

N° 38374-S

La Gaceta, 26 de mayo de 2014

LA PRESIDENTA DE LA REPÚBLICA

Y LA MINISTRA DE SALUD

En uso de las facultades que le confieren los artículos 140 incisos 3) y 18) y 146 de la Constitución Política; artículo 28 párrafo segundo de la Ley N° 6227 del 2 de mayo de 1978 “Ley General de la Administración Pública”; artículos 1, 2, 3 y 9 de la Ley N° 5395 de 30 de octubre de 1973 “Ley General de Salud”; artículo 2 inciso b) y c) de la Ley N° 5412 de 8 de noviembre de 1973 “Ley Orgánica del Ministerio de Salud”, Ley N° 7771 de 20 de mayo de 1998 “Ley General del VIH/SIDA de la República de Costa Rica”.

Considerando:

1°—Que la Salud de la población es tanto un derecho humano fundamental, como un bien de interés público tutelado por el Estado.

2°—Que es función del Estado a través de sus instituciones velar por la protección de la salud de la población y garantizar el bienestar de los ciudadanos.

3°—Que la prevención y control de las enfermedades inmunoprevenibles es una de las principales prioridades de la salud pública en Costa Rica.

4°—Que el virus del VIH/SIDA de acuerdo a datos epidemiológicos ha ido en aumento su prevalencia razón por la cual, en el contexto de la rectoría como producción social, el Ministerio de Salud debe reforzar las políticas en este campo, y establecer medios efectivos de prevención, detección y tratamiento de esta enfermedad.

5°—Que mediante la toma de decisiones en evidencia científica y el análisis de nuestra situación de salud, el país debe actualizarse ante el virus de VIH/SIDA, para lograr reducir las brechas sociales para avanzar hacia una mayor equidad.

6°—Que por todas las consideraciones expuestas, se hace necesario y oportuno la Oficialización de la Norma para la Atención Integral de Personas con VIH/SIDA. Por tanto:

DECRETAN:

OFICIALIZACIÓN DE LA NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON VIH/SIDA

Artículo 1°—Oficialícese para efectos de aplicación obligatoria la Norma Nacional para la Atención de Personas con VIH/SIDA.

Artículo 2º—El Ministerio de Salud velará por la correcta aplicación de la presente política.

Artículo 3º—Rige a partir de su publicación.

Dado en la Presidencia de la República.—San José, a los diez días del mes de abril del dos mil catorce.

LAURA CHINCHILLA MIRANDA.—La Ministra de Salud, Dra. Daisy María Corrales Díaz.—1 vez.—O. C. N° 21319.—Solicitud N° 2763.—C841305.—(D38374-IN20130526).

Presentación. El síndrome de inmunodeficiencia humana aparece como una enfermedad emergente identificada en 1981 y alcanzó rápidamente proporciones de pandemia. Posteriormente se identificó el virus causante como un retrovirus, así como su genoma, sus mecanismos de replicación, su diversidad su fisiopatología y otros hallazgos que han ayudado a crear tratamientos pero también han confirmado que la dificultad de encontrar una cura definitiva en el corto plazo

A finales del 2010 se estima que 34 millones de personas viven con VIH en el mundo y a pesar de que se estima que la tasa de nuevas infecciones en el mundo va en decremento estamos lejos de haber controlado la epidemia sobre todo en grupos vulnerables.

Mucho se ha avanzado en el mejoramiento de las pruebas diagnósticas, la simplificación de algoritmos, mejores medicamentos y esquemas terapéuticos que han convertido a esta enfermedad en una patología crónica, y dejó de ser una enfermedad mortal, sin embargo esto ha traído nuevos retos como lo es la presentación de patologías por efectos propios del virus a largo plazo como la toxicidad de los medicamentos y la posible resistencia.

En Costa Rica se presenta una epidemia concentrada basada en estudios de comportamiento realizados con una prevalencia en hombres que tienen sexo con hombres del 10.9 %, concentrados en el Gran Área Metropolitana.

Por tanto se presenta este documento como una manera de estandarizar los procedimientos con el fin de garantizar un correcto abordaje de las personas con VIH.

Glosario

ARV: Antiretroviral

CD4: Linfocitos T con receptor de CD4 positivo

CV: Carga viral

CVIHa: Clínica de atención integral de VIH.

ELISA: acrónimo del inglés Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay, Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas es una técnica de inmunoensayo en la cual un antígeno inmovilizado se detecta mediante un anticuerpo enlazado a una enzima capaz de generar un producto detectable como cambio de color o algún otro tipo.

HNN: Hospital Nacional de Niños

II: Inhibidor de la Integrasa

IP: Inhibidor de proteasa

ITIN: Inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleósido

ITINN: Inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido

PCR: Reacción de Cadena de Polimerasa

Perinatal: todo aquello que es en materia de tiempo inmediatamente anterior o posterior al momento del nacimiento del bebé, es decir, desde la semana 28 de gestación aproximadamente hasta los primeros siete días después del parto.

PPE. Profilaxis post exposición

PPTPN: Programa de Prevención de la Transmisión Perinatal de VIH

PR-VIH: Prueba rápida de VIH

TARV: Terapia antiretroviral

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

VIH +: seropositivo por VIH

Acrónimos de medicamentos antiretrovirales

AZT (ZDV): Zidovudina

Ddl: Didanosina

D4T: Estavudina

3TC: Lamivudina

ABC: Abacavir

FTC: Emtricitabina

EFV: Efavirenz

TDF: Tenofovir

1. **Objetivo y campo de aplicación**

- Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios para la prevención, diagnóstico, tratamiento, para la atención de pacientes con VIH/SIDA.
- Esta Norma es de carácter obligatorio para todo el personal de salud, profesional y auxiliar de los sectores público, privado y afines que brinden atención médica.

2. **Prevención.** Desde el inicio de la epidemia se han adquirido muchos conocimientos sobre cómo controlar mejor la propagación del VIH, sin embargo la prevención de nuevos casos de VIH requiere de acciones programáticas permanentes y basadas en los siguientes aspectos:

1. Prevenir la transmisión sexual del VIH.
2. Prevenir la transmisión materno infantil del VIH.
3. Prevenir la transmisión del VIH a través del consumo de drogas intravenosas, incluyendo medidas para la reducción del daño.
4. Velar por la seguridad en el suministro de sangre.
5. Prevenir la transmisión del VIH en establecimientos de salud.
6. Promover un mayor acceso al asesoramiento y las pruebas voluntarias y fomentar al mismo tiempo los principios de confidencialidad y consentimiento.
7. Integrar la prevención del VIH en los servicios de atención integral en la personas con VIH.
9. Proporcionar información y educación relacionadas con el VIH.
10. Hacer frente al estigma y la discriminación relacionados con el VIH y reducirlos.
11. Contar con datos que sirvan como materia prima para elaboración de estadísticas a nivel nacional, regional, local.

2.1 **Acciones de Prevención**

- a) **Accesibilidad de la prueba.** Es fundamental en toda estrategia de prevención del VIH. Deben impulsarse esfuerzos para alentar a la población a conocer su estado serológico respecto al VIH mediante asesoramiento y pruebas voluntarias solicitadas por el paciente y la oferta sistemática de pruebas en los establecimientos de salud, respetando siempre los principios de confidencialidad y consentimiento y debe proporcionarse asesoramiento

b) Indicaciones para la realización de pruebas

1. Toda persona que lo solicite, no debe ser desalentada a realizarla
2. Hacer una prueba por VIH a toda persona en edad fértil y sexualmente activa una adulto con vida sexual activa, una vez al año, (CDC,2010)
3. En poblaciones con factores de riesgo (abuso de sustancias alcohol o drogas, HSH, personas con múltiples parejas sexuales, trabajadores del sexo que no usan protección una vez al año al menos:
 - i. Parejas activas de personas infectadas por VIH cada seis meses.
 - ii. Toda mujer embarazada en la primera consulta prenatal. Es fundamental que en la orden se especifique que se trata de una mujer embarazada para que se le dé prioridad en la realización y en la comunicación del resultado
 - iii. Toda persona que consulte por una infección de transmisión sexual (Sífilis, Herpes, clamidia, papiloma virus humano, etc.).
 - iv. Toda persona con tuberculosis
 - v. Toda persona con hepatitis B ó C
 - vi. Toda persona con cualquier enfermedad o síntoma definitoria de sida

c) Prevención secundaria y terciaria en personas que viven con VIH esta se debe basar en tres pilares:

- i. Educación
- ii. preservativos
- iii. Tratamiento

2.1.1 Prevención de la transmisión perinatal del Virus de la Inmunodeficiencia Humana en Costa Rica. Esta estrategia se puede aplicar en cualquier momento que se inicie el control prenatal y está sustentada en cuatro elementos:

1. Tamizaje de la mujer embarazada en la primera consulta prenatal, idealmente durante el primer trimestre, pero puede ser en cualquier momento que se inicie el control prenatal. Y en aquellas que no recibieron atención prenatal, tamizar en momento de expulsión
2. Notificación inmediata de pruebas de tamizaje positivas al área de salud correspondiente para ubicar a la paciente lo más pronto posible y emitir

referencia inmediata a la clínica del VIH del H nacional de la jurisdicción correspondiente para continuar con las medidas de prevención de la transmisión materno fetal.

3. Disponibilidad ininterrumpida de los medicamentos antirretrovirales, en las presentaciones oral (tabletas y solución) e intravenosa que se indican en estas guías. El personal de salud encargado de ofrecer estos medicamentos debe conocer su dosificación y utilización, efectos adversos, contraindicaciones y los efectos reportados sobre el feto y el recién nacido, para ofrecer la consejería adecuada a la madre VIH+.
4. Reportar cualquier efecto adverso y no esperado a farmacovigilancia MS y CCSS.

a) **Actividades para la prevención perinatal del VIH.** La estrategia de prevención debe implementar todas las actividades que se enumeran:

- I. **Tamizaje de la mujer embarazada.** Todas las mujeres que acuden a la primera consulta prenatal, deben recibir consejería sobre los beneficios del tamizaje prenatal para VIH. Después de obtener el consentimiento de la mujer para que se realice la prueba de VIH, se debe enviar al laboratorio clínico para la toma de la muestra.

La muestra se debe tomar el mismo día de la PRIMERA CONSULTA PRENATAL y no citar a la paciente para otro día. Debe rotularse como “embarazada” e indicar algún teléfono directo para el reporte inmediato de pruebas positivas. Los servicios de atención primaria deben asegurarse de dar seguimiento a estas órdenes de laboratorio para obtener los resultados lo antes posible. Un resultado del VIH reactivo en una mujer embarazada debe considerarse, referirse de inmediato a la clínica de VIH del Hospital mediante referencia y comunicación por fax.

Las normas internacionales (OPS/OMS) y la ley general del VIH-sida vigentes, no obligan a que el consentimiento sea por escrito o firmado por la paciente. La recomendación que prevalece es la de simplificar el procedimiento tanto como sea posible. No obstante debe quedar por escrito en el expediente por el profesional tratante que se dio información y la paciente consintió o no consintió.

Los casos con ELISA-VIH reactivo (con cualquier nivel de lectura, los reportes indeterminado o en zona gris se deben considerar como reactivos hasta que no se demuestre lo contrario) deben ser reportados de inmediato por parte del laboratorio al personal de salud que atendió la consulta prenatal. A este nivel no se requiere tomar más pruebas en relación con el diagnóstico de VIH. Con la información del ELISA-VIH la madre debe ser localizada y citada a la mayor brevedad posible en el nivel local, en dicha cita se le debe dar una referencia médica y explicar el motivo de referencia y referirla de inmediato a la Clínica de atención de VIH (CVIHa), en la CCSS las clínicas actualmente están en: el Hospital Calderón Guardia, Hospital México, Hospital Monseñor Sanabria, Hospital de Alajuela o hospital San Juan de Dios. Es conveniente notificar el caso por teléfono al personal de la Clínica. En el

nivel local en que se detectó la madre con ELISA-VIH reactivo, no se deben tomar otras muestras, se debe proceder de inmediato a referir la madre.

A nivel de la CVIHa se solicitarán las pruebas confirmatorias. El resultado de estas debe ser reportado lo antes posible a la CVIHa y la paciente debe ser citada para consejería, discusión de los resultados y para ofrecerle el tratamiento adecuado a su condición de mujer embarazada VIH+ para la prevención de la transmisión perinatal.

Con el diagnóstico de una mujer embarazada infectada por VIH, la CVIHa referirá la paciente y coordinará con Servicio de Obstetricia correspondiente para el manejo y seguimiento.

Si la paciente rehúsa realizarse el ELISA-VIH durante el embarazo, durante el parto, el personal de salud puede y debe realizarlo al neonato. Si la mujer no tuvo control prenatal o no se tamizó durante el embarazo, se debe realizar una prueba rápida para VIH (PR-VIH) al momento del parto o en su defecto un ELISA-VIH. A toda mujer que se presente a la maternidad en labor sin diagnóstico o que desconozca su resultado de la prueba de ELISA-VIH, se le debe realizar una PR-VIH o un ELISA-VIH (ver punto II.4).

II. Terapia antirretroviral (TARV) para la mujer embarazada con VIH. La embarazada con VIH será candidata a recibir durante el embarazo TARV triasociada, la CVIHa será la encargada de explicar a la madre los resultados de sus estudios de laboratorio, el tratamiento con ARV que se propone y sus beneficios, efectos adversos, contraindicaciones y las ventajas y desventajas para el recién nacido. Se debe aprovechar para discutir con la madre todos los elementos que componen la estrategia de prevención para la transmisión perinatal del VIH. La madre informada adecuadamente debe dar su consentimiento para iniciar o continuar con el uso de antirretrovirales durante el embarazo.

Las mujeres embarazadas VIH+ referidas o en control en las CVIHa pueden presentar, dependiendo del momento de referencia y de su experiencia con el uso de antirretrovirales, las siguientes situaciones:

1. Mujer embarazada con VIH, con 12 o más semanas de gestación y sin TARV previa.
 - a. Discutir e iniciar a partir de la semana 12 de gestación, Zidovudina, Lamivudina y Lopinavir/Ritonavir.
 - b. Zidovudina IV durante labor de parto
 - c. Referir a obstetricia y recomendar vía de parto por cesárea en la semana 38 de gestación.

2. Mujeres con VIH con TARV que se inició antes del embarazo.
 - a. Explicar a la madre la TARV que se propone (durante el embarazo, parto y periodo neonatal) y sus beneficios, efectos adversos, contraindicaciones y las ventajas y desventajas para el recién nacido.
 - b. Si el diagnóstico del embarazo se hace antes de la semana 12 y existe riesgo de falla por dosis reducidas o intermitentes, debido a hiperémesis gravídica, se recomienda interrumpir el tratamiento hasta la semana 12.
 - c. Continuar con la TARV que la mujer está recibiendo, si no existe la condición del punto b y la CVp está no detectable.
 - d. Si está recibiendo Efavirenz, se le debe suspender lo antes posible, sustituirlo por Lopinavir/ritonavir y discutir con la madre el riesgo para el feto por la exposición a Efavirenz.
 - e. Si la madre se presenta con un embarazo mayor de 12 semanas, con carga viral no detectable, se debe mantener el TARV sin modificarlo, aunque este contenga Efavirenz y no contenga Zidovudina. Las excepciones a esta recomendación son que la paciente este con monoterapia con inhibidores de proteasa o esté recibiendo D4T y/o ddI, que no deben prescribirse durante el embarazo. Estos pacientes deben ser motivo de discusión en el grupo de expertos. Si tiene carga viral detectable entonces es urgente adecuar el tratamiento, para lograr supresión viral y el caso debe discutirse en el grupo de expertos.
 - f. Implementar las indicaciones para labor, vía de parto y para el recién nacido.
3. En todas las mujeres con TARV durante el embarazo, se debe aumentar el Lopinavir/Ritonavir a 3 tabletas cada 12 horas a partir del 2do trimestre.
4. Mujeres con VIH, en el periodo de labor, sin TARVprevia.
 - a. Implementar las indicaciones para labor y para el recién nacido.
5. Mujeres con VIH, que rehúsan el uso de TARV durante el embarazo.
 - a. Se les debe dar la consejería adecuada e insistir sobre los beneficios para el recién nacido de la TARV. Si persiste en su decisión, considerar hospitalización e intervención del Patronato Nacional de la Infancia.
 - b. Implementar las indicaciones para labor y para el recién nacido.
6. Mujeres con VIH con CVp detectable en el 3er trimestre:
 - a. Hospitalizar para TARV directamente observada.

III. Labor.

1. Iniciar Zidovudina IV, 3 horas antes del inicio de la cirugía para cesárea programada y luego mantener la infusión hasta que se complete el nacimiento.
2. Si en el hospital donde se está atendiendo el parto no hay disponible AZT IV, se puede sustituir por el siguiente esquema: AZT 300 mg c/3 horas VO más lamivudina (3TC) 150 mg c/12 horas VO durante el tiempo que dure el periodo de labor.

IV. Vía de parto. Durante el trabajo de parto y el parto se da el 65% de la transmisión perinatal, por exposición del recién nacido a sangre y secreciones maternas que contienen el VIH. Los mecanismos discutidos para explicar transmisión son microtransfusiones sanguíneas durante las contracciones, ascenso del virus de vagina y cérvix cuando se da la ruptura de membranas y la absorción del VIH a través del tracto digestivo del recién nacido. Existe amplia evidencia médica que demuestra que la cesárea electiva (antes del inicio de labor y de la ruptura de membranas), programada para las 38 semanas de edad gestacional, disminuye por sí sola el riesgo de transmisión perinatal del VIH. También hay evidencia de que mientras más instrumentado y prolongado sea el parto vaginal, mayor es el riesgo de transmisión perinatal del VIH. La ruptura prematura de membranas se asocia con aumento del riesgo de transmisión, principalmente a partir de las 4 horas y con aumento lineal de 2% por cada hora posterior. Recientemente hay estudios que indican la reducción del riesgo si la madre tiene carga viral <1000 copias/ml, sin embargo esta consideración no se debe tener en madres con carga viral desconocida al parto o que no han recibido un PPTPN completo o bien en sistemas de salud en que no se tiene normada la CVp preparto.

Con base en la evidencia descrita, las recomendaciones en cuanto a la vía de parto son:

1. Se debe indicar vía de parto por cesárea programada independientemente de la carga viral que la mujer tenga durante el embarazo.
2. Mujeres con VIH recibiendo TARV triple: parto por cesárea programada a la semana 38 de gestación. Además implementar las indicaciones II.1b y II.1c y VI.
3. Mujeres con VIH en las cuales está indicado un parto por cesárea programada que no es posible realizar: dar vía de parto por vía vaginal, con el mínimo de trauma posible, no instrumentado y sin ruptura artificial de membranas. Además implementar las indicaciones II.1b y II.1c y VI.
4. Mujeres con VIH que inician labor de parto con o sin ruptura de membranas: una vez que la mujer ya inició la labor de parto, lo más importante es que el niño nazca lo más pronto posible, por lo que se debe escoger la vía de parto que logre esto más rápidamente. La urgencia para acelerar el parto es mayor si hay ruptura de membranas. Siempre que se escoja la vía vaginal debe ser lo más rápida y menos instrumentada posible.

5. Mujeres en prelabor o labor, con condición serológica para VIH desconocida: realizar PR-VIH o ELISA-VIH y comunicar el resultado de inmediato a los médicos tratantes. Si la prueba rápida es positiva, tomar de inmediato muestra de sangre para ELISA-VIH y Western-Blot VIH y en un tubo con EDTA una muestra para carga viral. Indicar AZT iv en labor y dar vía de parto por cesárea como una emergencia. Además implementar las indicaciones VI para el recién nacido.

V. **Consejería para la madre VIH+ sobre adherencia al tratamiento, lactancia materna, sexo seguro y nuevos embarazos.** En el ámbito de la CVIHa y de la consulta prenatal, se debe iniciar un proceso de consejería con la mujer embarazada y su pareja sobre las posibilidades de transmisión del VIH de la madre al niño, la importancia de la adherencia al TARV y de evitar la lactancia materna y la premasticación de alimentos para el niño (a), planificación de futuros embarazos, posibilidades de esterilización y prácticas de sexo seguro.

VI. **Seguimiento de la madre VIH+ en la CVIHa.** En el ámbito de la CVIHa se tomarán las disposiciones necesarias para el seguimiento y tratamiento de la madre después del parto.

VII. **Atención en el periodo neonatal del hijo (a) de madre con VIH.** En el uso profiláctico de antirretrovirales en el recién nacido, se debe poner atención al riesgo que ofrecen las posibles situaciones clínicas. Los niños (as) nacidos de madres que recibieron los segmentos del PPTPN correspondientes al embarazo y labor y que tuvieron supresión viral efectiva, tienen un riesgo bajo de infección del VIH y para ellos el uso de profilaxis con AZT postnatal es suficiente. Si el caso es el de un recién nacido de una madre que recibió un PPTPN completo pero no llega al parto con supresión viral, debemos tomar en cuenta que el riesgo de TPN de VIH está relacionado con la carga viral de la madre pre parto y aumenta en estos casos si el parto es vaginal. En estos casos no hay evidencia de que 2 o 3 ARV profilácticos en el recién nacido ofrezcan protección adicional. El mayor riesgo se da en madres que no recibieron ninguna porción del PPTPN, es en estos casos que la evidencia indica que se debe dar profilaxis del recién nacido con más de dos medicamentos ARV (1, 18).

Las recomendaciones para el manejo del recién nacido son:

1. Profilaxis con Zidovudina: el recién nacido debe iniciar tratamiento profiláctico con Zidovudina a las 8 horas de edad y debe mantenerse durante 6 semanas. La Zidovudina se debe dar sin mezclarla con alimentos, a una dosis de 4 mg/Kg de peso corporal /dosis cada 12 horas. Se debe utilizar la presentación de solución oral, que contiene 10 mg/ml en frascos de 100 ml.

Si el recién nacido no tolera la vía oral, indicar Zidovudina 3 mg/Kg de peso corporal/ dosis vía IV, cada 12 horas.

Cuando se trata de recién nacidos menores de 35 semanas de gestación al nacimiento se recomienda:

- a. Recién nacido ≥ 30 a < 35 semanas de gestación al nacimiento: ZDV 2 mg/Kg de peso corporal/dosis VO (o 1,5 mg/Kg de peso corporal/dosis IV) cada 12 horas. A partir de los 15 días de edad aumentar la dosis a 3 mg/Kg de peso corporal/dosis VO (o 2,3 mg/Kg de peso corporal/dosis IV) cada 12 horas.
 - b. Recién nacido < 30 semanas de gestación al nacimiento: se inicia igual que el recién nacido ≥ 30 a < 35 semanas, pero se aumenta la dosis después de las 4 semanas de edad.
2. La profilaxis antirretroviral adicional cuando la madre no recibió profilaxis pre parto, es con AZT y 3TC. La presentación de 3TC es en solución oral en frascos de 10 mg/ml en 240 ml, con una dosis para el recién nacido de profilaxis de 2 mg/Kg de peso corporal/dosis VO cada 12 horas. En la madre sin PPTPN en la cual se documenta un Elisa-VIH reactivo en el postparto inmediato antes de su egreso, se recomienda el esquema del punto V.2 mientras se confirma el diagnóstico de la madre.
 3. Suspensión de la lactancia materna: se le debe explicar a la madre que existe evidencia de que el virus VIH se puede transmitir a través de la leche materna y que este factor de riesgo se debe evitar suspendiendo la lactancia materna. El riesgo añadido transmisión de VIH por LM es de alrededor de 14% y de 29% si se da la lactancia durante la infección aguda de la madre. Se le debe indicar a la madre que contará con el suministro mensual de una fórmula a base de leche de vaca.
 4. Suspensión de la vacunación con BCG: informar a la madre que esta vacuna está compuesta por una bacteria viva, atenuada y explicarle que puede darse el riesgo de diseminación si su hijo presenta defectos en la función de su sistema inmune, como consecuencia de la infección por VIH.
 5. Referencia: reportar el caso para seguimiento y para obtener la cita de control, al servicio de Inmunología del Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera, en forma personal o al teléfono 25233600 extensión 3309. La hora más adecuada para comunicarse es de 8-11 am o de 1-3 pm de lunes a viernes. En la referencia enviada con el paciente indicar: cuales componentes del PPTPN recibió la madre y el niño, fecha y valor de la última carga viral y CD4 de la madre y si se realizó salpingectomía.

VIII. Atención del niño(a) en la CVIH-HNN. Durante el período en que se define si el producto de una madre VIH+ está infectado o no, el niño (a) va a recibir atención y control en la CVIH-HNN. Durante este periodo debe continuar con el control de niño (a) sano en el EBAIS local y recibir la atención de los aspectos de crecimiento, desarrollo psicomotor y vacunación. En el nivel primario de atención no se debe solicitar pruebas de ELISA-VIH para estos niños (as).

En la vacunación, se evita el uso de vacunas con virus o bacterias vivas. No se utiliza BCG en el recién nacido de una madre infectada por VIH. No se debe sustituir la vacuna contra polio, porque en el esquema actual es un virus inactivado contenido en la vacuna Pentaxim que se aplica a los 2, 4, 6 y 15 meses de edad. Los hijos de madres VIH+ no deben recibir vacuna de polio oral (virus vivos atenuados), para evitar el riesgo de polio asociado a la vacunación en los miembros de la familia con infección por VIH.

La profilaxis con Trimetoprim/sulfametoxazol evita que la pneumonitis intersticial por *Pneumocystis jirovecii* sea la patología de inicio en los casos de niños (as) que se han infectado por VIH. Por esta razón se recomienda el uso de profilaxis a partir de la semana 4 de edad y hasta que se determine su condición de no infectado.

Se debe procurar el diagnóstico temprano de infección por VIH+, con la determinación de PCR-ADN en las células mononucleares del niño (a), lo cual permite suspender medicamentos innecesarios cuando no hay infección o iniciar el TARV en los casos en los que se demuestre la transmisión del VIH de la madre al niño (a).

En los pacientes identificados como serovertedores, es decir no infectados por VIH, se continúa su control anual hasta los 4 años de edad.

Los pacientes infectados por VIH continúan su tratamiento en la consulta correspondiente de la CVIH- HNN.

IX.

2.1.2 Profilaxis postexposición ocupacional del Virus de la Inmunodeficiencia Humana en Costa Rica. Para prevenir la infección entre el personal sanitario el objetivo se dirige a minimizar las exposiciones al riesgo de transmisión. Se deben tener procedimientos claros efectivos y conocidos por todo el personal para la manipulación de material médico desechable y no desechable.

Se debe contar con acceso a diagnóstico para los pacientes fuente de la exposición. Se debe realizar una valoración de riesgo que determine la probabilidad de transmisión y la valoración por personal de medicina laboral que confirme que corresponde a un accidente laboral. Acceso efectivo y rápido a tratamiento profiláctico post exposición (ideal 4 horas o menos) para las personas que han sufrido el accidente.

Manejo del accidente

1. En el momento del accidente lo primero a realizar es un lavado profuso de la herida con agua y jabón, sin restregar. Si la herida es en un dedo, mano o brazo se puede presionar en sentido distal a proximal favoreciendo la salida de sangre (‘ordeñar la herida’) sin aumentar el trauma local.

2. Recolección de datos del proceso del accidente:

3. Determinación y clasificación de riesgo

Si el paciente fuente NO era conocido VIH positivo, se debe encargar a alguien inmediatamente de establecer si hay riesgo epidemiológico y de solicitarle una muestra de sangre. Al paciente fuente hay que explicarle que hubo un accidente ocupacional y que es necesario realizarse varias pruebas para protección de él y del personal de salud que sufrió el accidente.

La muestra de sangre debe ser llevada inmediatamente al laboratorio de serología o al banco de sangre, especificando claramente que se trata de la muestra del caso fuente de un accidente ocupacional, solicitando la realización de ELISA por VIH, serología por HBV y HCV.

Todos estos datos son fundamentales para poder establecer el riesgo del accidente así como la necesidad de diferentes medidas preventivas.

Todo paciente que sufra accidente de riesgo para VIH debe recibir consejería general sobre el accidente. Dentro de la consejería que se debe discutir sobre riesgos reales, necesidad de adherencia a la PPE, efectos secundarios de la PPE y su manejo, uso de preservativo hasta descartar definitivamente la infección y otros.

Existe la probabilidad de alto riesgo para la infección por VIH cuando (deben darse ambas situaciones):

- a. Existe verdadera herida penetrante o salpicadura directa a mucosas con exposición de sangre o líquidos de riesgo para la transmisión del VIH (sangre, semen, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico amniótico)
- b. El/la paciente fuente es conocido VIH positivo o es de riesgo epidemiológico para VIH.

Si existe alto riesgo para infección por VIH iniciar TARV con tres medicamentos con eficacia comprobada tan pronto como sea posible, lo ideal es las primeras 4 horas. Si se acude luego de 72 horas se recomienda iniciar TARV solo en casos de exposiciones de muy alto riesgo valorado por un especialista.

...”La terapia con zidovudina se ha asociado con un menor riesgo de infección por VIH y se ha convertido en el estándar de cuidado para los trabajadores de la salud que tienen punción percutánea (por ejemplo, pinchazo de aguja) la exposición al VIH, pero si estos resultados se pueden extrapolar a otras situaciones de exposición, incluyendo sexual asalto, es

desconocido...”(U.S. Department of Justice Office on Violence Against Women. 2013)

Dar seguimiento al accidente laboral con sus respectivas pruebas de laboratorio según recomendación del especialista.

- 2.1.3 **Profilaxis post exposición en caso de víctimas de violación sexual para Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana e Infecciones de transmisión sexual.** La profilaxis luego de una exposición (PPE) específicamente luego de una violación, es una forma de prevención secundaria de la infección por VIH. Consiste en la administración por una corta duración (4 semanas) de fármacos antirretrovirales (ARV).

En general, existe riesgo de infección solamente si el agresor es VIH positivo, más cuanto mayor sea su carga viral, si padece otras ITS, la víctima tiene lesiones genitales y hubo eyaculación.

Factores como: la probabilidad de que el agresor tiene el VIH, el tiempo transcurrido desde el evento, las características de la exposición, y la epidemiología local de VIH / SIDA, potencian la exposición a riesgo alto.

Siempre que se tenga un responsable o sospechoso del acto se le debe realizar serología por VIH de inmediato. Se debe valorar cada caso en forma individual para establecer el riesgo real de la víctima de haber contraído infección por VIH.

Evaluación de riesgo para prescripción de tratamiento ARV

La terapia profiláctica antirretroviral es un tratamiento efectivo para evitar la transmisión del VIH en casos que lo amerite. Este no es un tratamiento inocuo, por lo tanto es importante la valoración individualizada de cada persona víctima de violación; y así con base en el riesgo/beneficio determinar la necesidad de la prescripción.

Indicaciones para la profilaxis.

En general, la recomendación se hace según el riesgo de adquirir la infección por VIH con base en la exposición sufrida por la persona (ver algoritmo 1).

Se considera imprescindible que la exposición sea ocasional y no recurrente, y que la persona esté dispuesta a seguir el tratamiento y los controles necesarios durante todo el tiempo de seguimiento. El consentimiento informado es esencial.

El caso debe ser abordado interdisciplinariamente tanto en el inicio como en el seguimiento. El trabajo de psicología y trabajo social es esencial para evitar la victimización y mejorar la calidad de vida de las víctimas.

Proporcionar información sobre los riesgos con respecto a la posibilidad de contraer VIH e ITS y la importancia de consentir el tratamiento profiláctico.

Al igual que con el VIH, ofrecer a los pacientes información sobre los riesgos de las ITS, los síntomas y la necesidad de un examen inmediato si se presentan síntomas, las pruebas y las opciones de tratamiento, y la necesidad de la abstinencia o el uso de barrera (condones) durante las relaciones sexuales hasta que se complete cualquier tratamiento recibido.

En todo paciente se deben establecer su estado basal del VIH y de ITS, dentro de las 72 horas después del asalto sexual. Sin embargo, incluso si el asalto no se considera un alto riesgo de exposición al VIH, algunos pacientes pueden todavía querer ser examinado.

Evaluar la necesidad de ofrecer profilaxis post exposición VIH e ITS. En ciertas circunstancias, la probabilidad de transmisión del VIH se puede reducir mediante el tratamiento posterior a la exposición para el VIH con fármacos antirretrovirales. post-exposición.

Todo caso de violencia sexual antes de prescribir PPE debe recibir contención y atención psicológica.



3. **Diagnóstico.** Desde el inicio de la epidemia de VIH y sida, el diagnóstico de laboratorio ha desempeñado un papel decisivo en el control de la enfermedad.

Las pruebas diagnósticas para VIH cumplen una función primordial en la prevención de la transmisión del virus, en la vigilancia epidemiológica, así como brindar la oportunidad para el acceso a una mejor calidad de atención y al tratamiento antirretroviral.

El diagnóstico de la infección por el VIH es usualmente realizado con la detección de anticuerpos contra el VIH. Las pruebas serológicas para detectar anticuerpos contra el VIH son generalmente clasificadas como pruebas de tamizaje y pruebas confirmatorias. Las pruebas iniciales proveen la identificación presuntiva de las muestras reactivas, y las pruebas confirmatorias son necesarias para corroborar si las muestras encontradas reactivas inicialmente contienen anticuerpos específicos contra el VIH.

El diagnóstico se resume en los siguientes pasos: Una prueba de alta sensibilidad y especificidad que es el tamizaje.

Las muestras positivas del tamizaje se someten a un segundo análisis de diferente principio.

Si hay discordancia diagnóstica entre la primera y segunda prueba se debe realizar una tercera prueba suplementaria que confirme el diagnóstico.

Las pruebas diagnósticas utilizadas deben estar debidamente inscritas ante el Ministerio de Salud y su uso será exclusivo de laboratorios clínicos supervisados por un Microbiólogo Químico Clínico, inscrito en el Colegio profesional respectivo.

4. Terapia antirretroviral en infección por el Virus de la inmunodeficiencia humana

4.1 Adultos y Adolescentes (mayores de 13 años)

4.1.1 **Criterios de inicio y requisitos para la TARV.** Son requisitos fundamentales para considerar el inicio de la TARV a personas infectadas por VIH tener indicación médica de inicio de tratamiento y completar la evaluación previa y control por un equipo interdisciplinario en centros que suministran TARV.

4.1.2 Indicaciones para el inicio del tratamiento antirretroviral 1- 4

- a) **Pacientes sintomáticos con infección crónica.** Está indicado el inicio de la terapia antirretroviral en todo paciente con infección por VIH corroborada con las pruebas correspondientes quien se presente sintomático a causa de la enfermedad, en estadio B o C según la clasificación del Centro de Control de Infecciones de los EEUU (CDC), independientemente del conteo de linfocitos T CD4+ o el nivel de carga viral (CV) que presente. La TARV se debe iniciar tan pronto como sea posible en todo paciente con enfermedad oportunista definitiva, preferiblemente una vez que se haya iniciado el tratamiento para esta y se encuentre bajo control. Se debe evaluar cuidadosamente la posibilidad de interacciones medicamentosas y riesgo de síndrome de reconstitución inmune.
- b) **Pacientes asintomáticos con infección crónica.** En los pacientes que se presentan con infección crónica por VIH pero asintomáticos se utilizan los siguientes criterios para decidir el inicio de la misma.
 - CD4+ < 350 cels/mm³ Se iniciará tan pronto como sea posible.
 - CD4+ 350-500 cels/mm³ Iniciar luego de realizar toda la valoración inicial de un caso nuevo y discutir con el paciente pros y contras de los antirretrovirales.
 - CD4+ >500 cels/mm³ En general se recomienda diferir. Sin embargo, se debe considerar el inicio de tratamiento en las siguientes situaciones: mujer embarazada independiente de conteo de linfocitos TCD4 (ver guías mujer embarazada infectada por VIH); carga viral > 100.000 copias/ml (2 CV consecutivas); descenso en el conteo de linfocitos T

CD4+ \geq 100 células/mm³ en 1 año; edad mayor a 50 años; coinfección con virus HBV o HCV y neoplasias no definitorias. Se evaluarán según situación individual la presencia de enfermedad cardiovascular, renal o hepática así como los casos de parejas serodiscordantes.

4.1.3 Terapia de inicio general en adultos y en adolescentes (> 13 años). Una vez que se ha decidido iniciar la TARV según los criterios expuestos, se seleccionan las drogas antirretrovirales que se van a utilizar. Los esquemas se basan en el uso de al menos tres medicamentos antirretrovirales en conjunto, dirigidos al menos contra dos blancos diferentes de acción. Es fundamental iniciar todos los medicamentos simultáneamente, nunca se deben iniciar ni prescribir esquemas incompletos o parciales.

Los medicamentos ARV se clasifican según el blanco al que están dirigidos en el ciclo de replicación del VIH. En este momento hay 5 categorías, inhibidores de la entrada del VIH a la célula, inhibidores de la transcriptasa inversa, que según su forma de actuar se dividen en inhibidores análogos de los nucleósidos/nucleótidos e inhibidores no nucleósidos (ITIN, ITINN), inhibidores de la integrasa (II), inhibidores de la proteasa (IP).

La selección del régimen se individualiza basándose en la eficacia virológica, la toxicidad, frecuencia en la administración, interacciones medicamentosas y comorbilidades. La evidencia actual indica que es posible iniciar un esquema antirretroviral con ITRNN o con inhibidores de proteasa potenciados con ritonavir ya que ambos regímenes son de similar eficacia.

El paciente debe contar con un conteo de linfocitos T CD4+ realizado al menos 2 meses previos al inicio de la TARV y es fundamental que el equipo interdisciplinario se asegure de la preparación integral del paciente para un mejor cumplimiento y adherencia.

Para iniciar la TARV el paciente debe ser instruido en forma personalizada (de ser posible con participación de su red de apoyo si el paciente lo consiente) sobre la toma de los medicamentos, amerita firmar el consentimiento informado para el uso del mismo y se le debe crear un horario individualizado de la toma, según sus necesidades. Cada equipo interdisciplinario será el encargado de coordinar quienes dentro del equipo realizarán esta función (farmacéuticas, enfermeras o psicólogos).

Opciones terapéuticas. Esquemas de primera elección para iniciar

TARV: A continuación se presentan las recomendaciones para el 2012. Sin embargo, se debe recordar que este es un campo de gran investigación y las recomendaciones internacionales suelen actualizarse anualmente. Para las últimas recomendaciones nacionales se puede buscar las recomendaciones de la comisión clínica de VIH de la CCSS.

- Esquema 1: ITINN + 2 ITIN

- Esquema 2: ITINN + ITIN + ITInucleótido
- Esquema 3: IP + 2 ITIN o ITInucleótido

Este último es el esquema recomendado para las mujeres con potencial de quedar embarazadas. Estas mujeres no deben recibir efavirenz por el riesgo de teratogenicidad en el primer trimestre, ni d4T o ddI debido a que el síndrome de toxicidad mitocondrial se ha reportado con más frecuencia en mujeres embarazadas. La información acerca del uso de TDF en mujeres embarazadas es aún limitada.

4.1.4 Monitoreo y Seguimiento. Una vez iniciada la terapia el paciente debe ser evaluado a las 2-4 semanas para monitorear adherencia y efectos secundarios, vigilar por interacciones farmacológicas, toxicidades y síndrome de reconstitución inmune. Se recomienda una evaluación clínica y de laboratorio por efectos secundarios a las 4 semanas de inicio evaluando hemograma, especialmente en los casos que inician zidovudina, pruebas de función renal y hepáticas.

A partir de ese momento los pacientes deberán tener seguimiento médico cada 4 meses para evaluar carga viral, conteo de linfocitos T CD4+, hemograma, glucosa en ayunas, pruebas de función renal, perfil lipídico, pruebas de función hepática, electrolitos, aclaramiento endógeno de la creatinina y examen general de orina. Los pacientes que utilizan tenofovir deben de tener medición de glucosuria, fosfaturia y proteinuria mínimo 2 veces por año.

Una vez que el paciente ha tenido 2 cargas virales indetectables el seguimiento será cada seis meses según criterio médico. Si el paciente vuelve a tener carga viral detectable durante su seguimiento debe regresar a un seguimiento de cada 3-4 meses mientras estas permanezcan así.

En todas las consultas médicas se debe evaluar la adherencia del paciente así como por interacciones farmacológicas y toxicidades. El seguimiento por los otros miembros del equipo tanto en cuanto a adherencia, como apoyo emocional, nutrición, intervención social, etc., será individualizado. Es importante que cualquier sospecha de toma inadecuada de medicamentos deba originar una evaluación del caso por parte del equipo interdisciplinario.

4.1.5 Cambio de terapia en personas con adecuada supresión virológica. Los cambios en el esquema de TARV cuando el paciente está con carga viral no detectable están indicados debido a toxicidad, efectos adversos, embarazo planeado, simplificación de esquema, interacciones potenciales y comorbilidades.

Se siguen algunos principios generales para realizar estas modificaciones, cambios dentro de la misma familia de ARV si es un efecto drogo-específico,

pasar de terapia dos veces al día a una vez al día en los ITIN, cambio de IP/r a INNNTI, este cambio sólo es posible si no hay historia de falla virológica previa, si los INTI están plenamente activos.

No se deben realizar: interrupciones programadas o no programadas del tratamiento, terapia secuencial, biterapia o 3 INTI sin IP

4.1.6 Cambio de terapia en personas sin supresión virológica. Se define falla virológica como la incapacidad de alcanzar o mantener suprimida la replicación viral (alcanzar una carga viral <200 copias/ml), luego de 6 meses de terapia ARV.

Las primeras medidas generales que se deben tomar en el momento de la detección de la falla virológica son:

- Evaluar la tolerancia y la adherencia por parte del paciente al régimen que recibe.
- Recordar que la falta de adherencia es uno de los principales motivos de falla terapéutica.
- Descartar interacciones farmacocinéticas con medicamentos concomitantes, y con alimentos, así como malabsorción.

Si luego de ajustar la adherencia y resolver interacciones farmacológicas, el paciente continúa en fallo, se recomienda realizar un genotipo (se requiere carga viral > 1000 copias/ml) en cualquier situación de falla virológica y mientras el paciente está recibiendo el TAR que está fallando o máximo durante las 4 semanas siguientes a su suspensión. Debe tomarse en cuenta los estudios de resistencia realizados previamente a la hora de interpretar el nuevo resultado de genotipo.

Si la carga viral está en valores entre 20 y 1000 copias/mL, evaluar adherencia y re-evaluar carga viral en 1 a 2 meses. Optimice y simplifique el esquema si es posible (reducir el número de pastillas o el intervalo de dosificación)

4.1.7 Recomendaciones para el manejo de la falla virológica: Si el genotipo no arroja mutaciones asociadas a resistencia, a pesar del valor de la carga viral confirmado mayor a 1000 copias/ml, re-evaluar adherencia e interacciones farmacológicas. En caso de no documentar mutaciones de resistencia cambiar a un régimen supresor basado en la historia de uso de los ARV.

Tener en cuenta que el objetivo del nuevo régimen, independientemente de la cantidad de fallos previos, debe ser la disminución de la carga viral

plasmática a menos de 400 copias/ml en 3 meses y a menos de 50 copias/ml en 6 meses

Utilizar en el nuevo régimen al menos dos (preferiblemente 3) drogas activas según el genotipo actual, los previos y la historia de medicamentos del paciente. Si es posible, incluir al menos una clase de drogas no utilizada previamente, evitar la monoterapia funcional y el administrar dos inhibidores de proteasa potenciados con ritonavir.

Si no existen 2 drogas activas disponibles, diferir el cambio a menos que el conteo de linfocitos CD4 sea inferior a 100/mm³ o exista progresión clínica; en ese caso el objetivo será la preservación de la función inmune. Considere mantener la lamivudina aún si se documenta la mutación (M184V/I)

Cuando se utiliza un IP/r en el esquema de inicio y el diagnóstico de falla virológica es precoz, puede que no se detecten mutaciones en el gen de la proteasa. En este caso deben cambiarse los ITIN y puede mantenerse el IP/r a no ser que exista intolerancia, toxicidad o mala adherencia.

Como norma general, a los pacientes con múltiples fracasos terapéuticos no se les debe suspender la TARV, pues en estos casos el tratamiento continúa aportando beneficios desde el punto de vista inmunológico y clínico. Si existen varias opciones terapéuticas disponibles, ponderar la simplicidad del régimen, la posibilidad de interacciones, toxicidad y futuras opciones terapéuticas. Si las opciones son limitadas considere nuevas drogas empleadas en estudios clínicos aprobados por las autoridades de salud del país.

Es muy importante hacer una valoración tanto del cumplimiento como de la disposición del paciente para afrontar el nuevo tratamiento con sus potenciales efectos adversos, interacciones medicamentosas, restricciones alimentarias y cambios en la medicación concomitante.

4.2 Población pediátrica menor de 13 años.

4.2.1 Indicaciones para el inicio del tratamiento antirretroviral

1. En todos los niños menores de 12 meses con diagnóstico de infección por VIH independientemente del estado clínico, porcentaje de CD4 o la carga viral.
2. En los casos de infección por VIH diagnosticada de 1 a 5 años
 - a. En casos de sida o sintomatología relacionada al VIH (categorías clínica del CDC B y C)

- b. En casos con porcentaje de CD4 menor al 25% independientemente de la sintomatología o del nivel de carga viral
 - c. Casos asintomáticos o con síntomas moderados (categorías de la CDC A o N) con porcentaje de CD4 >25% y carga viral > 100000.
3. En los casos de infección por VIH diagnosticada en mayores de 5 años
- a. Todo caso sintomático
 - b. Casos asintomáticos con un CD4 < 500 céls/mm³
 - c. Casos asintomáticos con un CD4 > 500 céls/mm³ con carga viral > 100 000 copias/ml

4.2.2 Opciones terapéuticas

4.2.3 Esquemas de primera elección para inicio TARV. Iniciar TARV usando uno de los siguientes medicamentos más dos ITIN:

- Para niños de 14 días a 3 años: IP/potenciado (que esté aprobado para este grupo etario) + 2 ITIN.
- Para mayores de 3 años: IP/potenciado (que esté aprobado para este grupo etario) o Efavirenz + 2 ITIN.

Opciones de ITRN: ABC + 3TC; TDF + 3TC; AZT + 3TC

4.3 Co-infección (TB-VHC-VHB)

4.3.1 Paciente coinfectado con VIH y Tuberculosis

Indicaciones para el inicio del tratamiento antirretroviral

1. De acuerdo con la Norma Nacional de Tuberculosis, todo paciente con infección por VIH debe ser valorado por infección por TB
2. Todo paciente con infección por TB tiene que ser valorado por infección por VIH
3. Esta indicado en todo paciente con diagnóstico de TB y diagnóstico de VIH (reciente o antiguo) sin importar nivel de linfocitos CD4 o carga viral.
4. Se debe iniciar, preferiblemente, en las siguientes 2 semanas del diagnóstico de TB e inicio del tratamiento antifímico.

5. Un retraso superior a este tiempo en los pacientes con $CD4 < 50$ aumenta significativamente la mortalidad.
6. En los pacientes con $CD4 > 200$, se podría optar por posponer el inicio de TARV hasta finalizar la fase de inicio de los antirretrovirales, en el caso de que el paciente desarrolle toxicidades o efectos adversos no manejables.

Opciones terapéuticas

1. El esquema indicado es con un ITINN (efavirenz o similar o superior en potencia) y 2 ITIN (TDF, ABC, AZT).
2. NO se deben utilizar IP dada la fuerte interacción con rifampicina, que disminuye los niveles hasta en un 80%.
3. En casos que no puedan recibir ITINN, por intolerancia, efectos adversos o resistencia, se debería considerar el uso de inhibidores de integrasa.
4. Si el paciente requiere terapia ARV y no existe posibilidad de darle ninguna otra alternativa terapéutica se puede dar un IP potenciado con 400 mg de ritonavir para alcanzar niveles terapéuticos adecuados al darlo simultáneamente con la rifampicina.

4.3.2 Paciente coinfectado con VIH y HCV

Indicaciones para el inicio del tratamiento antirretroviral

1. Todo paciente con infección por VIH debe ser valorado por infección por HCV
2. Todo paciente con infección por HCV tiene que ser valorado por infección por VIH ANTES de iniciar cualquier tratamiento
3. La coinfección con HCV es un criterio para inicio de TARV en las personas mayores de 13 años, independientemente de su nivel de CD4 y carga viral.

Opciones terapéuticas

1. El esquema indicado es cualquiera de las alternativas de terapia para adultos y adolescentes mayores de 13 años, preferiblemente que incluya el Tenofovir.
2. Debe evitarse el uso de zidovudina, estavudina y didanosina dado que se incrementan los efectos secundarios del interferón.

4.3.3 Paciente coinfectado con VIH y HBV

Indicaciones para el inicio del tratamiento antirretroviral

1. Todo paciente con infección por VIH debe ser valorado por infección por HBV
2. Todo paciente con infección por HBV tiene que ser valorado por infección por VIH ANTES de iniciar cualquier tratamiento para la hepatitis
3. La co-infección con HBV, en pacientes con infección crónica (más de 6 meses), es un criterio para inicio de TARV en las personas mayores de 13 años, independientemente de su nivel de CD4 y carga viral.
4. Los pacientes co-infectados con VIH y HBV NO deben recibir monoterapia con 3TC ni biterapia de ninguna índole, ya que esto perjudica sus posibilidades de TARV.

Opciones terapéuticas

1. El esquema indicado de terapia en los pacientes co-infectados con VIH y HBV es ITIN o IP/potenciado + lamivudina y tenofovir.

Los esquemas de tratamiento deben revisarse sistemáticamente según los avances farmacológicos, nuevos medicamentos, pruebas de resistencia y adecuarlos de manera individualizada.

5. Abordaje Sicosocial del VIH

5.1 Intervención inicial

5.1.1 Consejería pre y postprueba:

- Toda persona que solicita una prueba de VIH para conocer su status serológico debe recibir consejería pre y post prueba de VIH independientemente del nivel de atención o establecimiento de salud público o privado, garantizando confidencialidad, seguridad, calidez y respeto.

5.1.2 Referencia al área sicosocial para intervención en crisis

- Toda persona con resultado positivo debe ser referida para que reciba atención especializada en el área sicosocial. Quien deberá brindar atención en crisis de primer orden (primeros auxilios sicoemocionales) a aquellas personas que así lo requieren desde la confidencialidad, seguridad, calidez y respeto.

- Se podrá incluir en el manejo de la crisis a otros familiares o allegados a la persona con VIH desde el principio de confidencialidad y el consentimiento informado.

5.2 Seguimiento sicosocial a personas con VIH:

5.2.1 Valoración sicosocial

- La persona VIH positiva será abordada por el Psicólogo, Trabajador Social, Enfermera en Salud Mental o personal de Salud capacitado en el área psicosocial, para así determinar aquellos aspectos de su situación particular que requieran ser fortalecidos o modificados para el auto cuidado de su salud y bienestar integral.
- Una vez identificados aquellos factores de riesgo y factores protectores detectados por cada una de las disciplinas participantes, se formulará un plan de tratamiento y seguimiento, según el caso particular y según los protocolos definidos por cada disciplina y/o institución.

5.2.2 Valoración inicial de adherencia al tratamiento integral

- Toda persona con indicación clínica de inicio de TARV deberá contar con una valoración de adherencia desde el área psicosocial según protocolo de cada disciplina, para intervenir los factores protectores o de riesgo sicosocial determinantes en la adherencia al tratamiento integral.
- En aquellos casos donde la valoración psicosocial identifique factores de alto riesgo que puedan comprometer la adherencia, la decisión para el inicio de TARV debe resultar de la discusión interdisciplinaria fortaleciéndose con ello la atención integral de cada persona.

5.2.3 **Seguimiento.** De acuerdo a la situación psicosocial de cada persona y el nivel de vulnerabilidad presente, se establece como necesidad, el seguimiento por parte del o la profesional en el área psicosocial.

Entre algunos elementos que sugieren especial atención, se tienen los siguientes:

- Falla terapéutica.
- Aparición de nuevos factores de riesgo social relacionados con la situación de salud o bien, en términos generales.

- Farmacodependencia.
- Discapacidad.
- Violencia intrafamiliar.
- Embarazo.
- Carencia de redes de apoyo primarias efectivas en adherencia, cuando la persona requiera supervisión, para el manejo exitoso de su situación de salud.

6. Anexos

Anexo 1

GUÍA BÁSICA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

DE PRIMER ORDEN

La presente guía parte de un enfoque sistémico, basado en los trabajos de Karl Slaikeu. Contiene las adaptaciones necesarias para el abordaje de la crisis precipitada por el diagnóstico VIH/SIDA.

En primer lugar, se debe tener claridad y transmitir a la persona en el proceso de atención, que la crisis es:

“Un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del sujeto para manejar (emocional y cognitivamente) situaciones particulares, utilizando métodos no acostumbrados para la solución de problemas y obteniendo un resultado radicalmente positivo o negativo”.

¿Cuáles son las características de la Situación de Crisis?

Evento Peligroso: Acontecimiento estresante, interno o externo a nuestro mundo personal, que ocurre en el curso de la vida, que inicia una serie reacciones en cadena. Los eventos pueden ser anticipados y predecibles o bien inesperados y accidentales.

El diagnóstico de VIH/sida tiene el potencial de general una crisis circunstancial, con el agravante que no todas la personas convocaran apoyo primario. Esto puede estar relacionado con el imaginario social distorsionado y el temor al rechazo.

Estado Vulnerable: Tipo de reacción subjetiva ante el evento peligroso, la persona responde según sea su percepción del evento. Es indispensable valorar lo antes posible la percepción de la persona ante el diagnóstico pues esta va a determinar el curso de acción que pueda tomar la persona.

Factor Precipitante: Eslabón entre los eventos causantes de la tensión y el estado vulnerable, convirtiéndolo en un estado peligroso lo suficientemente poderoso para iniciar la crisis, o bien puede ser un incidente sin importancia aparente. En personas con VIH no necesariamente es la noticia del diagnóstico el único factor precipitante, puede ser el temor a la reacción de la pareja, el trabajo, el rechazo social, entre otros.

Por lo cual se recomienda evaluar con detenimiento la narrativa de la persona. De esta narrativa se desprende el factor precipitante real.

Estado de Crisis Activo: La persona se encuentra en estado de desorganización, la tensión excitante lo ha invadido, su proceso homeostático se desequilibra; la duración será de 1 a 4 horas; puede experimentar “visión en túnel”; exceso de actividad sin objetivo o inmovilización; alteraciones cognoscitivas, acompañado por preocupaciones o ideas distorsionadas por los eventos. Posteriormente se llega a un periodo de reajuste gradual y resignificación, reforzando mecanismos de afrontamiento y adaptación.

Desde lo anterior cobra importancia la necesidad de coordinar interdisciplinariamente la comunicación del diagnóstico y su abordaje sicosocial.

Choque: Un cambio repentino en el entorno de la persona provoca que las emociones sean liberadas de manera explosiva, lo cual incapacita los mecanismos de enfrentamiento. Como no existe un aviso previo que permita al individuo asumir el impacto, cae en estado de choque emocional.

¿Qué es la intervención en crisis de primer orden? Es la intervención psicosocial en el momento de crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para restablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal.

¿Cuáles son los objetivos de la atención?

Alivio en lo inmediato de los síntomas de reacción. Restauración de un nivel de funcionamiento CASIC mínimo: (*Cognitivo, Afectivo y Somático, Interpersonal y Conductual*)

Cierta comprensión de los eventos precipitantes relevantes que condujeron al desequilibrio.

Identificación de los recursos de ayuda y rescate que se pueden utilizar: Personales, familia, profesionales, comunidad, etcétera.

Iniciar nuevas formas de *Percibir, Pensar y Sentir* lo hasta ahora sucedido,

Desarrollar habilidades de *afrontamiento efectivo, autoestima, asertividad y solución de conflictos*.

Dar seguimiento a la intervención o asegurar su atención especializada posteriormente.

Principios Clínicos de la intervención en crisis de primer orden

Oportunidad: Una ayuda terapéutica breve y de urgencia, con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después de un incidente crítico puede tomar de 1 a 6 semanas (Caplan, 1964). Puesto que la experiencia de crisis es un periodo de alto riesgo para la persona como para su familia, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso (coordinar previamente con el personal de área sicosocial el abordaje inmediato de la situación). El énfasis en la oportunidad se considera para reducir el peligro de respuestas violentas (autodestructivas) y, al mismo tiempo, para capitalizar la motivación del paciente para hallar un nuevo planteamiento para afrontar las circunstancias del suceso.

Metas: Lo principal es ayudar a la persona a recuperar su nivel de funcionamiento emocional equilibrado, que tenía antes del incidente que precipitó la crisis, o potencializar su capacidad creativa para superar el momento crítico.

Valoración: Es importante que la valoración abarque tanto la fortaleza como la debilidad de cada una de las áreas personales (CASIC) implicados en la crisis.

¿Cuál es el procedimiento? La meta es restablecer la homeostasis emocional. El objetivo es auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el afrontamiento de la crisis, lo cual incluye el manejo adecuado de los sentimientos, el control de los componentes subjetivos de la situación y comenzar el manejo del problema.

Existen Cinco componentes de la estrategia de intervención en crisis

Realizar contacto psicológico: Se define este primer contacto como empatía o “sintonización” con los sentimientos y necesidades de una persona durante su crisis. La tarea es escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica con nosotros. A sí mismo, se invita a la persona a hablar, y a escucharse, sobre lo sucedido (los hechos) y dar cuenta de sus reacciones (sentimientos y actitudes) ante el acontecimiento, estableciendo lineamientos reflexivos y sentimientos encontrados. Existen varios objetivos del primer contacto psicológico; el primero es que la persona sienta que se le escucha, acepta, entiende y apoya; lo que a su vez conduce a una disminución en la intensidad de sus ansiedades; el primer contacto psicológico puede servir para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero en realidad se dirige a algo más que esto.

Algunas recomendaciones son:

- un espacio físico confortable y privado
- que el profesional o la profesional se presente

- No hacer juicios de valor
- Evitar preguntas con respuesta cerrada

Analizar las dimensiones del problema: La indagación se enfoca a tres áreas: *a) presente b) pasado inmediato y c) futuro inmediato.*

El presente hace referencias a “*qué sucedió, cómo te sientes, qué piensas, qué puedes hacer*”.

El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis y su indagación implica preguntas como: “*quién, qué, dónde, cuándo, cómo*”. Se recomienda consultar concretamente quien le solicitó la prueba y si recibió consejería preprueba.

El futuro inmediato se enfoca hacia cuáles son los eventuales riesgos para la persona y prepararse para las soluciones inmediatas. Se recomienda consultarle sobre los recursos de apoyo que desea convocar en términos de su derecho a la confidencialidad.

Sondear posibles soluciones: Implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después. Esto implica llevar o “acompañar” a la persona en crisis a generar alternativas seguido de otras posibilidades. Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular. El profesional guíe a la persona a identificar los pasos iniciales para el afrontamiento de la crisis. En este punto no se recomienda ahondar en la identificación de contactos en riesgo porque puede ser percibido como una amenaza y provocar un debilitamiento del vínculo terapéutico.

4. Iniciar pasos concretos: Implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta. El objetivo es ayudar a la persona a dar el mejor paso próximo, dada la situación. El o la profesional tomará una actitud facilitadora o directiva, según las circunstancias, en la ayuda al paciente para tratar con la crisis. La actitud directiva se recomienda cuando existe un riesgo para la supervivencia física de la persona o bien inhibición significativa de sus recursos internos.
5. Verificar el progreso: Implica el extraer información y establecer un procedimiento que permite el seguimiento para verificar el progreso de ayuda. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro posterior, cara a cara, por teléfono o correo electrónico. El objetivo es ante todo completar el circuito de retroalimentación o determinar si se lograron o no las metas de la intervención en crisis: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con las clínicas de VIH/sida.

¿Qué SI hacer? y ¿qué NO hacer?:

Contactar

SI Escuchar de manera cuidadosa y refleja los sentimientos y la naturaleza de los hechos.

SI Comunicar aceptación.

NO Contar tu “propia historia”

NO Ignorar sentimientos o hechos

NO Juzgar, regañar o tomar partido

Dimensionar el problema

SI Plantear preguntas abiertas

SI Llevar a la persona a una mayor claridad

SI Evaluar riesgo de conductas autodestructivas

NO Depender de preguntas de si/no

NO Permitir abstracciones continuas.

NO Soslayar las señales de “peligro”

NO Dar la razón del “problema”

Posibles soluciones

SI Alentar la lluvia de ideas

SI Trabajar de manera directa por bloques

SI Establecer prioridades

NO Permitir la visión de túnel

NO Dejar obstáculos sin examinar

NO Permitir una mezcla de necesidades

Acción concreta

- SI** Dar un paso cada vez
- SI** Establecer metas específicas de corto plazo
- SI** Confrontar cuando sea necesario
- SI** Ser directivo, sólo sí debes serlo
- NO** Intentar resolverlo todo ahora
- NO** Tomar decisiones que comprometan por largo tiempo
- NO** Crear falsas expectativas

Seguimiento

- SI** Hacer un convenio para recontactar
- SI** Acordar un segundo encuentro
- SI** Evaluar los pasos de acción
- NO** Dejar detalles en el aire o asumir que el paciente cumplirá el plan por sí mismo
- NO** Dejar la evaluación para otro profesional que no sea el que inicio el proceso

Recomendaciones básicas para la atención de personas en estado de crisis con ideas o conductas destructivas o potencialmente autodestructivas.

Enfóquese en el problema. Cuando se está desorganizado, el dolor y enojo predominan, por lo que su discurso es incoherente y distorsionado. Es necesario mantenerse en la catarsis emocional de lo que implica el problema.

Valore las áreas más afectadas. El proceso de crisis comprende manifestaciones en la estructura CASIC

Identifique la pérdida. Los estados de dolor psíquico se relacionan, con mucha frecuencia, con una pérdida importante, entonces, se debe entender cuál fue la pérdida y qué significado tiene para la persona; establecer lo que es conveniente o inconveniente de la situación.

No confrontar o interpretar. No rechazar nada de lo que la persona diga, hasta que se establezca un vínculo de confianza importante, y el haber explorado todas sus opciones. Posteriormente, no dé explicaciones complejas ni obligue a la persona a modificar su estado emocional. Eso lo hará sentirse culpable y desesperado.

Motivar para que sea más propositivo. Si el pensamiento de la persona es muy negativo o distorsionado, es necesario motivarle a la acción sencilla y clara, reforzando sus pequeños logros.

Sujétese al deseo de vida. En toda persona, aún con alto riesgo suicida, hay una parte que quiere vivir; es necesario enfocarse en esa parte. Cuando exprese que no hay nada por lo que quiera vivir, hay que decirle, que imagine que la detendría a cometer dicho acto. Intente crear un deseo inmediato de vida. Plantear alguna actividad para más tarde y para un día siguiente.

No entre en debate, no discuta. No contestar preguntas tales como: “Deme usted una razón para vivir”, evitar comentarios idealistas.

Sugiera opciones posibles. Ayude al individuo a encontrar metas y objetivos realistas. Provea cierto sentido de logro y control sobre la situación y de cómo va a reaccionar ante dicha situación.

No dé consejos directos. Nunca se dan consejos directos ni se arma sólo el rompecabezas. Guíe a la persona, busque posibilidades y dé opciones para su elección.

Sea paciente. Establezca confianza y movilice sus recursos. Tenga conocimiento de los lugares o profesionales a los que pueda referir a las personas.

Haga las 4 preguntas clave:

¿Cuáles son sus ideas relacionadas con su dificultad o problema?

¿Qué ha hecho usted para mejorar esta situación?

¿Qué es lo que ha impedido solucionar el problema?

¿Tiene usted alguien que le ayude a solucionar su problema?

Deje que el sujeto establezca el ritmo. No apresurar a la persona.

Hable de varios tópicos. En orden siempre en relación al problema.

No prometa lo que no es posible. Ya que esto puede provocar que se pierda la credibilidad y la confianza.

Use siempre un sentido de esperanza: Ejemplo “Que otras cosa hay para Ud.” o “Que otras posibilidades tiene.”

Mantenga la conversación. Enfocada en él o ella, evite las preguntas personales.

Al final pida los datos. Al inicio la persona puede no haber querido proporcionarlos y probablemente al final coopere y pueda darlos.

Establezca un compromiso de búsqueda de ayuda. Dicho compromiso puede ser tan solo hacer una llamada telefónica, o bien acudir a alguna institución que le brinde la ayuda adecuada. Se intenta regresar el control de sus actos a la persona, así como la posibilidad de que reciba ayuda especializada.

Si la idea o conducta de riesgo persiste:

- No deje a la persona sola en ningún momento
- Solicitar ayuda para la contención
- Es urgente la valoración por psiquiatría quien definirá el plan de acción
- Finalizar el proceso cuando la persona está segura en la otra instancia de atención.