

• PROYECTO ISS - ASCOFAME •

## GUIAS DE PRACTICA CLINICA BASADAS EN LA EVIDENCIA



# SIDA

Dra. Gloria Velásquez Uribe  
Dra. Mónica Lucía Soto Velásquez  
Dr. Julián Alberto Betancur Martínez  
Dr. Helí Salgado Vélez  
Dra. Juanita Sánchez E.  
Dr. Jorge Nagles P.

# AUTORES DE LA GUIA

Dra. Gloria Velásquez Uribe  
Microbióloga y Parasitóloga  
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

Dra. Mónica Lucía Soto Velásquez  
Salubrista Ocupacional  
Programa Intersida, Medellín

Dr. Julián Alberto Betancur Martínez  
Internista- Infectólogo  
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

Dr. Helí Salgado Vélez  
Pediatra Inmunólogo  
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

Dra. Juanita Sánchez E.  
Gerente en Desarrollo Social  
Clínica Leon XIII  
Instituto de Seguros Sociales, Medellín

Dr. Jorge Nagles P.  
Salubrista Ocupacional  
Clínica Leon XIII  
Instituto de Seguros Sociales, Medellín

# COORDINACION Y ASESORIA

Dr. Alberto Uribe Correa  
Decano Facultad de Medicina  
Universidad de Antioquia  
**Decano Coordinador**

Dr. Allan E. Rodríguez  
Profesor Asistente de Medicina Clínica  
University of Miami, School of Medicine  
Miami, Estados Unidos  
**Asesor Internacional**

# INDICE

FORMULARIO DE AUTOEVALUACION DE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA - ISS ASCOFAME .....	17
1. INTRODUCCION .....	18
2. PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA INFECCIÓN POR VIH .....	18
2.1. Objetivo general .....	18
2.2. Objetivos específicos .....	18
2.3. Estrategias de prevención primaria en VIH .....	18
2.4. Elementos indispensables para el desarrollo de la estrategia de prevención primaria .....	19
2.5. Asesoría en VIH .....	21
2.5.1. Clases de asesoría en VIH .....	21
2.5.2. Elementos técnicos indispensables para el logro de los objetivos de la asesoría(36) . .....	22
2.6. Identificación de prácticas y comportamientos específicos asociados con la transmisión del VIH .....	23
2.6.1. Comportamiento sexual .....	23
2.6.2. Uso de psicoactivos .....	24
2.6.3. Recepción de transfusiones sanguíneas .....	24
2.6.3.1. Productos sanguíneos de riesgo .....	24
2.6.4. Donantes de órganos o transplante de tejidos .....	25
2.6.5. Infección perinatal .....	25
2.6.5.1. Generalidades .....	25
2.6.5.2. Determinantes del riesgo .....	25
2.6.6. Exposición ocupacional .....	26
2.7. Recomendaciones para realizar la prueba de VIH .....	26
3. DIAGNOSTICO DE LA INFECCIÓN VIH E INTERPRETACION DE LAS PRUEBAS DISPONIBLES. ....	27
3.1. Criterio epidemiológico .....	27
3.2. Criterio clínico .....	27
3.3. Criterio de laboratorio .....	28
3.3.1. Pruebas presuntivas .....	28
3.3.1.1. Interpretación .....	29

3.3.2. Prueba confirmatoria .....	29
3.3.2.1. Interpretación .....	29
3.4. Requisitos de la muestra para diagnóstico .....	30
3.5. Otras pruebas relacionadas con el diagnóstico y el pronóstico: Carga viral y recuento de células CD4 .....	30
3.6. Ingreso al programa .....	31
3.6.1. Actividades del ingreso .....	32
3.6.2. Clasificación de la infección (CDC, 1993) .....	32
3.7. Seguimiento .....	33
4. TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA PACIENTES INFECTADOS POR VIH .....	34
4.1. Esquemas recomendados de tratamiento .....	34
4.2. Cambio de terapia .....	35
4.3. ¿Cuándo suspender la terapia? .....	36
4.4. Seguimiento de la terapia .....	36
4.4.1. Exámenes de control para el paciente con terapia antirretroviral .....	36
4.5. Medicamentos disponibles .....	36
4.5.1. Inhibidores de transcriptasa reversa .....	36
4.5.2. Inhibidores de proteasa .....	37
5. GUIA PARA EL DIAGNOSTICO DE LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS QUE COMPROMETEN AL PACIENTE VIH POSITIVO .....	37
5.1. Estudio de la enfermedad diarreica .....	38
5.1.1. Definición de diarrea .....	38
5.1.2. Criterios de remisión al nivel superior .....	39
5.2. Enfoque diagnóstico del paciente con infección del sistema nervioso central .....	40
5.2.1. Protocolo de estudio de líquido cefalorraquideo .....	40
5.3. Enfoque diagnóstico del paciente con compromiso pulmonar y expectoración .....	40
5.3.1. Principales infecciones oportunistas pulmonares .....	40
5.3.2. Síntomas y signos .....	40
5.3.3. Abordaje diagnóstico .....	41

5.4. Paciente con compromiso ganglionar extrainguinal: abordaje diagnóstico .....	41
5.5. Estudio de las lesiones mucocutáneas .....	42
5.5.1. Protocolo según el tipo de muestra .....	44
5.5.2. Paciente con compromiso del recto (proctitis) .....	44
5.5.3. Paciente con uretritis .....	44
5.5.4. Paciente con úlcera genital .....	44
5.6. Guía para el estudio del paciente con fiebre de origen desconocido .....	44
6. ABORDAJE TERAPEUTICO DE LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS EN EL PACIENTE CON SIDA .....	46
6.1. Compromiso respiratorio bajo .....	46
6.2. Manifestaciones en sistema nervioso .....	46
6.3. Manifestaciones cutáneas .....	47
6.4. Enfermedad diarreica .....	49
6.5. Profilaxis para infecciones oportunistas .....	51
6.5.1. Profilaxis primaria .....	51
6.5.2. Profilaxis para pacientes seleccionados .....	52
6.5.3. Profilaxis secundaria .....	52
6.6. Vacunación del adulto .....	53
7. SIDA EN NIÑOS .....	53
7.1. Diagnóstico de la infección .....	53
7.1.1. Criterio epidemiológico .....	53
7.1.2. Criterio clínico .....	54
7.1.3. Criterio de laboratorio .....	54
7.1.3.1. Hallazgos de laboratorio asociados a la infección VIH (no específicos) .....	55
7.2. Definición de infección por VIH en pediatría (A-I) .....	55
7.2.1. Niño menor de 15 meses con infección perinatal .....	55
7.2.2. Niño mayor de 15 meses infectado por VIH. ....	55
7.3. Abordaje terapéutico de la infección por VIH en niños .....	55
7.3.1. Principios generales (B-III) .....	55
7.4. Prevención de la infección por VIH en el hijo de madre positiva (A-I) .....	55

7.5. Criterios de seguimiento del niño infectado (A-III) .....	57
7.6. Profilaxis para infecciones oportunistas en niños infectados o expuestos al VIH .....	57
7.6.1. Neumonía por <i>P. carinii</i> (A-II) .....	58
7.6.2. Encefalitis por <i>T. gondii</i> (B-III) .....	58
7.6.3. Tuberculosis .....	58
7.6.4. Salmonellosis .....	59
7.6.5. Candidiasis .....	59
7.6.6. Histoplasmosis .....	59
7.6.7. Coccidioidomicosis .....	59
7.6.8. Criptococosis .....	59
7.6.9. Varicela zoster .....	59
7.6.10. Criptosporidiosis .....	59
7.6.11. Infección bacteriana recurrente .....	59
7.7. Vacunación .....	59
8. BIOSEGURIDAD .....	60
8.1. Manejo de la exposición ocupacional al VIH-1 .....	60
8.1.1. Medidas inmediatas (B-III) .....	60
8.2. Evaluación de la severidad de la exposición (A-III) .....	60
8.2.1. Evaluación de la naturaleza de la exposición .....	61
8.2.2. Fuente de la exposición .....	61
8.3. Manejo post-exposición .....	62
9. LA INFECCIÓN POR EL VIH Y EL DERECHO A LA SALUD .....	62
9.1. Introducción .....	62
9.2. Derechos humanos .....	64
9.2.1. Derecho a la vida .....	64
9.2.2. Derecho a la dignidad humana .....	64
9.2.3. Derecho a la integridad personal .....	65
9.2.4. Derecho a la igualdad .....	65
9.2.5. Derecho a la intimidad .....	66
9.2.6. Derecho a la salud .....	66
9.2.7. Derecho a la seguridad social Ley 100/93 .....	67
9.2.7.1. Principios .....	67
9.2.7.2. Atención integral de los portadores de VIH/SIDA .....	69

9.3. Decreto 1543/97 .....	70
9.4. Valoración de la capacidad laboral .....	70
10. DEFENSORIA DEL PUEBLO .....	72
11. ACCION DE TUTELA .....	73
12. ACCION DE CUMPLIMIENTO .....	73
BIBLIOGRAFIA .....	74

FORMULARIO DE AUTOEVALUACION DE LA GUIA DE  
PRACTICA CLINICA - ISS ASCOFAME

# 1. INTRODUCCION

La siguiente guía fue elaborada por un grupo de profesionales dedicados en los últimos años a trabajar con los Programas Oficiales de Vigilancia y Atención de los pacientes infectados por el VIH y con diagnóstico de SIDA.

Las indicaciones consignadas en este documento están basadas en el consenso internacional de clínicos e investigadores, en las políticas gubernamentales establecidas para la vigilancia y atención de esta infección y en el resultado de estudios clínicos.

Se recogieron las principales recomendaciones para la atención integral de los infectados según los avances recientes en el ciclo de vida del virus, la extensión y consecuencias de su replicación en el infectado, el diagnóstico y control de las complicaciones presentadas y las herramientas para prevenir y tratar la infección, intentando disminuir el impacto de la epidemia en la sociedad y mejorar la calidad de vida de los infectados.

Muchos de los conceptos aún no tienen evidencia demostrada por metanálisis u otro tipo de estudios controlados, por la corta evolución de la epidemia y las implicaciones éticas que tendría negarle a un grupo de personas, los beneficios demostrados por algunos estudios, aunque hayan sido cortos y con pocos pacientes.

## 2. PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA INFECCIÓN POR VIH

### 2.1. Objetivo general

Reducir la incidencia de la infección por VIH en la comunidad general y en los grupos poblacionales específicos ( mujeres, niños, adolescentes, hombres, etc.), por medio de la identificación de las prácticas de riesgo para la infección y de la utilización eficaz de herramientas que permitan a los individuos la modificación perdurable de estas prácticas y la adopción de conductas seguras, como parte de las actividades de prevención definidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

### 2.2. Objetivos específicos

1. Aumentar los conocimientos sobre la infección por VIH y las prácticas de riesgo a través de actividades de promoción e información.
2. Reconocer los factores de riesgo, individuales y

colectivos, para la infección por VIH a través de la asesoría individual o colectiva (1-2)

3. Modificar las prácticas y comportamientos de riesgo para VIH por medio del desarrollo de estrategias específicas de intervención (3-7)

### 2.3. Estrategias de prevención primaria en VIH

1. Promoción de estilos de vida saludables e identificación de factores protectores y de riesgo para la salud general.
2. Información específica sobre VIH y SIDA que aumente y fortalezca en los individuos sus conocimientos.
3. Intervención, es decir, desarrollo de estrategias psicoeducativas para reforzar los conocimientos, identificar los factores de riesgo y adquirir destrezas que posibiliten la reducción del riesgo específico de infección por VIH y SIDA, en forma individual o colectiva. Entre las estrategias de intervención tenemos la asesoría o consejería individual en VIH. (8-9)(Nivel de Evidencia II, Recomendación Grado B).

### 2.4. Elementos indispensables para el desarrollo de la estrategia de prevención primaria

1. Personal capacitado (Nivel de Evidencia III, Recomendación Grado B): los profesionales de la salud dedicados a la atención primaria son generalmente los asignados para el desarrollo de estrategias de prevención primaria, inclusive las relacionadas con la infección por VIH, pues se asume que están plenamente capacitados para realizarla en función de su formación profesional en salud (10-11).

Algunos estudios (11-12) han observado que a pesar del potencial que tienen los médicos de cuidado primario en la reducción de la incidencia de la infección por VIH, reportan muy bajos niveles de identificación de individuos en riesgo y de prácticas de asesoría. Esta actitud parece reflejar las percepciones que los médicos tienen de lo que es un paciente de riesgo (personas con apariencia homosexual o de farmacodependencia), o de la incomodidad para el paciente, si se le interroga sobre sus prácticas de riesgo, sobre todo cuando el motivo de consulta y el problema de salud no tienen relación con la infección.

Los trabajadores de la salud deben ser capacitados en

estrategias que les permitan mejorar, no sólo sus conocimientos (13), sino también las destrezas para lograr los objetivos de la asesoría y valorar el riesgo, de los consultantes como así mismo el propio (14-15). La eficacia de dicha capacitación se puede mejorar si se desarrollan otras estrategias que complementen la generalizada y posiblemente única estrategia de capacitación para los trabajadores de la salud, como es la lectura de material educativo (16). Un estudio exploratorio entre 121 médicos, encontró que la experiencia en el manejo de individuos infectados por VIH les reportaba beneficios a los individuos infectados, pero no era suficiente para brindar asesoría en la reducción del riesgo.

En Estados Unidos, entre 1987 y 1993, el porcentaje poblacional, mayor de 18 años, al que se realizó la prueba de anticuerpos para VIH, aumentó del 15 al 38%. Las dos terceras partes fueron realizados por médicos y clínicas privadas, donde sin embargo, se reportaron los índices más bajos de asesoría, comparados con los de programas del gobierno; lo anterior subraya la necesidad de capacitar a los médicos de instituciones privadas en las estrategias apropiadas para brindar asesoría que cumpla con los objetivos (17). En algunos estados americanos es necesario recibir, cada dos años, cursos de educación en prevención de la infección por VIH para renovar la licencia de ejercicio de la medicina.

2. Orientación educativa hacia grupos de población específicos o nucleares (Nivel de Evidencia I, Recomendación Grado A): las estrategias de prevención orientadas con criterios de selección poblacional, permiten la utilización de intervenciones educativas culturalmente más aceptables e impactantes (2, 18). Dicha orientación puede dirigirse a grupos poblacionales establecidos de antemano en la comunidad.

La construcción de grupos poblacionales con el fin fundamental de intervenir sobre sus factores de riesgo para VIH implica varios aspectos. Estos grupos deben ser lo más homogéneo posible en términos de género, edad, vivencias culturales, procedencia rural o urbana, preferencia sexual, consumo de psicoactivos, etc. A partir de estos se genera la posibilidad de establecer lenguajes comunes de comunicación para que el impacto pueda ser más específico y duradero (5).

Ejemplos de grupos específicos o nucleares:

- Niños y jóvenes escolarizados (19-20).
- Universitarios.
- Usuarios de los programas de control prenatal y

planificación familiar (3).

- Usuarios de programas de ETS (21-22) y TBC (23).
- Trabajadores organizados.
- Trabajadores sexuales de diferentes categorías.
- Prisioneros.
- Hombres homo y bisexuales.
- Hemofílicos o usuarios de productos sanguíneos.
- Drogadictos (24).
- Personas sin hogar o indigentes
- Trabajadores de la salud.
- Otros

3. Desarrollo de estrategias educativas que trasciendan en el tiempo (Nivel de Evidencia III, Recomendación grado A)

Las alternativas educativas que perduran en el tiempo y van más allá de una sola sesión, permiten el afianzamiento de conocimientos y la modificación de las actitudes y prácticas frente al riesgo de infección por VIH . Un estudio controlado, realizado en mujeres luego de 15 meses de seguimiento, demostró que si bien los beneficios de las estrategias de intervención eran superiores a los de las de carácter meramente informativo, con el paso del tiempo estos beneficios iban decayendo y que probablemente eran necesarias más sesiones de afianzamiento para ayudar a mantener los cambios de comportamiento ( 25)

4. Técnicas a utilizar para llevar a cabo las sesiones:

- Guías escritas (Nivel de Evidencia II, Recomendación Grado B): la utilización de guías instruccionales en VIH con la participación de instructores entrenados, demostraron en un estudio controlado ser mejores para reducir los factores de riesgo evitables del VIH entre adolescentes hispano-americanos y afro-americanos cuando se compararon con el suministro de guías solas o de no recibirlas. (6)
- Video-foros (Nivel de Evidencia III, Recomendación Grado C): el uso de videos culturalmente similares y apropiados, mejoró los conocimientos frente al VIH entre adolescentes afro-americanos (15). Otro estudio no controlado, realizado entre padres e hijos con la utilización de video informativo y entrenamiento en destrezas específicas, demostró como se aumentaba la comunicación entre la familia y se mejoraban las habilidades familiares para enfrentar eficazmente los problemas (26).
- Grupos de discusión (Nivel de Evidencia I, Recomendación Grado B). La realización de discusiones al interior del grupo, frente al reconocimiento de los riesgos

evitables del SIDA y las estrategias para afrontarlos, facilitan a los individuos hablar sobre sexo entre sí y con sus parejas, sentirse más capaces de reducir el riesgo y aumentar la probabilidad de utilizar el preservativo (27).

- Instructores VIH positivos (Nivel de Evidencia II, Recomendación Grado C): la intervención educativa en SIDA, realizada por personas que conviven con el VIH y han sido previamente capacitados, demostró en un estudio controlado, que los individuos que la recibían adquirían más conocimientos sobre el SIDA y cómo prevenirlo que el grupo control (28).

## 2.5. Asesoría en VIH

Es el proceso que permite valorar el riesgo individual de infección con VIH, por medio del intercambio de ideas y el apoyo psicológico, identificando los comportamientos y factores de riesgo que favorecen la probabilidad de adquisición o transmisión de la infección. Para ello el asesor o consejero, cuestiona, comparte y acepta una serie de comportamientos y prácticas, y facilita el planteamiento de alternativas de cambio frente al riesgo de infección, posibilitando de esta manera la expresión de sentimientos y temores y la adopción de comportamientos de bajo riesgo a mediano y largo plazo (29). (Nivel de Evidencia III, Recomendación Grado B)

Se convierte así la asesoría en un pilar fundamental para la prevención primaria del VIH y el diagnóstico temprano de la infección.

### 2.5.1. Clases de asesoría en VIH

- Preprueba y posprueba.
- Individual o colectiva.
- Espontánea o motivada.
- Cara a cara, o utilizando intermediarios, como el teléfono, los audiovisuales, etc.

La asesoría y valoración del riesgo cara a cara versus métodos autoadministrados, es el método más frecuentemente utilizado en VIH, considerado por algunos como el único. Sin embargo, es importante reconocer que existen otras formas de asesorar, utilizando la vía telefónica o la autoadministración de encuestas por medios escritos y audibles; algunos estudios (30) han encontrado que estas alternativas permiten identificar mayor número de factores de riesgo, en algunas poblaciones específicas. Uno de estos estudios comparó la técnica autoadministrada con la asesoría cara a cara y encontró que las mujeres por el

método autoadministrado reconocían mayor número de prácticas de riesgo, como sexo vaginal no protegido, con compañeros no estables, sospechosos de tener infección por VIH o SIDA, o antecedentes de ETS, o uso de alcohol durante el sexo, sexo anal no protegido, con compañero estable u ocasional. Estos aspectos deben ser considerados cuando se revisen los métodos de asesoría en las clínicas de ETS ( 31).

En la asesoría posprueba las personas que se han realizado una prueba de VIH revisan sus factores de riesgo, afianzan los elementos de la asesoría inicial, aportan una referencia para el seguimiento y asumen el resultado de la prueba de VIH. La principal dificultad en torno a la asesoría posprueba es el gran número de usuarios, en todos los países y regiones , que no regresan por el resultado, después de haber recibido asesoría inicial y practicarse el exámen de laboratorio. El asesor debe aceptar el hecho de que el usuario por motivos diversos, tiene el derecho de no reclamar sus resultados pues es él quien definitivamente se afecta, pero es fundamental evaluar que aspectos de la asesoría pueden contribuir a este problema.

Varios estudios en mujeres africanas (32) han encontrado que el temor a enfrentar un resultado positivo frente a su pareja, ante la posibilidad de una respuesta violenta, es un factor que les impide regresar a la asesoría pos prueba. La vinculación de la familia (33) y/o la pareja (34) al proceso de asesoría permite mejorar la comunicación frente al VIH y la utilización de estrategias de control para reducir el riesgo de transmisión y adquisición de la infección por VIH, como el uso del preservativo.

Un estudio demostró que las características del asesor y el tiempo dedicado a la asesoría, más que las características del asesorado, influyen en forma determinante en la eficacia del proceso (8, 32).

Otro problema que afecta especialmente a los trabajadores de la salud involucrados en este proceso, son los "*probadores crónicos*", es decir un número de personas que se realizan la prueba en forma periódica y frecuente. Se ha encontrado que estas personas tienen prácticas de muy alto riesgo y que sería importante realizar una evaluación más profunda sobre su conducta psíquica, como elemento determinante y favorecedor del riesgo frente a VIH (35 ).

2.5.2. Elementos técnicos indispensables para el logro de los objetivos de la asesoría(36

).

- Personal capacitado (ver prevención primaria).
- Espacio adecuado.
- Tiempo suficiente.
- Confrontación del asesoramiento con la realidad.
- Utilización de técnicas de comunicación eficientes:
  - Escuchar activamente.
  - Uso eficaz de preguntas.
  - Manejo adecuado del silencio.
  - Solución de interrogantes y necesidades.
  - Retroalimentación.
  - Síntesis y conclusiones

## 2.6. Identificación de prácticas y comportamientos específicos asociados con la transmisión del VIH

### 2.6.1. Comportamiento sexual

Los resultados de la encuesta social general realizada en una muestra representativa de la población norteamericana, entre 1988-1991 mostraron que la edad, el estado marital, el sexo y el consumo de alcohol, son los predictores más fuertes y consistentes del riesgo sexual para ETS y SIDA. (37)(Nivel de Evidencia III).

- \* Edad del primer coito: el primer coito antes de los 17 años en las mujeres, se ha asociado con aumento de los prácticas sexuales de riesgo para ETS, inclusive la infección por VIH (38)(Nivel de Evidencia II).
  - \* Compañeros sexuales: la historia de compañeros infectados con VIH, compañeros con riesgo y sin prueba de VIH, múltiples compañeros, presencia de ulceración mucosa en la pareja, se asocian a mayor riesgo (Nivel de Evidencia I).
  - \* Prácticas sexuales
- a. Alto riesgo de infección (Nivel de Evidencia I).
    - Coito anal receptivo no protegido.
    - Coito vaginal receptivo no protegido.
  - b. Riesgo documentado de infección
    - Coito oral receptivo no protegido (Nivel de Evidencia I).
    - Coito anal incertivo no protegido (Nivel de Evidencia I).
    - Coito vaginal incertivo no protegido (el riesgo puede ser mayor durante la menstruación) (Nivel de Evidencia II).

- Coito oral incertivo no protegido (Nivel de Evidencia II).
- c. Riesgo bajo de infección (Nivel de Evidencia II).  
Cualquiera de las prácticas antes mencionadas con utilización de condón de látex o vinyl.
- Sin embargo muy pocos estudios han valorado la efectividad del condón en la prevención de la transmisión del VIH. En 343 mujeres compañeras de hombres seropositivos para VIH, la seroconversión de los que utilizaron condón siempre fue de 1/100 personas año, mientras que en aquellos que lo usaron intermitentemente o no lo utilizaron fue de 7.2/100 personas año (39)(Nivel de Evidencia II).
- d. Prácticas seguras (Nivel de Evidencia I).
- Besos profundos, siempre y cuando estén intactas la mucosa y las encías.
  - Sexo no protegido con pareja sexual seronegativa.
  - Monogamia mutua.
  - Masturbación mutua.
  - Masturbación o masaje.
- e. Práctica totalmente segura (Nivel de Evidencia I).
- Abstinencia

### 2.6.2. Uso de psicoactivos

Uso de drogas intravenosas o de cocaína inhalada o crack. Las tasas de infección en mujeres que fuman cocaína crack, son tan altas como en hombres que tienen sexo con hombres (41% vs 43%). Siempre se debe evaluar el uso de esteroides anabólicos inyectables y los comportamientos sexuales en todos los usuarios de drogas. Prácticas al consumir drogas:

- a. Las más riesgosas (Nivel de Evidencia I):
- Utilización de agujas, jeringas u otros materiales no desinfectados. El DNA- HIV fue encontrado en el 85% de jeringas y agujas y en 1/3 de algodones, lavaderos y cocinas de las galerías (40).
- b. De menor riesgo (Nivel de Evidencia I):
- Utilización de agujas o jeringas desinfectadas (el blanqueador casero es efectivo, especialmente si se utiliza luego de lavar los instrumentos y el tiempo de contacto es superior a cinco minutos. Es importante enjuagar los instrumentos con agua después de utilizar el blanqueador).
  - Uso repetido de los materiales por un solo consumidor.
- c. Las de más bajo riesgo (Nivel de Evidencia I).
- Uso individual de agujas y jeringas.
  - Uso de jeringas y agujas estériles (el canje de

agujas o jeringas utilizadas por estériles, parece ser efectivo y no aumentó el consumo de drogas).

### 2.6.3. Recepción de transfusiones sanguíneas

#### 2.6.3.1. Productos sanguíneos de riesgo

##### a. Los más riesgosos:

- Receptores de múltiples unidades de sangre entre 1978 y 1985, receptores de productos sanguíneos obtenidos de donantes en países donde el tamizaje es difícil o no se realiza (Nivel de Evidencia I).

##### b. Menos riesgosos (Nivel de Evidencia II):

- Receptores en Estados Unidos de productos sanguíneos heterólogos (riesgo 1:450.000 - 1: 660.000 unidades o 1:28.000 después de 5.4 unidades en promedio) (41), a causa de la ventana serológica de aproximadamente 20 días (18-27 donaciones por año están en esta ventana). La realización de Agp24 a todos los productos sanguíneos, reducirá la ventana en seis días y reducirá las infecciones por donación en 25% al año (42).

- Receptores en Estados Unidos de productos sanguíneos de donantes seleccionados después de 1985.

##### c. Los más seguros (Nivel de Evidencia I):

- Receptores de productos sanguíneos autólogos.

- Receptores de productos sanguíneos obtenidos por ingeniería genética.

### 2.6.4. Donantes de órganos o transplante de tejidos

##### a. Valorar los donantes para factores de riesgo.

##### b. Evaluar los riesgos frente a los beneficios:

##### c. El riesgo luego de inseminación artificial con semen de donante VIH positivo es 3.5% (43).

(Nivel de Evidencia II).

### 2.6.5. Infección perinatal

#### 2.6.5.1. Generalidades

##### a. El tamizaje perinatal de rutina es recomendado en USA especialmente en poblaciones de alta prevalencia (Nivel de Evidencia III, Recomendación Grado A).

##### b. El estudio controlado ACTG 076, demostró que la Zidovudina disminuye la transmisión del HIV de madres a hijos de 25.5% a 8.3% (44)(Nivel de Evidencia II).

##### c. No existe documentación de efectos teratogénicos asociados al tratamiento con la ZDV (Nivel de Evidencia II).

- d. El diagnóstico de la infección en los neonatos aún es complejo porque: todos los recién nacidos portan anticuerpos maternos hasta casi los 15 meses; aunque la tasa de transmisión en USA es 12-30%, solo la mitad de los niños infectados tienen virus positivos por cualquier prueba; casi todos los niños infectados pueden ser diagnosticados hacia los 6 meses de vida por la realización y/o combinación de uno o más de los siguientes métodos: cultivo, reacción en cadena de la polimerasa, detección serológica de Ag p24, o amplificación del DNA\_VIH ramificado. (45).
- e. No hay evidencia de que la cesárea reduzca el riesgo.

#### 2.6.5.2. Determinantes del riesgo

(Nivel de Evidencia I):

- a. Alto riesgo
- Recién nacido (RN) hijo de madre VIH seropositiva que tiene un hermanito, inmediatamente mayor, positivo (riesgo: 37-65%).
  - Detección de HIV-1RNA en plasma materno mayor de 100.000 copias/ml, tiene una probabilidad de transmisión muy alta (46). Otro estudio refiere que en un grupo de 20 maternas, 15 transmitieron la infección y tenían más de 50.000 copias/ml y en un grupo de 63 entre las cuales ninguna infectó a su bebé, tenían menos de 20.000 copias/ml (47).
- b. De riesgo
- RN hijo de madre VIH seropositiva (15-60%).
  - RN hijo de madre con compañeros de riesgo desconocido.
  - Lactancia materna por madre VIH +.
- c. Bajo riesgo
- Madre con prueba negativa para VIH.

#### 2.6.6. Exposición ocupacional

( Nivel de Evidencia II)

1. Determinantes de riesgo relativo
- Inoculación parenteral con una aguja hueca y una fuente con títulos altos de viremia; seroconversión con títulos avanzados de enfermedad por VIH.
  - Inoculación parenteral con materiales que contengan altos títulos virales en los laboratorios de investigación.
2. Menor riesgo
- Exposición a pequeños volúmenes de sangre a través de agujas no huecas.
  - Exposición de mucosas o piel no intacta: el riesgo es demasiado bajo para ser cuantificado en estudios

prospectivos, pero no es cero; se ha estimado que es un log más bajo (90%) que el riesgo por pinchazo. El riesgo puede aumentarse con grandes volúmenes de sangre o contacto prolongado.

3. Riesgo no identificado:

- Contacto de piel intacta.
- Exposición a orina, saliva, sudor, lágrimas.

El riesgo ocupacional puede ser reducido por el uso de guantes, los cuales remueven el 50% de la sangre del sitio de exposición. El VIH, puede pasar a través de 1/3 de los guantes de látex probados (48). Con el uso de doble guante el contacto de las manos con la sangre se reduce de 71 a 32/100 procedimientos (49).

## 2.7. Recomendaciones para realizar la prueba de VIH

La asesoría pre-prueba será ofrecida y recomendada a todas las personas en riesgo de infección por VIH. A todos aquellos que consientan les será realizada, a menos que médica o psiquiátricamente esté contraindicada. La asesoría pre-prueba estimula la reducción del riesgo de transmisión o adquisición del VIH.

Las personas en riesgo incluyen (Nivel de Evidencia II):

1. Todas aquellas con comportamientos de riesgo identificados.
2. Todas las personas con ETS.
3. Todas las personas con condiciones asociadas a la infección por VIH.
4. Todas las personas con TBC ( entre los pacientes vistos en clínicas de TBC entre 1988-1989, 3.4% (0-46%) eran VIH positivos (50).
5. Mujeres embarazadas en áreas de alta prevalencia. Algunas autoridades recomendaron probar todas las mujeres embarazadas, lo cual es controvertido.
6. Mujeres en edad reproductiva en areas de alta prevalencia.
7. Pacientes con fiebre, pérdida de peso o linfadenopatía inexplicada.
8. Pacientes entre los 15 - 54 años, ambulatorios u hospitalizados en instituciones donde la prevalencia de la infección VIH es > 1% o el diagnóstico de SIDA, es > 1por 1000 (51)

## 3. DIAGNOSTICO DE LA INFECCION VIH E INTERPRETACION DE LAS

## PRUEBAS DISPONIBLES.

El diagnóstico de la infección por VIH se basa en los hallazgos epidemiológicos y clínicos obtenidos a través una historia juiciosa y detallada, y en la corroboración por el laboratorio.

### 3.1. Criterio epidemiológico

Indica antecedentes o conductas que impliquen riesgo de infectarse con VIH y sustentan la necesidad de una prueba diagnóstica. Se debe ordenar la detección de anticuerpos contra VIH a toda persona que:

- Se identifique a sí misma con riesgo de adquirir la infección.
- Refiera relaciones sexuales sin protección.
- Se desempeñe como trabajador(a) del sexo.
- Refiera uso de drogas psicoactivas intravenosas, inhalatorias u orales.
- Tenga historia de enfermedades o infecciones de transmisión sexual .

También se consideran candidatos a una prueba de VIH:

- Receptores de sangre u órganos antes de 1988 o que residan en zonas donde no se haga control rutinario para agentes transmitidos por la sangre.
- Personal de salud que haya tenido exposición percutánea, o de piel no intacta, o de mucosas, a líquidos con precauciones universales, así no se conozca el estado serológico del paciente fuente.
- Donantes de sangre, semen, órganos o tejidos.
- Aquellos que refieran la realización de tatuajes o procedimientos médicos o quirúrgicos con equipo no estéril
- Las parejas sexuales de los anteriores.
- Los hijos de madre infectada antes o durante el embarazo.
- Personas que soliciten voluntariamente la prueba.

### 3.2. Criterio clínico

El tiempo entre la infección y la aparición de los síntomas está calculado entre 5-20 años, por ello es posible estar ante un paciente asintomático, con riesgo epidemiológico, o ante una persona con signos sugestivos de SIDA o infección avanzada. La presencia de los siguientes signos y/o síntomas hace pensar en infección por VIH y por ello en la necesidad de ofrecer asesoría para luego ordenar una prueba diagnóstica que descarte la infección:

- Fiebre de origen desconocido por más de cuatro semanas.
- Pérdida de peso de más del 10% .

- Diarrea crónica mayor de un mes de evolución.
- Los anteriores cuando no se puedan explicar por otras causas.
- Linfadenopatías persistentes mayores de 1 cm, en más de dos sitios extrainguinales, por más de tres meses. Las siguientes enfermedades hacen pensar en el diagnóstico de SIDA, según la clasificación del CDC de Atlanta:
  - Candidiasis oral, esofágica, de tráquea o bronquios, sin otro tipo de inmunosupresión que la explique.
  - Demencia, neuropatía, encefalitis, mielopatía o meningitis de causa no aclarada, en pacientes menores de 60 años.
  - Toxoplasmosis del SNC.
  - Cripticocosis de cualquier localización.
  - Neumonía por *P. carinii*.
  - Tuberculosis.
  - Enfermedades causadas por micobacterias no tuberculosas.
  - Histoplasmosis diseminada.
  - Retinitis por Cytomegalovirus.
  - Nocardiosis.
  - Bacteremias recurrentes por *Salmonella* no *thypi* o *Shigella*.
  - Herpes zoster en adultos jóvenes.
  - Herpes simplex crónico (mayor de un mes).
  - Enfermedades de transmisión sexual.
  - Diarrea por *Cryptosporidium* o *Isospora belli*.
  - Sarcoma de Kaposi.
  - Linfoma No Hodgkin en menores de 60 años, o linfoma de Burkitt, o sarcoma inmunoblástico, o primario del SNC.
  - Púrpura trombocitopénico Idiopático o anemia hemolítica autoinmune.
  - Síndrome "mononucleósico" activo.
  - Dermatitis seborreica severa de reciente aparición.
  - Molusco contagioso en adultos.
  - Leucoplasia vellosa.

### 3.3. Criterio de laboratorio

Ante cualquiera de los indicadores clínicos o epidemiológicos de infección por VIH se debe ordenar una prueba de detección de anticuerpos contra este virus. Las técnicas disponibles para este propósito se dividen en presuntivas y confirmatorias.

#### 3.3.1. Pruebas presuntivas

Detectan anticuerpos totales contra el virus; la mayoría de los infectados producen una respuesta contra varias de

## INDICACIONES APROBADAS PARA LA CUANTIFICACIÓN DE LA CARGA VIRAL

Según: Report of the NIH panel to define principles of therapy of HIV infection ( 1997 INTERNET: CDC.GOV )

INDICACIONES	INFORMACION SUMINISTRADA	UTILIDAD
Infección aguda	Establece el diagnóstico cuando la prueba de anticuerpos es negativa o indeterminada	Diagnóstico
Evaluación al momento del diagnóstico de infección VIH	Carga viral basal al momento de diagnóstico	Tomar la decisión de iniciar anti-retrovirales
Cada cuatro meses en pacientes sin terapia anti-retroviral	Vigilar evolución de la carga viral.	Tomar la decisión de iniciar anti-retrovirales
Cuatro semanas después de iniciada la terapia.	Reconfirmación de carga basal.	Unifica los datos del recuento de carga basal, el cual es variable
Cada cuatro meses en pacientes con terapia anti-retroviral.	Mide el efecto de la terapia y su durabilidad.	Indica la continuación o el cambio de terapia
Cuando se presenta un evento clínico o cae el recuento de CD4	Determina la asociación con el cambio clínico y/o inmunológico o la estabilidad de la carga	Decisión de continuar, iniciar o cambiar terapia.

**Tabla 1.**

las proteínas virales en las 6-8 semanas siguientes a la infección. Entre ellas, la más sensible, específica y disponible es la prueba de ELISA, especialmente donde se procesa un número importante de muestras. También existen otras pruebas, (aglutinación con látex o partículas de gelatina), llamadas «rápidas» por el tiempo que tardan en producir el resultado, indicadas para hacer diagnóstico en aquellos lugares de poco desarrollo tecnológico, o cuando se necesitan con carácter urgente. En ambos casos se deben respetar estrictamente las indicaciones técnicas del productor y los controles de calidad de las pruebas.

Cuando se produce un resultado reactivo, la muestra debe ser sometida a una nueva prueba presuntiva por duplicado. Las muestras doblemente reactivas se someten a una prueba confirmatoria por una prueba de mayor especificidad; por ningún motivo se debe hacer diagnóstico

de infección VIH con resultados de pruebas presuntivas, dada la posibilidad de resultados falsos positivos que pueden tener.

### 3.3.1.1. Interpretación

Una prueba presuntiva no reactiva significa ausencia de infección por VIH o infección inicial, aún sin anticuerpos detectables (período de ventana serológica). Para aclararlo se establece el riesgo epidemiológico, si éste ocurrió hace más de ocho semanas es un negativo verdadero, de lo contrario puede tratarse de una infección temprana; en este caso se recomienda repetir la muestra y el estudio dos meses más tarde, siempre y cuando se adopte un cambio de conducta que garantice evitar el riesgo de infección durante el período de seguimiento.

Un resultado reactivo por prueba presuntiva indica la necesidad de repetir la prueba por duplicado en la misma muestra. Si se obtienen dos resultados reactivos, la muestra pasa a una prueba confirmatoria. Este proceso lo realiza internamente el laboratorio, hasta completar el protocolo de estudio, sin necesidad de informar al médico resultados parciales y mucho menos al usuario, dado que esto genera ansiedad y dificultad en la comprensión final del resultado.

### 3.3.2. Prueba confirmatoria

Es una prueba más específica, la cual detecta anticuerpos contra los principales componentes antigénicos del virus. Se conoce con el nombre de Western-Blot (WB) y se realiza únicamente en los laboratorios de referencia.

Es específica para VIH 1 ó VIH 2, y el resultado aparece

<b>CLASIFICACION DE LA INFECCION POR VIH (CDC-1993)</b>			
<b>CATEGORIA CLINICA/RECuento CD4</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
>500	A1	B1	C1
200-499	A2	B2	C2
<200	A3	B3	C3

Tabla 2.

como un patrón de bandas, el cual puede variar entre los individuos y su intensidad depende de la cantidad específica de anticuerpos circulantes.

Existe acuerdo internacional en la interpretación del resultado del WB, así:

- Negativo: ausencia de cualquier banda.
- Positivo: la presencia de al menos dos bandas, de las tres que indican presencia de anticuerpos contra las proteínas 160/120, 41, 24, hacen diagnóstico de infección por VIH. La prueba se informa positiva.
- Indeterminado: el patrón de bandas que no corresponde a la definición ni de positivo ni de negativo. El resultado indeterminado puede presentarse por reacción cruzada con otros virus DNA.

### 3.3.2.1. Interpretación

Un WB negativo indica ausencia de infección o infección temprana, aun en período de ventana serológica y se procede como en la prueba presuntiva. Un resultado positivo indica infección por VIH.

El WB indeterminado se presenta por varias causas, entre ellas: infección temprana, fase terminal de la enfermedad, infección con el serotipo contrario al que se está empleando en la prueba ( por ejemplo VIH-2) o por reacciones cruzadas con algunos virus, especialmente de tipo DNA. Se debe hacer seguimiento durante seis meses, con pruebas bimensuales y asesoría permanente al paciente, acerca de la conveniencia de tener relaciones sexuales sin riesgo, evitar el embarazo y la donación de sangre u organos, mientras dure el seguimiento.

Durante este período el WB puede tornarse negativo o positivo y se interpreta según el resultado. Si después de seis meses continúa indeterminado y el usuario no tiene riesgo epidemiológico, se considera negativo. Si existe una exposición a la infección debe continuar la observación clínica y serológica.

## 3.4. Requisitos de la muestra para diagnóstico

El formato de solicitud de Serología para VIH debe contener: identificación del paciente, número de identificación en la institución, teléfono, para su posterior localización, unidad de salud de procedencia y una breve descripción del motivo de la prueba.

La toma de la muestra se realiza en el lugar donde

consulta el paciente y se toman 10 cc de sangre en tubo seco, estéril, idealmente sellado al vacío, con tapa de caucho sin esparadrapo y debidamente marcado. La muestra se remite al Laboratorio Clínico de Referencia, con la solicitud de prueba presuntiva para VIH totalmente diligenciada. Se recomienda transportar las muestras en recipientes irrompibles y conservando las normas de bioseguridad establecidas.

Para garantizar la calidad de la muestra y la confiabilidad del resultado se debe evitar el uso de sueros inactivados por calor, la congelación y descongelación repetidas; asegurar la cadena de frío tanto del reactivo como de la muestra; emplear pruebas que

### Esquemas recomendados según los criterios mencionados

Estado clínico	Carga viral	Terapia
1. Asintomático con CD4 >500 Estadio A1	Más de 10.000 copias  Menos de 100000 copias	2 inhibidores de transcriptasa +1 inhibidor de proteasas: (AZT)+3TC o DDI oDDC + indinavir o ritonavir o saquinavir o nelfinavir (A-II)  Observar cada 4 meses la carga viral (A-II)
2. Asintomático con CD4<500 Estadio A2		Igual a los esquemas anteriores (A-II). Terapia triconjugada
3. Sintomático sin condición definitoria de Sida pero con CD4 entre 200-500 Estadios B1 y B2	Hacer carga viral para control de tratamiento	Iniciar terapia triconjugada (A-I)
4. Sintomático con Sida Estadios A3, B3, C1, 2, 3	Hacer carga viral para control de tratamiento	Iniciar terapia triconjugada (A-1)

Tabla 2.

utilicen antígenos recombinantes o péptidos sintéticos; correr la prueba simultáneamente con un grupo de sueros de control, de resultado conocido y seguir las instrucciones del productor.

### 3.5. Otras pruebas relacionadas con el diagnóstico y el pronóstico: Carga viral y recuento de células CD4

Los niveles de RNA-VIH plasmáticos indican la magnitud de la replicación viral y se asocian directamente con la tasa de destrucción de células CD4. La velocidad de progresión de la infección puede predecirse por la magnitud de la replicación, la cual se mide con pruebas que cuantifican la carga viral circulante.

El recuento de células CD4 indica la extensión del daño inmune inducido por el virus (VIH) y permite probar el riesgo individual de desarrollar infecciones oportunistas.

La medición periódica y regular del nivel de RNA-VIH y el conteo de CD4 son necesarios para determinar el riesgo de progresión de la enfermedad en un individuo infectado por VIH y determinar cuando iniciar o modificar el tratamiento anti-retroviral (**tabla 1**).

Las enfermedades agudas y las vacunas pueden producir un aumento en la carga viral durante dos a cuatro semanas. Se recomienda además, realizar la carga, siempre en el mismo laboratorio.

### 3.6. Ingreso al programa

Una vez se confirma el diagnóstico de infección por VIH el paciente debe ingresarse a un programa de atención integral. En éste se evalúa periódicamente el estado emocional, clínico, nutricional y social del usuario, para ofrecerle:

- Apoyo emocional.
- Información sobre el autocuidado, los derechos y los servicios disponibles.
- Evaluación médica de su estado físico y valoración de la aparición de complicaciones.
- Remisión al especialista requerido para el diagnóstico y manejo especializado de las mismas.
- Orientación y apoyo a la familia.

#### 3.6.1. Actividades del ingreso

- La(s) asesoría(s) post-prueba: se realiza para entregar el resultado y tiene como objetivos explicar al paciente

el significado de un resultado positivo y su pronóstico, permitirle expresar sus sentimientos y aclararle las dudas, ayudarle a adaptarse a su nueva situación, motivarlo para asistir a los controles y asumir una actitud positiva frente a su cuidado y ofrecerle apoyo y acompañamiento.

- Una historia clínica detallada en antecedentes y examen físico.
- Elaborar ficha de notificación obligatoria.
- Exámenes de laboratorio:
  - Hemoleucograma, plaquetas y sedimentación.
  - Carga viral.
  - Recuento de CD4.
  - VDRL y FTA-ABS en suero.
  - Pruebas hepáticas, química sanguínea y uroanálisis.
  - Títulos séricos de IgG para *T. gondii* y *H. capsulatum*.
  - Prueba de tuberculina.
  - Rayos X de tórax.
  - Marcadores de hepatitis B y C.
  - Citología cervico-vaginal.
  - Pruebas específicas según los hallazgos de la historia clínica.
- Clasificación de la infección según los criterios del CDC de Atlanta 1993.

### 3.6.2. Clasificación de la infección (CDC, 1993)

Una vez realizada la evaluación de ingreso se procede a definir el estadio de la infección según el grado de inmunosupresión y los hallazgos clínicos. La clasificación CDC 1993 establece los siguientes parámetros (**tabla 2**).

Las categorías A, B, C, se refieren a los hallazgos clínicos y los numerales 1,2,3 al recuento de CD4. Según este sistema tienen diagnóstico de SIDA todas las personas que estén en las categorías A3, B3, C1, C2, C3.

Las entidades clínicas asociadas a las categorías son:  
Categoría A:

- Infección asintomática.
- Linfadenopatía generalizada.
- Síndrome retroviral agudo.

Categoría B:

- Síntomas constitucionales de más de un mes de duración.
- Leucoplasia vellosa.
- Trombocitopenia idiopática.
- Angiomatosis bacilar.
- Candidosis orofaríngea o vaginal recurrente.

EPI

Herpes zoster

Listeriosis.

Neuropatía periférica.

Categoría C:

Candidiasis: Esófago - tráquea - bronquios.

Criptococosis: extrapulmonar.

Criptosporidiosis crónica intestinal > un mes.

CMV coriorretinitis.

Encefalopatía VIH.

Cáncer cervical invasivo.

Herpes simplex con úlcera mucocutánea > un mes, o esofágico.

Histoplasmosis diseminada extra-pulmonar.

Isosporiosis crónica > un mes.

*M. avium* o *M. kansasii* extra-pulmonar.

*M. tuberculosis* pulmonar o extra pulmonar.

Síndrome devastador por VIH.

Neumonía por *P. carinii*.

Neumonía recurrente.

Leucoencefalopatía multifocal progresiva.

Bacteremia recurrente por *Salmonella*.

Toxoplasmosis cerebral.

Sarcoma de Kaposi.

Linfoma.

Herpes zoster multidermatómico.

Nocardiosis

### 3.7. Seguimiento

El paciente será evaluado periódicamente de acuerdo con las necesidades según su patología y el tipo de medicamentos que requiera.

## 4. TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA PACIENTES INFECTADOS POR VIH

Esta guía está basada en las recomendaciones publicadas en la literatura médica en el último año y de acuerdo con los cambios vertiginosos, según protocolos internacionales, del valor de la terapia combinada y la utilidad clínica de los inhibidores de proteasas.

### 4.1. Esquemas recomendados de tratamiento

Los criterios recomendados para definir la iniciación o el cambio de estos esquemas son: el número de partículas

virales circulantes o carga viral, el estado inmunológico del paciente definido por el recuento de linfocitos T, tipo CD4 y la evolución clínica (**tabla 3**).

En el infectado asintomático, si no hay posibilidad de realizar carga viral, se procede así: Si los CD4 son mayores de 500 no se trata y se hace un seguimiento semestral. Si hay un descenso rápido, de más de 100 CD4, o disminuye a 350 CD4 o aparecen síntomas, se debe iniciar

Características de la diarrea en infectados por VIH		
FRECUENCIA	CONSISTENCIA	CARACTERÍSTICAS
Diarrea aguda: más de dos episodios por día por un período menor de 30 días	Líquida: Toma la forma del recipiente en el cual se recoge	Contiene restos alimenticios
Diarrea crónica: más de dos episodios de deposiciones líquidas por día por un período mayor de 30 días	Blanda :Tiene una consistencia menor que la usual pero conserva su forma	Contiene sangre Es melénica Hay esteatorrea Es acólica

**Tabla 4.**

terapia con los esquemas antes propuestos (A-III).

En el sintomático, si no hay posibilidad de realizar carga viral, se debe iniciar tratamiento (A-III). Si el paciente previamente había recibido tratamiento y hay necesidad de cambiarlo por deterioro clínico o inmunológico o disminución de carga viral, o toxicidad se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

1. Idealmente administrar 2 inhibidores de transcriptasa, que no haya recibido previamente, más un inhibidor de proteasa (A-II).
2. Si el paciente venía recibiendo: Zidovudina más Didanosina cambiar a: Zidovudina + Lamivudina + Inhibidor de proteasas o Stavudina + Lamivudina + Inhibidor de proteasa (A-II).
3. Si recibía Zidovudina + Zalcitabina cambiar a: Zidovudina + Lamivudina + Inhibidor de proteasas (A-II).
4. Si hay un inhibidor de proteasa en la terapia no hay datos suficientes en caso de falla de éste para decidir a cual de los otros se puede cambiar.
5. En pacientes que no toleran el AZT por toxicidad medular severa, las siguientes combinaciones serían las óptimas: ddI/Stavudina/Inhibidos de proteasa; stavudina /

Manifestaciones del compromiso del SNC, según el agente etiológico		
COMPROMISO	SINTOMAS	SIGNOS
<b>ENCEFALITIS POR:</b>		
VIH	Cambio de conducta y pérdida de memoria	Demencia, espasticidad y psicosis.
T. gondii	Cefalea, fiebre, convulsiones.	Signos de focalización.
Cytomegalovirus	Confusión y debilidad rápidamente progresivas, acompañadas de pérdida progresiva de vision.	Demencia, espasticidad, neuropatía, retinitis.
<b>MENINGITIS POR:</b>		
Tuberculosis	Fiebre prolongada de origen no esclarecido, cefalea, debilidad, anorexia.	Fiebre alta sin causa clara
Sífilis	Semejante a encefalitis VIH asintomática y VDRL en suero y LCR reactivos, cefalea, trastornos de marcha o de conducta.	Neuropatía, demencia, enfermedad cerebrovascular, signos de focalización. VDRL reactivo en suero y en LCR.
C. neoformans	Cefalea, malestar, fiebre, náuseas, vómito. Menos frecuente convulsiones	Fiebre, con o sin signos meníngeos

**Tabla 5.**

- lamivudina/Inhibidor de proteasa (A-II).
6. Si el paciente está recibiendo Zidovudina + Lamivudina el cambio ideal sería: Stavudina/ddI/Inhibidor de proteasa (A-II)
  7. Combinaciones no recomendadas: d4T+AZT; ddC+ddI; ddC+d4T; ddC+3TC; cualquier monoterapia (D-I).
  8. Las combinaciones de dos inhibidores de transcriptasa , sin inhibidor de proteasa , son tratamientos menos efectivos que solo se usan como terapia de mantenimiento ante el fracaso o intolerancia a esquemas triconjugados (A-II).

## 4.2. Cambio de terapia

El objetivo de la terapia anti-retroviral es lograr niveles no detectables de VIH circulante (A-III). El cambio de terapia debe hacerse cuando hay falla o intolerancia al esquema de tratamiento administrado (A-III).

Se considera falla de tratamiento, según las nuevas recomendaciones, en pacientes que han alcanzado niveles de virus no detectables y se detecta un aumento de más de 2.000 a 5.000 copias; pacientes que no han alcanzado estos niveles pero han tenido una respuesta inicial y se presenta un aumento mayor de 5.000 copias (B-III).

En relación con toxicidad, se conoce que cada una de las drogas disponibles tiene efectos secundarios que en ocasiones hace necesario suspender definitivamente su uso.

### 4.3. ¿Cuándo suspender la terapia?

En la enfermedad muy avanzada, con tratamientos antirretrovirales apropiados y/o presencia de enfermedades concomitantes, relacionadas o no con el SIDA, pero no susceptibles de tratamiento; cuando hay opciones de manejo pero el paciente y su familia deciden suspender la medicación por voluntad del paciente.

### 4.4. Seguimiento de la terapia

Se recomienda hacerlo con controles de carga viral. El examen se realiza antes de iniciar los antirretrovirales y a las cuatro semanas; luego cada cuatro meses y a las cuatro semanas después de algún cambio de medicación (A-III).

#### 4.4.1. Exámenes de control para el paciente con terapia antirretroviral

- Hemoleucograma con sedimentación y plaquetas al mes de iniciada la terapia y luego cada dos meses (A-II).
- Aminotrasferasas y creatinina cada dos meses.
- Recuento de CD4 cada seis meses (A-I).

### 4.5. Medicamentos disponibles

#### 4.5.1. Inhibidores de transcriptasa reversa

##### 1. Zidovudina (AZT)

**Presentación:** Cápsulas de 100 mg, ampollas de 200 mg, Jarabe x 200 ml; 10 mg x ml. **Dosificación:** 600 mg/día.

Principales efectos secundarios: toxicidad hematológica como anemia y granulocitopenia. Otros como náuseas, anorexia, vómito, cefalea y malestar general. Raramente hay que discontinuar su uso por los efectos secundarios, salvo anemia o granulocitopenia severas, o intolerancia gástrica incontrolable.

##### 2. Didanosina (ddI)

**Presentación:** Tabletas x 100 mg y 25 mg. **Dosificación:** Peso > 60 kilos: 200 mg V.O c/12 horas con estómago

vacío. Peso < 60 kilos: 125 mg V.O c/12 horas con estómago vacío

Principales efectos secundarios: pancreatitis, que cuando es sintomática es indicación de suspender la droga. Neuropatía periférica.

3. Zalcitabina (ddc) Dideoxicitidina.

Presentación: Tabletas x 0.75 mg. Dosificación: 0.75 mg V.O cada ocho horas. Principales efectos secundarios: Neuropatía periférica, que cuando es severa es indicación de suspender la droga, y ulceraciones bucales.

4. Lamivudina (3TC)

Presentación: Tabletas x 150 mg, Jarabe de 10 mg/ml. Dosificación: 150 mg V.O cada doce horas.

5. Stavudina (d4T)

Presentación: Tabletas x 40 mg y 30 mg. Dosificación: > 60 kg: 40 mg V.O cada doce horas; < 60 kg: 30 mg V.O cada doce horas. Principal efecto secundario: Neuropatía periférica.

#### 4.5.2. Inhibidores de proteasa

1. Indinavir

Presentación: cápsulas x 200 mg y por x 400 mg. Dosificación: 800 mg V.O cada ocho horas, con litro y medio de líquido diario y sin comida.

Efectos secundarios: Cálculos renales de cristales de la droga e hiperbilirrubinemia indirecta. No se recomienda su uso concomitante con rifampicina, terfenadina, astemizol, cisaprida, prazolam, imidazoles y derivados del ergot.

2. Ritonavir

Presentación: tabletas x 100 mg, Jarabe 80 mg/ml, 600 mg/7.5 ml de solución. Dosificación: 600 mg V.O cada doce horas; para iniciar: tres cápsulas cada doce horas por dos días, luego cuatro cápsulas cada doce horas por tres días, seguir con cinco cápsulas cada doce horas por ocho días y finalmente seis cápsulas cada doce horas por tiempo indefinido.

Efectos secundarios: Sabor amargo, náuseas, vómito, diarrea, parestesias. No se debe tomar junto con: alprazolam, astemizol, cisaprida, diazepam, meperidina, imidazoles, piroxican, propoxifén, quinidina, terfenadina, triazolam, rifampicina y derivados del ergot; la didanosina reduce su absorción a menos que se tome dos horas después.

3. Saquinavir:

Presentación: Tabletas x 200 mg. Dosificación: 600 mg V.O cada ocho horas. Efectos secundarios: Diarrea, náuseas, cefalea. No debe asociarse a terfenadina, astemizol,

cisaprida y derivados del ergot.

#### 4. Nelfinavir

Presentacion tabletas por 250 mg. Dosificacion: 750 mg VO cada 8 horas. Efecto secundario: Diarrea y prurito.

## 5. GUIA PARA EL DIAGNOSTICO DE LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS QUE COMPROMETEN AL PACIENTE VIH

<b>CARACTERISTICAS DE LAS LESIONES MUCOCUTANEAS SEGUN AGENTE</b>		
<b>ENTIDAD</b>	<b>CARACTERISTICAS CLINICAS</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>
<b>Micóticas</b>		
Candidiosis oral	Placas blanquecinas adherentes. Puede presentarse como forma atrófica y queilitis angular.	Aspecto clinico característico. Puede hacerse un directo con KOH.
Vaginitis	Flujo vaginal blanquecino, abundante, con prurito	Directo de flujo vaginal.
Histoplasmosis	Hay lesiones cutáneas hasta en el 10% de los casos de histoplasmosis diseminada; las lesiones pueden ser únicas o múltiples, en forma de pápulas, nódulos o úlceras y acompañarse de cambios que van desde inflamación, lesiones costrosas y supuración hasta reacción acneiforme sin induración.	* Frotis de la lesión para colorear con Gram y Wright. * Cultivo de la muestra para hongos, piógenos y micobacterias. * Biopsia de piel (solicitar coloraciones para hongos y micobacterias). * Serología para hongos
Tiñas	Lesiones eritemato-descamativas con borde activo y prurito asociado.	Examen directo con KOH y cultivo para hongos.
Onicomicosis	Diferentes alteraciones de la lámina ungueal que pueden causar leuconiquia, hipertrofia de la lámina y onicolisis .	
<b>Virales</b>		
Herpes simplex mucocutáneo		El diagnóstico se hace con: * Test de Tzanck: células gigantes, multinucleadas, abalonadas, con alteración de la relación nucleo/citoplasma. * Cultivo para herpes e inmuno-fluorescencia para identificación de serotipo.
Oral	Úlceras y vesículas que pueden comprometer los labios y/o las encías (gingivostomatitis herpética), el paladar duro, blando y la faringe. El diagnóstico debe hacerse con las aftas recurrentes.	
Genital	Úlceras y vesículas dolorosas y generalmente asociadas a adenopatía inguinal.	
Anal	Úlceraciones múltiples que pueden coalescer, aumentando de tamaño y originando grandes áreas denudadas.	

**Tabla 6. (primera parte)**

## CARACTERISTICAS DE LAS LESIONES MUCOCUTANEAS SEGUN AGENTE

ENTIDAD	CARACTERISTICAS CLINICAS	DIAGNOSTICO
<b>Virales</b>		
Herpes Zoster	Múltiples vesículas que siguen el trayecto de un nervio y se acompañan de dolor intenso, cicatrización residual y en algunos casos neuralgia posherpética.	Test de Tzanck.
Molusco contagioso	Lesiones papulares múltiples umbilicadas de color blanco perlado, de pocos mm de diámetro. Pueden ser atípicas en forma y tamaño, requiriendo biopsia para diagnóstico diferencial con criptococosis cutánea, queratoacantoma o carcinoma basocelular.	Diagnóstico por clínica y/o biopsia de piel.
Leucoplasia vellosa	Engrosamientos blanquecinos, estriados, de superficie rugosa que no desprenden al rasparlos; son asintomáticos y se localizan principalmente en los bordes laterales de la lengua.	Generalmente es clínico.
Condilomas	Proliferaciones verrucosas de tamaño y localización variable; pueden ser genitales, orales o anales.	Clinico. En algunos casos biopsia. Citología.
Verrugas vulgares	Nódulos verrucosos únicos o múltiples localizados en cualquier parte de la superficie corporal. Más frecuentes en extremidades.	Generalmente clínico.
Vaginosis bacteriana	Flujo vaginal abundante con mal olor.	Directo de flujo vaginal.
Angiomatosis bacilar	Pápulas pequeñas violáceas, asintomáticas, de aspecto vascular. El diagnóstico diferencial se hace con Sarcoma de Kaposi.	Biopsia de piel. Coloración de Warthin-Starry
Piodermitis	Lesiones foliculares, papulares o nodulares, eritematosas, con calor, rubor y edema.	Gram y cultivo para piógenos.
Uretritis gonocócica	Secreción uretral o vaginal abundante, amarillo verdosa	Gram y cultivo en medio de Thayer Martin.
Uretritis no gonocócica	Secreción uretral o cervical mucoide	IFI o ELISA para Clamidias
Chancro blando	Úlcera genital dolorosa, de fondo sucio generalmente múltiple	Gram y cultivo
<b>Parasitrias</b>		
Pediculosis capitis o corporis	Presencia de liendres en pelo o vello púbico; puede haber lesiones secundarias a rascado.	Clinico.
Escabiosis	Lesiones papulares con microcostras e intenso prurito asociado.	Clinico y directo de las lesiones para observar en Sarcoptes scabiei

**Tabla 6 (continuación).**

# POSITIVO

Es fundamental el entrenamiento específico de los laboratoristas clínicos, para garantizar la eficiencia de los exámenes microbiológicos en el paciente con SIDA. Las infecciones oportunistas son múltiples y simultáneas, causadas por agentes, muchas veces, distintos de los que producen la misma patología en la población general. Dado el alto costo de estas infecciones, la complejidad técnica para la identificación del agente etiológico y la presencia de más de un microorganismo en una muestra, sustentan la necesidad de establecer protocolos estandarizados para cada espécimen que llegue al laboratorio.

## 5.1. Estudio de la enfermedad diarréica

### 5.1.1. Definición de diarrea

En el infectado por VIH que presenta diarrea es necesario definir las características de la deposición, especialmente frecuencia, consistencia y características especiales, para establecer una clasificación como diarrea lientérica o disintérica, que oriente el tipo de estudio microbiológico y el diagnóstico presuntivo (**tabla 4**).

El estudio del paciente con enfermedad diarréica, tanto de evolución aguda como crónica, requiere de una adecuada evaluación clínica y de la realización de los siguientes exámenes de laboratorio:

1. **Coprograma:** Tiene como propósito la búsqueda de leucocitos y eritrocitos para definir si la diarrea es inflamatoria. Los agentes más frecuentes asociados con leucocitos en fecales son: *Shigella spp.*, *Salmonella spp.*, y *Campylobacter spp.*

2. **Coprológico (examen en fresco de material fecal):** Se deben tomar tres muestras, en un período de 10 días no consecutivas. Permite diagnosticar *Isospora belli*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia intestinalis*, *Strongyloides stercoralis*. Si se realiza el examen de materia fecal por concentración, se incrementa la sensibilidad y por tanto mejora la calidad diagnóstica.

En caso de diarrea crónica realizar también:

- Coloración modificada de Ziehl Neelsen en materia fecal: buscando *Cryptosporidium*, *Isospora belli*, BAAR y coloración específica para Microsporidia.
- Cuando la diarrea se acompaña de fiebre o es de tipo disintérico se deben hacer además:
  - a. Coprocultivo: Para buscar *Campylobacter*, *Shigella*

o *Salmonella*; para micobacterias si la coloración de Ziehl Neelsen demuestra BAAR.

**3. Hemocultivos:** Se toman tres hemocultivos simultáneos, en sitios diferentes. Se debe ordenar estudio para bacterias convencionales y micobacterias. Si el cuadro clínico persiste y no se ha encontrado el agente etiológico, los pasos siguientes son:

- En caso de diarrea aguda, detección de la toxina de *Clostridium difficile* en materia fecal.
- Si el cuadro clínico es compatible con una colitis, realizar biopsia por colonoscopia, para la búsqueda por histopatología, de Cytomegalovirus, Herpes simplex e Histoplasma capsulatum, entre otros.
- Si el cuadro clínico es de tipo lientérico, se debe hacer endoscopia alta con aspirado de líquido duodenal y biopsia. Al aspirado se le realizan los estudios descritos para la muestra de fecales y a la biopsia coloraciones especiales para Mycobacterias, hongos, Microsporidia y otros parásitos.

#### 5.1.2. Criterios de remisión al nivel superior

Cuando el paciente continúa con sintomatología y no se logra establecer el diagnóstico etiológico.

### 5.2. Enfoque diagnóstico del paciente con infección del sistema nervioso central

El sistema nervioso central (SNC) es uno de los blancos más frecuentes en la infección VIH, especialmente en el paciente severamente inmunocomprometido.

A continuación se mencionan los agentes que con mayor frecuencia causan infecciones oportunistas del SNC, los signos y síntomas acompañantes y el tipo de compromiso (**tabla 5**).

El estudio debe enfocarse según los hallazgos clínicos y el diagnóstico más probable:

- Paciente con compromiso de SNC y signos de focalización se inicia el estudio con una tomografía axial computarizada con doble dosis de medio de contraste y cortes tardíos. Si se descarta la presencia de masas o hipertensión endocraneana, se realiza punción lumbar.
- Cuando el diagnóstico es de meningitis se puede proceder a la realización de la punción lumbar, tomando 10 cc de LCR y enviando inmediatamente al laboratorio con los

mismos requisitos anotados para la muestra de sangre ( ver Diagnóstico de infección VIH).

### 5.2.1. Protocolo de estudio de líquido cefalorraquídeo

- Citoquímico.
- VDRL
- Antígeno P24
- Coloraciones: Gram, Ziehl Neelsen, Wright, tinta china.
- Cultivos: piógenos, micobacterias, hongos.
- Látex si el paciente venía recibiendo antibioticos.
- ADA.

### 5.3. Enfoque diagnóstico del paciente con compromiso pulmonar y expectoración

A continuación se presenta una guía que contiene las principales infecciones oportunistas pulmonares (IO) en el paciente con SIDA, los agentes etiológicos involucrados y el abordaje microbiológico para llegar a un diagnóstico.

#### 5.3.1. Principales infecciones oportunistas pulmonares

- Tuberculosis
- Histoplasmosis
- Neumonía por Gram negativos, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*.
- Neumonitis por *P. carinii*, *Cytomegalovirus*

#### 5.3.2. Síntomas y signos

Los más frecuentes y comunes a la mayoría de las complicaciones pulmonares son: fiebre, tos seca o con expectoración y disnea. Generalmente de evolución mayor de dos semanas y sin un dato epidemiológico relacionado con cuadros semejantes entre sus convivientes. Al examen físico puede encontrarse fiebre, dificultad respiratoria, alteraciones en el murmullo vesicular (disminución o ruidos sobreagregados), signos en otros sistemas como brote cutáneo, megalias, etc; el examen también puede ser negativo y no descarta la presencia de infección oportunista pulmonar.

#### 5.3.3. Abordaje diagnóstico

1. Protocolo microbiológico: tres muestras de esputo seriadas para:
  - Directo con KOH para estructuras compatibles con

hongos.

- Coloraciones: Gram (piógenos y *Cryptococcus*), ZN (BAAR), Wriqh (levaduras compatibles con *H. capsulatum*)
- Cultivos: hongos, piógenos y micobacterias

Si el enfermo no expectora, o los anteriores exámenes son negativos, o el cuadro no mejora a pesar de haber encontrado el agente causal e iniciado el esquema terapéutico recomendado se ordena:

Infecciones cutáneas	Elección	Alternativo	Comentarios
<b>Micóticas</b>	<b>(A-I)</b>	<b>(A-I)</b>	
Cándida Oral Infección inicial	Ketoconazol * 200-400 mg VO/día en dos dosis. Nistatina 500.000U, 5/día (juagatorios)	Anfotericina B 0.3-0.5 mg/K/IV/d. ó Fluconazol 50-100mg V.O. día	Se debe dar tratamiento hasta la mejoría clínica (usualmente 7-10 días).
Terapia de mantenimiento (opcional)	Nistatina igual dosis. Ketoconazol 200mg VO c/12h.	Fluconazol 50mg/VO/día	
Esofagitis	Fluconazol 200 mg/día/VO por un día luego 100 mg por 10-14 días.	Anfotericina B 1 mg/k/día IV por 10-14 días	
Vaginitis	Nistatina ó Clotrimazol óvulos, 1/día/7 días.	Ketoconazol* 200mg/VO c/12h. por 5-7 días ó Fluconazol 100mg VO/día.	
Histoplasmosis diseminada	Anfotericina B 0.5-1mg/K/d/IV, 4-8sem. Dosis total 1-2,5gr.	Itraconazol 200mg VO/c/12h.	
Mantenimiento	Anfotericina B 0.5-0.8 mg/K/semana.	Itraconazol 200mg/VO/c/ 12h.	
Onicomycosis	Griseofulvina 500 mg/día por 6-15 meses.		
Dermatofitosis	Iloconazol o clotrimazol topico y/o griseofulvina 500 mg /día por 1-3 meses		
<b>Virales</b>	<b>(A-I)</b>	<b>(A-I)</b>	
Herpes simplex mucocutáneo			
Tratamiento inicial casos leves a moderados	Acyclovir 200mg VO/5/día por 10 días ó hasta la curación clínica	Foscarnet 40mg/K/IV/d	En compromiso anal dar dosis doble. Cuando no hay respuesta pasar a doble dosis oral o a la vía I.V.
Casos severos	Acyclovir 12mg/K/IV/7 días dividido en 3 dosis para pasarlo en infusión IV., durante una hora.		

Infecciones cutáneas	Elección	Alternativo	Comentarios
<b>VIRALES</b>	<b>(A-I)</b>	<b>(A-I)</b>	
Mantenimiento	Acyclovir 400mg/c/12h ó 200mg. 3 veces/día.		Herpes recurrente: cinco episodios por año.
Herpes zoster dermatómico	Acyclovir 800mg/5 veces/día por 10 días ó hasta la curación clínica	Foscarnet 400 mgr/Kg/l.V. cada 8 horas.	No se recomienda terapia de mantenimiento.
Diseminado, compromiso oftálmico o visceral	Acyclovir 30 mg/Kg/día/IV. Por 7 días	Foscarnet 40-60 mgr/Kgr/l.V. cada 8 horas.	
Molusco contagioso	Extirpación quirúrgica, crioterapia	Ac Retinoico 0.05% tópico.	Las lesiones criptococosis diseminada pueden ser semejantes a las de molusco contagioso.
Leucoplasia vellosa oral	Usualmente asintomática y no requiere tratamiento	Acyclovir 800 mgr/dosis 5 veces al día por 7 días	Las lesiones pueden ser recurrentes.
Verrugas vulgares	Acido Salicílico al 24% en Colodión salicilado (COLLOMACKR). Aplicar sobre cada lesión 2 veces al día	Electrocoagulación. Crioterapia	Cuando progresa la inmunosupresión la respuesta al tratamiento es precaria.
Infección por HPV condiloma	Podofilina al 25%. Aplicar tópicamente y lavar a las 6horas. Aplicación semanal por 4 semanas	Interferon alfa (Intramr) 1 millón de unidades (0.1 ml) intralesional 3 veces/sem. (solo usar la presentación de 10 millones U/1.0ml)(A-II). Otras concentraciones son: hipertónicas Crioterapia. Laser 5 fluoruracilo. Electrocoagulación	La podofilina no debe ser usada en embarazadas.
<b>BACTERIANAS</b>	<b>(A-I)</b>	<b>(A-I)</b>	
Sifilis	Penicilina, Benzatínica 2.400.000 U MI dosis única	Ceftriazona 250mg MI/día/10 días. Penicilina G. 10-12 millones IV. Cada 6 horas por 14-21 días.	La presentación clínica, el VDRL y la respuesta al tratamiento pueden ser atípicas. No usar eritromicina. Repetir VDRL a los 3,6,12,24 mese Hacer puncion lumbar para descartar neurosifilis.
Vaginosis bacteriana	Metronidazol 500 mg VO/2/día por 7 días.		El Metronidazol no se debe dar en el primer trimestre del embarazo

Infecciones cutáneas	Elección	Alternativo	Comentarios
<b>BACTERIANAS</b>	<b>(A-I)</b>	<b>(A-I)</b>	
Angiomatosis bacilar	Eritromicina 250-500 mg VO/4/día por 2-8 semanas	Doxicilina 100 mg VO/c/12 h	
Piodermitis por Staphylococcus aureus	Dicloxacilina 500 mg VO/4/día por 5-7 días		En caso de no respuesta repetir cultivo y antibiograma.
Infección gonocócica (uretritis, conjuntivitis, proctitis, cervicitis, orquiepididimitis)	Espectinomina (TROBICIN) 2 g MI. Dosis única. Ceftriaxona (ROCEFIM) 250 mg MI. Dosis única	Ciprofloxacina 500mg VO. Dosis única	50% de los pacientes tienen infección mixta por C.Trachomatis y se debe dar siempre tratamiento simultáneo con Doxicilina.
Uretritis no gonocócica por C. trachomatis	Doxicilina 100 mgr V.O. 2 veces/día por 7-10 días.	Azitromicina (ZITROMAX) 1g VO. Dosis única	
Linfogranuloma venereo	Doxicilina 100mg/c/ 12h por 12 días.		En la forma rectal puede requerir doble tiempo de tratamiento
Chancro blando	Eritromicina 500 mgr.V.O. cada 6 horas por 7 días.	Trimetoprim Sulfametoxazol 140/800 mg VO/c/12 h por 10 días. Ceftriaxona (ROCEFIM) 250 mg MI. Dosis única Azitromicina 1gr VO. 1 dosis.	
<b>PARASITARIAS</b>	<b>(A-I)</b>	<b>(A-I)</b>	
Escabiosis	Gamabenceno: tópico por 3 noches		Se puede presentar cuadro diseminado de Sarna Noruega
Pediculosis capitis o pubis	Gamabenceno: tópico por 2 noches		

- Broncoscopia y lavado broncoalveolar para:

AGENTE-ENFERMEDAD	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
<b>BACTERIAS</b>		
Salmonella sp:		
AGUDO	1. Ciprofloxacina 500mg VO/c/12h., por 14 días (A-I) ó 2. Cloranfenicol 50mg/K/d VO o IV en 4 dosis por 7-10 días (A-II)	Las indicaciones terapéuticas de mantenimiento y el tiempo de duración no están bien establecidos
Recurrencia	Utilizar el mismo esquema por 14 días (C-III).	Solicitar pruebas de sensibilidad a los antibióticos para esta bacteria

AGENTE-ENFERMEDAD	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
Shiguelia sp:  Agudo  Recurrencia	1. Cloranfenicol 50mg/K/d VO en 4 dosis por 5-7 días (A-I) ó 2. Ciprofloxacina 500mg VO/c/ 12h. por 5-7 días (A-I).  Utilizar el mismo esquema	Iguals observaciones que para Salmonella sp.
Campylobacter jejuni	1. Eritromicina 500mg VO/c/12h. por 7-10 días ó: 2. Ciprofloxacina por 7-10 días (A-I)	
Clostridium difficile	Metronidazol 250mg VO/c/6h por 10-14 días (A-I)	
M. avium intracellulare (MAI)	Usar combinaciones de los siguientes antibióticos: Clarithromicina 500 mg VO c/12 horas, más etambutol, 15 mg/k/día, más Rifampicina 600 mg/día por tiempo indefinido (A-III).	No hay esquema terapéutico bien establecido.
<b>PROTOZOOS</b>		
Giardia intestinalis	1. Metronidazol 250mg VO/c/8h por 5 días (A-I). 2. Furazolidona 8mg/K/c/6h VO por 10 días (A-I).	Iguals observaciones que para Salmonella sp.
Entamoeba histolytica  INTESTINAL AGUDA  EXTRAINTestinal	1. Metronidazol 500mg VO/c/8h por 10 días o más (A-I). Teclozán 500mg VO/c/8h. por 3 días (A-III).  2. Metronidazol 750mg VO/c/8h. por 10 días más Teclozán 500mg VO/c/8h. por 3 días (A-I).	Evitar la ingestión de licor cuando tome Metronidazol o Tinidazol, hasta 2 días después de suspenderlos.
Cryptosporidium	Manejo sintomático con antidiarréicos e hidratación (A-I).	No hay esquema terapéutico bien establecido
Strongyloides	Tiabendazol 50 mg/k encima de cada comida , maximo hasta 3 gr y por dos dosis (A-I)	
Isospora belli  AGUDO  MANTENIMIENTO	Trimetoprim 160mg. Sulfametoxazol 800mg VO/c/8h por 10 días, continuar con una dosis 2 veces al día por 3 semanas (A-I).  Trimetoprim 160mg sulfametoxazol 800mg VO/3 veces por semana en forma indefinida (B-III)	
MICROSPORIDIA	Albendazol 400 mg/día por 21 días (A-II)	Esquema terapéutico no aprobado.

AGENTE-ENFERMEDAD	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
<b>VIRUS</b>		
CITOMEGALOVIRUS	(A-I)	
RETINITIS: FASE AGUDA	1. Ganciclovir 5mg/K/c/12h. IV por 14-21 días. o 2. Foscarnet 60mg IV/K/c/8h. por 14-21 días.	No se ha establecido la eficacia del Ganciclovir.
MANTENIMIENTO	1. Ganciclovir 5mg IV/K/d/5 veces en la semana en forma indefinida. o. 2. Foscarnet 90-120 mg IV/K/d, en forma indefinida.	El foscarnet está indicado en pacientes con neutropenia o en tratamiento con AZT.

- Procesar la muestra igual que el esputo
- Ordenar calcofluor blanco o plata metenamina para estudio de *P. carinii*.

2. Rayos X de Torax: AP y lateral. Los patrones radiológicos

MICROORGANISMOS	ESQUEMA PREFERIDO	OPCIONALES	INDICACIONES
Pneumocystis carinii	TMP - SMZ 1 dosis diaria (A-I)	(A-I) 1. TMP-SZM 1dosis diaria o una dosis 3 veces por semanas. 2. Dapsona 100mg/día 3. Dapsona 50mg/día más Pirimetramina 50mg /s más ácido fólico 50mg /s 4. Pentamidina en aerosol 300mg c/ mes.	CD<200/ml ó fiebre inexplicable ≥2 semanas o candidiasis orofaríngea (A-I y A-II)
Toxoplasma gondii	TMP-SMZ 1 dosis diaria (A-2)	(A-I) 1. TMP-SZM 1ss /d o una dosis 3 v/semana. 2. Dapsona 50mg/d +Pirimetamina 50mg/s+ácido folínico 2.5mg/s..	CD < 100ml e IgG antitoxoplasma positiva (A-II)
M. tuberculosis	Isoniacida 300mg/día/12 meses + Piridoxina 50mg/día (A-II)	Rifampicina 600mg/día por 12 mrdrd. Considerar esta opción si hay alta probabilidad de exposición a personas con TBC resistentea Isoniacida.	PPD' ≥ 5mm ó historia de PPD positivo sin previa profilaxis. Rx de tórax normal sin clínica de TBC activa (A-II).
Mycobacterium avium complex (B-II)	1. Claritromicina 500 mg 2 v/día 2. Axitromicina 500 mg 3/v/ semana.	Rifabutin 300mg/día no disponible en Colombia, primera elección en otros países.	Conteo CD4 <75ml ó <50ml. Excluir TBC activa. El uso de Rifabutin puede favorecer la resistencia de M.tuberculosis a Rifampicina.

más comunes son:

MICROORGANISMOS	ESQUEMA PREFERIDO	OPCIONALES	INDICACIONES
Candida spp.	No se recomienda profilaxis primaria (D-II) (B-II) Nistatina tópica 500.000u 5/v/d Ketoconazol 200g/día Fluconazol 50-100mg/día En esofagitis con episodios repetidos considerar tratamiento supresivo crónico con Fluconazol		Ante recurrencia frecuente o severa administrar intermitente o permanente en pacientes con menos de 50 CD4 (B-II)
Cryptococcus neoformans	Fluconazol 100-200mg diarios	Itraconazol 200mg diarios	CD4< 50ml no se aconseja en forma rutinaria por ser poco frecuente. Tratamiento costoso posible desarrollo de resistencia (D-II)
Histoplasma capsulatum	Itraconazol 200mg diarios Ganciclovir oral 1gr 3 v/d. No existen aún datos suficientes sobre su eficacia y seguridad	Fluconazol 200mg diarios	CD4< 50ml en áreas endémicas (B-II)
Citomegalovirus			CD4<50ml con anticuerpos positivos. No se aconseja rutinariamente (D-II).

- Consolidación o infiltrado focal: neumonía bacteriana, tuberculosis, criptococosis.

MICROORGANISMOS	INDICACION	PRIMERA ELECCION Y ALTERNATIVAS
Pneumocystis carinii	Neumonía previa	Igual a la profilaxis primura (A-I)
Toxoplasma gondii	Encefalitis previa	(A-II) 1.Sulfadiazina 1gr VO c/6h + Pirimetamina 25-75mg VO diarios + Leucovorin 10-25mg VO diaria. 2. Clindamicina 300mg VO c/6h + Pirimetamina 25-75mg VO/d + Leucovorin 10 a 25mg por día
Micobacterias no tuberculosas	Enfermedad documentada diseminada	(B-III) Clarithromicina 500mg VO 2/v/ día más Ethambutol 15mg/K/VO/d y se añaden una o mas de las siguientes: Clofazimine 100mg/VO/d Rifabutin 300mg/VO/d Ciprofloxacina 500.750mg 2/v/d

MICROORGANISMOS	INDICACION	PRIMERA ELECCION Y ALTERNATIVAS
Citomegalovirus	Compromiso retinal o de otro órgano	(A-I) Ganciclovir 5mg/K/IV. 5-7d/s ó 1.000 mg 3/v/d oral ó Foscarnet 90-120mg/K IV/d
Cryptococcus neoformans	Enfermedad previa	1.Fluconazol 200mg/VO/d (A-I) 2.Itraconazol 200mg/VO/d (B-III) 3.Anfotericina B 0.6 a 1mg/K/IV cada semana ó 3 veces por semana (B-II)
Histoplasma capsulatum	Enfermedad previa	Itraconazol 200g/VO/2 veces/día (A-II)
Herpes simplex	Recurrencias frecuentes o severas	Acyclovir 200mg 3/v/día
Salmonella spp (no typhi)	Bacteremia	Ciprofloxacina 500mg 2v/día por varios meses (B-II).

- Infiltrado intersticial difuso: *P. carinii*, CMV.
- Infiltrado reticulonodular difuso: tuberculosis,

MICROORGANISMOS	INDICACION	PRIMERA ELECCION Y ALTERNATIVAS
VACUNA PNEUMOCOCCICA	TODOS LOS PACIENTES	0.5ml I.M. 1 dosis (B-II)
VACUNA HEPATITIS B	TODOS LOS SUCEPTIBLES (ANTI-HBS NEGATIVO)	(B-I) ENERGIX-B 20u mg MI x 3 ó HB RECOMBINANTE 10 Ug MI x 3
VIRUS DE INFLUENZIA	TODOS LOS PACIENTES	0.5 ML MI VACUNA RECOMENDABLE (C-III)
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	PARA NIÑOS NO PARA ADULTOS	VACUNA H.I. TIPO B. (B-II)

histoplasmosis.

- Derrame pleural: tuberculosis, criptococosis, neumonía piógena.
  - Cavitación: tuberculosis, bacteriana, *Aspergillus*, *Nocardia*, *Rhodococcus equi*.
3. Otros exámenes:
- Gases arteriales.
  - Serología para hongos.
  - Deshidrogenasa láctica.
  - Hemocultivos.
  - Biopsia transbronquial o a cielo abierto.

## 5.4. Paciente con compromiso

## ganglionar extrainguinal: abordaje diagnóstico

1. Descartar linfadenopatía generalizada progresiva .
2. Resección del ganglio más adecuado, según localización y tamaño.
3. Protocolo de estudio para cualquier adenopatía reseçada:
  - Envío de la muestra: dos fragmentos, uno en tubo seco estéril para estudio microbiológico y otro en formol para histopatología. Acompañar de resumen de historia clínica y enviar INMEDIATAMENTE al laboratorio con las ordenes debitamente diligenciadas.
  - Estudio microbiológicos:
    - Coloraciones con Gram, ZN, Wright.
    - Cultivo para piógenos, micobacterias, hongos.
  - Estudio anatomopatológico: hematoxilina-eosina, ZN, plata-metenamina, Walter-Starring.

## 5.5. Estudio de las lesiones mucocutáneas

Las lesiones mucocutáneas en el paciente con SIDA tienen características atípicas: son polimorfas, de mayor tamaño y generalmente múltiples. La etiología es multicausal frecuentemente, razón por la cual se recomienda el estudio protocolizado de una muestra para mejorar su rendimiento (**tabla 6**).

### 5.5.1. Protocolo según el tipo de muestra

Secreciones y raspados de úlceras: coloración de Gram y Wright; cultivo para piógenos, hongos y micobacterias y otras coloraciones, según el diagnóstico más probable (Test de Tzanck, Wright, etcétera).

Biopsia: debe enviarse un fragmento en formol para estudio histopatológico y coloraciones para hongos, virus y micobacterias; y otro en solución salina estéril, para cultivo de piógenos, hongos, virus y micobacterias.

### 5.5.2. Paciente con compromiso del recto (proctitis)

- VDRL en suero.
- Cultivos para hongos, enterobacterias, gonococo, Chlamydia y herpes.
- Test de Tzanck, si tiene úlcera.

### 5.5.3. Paciente con uretritis

- Frotis de secreción uretral para coloración de Gram.
- Cultivo para piógenos y gonococo.
- VDRL.
- Pruebas para *Chlamydia*.

### 5.5.4. Paciente con úlcera genital

- Raspado de la úlcera: coloración de Gram y campo oscuro.
- Cultivo para piógenos, Herpes y *Haemophilus*.
- VDRL en suero.
- Cuando se diagnóstica una ETS se debe hacer estudio para hepatitis B si el paciente era susceptible o se desconocía su estado serológico.

## 5.6. Guía para el estudio del paciente con fiebre de origen desconocido

La fiebre debida a la infección por VIH, como la que se presenta en la enfermedad constitucional, suele ser de bajo grado e intermitente; temperaturas superiores a 38 grados C, generalmente se deben a infección secundaria.

Todo episodio febril, requiere un estudio inmediato con el fin de aclarar su causa y suministrar tratamiento oportuno, dado que infecciones como las causadas por *P. carinii*, sepsis por *S. pneumoniae* y *Salmonella spp*, pueden convertirse en emergencias médicas.

El enfoque inicial debe orientarse de acuerdo con los síntomas y signos que presente el paciente, así:

- Presencia de diarrea
- Síntomas pulmonares
- Cefalea con hallazgos neurológicos focales o meningismo
- Manifestaciones de piel.

Si el paciente no presenta signos o síntomas específicos y la causa de la fiebre no es de origen medicamentoso (betalactámicos o sulfas especialmente), es necesario realizar los siguientes exámenes:

- Hemoleucograma completo con recuento de plaquetas y sedimentación
- Citoquímico de orina con urocultivo.
- Hemocultivos tomados de dos sitios diferentes, para estudios de bacterias convencionales, micobacterias y hongos.
- Tinción y cultivo para micobacterias en orina, esputo, heces, pus.
- Rayos X de tórax PA y lateral izquierda.
- Bilirrubinas, TGO, TGP y fosfatasas alcalinas.

Si el paciente tiene un cuadro pulmonar diagnosticado

## MEDICAMENTOS Y DOSIS RECOMENDADAS PARA EL MANEJO DE LA INFECCION POR VIH EN NIÑOS

Tipo medicamento	Nombre genérico	Nombre comercial	Dosis
Inhibidores transcriptasa	Zidovudina AZT	Retrovir- Aviral	VO. Tabletas 100 mg. Suspensión 100 mg/ml. Entre las dos y seis semanas de vida 2 mg/k cada 6 horas; entre 4 semanas y trece años: 90-180 mg/m <sup>2</sup> , cada seis horas. En mayores de trece años: 200 mg cada 8 horas.
	Didanosina- DDI	Videx	En menores de 13 años 90-135 mg/m <sup>2</sup> cada seis horas. En mayores de trece años con peso menor de 60k 125-167 mg cada 12 horas y mas de 60k 200-250 mg cada 12 horas. VO. Viene en tabletas de 25, 50 y 100 mg
	Zalcitabina-ddC	Hivid	La dosis debe darse cada 8 horas VO con estomago vacio. En menores de 13 años 0.01 mg/k y mayores de 13 dar 0.75 mg. Son tabletas de 0.375 y 0.750
	Lamivudina- 3TC	Epivir	Dosis administrada VO cada 12 horas. Entre 3 meses y 12 años de edad 4mg/k; mayores de 12 años 150 mg cada dosis. Presentacion tabletas de 150 mg; suspension de 100mg/ml.
	Stavudina-D4T	Zerit	Dosis cada 12 horas. Tabletas de 30 y 40 mg. En menores de 13 años 1 mg/k cada 12 horas y mayores de 13 30-40 mg/dosis.
Inhibidores de proteasas	Saquinavir	Invirase	Baja absorcion oral tomar con estomago vacio. Tabletas 200 mg, En mayores de 13 años se dan 600 mg cada 8 horas.
	Indinavir	Crixivan	Capsulas de 400 y 800 mg. Dosis en mayor de 13 años 800 mg cada 8 horas.
	Ritonavir	Norvir	Capsulas de 800 mg, jarabe 80mg/ml; aprobado para niños en 03/97. En niños mayores de trece años 600 mg cada 12 horas. En menores de 13 dar 350 mg/m <sup>2</sup> cada 12 horas.

Tabla 7.

por clinica, rayos x y/o gases, se debe iniciar tratamiento de acuerdo al germen posible: *P. carinii* o neumonia bacteriana. En caso de sospechar TBC se puede esperar hasta tratar de lograr un diagnóstico microbiologico.

En caso de sepsis por criterios clínicos, despues de tomar los hemocultivos se debe iniciar tratamiento con

antimicrobianos, según el germen posible, teniendo en cuenta la frecuencia de bacteremias por *S. pneumoniae* y *Salmonella*.

Si los exámenes anteriores no aclaran la etiología del síndrome febril, se debe ordenar:

- Antígeno para *C. neoformans* en sangre.
- Inmunodifusión para *H.capsulatum*
- Punción lumbar y análisis del LCR con citoquímico, gram, directo, cultivo para bacterias convencionales, micobacterias y hongos.

Si el examen clínico evidencia un paciente severamente enfermo o tóxico, se debe iniciar antibióticos que permitan el cubrimiento racional de los gérmenes más comúnmente implicados en la sepsis, de acuerdo con el sitio probable de origen.

Selección de exámenes invasivos si la etiología del síndrome febril aún no a podido ser esclarecida:

### MEDICAMENTOS Y DOSIS RECOMENDADAS PARA EL MANEJO DE LA INFECCION POR VIH EN NIÑOS

Categoría	Mayor 12 meses		1 a 5 años		6 a 12 años	
	CD4/uL	%	CD4/uL	%	CD4/uL	%
Sin supresión	más de 1500	más de 25	más de 1000	más de 25	más de 500	más de 25
Supresión moderada	750- 1499	15-24	500- 999	15-24	200-499	15-24
Supresión severa	Menos de 750	Menos de 15	Menos de 500	Menos de 15	Menos de 200	< de 15

**Tabla 8.**

- Presencia de citopenias: aspirado de médula y/o biopsia para cultivo de bacterias, micobacterias y hongos.
- Pruebas hepáticas alteradas: ecografía, marcadores de hepatitis, si éstos eran negativos.

Según los hallazgos hasta este punto del estudio pueden requerirse algunos de los siguientes exámenes que deben ser seleccionados de acuerdo con el caso individual:

- Biopsia hepática para cultivo de piógenos, hongos y micobacterias y estudio histopatológico con coloraciones especiales para CMV, hongos y micobacterias.
- Rayos X de senos paranasales
- TAC de tórax y/o abdomen

- Imagenología de vías urinarias

Cuando ningún examen define el diagnóstico, debe pensarse en fiebre secundaria al VIH. La remisión al nivel superior se basa en la imposibilidad de realizar los procedimientos diagnósticos o la necesidad de terapéutica compleja.

## 6. ABORDAJE TERAPEUTICO DE LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS EN EL PACIENTE CON SIDA

### 6.1. Compromiso respiratorio bajo

a. Por *P. carinii* (AI).

Tratamiento:

1. Trimetoprim sulfametoxazol 15 mg/k/día de trimetoprim en 3 ó 4 dosis por 21 días, VO o IV.
2. Clindamicina 600 mg I.V cada seis horas o Primaquina 15 mg V.O por 21 días.
3. Pacientes con insuficiencia respiratoria severa. PO<sub>2</sub> < 60. Prednisona 40 mg V.O cada doce horas por cinco días, continuar 40 mg VO día por 5 días y luego 20 mg/día por once días.

b. Neumonía bacteriana adquirida en la comunidad (AII)

Tratamiento:

1. Ceftriaxona 1 g I.V cada 12 horas.
2. Eritromicina 30 mg/kilo/día V.O por 7-10 días
3. Claritromicina 750 mg cada 12 horas V.O por 7-10 días.

c. Tuberculosis

Tratamiento primera fase(A-I):

1. Isoniacida 7 mg V.O/día; Dosis máxima de 300 mg
2. Rifampicina 10 mg V.O/día; Dosis máxima 600 mg
3. Pirazinamida 15-25 mg/k/día V.O Dosis máxima 2 g
4. Etambutol 15 mg/kilo/día V.O. Durante dos meses.

Segunda fase: Continuar con Isoniacida 10 mg/k/ V.O., dosis máxima 900 mg y rifampicina 15 mg k/ V.O. dosis máxima 600 mg. Ambos medicamentos tres veces por semana. Completar nueve meses de tratamiento o seis meses después de la negativización del esputo.

d. Histoplasmosis (A-I):

1. Anfotericina B 1 mg k/día I.V por 2 semanas
2. Itraconazol 400 mg diarios por 12 semanas

### 6.2. Manifestaciones en sistema nervioso

AGENTE: *Treponema pallidum*

TRATAMIENTO: Penicilina cristalina 24 millones/día por 10-14 días (A-I)

AGENTE: *Toxoplasma gondii*

TRATAMIENTO: 1. Pirimetamina 100 mg inicial y luego 75 mg/d V.O., Sulfadiazina 2 g/día V.O, Acido folínico 10 mg/día V.O.(A-I)

2. Clindamicina 600 mg I.V cada seis horas más Pirimetamina 50 mg/día más acido folinico 10 mg/día VO  
Cualquiera de las dos opciones por 21 días y luego se continúa con profilaxis secundaria si se ha demostrado mejoría radiológica.

AGENTE: *Criptococo neoformans*

TRATAMIENTO: 1. Anfotericina B 1 mg/kilo/día I.V (A-I)  
ó

2. Fluconazole 400 mg I.V/día por 14 días (A-II)

AGENTE: *M. tuberculosis*

TRATAMIENTO (A-I): Igual a TBC pulmonar (A-I)

### 6.3. Manifestaciones cutáneas

### 6.4. Enfermedad diarreica

### 6.5. Profilaxis para infecciones oportunistas

#### 6.5.1. Profilaxis primaria

#### 6.5.2. Profilaxis para pacientes seleccionados

#### 6.5.3. Profilaxis secundaria

### 6.6. Vacunación del adulto

## 7. SIDA EN NIÑOS

### 7.1. Diagnóstico de la infección

La siguiente guía de diagnóstico de infección por VIH en niños está basada en los criterios de la Organización Mundial de la Salud. Como en el diagnóstico en los adultos, en la población infantil éste se basa en los datos epidemiológicos y clínicos y en la confirmación por el laboratorio.

## ESQUEMA DE VACUNACION PARA EL NIÑO INFECTADO POR VIH (A-I)

Edad	Vacuna	Observaciones
NEONATO	HEPATITIS B + BCG	Si es hijo de madre Ag superficie positiva adicionar Ig especifica el primer dia de vida. Se aplica BCG porque aumentan frecuencia y severidad de TBC en VIH positivos.
UN MES	Hepatitis B	
DOS MESES	DPT + POLIO-MI + Hib	Polio MI porque la oral se debe evitar en grupos familiares donde hay un inmunosuprimido. No se aplica si tiene SIDA al nacer.
CUATRO MESES	DPT + POLIO-MI + Hib	
SEIS MESES	DPT + POLIO-MI + Hib	
SIETE MESES	INFLUENZA + HEPATITIS B	
OCHO MESES	INFLUENZA	
UN AÑO	TRIPLE VIRAL	Si se expone al sarampion debe recibir IgG aunque esté vacunado.
QUINCE MESES	Hib	
15-18 MESES	DPT + POLIO	
DOS AÑOS	NEUMOCOCO (polivalente) + HEPATITIS A (dos dosis)	Segunda dosis de neumococo a los 5-6 años de la primera.

**Tabla 9.**

### 7.1.1. Criterio epidemiológico

Las situaciones que se mencionan a continuación indican riesgo de infección por VIH y soportan la necesidad de una prueba de laboratorio para descartarla:

- Hijo de madre infectada por VIH.
- Hijo de padre(s) con riesgo epidemiológico de esta infección.
- Víctima de abuso sexual.
- Hermano con infección VIH comprobada.

### 7.1.2. Criterio clínico

El diagnóstico de alguna de las siguientes complicaciones clínicas es indicativo de una prueba para VIH:

- Evidencia de infección TORCH.
- Presencia de infección oportunista
  - Viral: CMV, herpes simplex.
  - Micótica: criptococosis extrapulmonar, candidosis oro-esofágica o respiratoria, histoplasmosis, coccidioidomicosis.
  - Parasitaria: toxoplasmosis del SNC, Isosporiosis

intestinal (> de un mes de duración), pneumocistosis.

- Infección recurrente y severa por bacterias.
- Tuberculosis.
- Hipergamaglobulinemia ( IgG>2 g)
- Retraso marcado en el crecimiento o el desarrollo.
- Miopatías, hepatitis, cardiomiopatía, nefropatía o citopenias sanguíneas de causa desconocida.
- Neumonitis intersticial linfoide.
- Linfomas tipo B.
- Enfermedad neurológica progresiva.
- Sarcoma de Kaposi.
- Síndrome de emaciación.

### 7.1.3. Criterio de laboratorio

1. Para el niño mayor de 18 meses: El diagnóstico se hace igual que en adultos. Inicialmente una prueba presuntiva de anticuerpos en suero, si ésta es doblemente reactiva, se somete a una prueba confirmatoria, la cual define el diagnóstico de infección.
2. En el menor de 18 meses: Las pruebas de detección de anticuerpos no son diagnósticos porque la madre puede pasarle al niño sus anticuerpos anti-VIH, a través de la placenta y estos persisten detectables hasta los 18 meses de edad.

Las pruebas indicadas para el diagnóstico en el menor son las de detección del virus o sus antígenos. Entre ellas se describen:

- Reacción de polimerasa en cadena ( P.C.R): indicada para el diagnóstico en niños entre 1- 15 meses de edad.
- Cultivo de VIH: en menores de un mes tiene falsos negativos en el 20-30% de los infectados, posteriormente es positiva hasta en el 95%.
- Detección del antígeno p24: si se realiza con disolución previa de complejos inmunes, tiene una sensibilidad de 80-100% en niños mayores de dos meses y una especificidad mayor del 95%.

#### 7.1.3.1. Hallazgos de laboratorio asociados a la infección VIH (no específicos)

- Anemia, leucopenia, linfopenia y trombocitopenia.
- Hipergamaglobulinemia.
- Aumento de sedimentación.
- Proteína C reactiva alta.
- Proteínas séricas disminuidas.

## 7.2. Definición de infección por VIH

## en pediatría (A-I)

### 7.2.1. Niño menor de 15 meses con infección perinatal

En este caso se define positiva la infección VIH si se pudo documentar la presencia del virus en la sangre o los tejidos del niño; si tiene anticuerpos VIH positivos más evidencia de inmunodeficiencia celular y humoral y clínica característica de infección por VIH; si hay síntomas y signos que hagan el diagnóstico clínico de SIDA.

### 7.2.2. Niño mayor de 15 meses infectado por VIH

Este diagnóstico se hace cuando:

- Se puede demostrar el VIH en sangre ó tejidos.
- Existe una prueba confirmatoria de anticuerpos anti-VIH.
- Hay síntomas y signos que hacen diagnóstico de SIDA.

## 7.3. Abordaje terapéutico de la infección por VIH en niños

### 7.3.1. Principios generales (B-III)

- Idealmente debe hacerse terapia con antirretrovirales a todo niño infectado por VIH.
- Cuando se inicie tratamiento éste debe ser de carácter permanente o hasta que se demuestre que no hay infección por VIH.
- No debe emplearse monoterapia.
- Las combinaciones que han demostrado los mayores beneficios son: zidovudina/didanosina, zidovudina/zalcitabina, zidovudina/lamivudina (**tabla 7**).

## 7.4. Prevención de la infección por VIH en el hijo de madre positiva (A-I)

Sin terapia antirretroviral el 15-35% de los niños nacidos de madres infectadas por el VIH, adquieren la infección. Los factores que se asocian con mayor riesgo de transmisión vertical son la exposición a sangre y la ruptura prematura de membranas mayor de cuatro horas.

El uso de AZT durante el embarazo, a partir de la semana 13 y durante el trabajo de parto, y para el niño durante las seis primeras semanas de vida, reduce el riesgo de infección al 7.85%.

Las dosis recomendadas según el Protocolo 076 (MMWR

july 3, 1995) son:

- Entre semana trece y trabajo de parto: 100 mg cinco veces al día VO.
- Durante el trabajo de parto: Una dosis inicial IV de 2mg/k, luego 1 mg/k cada hora que dure el trabajo de parto. Cuando es una cesárea programada se recomienda aplicar el medicamento desde las 4 horas previas al procedimiento y durante éste, con igual esquema al anterior.
- Para el niño en las seis primeras semanas de edad: 2 mg/k cada seis horas VO.

Además, se recomienda evitar la lactancia, siempre y cuando el niño pueda recibir alimentación suplementaria; la transmisión vertical se incrementa con la alimentación materna (A-II) ( **Ped. Clin. N.A. 1994 41(4):715-94** )

## 7.5. Criterios de seguimiento del niño infectado (A-III)

- Evolución clínica: debe ser evaluado al mes, 2, 4, 6, 8, 12, 16, 20 y 24 meses de edad, ó cada que presente alguna sintomatología.
- Control de laboratorio: cuantificación de linfocitos totales y CD4 (**tabla 8**).
- Carga viral: el número de copias detectadas es inversamente proporcional a la respuesta a la terapia y a la progresión de la enfermedad. Se debe hacer antes de iniciar la terapia con antirretrovirales y cuatro semanas después de iniciada; luego controles cada cuatro meses para evaluar respuesta al tratamiento. Los criterios de interpretación son iguales que en el adulto.

## 7.6. Profilaxis para infecciones oportunistas en niños infectados o expuestos al VIH

El diagnóstico microbiológico de las complicaciones oportunistas se hace igual que en adultos. En esta sección nos referiremos específicamente al manejo terapéutico.

Las siguientes recomendaciones tienen como soporte teórico la publicación: **MMWR 1995 44(RR-4):1-11**

### 7.6.1. Neumonía por *P. carinii* (A-II)

Todos los lactantes nacidos de madre con infección VIH deben recibir profilaxis con Trimetoprim-sulfa (TMP.S) comenzando en la cuarta semana de vida, sin tener en cuenta el número de linfocitos CD4. Esta se suspende

cuando se comprueba que el niño NO está infectado con VIH.

Todos los niños con infección por VIH, incluidos aquellos cuyo estado de infección no haya sido aclarado, deben recibir la profilaxis hasta el año de edad.

Todo niño que sufrió neumonía por *P. carinii* debe continuar con profilaxis secundaria de por vida (A-I).

Niños entre uno y cinco años deben recibir profilaxis si menos del 15% de sus linfocitos son CD4 o el número absoluto de éstos es menor de 500 por mililitro (A-III).

Niños entre 6-12 años deben recibir profilaxis si menos del 15% de sus linfocitos son CD4 o el número absoluto de éstos es menor de 200 células/mm<sup>3</sup> (A-III).

Medicamentos recomendados

Primera elección: Trimetoprim- Sulfametoxasole ( TMP.S): 150 mg TMP/m<sup>2</sup>/día , fraccionada cada doce horas, en tres días consecutivos de la semana.

Alternativas: Dapsona 2mg/k/día VO

Pentamidina en aerosol (en mayores de 5 años): 300mg cada mes.

Pentamidina IV: 4 mg/k cada 15-30 días.

### 7.6.2. Encefalitis por *T. gondii* (B-III)

Se indica profilaxis primaria en todo niño mayor de un año que tiene anticuerpos tipo Ig G para toxoplasma y un recuento de CD4 menor de 100 células por mm<sup>3</sup>.

Se hace profilaxis secundaria a todo niño que haya recibido tratamiento para toxoplasmosis durante su infección VIH.

Medicamentos recomendados:

TMP.S 150mg/m<sup>2</sup>/día, 3 días/semana

Sulfadiazina 100 mg/k/DIA, dividido en dos dosis diarias, más Pirimetamina 1mg/k/día, más Leucovorin 5mg VO cada tres días.

### 7.6.3. Tuberculosis

A todo niño nacido de madre VIH positiva se le debe hacer prueba de tuberculina a los 9 y 12 meses de edad y luego cada año (C-III).

Agotar todos los esfuerzos posibles para descartar el diagnóstico de enfermedad tuberculosa antes de iniciar profilaxis.

Se inicia la profilaxis cuando se descarta el diagnóstico y el niño tiene una tuberculina mayor de 5mm de diámetro (A-II).

Medicamentos recomendados:

Isoniacida ( INH ): 10-15 mg/k/día durante un año.

En caso de intolerancia Rifampicina oral 15/k/día por

doce meses.

#### 7.6.4. Salmonellosis

En caso de sepsis por *Salmonella no typhi* se recomienda continuar profilaxis secundaria con TMP.S 150mg/m<sup>2</sup>, repartido en dos dosis diarias y dado vía oral durante varios meses; ò ampicilina 100 mg/k, dividido en cuatro dosis diarias.

#### 7.6.5. Candidiosis

No se recomienda profilaxis primaria (D-II).

Se hará terapia supresiva con azoles sistémicos en aquellos niños que presenten candidiosis mucocutanea severa (B-III), recidivante o en candidiosis esofágica (B-I).

Medicamentos recomendados:

Ketoconazole 5-10mg/k/día, vía oral ó

Fluconazole 2-8mg/día, vía oral ó

Nistatina (100.000u/m): 5 ml cada seis horas, vía oral.

#### 7.6.6. Histoplasmosis

El niño que haya sufrido histoplasmosis primaria debe recibir terapia supresiva de por vida debido al alto riesgo de infección diseminada. La droga de elección es Itraconazole 2-5mg/k/día, cada 12 a 24 horas (C-III).

#### 7.6.7. Coccidioidomicosis

Aunque no hay experiencia se recomienda profilaxis secundaria de por vida, con Fluconazole 2-5mg/k/día ò Itraconazole 2-5mg/k/día (C-III).

#### 7.6.8. Criptococosis

Profilaxis secundaria de por vida con Fluconazole 3-8 mg/k/día (C-III).

#### 7.6.9. Varicela zoster

Los niños susceptibles (anticuerpos negativos) expuestos a un caso de varicela deben recibir profilaxis con gamaglobulina específica, en las primeras 96 horas post-exposición, así: vía IV 1 ml/k, o vía IM 1.25 mg por cada 10 kilos de peso (A-I). No se ha aprobado la vacuna en niños VIH positivos.

#### 7.6.10. Criptosporidiosis

Evitar aguas contaminadas y heces de animales, no ingerir agua de ríos o quebradas y hervir el agua de consumo, aún si es de acueducto (A-I)

#### 7.6.11. Infección bacteriana recurrente

Además de la vacunación con DPT, Hib y neumococo se

recomienda aplicar Ig venosa 400 mg/Kg/mes (A-I)

## 7.7. Vacunación

En los niños infectados por el virus de inmunodeficiencia humana se recomienda el esquema de vacunación señalado en la **tabla 9**.

## 8. BIOSEGURIDAD

### 8.1. Manejo de la exposición ocupacional al VIH-1

#### 8.1.1. Medidas inmediatas (B-III)

Son aquellas medidas cuyo propósito es descontaminar el área expuesta, para reducir el tamaño del inóculo, las cuales deben efectuarse inmediatamente, antes de que el individuo expuesto busque la atención médica:

- Piel: lavar abundantemente con agua y jabón.
- Ojos: enjuagar abundantemente con solución salina o agua estéril.
- Boca y nariz: enjuagar con abundante agua limpia.

### 8.2. Evaluación de la severidad de la exposición (A-III)

Debe ser realizada por un profesional experto y adecuadamente entrenado. La información que se obtenga debe ser estandarizada, confidencial y completa, registrando las medidas inmediatas que se tomaron. La valoración del accidente incluye:

#### 8.2.1. Evaluación de la naturaleza de la exposición

##### 1. Percutánea por pinchazo, laceración o corte.

- \* Sitio de la lesión.
- \* Instrumento comprometido: tipo (agujas, bisturí), calibre del instrumento ( el riesgo se aumenta con agujas huecas, hasta la fecha no hay documentados casos de transmisión por pinchazos con agujas de sutura).
- \* Mecanismo de la lesión: por ejemplo; retapando una aguja utilizada o partiendo una aguja con los dedos.
- \* Profundidad del pinchazo.
- \* Sangrado visible en el sitio de la lesión.
- \* Volumen inyectado.

##### 2. Salpicadura de mucosas

- \* Sitio de la lesión y mecanismo de ocurrencia.
- \* Volumen estimado y duración del contacto

3. Piel no intacta por eccemas, laceraciones, ampollas, etcétera.
  - \* Sitio de la exposición y mecanismo de ocurrencia.
  - \* Naturaleza de la lesión de base.
  - \* Volumen estimado y duración del contacto.
4. Piel intacta
  - No hay transmisión documentada.

## 8.2.2. Fuente de la exposición

1. Líquidos o secreciones.
  - a. Líquidos con riesgo conocido de transmisión del VIH: sangre, líquidos corporales visiblemente contaminados con sangre, semen y secreciones genitales, concentrados de VIH en laboratorios de investigación.
  - b. Líquidos con riesgo potencial de transmisión del VIH: líquido pleural, líquido sinovial, líquido peritoneal, líquido pericárdico, líquido cefalorraquídeo y líquido amniótico.
  - c. Líquidos frente a los cuales no se ha demostrado transmisión: heces, vómito, orina, saliva, sudor, lágrimas, a menos que visiblemente se observen contaminados con sangre.

### 2. Paciente

Se precisará el nombre, el número de identificación, si conoce su estado serológico frente al VIH, estado clínico, recuento de CD4, viremia (el riesgo es más alto si la exposición es con pacientes con estadios clínicos avanzados, recuentos de CD4 bajos y viremias elevadas), uso de terapia antirretroviral, evaluación de las prácticas de riesgo frente a VIH (ver identificación de las prácticas de riesgo en capítulo de prevención), consentimiento informado para realizar las pruebas serológicas.

Si no hay factores de riesgo presente, en áreas de baja prevalencia para la infección, debe evaluarse la real utilidad de la prueba.

## 8.3. Manejo post-exposición

- A. Asesoría al trabajador de la salud que permita un manejo adecuado de la ansiedad frente al accidente y a las posibles consecuencias. En la asesoría se pretende:
  - Identificar los factores de riesgo laborales y no laborales frente a la infección por VIH.
  - Informarle sobre la necesidad y utilidad del período de seguimiento, durante el cual debe evitar la donación de sangre u órganos y las relaciones sexuales sin preservativo.
- B. Prueba de VIH: la serología de base es fundamental para

documentar la ocurrencia de la infección ocupacional. Para tomarla es fundamental el consentimiento informado por parte del trabajador, quien si es adecuadamente asesorado generalmente no deniega la toma de la muestra.

- C. Seguimiento: el seguimiento clínico, epidemiológico y serológico del trabajador de la salud expuesto debe realizarse a las seis semanas, tres meses, y seis meses. Si a los seis meses los anticuerpos son negativos, se asume que la infección por VIH no ocurrió. Todas las infecciones ocupacionales por VIH documentadas y reportadas en trabajadores de la salud han ocurrido antes de los seis meses. La sensibilidad de la PCR, bDNA, Ag p24 o cultivo viral para detectar la infección en trabajadores de la salud expuestos es baja inicialmente.
- D. Quimioprofilaxis: en un estudio de casos y controles, el riesgo de infección por VIH fue reducido en el 79% entre trabajadores de la salud que usaron ZDV después del accidente ocupacional (MMWR 44:929, 1995); se han documentado al menos 8 fallas con este tratamiento.

Recientemente con la introducción de nuevos medicamentos antirretrovirales, el grupo de estudio colaborativo para profilaxis con ZDV, revisó el protocolo y recomendó: ZDV: 200mg VO tres veces al día, más 300 mg VO dos veces al día, más indinavir 800 mg VO tres veces al día, por 28 días, más 3TC 150 mg cada 12 horas, iniciando idealmente dentro de la primera hora posexposición.

La quimioprofilaxis será recomendada para trabajadores con exposiciones del más alto riesgo de transmisión de VIH, para exposiciones con bajo pero no despreciable riesgo; ésta, ofrecida balanceando el bajo riesgo frente a la eficacia de drogas que tienen toxicidad y eficacia incierta. Para exposiciones con riesgo despreciable no se justifica.

## 9. LA INFECCIÓN POR EL VIH Y EL DERECHO A LA SALUD

### 9.1. Introducción

La lucha por mantener al ser humano libre y en fraternidad como ser social, reconociendo su dignidad intrínseca y el ejercicio en igualdad de todos sus derechos, es y ha sido el pie de batalla de individuos solos, comunidades organizadas y de naciones enteras; derechos que en ningún caso pueden ser considerados absolutos, pues el ejercicio de éstos por un individuo va hasta

donde no se vulnera el de otros semejantes. El desconocimiento o menosprecio de éstos derechos ha originado actos ultrajantes, que han afectado la conciencia de la humanidad entera.

La libertad e igualdad de todas las personas, sin ninguna discriminación, la adopción de medidas estatales en favor de los grupos discriminados o marginados (Art. 13), el derecho a la vida, la intimidad, la autonomía personal, al buen nombre, a la honra (Art.11,15,21), al libre desarrollo de la personalidad (Art.16), a la libertad de conciencia, culto y expresión (Art. 18,19,20), a la protección integral de la familia, del niño, del adolescente y de la mujer(Art.42,45),al cuidado integral de la salud como derecho conexo con el derecho fundamental que es la vida (Sentencias de la Corte Constitucional T-494 de 1993 y T-067 de 1994) y a la Seguridad Social como servicio público de carácter obligatorio para los adultos (Art.48,50), y consagrado como fundamental por la Constitución Política Nacional (CPN) para los niños menores de un año(Art.44), al trabajo digno (Art.25,53),a la rehabilitación e integración social para los individuos discapacitados (Art.48 ), al goce de un ambiente sano y de bienes y servicios de calidad(Art.78,79), son sólo algunos de los preceptos proclamados para todos los colombianos por acuerdo en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de los Derechos de la Mujer, de los Derechos del Niño y especialmente en la actual Constitución Política Colombiana.

La respuesta social ante la pandemia generada por la infección con VIH y el SIDA es una manifestación especial de la lucha entre el menosprecio y el reconocimiento en igualdad de nuestros derechos como seres humanos. De un lado se evidencia la discriminación y el marginamiento a los miembros de grupos infectados por el VIH,muchos de ellos con comportamientos socialmente poco aceptados y considerados como degradantes (homosexualismo, bisexualismo, trabajo sexual,uso de sicoactivos) y del otro se está ante la presencia de la emisión de leyes, decretos, reglamentos y acuerdos, así como del surgimiento y fortalecimiento de organizaciones e instituciones gubernamentales y no gubernamentales todas ellas desarrollando actividades con un propósito común: Velar por el ejercicio igualitario de los derechos que como seres humanos tienen los individuos afectados por la pandemia.

La sociedad ha confiado al médico la magna responsabilidad de acompañarla y guiarla en todo el proceso individual y colectivo de la salud y la enfermedad. Ello implica no sólo una aproximación diagnóstica y terapéutica acertada,

sino también y muy especialmente la orientación en el pleno ejercicio del derecho a la salud. Es este el propósito de la siguiente presentación, cuyos comentarios están basados en los siguientes documentos: Constitución Política Colombiana, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de la Mujer y el Niño, Ley 23 de 1981, de los decretos reglamentarios de Sida (Decreto 1543 de 1997 que deroga las disposiciones que le sean contrarias en especial el decreto 559 de 1991) y de Bancos de Sangre, Acuerdos 49 y 53 y muy especialmente en la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios.

Desde la antigüedad el hombre se ha planteado la transmisión de enfermedades como un problema de consecuencias devastadoras para la sociedad, a la que le ha tocado sufrir los efectos de las pandemias, sin embargo, la forma en que se enfrentan dichos problemas ha variado substancialmente, si en la antigüedad se oraba y se ofrecían sacrificios a los dioses, el hombre posmoderno mira y enfrenta estas situaciones a la luz de la defensa de los derechos humanos observando al mismo tiempo que al ritmo que se hace creciente en el mundo entero, la necesidad de promover el respeto por los derechos humanos crece también el deseo por hacer conciencia de los deberes que cada uno tiene, particularmente en consideración de los derechos del otro, en relación a la transmisión de enfermedades.

Teniendo en cuenta que los derechos humanos son los que rigen las relaciones entre los individuos y las comunidades y que en el caso de la infección por el VIH/SIDA, son frecuentemente vulnerados y amenazados haremos la revisión de algunos de ellos consagrados por el derecho internacional y nuestra Constitución Política Nacional.

## 9.2. Derechos humanos

Son atributos que nos definen como personas y tienen su origen en la dignidad humana y nos pertenecen por el mero hecho de existir, son anteriores a cualquier norma jurídica, tienen su sustento en el valor propio de cada individuo como ser humano, nos permiten hacer uso de nuestras cualidades humanas y satisfacer nuestras necesidades físicas y espirituales.

### 9.2.1. Derecho a la vida

En nuestra CPN. en el Título II, Capítulo I, Artículo 11 se consagra claramente el derecho a la vida como derecho fundamental por excelencia, y que refuerza la Corte Constitucional cuando expresa "toda vez que se erige en el presupuesto ontológico para el goce y el ejercicio de

los demás derechos, ya que cualquier prerrogativa, facultad o poder deviene inútil ante la inexistencia de un titular al cual puedan serle reconocidos" (Sentencia T-271 de 1995) "La vida del ser humano es mucho más que el hábito mediante el cual se manifiesta su supervivencia material , no puede equipararse a otras formas de vida, pues agrega al mero concepto físico elementos espirituales que resultan esenciales" (Sentencia T-067 de 1994).

### 9.2.2. Derecho a la dignidad humana

La CPN. contempla la dignidad humana como un derecho

#### CLASIFICACION PARA LA CALIFICACION DE INVALIDEZ EN ADOLESCENTES Y ADULTOS

Categoría clínica/recuento CD4	A	B	C
>500	A1	B1	C1
200-499	A2	B2	C2
<200	A3	B3	C3
Deficiencia global	0-20%	20-40%	40-50%

Tabla 10.

ligado al derecho a la vida poniendo de presente que la vida ,que constitucionalmente se garantiza, no se reduce a la pura existencia biológica sino que expande su ámbito para abrigar las condiciones que la hacen digna. Es el único consagrado internacionalmente como derecho absoluto, es decir que las necesidades de convivencia y del todo social no pueden afectar jamas su valor como persona.

"Ello implica que cada estado podrá tomar diversas medidas para conjurar el problema de transmisión de enfermedades, estas medidas pueden limitar en algunos casos los derechos humanos de los enfermos pero siempre habrá un límite inviolable que será el de respeto a la dignidad del transmisor, que aunque factor de peligro es ante todo un hombre" (Graciela Medina)\*

En Colombia el Decreto 1543 basta para asegurar el derecho de los portadores del VIH/SIDA, a ser tratados con dignidad, de no ser discriminado y de tener acceso a la salud y la libertad, aunque en la práctica la violación de estos principios se siguen produciendo.

### 9.2.3. Derecho a la integridad personal

Rechaza el maltrato físico y mental, también la discriminación por condición social, física psicológica o preferencia sexual.

"Nadie será sometido a desaparición forzada, a torturas, ni a tratos o penas crueles , inhumanas o degradantes" (Art.12 CPN) (Art.5 ONU)

### 9.2.4. Derecho a la igualdad

Nos permite realizar nuestra propia vida afectiva, cultural y social, respetando a los otros para que así nos respeten a nosotros.

"Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades, y gozaran de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen, nacionalidad, lengua, religión. El estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará las medidas en favor de grupos discriminados y marginados (...) (Art.13 CPN) (ART. 7 ONU).

La no discriminación es el fundamento de la igualdad en derechos y responsabilidades ante la Constitución.

En el caso de la pandemia , son directamente discriminados los infectados por VIH, por los profesionales de la salud que con alguna frecuencia los consideran desechables o material de basura en los que no vale la pena invertir recursos o esfuerzos , por los empleadores que niegan la oportunidad de trabajo digno , por las fuerzas del orden (ejército , policía), por los establecimientos educativos que niegan la opción de la educación a los menores infectados o los hijos de padres portadores del VIH, pues erróneamente se consideran peligrosos para la convivencia social.

Expandiendo la marginalidad a sus familias, a sus parejas, a sus amigos, que temen mencionar que alguien de la familia porta el virus, so pena de ser desalojados del barrio o la residencia o de recibir los insultos o la indiferencia de los vecinos que esperan su pronta salida del lugar para mantener la convivencia tranquila justa y en paz.

La discriminación también se manifiesta cuando los afectados por el VIH son sobreprotegidos con la excusa de librarlos de sufrimientos innecesarios (discriminación positiva)

En apoyo al principio de la no discriminación, las pruebas de VIH quedan prohibidos en los casos de:

Admisión o permanencia en centros educativos, deportivos o sociales.

Acceso o permanencia a cualquier actividad laboral.

Acceder a la cobertura respectiva de protección por las entidades de medicina prepagada, aseguradoras promotoras o prestadoras de servicios de salud, sean públicas o privadas. En la persona infectada, por no considerarse enferma, la infección por VIH no será condición patológica preexistente (Art. 40 decreto 1543/97)

### 9.2.5. Derecho a la intimidad

Busca preservar la vida íntima de las personas con respeto y valoración de la dignidad humana. Comprende tanto el secreto y respeto a la vida privada, como la facultad de defenderse de la divulgación de hechos privados.

Encierra, por tanto, el Derecho a la Confidencialidad consagrado en el Art. 32 del decreto 1543 "Las personas integrantes del equipo de salud que conozcan o brinden atención en salud a una persona infectada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), asintomática o sintomática, están en la obligación de guardar sigilo de la consulta, diagnóstico, evolución de la enfermedad y de toda la información que pertenezca a su intimidad."

Del derecho a la confidencialidad son responsables en primera instancia los médicos, pero también lo son el resto de los miembros del equipo de salud que tienen acceso a la información que los pacientes o usuarios suministran en relación o no con la infección por VIH y que debe ser registrada en forma obligatoria en la historia clínica. Mantener la confidencialidad no presupone de ninguna manera anonimato.

En todo proceso de la infección por VIH se generan procedimientos obligatorios, donde la información debe ser manejada por fuera del equipo responsable de la salud de los pacientes: la notificación de la infección por VIH, la información epidemiológica en relación con la infección por VIH/SIDA. Procedimientos que si bien son obligatorios deben garantizar el manejo responsable, es decir, confidencial de la información. En igual medida la historia clínica de los pacientes con infección por VIH es un " documento privado sometido a reserva", el cual sólo puede ser conocido por terceros con autorización previa del paciente, para efectos de control o vigilancia epidemiológica, o cuando las autoridades judiciales lo requieran en desarrollo de una investigación.

La excepción de este derecho se da cuando el médico tratante, de acuerdo con su buen juicio, considere que existe peligro inminente de contagio para otros miembros de la comunidad: pareja sexual o los miembros del equipo de salud ante los cuales el usuario solicite atención (Art. 33,34 del 1543/97)

## BIBLIOGRAFIA

1. St Lawrence JS - Jefferson KW - Alleyne E - Brasfield TL- Bellingham K - Gillies P- Evaluation of an AIDS education programme for young adults. *J Epidemiol Community Health* 1993 Apr; 47(2):134-8).
2. Choi KHAU - Lew SAU - Vittinghoff EAU - Catania JAAU - Barrett DCAU - Coates TJ The efficacy of brief group counseling in HIV risk reduction among homosexual Asian and Pacific Islander men. *AIDS* 1996 Jan; 10(1):81-7)
3. Hobfoll SE - Jackson AP - Lavin JAU - Britton PJ - Shepherd JB Reducing inner-city women's AIDS risk activities: a study of single, pregnant women. *Health Psychol* 1994 Sep; 13(5):397-403
4. Stanton BFAU - Li XAU - Galbraith J - Feigelman SAU - Kaljee L - Sexually transmitted diseases, human immunodeficiency virus, and pregnancy prevention. Combined contraceptive practices among urban African-American early adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996 Jan; 150(1):17-24
5. DiClemente RJAU - Wingood GM- A randomized controlled trial of an HIV sexual risk-reduction intervention for young African-American women *JAMA* 1995 Oct 25; 274(16):1271-6
6. St. Lawrence JS; Brasfield TL; Jefferson KW; Alleyne E; O'Bannon RE 3rd; Shirley A Cognitive-behavioral intervention to reduce African American adolescents' risk for HIV infection. *J Consult Clin Psychol*, 1995 Apr, 63:2, 221-37
7. Holtgrave DR; Kelly JA Preventing HIV/AIDS among high-risk urban women: the cost-effectiveness of a behavioral group intervention *Am J Public Health*, 1996 Oct, 86:10, 1442-5
8. Kamb ML - Dillon BA - Fishbein M - Willis KL- Quality assurance of HIV prevention counseling in a multi-center randomized controlled trial. Project RESPECT Study Group. *Public Health Rep* 1996; 111 Suppl 1():99-107
9. Kipke MD - Boyer C - Hein KTI An evaluation of an AIDS risk reduction education and skills training (ARREST) program.- *J Adolesc Health* 1993 Nov; 14(7):533-9
10. HIV prevention practices of primary-care physicians—United States 1992. *MMWR* 1994;42:988-992).
11. Ward JAU, Sanson Fisher R Detection of risk hiv comportments for medicals doctors of primary care: implications for clinical preventive services.- *Am J Prev Med* 1995 Jul-Aug; 11(4):224-30
12. Russell NK; Boekeloo BO; Rafi IZ; Rabin DL Unannounced simulated patients' observations of physician STD/HIV prevention practices. *Am J Prev Med*, 1992 Jul-Aug, 8:4, 235-40

13. Curtis JR- Paauw DS- Wenrich MD- Carline JD- Ramsey PG - Physicians' ability to provide initial primary care to an HIV-infected patient. Arch Intern Med 1995 Aug 7-21; 155(15):1613
14. Vallejo-Aguilar OJ, Navarrete-Navarro S- del Río-Chiriboga C- Avila-Figueroa C- Santos-Preciado JI The health worker and counseling about HIV and AIDS SO - Salud Publica Mex 1995 Nov-Dec; 37(6):636-42
15. Baggaley R- Sulwe J- Kelly M- MacMillan MN- Godfrey-Faussett P- HIV counsellors' knowledge, attitudes and vulnerabilities to HIV in Lusaka, Zambia, 1994. SO - AIDS Care 1996 Apr; 8(2):155-
16. Rabin DLAU - Boekeloo BO - Marx ES - Bowman MA - Russell NK - Willis AG Improving office-based physician's prevention practices for sexually transmitted diseases
17. Anderson JE, Fichtner R, Campbell CH. How many HIV positive persons in the U.S. have been tested for HIV antibodies? Abstract PO-D25-4155 1993, IXth International Conference on AIDS,Berlin.
18. Stevenson H - Davis G. Impact of culturally sensitive AIDS video education on the AIDS risk knowledge of African-American adolescents.- AIDS Educ Prev 1994 Feb; 6(1):40-52
19. Schonfeld DJ., O'Hare LL, Perrin EC, Quackenbush M, Showalter DR, Cicchetti DV. A randomized, controlled trial of a school-based, multi-faceted AIDS education program in the elementary grades: the impact on comprehension, knowledge and fears. Pediatrics 1995 Apr; 95(4):480-6.
20. Main DS; Iverson DC; McGloin J; Banspach SW; Collins JL; Rugg DL; Kolbe LJ Preventing HIV infection among adolescents: evaluation of a school-based education program. Prev Med, 1994 Jul, 23:4, 409-17
21. Grosskurth HAU - Mosha FAU - Todd J - Mwijarubi E - Klokke A - Senkoro K - Mayaud P - Changalucha J - Nicoll - ka-Gina - et al- Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial Lancet 1995 Aug 26; 346(8974):530-6
22. Hayes RAU - Mosha F - Nicoll A - Grosskurth H - Newell J - Todd J - Killewo J- Rugemalila J - Mabey D Estudio comunitario del impacto del mejoramiento de las enfermedades sexualmente transmitidas sobre el SIDA Epidemidémico en una comunidad rural de tanzania.- AIDS 1995 Aug; 9(8):919-26
23. Desormeaux J - Johnson MP - Coberly JS Losikoff P Johnson E Huebner R Geiter L Davis H - Atkinson J - Chaisson RE - Boulos R- Halsey- NA- Widespread HIV counseling and testing linked to a community-based tuberculosis control program in a high-risk population. - Bull Pan Am Health Organ 1996 Mar; 30(1):1-8
24. Gordon CM; Carey MP Alcohol's effects on requisites for sexual risk reduction in men: an initial experimental investigation.Health Psychol, 1996 Jan, 15:1,56-60)

25. El-Bassel N; Schilling RF 15-month followup of women methadone patients taught skills to reduce heterosexual HIV transmission. *Public Health Rep*, 1992 Sep-Oct, 107:5, 500-4.
26. Hook RJAU - Webster DAAU - Neubauer TEAU - Harden MC - Mundy LL Efficacy of a home-based human immunodeficiency virus prevention video program for teens and parents.- *Health Educ Q* 1993 Winter; 20(4):555-67
27. Kelly JA; Murphy DA; Washington CD; Wilson TS; Koob JJ; Davis DR; Ledezma G; Davantes B The effects of HIV/AIDS intervention groups for high-risk women in urban clinics. *Am J Public Health*, 1994 Dec, 84:12.
28. Dennehy EB - Edwards CA - Keller RL- AIDS education intervention utilizing a person with AIDS: examination and clarification. *AIDS Educ Prev* 1995 Apr; 7(2):124-33.
29. Wenger NS; Linn LS; Epstein M; Shapiro MF. Reduction of high-risk sexual behavior among heterosexuals undergoing HIV antibody testing: a randomized clinical trial. *Am J Public Health*, 1991 Dec, 81:12, 1580-5.
30. Boekeloo BO, Schiavo L, Rabin DL, et al. Self-reports of HIV risk factors by patients at a sexually transmitted disease clinic: audio vs written questionnaires. *American Journal of Public Health*1994;84:754-760.
31. The Behavioral and Prevention Research Branch (BPRB) HIV Counseling and Testing - United States, 1993. *MMWR*, March 10, 1995, 44(9):169-174.
32. Ladner J- Leroy V- Msellati P- Nyiraziraje M- De Clercq A- Van de Perre P - Dabis F A cohort study of factors associated with failure to return for HIV post-test counselling in pregnant women: Kigali, Rwanda, 1992-1993. *SO - AIDS* 1996 Jan; 10(1):69-75.
33. Promjanyakul K - Limsuwan A - Factors affecting patients' acceptance of H.I.V. infections. - *J Med Assoc Thai* 1995 Jul; Suppl 1():S15-8
34. Van der Straten A - King R - Grinstead O- Serufilira A- Allen S - Couple communication, sexual coercion and HIV risk reduction in Kigali, Rwanda *AIDS* 1995 Aug; 9(8):935-44
35. McCusker J Willis GMcDonald M Sereti SM Lewis BF Sullivan JL Community-wide HIV counselling and testing in central Massachusetts: who is retested and does their behavior change? - *J Community Health* 1996 Feb; 21(1):11-22.
36. Arango MV. Asesoría-Consejería. En: Velásquez G. Gómez R. Sida enfoque integral. 1996. 2ª. Ed. CIB Medellín. P310.
37. Anderson JE and Dahlberg LL. High risk sexual behavior in the general population: results from a national survey 1988-1990. *Sexually Transmitted Diseases* 1992;19(6):320-325.
38. Greenberg JG, Magdar L, Aral S. Age at first coitus: a marker for risky sexual behavior in women. *Sexually Transmitted Diseases* 1992:331-334.

39. Saracco A; Musicco M; Nicolosi A; Angarano G; Arici C; Gavazzeni G; Costigliola P; Gafa S; Gervasoni C; Luzzati R; et al Man-to-woman sexual transmission of HIV: longitudinal study of 343 steady partners of infected men. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 1993 May, 6:5, 497-502.
40. Shah SM; Shapshak P; Rivers JE; Stewart RV; Weatherby NL; Xin KQ; Page JB; Chitwood DD; Mash DC; Vlahov D; McCoy CB. Detection of HIV-1 DNA in needle/syringes, paraphernalia, and washes from shooting galleries in Miami: a preliminary laboratory report. *Acquire Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*, 1996 Mar 1, 11:3, 301-6.
41. Lackritz EM; Satten GA; Aberle-Grasse J; Dodd RY; Raimondi VP; Janssen RS; Lewis WF; Notari EP 4th; Petersen LR. Estimated risk of transmission of the human immunodeficiency virus by screened blood in the United States. *N Engl J Med*, 1995 Dec 28, 333:26, 1721-5.
42. Public Health Service Guidelines for Testing and Counseling Blood and Plasma Donors for Human Immunodeficiency Virus Type 1 Antigen *MMWR* 1996. 45: RR-2 - March
43. Araneta MR; Mascola L; Eller A; O'Neil L; Ginsberg MM; Bursaw M; Marik J; Friedman S; Sims CA; Rekart ML; et al HIV transmission through donor artificial *JAMA*, 1995 Mar 15, 273:11, 854-8
44. Connor EM; Sperling RS; Gelber R; Kiselev P; Scott G; O'Sullivan MJ; VanDyke R; Bey M; Shearer W; Jacobson RL; et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study*. *N Engl J Med*, 1994 Nov 3, 331:18, 1173-80
45. Paul MO; Tetali S; Lesser ML; Abrams EJ; Wang XP; Kowalski R; Bamji M; Napolitano B; Gulick L; Bakshi S; et al. Laboratory diagnosis of infection status in infants perinatally exposed to human immunodeficiency virus type . *J Infect Dis*, 1996 Jan, 173:1, 68-76.
46. Fang G; Burger H; Grimson R; Tropper P; Nachman S; Mayers D; Weislow O; Moore R; Reyelt C; Hutcheon N; et al. Maternal plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA level: a determinant and projected threshold for mother-to-child transmission. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 1995 Dec 19, 92:26, 12100-4
47. Dickover RE, Garratty EM; Herman SA; SS Myung; Plaeger S, Boyer P, Keller M, Deveikis A, Stiehm ER, Bryson YJ. Identification of Levels of Maternal HIV-1 RNA Associated With Risk of Perinatal Transmission: Effect of Maternal Zidovudine Treatment on Viral Load *JAMA*. 1996;275:599-605.
48. *Journal Allergy Clin Immunol*. 95:575. 1996.
49. Abstract 412. 2do CRV. 1995.
50. Onorato IM; McCray E. Prevalence of human immunodeficiency virus infection among patients attending tuberculosis. *J Infect Dis*, 1992 Jan, 165:1, 87.

51. MMWR. 42 (RR-2). 1993 Enero 15.
52. CDC 1993. Revised classification system for HIV infection of definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992; 41 (RR-17).
53. DeVita V. Hellman S. Rosenberg S. AIDS. 1997. Lippincott Raven. New York. Capítulos 11-12.
54. Ho DD. Neumann AU. Perelson AS. Chen W. Et all. Rapid turnover of plasma virions and CD4 lymphocytes in HIV-1 infection. Nature 1995. 373:123-26.
55. Nájera Morrondo R. Gonzalez Lahos J. Diagnóstico de laboratorio de la infección por VIH. 1994 .Sociedad interdisciplinaria de SIDA. Madrid. 106 páginas.
56. O'Brien WA. Hartigan PM. Martin D. et all. Changes in plasma HIV-RNA and CD4 lymphocyte counts and the risk of progression to AIDS. N. Engl. J. Med 1996; 334: 426-31.
57. O'Brien TR. Blattner WA. Waters D. et all. Serum HIV-1 RNA levels and time to development to AIDS in the multicenter hemophilia cohort study. JAMA 1996 276:105-10.
58. Velásquez G. Gómez R. SIDA: Enfoque integral. 1996. CIB. Medellín. Capítulos 2, 3, 23, 24.
59. Wei X. Ghosh SK. Taylor ME. Et all. Viral dynamics in HIV type 1 infection. Nature 1995; 373: 117-22.
60. Saravolatz L., Winslow D. Collins G. et all. Zidovudine alone or in combination with didanosine or zalcitabine in hiv infected patients with the acquired immunodeficiency syndrome or fewer than 200 CD4 cells per cubic millimeter. N. England. J. Med. 1996 335: 1099-106.
61. Hammer S. Katzenstein D. Hughes M. et all. A trial comparing nucleoside monotherapy with combination therapy in HIV infected adults with CD4 cell counts from 200 to 500 per cubic millimeter. N. England. J. Med. 1996 335: 1081-90.
62. Corey L. Holmes R. Editorials. Therapy for HIV infection. What have we learn?. N. England. J. Med. 1996 335: 1242-43.
63. Graham N. Hoover D. park L. et all. Survival in HIV infected patients who have received zidovudine. Comparison of combination therapy with sequential monotherapy and continued zidovudine monotherapy. Ann. Intern. Med. 1996 124:1031-1038.
64. Staszewski S. Loveday Clive. Picazo J. et all. Safety and efficacy of Lamivudine-Zidovudine combination therapy in Zidovudine experienced patients. JAMA 1996 276:11-116.

66. Danner S. Carr A. Leonard J. et all. A short term study of the safety, pharmacokinetics and efficacy of ritonavir and inhibitor of hiv-1 protease. N. England. J. Med. 1996 156: 1073-1077.
67. Moore R. Reruly j. Chaisson R. Duration of the survivar benefit of Zidovudine therapy in HIV infection. Arch. Intern. Med. 1996 156:1073-1077.
68. Cohen O. Pantaleo G. Holodny M. et all. Antiretroviral monotherapy in early stage HIV disease has no detectable effect on virus load in peripheral blood and lymph nodes. J. I. D. 1996 173:849-56.
69. Carpenter Ch. Fischl M. Hammer Scott et all. Consensus Statment antiretroviral therapy for HIV infection in 1996. Recommendations of an international panel. JAMA 1996 276:146-154.
70. D'aquila R. Hughes M. Johnson V. et all. Nevirapine, Zidovudine, and Didanosine compares with zidovudine and didanosine in patients with HIV-1 infection. Ann. Intern. Med. 1996 124:1019-1030.
71. Collier A. Coombs R. Schoenfeld D. et all. Treatment of HIV infection with Saquinavir, Zidovudine and Zalcitabine. N. England. J. Med. 1996 334: 1011-17.
72. Bartlett J. Benoit Sh. Johson V. et all. Lamivudine plus Zidovudine compared with Zalcitabine plus Zidovudine in patients with HIV infection. Ann. Intern. Med. 1996 125:161-172.
73. Rachlis AR. Zidovudine (retrovir) Update. Canadian Medical association Journal 1990 143: 1177-1185.
74. Schooley R. Ramirez Ronda C. Lange J. et all. Virologic and immunologic benefits of initial combination therapy with Zidovudine and zalcitabine or Didanosine compared with zidovudine monoteraphy. JID 1996 173:1354-66
75. Moore R. Fortang I. reruly J. et all. Adverse events from drug therapy for HIV disease. Am. J. Med. 1996 101;34-40.
76. Mellors J. Rinaldo Ch. Gupta Ph. Et all. Prognosis in HIV infection predicted by the quantity of virus in plasma. Science 1996 272: 1167-1170.
77. Ratlama Ch. Ingrand D. Loveday C. et all. Safety and efficacy of Lamivudine - Zidovudine combination therapy in antiretroviral naive petients. JAMA 1996 276;118-125.
78. Carpenter CJ. Fischl MA, Hammer SM et all. Antiretroviral therapy for HIV infection in 1997. JAMA 1997 277.
79. Guidelines Issues for prention of opportunistic infections in persons with HIV. American Family Physician 1995 52:1922-26.
80. Gallant JE. Moore RD. Chaisson RE. Prophylaxis for opportunistic infections in patients with HIV infection. Annals of Internal Medicine 1994 120:932-44

81. USPHS/ID SA Guidelines for the prevention of opportunistic infections in persons infected with HIV: a summary. *Annals of Internal Medicine* 1996 124:349-368.
82. Wiznia A. Lambert G. Pavlakis S. Pediatric HIV Infection. *Med. Clin. N. AM.* 1996 80;1309-1336.
83. López P. Levy A. Caicedo Y. SIDA en Pediatría. 1997. Segunda edición. Dpto de Pediatría. U. del Valle. Cali.
84. Domachowske JB. Pediatric HIV infection. *Clin. Microb. Rev.* 1996 9:448-68.
85. ACTG 076 group. Reduction of maternal infant transmission of HIV with zidovudine treatment. *N. Engl. J. Med.* 1994. 331:1173-80
86. Landesman S. Kalish L. Burns DN. Obstetrical factors and the transmission of HIV from mother to child . *N. Engl. J. Med.* 1996. 334:1617-23.
87. Church JA. The diagnosis challenge of the child born at risk for HIV infection. *Ped. Clin. N. Amer.* 1994 41:715-726
88. USPHS/IDSA Guidelines for the prevention of opportunistic infections in persons infected with HIV: a summary. *Ann. Int. Med.* 1996 124:349-368.
89. Use of AZT to prevent perinatal VIH transmission (ACTG-076). *MMWR* July 1995 Vol 44 No. RR 7.
90. Carpenter CJ. Fischl MA. Hammer SM et all. Antiretroviral therapy for HIV infection in 1996. *JAMA* 1996 276: 146-154.
91. Academia Americana de Pediatría. 1997. Pagina 290.
92. Memorias del segundo encuentro sobre responsabilidad. Junio 7-8 de 1995. Responsabilidad por transmisión de enfermedades. Instituto de responsabilidad civil y del estado.
93. CORREA, María, SÁNCHEZ, Juanita, URIBE, Adriana. Gerencia de la calidad para atención de pacientes infectados por HIV/SIDA. Universidad de Antioquia. Medellín.1997.
94. República de Colombia. Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.Acuerdo Número 49. Santafé de Bogotá.
95. República de Colombia. Ministerio de Salud.Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida. Fondo Nacional de Medicamentos de Alto Impacto Social. Reglamento para acceder a los medicamentos. Santafé de Bogotá. 1997.
96. República de Colombia. Ministerio de Salud.Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.Acuerdo Número 53.Santafé de Bogotá. 1997.
97. Corte Constitucional. Sentencia T- 271 de junio 23 de1995. Magistrado ponente:Dr. Alejandro Martínez Caballero.

98. Corte Constitucional. Sentencia Número SU-256/96. Magistrado Ponente: Dr. Vladimiro Naranjo Mesa.
99. Corte Constitucional. Sentencia T- 505 de agosto 28 de 1992. Magistrado Ponente: Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz
100. Anuario de Tutela 1995.Sentencia T-502. Ponente: Antonio Barrera Carbonell.04/11/94. pg. 149. Sentencia T- 082. T-083. Ponente: Jorge Arango Mejia.01/03/94.
101. Anuario de Tutela 1996 Sentencias T-001,T-002. Ponente:José Gregorio Hernandez Galindo.16/01/95. Sentencia T-020. Ponente: Alejandro Martínez Caballero. 01/02/95.
102. República de Colombia. Ministerio de Salud. Decreto Número1543 de 1997.
103. EL ESPECTADOR, 30 de julio de 1997.
104. EL TIEMPO, 30 de julio de 1997.