expresan (en cursiva diagnósticos presuntivos) dependiendo de la existencia o no de evidencia de laboratorio de infección por VIH:

(1) Descartar otras causas de inmunodeficiencia.

Entermedades indicativas de SIDA VIH pos tivo decidos de odicidos (1) CANDIDIASIS ESCRAGICA CANDIDIASIS THAQUEAL BRONQUIAL O PULMO- NAM. CARDIDOASIS THAQUEAL BRONQUIAL O PULMO- NAM. CRIPTOSOPRIDIASIS can diarrea persistente más dis un mas. COCCIDIOMICOSIS EXTRAPLUMONAR. COCCIDIOMICOSIS DISEMINADA (* pulmón gan- dos lindráces curviciais e hiláres). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (* pulmón gan- dos lindráces curviciais e hiláres). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (* pulmón gan- dos lindráces curviciais e hiláres). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (* pulmón gan- dos lindráces curviciais e hiláres). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (* pulmón gan- dos lindráces curviciais e hiláres). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (* pulmón gan- dos lindráces curviciais e hiláres). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (* pulmón gan- dos lindráces curviciais e hiláres). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (* pulmón gan- dos lindráces curviciais e hiláres). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (* pulmón gan- dos lindráces curviciais e hiláres). Microscopia (histologia o citologia). Microscopia (histologia). Microscopia (histologia)		***					
CANDIDASIS TRAQUEAL ERONQUIAL O PULMO- NAR CRIPTOCOCOSIS EXTRAPLLMONAR CRIPTOSFORIDASIS con diarrea persistente mas de un mes Ou mes NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII TOXOPLASMOSIS CEREBRAL (edad <1 mes) Microscopia (histologia o citologia), cultivo o detección de antigeno Microscopia (histologia o citologia), cultivo o detección de antigeno Microscopia (histologia o citologia), cultivo o detección de antigeno Microscopia (histologia o citologia), cultivo do detección de antigeno Microscopia (histologia o citologia), cultivo do detección de antigeno Microscopia (histologia o citologia), cultivo do detección de antigeno Microscopia (histologia o citologia), cultivo do detección de antigeno Microscopia (histologia o citologia), cultivo do detección de antigeno Microscopia (histologia o citologia), cultivo do detección de antigeno Microscopia (histologia o citologia), cultivo do detección de antigeno Microscopia (histologia o citologia), cultivo do detección de antigeno Microscopia (histologia o citologia), cultivo do detección de antigeno Microscopia (histologia o citologia), cultivo do detección de antigeno Microscopia (histologia o citologia), cultivo do detección de antigeno Microscopia (histologia o citologia), cultivo do detección de antigeno Microscopia (histologia o citologia), cultivo do detección de antigeno Microscopia (histologia o citologia), cultivo do detección de antigeno Microscopia (histologia o citologia), cultivo do detección de antigeno Microscopia (histologia o citologia), cultivo do detección de antigeno Microscopia (histologia o citologia) Microscopia (histologia o citologia), cultivo do detección de antigeno Microscopia (histologia o citologia) Microscopia (histologia o citologia) Microscopia (histologia o citologia), cultivo do detección de antigeno Microscopia (histologia o citologia) Microscopia (histolog			VIH positivo		VIH negativo (1)		
CRIPTOSCOCISIS EXTRAPULMONAR. CRIPTOSPORIDIASIS can diarrea persistente mas de un mes NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII. TOXOPLASMOSIS CEREBRAL (edad <1 mes) CCCCIDIOMICOSIS DISEMINADA (= pulmón o gargios Infatosopia (histología o citología). CCCCIDIOMICOSIS DISEMINADA (= pulmón o gargios Infatosopia (histología o citología). CMV DE ORGANOS × Higado. bazo o gargios Infatosopia (histología o citología). CMV DE ORGANOS × Higado. bazo o gargios Infatosopia (histología o citología). CMV DE ORGANOS × Higado. bazo o gargios Infatosopia (histología o citología). CMV DE ORGANOS × Higado. bazo o gargios Infatosopia (histología o citología). CMV DE ORGANOS × Higado. bazo o gargios Infatosopia (histología o citología). CMV DE ORGANOS × Higado. Dazo VISION MICroscopia (histología o citología). CMIV DE ORGANOS × Higado. Dazo VISION MICROSCOPIA (histología o citología). CMIV DE ORGANOS × Higado. Dazo VISION MICROSCOPIA (histología o citología). CMIV DE ORGANOS × Higado. Dazo VISION MICROSCOPIA (histología o citología). CMIV DE ORGANOS × Higado. Dazo VISION MICROSCOPIA (histología o citología). CMIV DE ORGANOS × Higado. Dazo VISION MICROSCOPIA (histología o citología). CMIV DE ORGANOS × Higado. Dazo VISION MICROSCOPIA (histología o citología). MICROSCOPIA (histología). MICROSCOPIA (his		Endosco nofagia +	pia o microscopia/ <i>disfagia u odi-</i> candidiasis oral	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
CRIPTOSPORIDIASIS con diarrea persistente mas de un mes Microscopia (histologia o citologia). Microscopia (histologia). Microscopia (CANDIDIASIS TRAQUEAL, BRONQUIAL O PULMO- NAR	Endosco	pia o microscopia				
COCCIDIOMICOSIS DISEMINADA (= pulmon, ganglios inflatos cervicales o hillares) COCCIDIOMICOSIS DISEMINADA (= pulmon, ganglios inflatos cervicales o hillares) SISSPORIASS CON REPEDIDA DE VISION MERCOSCOpia (histología o citología) Microscopia (histología) Microscopia (histologí	CRIPTOCOCOSIS EXTRAPULMONAR	Microsco o detecci	pia (histología o citología), cultivo ón de antígeno	Microscopia, cultivo o detección de antígeno	7		
TOXOPLASMOSIS CEREBRAL (edad <1 mes) COCCIDIOMICOSIS DISEMINADA (= pulmon, gan, iolis linifatos cervicales o hilares). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (= pulmon, gan, iolis linifatos cervicales o hilares). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (= pulmon, gan, iolis linifatos cervicales o hilares). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (= pulmon, gan, iolis linifatos cervicales o hilares). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (= pulmon, gan, iolis linifatos cervicales o hilares). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (= pulmon, gan, iolis linifatos cervicales o hilares). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (= pulmon, gan, iolis linifatos cervicales o hilares). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (= pulmon, gan, iolis linifatos cervicales o hilares). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (= pulmon, gan, iolis linifatos cervicales o hilares). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (= pulmon, gan, iolis linifatos cervicales o hilares). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (= pulmon, gan, iolis linifatos cervicales o hilares). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (= pulmon, gal, gan, gan, gan, gan, gan, gan, gan, gan	CRIPTOSPORIDIASIS con diarrea persistente más de un mes	Microsco	pia (histología o citología)	1	Microsc. + <400 T ₄		
COCCIDIOMICOSIS DISEMINADA (F pulmón, gan- glios Inflaticos cervicales o hilares). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (F pulmón o gan- glios Inflaticos cervicales o hilares). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (F pulmón o gan- glios Inflaticos cervicales o hilares). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (F pulmón o gan- glios Inflaticos cervicales o hilares). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (F pulmón o gan- glios Inflaticos cervicales o hilares). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (F pulmón o gan- glios Inflaticos cervicales o hilares). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (F pulmón o gan- glios Inflaticos cervicales o hilares). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (F pulmón o gan- glios Inflaticos cervicales o hilares). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (F pulmón o gan- glios Inflaticos cervicales o hilares). HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (F pulmón o gan- glios Inflaticos cervicales o hilares). Microscopia (histología o citología). Microscopia (histología). Microscopia (histolog	NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII	Microsco tría + aus	oia/tos o disnea + Rx + gasome- rencia de neumonía bacteriana	Microscopia	Microsc.		
o detección de antigenos Microscopia (histología o citología) Microscopia, cultivo o detección de antigenos SOSPAGICO de cualquier duración (edad >1 mes) LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRE- SIVA MICROSCOPIA (histología o citología) Microscopia (histología o citología) Microscopia (histología o citología) Microscopia (histología o citología) Microscopia, cultivo o detección de antigenos Microscopia (histología) Microscopia (histología) Microscopia (microscopia, cultivo o detección de antigenos Microscopia (histología) Mi	TOXOPLASMOSIS CEREBRAL (edad <1 mes)	concienc	a + TAC RMN + serología o res-	Microscopia	Microsc. + <400 T ₄		
glios infálicos cervicales o hiliares) o detección de antigenos Microscopia (histología o otología) Microscopia Mi	COCCIDIOMICOSIS DISEMINADA (≠ pulmón, ganglios linfáticos cervicales o hiliares)				_		
mes CMV DE ORGANOS ≈ Higado, bazo o ganglios linfáticos (etad >1 mes) RETINITIS POR CMV CON PERDIDA DE VISION HERPES SIMPLE MUCOCUTANEO CRONICO que persista más de 1 mes. BRONOUIAL, PILIMONARI O ESOFAGICO de cualquier duración (edad >1 mes) LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESIVA NEUMONITIS INTERSTICIAL LINFOIDE/HIPERPLA-SIA LINFOIDE PULMONARI (edad <13 años) DOS O MASI NIFECCIONES BACTERIANAS RECURBENTES (edad <13 años) MICROSCOPIA (histología o citología) MICROSCOPIA (histología) MICROSCOPIA (histologí	HISTOPLASMOSIS DISEMINADA (≠ pulmón o ganglios linfáticos cervicales o hiliares)	Microscoj o detecci	pia (histología o citología), cultivo ón de antígenos	_			
RETINITIS POR CMV CON PERDIDA DE VISION HERPES SIMPLE MUCOCUTANEO CRONICO que persista más de 1 mes. BRONQUIAL, PULIMONAR O ESOFAGICO de cualquier duración (edad s1 mes). LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESIVA NEUMONITIS INTERSTICIAL LINFOIDE/HIPERPLASIA LINFOIDE PULIMONAR (edad <13 años) DOS O MAS INFECCIONES BACTERIANAS RECURRENTES (edad <13 años) Microscopia/Rx sin ident. patógena y sin respuesta a tto. Cultivo RIVIMO O M. KANSASII DISEMINADA (edem antierior) MICOBACTERIOSIS NO TBC DISEMINADA (idem anterior) SEPTICEMIA RECURRENTE POR SALMONELLA SP typh: SARCOMA DE KAPOSI (cualquier edad) LINFOMA PRIMARIO DE CEREBRO (cualquier edad) LINFOMA PRIMARIO DE CEREBRO (edad <60 años) LINFOMA DE KAPOSI (cualquier edad) LINFOMA DE KAPOSI (cualquier edad) LINFOMA PRIMARIO DE CEREBRO (edad <60 años) LINFOMA PRIMARIO DE CEREBRO (Edad <60 años) LINFOMA DE CAPOSI (DE CEREBRO (Edad <60 años) LINFOMA PRIMARIO DE CEREBRO (Edad <60 años) LINFOMA DE CAPOSI (DE CAPOSI (EDAD A ENTRE ED CAPOSI (EDAD A ENTRE ED CAPOSI (EDAD A ENTRE ED CAPOSI	ISOSPORIASIS con diarrea persistiendo más de un mes	Microsco	pia (histología o citología)				
HERPES SIMPLE MUCOCUTANEO CRONICO que persista más de 1 mes. BRONQUIAL, PULMONAR O ESOFAGICO de cualquier duración (edad >1 mes). LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESIVA. NEUMONITIS INTERSTICIAL LINFOIDE/HIPERPLA-SIA LINFOIDE PULMONAR (edad <13 años). NEUMONITIS INTERSTICIAL LINFOIDE/HIPERPLA-SIA LINFOIDE PULMONAR (edad <13 años). M. AVIUMO M. KANSASII DISEMINADA (# pulmón, piel o ganglios linfáticos cervicales o hiliares). MICOBACTERIOSIS NO TBC DISEMINADA (# pulmón, piel o ganglios linfáticos cervicales o hiliares). MICOBACTERIOSIS NO TBC DISEMINADA (Idem anterior). SARCOMA DE KAPOSI (edad <60 años). SARCOMA DE KAPOSI (cualquier edad). LINFOMA PRIMARIO DE CEREBRO (cualquier edad). LINFOMA PRIMARIO DE CEREBRO (edad <60 años). LINFOMA PRIMARIO DE CEREBRO (edad <60 años). LINFOMA PODGKIN DE CELULAS B O DE FENOTIPO INMUNOLOGICO DESCONOCIDO* LINFOMA POLULAS PEQUEÑAS NO HENDIDAS**. SARCOMA INMUNOBLASTICO*** SARCOMA INMUNOBLASTICO** SARCOMA INMUNOBLASTICO*** SARCOMA INMUNOBLASTICO** SARCOMA INMUNOBLASTICO*** SARCOMA INMUNOBLASTICO** SARCOMA I	ticos (edad >1 mes)	Microsco	oia (histología o citología)	Microscopia	Microsc. + <400 T ₄		
HERPES SIMPLE MUCOCUTANEO CRONICO que persista más de 1 mes BRONQUIAL, PULMONAR O CEOFAGICO de cualquier duración (edad >1 mes). LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESIVA NEUMONITIS INTERSTICIAL LINFOIDE-IHIPERPLA-SIA LINFOIDE PULMONAR (edad <13 años) DOS O MAS INFECCIONES BACTERIANAS RECURRENTES (edad <13 años) M. AVIUM O M. KANSASII DISEMINADA (# pulmón, piel o ganglios linfáticos cervicales o hillares) MICOBACTERIOSIS NO TBC DISEMINADA (Idem anterior). SARCOMA DE KAPOSI (edad <60 años) SARCOMA DE KAPOSI (edad <60 años) LINFOMA PRIMARIO DE CEREBRO (cualquier edad) LINFOMA PRIMARIO DE CEREBRO (cualquier edad) LINFOMA PRIMARIO DE CEREBRO (edad <60 años) LINFOMA POHODGKIN DE CELULAS B O DE FENOTIPO INMUNOLOGICO DESCONOCIDO* LINFOMA CELULAS PEQUEÑAS NO HEDIDAS** SARCOMA INMUNOBLASTICO*** SARCOMA INMUNOBLASTICO*** SINDROME CAQUECTICO POR VIH		Microsco	oia/oftalmoscopia	Microscopia	Microsc. + <400 T.		
LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRE- SIVA NEUMONITIS INTERSTICIAL LINFOIDE/HIPERPLA- SIA LINFOIDE PULMONAR (edad <13 años). DOS O MAS INFECCIONES BACTERIANAS RECU- RRENTES (edad <13 años). M. AVIUM O M. KANSASII DISEMINADA (# pulmón, piel o ganglios linfaticos cervicales o hiliares). MICOBACTERIOSIS NO TBC DISEMINADA (Idem anterior) TBC EXTRAPULMONAR SEPTICEMIA RECURRENTE POR SALMONELLA sp # typhi SARCOMA DE KAPOSI (edad <60 años). LINFOMA PRIMARIO DE CEREBRO (cualquier edad). LINFOMA PRIMARIO DE CEREBRO (edad <60 años). LINFOMA PRIMARIO DE CEREBRO (edad <60 años). LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS B O DE FE- NOTIPO INMUNOLOGICO DESCONOCIDO* LINFOMA CELULAS PEQUEÑAS NO HENDIDAS** SARCOMA INMUNOBLASTICO** LINFOMA POR VIH. CINICA CAULECTICO POR VIH. Microscopia (histología) Microscopia (histol	persista más de 1 mes. BRONQUIAL, PULMONAR O			Microscopia, cultivo o detección de antígeno	7		
NEUMONITIS INTERSTICIAL LINFOIDE/HIPERPLA- SIA LINFOIDE PULMONAR (edad <13 años)	LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRE-	Microscop	oia (histología o citología)	Microscopia	Microsc. + <400 T ₄		
M. AVIUM O M. KANSASII DISEMINADA (≠ pulmon, piel o ganglios lintáticos cervicales o hiliares) MICOBACTERIOSIS NO TBC DISEMINADA (Idem anterior) TBC EXTRAPULMONAR	NEUMONITIS INTERSTICIAL LINFOIDE/HIPERPLA-			Microscopia	Microsc. + <400 T ₄		
piel o ganglios linfáticos cervicales o hiliares) MICOBACTERIOSIS NO TBC DISEMINADA (Idem anterior) TBC EXTRAPULMONAR SEPTICEMIA RECURRENTE POR SALMONELLA sp y typhi SARCOMA DE KAPOSI (edad <60 años) LINFOMA PRIMARIO DE CEREBRO (cualquier edad). LINFOMA PRIMARIO DE CEREBRO (edad <60 años). LINFOMA PRIMARIO DE CEREBRO (edad <60 años). LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS B O DE FE- NOTIPO INMUNOLOGICO DESCONOCIDO* LINFOMA CELULAS PEQUEÑAS NO HENDIDAS**. SARCOMA INMUNOBLASTICO*** SINDROME CAQUECTICO POR VIH MICOSCOPIA (Idem estériles o tejido ≠ pulmón, piel o ganglios Cultivo Microscopia/visualización de las lesiones características, por expertos Microscopia (histología)/lesiones caracte- rísticas vistas por expertos Microscopia (histología) Microsc	DOS O MAS INFECCIONES BACTERIANAS RECURRENTES (edad <13 años)	Cultivo		_			
MICOBACTERIOSIS NO TBC DISEMINADA (Idem anterior) TBC EXTRAPULMONAR SEPTICEMIA RECURRENTE POR SALMONELLA sp ≠ typhi SARCOMA DE KAPOSI (edad <60 años) SARCOMA DE KAPOSI (cualquier edad) LINFOMA PRIMARIO DE CEREBRO (cualquier edad). LINFOMA PRIMARIO DE CEREBRO (edad <60 años). LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS B O DE FENOTIPO INMUNOLOGICO DESCONOCIDO* LINFOMA CELULAS PEQUEÑAS NO HENDIDAS**. SARCOMA INMUNOBLASTICO*** SARCOMA INMUNOBLASTICO*** SINDROME CAQUECTICO POR VIH MICOSCOPIA (Ivistología) Microscopia (histología) Micro	M. AVIUM O M. KANSASII DISEMINADA (≠ pulmón, piel o ganglios linfáticos cervicales o hiliares)	Cultivo		Cultivo	Cultivo + <400 T ₄		
SEPTICEMIA RECURRENTE POR SALMONELLA sp typhi	MICOBACTERIOSIS NO TBC DISEMINADA (Idem anterior)	Cultivo	heces, fluidos corporales nor- malmente estériles o tejido ≠	_			
# typhi	TBC EXTRAPULMONAR	Cultiyo	pulmón, piel o ganglios	_	_		
Características, por expertos Microscopia (histología)/lesiones características vistas por expertos Microscopia (histología)/lesiones características vistas por expertos Microscopia (histología) M	SEPTICEMIA RECURRENTE POR SALMONELLA sp ≠ typhi	Cultivo		_			
SARCOMA DE KAPOSI (cualquier edad)	SARCOMA DE KAPOSI (edad <60 años)	Microscop caracterís	oia/visualización de las lesiones ticas, por expertos	Microscopia (histología)	Microsc. + <400 T ₄		
LINFOMA PRIMARIO DE CEREBRO (edad <60 años). LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS B O DE FENOTIPO INMUNOLOGICO DESCONOCIDO* LINFOMA CELULAS PEQUEÑAS NO HENDIDAS**. SARCOMA INMUNOBLASTICO*** ENCEFALOPATIA POR VIH	SARCOMA DE KAPOSI (cualquier edad)	Microscop	nia (histología)/lesiones caracte-	_	_		
LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS B O DE FE- NOTIPO INMUNOLOGICO DESCONOCIDO* LINFOMA CELULAS PEQUEÑAS NO HENDIDAS**. SARCOMA INMUNOBLASTICO*** ENCEFALOPATIA POR VIH	LINFOMA PRIMARIO DE CEREBRO (cualquier edad).	Microscop	ia (histología)				
LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS B O DE FENOTIPO INMUNOLOGICO DESCONOCIDO* LINFOMA CELULAS PEQUEÑAS NO HENDIDAS**. SARCOMA INMUNOBLASTICO*** ENCEFALOPATIA POR VIH SINDROME CAQUECTICO POR VIH Pérdida del 10% del peso corporal + diarrea o fiebre de más de 1 mes en ausencia de otra enfermedad que justifique los síntomas TUBERCULOSIS PULMONAR (edad >12 años) Microscopia (histología) Microscopia (histología) — Clínica + LCR + TAC o RMN para excluir otras patologías Pérdida del 10% del peso corporal + diarrea o fiebre de más de 1 mes en ausencia de otra enfermedad que justifique los síntomas Cultivo/Diagnóstico en base a criterios clí-	LINFOMA PRIMARIO DE CEREBRO (edad <60 años).	Microscop	ia (histología)	Microscopia (histología)	Microsc. + <400 T ₄		
SARCOMA INMUNOBLASTICO*** ENCEFALOPATIA POR VIH	NOTIPO INMUNOLOGICO DESCONOCIDO*	Microscop	ia (histología)		_		
ENCEFALOPATIA POR VIH		Microscop	ia (histología)				
otras patologías SINDROME CAQUECTICO POR VIH		Microscop	ia (histología)		_		
o fiebre de más de 1 mes en ausencia de otra enfermedad que justifique los síntomas TUBERCULOSIS PULMONAR (edad >12 años) Cultivo/Diagnóstico en base a criterios clí-	ENCEFALOPATIA POR VIH	Clínica + otras pato	LCR + TAC o RMN para excluir logías		_		
TUBERCULOSIS PULMONAR (edad >12 años) Cultivo/Diagnóstico en base a criterios clí-		o fiebre de	e más de 1 mes en ausencia de	_	_		
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	TUBERCULOSIS PULMONAR (edad >12 años)	Cultivo/Dia	agnóstico en base a criterios clí-		_		
NEUMONIAS BACTERIANAS RECURRENTES Cultivo de una bacteria (≠ a M. tuberculosis y N. carinii)/signos clínicos o radiológicos		Cultivo de	una bacteria (≠ a M. tuberculosis	_	_		
CANCER INVASIVO DE CUELLO UTERINO Histología o citología	CANCER INVASIVO DE CUELLO UTERINO			_	-		

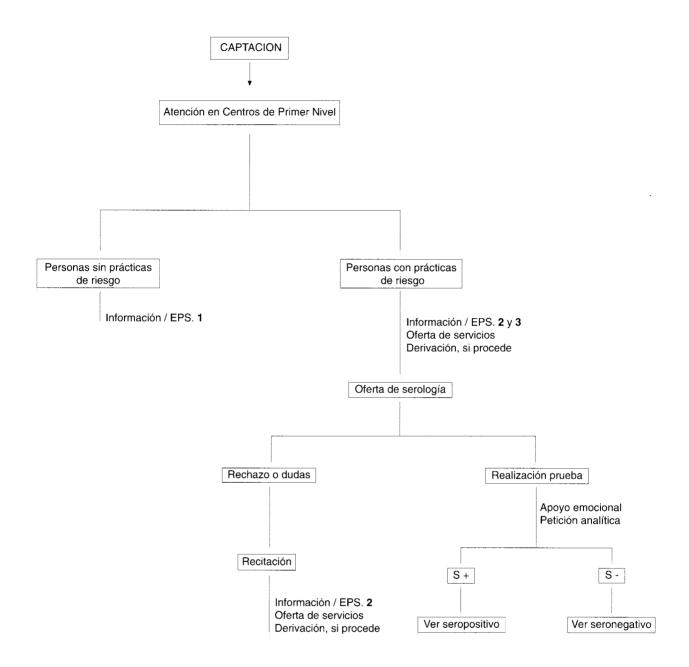
^{*} No se consideran indicativos de SIDA, los linfomas de fenotipo inmunológico T, los linfomas de tipo histológico no descrito y los que se describen como "linfocítico", "células pequeñas hendidas" o "linfocítico plasmoide".

Burkitt, tipo Burkitt o no tipo Burkitt.

Linfoma inmunoblástico, linfoma de células grandes, linfoma histiocítico difuso, linfoma difuso indiferenciado, linfoma de alto grado.

4. ATENCION EN PRIMERA VISITA

Algoritmo de Atención en Primera Visita



CAPTACION

El propósito es captar el mayor número de personas con prácticas de riesgo. Para ello se canalizarán a los centros de primer nivel todos los requerimientos que, de forma espontánea (a demanda) u organizada (captación activa), surjan en la Región.

ATENCION EN CENTROS DE PRIMER NIVEL

En general, el asesoramiento sobre la infección por VIH/SIDA, se dirige a cumplir los siguientes objetivos:

- Ofrecer consejo conductual a las personas que no estén infectadas, para que puedan prevenir la infección, o a las personas infectadas, para prevenir que transmitan la infección o puedan reinfectarse.
- Ayudar a las personas infectadas a obtener servicios apropiados.
- Ayudar a las parejas de personas infectadas a recibir servicios de prevención.

Es conveniente dejar explícito que lo más importante no es diagnosticar la infección o no de una persona, sino que todas las personas con prácticas de riesgo, independientemente de su resultado serológico, modifiquen dichas prácticas y adopten patrones saludables. Tampoco parece conveniente presionar al individuo para la realización de la prueba, máxime cuando se trate de la primera visita. Dar tiempo para una toma de decisión realmente consciente permitirá mejor asumir la condición, en su caso, de seropositivo y responsabilizarse de la no transmisión.

El conocimiento sobre la transmisión del VIH, la enfermedad del SIDA, las conductas de riesgo y las medidas preventivas varían de un individuo a otro. Cada vez que una persona solicita información o la realización de la prueba de determinación de anticuerpos anti-VIH, el profesional sanitario debe aprovechar la oportunidad para ofrecer y reforzar mensajes preventivos.

En general, el asesoramiento debe tener lugar en un ambiente en el que el individuo se sienta apoyado, en el que se tenga en cuenta y se respeten su identidad sexual, estilo de vida, cultura, condición socio-económica, etc. Toda intervención debe partir de estas características del individuo y asegurar la confidencialidad y el control del sujeto sobre sus propias decisiones.

El profesional debe tener en cuenta que la infección por VIH provoca pérdidas múltiples y progresivas en la persona afectada y que, aunque se puedan dar mensajes esperanzadores, debe estar dispuesto a enfrentarse a los cambios producidos por la pérdida de salud, estado económico, desfiguración, discriminación, etc. La existencia de servicios de apoyo u organizaciones comunitarias puede ayudar al profesional a tratar con estos importantes temas.

Es importante establecer un ambiente de confianza en el que la información sea compartida y las decisiones se tomen conjuntamente. Dadas las características de este problema es improbable que las decisiones unilaterales del profesional sean seguidas. Si el paciente prefiere rehusar la medicación o seguir terapias alternativas, el profesional debe apuntar los riesgos existentes, pero, en todo momento, mostrar respeto por la decisión del paciente. Este debe tener siempre la sensación de control sobre las decisiones que afecten a su salud. La labor del profesional consiste en ofrecerle la información disponible y colaborar con él/ella en la to-

ma de esas decisiones.

En general, el asesoramiento sobre la infección por VIH/SIDA debe basarse en:

- 1. Crear una relación interpersonal significativa, en la que el profesional sirva de referente y persona de confianza.
- 2. Partir de la situación de la persona, de sus conocimientos, creencias, experiencias y expectativas.
- 3. Ofrecer información con el objetivo de capacitar a la persona para tomar sus propias decisiones.
- 4. Apoyar este proceso de toma de decisiones, propiciando la modificación de las conductas de riesgo y la adopción de comportamientos preventivos, explorando los obstáculos para este cambio y colaborando en el diseño de estrategias realistas de solución de problemas.
- 5. Favorecer la sensación de control del estado de salud, así como el autocontrol efectivo, ofreciendo normas claras de actuación.
- 6. Apoyar a la persona emocionalmente, amortiguando el impacto de los cambios y el estrés que pueda producirse.

Información básica

- 1. Información general sobre VIH/SIDA (punto 1 del Algoritmo).
- Vías de transmisión: Sangre, sexual, madre-hijo.
- Vías por las que no se transmite el VIH.
- Medios de prevención.
- Diferencia entre portador y enfermo.
- Actividades de riesgo en lugar de grupos de riesgo.
- 2. Información para personas con prácticas de riesgo (punto 2 del Algoritmo).
- Junto a la información general del punto 1 deberá informarse sobre las implicaciones de esta información en cuanto al comportamiento presente y futuro del individuo, cónyuge o compañero y familiares:
 - Prácticas de sexo seguro.
 - Uso de condón.
 - Reducción de compañeros sexuales.
 - Evitar relaciones durante la menstruación.
 - Evitar compartir objetos que puedan contaminarse con sangre.
 - Evitar embarazos (evitar lactancia si procede).
- Necesidad de comportarse como si estuviera infectado (relaciones sexuales, donaciones de sangre u órganos...).

- Determinación de las conductas específicas a modificar.
- Determinación de los obstáculos o dificultades para la modificación de la conducta.
- 3. Información previa a la prueba (punto 3 del Algoritmo):
- Significado de la prueba (en qué consiste): no determina enfermedad actual ni futura, sino la presencia de Ac anti-VIH.
- Existencia de período de ventana y prueba de confirmación. Repetir en caso de resultado negativo.
- Enfatizar la confidencialidad. Aclarar que los resultados se darán en persona.
- Necesidad del cambio de conducta, independientemente del resultado.
- Ventajas de la realización: eliminación de la duda, control médico...
- Posibles síntomas de la espera: estados de ansiedad, alteraciones menores... Aclarar que no son síntomas de SIDA.
- Reacciones a un resultado positivo. Posibles fuentes de apoyo (familia, pareja...).
- Disponibilidad de apoyo psicológico.

ASPECTOS ESPECIFICOS

Sexualidad

La infección por VIH tiene un fuerte impacto sobre la vida sexual de la persona afectada, que puede experimentar sentimientos de culpa, pérdida de autoestima o miedo de infectar a su pareja. Esto puede provocar alteraciones en la conducta sexual como falta de deseo o trastornos de la respuesta sexual.

El profesional debe tener en cuenta que una persona seropositiva no tiene por qué abstenerse de tener relaciones sexuales. Lo importante es que su actividad sexual no atente contra la salud o derechos de otras. Es necesario informar, y discutir abiertamente, sobre las prácticas de sexo seguro y, especialmente, el uso de preservativos.

Es importante informar a las parejas sexuales (pasadas, presentes y futuras) sobre el riesgo de infección, como también lo es reconocer la problemática que afronta la persona afectada en términos de rechazo y pérdida de la confidencialidad. Pueden requerirse servicios específicos para personas que permanezcan con relaciones abusivas o disfuncionales.

Mujer Un buen momento para explorar el riesgo de infección por VIH es cuando se solicita información o asistencia sobre contracepción, citologías o planea quedarse embarazada.

En el caso de las mujeres es necesario tener en cuenta que su posible dependencia social y económica puede colocarla en situaciones de riesgo, por su incapacidad para rechazar la realización de prácticas sexuales inseguras. Por otra parte, su papel tradicional como cuidadora puede provocarle sentimientos de culpa por "incapacidad de ser una buena madre". Estos aspectos deberían ser abordados tempranamente en el curso de la infección.

Adolescentes

Es necesario tener en cuenta el desarrollo cognitivo y emocional de los adolescentes afectados, que puede no estar de acuerdo con su desarrollo físico. Es frecuente encontrar adolescentes que se rebelan contra las normas, sociales y familiares, lo que incluye conductas de exploración en el terreno sexual y de consumo de drogas. Es importante ofrecer al adolescente una atmósfera en la que no se sienta juzgado y en la que se sienta seguro para realizar cualquier tipo de pregunta o planteamiento.

Personas con prácticas homosexuales

Las personas que llevan a cabo prácticas homosexuales han sido objeto de discriminación desde antes de la aparición del SIDA. La infección por VIH ha supuesto una problemática añadida para estas personas.

Hay que tener en cuenta, por tanto, que pueden mostrar un rechazo inicial por experiencias discriminatorias previas con otros profesionales sanitarios. Puede requerirse un mayor esfuerzo para crear un ambiente seguro y comprometido con el paciente.

El reconocimiento de su situación incluye el reconocimiento de su pareja (en caso de que exista) como interlocutor/a válido/a en el tratamiento de la persona enferma, quien, en muchas ocasiones, es dejada de lado en favor de la familia de origen.

Las personas con prácticas homosexuales que se encuentran inmersas en una relación heterosexual pueden experimentar intensos sentimientos de culpa o negación respecto a sus experiencias con personas del mismo sexo. Es más probable que no dispongan de ningún apoyo en este sentido y que tales experiencias se produzcan en completo secreto. Pueden experimentar gran rechazo ante la necesidad de explicar su situación a su pareja habitual o incluso ante el profesional sanitario que le identifica como "persona casada". Es importante no asumir a priori una orientación sexual determinada en el paciente.

Usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP)

El consumo de drogas no es solamente una posible vía de infección a través del intercambio de jeringuillas, sino que el uso de drogas puede alterar la capacidad de mantener conductas de prevención.

En el caso de la infección por VIH, el profesional debe diferenciar claramente las áreas de prevención de la infección/enfermedad y desintoxicación, que pueden tener objetivos muy diferentes, aunque siempre deben tenerse presentes los dos aspectos. En algunos casos, el conocimiento de la seropositividad puede ayudar al inicio de un proceso de desintoxicación.

En todo caso, el profesional debe evitar juzgar al paciente y estar al corriente de las vías de derivación.

Prostitución

Las/os prostitutas/os necesitan información más exhaustiva referente a prácticas de sexo seguro y cómo tratar con su cliente el uso de estas prácticas.

En muchos casos pueden darse situaciones de abuso y explotación que dificultan el uso continuado de medidas preventivas. El profesional debe explorar estos aspectos tanto en el ámbito profesional como en el personal de el/la cliente, ya que la conducta sexual y el uso de medidas preventivas pueden ser diferentes en ambos casos.

ASESORAMIENTO Y APOYO

Existen algunos temas y situaciones clave en lo que respecta al asesoramiento sobre la infección por VIH. Aunque las pautas globales son siempre las mismas, se pueden ofrecer orientaciones específicas para enfrentarse a determinados temas y situaciones. Estas orientaciones pueden ser coincidentes y será el profesional sanitario quien evalúe su utilidad en función de las necesidades del cliente, el tipo de problema y la situación de dicho problema cuando el profesional toma contacto con él.

La crisis

Las situaciones de crisis son relativamente comunes en el caso de la infección por VIH. Lo que ésta implica con respecto a la amenaza para la salud, cambios en el estilo de vida, discriminación y sentimientos de impotencia y pérdida de control puede desembocar en una crisis. En esos momentos, la persona se siente amenazada, sorprendida, incapaz de encontrar soluciones e intensamente perturbada emocionalmente.

La definición de una crisis no debe depender de una serie de hechos objetivos valorados por el profesional, sino de que subjetivamente la persona viva la situación como tal. Aunque la reacción parezca desproporcionada o injustificada al profesional, no se debe despreciar ni tratar de reducir incidiendo en que se ha sobredimensionado el problema. Es necesario admitir y tener consideración por los sentimientos mostrados, escuchar con atención y centrarse en las posibles soluciones.

En general, las crisis presentan varias fases: estallido, reacción, retirada y aceptación. En primer lugar aparece la conciencia repentina de que algo importante va mal y no se encuentra solución. La reacción sería una primera respuesta emocional a la situación (por ejemplo: negación del resultado). Después puede sobrevenir una fase de aislamiento o resignación y finalmente se produce la aceptación de la nueva situación cuando la crisis es superada manteniendo la auto-estima y la sensación de control. Aunque no todas la personas pasan por estas fases de la misma forma, el objetivo del profesional debe ser ayudar a la persona a alcanzar la última fase.

Para ello el profesional puede basarse en:

- Centrarse en la situación actual, en los sentimientos de la persona, en lugar de ofrecer información genérica o hacer comentarios sobre el pasado.
- Determinar la existencia de sentimientos de pérdida de control, pérdida de autoestima, impotencia... y si se mantiene la capacidad para tomar decisiones.
- Establecer y diferenciar los distintos problemas presentes en la crisis y determinar con la persona cuáles son vistos como más y como menos amenazadores.
- Ponerse de acuerdo con la persona sobre lo que se puede hacer para superar estos problemas. Centrarse en uno de ellos, si es necesario.

Resolución de problemas y toma de decisiones

A menudo resulta difícil, para la persona que se ve abrumada, definir claramente sus problemas. La labor del profesional debe consistir en colaborar para que alcance, primero, esta definición y, posteriormente, un acuerdo sobre la mejor forma de enfrentarse a ellos.

Hay que tener en cuenta que los problemas básicos en relación a la infección por VIH son irresolubles (por ejemplo: la propia infección), pero sí que se pueden ofrecer vías alternativas de acción para muchos de los problemas derivados de ésta. En estos últimos es en los que habrá que centrarse.

La información es uno de los aspectos clave de la resolución de problemas; sólo con una información correcta y completa la persona tendrá los elementos suficientes para comprender la naturaleza de la infección, determinar el impacto de ésta sobre su vida diaria y tomar las decisiones oportunas para minimizar este impacto y protegerse a sí mismo y a los demás.

Para colaborar en la toma de decisiones, el profesional debe:

- Respetar y valorar los sentimientos y la definición del problema dada por la persona, explorando y discutiendo con ésta los distintos aspectos que presenta la situación.
- Explorar las respuestas y posibles soluciones que la persona ha buscado o puesto en práctica previamente.
- Determinar los recursos disponibles y los necesarios para solventar el problema.
- Explicar exactamente la acción a realizar y ayudar a la persona a establecer un plan de acción.

El profesional debe ser capaz de reunir información suficiente sobre la historia sexual de la persona y su comportamiento en relación con las drogas para determinar el grado de riesgo, así como de discutir abiertamente sobre su conducta actual y futura. Sin embargo, no es frecuente dialogar sobre estos temas referidos a comportamientos íntimos, e incluso condenados social o legalmente, en una consulta.

Temas delicados

El profesional, a la hora de tratar estos temas debe mostrarse cómodo y seguro, justificando la necesidad de profundizar sobre los mismos. Debe además ser capaz de adaptarse al nivel intelectual y emocional de la persona y proporcionar un ambiente seguro y protector.

En general, para hablar de temas delicados, se deben seguir unas pautas:

- Hacer preguntas directas para aclarar lo que preocupa a la persona y lo que espera de la entrevista.
- Determinar cuáles son los conocimientos y las creencias de la persona sobre la infección por VIH.

- Anticipar la turbación, señalando que se da cuenta de que no es habitual tratar estos temas.
- Explicar que las preguntas y comentarios son necesarios para determinar exactamente qué hay que hacer.
- Explicar por qué se hacen preguntas sobre todas las formas de transmisión.
- No hacer enjuiciamientos morales de ningún tipo.

En las preguntas sobre temas delicados puede ser útil realizarlas generalizando a más personas (por ejemplo: "Mucha gente practica..."; "Hay quien..."). Por otra parte, el lenguaje usado debe ser cercano a la persona, pero usando la expresión formal cuando es seguro que va a ser comprendido. Es necesario también conocer los condicionamientos culturales, respecto a la sexualidad y al uso de drogas, de la población con la que se va a trabajar.

OFERTA DE SEROLOGIA

La intervención relacionada con la prueba de determinación de anticuerpos anti-VIH tiene gran importancia dentro del proceso global de asesoramiento. El simple hecho de plantearse la necesidad de realización de la prueba, pone a la persona en una situación receptiva para la intervención preventiva. Por otro lado, y en relación con la comunicación del resultado, si bien el conocimiento del estado serológico no está asociado a un cambio automático en las conductas de riesgo, es un momento clave para trabajar en este sentido. Además, la vulnerabilidad emocional de la persona es, en este momento, muy acusada y es necesario prestar apoyo psicológico para superar esta situación.

Asesoramiento antes de la prueba

La realización de la prueba de determinación de Ac anti-VIH ha de hacerse partiendo siempre del consentimiento de la persona y asegurando la confidencialidad del resultado. Este consentimiento ha de ser un "consentimiento informado"; es decir, la persona debe disponer de la información necesaria para tomar una decisión responsable por sí misma.

Por esta razón es fundamental que cualquier persona que solicite la prueba comprenda en qué consiste, qué información se puede obtener de ella y cuáles son sus limitaciones.

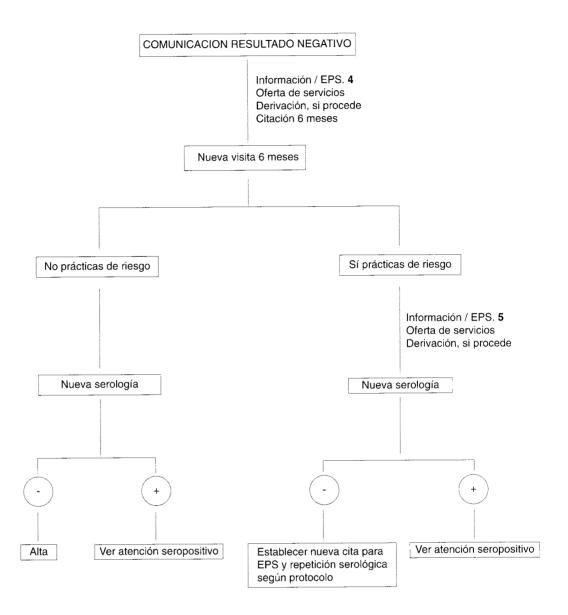
Asimismo, es necesario enfatizar la necesidad de tomar medidas preventivas, independientemente del resultado, y las posibles implicaciones físicas y psicológicas de la realización de la misma.

En general, el profesional sanitario debe tener en cuenta las siguientes cuestiones y discutirlas con el / la demandante, antes de seguir adelante con el proceso:

- ¿Por qué quiere hacerse la prueba?
- ¿Qué tipo de riesgos cree haber corrido?
- ¿Comprende el significado de la prueba?
- ¿Cómo reaccionaría ante un resultado positivo?
- ¿Cómo reaccionaría ante un resultado negativo?
- ¿A quién le contaría el resultado?
- ¿De qué apoyos (sociales, familiares...) dispone?

5. ATENCION AL SERONEGATIVO

Algoritmo de Atención al Seronegativo



COMUNICACION DEL RESULTADO

Para garantizar la homogeneidad de la información y la continuidad de las actividades realizadas previamente, el resultado de la prueba será presentado por el mismo profesional que realizó la oferta y/o realizó la petición analítica.

El personal socio-sanitario aportará las informaciones que el individuo precise para conocer y comprender el significado del resultado de su prueba, la interpretación del período ventana, la posibilidad de hacerse seropositivo si sigue realizando prácticas de riesgo, etc. Asimismo, informará y analizará con el seronegativo las medidas preventivas a adoptar, las dificultades para esta adopción, las posibles soluciones a ellas, etc.

Se ofertarán los servicios de planificación familiar, de desintoxicación y de aquellos que ofrezca el propio Centro, según las prácticas de riesgo realizadas.

Aunque se admite en general que el período ventana tiene una duración de 3 meses, algunos autores lo alargan hasta 6 meses. Por ello, se sugiere dejar transcurrir este tiempo, antes de abordar de nuevo la serología.

Si se pretende continuar con actividades educativas, apoyar la elección de comportamientos preventivos o solucionar dudas sobre las prácticas de riesgo, etc., se citará de nuevo al individuo con un intervalo de tiempo menor.

Información básica

Información ante un resultado negativo (punto 4 del Algoritmo):

- Un resultado negativo no significa inmunidad.
- Insistir en medidas preventivas:
 - Sexo seguro: introducción en pautas de conducta habituales.
 - Prevención de la infección por vía sanguínea.
- Vías por las que no se transmite el VIH.
- Diferencia entre portador y enfermo.
- Actividades de riesgo en lugar de grupos de riesgo.

NUEVA VISITA 6 MESES

Se toma como criterio orientador para continuar con unas u otras actividades o para priorizar algunas de ellas, el que la persona durante los seis meses transcurridos desde la visita anterior haya o no realizado prácticas de riesgo.

Se considera que el no haber realizado prácticas de riesgo durante este tiempo refleja frecuentemente una actitud responsable ante el problema, al adoptar comportamientos preventivos ante lo que anteriormente eran sus prácticas de riesgo ocasionales o habituales. También su práctica de riesgo anterior pudo ser un pinchazo accidental con material contaminado. Es dentro de este marco donde preferentemente tiene cabida una nueva oferta de la prueba cuya realización puede serle muy beneficiosa si su resultado es negativo y no mantiene en el futuro las prácticas de riesgo.

Si la persona ha seguido realizando prácticas de riesgo, puede deberse a que encuentre dificultades para reconocerse como tal para la adopción de medidas preventivas, etc. Es conveniente entonces priorizar el análisis de estas dificultades y la búsqueda conjunta de soluciones, a la realización de actividades educativas respecto a la prueba y a una nueva oferta de la misma.

Información para personas con prácticas de riesgo (punto 5 del Algoritmo):

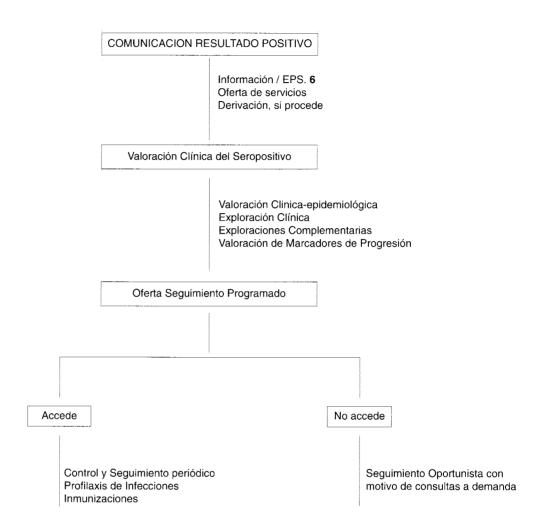
- Implicaciones de esta información en cuanto al comportamiento presente y futuro del individuo, cónyuge o compañero y familiares:
 - Prácticas de sexo seguro.
 - Uso de condón.
 - Reducción de compañeros sexuales.
 - Evitar relaciones durante la menstruación.
 - Evitar compartir objetos que puedan contaminarse con sangre.
 - Evitar embarazos (evitar lactancia si procede).
- Necesidad de comportarse como si estuviera infectado (relaciones sexuales, donaciones de sangre u órganos...).
- Determinación de conductas específicas a modificar.
- Determinación de obstáculos o dificultades para la modificación de la conducta.

Es necesario insistir en la información ofrecida anteriormente, centrándose en las vías de transmisión y las medidas de prevención, adaptándolas a la conducta específica de la persona.

En esta información debe quedar claro que un resultado negativo no significa que se sea inmune a la infección. Hay que concertar visitas de seguimiento para valorar el cumplimiento de las medidas preventivas y la repetición de la prueba en caso de que sea necesario.

6. ATENCION AL SEROPOSITIVO

Algoritmo de Atención al Seropositivo



COMUNICACION DE RESULTADO POSITIVO

El resultado de la prueba debe ser dado por la misma persona que la solicitó, siempre que esto sea posible, y debe asegurarse la confidencialidad del mismo.

El profesional sanitario debe ser consciente de las consecuencias negativas que tiene, para la persona, un resultado positivo. Consecuencias que abarcan no sólo el riesgo para la salud, sino afrontar la posible discriminación, rechazo, etc.

La comunicación del resultado no debe demorarse o darse con rodeos, pero tampoco hacerse de forma brusca. Generalmente, al recibir el resultado positivo aparece un shock emocional que se puede caracterizar por inhibición, negación del resultado, irritabilidad, agresividad, bloqueo o supuesta aceptación.

Ante esta situación de shock, el profesional no debe perder el control de la situación y dejar que su propia ansiedad aflore. Las pautas a seguir son:

- Respetar la reacción. Dar tiempo y permitir y apoyar la exteriorización de los sentimientos.
- No tratar de dar consejos, moralizar o mostrarse paternalista.
- No usar palabras tranquilizadoras injustificadas.
- Evitar bombardear con información a la persona.
- Empatizar: mostrar comprensión y respeto por sus sentimientos.
- Centrarse en un mensaje corto y repetido que aumente su sensación de control sobre la situación, del tipo "Hay muchas cosas que se pueden hacer..." o "Esto no significa que no se pueda hacer nada...".

Si el paciente se muestra sereno, bloqueado o inhibido hay que tener en cuenta que, posteriormente, puede aparecer un shock emocional intenso con una profunda angustia, que puede estar acompañada por llanto, insomnio, autoexploración en busca de síntomas, etc.

En caso de que el shock emocional se mantenga puede ser recomendable derivar el caso a los recursos de salud mental o comunitarios, generando expectativas positivas hacia estos recursos ("Le atenderán bien...", "Le ayudarán a superar la angustia lógica que tiene ahora..."). También puede dársele información por escrito y convocarle para una próxima cita a corto plazo. En este caso es también importante informarle de que si experimenta algún síntoma en este período, no debe ser motivo de preocupación, pues estaría provocado, muy probablemente, por la propia reacción emocional.

Información básica

Si en la primera visita se ha logrado reducir el shock emocional, se ofrecerá una información **básica** que no incluya demasiados aspectos de cambio en su estilo de vida, pero reúna las más importantes e inmediatas (punto 6 del Algoritmo):

- Estado de salud: si es asintomático enfatizar la diferencia entre seropositividad y enfermedad. Si existen síntomas explicar en qué consisten y el tipo de tratamiento o derivación.

- Repetir la información sobre vías de transmisión y las medidas preventivas, haciendo hincapié en su situación personal, la necesidad de evitar infectar a otras personas y de evitar la reinfección.
- Insistir en que puede llevar una vida normal (amistades, trabajo, etc.) y que hacerlo será positivo para ellos/as.
- Importancia del seguimiento médico. Si es una mujer embarazada explicar que hasta las 22 semanas puede abortar. Explicar la probabilidad de transmitir la infección al feto

Puede ofrecérsele también material impreso para que lo lea más tarde en su casa.

Es importante preguntarle cómo se siente, sin dar por supuesta la existencia de angustia ni la causa de ésta, y preguntar también qué más necesita saber. El resto de la información necesaria puede ofrecerse ahora o en posteriores visitas, en función del criterio del profesional y las necesidades de la persona:

- A quién y cómo decírselo.
- Vacunas.
- Viajes.
- Higiene general.
- Cofactores que aceleran el proceso.
- Embarazo e hijos.

Otras informaciones

- -Vida cotidiana:
 - No riesgo de infección en situaciones habituales de contacto casual.
 - Lavado de ropa, uso de vajillas y cubiertos...
 - Conducta a llevar en caso de corte (sangrado).
 - Lavado de ropa manchada con fluidos corporales.
- Información sobre la infección por VIH/SIDA.
 - Mecanismo de acción del virus.
 - Repetir diferencia enfermo/portador asintomático.
 - Pronóstico y posibilidad terapéuticas.
 - Pruebas complementarias necesarias.
 - · Vacunaciones.
- A quién decírselo (valoración).
 - Pareja sexual actual.
 - Personas del entorno de confianza.
 - Profesionales sanitarios (dentistas, profesionales de enfermería...).
 - No obligación de decirlo en el trabajo (valoración de posibles riesgos).
 - Otras personas con las que haya tenido prácticas de riesgo.
- Cuidados. Cofactores de progresión.
 - Reposo. Ejercicio físico moderado.

- Dieta.
- Drogas.
- No realizar donaciones.
- Embarazo. Probabilidad de infección del niño. Posibilidad de aborto legal antes de las 22 semanas de gestación.
- Evitar la lactancia si procede.
- Servicios y referencias disponibles.
 - Apoyo psicológico.
 - · Servicios sociales.
 - · Asociaciones comunitarias.

VALORACION CLINICA DEL SEROPOSITIVO

Una vez confirmado el diagnóstico de infección por VIH es necesaria una evaluación global inicial que incluya aspectos clínico epidemiológicos, exploraciones complementarias con evaluación de factores pronósticos y actuaciones preventivas, convenientemente registrados en la Historia Clínica.

1. Valoración clínico epidemiológica

Incluirá:

- Anamnesis sistemática por órganos y aparatos para detectar precozmente síntomas de progresión, haciendo hincapié en aquellos que originan peor pronóstico (ver marcadores pronóstico).
- Interrogatorio sobre factores y conductas de riesgo.
- Evaluación de otras enfermedades independientes o concomitantes.
- Investigación de antecedentes patológicos con insistencia en hepatitis, tuberculosis, ETS, infecciones por herpes virus, mantoux previos, etc.
- Información sobre la enfermedad, respuesta a preguntas y recomendaciones sobre vida sana y profilaxis personal y social.
- Buscar la colaboración del paciente para investigar posibles contactos.
- En mujeres fértiles proponer métodos de planificación familiar o derivación.
- Incluir en despistaje anual de cáncer de cérvix en mujeres.

2. Exploración clínica

Debe ser sistemática y minuciosa, pero con especial interés en:

- Peso.
- Fondo de ojo (corioretinitis, hemorragias, exudados...).
- Signos cutáneos mucosos (candidiasis oral, leucoplasia vellosa oral, úlceras aftosas, enfermedad periodontal, herpes simple y zóster, dermatitis seborreica, sarcoma de kaposi).
- Sistema linfático (adenomegalias, esplenomegalia).

• Afectación neurológica (cambios de carácter y afecto, enlentecimiento psicomotor, anomalías en los movimientos oculares, hiperreflexia).

3. Exploraciones complementarias

La evaluación inicial debe incluir:

- Hemograma completo (evaluar anemia y trombocitopenia).
- V.S.G.
- Bioquímica:
 - Creatinina
 - Glucemia
 - Transaminasas
 - Fosfatasa alcalina
 - Bilirrubina
 - LDH
- Estudio serológico que incluirá:
 - Antígenos superficie
 - Ac. Anti HBS
 - Ac. Anti HBC
 - Toxoplasma
 - Lues
- Intradermorreacción de mantoux.
- Radiología de tórax.
- Con carácter opcional, se realizará:
 - Analítica de orina
 - Bioquímica: albúmina, triglicéridos
 - Multitest

4. Valoración de marcadores de progresión

Se evaluará:

- Marcadores hematológicos. Incluye el descenso del valor hematocrito, aumento de la VSG y descenso del número de linfocitos totales.
- Marcadores inmunológicos. Linfocitos CD4, CD8 y cociente CD4/CD8. Es actualmente el marcador más sólido de evolución a enfermedad, así como criterio de indicación de tratamiento con antirretrovirales y prevención primaria de infecciones oportunistas. Debe de realizarse siempre en el mismo laboratorio. Un número absoluto inferior a 500 y sobre todo a 200, o un porcentaje inferior al 25%, se aceptan como marcador fiable de enfermedad avanzada.
- Con carácter opcional, se realizará B2-microglobulina. Es barata, aunque poco específica. Una concentración sérica superior a 3 mg./ml. tiene superior correlación que los linfocitos CD4 con progresión de la enfermedad a Sida. Su descenso

en pacientes tratados es significativo de supervivencia.

En resumen, una vez completada la evaluación inicial se debe responder a los siquientes puntos:

- 1. Conocer si el paciente tiene criterios de definición de Sida.
- 2. Grado de progresión de la enfermedad. Compromiso inmunológico.
- 3. Indicación de profilaxis de infecciones oportunistas.
- 4. Posibles indicaciones de tratamiento antirretroviral.

El seguimiento de los pacientes en Atención Primaria es especialmente importante en la fase asintomática, donde se realizará evaluación de nuevos síntomas y se valorará la necesidad de derivar a otros niveles. Se deben discriminar los síntomas de la infección de otros procesos independientes.

SEGUIMIENTO PROGRAMADO

Tras la valoración inicial se ofertará al paciente el seguimiento por parte de los Centros de Primer Nivel de atención, de forma programada. Si el paciente no accediera a tal oferta se plantearía el seguimiento oportunista con motivo de la realización de consultas a demanda.

Control y seguimiento

Las actividades a realizar, así como la periodicidad de las mismas aparecen reflejadas en la Tabla 6.1.

TABLA 6.1. CONTROL Y SEGUIMIENTO PERIODICO DE LOS PACIENTES VIH POSITIVO.

PRIMERA CONSULTA		REVISIONES POSTERIORES					
	1	SIN ANTIRRETROVIRALES	CON ANTIRRETROVIRALES				
VALORACION CLINICA	SI	3-6 MESES (1)	MENSUAL(2)				
FONDO DEL OJO	SI	6/12 MESES	6/12 MESES				
HEMOGRAMA	SI	4-6 MESES (3)	MENSUAL(2)				
P. LINFOCITARIAS	SI	4-6 MESES (3)	3 MESES				
BIOQUIMICA	SI	4-6 MESES (3)	MENSUAL(2)				
A. ORINA	OP	4-6 MESES	4-6 MESES				
RX TORAX	SI	SEGUN CLINICA	SEGUN CLINICA				
MANTOUX	SI	ANUAL (4)	ANUAL (4)				
PARASITOS Y COPRO	NO	SEGUN CLINICA	SEGUN CLINICA				
S. TOXOPLASMA, LUES	SI	SI INICIAL NEGATIVO	SI INICIAL NEGATIVO				
S. HEPATITIS	SI						

⁽¹⁾ Cada 6 meses si Linfocitos > 600 Cada 3 meses si Linfocitos 500 - 600

Fuente: Gatell, José M. et al. "Guía Práctica del SIDA: Clínica, Diagnóstico y Tratamiento". 1994

⁽²⁾ A los 15 días de iniciado el tratamiento, al mes durante 3 meses y si se estabiliza cada 3 meses.

⁽³⁾ Según clínica.

⁽⁴⁾ Anual si es negativo y no hay anergia

Profilaxis de infecciones

Tuberculosis

Se realizará intradermorreacción de Mantoux y, en su caso, multitest a los pacientes seropositivos con PDD anteriores negativos o no realizados. En caso de ser negativos, se repetirá cada año. Se iniciará quimioprofilaxis en el caso de PPD con induración mayor de 5 mm. o con PPD y multitest negativos (anergia). La quimioprofilaxis se hará con isoniacida a dosis de 300 mg. al día en una sola toma en ayunas durante un año. Valorar contraindicaciones.

Neumonía por Pneumocystis Carini Profilaxis Primaria. Está indicada cuando el número de linfocitos CD4 desciende de 200, sin evidencia de infección previa por Pneumocystis (PCP). Se realizará con trimetoprím - sulfametoxazol (TMX-SM) a dosis de 160/800 en única dosis diaria, 3 veces por semana durante toda la vida. También se puede realizar la profilaxis con pentamidina (actualmente de uso exclusivamente hospitalario) a dosis de 300 mg. al mes en una sola dosis por vía inhalatoria o intravenosa una vez por mes a dosis de 4 mg./Kg.

Toxoplasmosis cerebral

Profilaxis Primaria. La profilaxis para PCP con TMX-SM también protege de la infección por toxoplasma G. por lo que puede obviarse otra prevención.

Inmunizaciones

Se recomiendan las siguientes inmunizaciones:

Tétanos En las pautas habituales.

Antigripal Con periodicidad anual a primeros de octubre, utilizando preferentemente aquellas de virus fragmentados.

Vacuna antineumocócica

En caso de su disponibilidad. Una vez lo más precozmente posible tras la confirmación de la seropositividad.

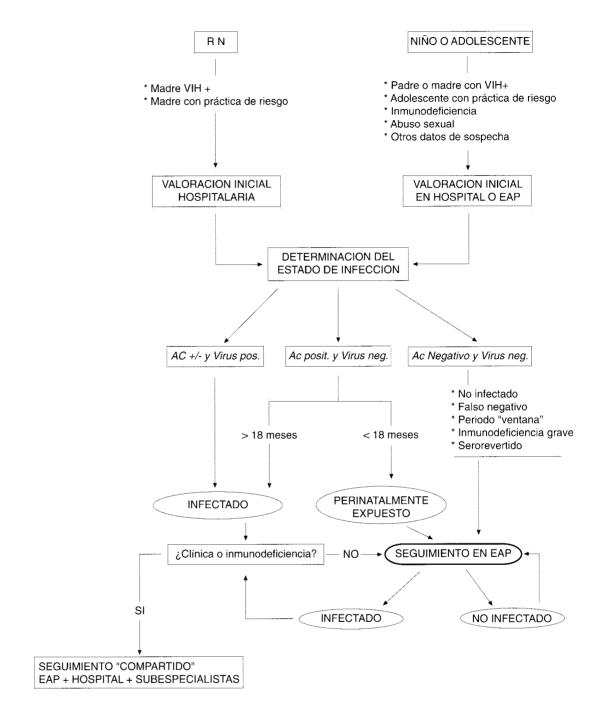
Hepatitis B En las pautas habituales.

Calendario vacunal

No se modifica en el tiempo, variando únicamente la vacuna para la polio oral, que se sustituye por polio parenteral.

7. ATENCION AL NIÑO

Algoritmo de Atención al Niño



En la edad pediátrica, la infección VIH plantea una serie de problemas peculiares y diferentes respecto a la del adulto. Estos se pueden resumir en:

Conceptuales. Es una "enfermedad familiar", pues el niño no sólo padecerá las enfermedades derivadas de la infección por el VIH y de la posterior inmunodeficiencia, sino que también, y aún no estando infectado, tendrá a alguno de sus padres infectado y pertenecerá a una familia con gran riesgo psicosocial.

Epidemiológicos. Existe un aumento en la prevalencia de la infección en este grupo de edad, asociado al de la población femenina en edad fértil y al aumento de la transmisión heterosexual. La vía de transmisión de la mayor parte de las infecciones en la edad pediátrica es la vertical.

Diagnósticos. El primer problema médico es determinar cuáles están infectados, pues la no transmisión del virus en todos los recién nacidos, pero sí de los anticuerpos maternos, obliga a utilizar técnicas de detección directa del virus (cultivo) o de parte de él (PCR y AgP24 principalmente) para confirmar el estado de infección.

Clínicos. El período de incubación es más corto y el curso es también más fulminante, presentando enfermedades que no aparecen en los adultos (neumonía intersticial linfoide); otras aparecen con mucha mayor frecuencia (infecciones bacterianas graves), y otras son por contra muy poco frecuentes (sarcoma tipo Kaposi). Los hallazgos de laboratorio también difieren parcialmente con respecto a los de los adultos.

De tratamiento y de profilaxis. Existen diferencias en los criterios para el inicio de tratamiento antirretroviral y en el uso de la profilaxis de infecciones.

Psicosociales. También específicos y afectando a todos los niños, independientemente de la existencia o no de infección por el VIH, tales como el rechazo en las guarderías y colegios, la orfandad y la desestructuración familiar, produciendo todo ello una grave alteración en su desarrollo.

Preventivos. Son los pediatras y el resto de los profesionales de la salud en relación con la edad pediátrica, los que tienen la gran responsabilidad de la educación de la familia y de los docentes y la promoción de estilos de vida saludables, para evitar las prácticas de riesgo que conllevan el contagio en el período de la adolescencia.

VALORACION Y CONTROL

Controles periódicos de salud y sus contenidos

Se realizarán a las mismas edades y con los mismos sistemas de registro que los reflejados en el Programa de Atención al Niño (P.A.N.) y por las especiales circunstancias de estos niños es recomendable que sean practicados por el personal médico, el de enfermería y por el de asistencia social.

Las actividades a realizar así como la periodicidad de las mismas aparecen en la Tabla 7.1.

TABLA 7.1. CONTROL Y SEGUIMIENTO PERIODICO DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS (HASTA 3 AÑOS)

		MESES									
	1	2	3	5	7	9	12	15	18	24	36
1. ANAMNESIS (1)		٠	•	•			•	•	•	•	•
2. EXAMEN FISICO (2)		•	•	•	•	•	•	•	•	•	: •
3. EXAMEN PSICOMOTOR	Bilb.	•	•	•		•	•	•	•	•	•
4. PRUEBAS DE LABORATORIO (3)											
4.1. Hemograma y plaquetas			•		٠	•	•	•	•		•
4.2. Función renal (Sto. y creat.)	•						•	1 ii.	•	•	
4.3. Función hepática (SGOT, SGPT)	•				•	•	•		•	•	
4.4. Inmunoglobulinas			•	•	•		•			•	•
4.5. Subp. linf. T,T4/T8 *	•		•	•	•		•	•	•	•	•
4.6. Elisa y Western Blot			•		•	•	•	•	•	•	•
4.7. AgP24, PCR, cultivo **			•	•	•	•	•	٠	•	•	•
4.8. Mantoux	•			•			•			•	•
5. INMUNIZACIONES (4)			•	•	•			•	•		
5. EDUCACION SANITARIA	•	•		•	•	•	•	•	•	•	•
7. SUPLEMENTOS VIT. MINERALES											
7.1. Vitamina D	•										
7.2. Hierro (5)		•					2.4				

- 1. Incluirá la historia familiar y contacto con la asistencia social en todos los controles.
- 2. Se prestará especial atención a la patología infecciosa (dermatitis del pañal, candidiasis, otitis media, neumonía...). En caso de clínica compatible o sospechosa de SIDA y, aunque los tests de anticuerpos sean negativos, se practicarán otras pruebas de laboratorio.
- 3. Se practicarán otras pruebas complementarias o de laboratorio si se estima necesario por la situación clínica.

La primera determinación analítica, incluyendo pruebas de detección directa (AgP24, PCR, cultivo), se realizarán hospitalariamente al nacimiento.

- 4. Consultar con el apartado correspondiente.
- 5. La profilaxis con hierro está indicada en todos los niños, por la posible deplección de hierro debida a las múltiples extracciones sanguíneas.
- * Pedir número absoluto y porcentual de linfocitos T4 y T8.
- ** El envío se hará al Centro Nacional de Biología Celular y Retrovirus.

En la fase inicial del seguimiento hay que hacer gran hincapié en el apoyo psicológico y en la intervención social.

Se hace necesario el seguimiento del niño seronegativo o del serorrevertido al poder existir un período "ventana" o de grave inmunodeficiencia. Igualmente, los niños no infectados tendrán necesidad de mayor control médico al exponerse a las infecciones de sus padres y, sobre todo, mayor necesidad de apoyo psicosocial que otros niños. El seguimiento analítico se hará hasta los 3 años.

Se determinarán conjuntamente las indicaciones de profilaxis si antes no las recibían, y las del inicio del tratamiento antirretroviral (ver apartados correspondientes) con posterior seguimiento conjunto de la respuesta a éste, y remisión a su especialista según las patologías apreciadas. Se declarará como caso de SIDA si cumple los criterios. La frecuencia del seguimiento dependerá del estado del paciente y, como mínimo, se realizarán las programadas ya descritas.

Las alteraciones inmunitarias (incremento o descenso sérico de inmunoglobulinas (IgG+IgA+IgM<250 mgs%), recuento linfocítico absoluto reducido, recuento de linfocitos T4 disminuidos (<12 meses, <1750/mm³; 1-2 años, <1000/mm³; 2-6 años, <750/mm³; >6 años, <500/mm³), disminución de la relación T4/T8 <1) y las manifestaciones clínicas determinarán el inicio de la valoración en las unidades hospitalarias.

La valoración del recién nacido deberá incluir necesariamente:

- Valoración de la madre en aspectos como grado de enfermedad, infecciones concomitantes (toxoplasmosis, tuberculosis, lúes, hepatitis B, etc.), estado inmunitario y tratamiento antirretroviral.
- Historia epidemiológica, obstétrica y perinatal.
- Examen clínico, somatométrico y analítico, investigando principalmente la posible transmisión del virus de la hepatitis B (en este último caso, comprobar administración de inmunoprofilaxis), lúes, tuberculosis y otras infecciones congénitas. Se remitirán, asimismo, muestras de la sangre del niño y de la madre, para estudio serovirológico de la infección por VIH.
- Inicio de la orientación familiar acerca del seguimiento a realizar y posibles evoluciones del niño. Se remitirá a su Centro de Salud con la información disponible para el inicio del seguimiento en el Equipo.

Indicadores para la administración de AZT

No se administra en asintomáticos con función inmunológica normal (en los asintomáticos se incluyen aquellos con linfadenopatía, hepatomegalia o hipergamma-globulinemia).

Niños con diagnóstico definitivo de VIH y que tengan:

1. Evidencia de inmunodeficiencia (incluye a los asintomáticos):

	T4
<12 meses	<1750
1-2 años	<1000
2-6 años	<750
>6 años	< 500

- 2. Clínica (independientemente de T4):
 - Infección oportunista listada en condiciones definitorias de SIDA.
 - Consunción o falta de medro (descenso en 2 percentiles o estar en P5 y cayendo).
 - Encefalopatía progresiva atribuible al VIH.
 - Enfermedad maligna asociada al VIH.
 - Dos o más episodios de septicemia.
 - Trombopenia (<75.000) en dos o más ocasiones.
 - Suma de IgG+IgA+IgM inferior a 250/mm.
 - Hallazgo aislado, independiente del contaje linfocítico, de:
 - Neumonía intersticial linfoidea y/o parotiditis.
 - Esplenomegalia.
 - Muguet que dura más de 1 mes o recurre a pesar del tratamiento.
 - Diarrea.
 - 3 o más deposiciones líquidas diarias durante más de 2 semanas.
 - 2 o más episodios de diarrea con deshidratación en un período de 2 meses.
 - · Cardiomiopatía sintomática.
 - Síndrome nefrótico.
 - Transaminitis>5 veces.
 - Infecciones bacterianas crónicas (sinusitis, neumonía).
 - 2 o más episodios de herpes simple o zóster en 1 año.
 - Neutropenia <750/mm³.
 - Anemia en 2 ocasiones.

Las dosis recomendadas para niños son las siguientes:

- De 0 a 2 semanas de edad, 2 mgs/Kg/dosis administrada por vía oral cada 6 horas.
- De 2 a 4 semanas de edad, 3 mgs/Kg/dosis administrada por vía oral cada 6 horas.
- De 4 semanas a 13 años, 180 mgs/m2/dosis administrada por vía oral cada 6 horas.

PROFILAXIS DE INFECCIONES

- P. Carinii Profilaxis primaria con Trimetoprim-sulfametoxazol en niños de:
 - 1-11 meses con <1.500 linfocitos/mm³.
 - 12-24 meses con <750 linfocitos/mm
 - 2 a 6 años con <500 linfocitos/mm
 - más de 6 años con <200 linfocitos/mm

En el paciente con infección comprobada por VIH, se debe valorar el tratamiento profiláctico durante el primer año de vida, aun teniendo cifras de linfocitos T4 superiores a 1.500/mm.

Profilaxis secundaria en todos los niños que hayan presentado algún episodio de neumonía por P.Carinii. La dosis será de 75 mgs/m2 de TM., cada 12 horas oral, durante tres días consecutivos de cada semana, o bien la mitad de la dosis cada 24 horas todos los días de la semana.

Salmonela

Después de una sepsis por esta bacteria, profilaxis con Amox-clavulánico: 20 mgs/kg/día en una dosis. Obien Cotrimoxazol: 5 mgs/kg/día en una dosis.

Enfermedades bacterianas graves

En más de 1 episodio de neumonía, meningitis o sepsis: IGIV a dosis de 400-500 mgs./Kg/3-4 semanas, que se administrará en el ámbito hospitalario.

Tuberculosis

En caso de exposición domiciliaria o en guarderías a un caso activo de tuberculosis, o bien en situaciones de Mantoux positivo en el niño (infección) sin evidencia de enfermedad, si no hay casos de resistencia a Isoniazida, la profilaxis se hará con este fármaco durante 12 meses, a dosis de 10 mgs/Kg/día en dosis única.

VACUNACIONES Y PROFILAXIS PASIVA TRAS CONTACTO

Vacunaciones

Serán las contempladas en el Calendario Vacunal de la Comunidad Autónoma, con las siguientes particularidades válidas para ser tenidas en cuenta tanto para los asintomáticos como para los sintomáticos:

Poliomielitis

Se sustituirá la administración de vacuna de polio oral por la inactivada parenteral.

Triple vírica

En caso de epidemia se puede vacunar bien con triple vírica o con antisarampionosa, a partir de los 6 meses de vida, pero habrá que revacunar a los 15 meses con triple vírica. No obstante, se aconseja administrar a los 12 meses cuando aún no es muy evidente el deterioro inmunológico.

Gripe

A partir de los 6 meses y revacunando anualmente. Es preferible la de virus fragmentados en dosis habituales, excepto en niños menores de 12 años, en los que se fraccionará en dos.

Hepatitis B

Está indicada en las pautas y dosis habituales. En caso de recién nacidos investigar marcadores de hepatitis B en la madre y, segun éstos, administrar inmunoglobulina y vacuna según pautas habituales. En caso de madre con marcadores negativos, se vacunará al niño a los 3, 5 y 7 meses.

Antineumocócica

Está indicada a partir de los 2 años de vida. Se aplica en dosis únicas y se solicita actualmente como medicamento extranjero.

BCG

En situaciones de riesgo elevado debe administrarse al nacimiento o precozmente. Está contraindicada en niños asintomáticos.

Se suministrarán por la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales a través de su Programa de Vacunaciones las siguientes vacunas: antipoliomielítica inactivada parenteral, antihemofilus influenzae B y la antineumocócica.

Inmunoprofilaxis pasiva tras contacto

Específicas

Profilaxis antitetánica. Los infectados por el virus recibirán inmunoglobulina específica cuando presenten heridas potencialmente tetanígenas, independientemente de su estado vacunal. Las dosis serán de 250 UI/Im. a aquellos con peso inferior a 25 Kgs. y de 500 UI/Im. a los que superen dicho peso.

Profilaxis antivaricelosa. Se administrará Inmunoglobulina VZ antes del cuarto día tras el contacto (preferiblemente en las primeras 48 horas) a dosis de 1'25 cc /10 Kgs. por vía Im. profunda (dosis mínima: 1'25 cc.; dosis máxima: 6'25 cc).

Inespecíficas

Profilaxis antisarampionosa. Gammaglobulina estándar a dosis de 0'25 cc Im./Kg. de peso, en los 6 días posteriores al contacto, procediendo a la vacunación de 3 a 10 meses después de administrada y siempre que tengan más de 15 meses. Los infectados sintomáticos recibirán inmunoglobulina específica, independientemente de su estado vacunal a dosis de 0'5 cc Im./Kg. de peso. Los niños que hayan recibido inmunoglobulina intravenosa en las 2 semanas previas a la exposición, no necesitan profilaxis.

Profilaxis hepatitis A. Es eficaz cuando se administra en las 2 semanas siguientes a la exposición a dosis de 0'02 cc lm./Kg. de peso.

Profilaxis hepatitis B. Administrar Gammaglobulina anti-HB, en las primeras 24 h. tras el contacto. En recién nacidos a dosis de 0,5 ml. vía I.M., siendo para otras edades la dosis de 0,06 ml /Kg. vía I.M.

RECOMENDACIONES GENERALES

- No dar el pecho, pues, aunque remota, existe transmisión de la infección por esta vía.
- No existe transmisión horizontal, por lo que su cuidado no supone riesgo para los cuidadores.
- Alimentación variada hipercalórica. No dar carne ni pescado crudo por posibilidad de parásitos y T.Gondii.
- Evitar contacto con animales domésticos, fundamentalmente gatos (T.Gondii).
- Todos los niños deben escolarizarse o asistir a guarderías si sus padres o tutores lo desean, aunque el médico que lo atiende lo sopesará en algunas circunstancias (agresividad, sangrado incontrolable, lesiones cutáneo-mucosas extensas que no puedan cubrirse, estado inmunitario, desarrollo neurológico o psicomotor).
- Información urgente a los padres si se dan casos de varicela, tuberculosis, sarampión, salmonelosis, hepatitis A u otra enfermedad transmisible en guardería o colegio.
- En caso de superviviencia más allá de los 2 años y siempre según el criterio del pediatra a su cargo, asistirá a guardería o será escolarizado de manera ordinaria sin ninguna restricción, conservando la confidencialidad del caso.

• Es imprescindible salvaguardar la confidencialidad de los datos del niño y la de la familia.

DERIVACIONES Deberán tenerse permanentemente en cuenta los criterios de derivación que aparecen en el documento.

8. ATENCION A EXPOSICION ACCIDENTAL

EXPOSICION ACCIDENTAL A SANGRE

Principios generales

"Exposición" o "accidente" se define como el contacto con sangre u otros fluidos a los que se deben aplicar las precauciones universales, a través de inoculación percutánea o contacto con una herida abierta, piel no intacta o mucosas, durante el desarrollo de determinadas actividades.

El cumplimiento de las pautas indicadas en estas páginas puede reducir el riesgo de accidentes. Sin embargo, si éste se produce hay que tener en cuenta los siguientes puntos:

- Todos los casos documentados de transmisión del VIH en el medio sanitario, se han producido por inoculación con sangre por objetos punzantes o por exposición de piel no intacta o mucosas a sangre.
- Los estudios de seguimiento realizados en trabajadores sanitarios expuestos a sangre de pacientes infectados por el VIH, muestran que el riesgo de seroconversión tras un pinchazo con una aguja es muy bajo (0,3%). En cambio, el riesgo de infectarse por el VHB tras una exposición a sangre Ag HBs + es del orden del 20%.
- A pesar de este riesgo tan bajo de transmisión ocupacional del VIH, las consecuencias son serias. Además, la incertidumbre de saber si uno está o no infectado puede tener un importante efecto psicológico.
- Al personal expuesto accidentalmente al VHB se le debe ofertar profilaxis postexposición. Asimismo, se le puede ofertar profilaxis post-exposición para el virus de la hepatitis C (VHC) con gammaglobulina inespecífica, aunque su eficacia aún no está determinada.

Conducta a seguir ante accidentes con riesgo de exposición a gérmenes transmitidos por sangre (VIH, VHB, VHC)

Inmediatamente tras el accidente, se realizarán las siguientes acciones:

- Accidentes percutáneos (pinchazos, cortes...).
 - Retirar lentamente el objeto con el que se ha producido el pinchazo.
 - Limpiar la herida con agua corriente sin restregar, permitiendo a la sangre fluir libremente durante 2-3 minutos bajo el agua corriente.
 - Inducir el sangrado si es necesario.
 - Desinfectar la herida con povidona yodada, gluconato de clorhexidina u otro desinfectante en su defecto y aclararla bien.
 - Cubrir la herida con un apósito impermeable antes de continuar el tratamiento de los pacientes.
- Las salpicaduras de sangre o fluidos a mucosas se lavarán inmediatamente con agua abundante.

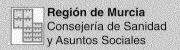
Todos los accidentes deberán ser comunicados rápidamente a la Unidad correspondiente.

9. BIBLIOGRAFIA

- 1. C.D.C. Recommendations for prevention of HIV transmission in health care settings. MMWR 1987; 36 (suppl 2S): 1S-18S.
- 2. C.D.C. Update: Acquired Immunodeficiency syndrome and human immunodeficiency virus infection among health-care workers. MMWR 1988; 36:229-34, 239.
- 3. C.D.C. Update: Universal Precautions for prevention of transmission of Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis B Virus, and other bloodborne pathogens in health-care settings. MMWR 1988; 37:377-88.
- 4. C.D.C. Guidelines for Prevention of transmission of Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis B virus to health-care and public safety workers. MMWR 1989; 38 (S-6):1-37.
- 5. Guidance for Clinical Health Workers: protection against infection with HIV and Hepatitis Viruses. Recommendations of the Expert Advisory Group on AIDS. London, Her Majesty's Stationery Office, 1990.
- 6. C.D.C. Recommendations for preventing transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to patients during exposure-prone invasive procedures. MMWR 1991; 40 (no. RR8); 40:1-9.
- 7. OSHA. Regulations on bloodborne pathogens. Occupational Exposure to Bloodborne Pathogens; Final Rule. department of Labor. Federal Register, 56; 235:64.175-82. December, 6, 1991.
- 8. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones para la prevención y control de la infección con VIH. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.
- 9. McMahon K, Sutterer MG. Precauciones de seguridad y prácticas hospitalarias en el trato con sujetos seropositivos. En: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg S.A. Sida. Etiología, Diagostico, Tratamiento y Prevención, 2ª ed. Salvat editores, Barcelona, 1990, 401-424.
- 10. Kuchar C. Universal Precautions in the Operating Room Setting. En: The Aids Manual. A Guide for health care Administrators. Edited by J. A. DeHovitz, and Teresa J. Altimont. National Health Publishing, 1989, I: 181-84.
- 11. Valenti WM. Infection Control and the epidemic of Human Immunodeficiency Virus (HIV). En: The Aids Manual. A Guide for health care Administrators. Edited by J. A. DeHovitz, and Teresa J. Altimont. National Health Publishing, 1989, I: 185-93.
- 12. Valenti WM. Infection Control in the era of Aids: Update. En: The Aids Manual. A Guide for health care Administrators. Edited by J. A. DeHovitz, and Teresa J. Altimont. National Health Publishing, 1989, I:194-96.
- 13. The Universal Precautions. En: Runnells RR. OSHA Compliance Made Easy. Your complete procedures & practices training manual for the dental office. Smart Practice. The Semantodontics Company. Phoenix (Arizona). February, 1992; 6-1 a 6-23.

- 14. Henderson D. K. HIV-1 in the health-care setting. En: Mandell G.L., Douglas R.G., Bennett J.E. Principles and Pratie of Infectious Diseases, 3th ed. Churchill Livingstone, New York, 1991: 2221-80.
- 15. Martin M. A., Wenzel R.P. Sterilization, disinfection, and disposal of infectious waste. En: Mandell G.L., Douglas R.G., Bennett J.E. Principles and Practie of Infectious Diseases, 3th ed. Churchill Livingstone, New York, 1991:2182-8.
- 16. Bartlett, John. Infecciones diseases in clinical practice. Ed. Esp. 1994, Vol. 1: 6: 355-364.
- 17. Sociedad Española Interdisciplinar del SIDA. Reuniones de consenso sobre la infección por VIH. Infecciones oportunistas: Protozoos y hongos. Profilaxis y tratamiento. 1994.
- 18. Agud, J. M. et al. El debate sobre la infección por VIH en la Atención Primaria. Jano, Vol. XLIV, nº 1028. 1993.
- 19. Consejería de Salud. Propuesta de guía de actuación protocolizada frente a la infección VIH/SIDA en Atención Primaria. Comunidad de Madrid. 1992.
- 20. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Plan sectorial de prevención y control de SIDA y de las infecciones relacionada con el VIH. Junta de Castilla y León. 1994.
- 21. Gatell, J. M.: Clotet, B. y Miró, J. M. Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento. Ed. Masson. 1994.
- 22. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Programa de Atención al Niño. Región de Murcia 1992.
- 23. Pizzo, P. A. y Wilfeert, C. M. "Pediátric AIDS". Ed. Williams and Wilkins, 2ª Edición 1994.
- 24. OMS. "Guidelines for the clinical management of HIV infection in children". 1993.







Dirección General de Salud y Consumo