

PROTOCOLO INTEGRADO DE VIH e ITS en Atención Primaria

IMPORTANTE: Los esquemas terapéuticos presentados en este documento, son los vigentes en el país al momento de la publicación. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que por los constantes avances de la ciencia y con base a evidencia, los mismos serán oportunamente actualizados por la autoridad técnica correspondiente.



Índice

Siglas	5
Glosario	6
Abordaje del VIH/sida y de las ITS en USF	7
Actividades del Equipo de Salud Familiar (ESF)	9
Consideraciones generales para el Equipo de Salud Familiar	10
Actividades específicas para el/la agente comunitario/a de salud	11
Actividades específicas para el/la enfermero/a	11
Actividades específicas para el/la médico/a	12
I. VIH/sida	13
Esquema diagnóstico y terapéutico	13
Conducta del ESF ante la persona con VIH/sida	13
Organización de la RISS) para la detección y manejo del VIH/sida	14
Cartera de Servicios para VIH/sida según Niveles de Atención	16
Flujos de atención en la Red Integral de Servicios de Salud	17
A. VIH en adultos	18
Subjetivo	18
Objetivo	18
Apreciación diagnóstica	18
Pruebas iniciales de infección por VIH	19
Confirmación de la infección por el virus VIH	19
Pruebas de seguimiento	19
Plan	21
Que debe hacer el personal de ESF ante una persona que vive con VIH (PVV)	23
Seguimiento de las personas con VIH	24
Profilaxis para infecciones oportunistas	25

B. Cuidados del niño	26
Subjetivo	26
Objetivo	27
Apreciación diagnóstica	27
Plan	31
Calendario de vacunación del niño con VIH	32
II. Infecciones de transmisión sexual	35
Esquema diagnóstico y terapéutico	35
Subjetivo	35
Objetivo	36
Apreciación diagnóstica	36
Plan	38
Flujogramas de evaluación y tratamiento	39
<i>Secreción uretral</i>	39
<i>Úlcera genital</i>	40
<i>Flujo vaginal</i>	41
<i>Dolor abdominal bajo (enfermedad pélvica inflamatoria)</i>	43
<i>Inflamación escrotal</i>	45
<i>Tumoración inguinal o bubón inguinal</i>	46
Verrugas genitales (condiloma)	47
Sífilis	48
Prevención de la sífilis congénita	50
Anexos	52
Bibliografía	62



SIGLAS

ARN	Acido Ribonucleico
CDC	Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (inglés)
CD4	Cúmulo de Diferenciación 4 (de los Linfocitos T)
CD8	Cúmulo de Diferenciación 8 (de los Linfocitos T)
CV	Carga Viral
ELISA	Ensayo por Inmunoabsorción Ligado a Enzimas (inglés)
ESF	Equipo de Salud Familiar
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IO	Infecciones Oportunistas
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
PTMI	Prevención de la Transmisión Materno Infantil
PVV	Persona Viviendo con VIH
RISS	Red Integral de Servicios de Salud
RN	Recién Nacido
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TAR	Terapia Anti Retroviral
TB	Tuberculosis
TS	Trabajadoras del Sexo
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
UDI	Usuarios de drogas inyectables
USF	Unidades de Salud Familiar

GLOSARIO

Adhesión (adherencia) al tratamiento:	es el grado de cumplimiento por parte del paciente de las indicaciones médicas en términos de ingesta de medicamentos, seguimiento de dietas, logro de cambios en estilos de vida, etc. Implica una activa y voluntaria colaboración con el plan de cuidado de la salud e incorpora las creencias y actitudes del paciente como factores relevantes a ser tomados en cuenta
Consejería:	conjunto de actividades confidenciales que buscan la adecuada preparación de una persona con respecto a sus conocimientos, prácticas y conductas de riesgo y de protección, antes y después de la realización de pruebas diagnósticas, que le permitan al asesorado la toma de decisiones informadas relacionadas con esas pruebas.
Enfermedad indicativa del sida:	Cualquier enfermedad relacionada con el VIH incluida en la lista de criterios de diagnóstico del sida preparada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Estas afecciones incluyen infecciones oportunistas y varias clases de cáncer potencialmente mortales para una persona con el VIH.
Estigma social:	es una desaprobación social severa de características o creencias personales que son percibidas como contrarias a las normas culturales establecidas.
Fracaso terapéutico:	Situación en la cual un régimen de medicamentos antirretrovirales no permite controlar la infección por el VIH. El fracaso terapéutico puede ser clínico, inmunitario o virológico o puede consistir en un conjunto de esas tres modalidades. Los factores que pueden contribuir al fracaso terapéutico incluyen farmacorresistencia, farmacotoxicidad o inobservancia del tratamiento.
Prueba de la Carga Viral (CV):	Prueba de laboratorio que mide la concentración del VIH en una muestra de sangre. Los resultados se notifican como el número de copias de ARN del VIH por milímetro de sangre. Entre los ejemplos de pruebas de la carga viral están la prueba cuantitativa de ADN ramificado, la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa y la prueba cualitativa de amplificación mediada por transcripción. Las pruebas de la carga viral se emplean para diagnosticar la infección aguda por el VIH, guiar las posibilidades de selección del tratamiento y vigilar la respuesta al tratamiento antirretroviral.
Recuento CD4:	Análisis de laboratorio empleado para medir el número de linfocitos (células) T CD4 en una muestra de sangre. En las personas con el VIH, es el indicador más importante de la función inmunitaria empleado en el laboratorio y la mejor prueba diagnóstica de la evolución del VIH. Es uno de los factores empleados para determinar cuándo se debe comenzar el tratamiento antirretroviral. También se emplea para vigilar la respuesta a este último.
Síndrome retroviral agudo:	Síntomas de infección aguda por el VIH similares a los de la influenza que pueden aparecer aproximadamente de 2 a 4 semanas después de la infección. Los síntomas como fiebre, dolor de cabeza, fatiga e inflamación de los ganglios linfáticos, pueden durar desde unos días hasta 4 semanas y luego desaparecer. Durante la fase aguda de la infección por el VIH, muchas personas, no todas, tendrán síntomas del síndrome retroviral agudo.
Transexual:	Se aplica a la persona que identifica con el género opuesto a su sexo biológico, adapta o intenta adaptar su anatomía y su comportamiento a ese sexo y desea vivir y ser aceptado como una persona del género opuesto.
Transmisión vertical:	Es la transmisión de una infección u otra enfermedad de la madre a su hijo durante el embarazo, inmediatamente antes y después del parto durante el período perinatal. El VIH puede atravesar la placenta desde la octava semana de gestación, siendo el momento del parto la etapa más vulnerable para el bebé, o durante la lactancia-aunque la vía oral no es efectiva para el ingreso del VIH es posible la infección debido al alto contenido viral de la leche materna y la inmadurez inmunológica del tracto inmunológico del recién nacido.



ABORDAJE DEL VIH/sida Y DE LAS ITS EN USF

Las **Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)** tienen una importancia estratégica en la Salud Pública debido a su alta prevalencia¹ y sus consecuencias (infertilidad, transmisión vertical, cáncer, etc.). Los microorganismos transmitidos por vía sexual presentan una notable variabilidad en cuanto a tamaño, ciclo vital, sintomatología y sensibilidad a los fármacos disponibles. La transmisión se ve facilitada debido a que la actividad sexual puede implicar contacto de la piel y las mucosas con las de los genitales, cavidad oral y recto infectados. La inflamación y ulceración ocasionada por algunas ITS predisponen a la infección por otros microorganismos.

La infección por el **Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)** se considera una pandemia que afecta a todos los países del mundo. Según el reporte consignado en la Declaración del año 2012 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/sida, a finales del 2011, 34 millones de personas vivían con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) alrededor del mundo, aumentando 19% desde el 2001 lo que es explicado por el aumento del acceso a la terapia antiretroviral. En el 2011, murieron 1,7 millones de personas por causas relacionadas y se reportaron 2,5 millones de nuevas infecciones incluyendo 330.000 niños. Según el mencionado reporte en América Latina la epidemia se mantiene estable con poco más de 80.000 nuevos casos por año,

¹ Según estimaciones hechas por la OMS en 2005, cada año se producen en el mundo 448 millones de nuevos casos de ITS curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis) en adultos de 15 a 49 años, excluidas otra ITS y el VIH. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>

observándose así mismo un aumento del número de personas viviendo con el virus debido al acceso a la terapia antiretroviral, el número de niños menores de 15 años viviendo con el virus ha disminuido así como las muertes .

Se denomina sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) a la fase final de la infección por el VIH, caracterizada por un conjunto de enfermedades potencialmente fatales. El sida es el resultado del debilitamiento del sistema auto inmune, específicamente de los linfocitos CD4. La vía sexual es la forma más común de transmisión, correspondiendo a más de 80% de los casos en el Paraguay, seguida por la transmisión vertical (más de 12%), drogas parenterales (5%), transfusiones y accidentes de punción.

EL VIH/sida además de ser un problema de salud pública a nivel mundial, es un serio problema social por el contexto discriminatorio que existe hacia el contagiado. La sociedad creó el estigma sobre el sida, cuando al principio el VIH fue detectado en varones homosexuales, siendo el sida catalogada como una “enfermedad de homosexuales”. La suma de prejuicios, desinformación, información insuficiente e ignorancia han reforzado el estigma social en todos los contextos: familia, amistades, trabajo, escuelas, hospitales, cárceles, instituciones públicas y hasta en las leyes.

Los mensajes que con más frecuencia son percibidos por diversos grupos sociales son: el sida afecta a grupos minoritarios, es una

enfermedad exclusiva de homosexuales y prostitutas, es un castigo divino, si se contagió con VIH lo tiene merecido por ser promiscuo/a, etc.

Aún no existe en grado suficiente una cultura que perciba al VIH como una enfermedad que cualquiera puede padecer, ya que no discrimina entre género, edad, etnia o nivel socioeconómico. El problema más grande causado por la ignorancia y la discriminación se convierte en violaciones a los derechos humanos como: despidos del lugar de trabajo, negar la educación en las escuelas, maltrato al momento de recibir atención, en particular en servicios públicos, informar parcialmente acerca de la enfermedad, asignación inadecuada de fondos para el diagnóstico y tratamiento en países en vías de desarrollo y prácticamente nula para la investigación.

El estigma determina que a las personas con VIH se les niegue la oportunidad de llevar una vida normal. La discriminación constituye una barrera que dificulta la búsqueda de información adecuada y completa acerca del tema. Como en nuestra sociedad está muy arraigada la oposición a hablar abiertamente de la sexualidad porque se la considera un tabú, se tiende a empeorar la situación pues la única forma de crear conciencia sobre la gravedad del VIH/sida es dejar claro cuáles son los riesgos y hablar sobre la prevención.

Sin embargo, nunca puede olvidarse que el enfermo es una persona, con todo lo que ello implica. Toda actuación que tienda a marginar a las personas infectadas con VIH, por pequeña que ella sea, participa de algún modo de inmoralidad. La atención médica, social, humana en general, hacia ellos, no es una dádiva ni un acto heroico, sino una exigencia, que se inscribe en la naturaleza de su ser personal. Gozan, por consiguiente, del derecho a una atención preferencial.

Cualquier acción contra personas con VIH/sida, la omisión de la atención hacia los mismos, los cuidados realizados en forma displicente o peor negligente, incluso, las atenciones correctas pero realizadas por motivaciones espurias, como son la búsqueda de la publicidad a costa del dolor ajeno, o presentadas como dádivas que se les conceden, caen todas ellas dentro del marco de acciones no éticas, sólo salvables debido a la ignorancia o a la realización inconsciente de quienes las practican.

El ESF debe tener la certeza que es posible mejorar la calidad de vida del paciente y su familia en la medida en que puedan contribuir efectivamente a la prevención primaria y secundaria, a fortalecer el diagnóstico temprano, aplicar correctamente los protocolos de tratamiento, frenar la transición de VIH a sida, disminuir las complicaciones, la incapacidad y la mortalidad.



ACTIVIDADES DEL EQUIPO DE SALUD FAMILIAR (ESF)

Las **Unidades de Salud de la Familia (USF)** tienen un papel importante en la detección precoz y en el seguimiento y cuidado de las personas con ITS y/o con VIH/sida y sus familiares, así como también en las actividades de promoción y prevención. Además, los profesionales deben estar en conocimiento de la existencia de pruebas rápidas, posibilitando la detección precoz. La detección precoz de la infección del VIH es crucial para el individuo y para la comunidad. Para el individuo, porque permite el seguimiento cercano y el inicio de terapias que tienen impacto favorable en la calidad y cantidad de vida. Para la comunidad, porque permite adelantar actividades de prevención secundaria de la transmisión.

Adicionalmente, las actividades inherentes al proceso diagnóstico (consejería) pueden tener un impacto favorable en la prevención primaria de la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

Es muy importante resaltar que con un tratamiento adecuado, la gran mayoría de los pacientes VIH positivos, diagnosticados oportunamente pueden desarrollar su vida sin limitaciones.

Este protocolo tiene por objetivo proporcionar herramientas para la organización de la atención a las personas con ITS y/o VIH/sida en los aspectos siguientes:

- Proporcionar el diagnóstico precoz;
- Instituir el tratamiento en el momento oportuno

- Romper la cadena de transmisión;
- Promover la adopción de prácticas seguras en la población en todos los ámbitos posibles en lo referente a las relaciones sexuales.
- Prevención de las complicaciones,
- Prevención de recurrencias de ITS y de nuevas ITS
- Promover la adhesión al tratamiento
- Prevenir la transmisión vertical
- Detectar y tratar la infección concomitante de TB-VIH, ITS- VIH, Hepatitis y VIH
- Promover calidad de vida
- Combatir la discriminación
- Asesoramiento jurídico, económico, psicológico y familiar

Con respecto a las pruebas diagnósticas el ESF debe tomar en consideración:

- Aclarar específicamente el motivo de solicitud de cada prueba y los posibles significados de los resultados.
- Recordar que los diagnósticos son confidenciales.
- Explicar los periodos de espera para los resultados.
- Recomendar la consulta de la pareja en todos los casos, sobre todo en caso de que el resultado sea positivo.

Además, como acciones sobre la comunidad o los grupos el ESF puede:

- identificar los grupos vulnerables en el territorio, y
- establecer un plan de acción adaptado a su realidad,
- incluir actividades educativas y apoyo de otras instituciones.
- mapear la localización de los casos puede ayudar a reconocer estos grupos de riesgo.
- Información general acerca de la existencia de terapias efectivas para la infección por VIH
- Información que permita anticipar y mitigar los posibles efectos e impactos psicosociales
- Información sobre derechos, deberes, y acceso a servicios.

CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL EQUIPO DE SALUD FAMILIAR

Los principios generales que deben respetarse para la consejería y actividades dirigidas a la detección del VIH son la confidencialidad, y el consentimiento informado por escrito (debe ser voluntario, libre de coerción, debe usar lenguaje sencillo y fácil de entender).

La consejería permite realizar actividades educativas encaminadas a la prevención primaria del VIH y otras ITS, ya que toda persona a quien se asesore independientemente de si acepta o no la prueba debe recibir la siguiente información:

- Evaluación personal de los beneficios y consecuencias negativas (pros y contras) de la prueba del VIH.
- Riesgo de transmisión y cómo puede ser prevenida la infección por VIH.
- La importancia de obtener los resultados de la prueba y los procedimientos necesarios para hacerla.
- El significado de los resultados de la prueba en lenguaje entendible.
- Información concreta acerca de dónde obtener mayor información o consejería de prevención.
- Información sobre la historia natural del VIH y como se puede modificar favorablemente como resultado de la detección precoz de la infección

Esta información debe darse en forma de entrevista y, de ser posible, con la ayuda de material audiovisual o escrito, lo cual ha demostrado disminución de otras ITS y del mismo VIH.

La metodología de las entrevistas de consejería varía, pero el modelo más recomendado incluye dos sesiones interactivas de 30-45 minutos, entre el profesional y el paciente, individualizando cada caso antes de la prueba (consejería pre-test) y en el momento de la entrega del resultado (consejería post-test). En las sesiones se exploran los comportamientos de riesgo del individuo y la manera de disminuirlos. Es recomendable que el mismo profesional realice la consejería pre test y post al mismo paciente.

Una vez se ha diagnosticado la infección por VIH, el paciente debe ser remitido/referido. Se define como referencia el proceso por el cual se cumplen las necesidades inmediatas de apoyo y atención para la persona con VIH. La referencia también debe incluir los esfuerzos necesarios para facilitar el contacto inicial con el equipo de salud que va a encargarse del manejo. Los tipos de referencia deben ser acordes con las necesidades de cada individuo y los sitios o el personal encargado de la consejería debe comprometerse con la orientación adecuada de las personas con VIH a fin de evitar la pérdida de los individuos recién diagnosticados, además de garantizar una rápida y buena atención.

La consejería debe ser realizada por cualquier miembro del ESF con capacitación y entrenamiento para prevención del VIH e ITS, y debe incluir asesoría acorde con el

sexo, edad, orientación sexual y cultural del individuo. Las siguientes características y destrezas son de utilidad:

- Convicción en que la consejería puede hacer la diferencia
- Interés genuino en el proceso de consejería
- Saber escuchar
- Habilidad para usar preguntas abiertas-cerradas más que cerradas-cerradas
- Habilidad y comodidad para manejar un estilo de negociación interactiva más que persuasiva
- Habilidad para construir una atmósfera de ayuda y de confianza con el entrevistado
- Estar informado de los riesgos de transmisión específica del VIH
- Habilidad para permanecer centrado en las metas de reducción de riesgo
- Comodidad para discutir comportamientos de riesgo específicos del VIH
- Neutralidad, de forma que permita al propio consultante la toma de decisiones
- Conocer la importancia y saber obtener el consentimiento informado.

ACTIVIDADES ESPECIFICAS PARA EL/LA AGENTE COMUNITARIO/A DE SALUD:

- 1) Empezar acciones educativas en los distintos grupos de la comunidad para prevenir la adquisición del VIH, Infecciones de Transmisión Sexual y Hepatitis.
- 2) Identificar los grupos de riesgo y vulnerables, animar a evacuar las dudas en la consulta, registrar e informar al ESF los grupos considerados de riesgo.
- 3) Identificar a las embarazadas de la comunidad para el control precoz que debe realizarse antes de la semana 14 de gestación, insistir a las mismas en la importancia de los controles prenatales.
- 4) Identificar a las mujeres en edad fértil vulnerables a la adquisición de ITS, como las

adolescentes y las trabajadoras sexuales, animarlas a asistir a la consulta.

- 5) Identificar a las embarazadas con VIH/sífilis/hepatitis de la comunidad para el control precoz, apoyarlas a la consulta, registrarlas e informar a la USF y a los centros especializados.
- 6) Identificar al RN con madre sin previo control prenatal o sin test de VIH, sífilis y hepatitis, estimularla a la consulta, registrar e informar al ESF.
- 7) Disponer del registro de pacientes con VIH o con otras ITS o hepatitis en tratamiento para el control de seguimiento o abandono, incentivar a la consulta, registrar e informar al ESF de abandono.
- 8) Evaluar el inicio, la adherencia, seguimiento o abandono del tratamiento para las ITS de las parejas sexuales.

ACTIVIDADES ESPECIFICAS PARA EL/LA ENFERMERO/A:

- 1) Empezar acciones educativas para prevenir la adquisición de VIH/ITS/hepatitis.
- 2) Identificar al paciente en la consulta y en la comunidad como población vulnerable o de riesgo para la adquisición de VIH, ITS y hepatitis, informar al ESF.
- 3) Evaluar síntomas y signos de ITS en todas las embarazadas y grupos de riesgo.
- 4) Ofrecer el test rápido para VIH y sífilis en toda embarazada y personas en general, previa consejería y corroborar la realización de los test. Registrar los resultados, informar al médico para tratamiento y seguimiento.
- 5) Identificar al RN con madre sin previo control prenatal o sin testeo de VIH/sífilis/hepatitis para realización de test rápido a la madre, informar al ESF.
- 6) Inmunizar contra hepatitis B a toda persona con ITS. En caso de ya estar inmunizada recomendar su evaluación serológica.

- 7) Identificar a todos los RN de madres con VIH /sífilis/hepatitis para diagnóstico y seguimiento.
 - 8) Llevar el registro periódico de pacientes con VIH/ITS/hepatitis, su unidad de referencia y si iniciaron tratamiento.
 - 9) Evaluar la búsqueda de pacientes con diagnóstico y/o tratamiento de VIH/ITS/hepatitis que no acuden a su control en el momento acordado, calendarizar el seguimiento, realizar búsqueda activa de abandono.
 - 10) Realizar la búsqueda de las parejas sexuales para consejería y test rápido. Evaluar el inicio, seguimiento o abandono del tratamiento para las VIH/ITS de las parejas sexuales.
 - 11) Registrar y remitir materiales biológicos para pruebas a nivel de referencia, calendarizar retorno de resultados para nueva cita al paciente, planificar eventual búsqueda en la comunidad, realizar consejería post test y apoyo con el equipo de salud.
 - 12) Planificar con el ESF el seguimiento y búsqueda de abandonos de tratamiento, para la educación y concienciación.
 - 13) Dejar constancia por escrito de todas las acciones realizadas. Recordar la confidencialidad del diagnóstico.
 - 14) REGISTRAR Y NOTIFICAR TODOS LOS CASOS de VIH/ITS al nivel correspondiente.
- 3) En grupos de riesgo investigar signos o síntomas de VIH/ITS/hepatitis, ofrecer test rápidos para VIH y sífilis, previa consejería.
 - 4) Iniciar tratamiento ante los cuadros sindromáticos de las ITS identificados sin aguardar confirmación bacteriológica. Citar a la pareja sexual para el control e inicio del tratamiento.
 - 5) Inmunizar contra hepatitis B a toda persona con ITS. En caso de ya estar inmunizada recomendar su evaluación serológica.
 - 6) Proceder al registro periódico y sistemático de personas con VIH/sífilis/hepatitis, su unidad de referencia, tratamiento, abandono y/o culminación, e informar al nivel correspondiente y al Programa.
 - 7) Calendarizar las nuevas consultas, en caso de abandono programar con el ESF la visita a la comunidad en búsqueda, concienciación y recuperación del tratamiento.
 - 8) Proceder según los algoritmos a la derivación oportuna en caso de falla del tratamiento.
 - 9) Realizar diagnóstico y tratamiento de Tuberculosis.
 - 10) Realizar diagnóstico y tratamiento de infecciones virales, bacterianas y otras.
 - 11) Dejar constancia por escrito de todas las acciones realizadas. Recordar la confidencialidad del diagnóstico.
 - 12) REGISTRAR Y NOTIFICAR TODOS LOS CASOS de VIH/ITS al nivel correspondiente.

ACTIVIDADES ESPECIFICAS PARA EL/LA MEDICO/A:

- 1) Emprender acciones educativas para prevenir la adquisición de VIH/ITS/Hepatitis. Identificar el riesgo de adquirir VIH/ITS/hepatitis para realizar consejería y educación.
- 2) En todas las embarazadas investigar ITS ya desde el primer trimestre (14 sema-

En la página 26 de este documento hay indicaciones más específicas sobre actividades que el ESF debe realizar con las personas que viven con el VIH



I. VIH/sida

ESQUEMA DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

Conducta del ESF ante la persona con VIH/sida

La trascendencia biopsicosocial del diagnóstico del VIH exige del profesional de la salud en su correspondiente nivel de atención, manejar con solvencia los aspectos científico-técnicos así como ético sociales, los cuales deben ser considerados en la evaluación de toda persona antes, durante y después del tratamiento. La persona con VIH/sida se enfrenta con muchos problemas:

- primero, el estigma social que confronta el individuo afectado
- segundo, el sufrimiento y el dolor
- tercero, el temor a la muerte

Al atender a estas personas es principio fundamental reconocer la insuficiencia y la limitación propia de la ciencia para esta enfermedad, respetar las necesidades sociales, culturales, psicológicas etc. de los enfermos entendiéndolo como nuestro semejante, enfrentando un problema común, respetar la condición humana, la propia autonomía y la vida y la muerte humana. Es esencial establecer una buena relación médico-paciente desde un comienzo a fin de optimizar la asistencia que se ofrece².

2 En realidad, todo esto es por entero aplicable a cualquier enfermedad y enfermo, pero como ya se ha mencionado el carácter potencialmente terminal de la enfermedad, junto con el estigma social y la desinformación acumulada sobre VIH/sida, requieren una actitud de particular sensibilidad por parte de los profesionales de la salud.

El ESF debe tener en cuenta los siguientes derechos de los pacientes para su tratamiento. Estos derechos, los derechos humanos, tienen su base en principios morales y legales:

- **Derecho a ser tratado como un ser humano:** Todo paciente debe ser atendido con el debido respeto y consideración, independiente de su edad, sexo, condición social, credo político o religioso, raza o nacionalidad.
- **Derecho a tener acceso a toda la información acerca de su estado de salud:** El paciente debe tener acceso a una información completa, detallada y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, así como las posibles consecuencias negativas o efectos adversos que podrían ocurrir por el tratamiento escogido en cualquier momento que el paciente lo solicite, todo esto en un lenguaje simple y de fácil comprensión. Si el paciente fuese un niño, o una persona con problemas mentales o cuyo estado de salud está muy deteriorado como para que esté totalmente lúcido para tomar decisiones, entonces esta información debe ser suministrada a los familiares o personas responsables. El médico debe tener siempre presente que el paciente tiene todo el derecho a recibir información completa antes de dar su consentimiento para aceptar el tratamiento propuesto u otra recomendación. La comunicación de la verdad debe ir precedida por una evaluación clínica objetiva de los siguientes aspectos:

- Capacidad de comprensión del paciente y su nivel cultural
- Presencia de trastornos afectivos concomitantes como la depresión.
- **Derecho a la privacidad:** Todo manejo de información acerca de la enfermedad, tratamiento, pronóstico, condiciones del paciente, así como cualquier consulta, examen o indicación, es confidencial, y en lo posible debe asegurarse la privacidad del paciente. Uno de los grandes riesgos es que la relación médico-paciente resulte afectada, usualmente con las repercusiones negativas más notorias para el paciente: estigma social y marginación, suspensión del tratamiento ARV, etc.
- **Derecho a rehusar un tratamiento:** Todo paciente debe tener, además de la información de los beneficios del tratamiento ARV, los peligros de no realizarlos, ya que es derecho del paciente decidir rehusar o abandonar un tratamiento una vez comenzado. Por eso es una gran responsabilidad tener la capacidad de brindar toda la explicación a cada pregunta del paciente: longitud de tratamiento, dosis, efectos adversos, entre otros. La decisión del paciente va a depender de nuestra capacidad para explicar los beneficios y daños asociados con la terapia ARV.

El ESF debe ser muy prudente con la persona con VIH pues generalmente estas personas son rechazadas por la sociedad, es por ello que se debe garantizar el respeto a estos pacientes, no divulgando su condición, proporcionando tratamiento a personas VIH positivas o con sida sin discriminación. No existe razón conocida que impida a los profesionales de la salud tratar a personas con VIH. Es de obligatorio cumplimiento para el desempeño de los procedimientos terapéuticos el uso de los medios de protección, el cumplimiento de medidas de asepsia, anti-epsia, desinfección química y mecánica de instrumentales y equipos no descartables.

Si se cumple con estas recomendaciones, los médicos y demás integrantes del ESF tienen

todos los elementos para garantizar una atención integral y rigurosa a la población. Algunas medidas pueden parecer exageradas pero la precaución y la responsabilidad bioética así lo exigen pues los profesionales de la salud deben tratar a las personas con VIH o enfermos de sida con justicia.

Las personas pueden asumir comportamientos que les exponen a mayor riesgo de adquirir la infección por VIH como las relaciones sexuales sin protección y el intercambio de jeringas usadas, más frecuentes en los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), los trabajadores del sexo (hombres y mujeres) y sus clientes, los usuarios de drogas inyectables (UDI), que son las **poblaciones en mayor riesgo**. Poblaciones como menores de edad, indígenas, mujeres embarazadas, migrantes y privados de libertad, por sus condiciones socio-económicas, ambientales, culturales tienen control limitado o nulo para evitar o reducir la exposición al VIH; este grupo de personas constituyen **las poblaciones vulnerables**, estos dos grupos de personas **integran la población Clave**.

La Población Clave debe ser foco de un proceso continuo de asistencia que se inicia con la educación para la prevención de la infección y luego de producirse la infección esta asistencia se continua con el tratamiento y acompañamiento integral (sicológico, económico, jurídico y familiar)

En nuestro país la implementación de la ley 3940/09 (ver anexo) representó un gran avance en el tratamiento de las personas que viven y conviven con el VIH al legislar la confidencialidad del diagnóstico y el derecho al tratamiento.

Organización de la Red Integral de Servicios de Salud (RISS) para la detección y manejo del VIH/sida

El MSPBS organiza la oferta de prestaciones a través de la Red Integral de Servicios de Salud, del cual las USF forman parte. La organización de las redes de servicios responde a la necesidad de garantizar la continuidad

de la atención articulando y gestionando los recursos de manera eficiente y con la calidad adecuada.

El punto de partida para el diseño de la RISS es la asignación de un territorio y población definidos, conocer las características de la población, tanto en sus determinantes sociales como en su condición de salud. La territorialización es aplicable tanto para la gestión de eventos de salud o enfermedades como para la planificación, asignación de recursos, organización de las prestaciones, control, monitoreo y evaluación así como la rendición de cuentas. Bajo este principio es posible concebir una red departamental de salud organizada desde una base comunitaria sustentada en las Unidades de salud de la familia (USF) o en centros de Salud que funcionan con un enfoque de atención familiar. Esta es la puerta de entrada al sistema y donde deben resolverse los problemas de salud que corresponden a lo que habitualmente se denomina primer nivel de atención. La capacidad resolutoria de las USF es de atención integral ambulatoria con salud familiar, comunitaria y urgencias de baja complejidad, otorgando servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación a las personas, familias y comunidades asignadas. El territorio donde viven las familias

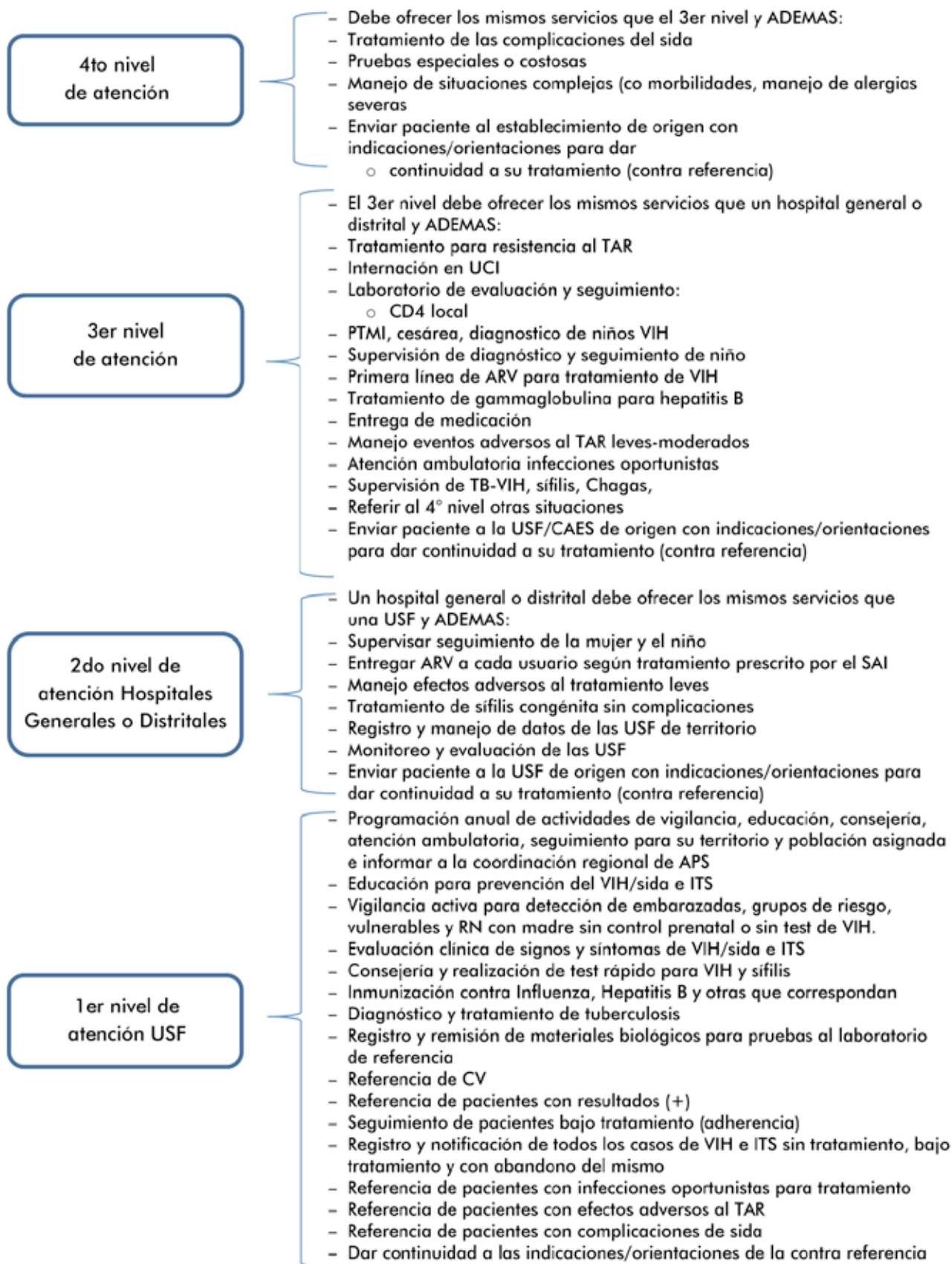
o las personas asignadas a una USF corresponde a un territorio de salud familiar

La detección y el manejo del VIH/sida requieren igualmente la organización coordinada de múltiples actividades y recursos para hacer la entrega de servicios más eficientes y coherentes en relación al costo, resultados, impacto y uso.

Esta adecuada integración y complementación de servicios debe traducirse en la provisión de un paquete de intervenciones esenciales para prevención, detección, tratamiento, asistencia, seguimiento y vigilancia donde la comunidad, el personal sanitario y las instituciones de cada nivel de atención de la red tienen definidas en forma clara sus respectivas funciones y obligaciones con los usuarios, haciéndose cargo y resolviendo las situaciones bajo su responsabilidad y refiriendo adecuadamente aquellas para las cuales no tiene capacidad.

A continuación se presenta en forma resumida la Cartera (oferta) de Servicios para VIH/sida en los respectivos niveles de atención de la RISS, y luego la dinámica de relacionamiento entre los establecimientos de los distintos niveles (referencia y contra referencia).

CARTERA DE SERVICIOS PARA VIH/sida según Niveles de Atención



Flujos de atención en la Red Integral de Servicios de Salud



A. VIH EN ADULTOS

SUBJETIVO

1. La búsqueda de infección por el VIH, debe realizarse considerando las etapas de la infección:

- **Síndrome retroviral agudo:** fiebre, adenopatías, faringitis, rash maculopapular en tronco y cara (puede incluir los miembros), úlceras mucocutáneas, mialgias, artralgias, diarrea, cefalea, náuseas/vómitos, hepatomegalia, esplenomegalia, pérdida de peso, síntomas neurológicos (parálisis facial, meningitis, neuropatía periférica, síndrome de Guillain-Barré, déficit cognitivo o psicosis), que en la mayoría de los casos se resuelve espontáneamente.
- **Fase asintomática:** pueden persistir aumento de los ganglios linfáticos.
- **Fase sintomática:** fiebre, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso, astenia y malestar, diarrea, infecciones de piel a repetición, exacerbación de la dermatitis seborreica, leucoplasia pilosa, infección por herpes simple y herpes zoster, otras infecciones oportunistas.

2. Se deben identificar situaciones de vulnerabilidad y ofrecer la realización de pruebas diagnósticas a:

- Embarazadas, ya en el primer trimestre;
- Personas con tuberculosis;
- Personas con diagnóstico de infecciones de transmisión sexual;
- Personas que utilizan drogas endovenosas;
- Parejas de personas con VIH positivo o con comportamientos de riesgo;
- Receptores de sangre y hemoderivados;
- Trabajadores del sexo;
- Personas con múltiples parejas sexuales
- Persona que practica sexo sin protección;
- Víctimas de violencia sexual;

- Accidentes con exposición a sangre fresca;
- Signos de inmunodeficiencia
- Cuando la persona desea ser examinada.

Informaciones importantes

Se debe hacer el esfuerzo de Investigar sobre su historia médica, antecedente de haber sido testado para VIH o de cualquier otra infección de transmisión sexual, comorbilidades, transfusiones y antecedentes de procedimientos quirúrgicos. Los pacientes pueden no percibirse a sí mismos como de riesgo. En la mujer, se debe indagar la posibilidad de embarazo (fecha de última menstruación y método de planificación que utiliza) y la del último examen cito-patológico cervical.

Interrogar acerca de práctica de relaciones sexuales sin métodos de protección para las ITS y el VIH. Considerar el perfil psicológico del usuario, la comprensión que tendría de su diagnóstico, adherencia al tratamiento y cuidados para evitar la transmisión viral.

OBJETIVO

- Realizar el examen físico completo y minucioso.
- Ofrecer la prueba rápida de detección de VIH a todas las personas que llegan a los servicios y con énfasis en los que se encuentran dentro de los grupos de riesgo, las embarazadas, las personas con diagnóstico de TB y de otras ITS, además de tener evidencia de infección por virus de las hepatitis, considerando siempre el consentimiento y la confidencialidad según lo aclara la ley vigente al respecto (Ley 3940/09).

APRECIACIÓN DIAGNOSTICA

La utilización de pruebas rápidas para el VIH ^{1/2} permite implementar el diagnóstico en varios escenarios, desde las USF hasta centros hospitalarios complejos, pasando por actividades de testeo fuera de la estructura física del sistema de salud. De manera que

el objetivo que se plantea a través de utilizar pruebas en el algoritmo diagnóstico es:

1. Aumentar el acceso al diagnóstico
2. Adelantar la vinculación de las personas identificadas como positivas a los servicios de atención para seguimiento, tratamiento y cuidado.
3. Identificar aquellas personas que presentan resultados dudosos y derivarlos al sistema de salud para su confirmación o descarte de infección
4. Acortar los tiempos de diagnóstico
5. Optimizar el uso de recursos

En el país, las pruebas rápidas pueden ser utilizadas en todas las personas mayores a 18 meses de edad, como testeo inicial para diagnóstico. Los resultados positivos deben ser confirmados usando el método recomendado en las normativas nacionales.

PRUEBAS INICIALES DE INFECCIÓN POR VIH

TEST RÁPIDO: de fácil realización e interpretación, no requiere equipamientos ni profesionales especializados, se pueden obtener resultados en 20 a 40 minutos de acuerdo a la marca.

TEST DE ELISA (ENZIMA INMUNOENSAYO): para detección de VIH, sirve para establecer si la infección por VIH está presente. Las opciones de resultado son:

- **Resultado negativo:** no se encontraron anticuerpos anti VIH en la muestra.

Puede darse la situación de que aún no se ha realizado la conversión de anticuerpos que puede tardar entre 10 días y 6 meses (en la mayor parte de los casos entre 3 y 4 semanas). Por lo tanto, no excluye la posibilidad de transmisión reciente. Se debe

considerar que si la sospecha es alta (por ej. Presencia de otra ITS, infección por hepatitis B o C, uso reciente de jeringas compartidas o transfusión no controlada, exposición sexual reciente sin protección) debe repetirse la prueba trascurridas 12 semanas.

- **Resultado positivo:** el resultado indica que la persona está presuntamente infectada con el virus. Obligatoria, la persona debe confirmar la infección utilizando pruebas confirmatorias, para lo que debe ser referida (la muestra) a un servicio que cuente con esta posibilidad.

CONFIRMACIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS VIH

Para la confirmación del diagnóstico se cuentan con los siguientes métodos:

ELISA: es para la detección de anticuerpos. Detecta VIH-1 y VIH-2. Hoy en día es la prueba de elección para confirmatorio en la atención integral.

WESTERN BLOT (WB): (indica la presencia de por lo menos dos de las siguientes bandas p24, gp41, gp120/160).

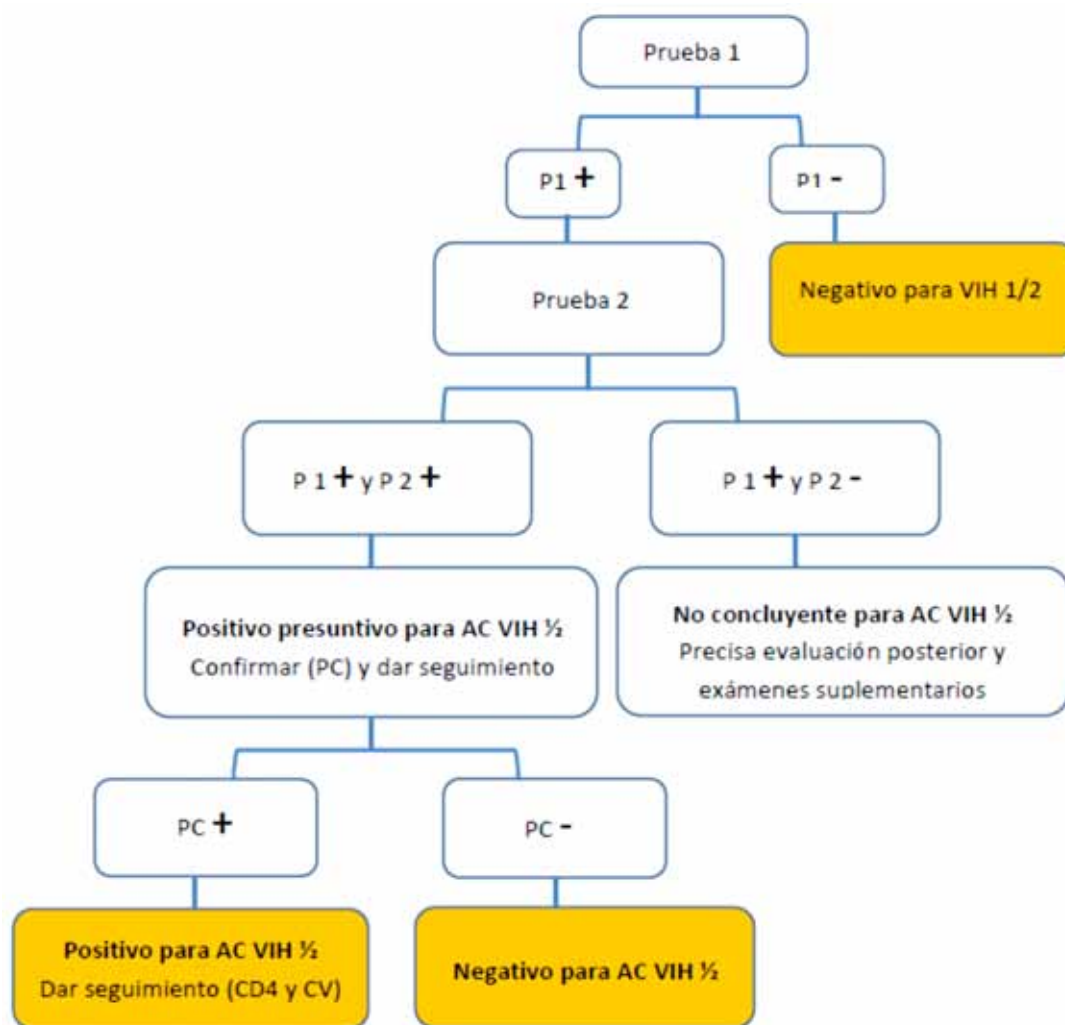
PRUEBAS DE SEGUIMIENTO

CARGA VIRAL (CV): estas pruebas de detección del ARN viral son sensibles aún ante cantidades muy pequeñas. Se usan para definir el pronóstico y vigilar el tratamiento. La CV también puede ser utilizada como diagnóstico en menores de 12 meses y en adultos con pruebas no concluyentes (resultados indeterminados).

RECuento CD4: los límites normales están entre 600 y 1500 células por microlitro, predice el riesgo de desarrollo de SIDA y/o muerte así como el estadio de la enfermedad y respuesta al tratamiento.

ALGORITMO DIAGNOSTICO

Pruebas iniciales (Prueba rápida y/o ELISA en laboratorios) y prueba confirmatoria



Interpretación de los resultados:

Negativo: no se encontraron anticuerpos anti VIH en la muestra recolectada. La conversión de anticuerpos puede tardar entre 10 días y 6 meses (en la mayor parte de los casos entre 3 y 4 semanas). Por lo tanto, no excluye la posibilidad de transmisión reciente. Se debe determinar si se cierra la investigación o se realiza nueva determinación trascurridas 12 semanas.

Inconcluso o Indeterminado: este resultado no permite resolver el diagnóstico al momento de la prueba, y puede ocurrir durante el proceso de positivización de anticuerpos, enfermedad avanzada, reacción cruzada a otros anticuerpos (enfermedades auto inmunes, linfomas, esclerosis múltiple, uso de drogas EV, vacunación reciente), infección por el tipo O del VIH. No se descarta también un error técnico o administrativo. Se debe realizar una nueva determinación en 30 días.

Positivo: la persona está infectada con el virus. Se debe realizar las pruebas de seguimiento y control (CD4 y CV) para determinar el estado inmunológico y así evaluar la elegibilidad de tratamiento con antirretrovirales.

Entre algunos motivos de resultado falsos negativos de la prueba confirmatoria (WB) están: Enfermedad avanzada, Agammaglobulinemia, Respuesta atípica del huésped Grupos N u O del virus. Entre los motivos de resultados falsos positivos están: Lupus eritematoso sistémico, Enfermedad renal avanzada, Infección ficticia

IMPORTANTE: el resultado positivo del test de ELISA significa que tiene presencia de virus y para conocer el estado de infección precisa de pruebas como el CD4 y CV

Criterios de definición de infección avanzada de VIH para mayores de 13 años

Criterios del Centers for Disease Control and Prevention (CDC) adaptadas a nivel nacional

Dos pruebas iniciales positivas

o

una prueba confirmatoria positiva para anticuerpos anti HIV

+

Linfocitos T CD4 < 350 células/cm³

y/o

Diagnóstico de enfermedad indicativa de sida

*Enfermedades indicativas del sida:

- Cáncer cervical invasivo;
- Candidiasis de esófago, tráquea, bronquios o pulmones;
- Citomegalovirus que no sea en hígado, bazo y ganglios linfáticos;
- Criptococosis extrapulmonar;
- Criptosporidiasis intestinal crónica (más de 1 mes);
- Herpes simple muco-cutáneo (más de 1 mes);
- Histoplasmosis diseminada en órganos que no sea exclusivamente pulmón o ganglios linfáticos cervicales/ hiliares;
- Isosporidiasis intestinal crónica (más de 1 mes);
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva;
- Linfomas no Hodgkin de células B;
- Linfoma primario del cerebro;
- Neumonía por *Pneumocystis carinii*;
- Cualquier micobacteriosis diseminada en órganos que no sea el pulmón, piel o ganglios linfáticos cervicales/ hiliares (excepto hanseniasis o tuberculosis);
- Reactivación de la enfermedad de Chagas (meningoencefalitis y/o miocarditis);
- Sepsis recurrente por *Salmonella* no tifoide;
- Toxoplasmosis cerebral

PLAN

1. Realizar la CONSEJERÍA PRE Y POS TEST

a) Antes de ofrecer y o realizar la prueba diagnóstica

- Reafirmar el carácter voluntario y confidencial del test;
- Informar sobre el método de los estudios y la posibilidad de no detección. Hablar sobre el significado de los posibles resultados del test;

- Reforzar la diferencia entre VIH y el SIDA o infección avanzada;
- Considerar el impacto en su vida frente a los posibles resultados del examen;
- Considerar comportamientos de riesgo;
- Reforzar la necesidad de adoptar prácticas seguras frente el VIH,

b) A la entrega de resultados de conclusión negativa

- Recordar que el resultado negativo significa que la persona no está infectada o aún no se detecta infección al momento de la prueba porque todavía no ha producido anticuerpos necesarios para detección;
- Reforzar las prácticas de seguridad ya adoptadas o que adopte;
- Reforzar el beneficio del uso correcto del preservativo y demostrarlo.
- Reforzar los beneficios del uso exclusivo de agujas y jeringas en consumo de drogas inyectables y demostrar el método correcto de limpieza y desinfección de jeringas y agujas, si es necesario.
- Recordar que un resultado negativo no significa inmunidad;
- Evaluar la necesidad de repetir la muestra en 3 a 6 meses;

c) A la Entrega de resultado de conclusión positiva

- Recordar que un resultado positivo significa que la persona está infectada, y que desarrollar o no la enfermedad depende de su seguimiento y cuidado al seguir vinculado al servicio;
- Recordar que un resultado positivo significa que existen posibilidades de seguimiento y cuidado accesibles hoy en día, y que puede ser asistido en la red pública de servicios de salud.
- Enfatizar que su decisión de vincularse a los servicios le permitirá ser evaluado y

apoyado e iniciar tratamiento en caso de ser necesario.

- Insistir en que una persona que vive con VIH tiene posibilidad de desarrollar su vida como cualquier otra persona, siempre cuidando de su tratamiento y protección en forma sistemática
- Preguntar sobre las formas de enfrentar situaciones de stress en su pasado;
- Conocer el apoyo emocional y social disponible (familia, parejas, amigos, trabajo y otros);
- Permitir el tiempo necesario para asimilar el impacto del diagnóstico y expresar sus sentimientos;
- Conversar sobre sentimientos y dudas, prestando el apoyo emocional necesario;
- Ayudar al manejo adecuado de sentimientos comunes, tales como la ira, ansiedad, depresión, miedo, negación;
- Disipar los sentimientos que asocian VIH/sida a la culpa, la sanción, el rechazo, la muerte y otros;
- Enfatizar que en caso de no tomar medidas de protección y cuidado, puede transmitir el virus a otras personas;
- Reforzar la importancia del acompañamiento integral de su salud, señalando que la infección es tratable y en qué condiciones debería ser instituida;
- Reforzar la necesidad de adoptar prácticas de seguridad para la reducción de los riesgos de la infección por otras ITS; diagnosticar y tratar otras ITS es fundamental.
- Reforzar el beneficio del uso correcto del condón y demostrarlo;
- Reforzar los beneficios del uso exclusivo de equipos para uso de drogas inyectables y demostrar la forma correcta de uso y desinfección de jeringas y agujas, si es necesario; ofrecer ayuda para desintoxicación.

- Enfatizar la necesidad de comunicar a su(s) pareja(s) actual(es) el resultado, ofrecer ayuda, si es solicitada;
- Orientar sobre la necesidad de que la(s) pareja(s) actual(es) se realice(n) el test diagnóstico.
- Definir con el usuario los servicios de asistencia disponibles.
- Enfatizar la confidencialidad del resultado;
- Si está embarazada, orientar sobre los cuidados para evitar la transmisión vertical al bebé y la necesidad de seguir evaluando al recién nacido; referirla a un centro para su atención en el parto-cesárea.
- Así mismo, en las embarazadas orientar sobre la transmisión por la leche materna y la alimentación del neonato.
- Si es una mujer no embarazada, conversar acerca de la maternidad y los riesgos de transmisión vertical y ofrecer métodos anticonceptivos eficaces.

d) Entrega de resultado de conclusión indeterminada

- Orientar sobre las posibilidades del significado
- Indicar que se debe realizar una nueva determinación en 30 días
- Reafirmar la importancia de prácticas de protección y cuidado ;
- Ser comprensivo a la ansiedad frente la espera por el resultado definitivo y ofrecer apoyo emocional.

Que debe hacer el personal de ESF ante una persona que vive con VIH (PVV)

- 1) Notificar a los organismos estatales de salud correspondientes siempre manteniendo el anonimato del paciente. Ver formulario correspondiente.
- 2) Encaminar al servicio de referencia de la zona para evaluación del estado inmu-

nológico y virológico (CD4 y Carga Viral) para elegibilidad de inicio de tratamiento y seguimiento posterior

- 3) Controlar la adherencia a la medicación según normas nacionales y llevar un seguimiento exhaustivo de efectos adversos, uso de otros medicamentos e interacciones con estos,
- 4) Vacunaciones: Indicar vacunación contra el virus de influenza una vez al año y esquema completo (3 dosis) contra la hepatitis B en caso de que no tenga inmunidad comprobada o no pueda comprobarse. Advertir acerca del esquema de vacunación del adulto y sobre los efectos probables de las vacunas a virus vivos.
- 5) Para las mujeres con hijos, investigar si se han realizado los test durante el prenatal. En caso negativo, proceder a la investigación de la infección en los niños.
- 6) Hablar a las mujeres acerca de cómo decidir acerca de los métodos anticonceptivos y programar su evaluación ginecológica y estudios de cuello uterino
- 7) Advertir los signos y síntomas de infecciones oportunistas: fiebre o tos persistente, disnea, diarrea prolongada, aumento de ganglios linfáticos, lesiones en piel y mucosas, trastornos en el comportamiento, etc.
- 8) Convocatoria de las parejas: puede ser hecha por el usuario o por el profesional de salud, garantizando que:
 - El usuario haya sido informado de la convocatoria;
 - No hay coerción;
 - La identidad del caso índice no necesita ser declarada;
 - Las personas convocadas tienen acceso a servicios de salud para su acompañamiento.
- 9) Establecer un plan de acompañamiento a la familia, considerando las singularida-

des de cada caso y mantenerse dispuesto a evacuar las dudas que puedan surgir.

- 10) Indicar espacios de apoyo como acompañamiento de pares, grupos de apoyo mutuo, asociaciones, etc.
- 11) Mantenerse informado sobre el acompañamiento en el centro de referencia e identificar faltas a los contactos programados, ejecutando la búsqueda activa si es necesario.

SEGUIMIENTO DE LAS PERSONAS CON VIH

Cuando iniciar el tratamiento

La decisión de iniciar el tratamiento y la opción del esquema terapéutico más conveniente debe ser tomada en conjunto entre la persona que vive con VIH y el personal de salud, de acuerdo a la mejor evidencia existente y según el resultado de la evaluación inicial del CD4 y la CV, además de comprobar la presencia o no de signos y síntomas de enfermedades indicadoras de sida. Las orientaciones de cuando iniciar están en la normativa nacional y se pueden resumir:

Tabla 1: ORIENTACIONES PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO DEL VIH

GRUPO DE POBLACIÓN (sin TAR previo)	DIRECTRICES TAR 2010
VIH+ ASINTOMÁTICO	CD4 \leq 350 cells/mm ³
VIH+ SINTOMÁTICO	Estadio clínico 3 o 4 independientemente del recuento de CD4
MUJERES VIH+ EMBARAZADAS Y QUE AMAMANTAN	Independientemente de CD4 o del estadio clínico
COINFECCIÓN VIH/TB	TB activa, independientemente de CD4
COINFECCIÓN VIH/VHB	Evidencia de hepatopatía crónica grave, independientemente de CD4

Cuáles son los beneficios del inicio precoz del tratamiento

- Disminuye la severidad de los síntomas de la infección aguda
- Reduce el riesgo de la transmisión viral.
- Limita la mutación viral y la resistencia a las drogas antiretrovirales
- Permite la maduración de la respuesta inmune

Cuál es el esquema de terapia antirretroviral de primera línea

Es importante que la terapia antiretroviral se inicie con todas las drogas en simultáneo para disminuir la resistencia durante los periodos de replicación viral. Una vez iniciado el tratamiento se prolonga indefinidamente.

El esquema de tratamiento inicial es triple, incluyendo diferentes clases de fármacos:

El esquema preferencial hoy día en adultos es:

TDF o Tenofovir
+
3TC (o FTC) (lamivudina o emtricitabina)
+
EFV (efavirenz)

Los esquemas clásicos también incluyen Zidovudina (AZT) y Nevirapina (NVP)

El objetivo del tratamiento es:

a) reducir

- mortalidad
- progresión a sida
- progresión a sida o muerte
- cáncer no definitorio de sida
- eventos graves no sida

b) mejorar

- aumento de CD4
- supresión viral,

c) evitar

- fracaso, rebrote
- efectos adversos graves y anormalidades de laboratorio

La apreciación del éxito terapéutico se basa en criterios clínicos y de laboratorio. Desde la Atención Primaria, se puede sospechar el fracaso del tratamiento si después de 24 semanas de instituido **persisten** las manifestaciones de enfermedades indicadoras.

Todas las mujeres infectadas por el VIH embarazadas y las que amamantan deben **iniciar** triple ARV, en forma **independiente** al nivel de CD4, que debe mantenerse de preferencia por el resto de su vida, y sobre todo durante el momento de **mayor riesgo** de transmisión materno infantil. Las mujeres que no recibían terapia ARV antes del embarazo, deben iniciarlo a las 14 semanas de embarazo (o al momento del diagnóstico).

Ofrecer apoyo al tratamiento

La pobre adherencia **es la principal causa de fracaso terapéutico**. Es muy importante que el equipo de salud se mantenga al pendiente del usuario y recuerde acerca del uso correcto de la medicación, aclare dudas, ofrezca estrategias que faciliten el control de la auto administración, como agendas, alarmas, así como estimular la participación en grupos de adhesión, promover actividades educativas e identificar situaciones de abandono del tratamiento.

PROFILAXIS PARA INFECCIONES OPORTUNISTAS

En los servicios de salud o unidades de atención que cuenten con equipos de medición de CD4 o tengan acceso a resultados, se debe realizar la profilaxis de las siguientes infecciones en las PVV:

Tabla 2: PROFILAXIS DE LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS EN PVV

Enfermedad	Indicación	Método
Pneumocistosis	CD4 < 200, candidiasis oral, fiebre inexplicada > 2 semanas	TMP-SMZ 800/160mg día
Toxoplasmosis	IgG + y CD4 < 100	TMP-SMZ 800/160mg día
Tuberculosis	Excluida TB activa y PPD > 5mm Exposición Rx – lesión cicatricial	Isoniazida 300mg + Piridoxina 50 mg/día por 9 meses
<i>Mycobacterium avium</i>	CD4 < 50	Azitromicina 1200mg /semana o Claritromicina 500mg 2 x día
Varicela	Exposición y serología negativa	Aciclovir 800 mg. 5 veces al día por 7 días
<i>S. pneumoniae</i>	CD4 < 200	Vacuna anti pneumococica cada 5 años
Hepatitis B	Serología negativa	Vacunación 3 dosis
Influenza	Siempre	Vacunación anual
Criptococosis	CD4 < 50	Fluconazol 200mg /día
Histoplasmosis	área endémica + CD4 < 100	Itraconazol 200mg /día
Coccidioidomicosis	área endémica + CD4 < 200	Fluconazol 400mg/día o Itraconazol 200mg/día

B. CUIDADOS DEL NIÑO

Es importante que el ESF encare el seguimiento del niño el momento del nacimiento, con el objetivo que todo RN debe estar diagnosticado y en tratamiento antes de los 6 meses de vida.

SUBJETIVO

Investigar y registrar:

- En qué momento fue diagnosticada la infección en la madre;
- Cuando inició el tratamiento con antirretrovirales y cuál es el esquema terapéutico;
- La vía de parto;
- La carga viral de la madre y si recibió AZT inyectable en el momento del parto;
- Si la madre ha recibido tratamiento para otras infecciones transmitidas por vía placentaria, como la sífilis;
- Si el neonato hay recibido antirretrovirales vía oral en las primeras 2 horas de vida.
- Si fue realizada prueba de Carga Viral del neonato y cuál fue su resultado;
- Si fue investigado en el neonato la presencia de otras enfermedades de transmisión vertical y su resultado;
- Conocer la alimentación del niño y si ha recibido leche materna;
- Saber si fue programada consulta en ambulatorio de referencia para el niño;
- Vacunaciones;

Permitir que la madre hable sobre sus dudas y miedos. Conocer su red de apoyo social y familiar.

OBJETIVO

Examen físico

- En todas las consultas de acompañamiento, realizar examen físico minucioso.
- Registrar el peso, altura y perímetro cefálico en todas las consultas del primer año de vida.
- Evaluar el desarrollo neurológico y psicomotor.

- Examen de todos los grupos de ganglios linfáticos y de la piel y de las mucosas, investigando candidiasis oral.
- Recordar que el principal efecto adverso de la AZT es la anemia por supresión de la médula ósea.
- Observar los cuidados ofrecidos al niño y la interacción de la madre con él, identificando de forma precoz fragilidades del vínculo materno con su hijo.

Exámenes complementarios

El ESF debe controlar que se vayan realizando las siguientes pruebas:

Tabla 3: EXAMENES DE LABORATORIO PARA NEONATOS

Prueba	Cuándo
Carga Viral	4-8 semanas y dar seguimiento según resultado para indicar nueva CV
Test de Elisa	12-18 meses
CD4	Al confirmarse infección por VIH
Hemograma (monitoreo de anemia por AZT)	Al nacer, 1-2 meses, 4 meses, 6 meses, 12-18 meses
Pruebas de función hepática	Al nacer, 1-2 meses, 12-18 meses
Glicemia	Al nacer, 1-2 meses, 4 meses, 12-18 meses

Si se confirma la infección por VIH debe revisar todos los resultados de laboratorio: hemograma, CD4 y Carga Viral, además de solicitar serología para toxoplasmosis y citomegalovirus en forma anual.

APRECIACIÓN DIAGNÓSTICA

Diagnóstico de infección por el VIH en niños <18 meses

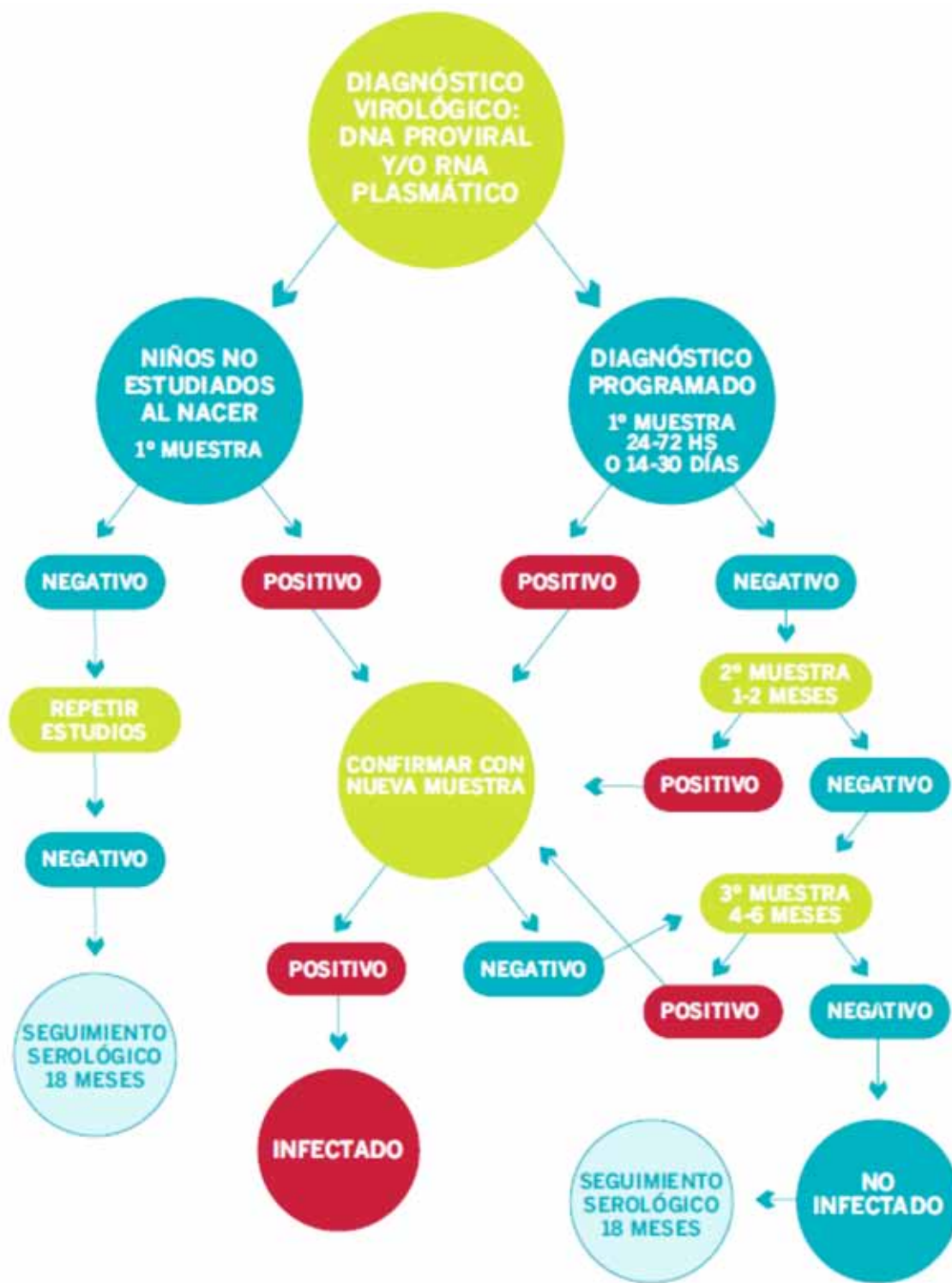
El diagnóstico de VIH en menores de 18 meses se realiza en centros con capacidad para

realizar la prueba de CV, debiendo la USF proceder a la extracción de la muestra, y coordinar el envío de la misma al laboratorio de referencia regional.

Para la definición es necesario analizar la detección de la carga viral en los primeros 6 meses de vida y la detección de anti cuerpos contra el VIH después de los 12 meses.

Algoritmo diagnóstico de VIH en menores de 18 meses

Si la muestra llega antes del mes de vida se sigue el algoritmo de diagnóstico programado, de lo contrario realizar 2 determinaciones virológicas (la segunda de los 4-6 mese de vida).



DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR EL VIH EN NIÑOS > 18 MESES

Algoritmo diagnóstico de VIH en mayores de 18 meses



DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH AVANZADA O SIDA EN NIÑOS < 13 AÑOS (CRITERIOS CDC)

- Niño menor de 13 años de edad que presente evidencia de laboratorio de infección por VIH y al menos 2 signos mayores o 1 signo mayor asociado a 2 signos menores (Tabla 3)
 -
- Niño menor de 13 años de edad que presente evidencia de laboratorio de infección por VIH y diagnóstico de 2 o más enfermedades leves o 1 enfermedad moderada/grave indicativa de SIDA (Tabla 4).
 -
- Niño menor de 13 años de edad que presente evidencia de laboratorio de infección por VIH, cuyo recuento de linfocitos T + CD4 es menos que lo esperado para la edad (Tabla 5).

Tabla 4: SIGNOS DE SIDA EN NIÑOS

Signos menores	Signos mayores
Otitis/sinusitis crónica o a repetición	Candidiasis oral resistente al tratamiento habitual
Hepatomegalia y/o esplenomegalia	Aumento crónico de la parótida
Miocardiopatía	Enfermedad diarreica crónica o recurrente
Dermatitis crónica	Herpes zoster
Aumento de los ganglios linfáticos= 0.5 cm en más de 2 sitios	Tuberculosis
Fiebre = 38° C = 1 mes o recurrente	
Pérdida de peso 10% del peso anterior o alteración en la curva de crecimiento de 2 percentiles	
Anemia y/o linfopenia y/o trombocitopenia	

Tabla 5: ENFERMEDADES INDICATIVAS DE SIDA EN NIÑOS

Enfermedades de carácter leve	Aumento crónico de parótida; dermatitis persistente; esplenomegalia; hepatomegalia; aumento de los ganglios linfáticos; infecciones persistentes o recurrentes de vías aéreas superiores (otitis media o sinusitis).
Enfermedades de carácter moderado	Anemia (Hb < 8,0 g/dl) o linfopenia (< 1000/mm ³) o trombocitopenia (< 100.000) por > de 30 días; candidiasis oral resistente al tratamiento (> 2 meses en mayores de 6 meses de edad); diarrea persistente o crónica; fiebre (> de 1 mes); estomatitis herpética recurrente (2 episodios en 1 año); hepatitis; herpes simples en bronquios, pulmones o trato gastrointestinal < 1 mes de edad; herpes zoster (2 episodios o más de 1 dermatomo); infección por citomegalovirus < 1 mes de edad; leiomiomas; meningitis bacteriana, neumonía o sepsis; miocardiopatía; nefropatía; nocardiosis; neumonía linfoide intersticial; toxoplasmosis antes de 1 mes de edad; trombocitopenia (> 1 mes); tuberculosis pulmonar; varicela diseminada.
Enfermedades de carácter grave	Candidiasis de esófago; tráquea, bronquios o pulmones; citomegalovirus en cualquier ubicación que no sea hígado, bazo y ganglios linfáticos en > 1 mes de edad; criptococosis pulmonar; criptosporidiosis, con diarrea (> 1 mes); encefalopatía determinada por VIH; herpes simple en bronquio, pulmones o trato gastrointestinal; herpes simple mucocutáneo (> 1 mes) en niños > 1 mes de edad; histoplasmosis diseminada (en órganos que no sean pulmones o ganglios linfáticos cervicales/hiliares; infecciones bacterianas graves múltiples y recurrentes (2 episodios en 2 años, confirmados bacteriológicamente); isosporidiosis intestinal crónica (> 1 mes); leucoencefalopatía multifocal progresiva; linfoma no Hodgkin de células B; linfoma primario del cerebro; neumonía por Pneumocystis carinii; cualquier micobacteriosis diseminada en órganos que no sea pulmón, piel o ganglios linfáticos cervicales/hiliares (excepto tuberculosis o Hansen); sarcoma de Kaposi; sepsis recurrente por Salmonella no tifoidea; síndrome de emaciación; toxoplasmosis cerebral en niños > 1 mes de edad y tuberculosis diseminada o extrapulmonar.

Tabla 6: RECuentos DE LINFOCITOS T CD4 POR EDAD EN NIÑOS

Edad	Recuento de linfocitos T + CD4
< 12 meses	< 1500 células por mm ² (<25%)
1 a 5 años	< 1000 células por mm ² (<25%)
6 a 12 años	< 500 células por mm ² (<25%)

Tabla 7: CLASIFICACIÓN CLÍNICA DEL NIÑO < 13 AÑOS CON VIH (CDC ADAPTADO)

Alteración inmunológica ausente (1)	
N1	Ausencia de signos y síntomas clínicos
A1	Signos y síntomas clínicos leves
B1	Signos y síntomas clínicos moderados
C1	Signos y síntomas clínicos graves
Alteración inmunológica moderada (2)	
N2	Ausencia de signos y síntomas clínicos
A2	Signos y síntomas clínicos leves
B2	Signos y síntomas clínicos moderados
C2	Signos y síntomas clínicos graves
Alteración inmunológica grave (3)	
N3	Ausencia de signos y síntomas clínicos
A3	Signos y síntomas clínicos leves
B3	Signos y síntomas clínicos moderados
C3	Signos y síntomas clínicos graves

Tabla 8: CATEGORÍAS INMUNOLÓGICAS (CDC)

Alteración inmunológica	Recuento de CD4		
	Edad		
	< 12 meses	1 - 5 años	5 - 12 años
Alteración ausente	1500	1000	500
Alteración moderada	750 - 1499	500 - 999	200 - 499
Alteración grave	< 750	< 500	< 200

PLAN

- Evaluar el estado inmunológico del menor e iniciar tratamiento lo más precozmente posible.
- Mantener el acompañamiento conforme al calendario de consultas de rutina de los niños hasta los 2 años y 2 veces al año para los > 2 años.
- Ofrecer soporte al niño y a su familia.
- Apoyar a la familia en el momento de la decisión de informar al niño sobre su diagnóstico, manteniendo comunicación con el servicio especializado.
- Ofrecer informaciones precisas sobre la enfermedad, de acuerdo a lo que va preguntando el niño y siempre en presencia de sus padres o tutores.

- Advertir acerca de la aparición de signos y síntomas de infecciones oportunistas y de los efectos adversos de la terapia antirretroviral.

CALENDARIO DE VACUNACION DEL NIÑO CON VIH

Los niños infectados por VIH tienen mayor riesgo de presentar enfermedades infecciosas prevenibles por vacunas, incluso recibiendo la terapia antirretroviral. La respuesta a la vacuna es imprevisible incluso en aquellos con recuento de CD4 normales

Las vacunas en general son bien toleradas y confieren protección, sin embargo las vacunas a virus o bacterias vivas se han asociado con riesgo de enfermedad diseminada y no se recomiendan en niños con inmunodeficiencia establecida (BCG, triple viral)

VACUNAS QUE DEBEN SER OFRECIDAS DE RUTINA A TODOS LOS NIÑOS CON VIH, DE ACUERDO AL ESQUEMA NACIONAL

- Difteria, tétanos, pertussis (DPT)
- *Hæmophilus influenzae* tipo b

VACUNAS QUE DEBEN SER OFRECIDAS DE RUTINA A TODOS LOS NIÑOS CON VIH, CON CONSIDERACIONES SEGÚN SU ESTADO INMUNOLOGICO

Sarampión, rubeola y parotiditis: la vacuna debe ser suministrada a todos, excepto cuando están gravemente inmunocomprometidos (tabla 5), debe administrarse a la edad más temprana posible, según el esquema nacional.

Poliomielitis oral: debe administrarse a todos los niños VIH positivos no sintomáticos. En los sintomáticos debe utilizarse la vacuna anti poliomielitis inyectable.

Hepatitis B: son seguras y se recomienda según el esquema nacional. Sin embargo la respuesta inmunitaria puede ser deficiente por lo que requerirá mayor dosificación, aunque no se conoce la dosificación definitiva.

VACUNAS QUE NO DEBEN SER OFRECIDAS DE RUTINA A LOS NIÑOS CON VIH SINTOMÁTICOS O CON INMUNOCOMPROMISO GRAVE

BCG: se recomienda su aplicación en el niño lo antes posible, de preferencia al nacer, según el esquema nacional, pero está contraindicada en niños y adultos con inmunodeficiencia grave.

Antiamarílica: solo debe usarse en caso de riesgo elevado de fiebre amarilla.

Varicela: debe ser considerada en caso de riesgo de contacto y solo cuando el estado inmunológico no esté sumamente alterado.

Rotavirus: según el esquema del país, solo cuando no hay inmunocompromiso grave.

Hepatitis A: según el esquema del país, cuando no hay inmunocompromiso grave

VACUNAS QUE DEBEN SER OFRECIDAS A LOS NIÑOS CON VIH DEBIDO A RIESGOS MAYORES DE COMPLICACIONES

- Antineumococica
- Anti influenza

Tabla 9: CALENDARIO DE VACUNACION EN NIÑOS

	0m	1m	2m	3m	4m	5m	6m	7m	12m	15m	18m	24m	4 a 6 años
BCG	X												
Hepatitis B	X	X					X		X				
DPT			X		X		X			X			X
Hib			X		X		X		X				
Polio inactivada			X		X					X			X
Rotavirus			X		X								
Anti neumoc.			X		X		X		X				
Meningitis C				X		X		X					
Influenza							X	X					
Varicela									X	X			
Hepatitis A									X		X		

Obs. La OMS no recomienda en forma generalizada la BCG en niños con VIH debido al riesgo de enfermedad diseminada por *M. bovis*.

La vacuna anti rotavirus está recomendada.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Al igual que en el adulto, la decisión de tratamiento debe ser tomada en conjunto entre el niño y su responsable y el personal de salud. La evaluación inicial puede ser realizada en cualquier centro o unidad de atención, pero los estudios complementarios y la evaluación más personalizada debe ser guiada hacia un centro de referencia. El ESF debe tener conocimientos acerca de la terapia, efectos colaterales y estimular la adherencia al tratamiento y evacuando las dudas que puedan surgir.

El objetivo del tratamiento es reducir:

- Mortalidad
- Progresión a sida
- Progresión a sida o muerte
- Cáncer no definitorio de sida
- Eventos graves no sida

Así también, se consideran como objetivos del tratamiento, mejorar:

- Aumento de CD4
- Supresión viral
- El tratamiento debe evitar
- Fracaso o rebrote

- Efectos adversos graves y anormalidades del laboratorio

Para los niños también está recomendada la terapia triple, nunca monodroga excepto en profilaxis en las primeras 6 semanas de vida.

Se recomienda la secuenciación de drogas a fin de mantener las opciones futuras de tratamiento. Múltiples cambios de antiretrovirales, hacen que disminuyan las opciones de tratamiento.

Existen varios regímenes que son posibles de administrar en el tratamiento inicial, pero deben incluir dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogo de nucleósido más un inhibidor de la proteasa o un inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido.

La respuesta terapéutica a los antiretrovirales debe ser monitorizada durante todo el tratamiento. Dicho monitoreo incluirá:

- Adhesión al esquema terapéutico
- Tolerancia a los efectos colaterales de las drogas
- Evaluación de las afecciones asociadas al Síndrome de recuperación neurológica
- Eficacia del tratamiento instituido



II. Infecciones de transmisión sexual

ESQUEMA DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

Es importante el diagnóstico precoz, el cual se torna difícil considerando que muchas de las infecciones son asintomáticas en gran parte de su historia natural o presentan lesiones que son ignoradas o subvaloradas por el usuario o los mismos tienen vergüenza para recurrir al personal sanitario, también la automedicación con cremas tópicas o medicación empírica retrasan el diagnóstico y tratamiento eficaz.

El tratamiento debe iniciarse lo más precozmente posible y para ello se recomienda:

- a) Que todas las ITS sean diagnosticadas y se inicie el tratamiento de ser posible, en el mismo día.
- b) No esperar la confirmación etiológica de las ITS para iniciar el tratamiento.
- c) Utilizar en las ITS de preferencia posológicas que sean de única dosis
- d) Realizar el tratamiento de la/s pareja/s sexual/es siempre.

SUBJETIVO

Las orientaciones de prevención no deben ocurrir solamente en el momento de la consulta. El rastreo y las recomendaciones deben brindarse a toda la población, en especial a los y las adolescentes cuando acudan a consulta por cualquier motivo.

La actitud del prestador de servicio de salud debe ser abierta, respetuosa y sin prejuicios, brindando información completa y clara con opciones terapéuticas, dando pronóstico y posibilidades de complicaciones, sin fortalecer sentimientos de culpa, sin prejuzgar sobre identidad de género, evitando cualquier forma de discriminación.

Investigar

- Caracterización de los síntomas y tiempo de evolución.
- Número de pareja/s sexual/es, incluyendo la actual y las anteriores, en caso de personas con infección, considerar factores de riesgo (Síntomas de la (s) pareja(s) sexual(es)).
- Situaciones de vulnerabilidad: antecedentes de ITS, infección por HIV, uso de drogas, abuso de alcohol, etc.
- Presencia de otras enfermedades en especial de colagenosis (Diagnóstico diferencial con sífilis)
- Uso de fármacos.
- Conocimiento previo acerca de las infecciones de transmisión sexual, dudas y angustias.
- Investigar el uso de preservativos y el modo de utilización, así como la frecuencia y las circunstancias de uso.
- En la mujeres, la fecha de la última menstruación y posibilidad de estar embarazada.

OBJETIVO

Examen físico general

Inspeccionar la piel y mucosas. Lesiones en cualquier parte del cuerpo deben ser anotadas. En la sífilis pueden presentarse ulceraciones o gomas así como rash cutáneo. Eritema multiforme puede ocurrir con el bubón inguinal.

Palpar los ganglios linfáticos de todos los segmentos corporales.

Examen genital masculino³

Antes de iniciar el examen se debe explicar al paciente cuáles son los pasos que se seguirán. Pedir al paciente que se coloque en posición de pie con las piernas abiertas, pedirle que retraiga el prepucio para poder examinar el glande. Palpar los ganglios linfáticos inguinales y estar atento a dolor testicular, ulceraciones, tumefacciones y secreción uretral. Para inspeccionar la región anal, el paciente puede posicionarse inclinado hacia delante con las manos apoyadas sobre la mesa o en decúbito lateral con la pierna que no toca la mesa flexionada. Para el tacto rectal, solicitar autorización del usuario y usar lubricante.

Examen genital femenino

Se debe explicar a la paciente los pasos que se seguirán y cuáles son los objetivos del examen.

El examen estático se realiza en posición ginecológica, evaluando los cambios de la anatomía inguinal y perineal.

Para **el examen con espéculo**, colocar el dedo pulgar y el dedo índice en la región y con movimiento de tracción conseguir la apertura de la vulva. El espéculo es introducido con cuidado para evitar el traumatismo

de la uretra. Con la abertura, el cuello del útero se hace visible.

Si se encontrare secreción anormal, mucosa friable, ulceraciones o vegetaciones, proceder a la revisión de las mismas antes de la recolección de material para el citopatológico (Papanicolau).

El **tacto vaginal** bimanual es muy importante para el diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica. Es posible detectar aumento del volumen del útero y anexos y signo de Frenkel (dolor a la movilización del cuello uterino). Evaluar el tamaño y sensibilidad de los ganglios inguinales y la región perianal en busca de lesiones. Para la realización de este procedimiento es necesario contar con la autorización de la paciente y si es necesario usar lubricante.

Examen en transexuales

Se debe proceder de la misma manera en que se examina a las personas de la identidad que eligen (mujeres si son femeninas y hombres si son masculinos) y agregar

En trans femeninas el examen perianal, incluyendo tacto rectal para evaluación de próstata

En trans masculinos, el examen de mamas y genitales

Observación: debido a las modificaciones que puedan haber realizado en la anatomía, sea esta transitoria o definitiva, debe evaluarse el uso de sustancias y sitios de cirugía.

APRECIACIÓN DIAGNOSTICA

El personal de salud debe proceder el diagnóstico sindromático siguiendo el siguiente esquema:

³ El examen genital (masculino o femenino) en el caso de adolescentes y niños, debe realizarse con autorización del responsable o encargado del menor.

Tabla 10: PRINCIPALES SINDROMES DE LAS ITS

SINDROME	SINTOMAS	SIGNOS	AGENTE CAUSAL probable
Flujo vaginal/genital	Flujo vaginal Picazón Dolor al orinar Dolor con las relaciones sexuales	Flujo vaginal	1. Vaginitis: Trichomonas vaginalis 2. Cervicitis: Neisseria gonorrhoeae Chlamydia trachomatis
Secreción/descarga Uretral	Secreción uretral Dolor al orinar Necesidad de orinar frecuentemente	Secreción/descarga uretral	Neisseria gonorrhoeae Chlamydia trachomatis
Úlcera genital	Úlcera Genital	Úlcera o llaga genital Tumefacción de los ganglios inguinales	1.Chancro: Treponema pallidum 2. Chancroide: Haemophilus ducreyi 3. Herpes virus 4. Calymmatobacterium granulomatis
Dolor Abdominal Bajo	Dolor Abdominal Inferior y durante las relaciones sexuales	Flujo vaginal, dolor abdominal bajo y al palpar, con o sin fiebre demás de 38° C	Neisseria gonorrhoeae Chlamydia trachomatis Anaerobios mixtos
Inflamación (Hinchazón) del escroto	Dolor del escroto	Hinchazón del escroto	Neisseria gonorrhoeae Chlamydia trachomatis
Bubón Inguinal	Tumefacción y dolor de los ganglios inguinales	Tumefacción de los ganglios inguinales. Abscesos fluctuantes con o sin fistulas. (Chancroide, Linfogranuloma venéreo)	Haemophilus ducreyi (Chancroide)
Conjuntivitis Neonatal	Párpados hinchados supuración, dificultad para la apertura ocular	Edema de párpados, supuración	Neisseria gonorrhoeae Chlamydia Trachomatis. Streptococcus Tipo b Staphylococcus aureus Haemóphilus spp Pseudomonas sp
Virus del Papiloma Humano (HPV)	Los síntomas se inician 1 a 6 meses del contagio. Verrugas genitales o perianales	Verrugas dolorosas, friables, pruriginosas. A veces son asintomáticas.	Virus del Papiloma Humano

PLAN

Considerando los hallazgos del examen físico y los antecedentes de la historia clínica construir un diagnóstico sindromático con el objetivo de iniciar el tratamiento lo antes posible como fue mencionado más arriba, considerando instituir una medicación de posología sencilla y de fácil cumplimiento.

- Ofrecer orientaciones sobre la historia natural de la enfermedad, modos de transmisión, posibilidad de cura y reinfección.
- Prestar apoyo emocional y disipar las dudas dando un panorama real de la infección.
- Reforzar las orientaciones de seguridad en las relaciones sexuales.
- Dar recomendaciones para el uso de preservativos para disminuir las posibilidades de contagio de infecciones de transmisión sexual.

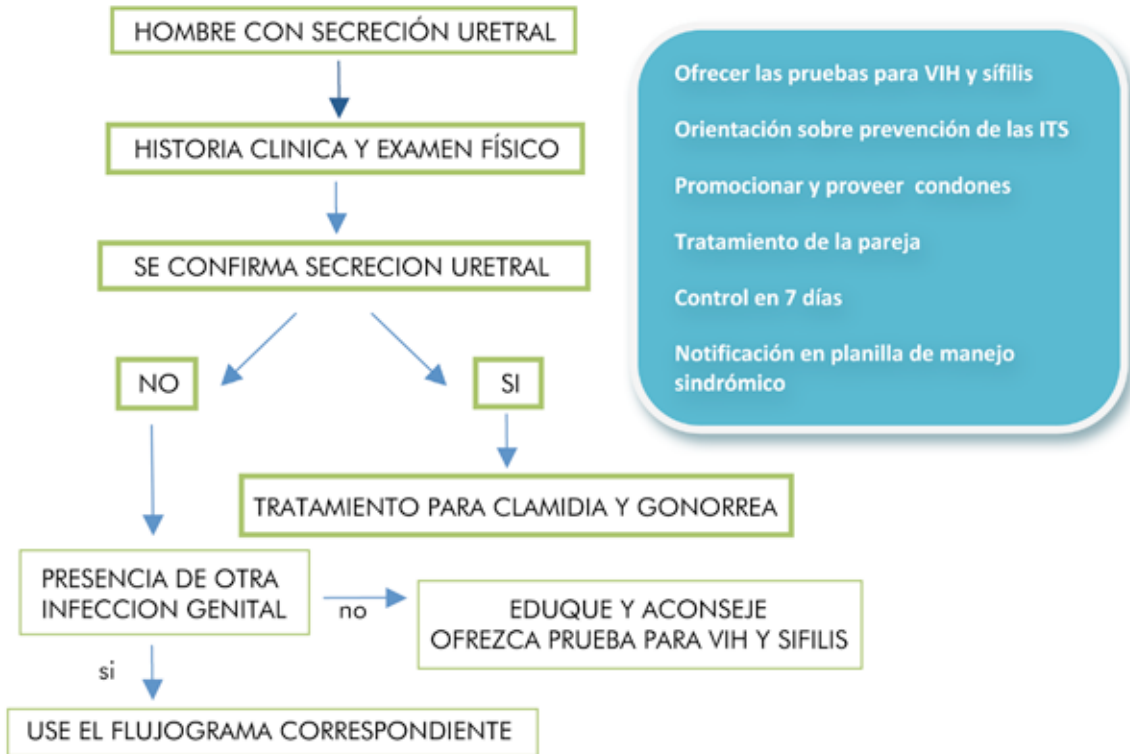
- Ofrecer y realizar pruebas rápidas de VIH y sífilis, previo consentimiento
- Solicitar serologías para detección de: hepatitis B y C.
- Programar control en 7 días para averiguar la efectividad del tratamiento.
- Convocar a la(s) pareja(s) sexual para que reciba(n) tratamiento adecuado, aun cuando sea asintomático. La convocatoria de la pareja debe hacerse con el consentimiento del paciente manteniendo la confidencialidad del diagnóstico y resguardándola de la discriminación.

EN TODOS LOS CASOS NOTIFICAR LA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y REALIZAR PRUEBA PARA SÍFILIS Y VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VER FORMATO DE NOTIFICACIÓN EN ANEXO)

FLUJOGRAMAS DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

(complementar con el rotafolio de manejo sintromico)

SECRECIÓN URETRAL



Gonorrea y Clamidia

El tratamiento consta de la combinación de un fármaco del grupo A con uno del grupo B

GRUPO A (Gonorrea)	GRUPO B (Clamidia)
Ciprofloxacina 500mg VO única dosis	Azitromicina 1g VO única dosis
○	○
+	
Ceftriaxona 125mg IM única dosis	Eritromicina 500mg VO c/6 horas por 7 días

No olvidar: ofrecer pruebas de sífilis y VIH (en caso de disponer de pruebas rápidas, realizarlas durante la consulta) y tratamiento de la(s) pareja(s) sexual.

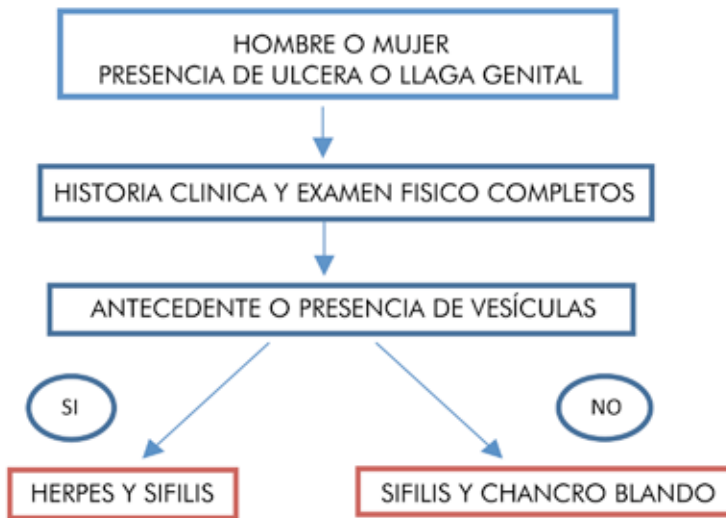
La Ciprofloxacina es de elección en el tratamiento de la gonorrea.

La Ceftriaxona es de uso preferencial en embarazadas.

Si persisten los síntomas después del tratamiento, considerar la infección por trichomonas, ureaplasma y micoplasma.

Metronidazol 2 g VO única dosis + Eritromicina 500mg VO c/6 horas por 7 días

ULCERA GENITAL



- Ofrecer las pruebas para VIH y sífilis
- Orientación sobre prevención de las ITS
- Promocionar y proveer condones
- Tratamiento de la pareja
- Control en 7 días
- Notificación en planilla de manejo sintromico

** En lesiones con más de 4 semanas de evolución, incluir tratamiento para Granuloma Inguinal (Donovanosis).

HERPES

Primer episodio

Aciclovir 200mg VO c/4 horas por 7-10 días o 400mg VO c/8 horas por 7-10 días.

Recidivas: (más de 3 erupciones al año, tratamiento durante los pródromos)

Aciclovir 400mg VO c/8 horas o 200mg c/4 horas por 5 días

Embarazadas: tratar en cualquier tiempo de la gestación.

Manifestaciones severas y lesiones extensas: cuando las lesiones del herpes se presentan en mucosa conjuntival, bucal o con signos de afectación neurológica, deben ser con-

sideradas graves teniendo en cuenta que constituyen una enfermedad indicativa de sida. En este caso, ofrecer y realizar la prueba rápida para VIH y considerar tratamiento IV con Aciclovir 10mg/kg c/8 horas por 5 a 7 días o hasta la resolución de los síntomas en el centro o unidad de salud. En caso de no contar con la medicación, referir al paciente a un centro de mayor complejidad para su atención.

SIFILIS

Sífilis Primaria:

1ª Opción: Penicilina G Benzatínica 2.400.000UI IM profunda única dosis.

En caso de alergia comprobada a la penicilina, indicar Eritromicina 500mg c/6 horas

por 14 días. Esta NO es útil para prevenir la transmisión materno infantil de sífilis y por tanto en embarazadas no está indicado su uso. Si se presenta una embarazada con sífilis y alergia a penicilina comprobada, referirla a un centro de mayor complejidad adonde pueda continuar su tratamiento.

No aguardar el resultado de las pruebas confirmatorias para el inicio del tratamiento.

CHANCRO BLANDO

Azitromicina 1g VO única dosis
 ○
 Ciprofloxacina 500mg VO c/12 horas por 3 días

Observación: en Embarazadas utilizar Eritromicina 500mg VO c/6 horas por 7 días o Ceftriaxona 250mg IM única dosis

Lesiones con más de 4 semanas de evolución:

Derivar a un centro de mayor complejidad para investigar la presencia de neoplasia y tratar Granuloma Inguinal

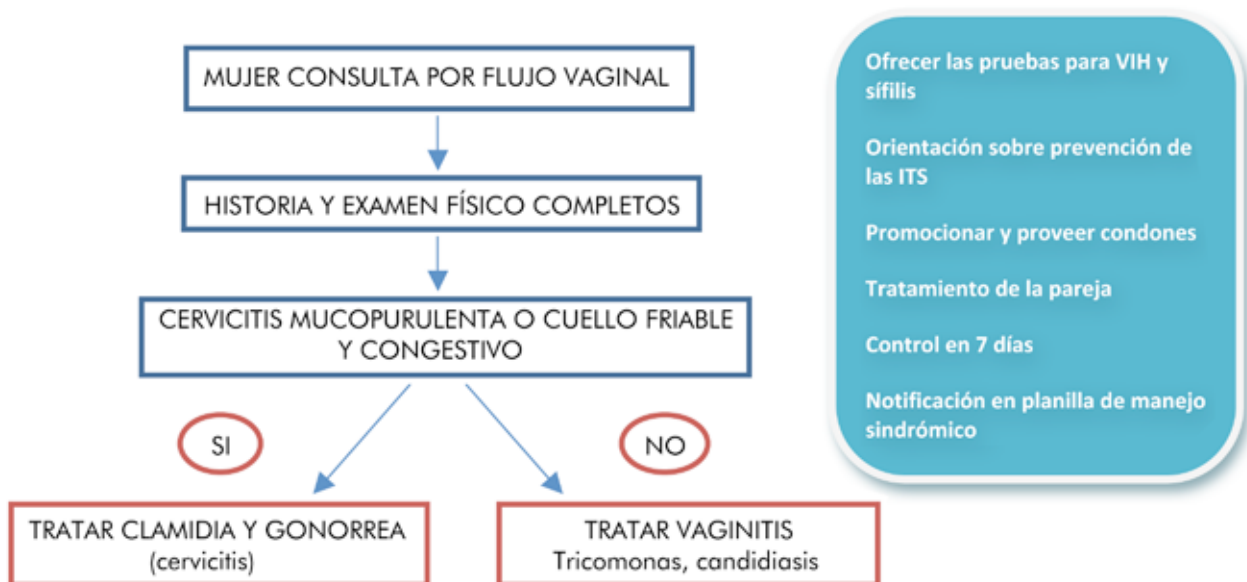
Azitromicina 1g VO el primer día y luego 500mg una vez al día hasta la curación clínica y por lo menos 3 semanas.

○

Sulfametoxazol/Trimetropim 800/160mg VO c/ 12hs hasta la curación clínica y por lo menos 14 días

Observación: en embarazadas se puede usar Eritromicina 500mg c/6 horas día hasta la curación clínica y por lo menos 3 semanas.

FLUJO VAGINAL



Tratar cervicitis

Tratar también a la pareja sexual ya sea que presente o no síntomas al momento de la evaluación.

Fármacos de elección:

GRUPO A (Gonorrea)		GRUPO B (Clamidia)
Ciprofloxacina 500mg VO única dosis		
○	+	Azitromicina 1g VO única dosis
Ceftriaxona 125 mg IM única dosis		

Tratamiento de embarazadas y mujeres que amamantan

GRUPO A (Gonorrea)		GRUPO B (Clamidia)
		Amoxicilina 500mg c/8 horas por 7 días
		○
Ceftriaxona 125mg IM única dosis	+	Eritromicina 500mg VO c/6 horas por 7 días

VAGINITIS

GRUPO A (vaginosis bacteriana y tricomoniasis)		GRUPO B (Candidiasis)
		Fluconazol 150mg VO dosis única
		○
Metronidazol 2 g VO única dosis o 500mg VO c/12 horas por 7 días	+	Miconazol o Clotrimazol intravaginal cada 24 horas por 6 días
		○
		Nistatina 100.000 UI intravaginal cada 24 horas por 14 días

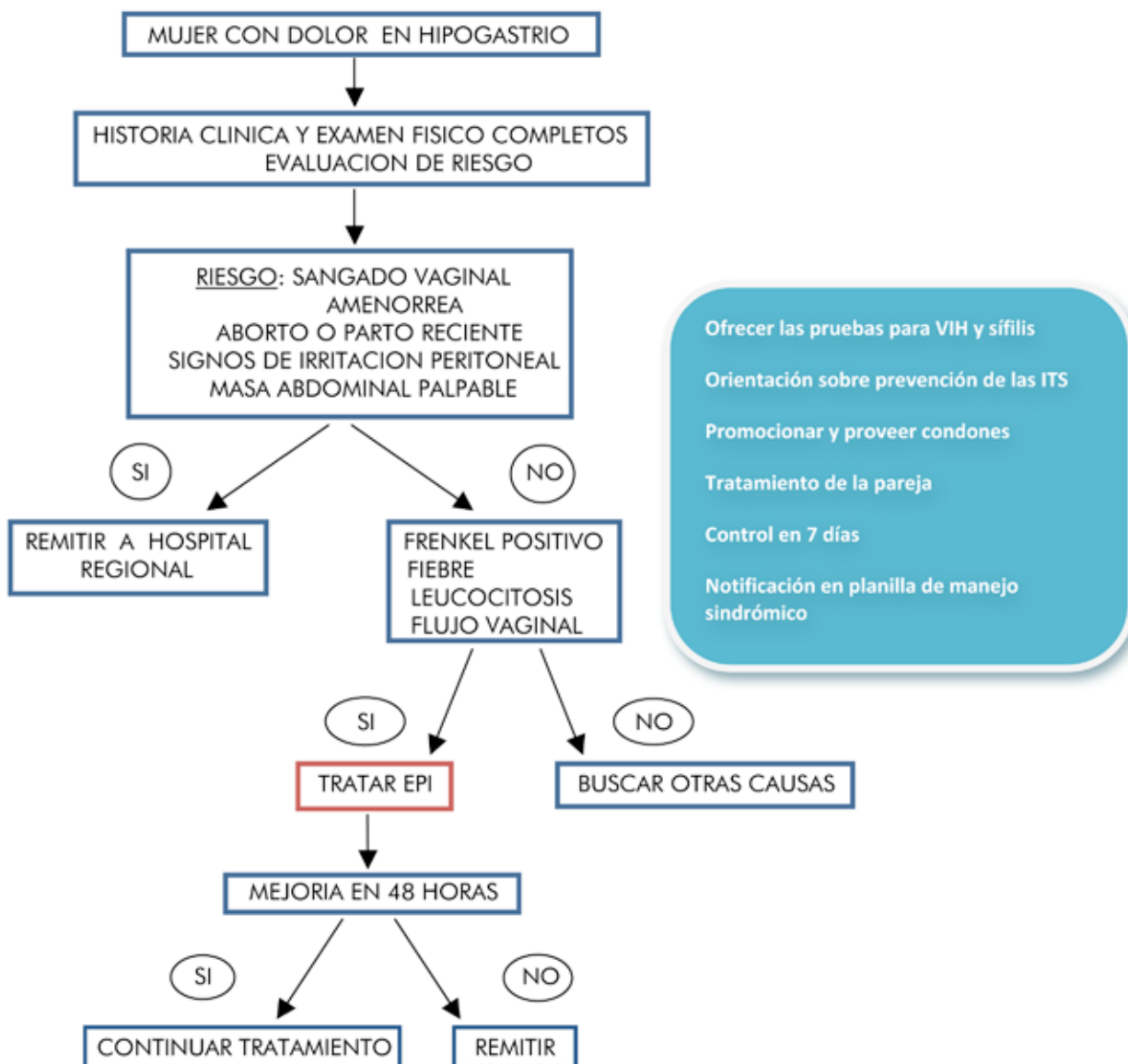
Observación: en embarazadas se elige usar antimicóticos locales (intravaginales) en lugar de Fluconazol VO.

Observaciones

- El tratamiento de la(s) pareja(s) sexual está indicado en la sospecha de cervicitis o tricomoniasis, siempre dando preferencia a las posologías de dosis única.
- Durante el tratamiento con Metronidazol está contraindicado absolutamente el consumo de bebidas alcohólicas, por la reacción disulfirámica.
- Aclarar que la vaginosis bacteriana y la candidiasis vaginal no son infecciones de transmisión sexual. Instituir otras medidas de higiene y tratamiento en estos casos, sin incluir la pareja.

- Las pacientes con VIH reciben el mismo tratamiento. Corroborar si el caso fue notificado, en caso contrario realizar la notificación.
- Las parejas deben recibir tratamiento siempre que presenten síntomas o sean inmunocomprometidos (ej. Parejas VIH positivas, embarazadas, personas con comorbilidades o en tratamiento inmunosupresor).

DOLOR ABDOMINAL BAJO (Enfermedad Pélvica Inflamatoria)



La evaluación del riesgo considera positivo para EPI a 2 puntos o más

Pareja con secreción uretral	2 puntos
Menor de 21 años	1 punto
Más de una pareja	1 punto
No tener pareja estable (relaciones sexuales con personas diferentes en los últimos 3 meses)	1 punto
Pareja reciente (últimos 3 meses)	1 punto

ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA (EPI)

Medidas generales:

reposo sexual (**durante 7 días**).
tratamiento sintomático:

Paracetamol 750mg a 1g cada 6 horas, según dolor o fiebre

Ibuprofeno 300-600mg cada 6 horas según dolor

Si la paciente posee un Dispositivo Intrauterino, el mismo debe ser retirado si se tiene las condiciones mínimas para el procedimiento.

Instruir a la paciente acerca de las consecuencias a largo plazo que incluyen: dolor crónico, infertilidad y embarazo ectópico

En una proporción de casos, las personas con EPI no pueden ser manejadas en ambu-

latorio y deben estar en cuidados en internación. Los criterios de internación son:

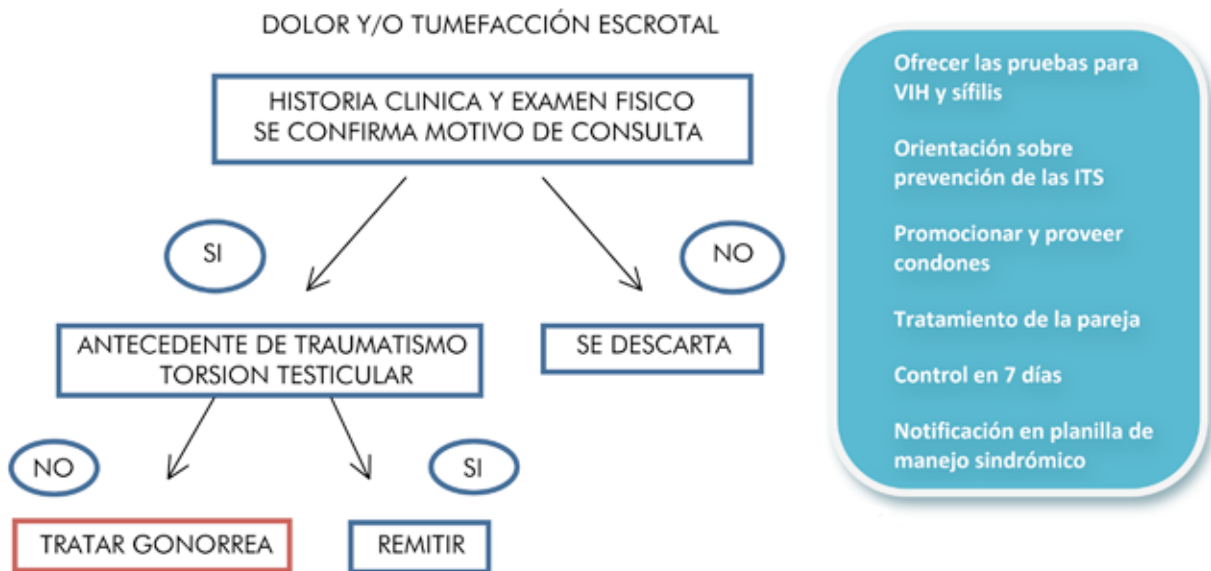
- Embarazadas en cualquier trimestre;
- Parto o aborto reciente (menos de 30 días)
- Vómitos o intolerancia a la medicación vía oral
- Diagnostico no concluyente;
- Probabilidad de apendicitis aguda, embarazo ectópico o absceso pélvico (defensa muscular, abdomen en tabla, masa abdominal) como diagnostico diferencial;
- Falta de adherencia al tratamiento ambulatorio.
- Falta de respuesta al tratamiento ambulatorio a las 72 hs.

El tratamiento farmacológico de los casos no graves incluye la cobertura de *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y bacterias anaerobias.

GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C
Ciprofloxacina 500mg VO dosis unica ○	+ Eritromicina 500mg VO cada 6 horas por 10 días	+ Metronidazol 500mg VO c/ 12 horas por 14 días
Ceftriaxona 250 mg IM dosis única		

En embarazadas: es de preferencia el uso de Ceftriaxona 250 mg IM,

INFLAMACION ESCROTAL

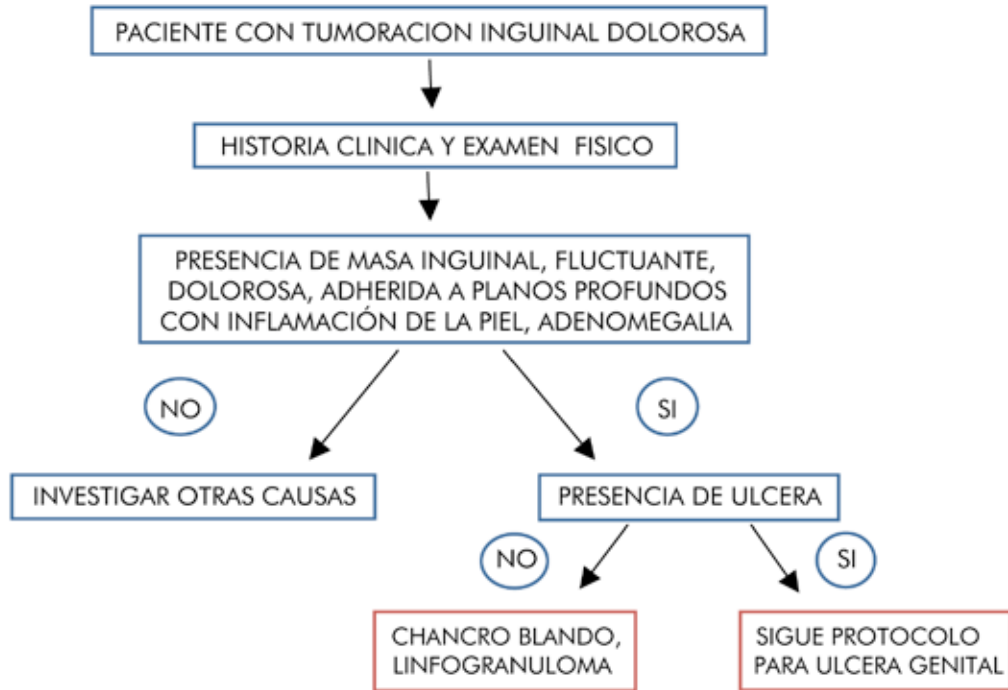


INFLAMACIÓN ESCROTAL

El tratamiento debe incluir terapia para Gonorrea y Clamidia, por lo tanto deben utilizarse fármacos combinados; uno del grupo A combinado con uno del grupo B.

GRUPO A (Gonorrea)	GRUPO B (Clamidia)
Ciprofloxacina 500mg VO única dosis	Azitromicina 1g VO única dosis
○	○
+	
Ceftriaxona 250mg IM única dosis	Eritromicina 500mg VO c/6 horas por 7 días

TUMORACIÓN INGUINAL O BUBÓN INGUINAL



TRATAR CHANCRO BLANDO Y LINFOGRANULOMA VENEREO

GRUPO A	GRUPO B
Ciprofloxacina 500mg VO c/12 horas por 3 días ○ Ceftriaxona 250mg IM única dosis	+ Eritromicina 500mg c/6 horas día hasta la curación clínica y por lo mínimo 2 semanas.

Sí existen dudas o fallas en el tratamiento, referir a un centro de mayor complejidad para la realización de biopsia con fines diagnósticos.

VERRUGAS GENITALES (CONDILOMA)

Son lesiones hiperplásicas a veces pediculadas, generalmente aparecen formando grupos, la región genital-anal es la localización de mayor frecuencia de las verrugas genitales pero también pueden aparecer en la mucosa oral, nasal o conjuntiva.

El agente etiológico es el Papiloma virus, con sus diversos subtipos que se dividen en dos grupos:

Bajo riesgo de cáncer: relacionados a verrugas genitales y lesiones de bajo grado (subtipos 6, 11, 42, 43, 44)

Alto riesgo de cáncer: relacionados a lesiones de alto grado y carcinomas (subtipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 46, 51, 52, 56, 58, 59, 68)

El diagnóstico es clínico, pudiendo indicarse biopsia en las siguientes situaciones:

- a) sí existen dudas (lesiones pigmentadas, duras o ulceradas),
- b) sí no responde o aumentan después del inicio del tratamiento y
- c) para las personas con VIH u otra inmunodeficiencia.

Actualmente existe la vacuna contra este virus que debe ser ofrecida a todo adolescente antes del inicio de la actividad sexual.

Las normativas de vacunación vigentes en el país, Normativa del PAI 2013.

El diagnóstico definitivo de la infección por HPV es realizado por la identificación de la presencia de DNA viral por medio del test de hibridación molecular por captura híbrida, PCR.

CONDILOMA

El tratamiento no es satisfactorio y las recidivas son frecuentes y exigen la administración de tratamientos repetidos, sin embargo en ocasiones desaparecen espontáneamente en personas inmunocompetentes.

Aplicado por el profesional de salud

a) **Ácido tricloroacético (ATA) 80-90%** en solución alcohólica, aplicar pequeña cantidad con esponja sobre las lesiones y aguardar que se sequen (se colorearán de blanco). La aplicación puede ser repetida una vez por semana. Si ocurre ardor excesivo, el ácido puede ser naturalizado con jabón, bicarbonato de sodio o talco. **Es el único tratamiento químico permitido durante el embarazo.**

b) **Nitrógeno líquido o dióxido de carbono**

Tratamiento autoaplicado por el paciente

a) **Solución o gel de podofilotoxina al 0,5%**, dos veces al día durante 3 días, seguido de 4 días sin tratamiento, con repetición del ciclo hasta 4 veces (el volumen total de podofilotoxina no debe exceder los 0,5 ml diarios). Proteger la piel circundante con vaselina antes de la aplicación.

b) **Imiquimod al 5% en crema** aplicada con el dedo antes de acostarse, 3 veces por semana hasta 16 semanas. La superficie tratada debe lavarse con jabón y agua entre 6 y 10 horas después de la aplicación. Las manos se deben lavar con agua y jabón inmediatamente después de la aplicación.

c) En lesiones extensas con gran superficie afectada, referir para métodos físicos como electrocauterización, crioterapia, cirugía o laser.

IMPORTANTE: cuando se realiza un diagnóstico de condiloma por virus de papiloma humano, se debe indicar y en lo posible realizar en el mismo centro un estudio de cuello uterino para evaluación de presencia de modificaciones compatibles con el cáncer.

INFORMAR A LOS PACIENTES QUE ESTAS LESIONES SON ALTAMENTE TRANSMISIBLES, e insistir en EL USO DE CONDONES SIEMPRE PARA REDUCIR LA TRANSMISIÓN.

CONJUNTIVITIS NEONATAL

La conjuntivitis presentada hasta los 28 primeros días de vida debe ser sospechada como producida por transmisión en el canal del parto. El tratamiento incluye medicación para la oftalmía gonocócica y la oftalmía por clamidias, además del tratamiento para gonorrea y clamidias a la madre y su pareja.

TRATAR AL NIÑO

GRUPO A (Gonorrea)	GRUPO B (Clamidia)
Ceftriaxona: 50mg/Kg de peso IM única dosis ○	+ Eritromicina 50mg/ Kg de peso VO c/ 6 horas por 14 días
Cefotaxima 100mg/Kg de peso día IM c/ 6 horas por 7 días	

TRATAR A LA MADRE Y SU PAREJA SEXUAL

GRUPO A (Gonorrea)	GRUPO B (Clamidia)
Ceftriaxona: 500mg IM única dosis	+ Azitromicina 1g VO única dosis ○
	Eritromicina 500mg a cada 6 horas por 7 días

SIFILIS

La úlcera genital es solo una de las presentaciones de la sífilis. La infección ocurre en

tres fases y con posibilidad de cuadros más graves con su tiempo de evolución.

	Caso sospechoso	Caso confirmado
Sífilis primaria	Úlcera genital en la vulva, vagina, cuello uterino, pene o el recto, con adenopatía inguinal o sin ella, sin historia de vesículas o vesículas presentes.	Caso sospechoso + pruebas serológicas no treponémicas VDRL o RPR Reactiva (a partir de título 1/1 es considerado reactivo para gestantes, para el resto de las personas 1/8 indica reactividad).
Sífilis secundaria	Lesiones muco-cutáneas, exantema de piel, que aparecen mas frecuentemente en palma y planta, pápulas en mucosa genitales (condilomas planos sifilíticos), lesiones en faneras (alopecia), asociadas o no a manifestaciones generales (decaimiento, fiebre, anorexia, etc) y adenopatías.	Caso sospechoso + pruebas serológicas no treponémicas VDRL o RPR Reactiva (a partir de título 1/1 es considerado reactivo).
Sífilis latente	Todo paciente sin signos ni síntomas clínicos de sífilis con: -Contacto sexual de una persona diagnosticada con sífilis recién (últimos 90 días). -Pruebas treponémicas positivas y no treponémicas anteriormente positivas que presentan aumento de dos diluciones o más en comparación con la última prueba de este tipo.	Caso sospechoso + Pruebas serológicas no treponémicas VDRL o RPR Reactiva (a partir de título 1/1 es considerado reactivo).
Sífilis terciaria	La sífilis terciaria es aquella que se manifiesta como goma sifilítico y sífilis cardiovascular, excluyendo la neurosífilis.	Caso sospechoso + Pruebas serológicas no treponémicas VDRL o RPR Reactiva (a partir de título 1/ es considerado reactivo).
Neurosífilis		Cuando existen evidencias de infección del SNC por T pallidum (pleocitosis > 5/mm ³ y proteinorraquia > 45 mg/dl), con o sin VDRL reactiva en LCR.

Tratamiento

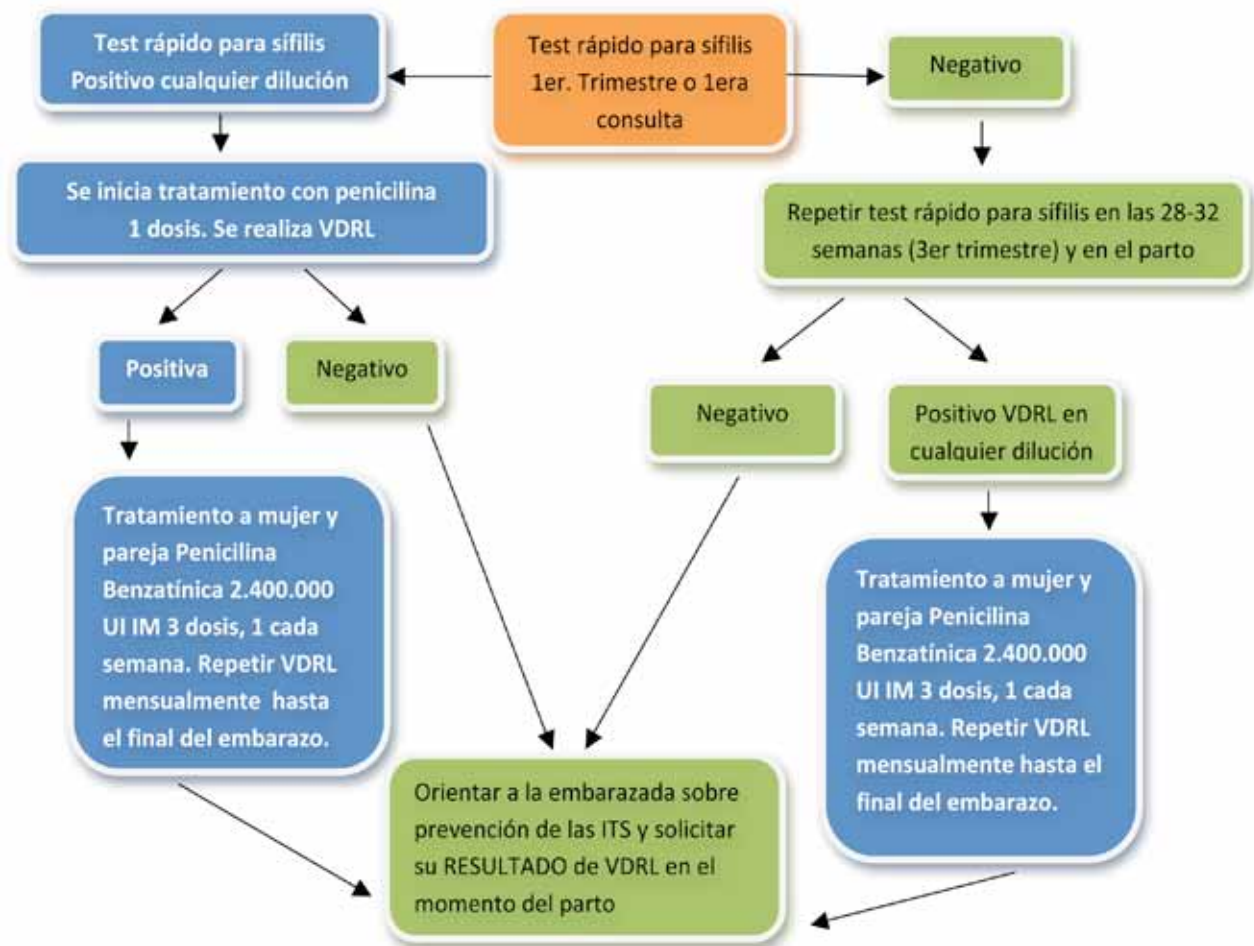
- Sífilis primaria: Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de unidades IM dosis única.
- Sífilis secundaria latente precoz (menos de 1 año de evolución, Latente Tardía (más de 1 año de evolución)): Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de unidades IM, 1 dosis por semana por 3 semanas.

- Sífilis Terciaria sin Neurosífilis: Penicilina G Benzatínica 2.4 millones IM, 1 dosis por semana por 3 semanas.
- Neurosífilis: Penicilina G Cristalina Acuosa: 24 millones de Unidades/día, administrados cada 4 horas IV o por infusión continua por 10 a 14 días.

Los alérgicos a la penicilina deben desensibilizarse para permitir el tratamiento con penicilina.

PREVENCIÓN DE LA SÍFILIS CONGÉNITA

La investigación de sífilis latente y su tratamiento deben ser ofrecidos a todas las embarazadas.



La indicación de inicio precoz del tratamiento de la embarazada se debe a que la sífilis puede ocasionar:

- Muerte perinatal
- Parto prematuro
- Bajo peso al nacer
- Anormalidades congénitas
- Sífilis activa en el neonato
- Secuelas a largo plazo como sordera y déficits neurológicos

Las pacientes con alergia comprobada a la penicilina deben iniciar tratamiento con Eritromicina 500mg. c/ 6 horas por 30 días. Aun así, esta opción no alcanza al niño dentro del útero, por lo que es **INDISPENSABLE** que la madre consulte a un centro de mayor complejidad para manejo de la embarazada.

Debe considerarse falla terapéutica o re-infección y realizarse re/tratamiento en:

- Los pacientes con signos y síntomas persistentes;

- Pruebas no treponémicas (VDRL) anteriormente positivas que presentan aumento de 4 títulos o más en comparación con la última prueba de este tipo;
- Una prueba de VDRL que no baja los valores dentro de los 6 meses,
- Recordar de buscar co-infección con VIH.

SEGUIMIENTO DEL NEONATO

Criterios de definición de sífilis congénita:

1. Todo recién nacido o lactante, de madre que presenta uno o más de los siguientes:

- Sífilis no tratada independientemente de la presencia de signos, síntomas o resultados de laboratorio,
- Sífilis tratada con un régimen que no incluye penicilina, como por ejemplo eritromicina, independientemente de la presencia de signos, síntomas o resultados de laboratorio.
- Sífilis tratada con un régimen que incluye penicilina pero con dilución en el momento del parto dos veces o más que la anterior
- Sífilis tratada durante menos de un mes antes del parto.
- Sífilis tratada antes del embarazo pero con un seguimiento serológico insuficiente para evaluar la respuesta terapéutica y el estadio actual de infección.

2. Todo niño que presente prueba no Treponémica (VDRL) positiva y algunas de las siguientes condiciones:

- Evidencia de signos y síntomas(hepato esplenomegalia, catarro nasal, ganglios descamación de la piel en manos y pie) sugestivos de sífilis congénita
- Evidencia de sífilis congénita en el examen radiológico (osteocondritis en huesos largos)
- Evidencia de cambio en la serología (VDRL anteriormente negativa que se hace positiva)

3. Todo recién nacido o lactante que presenta 2 diluciones (4 títulos o más) superiores al VDRL O RPR de la madre realizado en el momento del parto.

Sífilis congénita:

El tratamiento de la sífilis congénita es siempre con Penicilina cristalina, ajustado según edad:

Edad < 7 días: Penicilina G cristalina 50.000 U/kg IV c/ 12 horas por 10 días

Edad 7-28 días: Penicilina G cristalina 50.000 U/kg IV c/ 8 horas por 10 días

Edad > 28 días, lactantes y niños: Penicilina G cristalina 50.000U/kg IV c/ 6 horas por 10 días.

El tratamiento con penicilina requiere que se realice bajo supervisión y monitoreo en un establecimiento con internación. Referir al niño con hoja de notificación correspondiente.

OBSERVACIONES

Si se omite más de 1 día de tratamiento debe volver a iniciarse el tratamiento.

En la sífilis congénita tardía (después del año) y re-tratamiento se recomiendan penicilina cristalina 200.000 - 300.000 U/K/día (50.000 Unidades/Kg cada 4 a 6 horas) IV por 14 días seguida de 3 dosis de penicilina benzatinica 50.000 U/K/peso IM con un intervalo de 1 c/semana.

Seguimiento después del tratamiento: además del seguimiento y cuidado de todo niño, se deben tener en cuenta los siguientes puntos:

- Seguimiento serológico (VDRL): 3, 6, 9 y 12 meses
- Seguimiento de la visión y audición: cada 6 meses
- Neurosífilis: PL cada 6 meses hasta normalización del citoquímico y/o negativización de la VDRL

ANEXOS

ANEXO I

Antirretrovirales de uso más común

FAR-MACO	DOSIS EN NIÑOS/ADULTOS	EFECTOS ADVERSOS PRINCIPALES	COMENTARIOS
ITRAN			
Zidovudina (AZT)	Neonato (≤ 6 semanas): 2mg/kg c/6h; Niños: 180mg/m ² c/12h (dosis max. 300mg c/12h); ≥ 12 años: 300mg c/12h	Anemia, neutropenia, náusea, cefalea, insomnio, dolores musculares y astenia.	No puede ser asociado a estavudina. Puede ser administrado con alimentos. Capsulas pueden ser abiertas e Mezcladas con agua.
Lamivudina (3TC)	Neonato (<30 días): 2mg/kg c/12h; Niños: 4mg/kg c/12h (dosis max. 150mg c/12h); ≥ 12 años: 150mg c/12h o 300mg dosis única diaria	Dolores abdominales, náusea, diarrea, exantema y pancreatitis.	Puede ser administrado con alimentos. Puede ser triturado y añadido a pequeña cantidad de alimentos o agua.
Didanosina (DDI)	2 semanas – 8 meses: 50-100mg/m ² c/12h; >8 meses: 120mg/m ² (90-150mg/m ²) c/12h o 200mg/m ² (180-240mg/m ²) dosis única diaria; Adolescente/adulto: <60kg: 250mg, >60kg: 400mg dosis única diaria	Pancreatitis, acidosis láctica, neuropatía, diarrea, dolores abdominales y náusea.	Administrar 1 hora antes o 2 horas después de los alimentos.
Estavudina (D4T)	Neonato (≤ 13 días): 0,5mg/kg c/12h. Niños (<30kg): 1mg/kg c/12h; (30-60kg): 30mg c/12h Adolescente (30-60kg): 30mg c/12h; (>60kg): 40mg c/12h	Neuropatía periférica, cefalea, diarrea, náusea, insomnio, anorexia, pancreatitis, Pruebas de función hepática alteradas, anemia e neutropenia.	Puede ser administrado con alimentos. Puede ser triturado y añadido a pequeña cantidad de alimento o agua.

ITRAN		
Efavirenz (EFV)	Niños (≥ 3 años e ≥ 10 kg): 10-15kg: 200mg; 15-20kg: 250mg; 20-25kg: 300mg; 25-32,5kg: 350mg; 32,5- 40kg: 400mg; ≥ 40 kg: 600mg en dosis única diaria.	Exantema (incluso casos da Síndrome de Stevens-Johnson), insomnio, somnolencia, tontura, disturbio de concentración e anomalías del sueño. Administrar con el estómago vacío, más bien a la noche.
Nivirapina (NVP)	Niños (>14 días): 150- 200mg/m ² dosis única diaria por 14 días e, a seguir, 150- 200mg/m ² c/12h (dosis max. 200mg c/12h) Adolescente/adulto: 200mg dosis única diaria por 14 días e, a seguir, 200mg c/12h en la ausencia de rash o altera- ción de las pruebas hepáticas.	Exantema (incluso casos da Síndrome de Stevens-Johnson), fiebre, náuseas, cefalea, hepatitis, e pruebas de función hepática alteradas. Puede ser administrado con alimentos. Puede ser partido.
IP		
Indinavir (IDV)	Adolescente (Tanner 4 e 5): 800mg + RTV 100mg c/12 h	Náuseas, dolores abdominales, nefrolitiasis e hiperbilirrubinemia indirecta, lipodistrofia. Puede ser administrado con alimentos. Hidratación abundante para minimizar riesgo renal.
Atazanavir (ATV)	Niños: (15-25kg): 150mg; (25-32kg): 200mg; (32- 39kg): 250mg; (≥ 39 kg): 300mg + RTV 100mg, dosis única diaria ≥ 13 años e ≥ 39 kg: 300mg en dosis única diaria	Hiperbilirrubinemia indirecta, hematuria microscópica. Administrar con alimento. Contraindicado el uso de omeprazol y otros inhibidores de bomba de protones.
Nelfinavir (NFV)	Lactante (<1 año): 75 mg/kg c/12h. Niños (>1 año): 60 mg/kg c/12h. Adolescente/adulto: 1.250 mg c/12h	Diarrea, náuseas, dolores abdominales, astenia e exantema, lipodistrofia. Administrar con alimento o después de las comidas.
Lopinavir/ Ritonavir (LPV/r)	Neonato/lactante (≥ 14 días e <2 años): 300mg/m ² c/12h. Niños (≥ 2 años): 230mg/m ² c/12h Adolescente/adulto: 400mg c/12h	Diarrea, fatiga, cefalea, náuseas y aumento del colesterol y triglicéridos. Administrar con alimento o después de las comidas.



PODER LEGISLATIVO

LEY N° 3940/2009

QUE ESTABLECE DERECHOS, OBLIGACIONES Y MEDIDAS PREVENTIVAS CON RELACIÓN A LOS EFECTOS PRODUCIDOS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

EL CONGRESO DE LA NACIÓN PARAGUAYA SANCIONA CON FUERZA DE

LEY:

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES CAPÍTULO ÚNICO

Artículo 1°.- Objeto de la Ley: La presente Ley tiene como objetivo garantizar el respeto, la protección y la promoción de los Derechos Humanos en el tratamiento de las personas que viven y son afectadas por el VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y establecer las medidas preventivas para evitar la transmisión.

Artículo 2°.- Glosario: A los efectos de esta Ley, se entenderá por:

Bioseguridad: Al conjunto de medidas, normas y procedimientos destinados a minimizar y controlar el riesgo potencial de transmisión de enfermedades infecto – contagiosas en el manejo de material biológico.

Consejería: Al proceso educativo individual y confidencial mediante el cual un profesional de la salud, debidamente capacitado, informa al usuario de los riesgos, medidas de prevención y tratamientos con relación al VIH/sida/ITS, de manera de que el usuario pueda tomar decisiones informadas y mejorar su calidad de vida.

Discriminación: A toda distinción, exclusión o restricción basada en el estado de salud o percepción de un estado de salud, que tenga por objeto anular o impedir el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas.

Drogas Antirretrovirales (ARVs): A preparados farmacológicos que tienen como función interferir en el proceso de infección viral, disminuyendo la capacidad de reproducción del VIH.

Exámenes CD4: A la prueba de laboratorio que permite medir la cantidad total o relativa de linfocitos CD4+ circulantes en la sangre y, por ende, la capacidad defensiva del organismo. La importancia de los linfocitos CD4+ radica en que su disminución se correlaciona con la aparición de las infecciones oportunistas a las que están expuestas las personas que viven con el VIH y el SIDA.

Examen de Carga Viral: A la prueba laboratorial que permite cuantificar el número de copias del VIH por mililitro de sangre circulante. Cuando los linfocitos CD4+ están elevados y la carga viral es baja, las personas que viven con el VIH están menos expuestas a las infecciones oportunistas.

Hemoderivados: A los productos farmacéuticos obtenidos por extracción y purificación a través del procesamiento industrial del plasma de donantes humanos sanos e incluyen, entre otros, albúmina, inmunoglobulinas y factores de coagulación.

Infecciones Oportunistas: A las infecciones provocadas por virus, bacterias, parásitos y hongos que normalmente no ocasionarían enfermedades en las personas con sistema inmunitario sano, pero sí pueden producirlas en personas con sistema inmunitario deficiente, como es el caso de las personas que viven con el VIH o el SIDA.

ITS: A las Infecciones de Transmisión Sexual.

PVVS: Al acrónimo que se utiliza en la actualidad para denominar a las personas que viven con el VIH y a las personas que viven con el SIDA. Las personas que viven con el VIH se mantienen saludables y relativamente libres de infecciones por varios años, la mayoría de ellas no son diagnosticadas. Las personas que viven con SIDA son personas que ya han desarrollado la enfermedad.

PRONASIDA: Al acrónimo del Programa Nacional de Control del SIDA/ITS.

Respuesta Nacional: A la convocatoria amplia, integrada y comprometida de diferentes instancias de gobierno, organismos internacionales, organizaciones sociales y no gubernamentales que interesadas e involucradas en la problemática del VIH y SIDA se reúnen y articulan sus acciones bajo el marco del rol rector, el PRONASIDA.

SIDA: (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). A la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos y se desarrolla cuando el nivel de linfocitos T CD4+ desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre. Se acompaña de una serie de síntomas que aparecen como consecuencia del deterioro del sistema inmunológico. Estos síntomas pueden ser la pérdida de peso, fiebre, infecciones en la boca, cansancio, aumento del volumen de los ganglios, etc. Se presentan además infecciones oportunistas tales como: neumonías, tuberculosis, toxoplasmosis, diarreas, etc.

VIH: (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Al microorganismo que ingresa al cuerpo humano afectando el sistema inmunológico, de modo tal que el organismo no puede luchar contra las enfermedades. Con el tiempo este virus se va reproduciendo, dando lugar a la aparición del SIDA.

Artículo 3°.- Autoridad Competente: La prevención, tratamiento y asistencia del VIH y SIDA constituye una Política de Estado para cuyo desarrollo y fortalecimiento es responsable el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a través del Programa Nacional de Control del SIDA/ITS (PRONASIDA) como ente rector y las otras instituciones gubernamentales, en coordinación y conforme al plan estratégico de la Respuesta Nacional.

TÍTULO II

ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

CAPÍTULO I

DIAGNÓSTICO Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH Y SIDA

Artículo 4°.- Carácter de la prueba: La prueba laboratorial para el diagnóstico de infección por VIH debe estar acompañada de consejería pre y post test.

Toda prueba debe ser:

- 1) voluntaria, sólo puede efectuarse con el consentimiento del usuario;
- 2) gratuita, cuando es realizada por laboratorios del sector público del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, y;
- 3) confidencial, tanto de la prueba como del resultado de la misma, entre el personal de salud involucrado y el usuario.

Artículo 5°.- Consejería obligatoria: Durante las etapas de embarazo, parto y lactancia el personal de salud está obligado de aconsejar y ofrecer la prueba laboratorial para el diagnóstico de infección por VIH. Es también responsable de que la realización de la misma sea previo consentimiento libre e informado de la usuaria.

Artículo 6°.- Obligación de Notificar: Todos los establecimientos de atención en salud, los laboratorios y bancos de sangre y productos humanos están obligados a notificar el diagnóstico positivo de infección por VIH a la Unidad Epidemiológica Regional (UER), o su equivalente, y al PRONASIDA, según normativa vigente. La notificación se realizará en forma periódica, según cada evento, en los instrumentos establecidos para ello: la planilla de "Enfermedades de Notificación Obligatoria" (ENO) de la Dirección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles (DIVET) y en los formularios correspondientes del PRONASIDA.

CAPÍTULO II

MEDIOS DE PREVENCIÓN

Artículo 7°.- El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social asegurará el acceso a información e insumos para la prevención, atención y tratamiento del VIH y SIDA, como así también de las ITS por su relación e importancia como facilitadoras de la transmisión del VIH.

Artículo 8°.- Importancia de la Prevención: La prevención es el único medio eficaz para evitar la transmisión del VIH, ésta se basa en el entendimiento de los medios de transmisión, para lo cual se promueve:

- 1) la abstinencia sexual;
- 2) la fidelidad mutua;
- 3) el uso responsable de insumos para la protección de las relaciones sexuales;
- 4) evitar el uso compartido de agujas, jeringas e instrumentos corto punzantes;
- 5) el cumplimiento a las normas de bioseguridad en los establecimientos de atención en salud;
- 6) la utilización de sangre debidamente testeada para transfusión sanguínea;
- 7) el cumplimiento de medidas específicas durante el embarazo, el parto y la lactancia.

Artículo 9°.- Normas de Bioseguridad: A los efectos de evitar la transmisión del VIH a trabajadores de la salud y usuarios, los establecimientos de atención en salud, laboratorios y bancos de sangre y productos humanos deben contar con equipos de protección personal (EPP), materiales e infraestructura adecuada que cumplan las normativas de bioseguridad vigentes. Deben además, brindar testeo para VIH con pruebas de reconocida sensibilidad y especificidad en el mismo lugar o permitir incorporarse a un Sistema de Derivación Inmediata a centros de referencia establecidos para tal procedimiento por el PRONASIDA. El sistema de eliminación de desechos debe incorporar las normativas aceptadas por los organismos nacionales e internacionales acerca de la disposición y eliminación de los mismos.

Artículo 10.- Capacitación a los trabajadores de la salud: Los establecimientos de atención en salud pública y privada deben facilitar a sus trabajadores de la salud la capacitación correspondiente para la prevención, diagnóstico, reporte y el manejo de las ITS, VIH y SIDA.

Los programas de capacitación incluirán las normativas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y del organismo nacional rector, el PRONASIDA, quienes brindarán la asesoría técnica para este cumplimiento.

Esta capacitación guardará coherencia con los programas de formación continua de los trabajadores de la salud.

Artículo 11.- Papel de las Organizaciones no Gubernamentales: En el marco de la Respuesta Nacional integrada a la epidemia, el PRONASIDA elaborará en forma coordinada y articulada con las organizaciones no gubernamentales (ONGs) planes de acción para la prevención de la transmisión del virus, el tratamiento de las personas que viven con el VIH y SIDA (PVVS) como así también la promoción de la vida saludable y calidad de vida, con el fin de lograr los objetivos propuestos por dicho plan.

Artículo 12.- La Educación como Estrategia de Prevención: El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Universidad Nacional de Asunción y otros organismos educativos, como parte de las “Políticas Públicas para la Educación de la Sexualidad en el Sistema Educativo Paraguayo”, incluirá en los programas de enseñanza de las instituciones educativas información sobre las ITS, el VIH y SIDA basada en conocimientos científicos actualizados, así como también las formas de prevención de la transmisión y el respeto de los derechos humanos de las PVVS.

El Consejo Superior Universitario, en coordinación con el PRONASIDA, incorporará como política universitaria la generación, manejo y difusión de la información en los programas de estudio de las carreras universitarias, en especial las relacionadas con las ciencias de la salud, a fin de que los recursos humanos allí formados incorporen conocimientos y actitudes basadas en la evidencia.

Artículo 13.- Medidas en las Cárceles y Cuarteles: El PRONASIDA asistirá técnicamente a los Ministerios de Justicia y Trabajo, Interior y Defensa Nacional para el desarrollo de políticas de prevención, tratamiento y asistencia de las ITS, VIH y SIDA enfocada a personas privadas de su libertad, funcionarios afectados a los establecimientos penitenciarios y al personal de las Fuerzas Públicas.

Artículo 14.- Violencia Sexual: Toda persona que haya sido víctima de un hecho punible contra la autonomía sexual debe recibir consejería, asistencia clínica y psicológica para la profilaxis y tratamiento de las ITS, VIH y SIDA, previo consentimiento y acorde a las normativas vigentes en el “Protocolo de atención a personas en situación de violencia sexual” del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. La asistencia inicial a la víctima será obligato-

ria en todos los establecimientos de salud públicos, debiendo éstos incorporarse al sistema de derivación inmediata a centros de referencia, establecidos para tal procedimiento por el PRONASIDA.

Artículo 15.- Accidente Laboral y Riesgo Profesional: Todo trabajador de la salud que por razón de sus funciones estuviere en riesgo de adquirir el VIH debe recibir, previo consentimiento, el tratamiento de profilaxis post exposición, elaborado e implementado para estos casos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Los accidentes producidos en este ámbito, tanto en establecimientos públicos como privados, serán considerados accidentes de trabajo y como tales le serán aplicables las disposiciones nacionales vigentes sobre la materia.

TÍTULO III DERECHOS GARANTIZADOS CAPÍTULO ÚNICO

Artículo 16.- Protección de los Derechos y Garantías: El Estado garantiza a todas las personas que viven y conviven con el VIH y SIDA el pleno ejercicio de todos los derechos y garantías consagrados en la Constitución Nacional para todos los habitantes de la República. La violación de cualquier derecho o garantía que les ampara será denunciante ante las autoridades judiciales para reclamar las responsabilidades civiles, laborales y penales que correspondan.

Artículo 17.- Acceso a la Atención Integral en Salud: Los establecimientos de salud pública, en todos sus niveles, deben brindar atención a las PVVS que lo requieran otorgándoles información, orientación, materiales, tratamiento y apoyo psicológico, conforme al nivel de complejidad. Los mismos deberán ser incorporados al sistema de derivación inmediata a centros de referencia y contrarreferencia establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el PRONASIDA para la atención integral.

Los establecimientos de salud privados y del seguro social deben proporcionar a sus asegurados PVVS la atención integral correspondiente, de acuerdo con los términos establecidos por dichas instituciones, en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 16 de esta misma Ley.

Artículo 18.- Discriminación o Trato Degradante: Queda prohibida toda forma de discriminación y cualquier acto degradante en perjuicio de las personas que viven y conviven con el VIH y SIDA. Asimismo, se prohíben las restricciones o medidas coercitivas de los derechos y garantías de estas personas cuando fuesen impuestas por la sola razón de su estado serológico real o presunto.

Artículo 19.- Investigación en Materia de VIH y SIDA: Los protocolos de investigación que incluyan temas del VIH, SIDA e ITS y las personas afectadas a los mismos, quedan sujetas a las disposiciones de esta Ley y a las normativas nacionales e internacionales que rigen la investigación científica. Estos protocolos deben además ser aprobados por un Comité de Ética, dependiente del ente rector.

Los antecedentes y resultados de las investigaciones serán informados y revisados por el PRONASIDA, quién brindará apoyo técnico en los casos que así lo requieran.

Las investigaciones deben respetar las consideraciones especiales de las personas involucradas en ellas, quienes deberán ser incluidas en el protocolo únicamente con consentimiento debidamente informado.

Artículo 20.- Derechos y Condiciones Laborales: Todo trabajador público o privado que vive y convive con VIH y SIDA tiene derecho a un empleo digno, en los mismos términos y condiciones garantizados y prescriptos por el Ordenamiento Jurídico Nacional. Sobre la base del diálogo social, empleadores, trabajadores y gobierno se obligan a desarrollar una Política Nacional sobre el VIH y SIDA en los lugares de trabajo, ampliando el acceso universal para la prevención, asistencia integral y no discriminación.

El régimen de seguridad social debe proporcionar a sus asegurados que hayan adquirido el VIH la atención integral correspondiente, en los términos establecidos por el ente rector.

Artículo 21.- Presiones y Condicionamientos: Queda prohibida la realización hacia el trabajador de actos arbitrarios, hostigamientos, violación de la confidencialidad acerca del estado serológico, despidos u otra forma de discriminación en el empleo, así como ejercer sobre el mismo cualquier tipo de presión o coacción para que éste se realice la prueba laboratorial para el diagnóstico de infección por VIH, y condicionar a la realización o al resultado de la prueba el acceso, promoción o permanencia en los puestos de trabajo. Serán aplicables en estos casos, las disposiciones del Código Laboral, sin perjuicio de otras acciones que pudiere ejercer el trabajador afectado.

Artículo 22.- Derecho a la Educación: Ninguna institución educativa, pública o privada podrá solicitar pruebas o dictámenes médicos sobre el VIH y otras ITS a postulantes o alumnos como requisito de ingreso, permanencia o promoción en la misma, e igualmente para el acceso a becas nacionales y extranjeras.

Queda prohibida toda discriminación o expulsión por parte de tales instituciones en contra de alumnos que viven o conviven con el VIH/sida. La comunidad educativa es responsable de establecer medidas y programas consensuados que tengan como objetivo la eliminación del estigma y la discriminación en el ámbito escolar.

TÍTULO IV INFRACCIONES Y SANCIONES CAPÍTULO I

Artículo 23.- Actos u Omisiones: Los actos u omisiones que impliquen la violación de las normas establecidas en este cuerpo legal son consideradas infracciones pasibles de sanciones administrativas. Toda persona que se considere agraviada por tales actos u omisiones cometidos en su contra tiene derecho a recurrir a las autoridades administrativas correspondientes, sin perjuicio de las acciones civiles, penales y laborales, que pudiese ejercer en consecuencia.

Artículo 24.- Órgano Competente: El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es la institución responsable de cumplir y hacer cumplir, tanto al sector público como al sector privado, las disposiciones previstas en esta Ley y en su reglamentación. Además, podrá presentar denuncias ante las autoridades del Ministerio de Justicia y Trabajo y Educación y Cultura por las faltas que cometan las instituciones a su cargo o bajo su supervisión y control.

Las sanciones previstas en esta Ley serán aplicadas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, previo sumario administrativo, en el que se le dará intervención al presunto o a los presuntos responsables de la infracción, pudiendo los mismos asumir la defensa personalmente o mediante profesional abogado.

CAPÍTULO II DE LAS SANCIONES

Artículo 25.- Sanciones: Las sanciones que se establecen en esta Ley son: multa, suspensión o cancelación del registro y clausura de la institución, las que serán aplicadas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, atendiendo las circunstancias especiales de cada caso, conforme a lo establecido en este Capítulo.

La suspensión y cancelación del registro serán por un plazo no mayor de seis meses y tres años, respectivamente.

El monto de las multas se calculará teniendo como base el jornal mínimo para actividades diversas no especificadas en la República que, en ningún caso, excederá de cien jornales.

Las multas percibidas por el Ministerio serán consideradas recursos propios, las que serán depositadas en una cuenta especial y aplicadas en forma exclusiva para incrementar y fortalecer el Programa Nacional de Control SIDA/ITS (PRONASIDA).

Artículo 26.- Violación de las normas: El personal o auxiliar de la salud que niegue prestar sus servicios a una persona que vive con el VIH y SIDA, lo abandone estando bajo su cuidado y control, provoque la muerte o incapacidad de la persona, sea responsable de la transmisión del VIH poniendo en riesgo a la salud pública, expida certificados, análisis, dictámenes o informes falsos, viole voluntariamente la obligación de confidencialidad, entre otros, será pasible de las sanciones previstas en el artículo anterior. Las mismas serán fijadas atendiendo la gravedad de los hechos y los antecedentes del infractor.

Artículo 27.- Clausura de la Institución: Cuando un establecimiento se hallare en infracción a las normas previstas en esta Ley y a las exigidas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, éste podrá sancionarlo disponiendo la clausura temporal o definitiva de dicho establecimiento, de acuerdo con la gravedad del caso. La clausura temporal no podrá exceder de un tiempo máximo de cuarenta días.

CAPÍTULO III DEL PROCEDIMIENTO

Artículo 28.- Sumario Administrativo: Presentada la denuncia y dispuesta la instrucción del sumario administrativo, se le notificará al supuesto infractor para que se presente a ejercer su defensa por escrito dentro de las cuarenta y ocho horas de notificado, sin perjuicio de la ampliación en razón de la distancia prevista en el Código Procesal Civil. Si el afectado no se presentare, el Juez sumariante presentará sus conclusiones y el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social dictará resolución dentro del plazo de tres días.

Artículo 29.- Defensa: Si el supuesto infractor se presentare a ejercer su defensa, a la cual deberá acompañar toda la prueba documental de la que intente valerse y mencionar las demás, se dispondrá, dentro de las cuarenta y ocho horas de presentada, la agregación de ellas y el diligenciamiento de las demás pruebas. Una vez arribados al proceso todos los

elementos de convicción, el Juez sumariante presentará sus conclusiones en un plazo de tres días. El Ministerio deberá dictar resolución dentro del mismo plazo.

Artículo 30.- Recursos: Contra la resolución dictada por el Ministerio, en el caso del artículo anterior, se admitirá el recurso de reconsideración el que será fundado y deberá ser presentado dentro del plazo de cinco días, de notificada la resolución respectiva.

Artículo 31.- Recursos ante lo Contencioso-administrativo: La resolución recaída en el recurso de reconsideración se dictará en un plazo de tres días y podrá ser recurrida por el afectado ante el Tribunal de Cuentas en un plazo de dieciocho días hábiles, de notificada la misma.

Artículo 32.- Título Ejecutivo: A los efectos del cobro judicial de las multas impuestas, constituirá suficiente título ejecutivo el testimonio auténtico de la resolución que la haya impuesto y que esté firme, lo que se acreditará con la respectiva notificación. El trámite del cobro judicial se regirá por las disposiciones contempladas en los Artículos 439 y siguientes y concordantes del Código Procesal Civil.

CAPÍTULO IV DE LA PRESCRIPCIÓN Y DE LA PERENCIÓN

Artículo 33.- Prescripción de las acciones: Las acciones tendientes a sancionar las infracciones a las normas establecidas en esta Ley, prescribirán al año de su comisión.

TÍTULO V DISPOSICIONES FINALES CAPÍTULO ÚNICO

Artículo 34.- Del Presupuesto de Gastos: Para el cumplimiento de la Política de Estado en la prevención y tratamiento de las ITS, VIH y SIDA, el Poder Ejecutivo, conjuntamente con el Poder Legislativo, arbitrarán las medidas necesarias para que dentro del Presupuesto General de la Nación de cada año se garantice la provisión de los recursos financieros suficientes para el desarrollo del Programa y el fortalecimiento de la Respuesta Nacional a la epidemia.

Artículo 35.- Reglamentación de la Ley: El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social reglamentará las disposiciones de la presente Ley dentro del plazo de sesenta días de su promulgación.

Artículo 36.- Derogación Ley Anterior: Quedan derogadas las disposiciones contenidas en la Ley N° 102/91.

Artículo 37.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Aprobado el Proyecto de Ley por la Honorable Cámara de Diputados, a los veintinueve días del mes de octubre del año dos mil nueve, y por la Honorable Cámara de Senadores, a los diecinueve días del mes de noviembre del año dos mil nueve, quedando sancionado el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 207, numeral 1 de la Constitución Nacional.



BIBLIOGRAFIA

- Abordagem da pessoa com doenças sexualmente transmissíveis: a prática do médico de família e comunidade, *Carolina Costa Reis Fajardo e Luíza Cromack. PROMEF, 2006, Artmed.*
- Caderno de Atenção Básica número 18, HIV/AIDS, hepatites e outras DST's, Ministério da Saúde, 2006, Brasil.
- Guía Nacional de Planificación Familiar y Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2006,Paraguay
- Guía para la profilaxis de la transmisión madre e hijo del VIH y terapia antirretroviral en embarazadas, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Programa Nacional contra el SIDA/ITS, 2006, Paraguay
- Manual de Bolso de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Ministério Da Saúde, 2006, Brasil.
- Manual de consejería en ITS/VIH/sida Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2012
- Manual Washington de Terapéutica Médica. 31° edición. Wolters Kluwer. 2007
- Programa Nacional contra el SIDA/ITS, 2006, Paraguay
- Lues-lues: maternal and fetal considerations of syphilis. Ray JG. *Obstet Gynecol Surv.* 1995;50(12):845
- <http://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-clinical-manifestations-and-treatment-of-early-syphilis>
- Manual de consejería en ITS/VIH/sida Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Programa Nacional contra el SIDA/ITS, 2006, Paraguay;
- Modelo de Atención para VIH-SIDA/ITS. PRONASIDA 2010, Paraguay;
- Antiretroviral therapy for VIH infection in adults and adolescents: Recommendations for a public health approach, WHO, 2010;
- Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do VIH e Terapia Antirretroviral em Gestantes, Ministério da Saúde, 2010, Brasil;
- VIH/Aids, hepatites e outras DST, Cadernos de Atenção Básica - n.º 18 Série A. Normas e Manuais Técnicos, Ministério da Saúde, 2006, Brasil;
- Manual de Prevenção das DST/VIH/AIDS em Comunidades Populares, Ministério da Saúde, 2008, Brasil;
- Recomendacioões para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo VIH, Ministério da Saúde, 2009, Brasil;
- Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica y el Comité asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría para la vacunación en inmunodeprimidos. *Na Pediatr (Barc).* 2011; 75:413. Vol 75 núm 06
- Pautas para la Vigilancia de las infecciones de Transmisión Sexual. OPS/ OMS. ONUSIDA.
- Manual Merck. 11º edición. ELSEVIER. 2006
- http://www.pronasida.gov.py/images/documentos/guias_tratamientos/atencion_vih_sida_its.pdf consulta diciembre 2012
- <http://www.upch.edu.pe/tropicales/telemedicinatarga/REVISION%20DE%20TEMAS/ETICA.pdf> Principios éticos y derechos relacionados con el tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH-SIDA
- http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lco/fuentes_p_e/capitulo2.pdf El VIH como un problema de salud pública y un problema social.
- Guía para el manejo del VIH/sida basada en la evidencia-Colombia. Ministerio de Protección Social y Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y Seguridad Social. Bogotá 2005.
- http://www.pronasida.gov.py/images/documentos/situacion_epidemiologica2013.pdf
- <http://www.pronasida.gov.py/>



**PROTOCOLO INTEGRADO
DE VIH e ITS en
Atención Primaria**