



MINISTERIO
DE SALUD

REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCIÓN No. 289
De 8 de MAYO de 2023

Por la cual se aprueba la Norma para la Atención Integral y Manejo Terapéutico de las Personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en la República de Panamá

EL MINISTRO DE SALUD
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 109 de la Constitución de la República de Panamá, establece como función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.

Que la Ley 66 del 10 de noviembre de 1947, que aprueba el Código Sanitario de la República de Panamá, establece que la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud, es la instancia técnico-administrativa que le corresponde las funciones nacionales de salud pública de carácter normativo y regulador.

Que el Decreto Ejecutivo 75 de 27 de febrero de 1969, por el cual se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud, señala, como parte de sus funciones generales, mantener actualizada la legislación que regula las actividades del sector salud y las relaciones inter e intra institucionales, los reglamentos y normas para el funcionamiento de los servicios técnicos administrativos y los manuales de operación que deben orientar la ejecución de los programas en el plano nacional, bajo patrones de funcionamiento y de eficiencia comprobada.

Que mediante la Ley 40 del 14 de agosto de 2018, se establece el marco jurídico para el abordaje integral de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), declarando la situación de las ITS y/o VIH como un problema de Estado, de salud pública y de interés nacional.

Que corresponde por mandato exclusivo e indelegable al Ministerio de Salud, asumir el ejercicio de la función rectora de las políticas de salud pública, con base en las dimensiones de regulación, conducción y las funciones esenciales de salud pública.

Que la Estrategia Mundial contra el sida 2021-2026, presentada por ONUSIDA, promueve encaminar acciones que acaben con el sida como amenaza para la salud pública hacia el 2030 y que dentro del marco de esta estrategia se establecen metas para el diagnóstico, el tratamiento oportuno y la supresión viral.

Que las Normas para la Atención Integral y Manejo Terapéutico de las personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en la República de Panamá, consolida recomendaciones actualizadas y basadas en la evidencia científica, disponible para garantizar la atención integral de las personas que viven con VIH, los lineamientos para su manejo terapéutico y sus complicaciones enfocados en un modelo centrado en la persona y considerando las particularidades de diferentes grupos de edad como niños, adolescentes, embarazadas y adultos.



Resolución No. 289 de 8 de MAYO de 2023

Que, en virtud de lo señalado, y en función de brindar una atención integral, estandarizada y de calidad, enfocada en el logro de las metas para acabar con el sida como amenaza a la salud pública en Panamá.

RESUELVE:

Artículo Primero: Aprobar la Norma para la Atención Integral y Manejo Terapéutico de las personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en la República de Panamá, contenida en el Anexo 1 y que forma parte integral de la presente resolución.

Artículo Segundo: Señalar que la Norma para la Atención Integral y Manejo Terapéutico de las personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), es de estricto cumplimiento en todas las instalaciones públicas y privadas de salud, a nivel nacional.

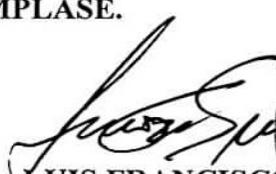
Artículo Tercero: Facilitar la capacitación y formación a todos los miembros de los equipos de atención de la Red de Servicios Públicos de Salud, que permitan atender las necesidades de salud de las personas que viven con VIH, garantizando estándares de calidad elevados, respeto y dignidad.

Artículo Cuarto: Corresponde a la Dirección General de Salud Pública, por medio de la Sección de ITS, VIH y SIDA del Departamento de Salud Integral a la Población del Ministerio de Salud, la responsabilidad de divulgar, monitorear y evaluar el cumplimiento de esta norma a partir de su promulgación.

Artículo Quinto: La presente Resolución empezará a regir a partir de su promulgación.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Constitución Política de la República; Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969; Decreto 75 de 27 de febrero de 1969 y Ley 40 de 14 agosto de 2018.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.


LUIS FRANCISCO SUCRE M.
 Ministro de Salud



LFSM/MLCP/GMHC/CECHS





MINISTERIO DE SALUD



MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ
Dirección General de Salud Pública
Sub-Dirección General de Salud de la Población
Departamento de Salud y Atención Integral a la Población
Sección de ITS/VIH/SIDA



NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Panamá, enero 2023



MINISTERIO DE SALUD



PROYECTO CUIDADO Y TRATAMIENTO EN VIH



AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD

Dr. Luis Francisco Sucre Mejía
Ministro de Salud

Dra. Ivette Odalys Berrío
Viceministra de Salud

Dr. José B. Baruco Villarreal
Secretario General de Salud

Dra. Melva L. Cruz P.
Directora General de Salud Pública

Dr. Oscar González
Subdirector General de Salud de la Población

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE

Dra. Geni M. Hooker C.
Jefa del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población

COMITÉ TÉCNICO LA SECCIÓN DE ITS/VIH/SIDA

Dr. Carlos E. Chávez S.
Jefe de sección

Dra. Jazmín G. Higuero B.
Encargada de clínicas de terapia antirretroviral

Lcda. Astevia I. Ávila J.
Encargada de clínicas amigables

Lcda. Rosa P. Lowe A.
Encargada de unidad de monitoreo y evaluación

Lcda. Yariela E. Ortega
Encargada de las redes de sitios de trabajo

COMITÉ TÉCNICO DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

Dra. Ana Belén Araúz
Especialista en enfermedades infecciosas, Hospital Santo Tomás

Dr. Boris Castillo
Especialista en enfermedades infecciosas, CHM Dr. Arnulfo Arias Madrid

Dr. Félix Díaz
Médico general especialista en VIH, Hospital Santo Tomás

Dra. Dora Estripeaut
Especialista en enfermedades infecciosas, Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel

Dra. Kathia Luciani
Especialista en enfermedades infecciosas, Hospital de Especialidades Pediátricas

Dr. Rigoberto Samaniego
Especialista en enfermedades infecciosas, Hospital Santo Tomás



Comité Asesor

Dirección de Farmacia y Drogas - Departamento de farmacoterapia
Departamento de Genómica y Proteómica del Instituto Conmemorativo Gorgas
Departamento de Salud Nutricional
Departamento de Salud Bucal
Departamento de Regulación de Laboratorio Clínico
Sección de Control de la Tuberculosis
Sección de Salud Sexual y Reproductiva
Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia
Sección de Salud Mental
Sección de Salud Penitenciaria
Sección de Cuidados Paliativos

**Asociaciones y Organismos de Cooperación**

Organización Panamericana para la Salud
Universidad del Valle de Guatemala
USAID/FANCAP
USAID/PLAN International/ Proyecto de Sostenibilidad y Derechos Humanos en VIH para Centroamérica
USAID e IntraHealth/Proyecto de Cuidado y Tratamiento en VIH
ICAP Global Health



Ministerio de Salud. (2022). Norma para la atención integral y manejo terapéutico de las personas que viven con VIH. Sección de ITS/VIH/SIDA

<https://www.minsa.gob.pa/programa/programa-nacional-de-itsvih-y-hepatitis-virales>

Esta publicación ha sido posible por el generoso apoyo del pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID)/Plan International/Proyecto Regional de Sostenibilidad y Derechos Humanos en VIH para Centroamérica. El contenido no necesariamente refleja el punto de vista de la USAID o del gobierno de los Estados Unidos.



PRÓLOGO



Mucho antes de que surgiesen las primeras terapias para VIH, las acciones de prevención se enfocaban fundamentalmente a la donación de sangre, a los cuidados médicos y de enfermería relativos a los procedimientos quirúrgicos y obstétricos. La introducción del tratamiento antirretroviral significó un descenso marcado en las muertes asociadas al VIH y hoy en día es una forma de prevención dado que el control de la infección interrumpe las nuevas infecciones.

La evidencia científica indica que es posible cambiar el curso de la epidemia del VIH. Con el propósito de acelerar la respuesta al VIH, el país ha adoptado las metas 95-95-95 las cuales consisten en que el 95% de las personas que viven con el VIH conozcan su diagnóstico, un 95% de personas que conocen su diagnóstico, reciban tratamiento antirretroviral, y que 95% de las personas en tratamiento antirretroviral presenten una carga viral suprimida.

La norma de manejo terapéutico es un instrumento para promover la salud y el bienestar de las personas que viven con VIH. Es una herramienta para ser utilizada por el personal médico especializado y/o capacitado en VIH en los diferentes niveles de atención de salud.

Dr. Luis Francisco Sucre Mejía
Ministro de Salud

GLOSARIO DE SIGLAS



1. ADN	Ácido desoxirribonucleico
2. ARN	Acido ribonucleico
3. AIA	Asesoría intensificada en adherencia
4. ARV	Antirretroviral
5. CSS	Caja del Seguro Social
6. CTARV	Clínica de tratamiento antirretroviral
7. CV	Carga viral
8. HSB	Hombre que tiene sexo con hombre
9. ICGES	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud
10. IGRA	Interferón gama
11. INH	Isoniacida
12. IO	Infecciones oportunistas
13. ITS	Infecciones de transmisión sexual
14. LCR	Líquido Cefalorraquídeo
15. MDR-TB	Tuberculosis Multidrogoresistente
16. MINSA	Ministerio de Salud
17. NAC	Notificación asistida de contactos
18. NAC1	Neumonía adquirida de la comunidad
19. OPS	Organización Panamericana de la Salud/
20. OMS	Organización Mundial de la Salud
21. PCR	Rección en cadena de la polimerasa
22. PPD	Derivado de proteína purificada
23. RME	Registro médico electrónico
24. SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
25. TARV	Tratamiento antirretroviral
26. TB	Tuberculosis
27. TMP/SMX	Trimetropin/Sulfametoxazol
28. TPT	Terapia preventiva para tuberculosis
29. VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
30. VHA	Virus de la hepatitis A
31. VHB	Virus de la hepatitis B
32. VHC	Virus de la hepatitis C
33. VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
34. VPH	Virus del papiloma humano
35. VPH-AR	Virus de papiloma humano alto riesgo



CONTENIDO

Introducción.....	12
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos.....	14
Base Legal.....	15
Disposiciones Generales.....	16
Ámbito de Aplicación.....	17
SECCIÓN I: Prestación del servicio en las clínicas de tratamiento antirretroviral (CTARV).....	19
1.1. Componentes de la atención integral.....	20
1.2. Atención diferenciada de los servicios de salud en VIH.....	22
1.3. Atención de adultos y adolescentes.....	26
1.4. Atención de la mujer en edad reproductiva y/o embarazada.....	27
1.5. Atención del adolescente y su transición a clínica de adulto.....	30
Atención del neonato y niños.....	34
Servicios especiales.....	36
SECCIÓN II: GENERALIDADES DEL VIH.....	47
2.1. Aspectos clínicos e inmunológicos del VIH en adolescentes y adultos.....	47
2.2. Aspectos clínicos e inmunológicos del VIH en niños.....	48
2.3. Diagnóstico de VIH y laboratorios para seguimiento clínico.....	50
2.3.1. Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH.....	51
2.4. Exámenes de seguimiento clínico en la infección por VIH.....	52
2.5. Terapia antirretroviral.....	54
2.6. Reacciones adversas, efectos secundarios e interacciones de los antirretrovirales.....	59
2.7. Resistencia a fármacos antirretrovirales.....	64
SECCIÓN III: TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN ADOLESCENTES Y ADULTOS.....	66
3.1. Tratamientos de primera línea.....	66
3.2. Tratamiento de segunda línea.....	67
3.3. Tratamiento de tercera línea por fracaso terapéutico.....	67
SECCIÓN IV: INFECCIONES OPORTUNISTAS EN ADOLESCENTES Y ADULTOS CON VIH.....	73
4.1. Infecciones oportunistas que se manifiestan con síntomas respiratorios en adolescentes y adultos con VIH.....	74
4.1.1. Neumonía Adquirida en la Comunidad.....	75
4.1.2. Tuberculosis.....	76
4.1.3. Neumonía por <i>Pneumocystis jiroveci</i> (PCP).....	80
4.1.4. Histoplasmosis Diseminada.....	81
4.2. Infecciones oportunistas que se manifiestan con síntomas neurológicos.....	83
4.3. Otras infecciones oportunistas en los adolescentes y adultos con VIH.....	87

SECCIÓN V: MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS EMBARAZADAS CON VIH Y EL RECIÉN NACIDO EXPUESTO.....93

5.1. Principios de la transmisión vertical del VIH.....93

5.2. Tratamiento antirretroviral en embarazadas con VIH.....95

SECCIÓN VI: NORMAS PARA EL MANEJO TERAPÉUTICO DE LOS NIÑOS <15 AÑOS CON VIH 101

6.1. Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH en niños.....102

6.2. Características generales del esquema terapéutico antirretroviral en niños.....106

6.3. Normas para iniciar el tratamiento antirretroviral en niños con VIH.....111

6.4. Infecciones oportunistas en niños con VIH.....117

Anexos.....127

Glosario de términos.....132

Referencias bibliográficas.....134





ÍNDICE DE FIGURAS

Figura	Título	Página
1	Metas de ONUSIDA para poner fin a la epidemia de VIH	12
2	Conformación del sistema de salud y acceso a servicios de CTARV según provincia	18
3	Conformación del equipo multidisciplinario de las CTARV	21
4	Perfil general del equipo multidisciplinario	22
5	Clasificación e intervenciones de atención diferenciada según tipo de usuario	23
6	Esquema básico de Asesoría Intensificada en Adherencia (AIA)	24
7	Recomendaciones en la dispensación del TARV en usuarios clínicamente estables	24
8	Medidas para lograr la transición de clínica pediátrica a clínica de adulto	32
9	Criterios de referencia a nutrición en adultos y adolescentes	41
10	Criterios de referencia para atención nutricional en niños	42
11	Ciclo vital del VIH y sitios de acción de los ARV	55
12	Diagnóstico diferencial en infecciones oportunistas que se manifiestan con síntomas respiratorios según el valor del CD4	74
13	Clínica respiratoria más fiebre en adolescentes y adultos con VIH: diagnóstico diferencial	76
14	Escenarios para iniciar terapia preventiva con isoniacida	79
15	Clínica neurológica más fiebre en adolescentes y adultos con VIH: diagnóstico diferencial	85
16	Ruta clínica de la embarazada	94
17	Vía de terminación del parto en función de la carga viral de la embarazada con VIH	97
18	Tratamiento de elección en mujer embarazada con VIH con tratamiento antirretroviral previo y cesárea programada en labor de parto	98
19	Tratamiento de elección en embarazada con VIH sin TARV previo y en labor de partos	99
20	Diagnóstico de laboratorio del VIH para niños menores de 24 meses de edad	104
21	Diagnóstico de laboratorio de VIH para niños mayores de 24 meses de edad	105
22	Diagnóstico de laboratorio del VIH para niños que recibieron lactancia materna de mujer con VIH	105
23	Flujograma de atención de recién nacido de madre con VIH	110

ÍNDICE DE TABLAS



Tabla	Título	Página
1	Aspectos de la atención integral para personas con VIH	20
2	Resumen de intervenciones según la pareja y método de reproducción	30
3	Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de salud destinados a los adolescentes	31
4	Aspectos esenciales del informe de transición de clínica pediátrica hacia adultos	34
5	Criterios de referencia a salud mental para personas con VIH	37
6	Categorías de la infección por VIH según CD4 en adolescentes y adultos	48
7	Categorías de la infección por VIH según CD4 en niños por grupo de edad	48
8	Estadificación clínica de la OMS de la infección por el VIH en adultos, adolescentes y niños	49
9	Clases de ARV según su acción en la fase de replicación del virus	55
10	Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR)	57
11	Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR)	58
12	Inhibidores de proteasa	58
13	Inhibidores de la entrada	59
14	Inhibidores de la integrasa	59
15	Reacciones adversas de los antirretrovirales	59
16	Interacciones medicamentosas de los antirretrovirales más frecuentes	61
17	Interacciones de los ARV con anticonceptivos	63
18	Interacciones de los ARV con los alimentos	63
19	Fracaso terapéutico	65
20	Esquemas de primera línea	66
21	Esquemas de segunda línea	67
22	Resumen de los esquemas preferentes y alternativos según línea terapéutica	68
23	Monitoreo de la terapia antirretroviral en adolescentes y adultos con VIH	69
24	Escala CURB-65 para determinar criterios de hospitalización	74
25	Medicamentos antituberculosos de primera línea en adolescentes y adultos con VIH	77
26	Efectos adversos graves de los fármacos antituberculosos	78
27	Dosis de TMP/SMX en el tratamiento de la neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>	80
28	Criterios de alto riesgo para la infección perinatal del VIH	102

29	Escenarios clínicos en el recién nacido según el riesgo de transmisión vertical	107
30	Dosis de tratamiento según escenario clínico	108
31	Toxicidad de los fármacos en el recién nacido	109
32	Esquemas de terapia antirretroviral recomendados en niños	112
33	Recomendaciones de cambios de ARV ante efectos secundarios severos	112
34	Monitoreo clínico y de laboratorio en lactantes y niños con VIH al momento basal, antes y durante el tratamiento antirretroviral	113
35	Asesoría antes y durante la terapia antirretroviral en niños con VIH	114
36	Opciones de tratamiento en pacientes con falla virológica	115
37	Tratamiento antirretroviral con coinfección con TB	118
38	Tratamiento de tuberculosis en niños con VIH	119
39	Tratamiento de infecciones oportunistas en niños con VIH	121
40	Recomendaciones de profilaxis primaria en las infecciones oportunistas en niños con VIH	124
41	Recomendaciones de profilaxis para infecciones oportunistas recurrentes en niños con VIH	125



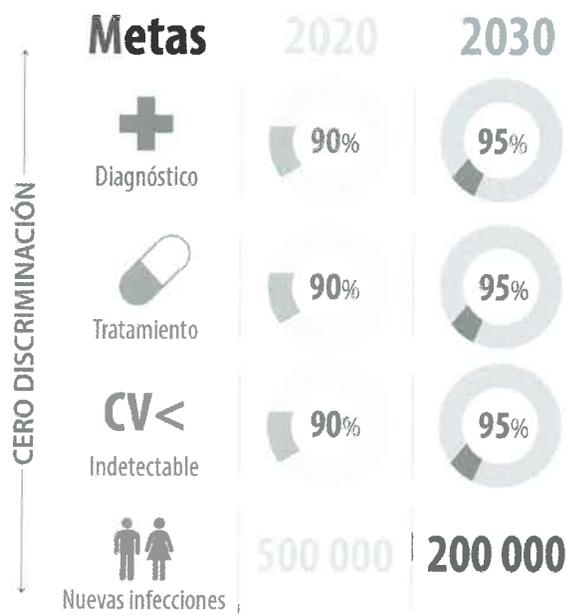


INTRODUCCIÓN

La norma de tratamiento para el VIH es un importante instrumento para cumplir con las metas 95-95-95, ya que ha incorporado actualizaciones que buscan beneficiar a aquellos que viven con VIH.

Para asegurar el cumplimiento de estas metas y de las planteadas en esta norma se requiere la implementación en todos los aspectos multidisciplinarios que forman parte del bienestar integral de aquellos que viven con VIH.

Figura 1. Metas de ONUSIDA para poner fin a la epidemia de VIH





El Ministerio de Salud a través de la Sección de ITS/VIH/SIDA implementa estrategias en colaboración con actores claves, dirigidas a alcanzar:

El conocimiento del estatus de VIH en un 95% de la población estimada que viven con VIH a través de estrategias como:

1. Aplicación del algoritmo de pruebas rápidas para el diagnóstico de VIH con entrega inmediata del resultado.
2. Oferta de la prueba de VIH a través del proveedor de salud.
3. Gratuidad de la prueba de VIH.
4. Ampliación del acceso de la prueba a través de servicios amigables para población clave.
5. Extensión de la cobertura de atención de los servicios a poblaciones claves.
6. Notificación asistida de contactos.
7. Oferta de la profilaxis preexposición.

El tratamiento de un 95% de las personas que viven con VIH y conocen su estatus de VIH por medio de:

1. Seguimiento, localización y vinculación inmediata.
2. Inicio rápido al tratamiento en los primeros siete días de su vinculación a un servicio de atención para personas con VIH.
3. Entrega multiples de medicamentos.
4. Compras y negociaciones conjuntas de medicamentos a nivel regional.
5. Se trabajan además propuestas destinadas a la descentralización de los servicios de entrega de antirretrovirales con algunas experiencias realizadas durante la pandemia por COVID-19 como la entrega domiciliaria de medicamentos a través de promotores de salud, mensajería o bien la aproximación de los medicamentos en centros del primer nivel de atención o a través de giras de salud en áreas de difícil acceso.
6. Identificación y abordaje de la mortalidad prevenible
7. Evaluación de infección avanzada y diagnóstico de infecciones oportunistas

La supresión viral de un 95% de las personas en tratamiento mediante la:

1. Optimización de los servicios de carga viral.
2. Asesoría Intensificada en adherencia.
3. Búsqueda y revinculación de personas en pérdida de seguimiento.



OBJETIVO GENERAL

Establecer recomendaciones técnicas a los proveedores de salud y actores claves a nivel nacional sobre el abordaje integral y manejo terapéutico de las personas que viven con VIH basados en la evidencia científica actualizada.

Objetivos específicos

- 1 Definir las recomendaciones sobre líneas de tratamiento para el manejo del VIH e infecciones oportunistas en niños, adolescentes y adultos. Líneas de tratamiento para niños, adolescentes y adultos que viven con VIH.
- 2 Identificar las recomendaciones para el seguimiento clínico e integral de las personas que viven con VIH.
- 3 Recomendar el manejo preventivo y terapéutico de la mujer embarazada con VIH y de los niños expuestos al VIH.

BASE LEGAL



1. La Constitución Política de la República de Panamá. Capítulo VI, relativo a "Salud, seguridad y asistencia social", dicta en su: Artículo 109 "Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida esta como el completo bienestar físico, mental y social".
2. Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su Estructura y Funciones y se establecen las Normas de Integración y Coordinación de las Instituciones del Sector Salud.
3. Ley No.68 del 20 de noviembre de 2003 que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada. Artículo 1, señala que es objeto de esta el "regular los derechos y las obligaciones de los pacientes, personas sanas, profesionales, centros y servicios de salud públicos y privados en materia de información y de decisión libre e informada". Artículo 2, "garantiza el establecimiento de los requisitos de la información que debe aparecer en el expediente clínico de todos los pacientes, la autonomía de decisión en relación con los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se les apliquen sobre su propio estado de salud y enfermedad, como también sobre la confidencialidad de la información relacionada con su proceso y a la libre elección de opciones de tratamientos presentados".
4. Ley No.40 del 14 de agosto de 2018, que establece el marco jurídico para el abordaje integral de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Sida, los cuales establecen entre sus objetivos promover, respetar y defender los derechos humanos de las personas con ITS y/o VIH. En cuanto a atención integral en Salud, el capítulo IV, artículo señala que las personas con ITS y/o VIH deberán recibir atención integral oportuna, en igualdad de condiciones, tanto en la entidad pública como en la privada, y deberá respetarse la confidencialidad y proveerles la orientación e información necesarias para que comunique su condición voluntariamente a sus contactos, que permita su atención inmediata en una instalación de salud a fin de interrumpir la cadena de transmisión. Artículo 52, El estado gestionará la adquisición y la distribución de los medicamentos antirretrovirales de primera y segunda línea, además de la terapia de rescate, como parte de la atención integral, la cual será de forma gratuita, expedita, continua, descentralizada y sin interrupciones. Artículo 54. Para los tratamientos y prescripción de medicamentos, para las ITS y/o VIH, las infecciones oportunistas y las enfermedades asociadas, el médico tratante deberá remitirse a la guía más actualizada del protocolo clínico de atención para personas con ITS y/o VIH aprobado por el Ministerio de Salud. Esta Guía debe ser revisada cada cinco años. Artículo 57, El Ministerio de Salud (MINSAL) y la Caja de Seguro Social (CSS) promoverán la adherencia como un mecanismo alterno de prevención secundaria y para mejorar la calidad de vida de las personas con ITS y/o VIH, en las clínicas de terapia antirretroviral de todo el país..."
5. Ley N° 59 del 28 de diciembre de 2005, "Que adopta normas de protección laboral para las personas con enfermedades crónicas, involutivas y/o degenerativas que produzcan

discapacidad laboral”, señala en: Artículo 1, “Todo trabajador, nacional o extranjero, a quien se le detecte enfermedades crónicas, involutivas y/o degenerativas que produzcan discapacidad laboral, tiene derecho a mantener su puesto de trabajo en igualdad de condiciones a las que tenía antes del diagnóstico médico”. Artículo 3, “Se prohíbe a las instituciones públicas y a las empresas privadas discriminar de cualquier forma a los trabajadores que padezcan enfermedades crónicas, involutivas y/o degenerativas que produzcan discapacidad laboral...”

6. Ley 174 de 2 de noviembre de 2020, que establece el marco jurídico del Abordaje Integral de las Conductas de Riesgo Suicida.
7. Ministerio de Salud (2013). Normas y directrices para la prueba y asesoría del VIH en Panamá.
8. Ministerio de Salud (2016). Guía para la asesoría y apoyo psicológico en VIH y sida.
9. Decreto Ejecutivo No. 214, del 17 de mayo de 2016, por el cual se establece la gratuidad de la prueba diagnóstica de VIH, Sífilis y su Tratamiento en la República de Panamá.
10. Ministerio de Salud (2015). Normas Técnicas – Administrativas y Protocolos de Atención Programa de Salud Integral de la Mujer.
11. Ministerio de Salud (2006). Normas técnicas y administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes. Mediante la cual se implementa la Estrategia “Servicios de Salud Amigables para Adolescentes” (SSAA), basada en las demandas y necesidades de salud en general y de la salud sexual y reproductiva del grupo poblacional entre 10 y 19 años (con enfoque de derechos, género e interculturalidad).

Disposiciones generales.

1. Se proveerán servicios amigables para las personas que viven con VIH y poblaciones claves, mediante un modelo de atención que ofrezca servicios y programas diferenciados, además debe acompañarse de intervenciones estructurales; por ejemplo, en marcos normativos de atención.
2. Es importante tener en cuenta que el sexo físico, la identidad de género, la expresión de género y la orientación sexual de una persona representan cuatro características individuales diferentes. Son conceptualmente independientes una de otra y pueden ocurrir en una amplia gama de posibles combinaciones.
3. Se requiere de equipos de trabajo multidisciplinarios, con acciones interdisciplinarias, mediante un proceso continuo de la atención.
4. Debe contarse con una red de servicios que no solo incluya la atención médica, el diagnóstico y el tratamiento, sino también el acceso en los ámbitos: social, psicológico, económico, jurídico y familia.
5. Se debe asegurar que el servicio de salud atienda sin prejuicios de ninguna índole, creando confianza, reduciendo el temor de las personas a la discriminación, generando un espacio seguro, confiable, respetando la confidencialidad para poder hablar abiertamente de sus problemas de salud, comportamiento sexual y del cuidado de la salud frente a cualquier condición de salud.
6. Toda instalación de salud deberá cumplir con los estándares mínimos de seguridad, accesibilidad, confortabilidad, higiene y privacidad para realizar las acciones establecidas en la norma.
7. El personal de salud debe adoptar, promover y ejemplificar una interacción empática y



acrítica con los usuarios. Esto implica consideración tanto para las expresiones verbales como no-verbales.

8. La atención periódica será realizada por un equipo integrado por profesionales y técnicos de salud capacitados e instruidos de acuerdo con el flujograma de atención en los establecimientos. Además, se contará con personal de apoyo de servicios generales para mantener las condiciones ambientales, sanitarias y de seguridad del espacio físico para la atención.
9. El análisis de la información local y regional deberá realizarse de manera cuantitativa y cualitativa según los indicadores y planes descritos a nivel nacional y regional.
10. Se recomienda utilizar la metodología de salas situacionales, las cuales brindan información actualizada para los tomadores de decisiones, de esta forma se evidencian los cambios en la atención a la salud de las poblaciones clave y la toma de decisiones para eliminar las barreras y brechas que aún persistan.

Ámbito de aplicación.

1. El sistema de salud de Panamá está fundamentado en dos ejes principales, el sistema público y el privado. El primero se encuentra conformado por dos instituciones que brindan atención a nivel nacional: la Caja de Seguro Social (CSS) para los asegurados, quienes son trabajadores cotizantes o sus dependientes, y el Ministerio de Salud (MISA) para el resto de la población, goce o no de derecho a seguro social. Entre ambos cubren a la población panameña. De igual forma el sistema privado, conformado por clínicas, laboratorios y hospitales privados ofrecen sus servicios a la población a través de gastos de bolsillo directos o por compañías aseguradoras privadas.
2. Para el adecuado control, seguimiento y tratamiento de las personas con VIH, se cuenta en la actualidad con 21 clínicas TARV (ver figura 2) a nivel nacional ubicadas en instalaciones de salud desde primer nivel hasta en el tercer nivel de atención de la Caja del Seguro Social (CSS) y del Ministerio de Salud (MINSAL).





Figura 2. Conformación del sistema de salud y acceso a servicios de CTARV según provincia.

 Caja de Seguro Social (4)	 Ministerio de Salud (17)
CTARV del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid - Panamá CTARV del Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos - Panamá CTARV del Hospital Lourdes Tzanetatos CTARV de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego	CTARV de Región de Salud de Bocas del Toro CTARV de Región de Salud de Chiriquí CTARV de San Félix - Comarca Ngäbe Buglé CTARV de Pueblo Nuevo - Comarca Ngäbe Buglé CTARV del Hospital Chicho Fábrega - Veraguas CTARV del Hospital Cecilio Castellero - Herrera CTARV del Hospital Anita Moreno - Los Santos CTARV del Hospital Aquilino Tejeira - Coclé CTARV del Hospital Nicolás Solano - Panamá Oeste CTARV del C.S. de Altos de San Francisco - Panamá Oeste CTARV del Hospital Santo Tomás - Panamá CTARV del Hospital del Niño - Panamá CTARV del C.S. Torrijos Carter - San Miguelito CTARV del C.S. de Pacora - Panamá Este CTARV ubicada en la Región de Salud de Colón CTARV del Hospital Marvel Iglesias - Guna Yala CTARV del C.S. Materno Infantil de Santa Fe - Darién



SECCIÓN I: PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN LAS CLÍNICAS DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (CTARV).

En todo el mundo, menos de 50% de los adultos permanecen en la atención cuatro años después de haber iniciado el tratamiento antirretroviral. Un tratamiento sencillo, una atención diferenciada y libre de estigma y discriminación, apoya el seguimiento y control de esta infección.

Los objetivos de las CTARV

- 1 Proporcionar orientación general a las personas con VIH y familiares.
- 2 Atender con prioridad las referencias de las distintas unidades de salud.
- 3 Reforzar la importancia de la adherencia a los medicamentos.
- 4 Proporcionar el apoyo emocional.
- 5 Dar el seguimiento clínico a las personas que viven con VIH.
- 6 Dar seguimiento de los casos de personas con VIH que reciben tratamiento.
- 7 Reducir al mínimo la cantidad de pacientes que abandonan la TARV.
- 8 Dar seguimiento a los aspectos sociales de la persona afectada.

1.1. Componentes de la atención integral.

Toda persona con una afección infectocontagiosa o no, tiene derecho a recibir una atención oportuna y de calidad, en el marco del respeto y la privacidad que conlleva. Las personas con VIH tienen igual derecho y es por ello por lo que deben recibir una atención integral que busca no solamente brindar atención médica y de seguimiento, sino también asesoría nutricional, psicológica y por trabajadores sociales que ayuden en conjunto a mejorar su entorno, abordando aspectos sociales y culturales, y en consecuencia optimizando la adherencia al tratamiento que necesitan para lograr un mejor estado de salud.

Tabla 1. Aspectos de la atención integral para las personas con VIH.

Promoción de la salud y prevención para las personas con VIH
<ul style="list-style-type: none"> a. Promover el diálogo sobre el VIH y su curso. b. Acceso a servicios de prevención y atención enfocados en grupos vulnerables. c. Evaluación de factores influyentes en la adherencia o conductas de riesgo. d. Salud oral e intervenciones nutricionales para una adecuada nutrición. e. Vínculos entre los programas de tuberculosis y VIH para educar en prevención en ambos grupos, así como dar profilaxis o tratamiento en los casos que se requiere. f. Identificación rápida de la enfermedad avanzada. g. Detección temprana de infecciones oportunistas.
Salud sexual y reproductiva
<ul style="list-style-type: none"> a. Prevención de la transmisión vertical del VIH, la sífilis y otras ITS. b. Planificación familiar y métodos de concepción. c. Promoción del sexo seguro.
Otras consideraciones
<ul style="list-style-type: none"> a. Vinculación a grupos de autoapoyo o acompañamiento de pares. b. Comunicación para el cambio de comportamiento en individuos vulnerables o en situación de riesgo. c. Servicios de reducción del riesgo en usuarios de drogas inyectables. d. Servicios disponibles y cómo acceder a ellos.



Intervenciones que mejoran la relación entre los usuarios y el personal de salud

- a. Servicios amigables.
- b. Sensibilización del personal en estigma y discriminación.
- c. Asesoría individualizada.
- d. Participación de la comunidad en promoción, diseminación, testeo y monitoreo.

Equipo multidisciplinario de las CTARV.

La composición de este equipo dependerá de la región de salud y el nivel de atención donde se estén ofertando los servicios. Uno de los miembros del equipo debe ser el coordinador, quien debe fungir como el enlace con la Sección de ITS/VIH, para velar por el cumplimiento de las normativas y procesos, así como con las otras CTARV o instalaciones de salud, para lograr la atención integral de la persona con VIH.

Este equipo multidisciplinario encargado de la atención de los pacientes con VIH está conformado por un médico encargado de la atención, de preferencia un especialista en Infectología, o en su defecto un médico internista o pediatra o un médico general capacitado en atención integral de personas con VIH, una enfermera de la consulta, un equipo de salud mental (psiquiatra, psicólogo y enfermera de salud mental), un trabajador social, un nutricionista, un odontólogo, personal de farmacia y de laboratorio.

Figura 3. Conformación del equipo multidisciplinario de las CTARV.

Infectólogo o médico internista	Médico general capacitado en VIH	Enfermera
Pediatra	Farmacéutico	Tecnólogo médico
Salud mental (psiquiatra, psicólogo y/o enfermera de salud mental)	Trabajador social	Nutricionista
Odontólogo	Personal de registro médico	Educador en salud
	Ginecólogo	

Es esencial que este equipo multidisciplinario cuente con los conocimientos en actualización de diagnóstico, tratamiento del VIH, SIDA, infecciones oportunistas, capacitaciones de cuidados paliativos, humanización y otros temas (Ver figura 4).

La variabilidad de los miembros que integran el equipo multidisciplinario de las CTARV no debe afectar la oferta del servicio, ya que se debe establecer una comunicación coordinada entre las diferentes CTARV u otras instalaciones de salud donde se ofrezca el servicio del cual carece, haciendo una referencia oportuna para completar la atención. De igual forma se debe poseer el enlace con un endocrinólogo que pueda apoyar las terapias de hormonización de las personas trans y la administración de medicamentos que puedan interaccionar con los antirretrovirales sirviendo así de referencia en los casos que lo ameriten.



Figura 4. Perfil general del equipo multidisciplinario.

Objetivo del puesto	Atender consultas relacionadas a la salud de las personas con VIH dentro de los más altos estándares de calidad y compromiso.
Funciones del puesto	Cumplir con las funciones y actividades descritas para su cargo.
Experiencia	El personal de las CTARV deberá realizar una pasantía no menor de tres meses en la CTARV más cercana y bajo tutela de personal ya idóneo en el tema (el tiempo puede variar según tipo de personal).
Conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Derechos humanos de las personas que viven con VIH y de las poblaciones claves. • Estigma y discriminación. • Derechos humanos de las personas que viven con VIH y de las poblaciones claves. • Norma de atención integral a poblaciones claves. • Norma de tratamiento.
Habilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidad para trabajar con poblaciones claves. • Confidencialidad. • Comunicación efectiva. • Disposición para ofrecer una atención libre de estigma y discriminación.

1.2. Atención diferenciada de los servicios de salud en VIH.

La diversidad cada vez mayor de las necesidades de los pacientes, hace necesario evaluar la manera en que los programas pueden tratar y atender a las personas de manera diferenciada. Este enfoque puede aliviar la presión en los entornos de atención de salud sobrecargados y facilitar la prestación de una mejor atención a los pacientes que presentan condiciones más complejas que requieren un rápido diagnóstico y tratamiento de las infecciones oportunistas, apoyo reforzado a la adherencia, pruebas de carga viral y eventuales cambios de esquema, pruebas de farmacoresistencia del VIH u otra atención especializada.



Enfoque de modelos diferenciados según las características clínicas del usuario.

Personas con infección temprana: usuarios recién inscritos. Su cifra de CD4 > 200 células/mm³, por lo general asintomáticos. Pueden requerir apoyo para la adherencia y retención.

Personas con infección avanzada: usuarios recién inscritos o que regresan a la atención después de un tiempo sin servicios TARV (pueden o no haber estado en TARV). Su cifra de CD4 < 200 células/mm³, por lo general sintomáticos. Requieren de un conjunto de servicios clínicos dirigidos a reducir la mortalidad y morbilidad.

Personas clínicamente estables: se definen como los que han recibido TARV como mínimo durante un año y no presentan ninguna reacción adversa a los medicamentos que exija un seguimiento periódico, ninguna enfermedad o embarazo actuales, que no amamantan en la actualidad, que comprenden bien la adhesión terapéutica de por vida y muestran éxito del tratamiento (es decir, dos mediciones de carga viral consecutivas por debajo de 1000 copias/ml) y CD4 > 350. Puede reducirse la frecuencia de las visitas clínicas y entrega de TARV.



Personas clínicamente inestables: se definen como los que han recibido TARV como mínimo durante un año y no han alcanzado la supresión viral. Incluye a personas con falla y presencia de coinfección. Requieren de apoyo a la adherencia, seguimiento de la carga viral, valoración del tratamiento y vigilancia de la resistencia.

Figura 5. Clasificación e intervenciones de atención diferenciada según tipo de usuario.

Persona viviendo con VIH									
Evaluación Inicial <12 meses en TARV					Seguimiento TARV >12 meses TARV				
Infección temprana		Infección avanzada			Estable		Inestable		
NAC	Adherencia	Inicio rápido	NAC	Adherencia	Espaciamiento de citas	Entrega multimes de (3 meses)	Seguimiento y entrega de TARV mensual	AIA	NAC

Aunque se recomiendan las consultas menos frecuentes en las personas con situación clínica estable, los niños en período de crecimiento rápido (de 0 a 5 años) y los adolescentes se deben supervisar con mayor frecuencia con el objeto de modificar la posología en función del peso y reforzar la adhesión terapéutica.

De igual manera, se debe evaluar y adaptar el servicio de acuerdo con el contexto urbano o rural en el cual se encuentran las CTARV.

Notificación asistida de contactos (NAC).

La notificación asistida de contactos es una estrategia que contribuye a identificar a nuevos diagnósticos de personas con infección por el VIH para su vinculación temprana con servicios de atención. En ella el usuario recién diagnosticado o el que se encuentra en seguimiento, realiza a través de una intervención por personal capacitado, la identificación de sus contactos sexuales o no sexuales en el último año para que a través de diferentes modalidades y previo consentimiento del usuario y valoración de los riesgos se puedan contactar para ofrecerles servicios de prueba. Para conocer más al respecto puede consultar el Manual de Procedimientos Operativos Estándar (POE) para la Notificación asistida de contactos (NAC), así como el módulo de capacitación virtual para este tema.

Asesoría intensificada en adherencia (AIA).

Dentro de las intervenciones para la mejora de adherencia, la asesoría intensificada en adherencia se ha observado como una estrategia que permite lograr la supresión viral y documentar sistemáticamente la adherencia.

Otras estrategias que refuerzan la adherencia pueden ser el apoyo de pares, mensajes de texto, recordatorios de citas, terapia cognitiva del comportamiento, el uso de combinaciones fijas y regímenes diarios de tratamiento. Para conocer más al respecto de esta y otras estrategias, puede consultar la Norma estandarizada de vinculación y adherencia a la terapia antirretroviral.

Figura 6. Esquema básico de Asesoría intensificada en adherencia (AIA).



Dispensación del TARV.

Con el propósito de dar cabida al número cada vez mayor de personas estables que reciben TARV, y mejorar la retención en la atención y los resultados en materia de salud, es necesario implementar modelos innovadores de suministro de ARV en la comunidad. Entre ellos tenemos:

1. El espaciamiento de las citas para realizar consultas clínicas y recoger la medicación.
2. Los puntos de distribución de TARV en la comunidad Centros de Salud de Atención Primaria (descentralización).

La entrega del medicamento se acompaña de la educación al usuario en el uso racional del medicamento, acerca de las condiciones en que se debe tener el medicamento y cómo tomarlo, posibles efectos adversos e importancia de la ingesta adecuada para el control de la infección, por lo que se hace necesario racionalizar la prestación de este servicio a fin de disminuir la carga de los sistemas de salud.

De la misma manera en que la dispensación mensual de TARV se acompaña de educación al usuario, la dispensación multi-mes debe señalar la importancia de la adherencia y el conocimiento de los servicios disponibles de cada CTARV que puedan facilitar el control de la infección.

Figura 7. Recomendaciones en la dispensación del TARV en usuarios clínicamente estables.

Se recomiendan consultas clínicas menos frecuentes (cada 6 a 12 meses) en las personas con situación clínica estable que reciben TARV.

En la fecha de las consultas corrientes, se debe coordinar la recogida programada de la medicación a fin de disminuir la frecuencia de las citas.

Se recomienda que la medicación se recoja de manera menos frecuente (hasta por 3 meses) en las personas con situación clínica estable que reciben TARV.

Se debe fortalecer la gestión del suministro de los ARV a fin de asegurar su disponibilidad y prevenir los desabastecimientos, en el marco de una frecuencia menor para recoger la medicación. El personal de inventarios debe velar por la entrega de medicamento.

Las consultas clínicas frecuentes también imponen una carga a las personas que reciben TAR, y la necesidad de desplazarse al consultorio y los costos económicos del viaje se asocian con un mayor riesgo de adhesión deficiente y retención baja en la atención. En consecuencia, las estrategias que disminuyen la frecuencia de las consultas clínicas se han asociado con una mayor retención.

Inicio rápido del tratamiento.

Se debe ofrecer el inicio rápido del TARV a todas las personas con infección por el VIH tras confirmar el diagnóstico y realizar la evaluación clínica. El inicio rápido del TAR se define como el comienzo del tratamiento dentro de los primeros siete días desde el diagnóstico de la infección por el VIH; en lo que respecta a la evaluación y al inicio del tratamiento, se debe dar prioridad a las personas con infección avanzada por el VIH.

A las personas sin contraindicaciones para el inicio rápido del TAR se les debe dar información completa sobre sus beneficios y se les propondrá comenzar rápidamente el TAR, incluida la opción de empezar el mismo día del diagnóstico de la infección por el VIH.

El tratamiento antirretroviral debe ir acompañado de una intensa asesoría sobre los estilos de vidas requeridos, servicios ofertados, promoción de la adherencia, posibles efectos adversos asociados a los medicamentos y alternativas en caso de que la persona decida no iniciar inmediatamente.

Descentralización.

En CTARV con carga alta de la infección por el VIH, los tiempos de espera en los consultorios pueden ser prolongados debido a la gran afluencia de pacientes que necesitan atención. La descentralización del tratamiento y la atención relacionados con el VIH disminuye los períodos de espera de las personas que reciben atención en los establecimientos y acerca estos servicios a los hogares de las personas.

La descentralización del tratamiento y la atención de la infección por el VIH se debe considerar como un medio para aumentar el acceso a la atención y mejorar la retención a través de:

1. El inicio del TARV en los hospitales y su mantenimiento en establecimientos de salud periféricos.
2. El inicio y mantenimiento del TARV en establecimientos de salud periféricos.



1.3. Atención de adultos y adolescentes.

Objetivos de la atención:

- a. Desarrollar actividades de promoción, prevención y atención a las personas con VIH de forma permanente y en cada evaluación.
- b. Mantener una comunicación fluida con las diferentes clínicas de TARV del país.
- c. Coordinar con el equipo multidisciplinario de la clínica de TARV las estrategias de atención integral de las personas con VIH.
- d. Fomentar la organización de los grupos de apoyo de las personas con VIH y la familia o su entorno.
- e. Establecer un proceso de apoyo psicológico a las personas con VIH y sus familiares para lograr la aceptación del diagnóstico y el inicio al tratamiento.

Evaluación inicial y seguimiento del equipo.

En la CTARV la persona con VIH será abordada inicialmente por el médico especialista en enfermedades infecciosas, en su defecto un médico internista o médico general capacitado en VIH y la enfermera. La historia clínica inicial de la persona con VIH es igual que la de cualquier otra paciente, sin embargo, es posible que algunos detalles se pregunten con mayor frecuencia dado su influencia en la adherencia.

Entre las actividades durante esta visita se encuentran:
Promoción de la salud.

Autocuidado:

Son las acciones que permiten al individuo atender de una forma adecuada su situación de salud, frente a determinada enfermedad, a fin de evitar el deterioro y/o complicaciones. Entre estas actividades se encuentran:

1. *Aseo y arreglo personal*: bañarse diariamente, uso de ropa limpia, cuidado oral.
2. *Ambiente seguro*: limpieza de secreciones y sangre con una solución clorada al 10% en agua en superficies inertes, ropa o instrumentos. Utilizar máquina eléctrica para el rasurado, siempre que las circunstancias lo permitan.
3. *Actividad general y ejercicio*: continuar sus actividades usuales hasta donde su condición se lo permita y procurar el ejercicio para mantener el buen estado físico sin que el mismo le cause fatiga, debilidad o mareo.
4. *Hábitos de sueño*: entre las recomendaciones se encuentran evitar ingerir comidas antes de la hora de dormir, evitar la ingesta de café, licores o medicamentos no prescritos. Utilizar ropa cómoda y reducir dentro de lo posible los factores ambientales que alteren el sueño como el ruido excesivo o la luz.
5. *Adecuada alimentación*: masticar bien los alimentos, evitar consumir bebidas alcohólicas, cigarrillos, evitar comidas grasosas y condimentadas, ingerir alimentos de buena calidad y preparar comidas agradables a la vista y en forma higiénica.
6. *Prevención de enfermedades*: lavado de manos antes de comer y preparar alimentos, después de utilizar el servicio sanitario.
7. *Expresión de la sexualidad*: debe asumir una actitud responsable consigo mismo y con sus





parejas. Uso correcto y consistente del condón en todas sus relaciones sexuales y gestionar su adquisición. Solicitar asesoría para la planificación familiar o para la anticoncepción. Evitar las relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol o drogas.

8. **Comunicación:** el manejo de situaciones difíciles puede ser sobrellevado al contar con apoyo de familiares o grupos de apoyo. Se le debe ofrecer sitios recomendados para la búsqueda de información.
9. **No debe:** donar sangre, semen o tejidos. Compartir con otras personas elementos de uso personal o utilizar jeringas usadas por otras personas.
10. Reforzar el esquema de vacunación.
11. Referencia al resto del equipo multidisciplinario.

1.4. Atención de la mujer en edad reproductiva y/o embarazada.

Objetivos de la atención

- a. Asegurar una atención integral a la mujer con VIH.
- b. Asesorar sobre planificación familiar para la mujer en edad reproductiva y la planificación de embarazos y del beneficio de Indetectable = Intransmisible (I=I).
- c. Disminuir el riesgo de transmisión materno infantil (TMI) de VIH y otras infección de transmisión sexual (ITS) durante el embarazo.
- d. Establecer recomendaciones para la prevención y diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino.
- e. Orientar y referir para servicios especializados de manera oportuna.

Cuidados de la mujer en edad fértil.

Se debe discutir con la mujer en edad fértil cuáles son sus intenciones en cuanto a la concepción y ofrecerle la información para una planificación adecuada de forma sistemática durante toda su atención. De esta forma se garantiza la reducción de embarazos no deseados y el cuidado prenatal adecuado. Asimismo, se debe asesorar sobre las prácticas sexuales seguras (uso adecuado del condón u otros métodos de barrera).

La asesoría preconcepción, así como la planificación familiar para las parejas serodiscordantes y positivas, reduce el riesgo de la transmisión perinatal del VIH y reconoce los derechos reproductivos de las personas.

Métodos anticonceptivos para la mujer.

En la actualidad todos los métodos anticonceptivos están recomendados en la mujer que vive con el VIH, pero al momento de elegirlo se deben tomar en cuenta las preferencias y el estado inmunológico de la paciente, así como las interacciones medicamentosas (Tabla 16 de Interacciones medicamentosas de los ARV más frecuentes y Tabla 17 Interacciones de los ARV con anticonceptivos).

En términos generales los métodos intradérmicos e inyectables se encuentran entre los más exitosos. Los progestágenos puros como la medroxiprogesterona inyectada cada tres meses son de los métodos más eficaces y con menos interacciones incluso con los inhibidores de proteasa. De igual forma su indicación y vía de administración facilitan la constancia de su uso (Ver Normas

técnicas – administrativas y protocolos de atención. Programa de Salud Integral de la mujer) ya que debe considerarse el número y frecuencia de medicamentos ARV que puede estar tomando la paciente.

Otra opción según los planes de la paciente y su estado inmunológico serían los dispositivos intrauterinos como la T de cobre y el de levonorgestrel (Mirena®) que brindan anticoncepción hasta por 5 años luego de su inserción. (No se recomienda su inserción si la paciente presenta infecciones oportunistas definitivas - estadio 3).

SE RECOMIENDA SIEMPRE MANTENER EL USO DEL CONDÓN

Anticoncepción oral de emergencia.

La anticoncepción oral de emergencia es un método que previene el embarazo después de un acto sexual sin protección (Ver Normas técnicas – administrativas y protocolos de atención. Programa de Salud Integral de la mujer).

Opciones reproductivas para parejas serodiscordantes y concordantes viviendo con el VIH.

Se debe discutir con la pareja cuáles son sus planes reproductivos para poder ofrecerles la información necesaria para la mejor planificación de un embarazo, en las mejores circunstancias posibles y abordar las necesidades según cada caso en particular.

En condiciones ideales se debe realizar una evaluación de la fertilidad antes de iniciar cualquier intento de reproducción para evitar la exposición innecesaria de la pareja no infectada. El cuidado prenatal de la mujer embarazada con VIH o sin VIH debe seguir las Normas técnicas – administrativas y protocolos de atención del Programa de Salud Integral de la mujer. Es importante explicarle a la pareja el riesgo de transmisión perinatal y las medidas que se pueden tomar para disminuir los factores de riesgo asociados. Durante el periodo de asesoría preconcepción se debe ajustar el TARV y eliminar drogas con posibles efectos teratógenos.

Se les debe orientar sobre los riesgos de cada opción: reproducción controlada vs reproducción asistida.

Debe quedar claro antes de cualquier intento para concebir que el miembro de la pareja que sea seropositivo debe tener una carga viral indetectable y en el caso que la mujer sea la seropositiva tener idealmente un CD4+ >200/m.

Se debe identificar y tratar cualquier infección de transmisión sexual en la pareja antes de realizar cualquier intento de reproducción ya que estas infecciones pueden aumentar la vulnerabilidad para la infección del VIH.

En condiciones ideales se debe realizar una evaluación de la fertilidad antes de iniciar cualquier intento de reproducción para evitar la exposición innecesaria de la pareja no infectada. De no ser posible, se debe realizar la evaluación si al término de seis meses no se logra un embarazo exitoso, especialmente si la mujer es mayor de 35 años.





Pareja serodiscordante, hombre VIH (+) con mujer VIH (-).

1. *Reproducción controlada:* luego de que el hombre tenga una carga viral indetectable, mantener relaciones sexuales sin protección solo durante el período periovulatorio. Mantener controles regulares de carga viral en el hombre. Realizar prueba de embarazo cada mes y serología de VIH al menos cada tres meses. El riesgo es bajo, pero para disminuir aún más el riesgo de transmisión se le podría brindar profilaxis preexposición: ofrecer tenofovir/emtricitabina 300 mg/200 mg VO c/día a la mujer durante los meses que esté intentando quedar embarazada.
2. *Reproducción asistida:* (requieren de evaluación en una clínica en personas VIH positiva que no tienen una carga viral detectable).
 - › Inseminación artificial con semen de la pareja luego de lavado espermático: el riesgo de transmisión a la pareja es muy bajo.
 - › Inseminación artificial con semen de donante.
3. Otras opciones como fertilización in vitro o inyección intracitoplasmática de espermatozoide no están disponibles en estos momentos a nivel institucional pero sí a nivel privado. También puede considerarse la adopción.

Pareja serodiscordante, hombre VIH (-) con mujer VIH (+).

1. *Reproducción controlada:* luego de que la mujer tenga una carga viral indetectable, mantener relaciones sexuales sin protección. Mantener controles regulares de carga viral en la mujer. Realizar prueba de embarazo cada mes y serología de VIH en el hombre. El riesgo es bajo, pero para disminuir aún más el riesgo de transmisión se le podría brindar profilaxis preexposición: ofrecer tenofovir/emtricitabina 300 mg/200 mg VO c/día al hombre durante los meses que esté intentando concebir.
2. *Reproducción asistida:* (requieren de evaluación en una clínica en personas VIH positiva que no tienen una carga viral detectable).
 - › Auto inseminación.
 - › Inseminación artificial con semen de la pareja.
3. Otras opciones como fertilización in vitro o inyección intracitoplasmática de espermatozoide no están disponibles en estos momentos a nivel institucional pero sí a nivel privado. También puede considerarse la adopción.

Pareja concordante, hombre VIH (+) con mujer VIH (+).

1. *Reproducción controlada:* luego de que ambos tengan una carga viral indetectable, mantener relaciones sexuales sin protección. El riesgo presente en esta opción es la sobreinfección o reinfección con virus resistente, pero es un riesgo mínimo.
2. *Reproducción asistida:* (requieren de evaluación en una clínica de fertilidad).
 - › Auto inseminación.
 - › Inseminación artificial con semen de la pareja.
3. Otras opciones como fertilización in vitro o inyección intracitoplasmática de espermatozoide no están disponibles en estos momentos a nivel institucional pero sí a nivel privado. También puede considerarse la adopción.

Tabla 2. Resumen de intervenciones según la pareja y método de reproducción.

Método de reproducción asistida en personas viviendo con VIH			
Hombre VIH + / Mujer -	Hombre VIH - / Mujer +	Hombre VIH + / Mujer +	Mujer + (sola o con pareja femenina)
Inseminación artificial / lavado de semen	Inseminación artificial	Inseminación artificial / lavado de semen	Inseminación artificial con esperma del semen
Fecundación in vitro	Fecundación in vitro	Fecundación in vitro	Fecundación in vitro (donante)
Otros métodos de reproducción			
Reproducción natural controlada	Auto inseminación	Auto inseminación	
	Reproducción natural controlada	Reproducción natural controlada	

* Todas las indicaciones deben estar acompañadas de CV suprimida y tratamiento pre-exposición cuando aplique.

1.5. Atención del adolescente y su transición a clínica de adulto.

La adolescencia es la etapa del desarrollo de las personas, donde ocurren rápidos cambios biológicos y psicosociales que lo convierten en un periodo único en el ciclo de vida. El uso que den a las instalaciones de salud se puede ver influenciada por las actitudes y valores sociales tanto de sus padres o tutores, sus pares e incluso por el equipo médico, así como por su acceso reducido a dinero para los gastos directos de la atención.

La infección en adolescentes puede deberse a dos vías: por transmisión perinatal o por vía sexual para aquellos que han adquirido la infección recientemente. De acuerdo con las normativas de país, la atención al adolescente puede ofrecerse sin el acompañamiento de un tutor y/o padre (Ver Normas técnicas y administrativas del Programa Nacional de salud integral de los y las adolescentes y el Código de la Familia), aunque se incentiva el acompañamiento de un adulto de confianza, tutor o padre. En los adolescentes, es importante valorar la disposición y habilidad para adherirse al tratamiento considerando el entorno psicosocial como parte de la decisión para iniciar tratamiento. Posteriormente, los adolescentes deben ser preparados para transicionar de las clínicas TARV pediátricas hacia las clínicas de adultos con el debido acompañamiento y tiempo. De acuerdo con las Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes (2016), los servicios para adolescentes deben considerar lo siguiente:





Tabla 3. Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de salud destinados a los adolescentes

Norma 1. Conocimientos Sanitarios de los adolescentes	Los establecimientos de salud implementarán sistemas que garanticen que los adolescentes estén bien informados acerca de las cuestiones que afecten a su salud, y que sepan dónde y cuándo acceder a los servicios sanitarios.
Norma 2. Apoyo de la comunidad	Los establecimientos de salud implementarán sistemas para que los progenitores, tutores y otros miembros de la comunidad y las organizaciones comunitarias sean conscientes de la importancia de la prestación de servicios de salud orientados a los adolescentes, y apoyen esa iniciativa y el uso de esos servicios por este grupo de población.
Norma 3. Conjunto de servicios adecuado	El personal de las CTARV deberá realizar una pasantía no menor de tres meses en la CTARV más cercana y bajo tutela de personal ya idóneo en el tema (el tiempo puede variar según tipo de personal).
Norma 4. Competencias de los proveedores	<ul style="list-style-type: none"> • Los proveedores de asistencia sanitaria demostrarán que cuentan con la competencia técnica necesaria para prestar servicios de salud eficientes a la población adolescente. • Los proveedores de atención sanitaria y el personal auxiliar respetarán, protegerán y harán valer los derechos de los adolescentes a la información, la intimidad y la confidencialidad, a no ser discriminados, a que se les trate sin prejuicios y a ser respetados
Norma 5. Características de los establecimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Los establecimientos de salud tendrán un horario de apertura adecuado, un entorno acogedor y limpio, y respetarán la intimidad y la confidencialidad del paciente. • Dispondrán de los equipos, medicamentos, suministros y tecnología necesarios para garantizar la prestación eficaz de servicios sanitarios a los adolescentes.
Norma 6. Equidad y no discriminación	El establecimiento de salud prestará servicios de calidad a todos los adolescentes, con independencia de su capacidad de pago, edad, sexo, estado civil, nivel educativo, origen étnico, orientación sexual u otras características.
Norma 7. Datos y mejora de la calidad	El establecimiento de salud recopilará, analizará y utilizará datos relativos al uso de los servicios y la calidad de la atención prestada, desglosados por edad y sexo, a fin de facilitar la mejora de la calidad. El personal de los establecimientos de salud recibirá apoyo para participar en la mejora continua de la calidad.
Norma 8. Participación de los adolescentes	Los adolescentes participarán en la planificación, el seguimiento y la evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relacionadas con la atención que reciban, así como en determinados aspectos de la prestación del servicio, si procede.

El Programa Nacional de salud integral de los y las adolescentes vigente cumple con gran parte de las normas anteriormente mencionadas, proponiendo los servicios de salud amigables para las y los adolescentes. Es además un documento de referencia para el proveedor que se enfrenta a este grupo poblacional. Su norma aborda la investigación diagnóstica de ITS/VIH y cómo luego del tratamiento debe favorecerse una atención integral. (MINSA, 2006).

Las CTARV pediátricas actuales funcionan dentro de los hospitales pediátricos de tercer nivel del país. Estas suelen ofrecer atención a los pacientes adolescentes, dentro de las posibilidades y facilidades que les permite la institución en la que se encuentran, variando el momento en que son referidos los adolescentes hacia las clínicas de adultos entre los 15 y los 18 años. Este traslado produce ansiedad en el adolescente ante el cambio súbito de todo su equipo de atención y el

ambiente al cual estaba acostumbrado, lo que puede afectar la adherencia tanto al seguimiento como al tratamiento.

Tomando en consideración lo anteriormente expuesto sobre los servicios de atención, dado a que el VIH ha tomado el curso de una enfermedad crónica donde el adolescente entra en la adultez, se hace necesario establecer un proceso de transición para lograr una aceptación armoniosa del cambio y se siga ofertando una atención de calidad. (OMS/ONUSIDA, 2015).

En una valoración de los servicios de salud amigables para adolescentes, según su perspectiva, se describen ámbitos de la atención que deben ser considerados al coordinar la transición de una clínica pediátrica a una de adulto (Ambresin, 2013), muchos de estos reflejados en las normas del cuadro previo.

Figura 8. Medidas para lograr la transición de clínica pediátrica a clínica de adulto



Indistintamente de que el adolescente ingrese a la atención de una CTARV pediátrica o de adulto, puede ser referido a una instalación de primer nivel de atención, donde de manera coordinada se podrá continuar con un manejo integral y lograr que otros aspectos relevantes, además de su condición de persona con VIH, sean evaluadas como parte de su crecimiento y desarrollo, tal como lo establece el programa nacional de salud integral de los y las adolescentes.

Transición a clínicas de adultos.

Se define como transición a clínicas de adultos al proceso activo necesario en pacientes con enfermedades crónicas padecidas desde la infancia que tienen como objetivo minimizar ansiedad y maximizar la satisfacción del adolescente y su permanencia en el sistema sanitario.

La preparación y acompañamiento del adolescente durante la transición es esencial para asegurar el éxito de la TARV a largo plazo. Este período puede ser particularmente estresante y requiere de la participación coordinada del centro emisor y receptor.

La clínica pediátrica debe iniciar el proceso de transición 2 a 3 años antes de la fecha programada para el traslado (en Panamá a los 18 años). El proceso de transición debe ser individualizado



Tomando en cuenta las características del adolescente y su familia, género, madurez física, sexual y emocional del adolescente, necesidades de salud y acceso a servicios de atención.

Procedimientos:

1. Evaluación inicial del adolescente por el médico /psicólogo asignado a la clínica (Anexo 1).
 - a. Conoce su diagnóstico, cómo adquirió la infección, conoce elementos básicos de la infección por VIH.
 - b. Reconoce cuándo debe acudir al cuarto de urgencia.
 - c. Identifica síntomas y puede describirlos.
 - d. Solicita y cancela citas.
 - e. Acude con puntualidad a sus citas.
 - f. Conoce cuándo, dónde retirar sus medicamentos.
 - g. Nombra sus medicamentos, conoce los efectos adversos y cómo tomarlos.
 - h. Establece una relación personal con su cuidador.
 - i. Demuestra conocimiento en prácticas sexuales seguras.
2. El equipo multidisciplinario de la clínica (médico, enfermera, trabajador social, equipo de salud mental) se reúne para discutir la evaluación y se establece un coordinador de la transición.
3. Se debe establecer un plan de transición con la participación del adolescente, su familia y el coordinador de la transición.
 - a. El objetivo es educar y empoderar al adolescente para que alcance independencia y responsabilidad en el cuidado de su salud.
 - b. El adolescente debe tener conocimiento pleno de su diagnóstico antes de establecer el plan de transición.
 - c. Se debe evaluar las fortalezas y debilidades del adolescente para enfocar las metas del plan.
4. Realizar una evaluación anual de las metas y realizar ajustes necesarios de acuerdo con la evaluación del adolescente (Anexo 2).
5. Establecer el contacto personal y por escrito con el médico de adultos que será el proveedor de la atención del adolescente.
6. Coordinar y realizar una visita inicial a las instalaciones de la clínica de adultos.
 - a. Se prefiere que la visita a la clínica de adultos sea realizada en conjunto con el miembro de la clínica pediátrica encargado de la transición.
 - b. El objetivo es que el paciente conozca las instalaciones, personal de la clínica y tenga una primera cita con el médico que estará a su cargo.
 - c. Coordinar visitas posteriores en las que participen el adolescente, su familia, el coordinador de transición y el médico de adultos.
7. El equipo de ambas clínicas se reúne para tomar la decisión de transición.
8. Asegurar el tratamiento continuo durante el proceso de transición.
9. Retroalimentación por parte de la clínica de adultos a la clínica pediátrica.

El informe de transición debe detallar la siguiente información:

Tabla 4. Aspectos esenciales del informe de transición de clínica pediátrica hacia adultos.

Datos demográficos	
Fecha y modo de infección. Antecedentes materno-obstétricos.	
Situación psicosocial	
Estado de padres y hermanos . Nombre del cuidador principal. Conocimiento del paciente del estado de la infección por VIH.	Atención psicológica/ trabajo social/grupos de apoyo. Historial sexual/ conductas de riesgo. Situación escolar y/o laboral.
Resumen historia médica	
Infecciones en infancia. Hospitalizaciones. Cirugías. Enfermedades concomitantes. Coinfecciones.	Alergias. Historia de vacunación. Menarquia. Examen físico reciente. Evaluaciones por otras especialidades.
Datos específicos relacionados con la infección por VIH	
Categoría clínica histórica y actual. Infecciones oportunistas. Carga viral y CD4 basales. Resumen de resultados de carga viral y CD4. Esquemas de TARV indicando fecha de inicio, fin y motivo de suspensión. Informes de genotipaje.	Adherencia a TARV. Efectos adversos a TARV. Resultados actualizados de Biometría hemática y química completa, examen de orina. Tratamientos concomitantes .



Atención del neonato y niños.

Objetivos de la atención

- Garantizar la provisión de atención integral.
- Identificar necesidades de información del paciente, de su familia o cuidadores.
- Reforzar compromiso con el tratamiento.
- Reforzar los cuidados de la madre, familia o cuidadores.
- Informar sobre responsabilidades y derechos según legislación nacional.
- Ofrecer asesoría general.

Atención del recién nacido:

- *Escenario 1. Hijo de madre con VIH captado al momento de nacer.* Este niño debe ser referido a su egreso al primer nivel de atención, así como a una CTARV. Se le dará receta de ARV.
- *Escenario 2. Hijo de madre con VIH que acude a su cita de 8 días de vida.* En esta cita se debe verificar que esté tomando el medicamento, que no haya lactancia materna y que ya



tenga cita programada con la CTARV.

- **Escenario 3. Hijo de madre con VIH en consulta con un especialista de VIH.** En esta cita se explican las implicaciones del diagnóstico a los familiares y se resalta la importancia del apego al tratamiento y asistir al control.

Atención de los niños.

Se debe garantizar la provisión de atención integral, reforzar la importancia del tratamiento e identificar necesidades de información del paciente y su familia.

Atención primaria:

Actividades/ intervenciones:

1. Controles de salud según normas infantiles.
2. Garantizar la provisión de atención integral.
3. Abordaje multidisciplinario: evaluación por trabajo social, nutrición, salud mental y otros recursos locales y de las instalaciones más cercanas según necesidad.
4. Reforzar importancia del tratamiento.
5. Seguimiento de reacciones adversas al tratamiento.
6. Detección temprana de infecciones oportunistas.
7. Identificar necesidades de información del paciente y su familia.
8. Educación, orientación, asesoría de pacientes.
9. Vacunación.

Consulta externa por especialista en VIH (pediatra especialista en enfermedades infecciosas o pediatra capacitado en VIH).

Actividades/ intervenciones:

1. Garantizar la atención integral del paciente.
2. Aclarar el significado e implicaciones del diagnóstico.
3. Explicar el tratamiento, seguimiento y cuidados especiales.
4. Receta por:
 - a. TARV según protocolos.
 - b. Terapia para enfermedades oportunistas.

Inmunizaciones:

Los niños que viven con VIH deben recibir todas las vacunas que tendría un niño normal de acuerdo con el esquema nacional. Sin embargo, existen recomendaciones especiales tales como:

1. No aplicar MMR o la monovalente con antisarampión a los niños con inmunosupresión grave (CD4 menor de 15%).
2. La vacuna antipoliomielítica oral de virus vivos atenuado se debe sustituir por inyectable de virus inactivado (se aconseja que el niño no esté en contacto con otros niños que hayan recibido la vacuna de virus vivos en las últimas dos semanas), valorar el riesgo-beneficio de no vacunar contra la poliomielitis y administrar vacuna de virus vivos a los niños con exposición perinatal y no aplicarle en aquellos con supresión grave.
3. Es indispensable la vacunación contra *Haemophilus influenzae* y neumococo, por la gran frecuencia de estos microorganismos en niños con VIH.

4. Dado que los niños tienen mayor riesgo de morbilidad secundaria a varicela y herpes zoster, se recomienda considerar la administración de la vacuna contra la varicela en niños asintomáticos o con sintomatología leve. Se aconseja aplicar dos dosis de vacuna con intervalo de tres meses.
5. Administrar vacuna contra influenza anualmente.
6. Es importante no diferir innecesariamente la vacunación ya que el deterioro inmunológico progresivo que se produce a medida que van pasando los meses puede incrementar la pérdida de la eficacia vacunal.
7. Aplicar BCG a niños en TAR clínicamente e inmunológicamente estables (CD4 mayor a 25%). Neonatos nacidos de madre con estatus desconocido de VIH deberían ser vacunados con BCG. Neonatos con estatus desconocido de VIH, nacidos de madre con diagnóstico confirmado de VIH deberían ser vacunados si no hay evidencia clínica de infección por VIH, independientemente si la madre recibe TAR. Neonatos con VIH confirmado la BCG debe ser retrasada hasta que hayan iniciado TAR y estén estable inmunológicamente (CD4 > 25%).

Servicios especiales.

Todos los pacientes considerados para TARV deben seguir las siguientes evaluaciones: médico especialista en enfermedades infecciosas: en los lugares donde se cuente con este recurso, evaluará las características del paciente, elegirá la terapia más apropiada y le brindará seguimiento en especial cuando se presente complicaciones del VIH.

Actividades del especialista:

1. Evaluará las características del paciente y elegirá la terapia más apropiada.
2. Le brinda un seguimiento a la terapia antirretroviral.
3. Criterios de referencia al especialista en enfermedades infecciosas:
 - › Resistencia farmacológica.
 - › Falla terapéutica.
 - › Infecciones oportunistas (en especial aquellas que requieran hospitalización).
 - › Embarazadas con VIH.
 - › Ante la presencia de comorbilidades tales como nefropatías o hepatopatías.
 - › Ante efectos adversos que amenacen la vida del paciente.
4. Lleva un sistema de registro continuo, ordenado y minucioso de los datos inherentes a los servicios ofrecidos.



Médico especializado en VIH: personal capacitado en el manejo de VIH, en específico en la evaluación de las características del paciente y elección de la terapia más apropiada.

Actividades:

1. Realiza la evaluación inicial para el inicio al tratamiento.
2. Realiza el seguimiento del paciente.
3. Verifica la efectividad del tratamiento.
4. Refuerza la adherencia.
5. Detecta infecciones oportunistas (IO).
6. Lleva un sistema de registro continuo, ordenado y minucioso de los datos inherentes a los

servicios ofrecidos.

Enfermera: apoya las actividades de manejo y tratamiento de la persona con VIH. Aporta a la continuidad de la atención integral del paciente realizando un seguimiento sobre estilos de vida, adherencia, y espiritualidad entre otros.

Actividades:

1. Evaluación general.
2. Educa de forma continua y permanente a pacientes y familiares.
3. Orienta sobre el inicio del tratamiento.
4. Estimula la adherencia.
5. Administra medicamentos para IO.
6. Registra y lleva control de usuarios nuevos y subsiguientes.
7. Realiza visita domiciliaria.
8. Refiere a grupos de autoapoyo.



Salud mental, psicólogo o psiquiatra: el equipo de salud mental tiene como objetivo principal el realizar una intervención desde un enfoque biopsicosocial-cultural que permita explorar, evaluar y manejar la condición emocional de las personas mediante entrevistas individuales, intervenciones familiares o grupales y realizar actividades de promoción y prevención según el nivel de atención. Toda persona recién diagnosticada con VIH debe ser referida al equipo y a la atención del equipo de salud mental y, se le debe ofrecer seguimiento desde ese momento en adelante. Adicionalmente, es recomendable que los familiares de las personas con VIH sean referidos al equipo de salud mental.

El equipo de salud mental deberá realizar reuniones periódicas que favorezcan el intercambio de información sobre la condición emocional y el manejo de las personas con VIH que se atienden en la institución de salud y participar en reuniones con el resto del equipo multidisciplinario que atiende a las personas con VIH (infectología, ginecología, neumología, pediatría, dermatología, neurología, medicina general, odontología, nutrición, enfermería, trabajo social, farmaceuta y otras especialidades que participen en la atención de las personas con VIH).

Tabla 5. Criterios de referencia a salud mental para personas con VIH.

Criterios de referencia a salud mental para personas con VIH	
Recién diagnóstico. Presencia de síntomas de una condición mental. Consumo de alcohol y/o drogas ilícitas. Riesgo de suicidio u homicidio.	Inasistencia a sus citas con la CTARV. Suspensión del TARV. Infección avanzada que no responda al tratamiento.
Criterios de referencia a salud mental para familiares o tutores de persona con VIH	
Todo padre o tutor de menores o adolescentes seropositivos recién diagnosticados. Reacción emocional de los familiares de la persona.	Solicitud por parte de los familiares de las personas. Familiar enfermo con infección en etapa avanzada que no responda al tratamiento.

Evaluación inicial de las personas con VIH.

1. Determinar antecedentes de atención psiquiátrica y/o psicológica previo al diagnóstico de VIH.
2. Evaluar la condición de salud mental de las personas con VIH mediante pruebas de evaluación psico-diagnósticas. Entre ellas se encuentran:
 - › WHOdas 2.0
 - › Beck
 - › ASSIST v3.0
 - › + SF36.
3. Se deben aplicar pruebas psico-diagnósticas por el psicólogo clínico para determinar la presencia de trastornos neuro-psiquiátricos secundarios o no al VIH y presencia de trastornos de personalidad.
4. Brindar apoyo psico-educacional al paciente sobre su enfermedad.
5. Brindar soporte emocional ante el diagnóstico VIH.
6. Orientar y manejar las reacciones de duelo ante un diagnóstico de VIH (negación, ira, depresión, regateo o negociación, aceptación, conciliación y esperanza: NIDRACE).
7. Explorar riesgo suicida y/o homicida.
8. Explorar consumo de drogas ilícitas y/o alcoholismo: en personas adictas se debe orientar sobre centros de rehabilitación, grupos de autoayuda para el consumo de drogas ilícitas y alcohólicos anónimos.
9. Determinar la presencia de discapacidad física y mental.
10. Evaluar la necesidad de medicación en personas con enfermedad mental previa y/o posterior al diagnóstico de VIH. De acuerdo con el caso utilizar:
 - › Intervención en crisis.
 - › Psicoterapia breve.
 - › Psicoterapia de grupo.
 - › Otras psicoterapias.



Cuidados paliativos: la atención paliativa es parte de la atención integral de todo paciente y por tanto debe ser ofrecida a las personas que reciben TARV. Por lo tanto, todo el personal de salud que trabaja con personas con VIH debe estar capacitado en cuidados paliativos esenciales. Los cuidados paliativos toman especial importancia en situaciones en que se evidencia avance de la enfermedad. En estas circunstancias se debe implementar lo normado en el Sección de Cuidados Paliativos.

Actividades de cuidados paliativos:

1. Brindar el apoyo bio-psico-socio espiritual al paciente y su familia ante las crisis médicas asociadas a la enfermedad y sobre todo ante fases avanzadas, falta de respuesta al tratamiento, desesperanza y/o sufrimiento.
2. Orientar a la familia para que pueda brindar cuidados integrales a la persona que se enfrenta a la fase avanzada de la enfermedad en el escenario más apropiado a las necesidades del paciente y su familia, de ser posible en el hogar, con calidad de vida y dignidad.
3. Apoyar a los familiares y cuidadores en el proceso de duelos en cada etapa de la evolución de la enfermedad.
4. En los casos que así lo ameriten referir a pacientes y familiares a los equipos de cuidados



paliativos más cercanos a su área de residencia

Trabajo social: su objetivo es trabajar de manera conjunta con las personas con VIH, sus familiares, amigos o personas cercanas, organizaciones y comunidades para valorar las necesidades específicas del paciente. Y apoyar social y psicológicamente a la persona con VIH y sus familiares, confiando un mayor entendimiento sobre el VIH.

Actividades:

1. Brindar orientación y consejería tanto a la persona con VIH como a su familia, cuidador o grupo de apoyo en los siguientes momentos:
 - › Al realizarse el diagnóstico.
 - › Cuando requiera tramitar carga viral y CD4.
 - › Al ser incluido en la TARV.
2. Identificar factores de riesgo social para el manejo de personas con VIH.
3. Identificar las redes de apoyo familiar y comunitario, así como participar en la organización de grupos autoayuda de personas con VIH y familiares.
4. Brindar apoyo emocional a las personas con VIH y familiares al momento de ser diagnosticados.
5. Definir el diagnóstico y tratamiento sociales a seguir en los casos referidos.
6. Realizar evaluaciones sociales con sus informes.
7. Brindar asesoría sobre las instancias relacionadas con los aspectos legales, laborales y de la seguridad social.
8. Realizar visitas domiciliarias cuando se amerite.
9. Seguimiento de las personas con VIH que ya reciben TARV.
10. Referir a los juzgados de niñez y adolescencia las situaciones de negligencia y abandono de tratamiento en los casos de niños.
11. Coordinar con el equipo que brinde atención en la instalación de salud a la que pertenezca, actividades de promoción y prevención de VIH.
12. Orientar a las personas con VIH y sus familiares sobre los cambios que deberá realizar en su estilo de vida luego del diagnóstico.
13. Orientar a las personas con VIH y sus familiares, cuidadores o grupo de apoyo sobre la importancia de la realización de los exámenes de CD4 y carga viral, la toma de medicamentos y la asistencia a sus controles.
14. Identificar a las personas que presentan alguna adicción y referirlos a programas de rehabilitación.
15. Preparar a los miembros de la familia para manejar el momento del deceso de las personas con VIH.

Se recomiendan un control mensual durante los dos primeros meses luego del diagnóstico e inclusión en TARV. Después, será evaluado por lo menos dos veces al año y cada vez que la situación social de la persona lo amerite.

Nutrición: una buena nutrición no puede prevenir ni curar la infección en las personas con VIH, pero puede retrasar la progresión de esta hacia las etapas avanzadas, así como mantener y recuperar el estado nutricional a fin de contribuir a la consecución de una mejor calidad de vida. Por lo

tanto, la persona diagnosticada con VIH debe tener desde un inicio una evaluación nutricional generada por el médico que lo capta y deber ser referido al nutricionista para la atención y control nutricional periódico de acuerdo con la situación individual. El objetivo de la atención nutricional es contribuir a mejorar la salud y el estado nutricional de las personas con VIH, disminuyendo las complicaciones a través de una captación temprana y un tratamiento nutricional oportuno, eficaz, eficiente y efectivo.

Entre sus objetivos específicos se encuentra:

1. Minimizar el catabolismo y controlar la pérdida de peso.
2. Evitar la pérdida de nutrientes.
3. Mantener la masa proteica visceral y somática.
4. Minimizar la respuesta inmunitaria.
5. Mejorar la respuesta a la terapia medicamentosa.

El manejo nutricional debe ser creativo y flexible para dar respuesta a los problemas de alimentación y nutrición que presente. Se requiere el apoyo familiar y del equipo multidisciplinario para alcanzar los objetivos de la atención nutricional. Dentro del manejo nutricional tanto en el primero, segundo y tercer nivel de atención se debe tomar en cuenta lo siguiente:

1. Evaluación nutricional debe incluir los datos clínicos, antropométricos, composición corporal (bioimpedancia), bioquímicos y dietéticos.
2. Diagnóstico nutricional.
3. Cálculo de requerimientos nutricionales.
4. Plan de alimentación.
5. Orientación nutricional adecuada según signos, síntomas y/o complicaciones.

Pacientes ambulatorios:

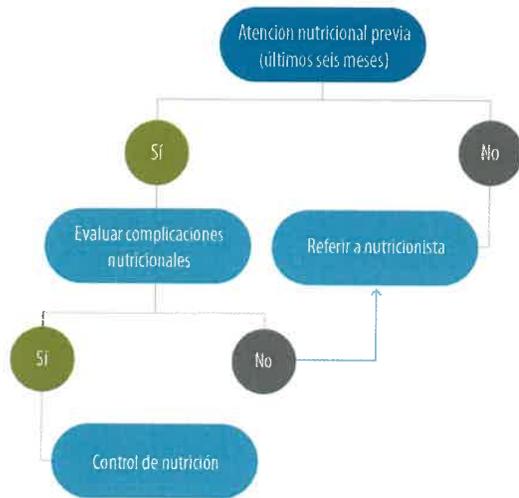
1. Vigilar el estado nutricional el cual debe incluir los datos clínicos, antropométricos, composición corporal (bioimpedancia), bioquímicos y dietéticos.
2. Ajustar el plan de alimentación según la condición del paciente.
3. Brindar educación nutricional al familiar y acompañante sobre medidas de higiene y preparación de alimentos.
4. Referir a otros servicios que el paciente requiera.
5. Brindar atención periódica según riesgo.

Pacientes hospitalizados:

1. Atender referencia para evaluar el estado nutricional.
2. Cálculo de requerimientos nutricionales.
3. Elaboración del plan de alimentación.
4. Orientación nutricional adecuada según signos, síntomas y/o complicaciones.
5. Brindar asesoría y educación nutricional al egreso del paciente.
6. Docencia e investigación.
 - › Capacitar a los nutricionistas y al equipo multidisciplinario sobre la atención nutricional de las personas con VIH.
 - › Promover investigaciones sobre nutrición y VIH.



Figura 9. Criterios de referencia a nutrición en adultos y adolescentes.

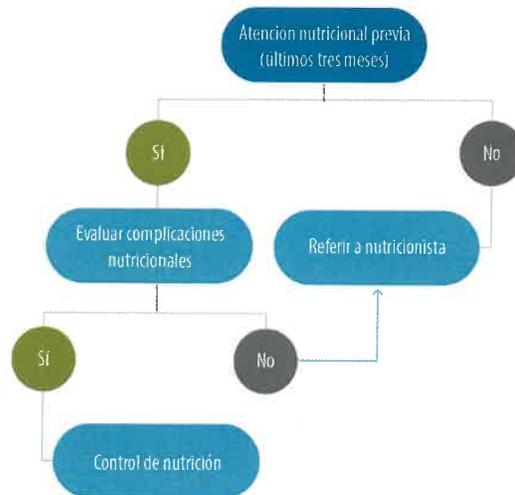


Complicaciones nutricionales (presenta 1 o más de estos criterios)	
Pérdida de peso no intencional desde el último control. Consumo oral deficiente o renuencia a ingerir alimentos y líquidos. Náusea, gases y/o vómitos persistentes. Dificultad para masticar, deglutir, úlceras en la boca.	Alergias o intolerancias a los alimentos. Cambios en percepción del gusto y olfato. Cambios en las heces (consistencia, color, frecuencia, olor). Valores en sangre: colesterol menor de 120mg/dl o mayor de 200mg/dl, triglicéridos mayor a 150mg/dl.

Periodicidad de atención según riesgo nutricional.

Riesgo nutricional	Periodicidad de atención
Peso Normal	Una vez al año
Bajo Peso	Mensual
Desnutrición moderada	Quincenal
Morbilidades crónicas	Mensual

Figura 10. Criterios de referencia para atención nutricional en niños.



Complicaciones nutricionales (presenta 1 o más de estos criterios)	
<p>Diagnóstico reciente o nunca atendido por un nutricionista No fue evaluado por el nutricionista en los últimos tres meses</p> <p>Diagnóstico con síntomas. P/E; T/E e IMC/E + 2DS. P/E; T/E e IMC/E - 2DS.</p> <p>Apetito deficiente, renuencia a ingerir alimentos y líquidos. Lactación prolongada. Cambios en las heces.</p> <p>Niños de 0-12 meses con bajo peso al nacer o sin cambios de peso durante un mes o con diarrea o vómito con más de dos días.</p>	<p>Niños de 0 – 3 meses si aumento de peso en los últimos dos meses o con diarrea o vómito de más de tres días.</p> <p>Niños de 4-12 años sin aumento de peso en los últimos tres meses consecutivos o con diarrea o vómito de más de cuatro días.</p> <p>Albumina menor de 3.5 g/dl. Colesterol menos a 65 mg/dl o mayor a 200 mg/dl. Triglicéridos menos 40 mg/dl o mayor a 160 mg/dl. Persistencia de náuseas, vómitos y acidez estomacal. Alergias o intolerancias a los alimentos. Hipoglicemias e hiperglicemias, resistencia a la insulina, insuficiencia hepática o renal, afección cardíaca, cáncer, anemia, defecto metabólico o congénita u otra condición nutricional relacionada.</p>

Odontología: en miras de ofrecer una atención realmente integral, es necesario incorporar dentro de los servicios a las personas con VIH, los controles odontológicos. Las personas con VIH pueden ser muy susceptibles a las caries dentales y enfermedad periodontal. Es importante resaltar que las personas con VIH al momento de la consulta de odontología y basándose en las normas de bioseguridad, serán atendidos con las mismas medidas que se utilizan con otros pacientes.

Objetivo: fomentar la salud bucal en las personas con VIH a través de la atención integral basada en estrategias de promoción y prevención.

Actividades:

Promoción y prevención:

1. Educación sistematizada.
2. El uso de fluoruros tópicos como cremas dentales con el complemento de los enjuagues,



- barnices y/o geles de flúor.
- 3. Técnicas de cepillado (inclusive prótesis) para reducir adecuadamente la placa bacteriana.
- 4. Profilaxis dental.
- 5. Control periódico más frecuente.
- 6. En niños con VIH es importante el uso de fluoruros y sellantes. Los barnices han demostrado ser eficaces. Hay una alta prevalencia de caries en estos niños.
- 7. Aplicar los protocolos de control de Infecciones.

Diagnóstico y tratamiento oportuno:

1. Anamnesis y examen clínico que incluya la exploración de los tejidos blandos y tejidos duros.
2. Consultar con el médico tratante tanto en adulto como niños.
3. No existe contraindicación en el tratamiento dental de pacientes con VIH.
4. El tratamiento periodontal debe estar enfocado en mantener saludable a los tejidos de soporte.
5. La utilización de instrumentos punzo cortantes debe hacerse con extremo cuidado siguiendo las medidas de bioseguridad universales.
6. En restauraciones, de preferencia, usar técnicas atraumáticas y el ionómetro de vidrio como material de obturación.
7. No existe indicación especial en el uso de anestésicos locales en pacientes con VIH.
8. El tratamiento de endodoncia debe realizarse de inmediato para evitar el riesgo de infección periapical. Preferiblemente en una sola cita.
9. Las prótesis y el tratamiento de ortodoncia no están contraindicados.
10. Evaluar la historia de sangrado (plaquetas y otros) antes de realizar procedimientos invasivos.
11. La necesidad de terapia con antibióticos pre y post- quirúrgica será evaluada en cada caso. Si un paciente está experimentando un periodo de neutropenia menos de 4000 células/mm³ debe recibir antibioticoterapia.
12. Las extracciones u otros tratamientos quirúrgicos deben hacerse en forma similar que con las personas que no tienen VIH, minimizar el sangrado y la incorporación de elementos patógenos en los tejidos profundos.
13. Aplicar normas de bioseguridad para el control de infecciones.

Farmacia: el personal de farmacia debe ser idóneo y específico para las labores de dispensación y asesoramiento del uso del TARV. Al igual que el resto del equipo, debe cumplir con el perfil de los integrantes de las CTARV .

Objetivo: dispensación de medicamentos antirretrovirales, estableciendo un adecuado seguimiento e información sobre los diversos tratamientos y productos dispensados.

Objetivos específicos:

- a. Colaborar con la detección o prevención de problemas relacionados al uso de la terapia antirretroviral.
- b. Intercambiar información con el equipo asistencial e investigación en el ámbito de la atención de personas con VIH.
- c. Colaborar con el desarrollo de actividades de docencia e investigación en el ámbito de la atención de personas con VIH.

- d. Brindar asesoría a los pacientes y familiares sobre la TARV.
- e. Dispensar los medicamentos antirretrovirales.
- f. General la información logística para la estimación de ARV requeridos, solicitud y pedidos.

Actividades:

- **Asesoría:** la asesoría a los pacientes y familiares sobre el TARV tiene como meta:
 - › Reforzar el beneficio de Indetectable = Intransmisible (I=I).
 - › Suministrar información sobre dosis y frecuencia de administración, efectos adversos, interacciones medicamentosas, y por alimentos, etc.
- **Dispensación de medicamentos:** para la correcta dispensación de medicamentos a los pacientes, el farmacéuta debe:
 - › Recibir y verificar la prescripción médica del paciente.
 - › Calcular la cantidad de ARV a dispensar.
 - › Dispensar la cantidad correcta de ARV.
 - › Considerar la entrega multimes en pacientes clínicamente estables.
 - › Completar la información del "Registro Diario de Actividades".
- **Generación de información logística:** la información del "Registro Diario de Actividades" es utilizada al final del período de reabastecimiento para preparar el "Informe y solicitud de Antirretrovirales". El instructivo para el llenado del registro se describe en la Guía de procedimientos de SIAL de ARVS.
 - › Para gestionar el reposicionamiento del TARV, farmacia debe:
 - › Generar la información logística (datos de consumo, existencia, etc).
 - › Completar y archivar el "Registro Diario de Actividades" en la farmacia de la clínica.
 - › Mensualmente se debe preparar por parte de las CTARV el reporte de consumos y existencias. Esta información se analiza mensualmente y también se hacen consolidados trimestrales para preparar las asignaciones por trimestre.
 - › El responsable del envío de este informe varía según la clínica: Jefatura de farmacia del hospital (clínicas ubicadas dentro de un hospital) o coordinación de farmacia de la clínica (clínicas ubicadas dentro de los centros de salud del MINSA e instituciones descentralizadas).



El nivel central del MINSA y CSS, garantizarán a través de las instancias pertinentes, el abastecimiento oportuno y regular de los medicamentos antirretrovirales, según necesidad definida por cada CTARV

Laboratorio: éstos constituyen un pilar básico en el diagnóstico y seguimiento en cuanto a la atención integral para las personas con VIH. Entre las funciones del tecnólogo médico:

1. Supervisa, organiza, dirige y controla los procesos relacionados con los exámenes de laboratorio.
2. Brinda orientación al paciente de los procedimientos que se le realizarán.
3. Extrae muestras de sangre para pruebas de laboratorio rutinarias y especiales siguiendo las normas generales para la obtención, procesamiento, manejo, conservación y transporte de muestras.
4. Mantiene comunicación con el médico y enfermera.
5. Registra los datos de las pruebas realizadas.



6. Aplicación de pruebas de control de calidad.
7. Lleva un sistema de registro continuo, ordenado y minucioso de los datos inherentes a los servicios ofrecidos a los pacientes (monitoreo rutinario).

Ginecología: supervisa, organiza, dirige y controla los procesos relacionados con los exámenes de laboratorio. De acuerdo a la OMS el cáncer cervicouterino (CaCu) es la segunda causa de mortalidad femenina por cáncer en todo el mundo, con unas 300 mil muertes al año. El 80% de los casos corresponden a países en vías de desarrollo. El cáncer cervicouterino es el más frecuente en mujeres con VIH, las pacientes tienen un riesgo seis veces mayor de desarrollarlo y es clasificado como uno de los criterios que define el VIH avanzado.

Recomendaciones de la OMS para mujeres que viven con VIH:

1. Uso de una prueba de detección primaria del ADN del VPH.
2. El cribado a edad temprana (25 años) para la población de mujeres con VIH.
3. El tratamiento oportuno de las lesiones precancerosas y el cáncer.
4. Tamizajes de control y seguimiento a intervalos más cortos después de una prueba positiva y después del tratamiento.
5. La vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH).

OTROS COLABORADORES AL EQUIPO.

El abordaje de las personas con VIH en las CTARV comprende aspectos relevantes como el desarrollo de acciones que motiven la adherencia al tratamiento y seguimiento, así como la introspección del VIH como una enfermedad crónica. La incorporación de facilitadores en este proceso, tales como grupos de autoapoyo, promotores pares o miembros de la comunidad, promueve la salud, el desarrollo de habilidades para la disminución de riesgos, continuidad de la atención de salud y prevención de nuevas infecciones.

GRUPOS DE AUTOAPOYO / PROMOTORES PARES (adaptado del documento "Estrategia Regional de Grupos de apoyo para PCV en Centro América").

Los mismos pueden desarrollarse desde las CTARV o miembros de la comunidad. La base de estos son el respeto, la no discriminación y la confidencialidad. La difusión de este recurso puede llevarse a cabo por referencia entre pares o por el personal de salud, desde el diagnóstico, al detectar posibles señales de fallo en la adherencia, o durante las visitas domiciliarias. Los grupos de autoapoyo y los promotores pares refuerzan la conciencia de enfermedad, la toma de decisiones para la disminución de riesgos, la adherencia, revelación de su estatus clínico y creación de redes sociales. Los servicios que proveen los grupos o los pares promueven comportamientos más seguros a través del intercambio de destrezas y conocimientos, además de ser modelos que ofrecen apoyo sin juzgarlos.

MIEMBROS DE LA COMUNIDAD.

Está demostrado que la participación de la comunidad en el desarrollo de las políticas y programas de salud tiene un impacto positivo en la sostenibilidad de estos. El empoderamiento de la comunidad mejora las condiciones de vida de las personas con VIH al crear un ambiente libre de estigma y discriminación. Según el documento de ONUSIDA Un enfoque estratégico: el VIH y el SIDA y la educación, los educadores son considerados en muchas comunidades como miembros

valiosos de las mismas, por ello se apuesta a la formación de estos en temas de sexualidad y VIH. En estos espacios de igual forma, ellos aclaran sus propias dudas y preocupaciones sobre el tema. Una vez capacitados en el tema pueden apoyar tanto en la formación dentro de las aulas como en otros espacios donde se abordan niños y adolescentes que no asisten a las escuelas y adultos

SISTEMA DE INFORMACIÓN EN VIH Y MONITARY.

Las CTARV utilizan el software MoniTARV que permite el Registro Médico Electrónico (RME) de los pacientes en TARV. El sistema de registro de la información clínica del paciente permite su ingreso directo al sistema electrónico desde que se atiende a un paciente en el consultorio. También permite imprimir su expediente para cumplir con el requisito legal del expediente clínico físico.

El software MoniTARV genera reportes cuando son requeridos. Estos datos consolidados no contienen información clínica o individual por lo tanto son eminentemente numéricos, existen diversos tipos de consolidados, informes epidemiológicos, reportes de pacientes en TARV, entre otros. Estos reportes pueden ser generados estableciendo un rango de fechas y de clínicas TARV dependiendo de las necesidades de información de cada nivel. Esta herramienta es clave para el seguimiento del paciente y toma de decisiones basadas en las características de la epidemia.





SECCIÓN II: GENERALIDADES DEL VIH

2.1. Aspectos clínicos e inmunológicos del VIH en adolescentes y adultos.

El VIH produce una infección crónica y progresiva que se expresa con un amplio espectro de manifestaciones clínicas, que van desde la infección aguda primaria hasta infecciones oportunistas y neoplasias que amenazan la vida.

En general, el tiempo medio entre la infección viral y el desarrollo de infecciones oportunistas o síntomas definitorios de VIH es de 10 a 12 años. Son pocos los pacientes que progresan a fases avanzadas del VIH en los primeros 18 meses o permanecen libres de enfermedad después de 18 años con la infección.

Fases de la historia natural de la infección.

Período inmediatamente posterior a la infección primaria (Primeras reacciones de activación del sistema inmunitario):

Síndrome retroviral agudo:

1. Aparece en más del 75% de los infectados.
2. Se manifiesta, por lo general, algunas semanas después de un contacto infeccioso, en forma de un cuadro inespecífico, autolimitado y, muchas veces, oligosintomático.
3. El médico, en muchas ocasiones, por falta de información, puede hacer el diagnóstico erróneo de "virosis común" o de "mononucleosis".
4. Desde el punto de vista inmunopatológico, tras la infección existe una alta tasa de replicación viral y se trata de la fase de mayor transmisión del VIH.
5. Desde el punto de vista genotípico, la población viral es altamente homogénea.
6. Desde el punto de vista clínico, las manifestaciones más frecuentes son: fiebre (96%), linfadenopatías (74%), faringitis (70%), eritema maculopapular (70%), mialgias y artralgias (54%), diarreas (32%), cefaleas (32%), náuseas y vómitos (27%), hepatoesplenomegalia (14%), pérdida de peso (13%), candidiasis oral (12%) y síntomas neurológicos (12%).

Largo intervalo de silencio clínico:

1. No hay síntomas de la enfermedad, pero el virus continúa replicándose en los ganglios linfáticos.

Período sintomático temprano:

1. Síntomas intermitentes e infecciones que no amenazan la vida.

Enfermedad avanzada:

1. Destrucción, rápidamente progresiva, de la capacidad de respuesta inmunitaria caracterizada por disminución de los linfocitos CD4 y aumento de la viremia.
2. Aparición de infecciones oportunistas (IO) y neoplasias. Esta etapa se define como SIDA a través de diferentes criterios diagnósticos que se redefinen en forma continua.

Tabla 6. Categorías de la infección por VIH según CD4 en adolescentes y adultos

Categorías	Células/mm3	%
1	≥ 500	> 29
2	200 – 499	14-28
3	< 200	< 14



2.2. Aspectos clínicos e inmunológicos del VIH en niños.

La historia natural del VIH en niños sin tratamiento es variable: Un 15% a 20% (progresores rápidos) de los niños nacidos con VIH sin tratamiento fallecen o evolucionan a fases avanzadas de la infección durante el primer año de vida. El remanente, 79 - 80%, (progresores lentos) puede permanecer sin síntomas hasta el segundo o tercer año. El 5% permanece asintomático a largo plazo sin alteración del sistema inmunitario y con valores de carga viral bajos por 12 a 15 años (progresores muy lentos).

Existen múltiples categorías clínicas e inmunológicas para clasificar los niños con VIH. Para estas normas se ha elegido la clasificación clínica del CDC del 2014.

Tabla 7. Categorías de la infección por VIH según CD4 en niños por grupo de edad.

Estadio	Edad en el momento de hacer el CD 4					
	< 1 año		1 – 5 años		6 años o más	
	células/uL	%	células/uL	%	células/uL	%
1	> 1500	> 34	>1000	>30	> 500	> 26
2	750 – 1499	26-33	500-999	22-29	200-499	14-25
3	< 750	< 26	<500	<22	<200	<14

Tabla 8. Estadificación Clínica de la OMS de la infección por el VIH en adultos, adolescentes y niños.

Adultos y adolescentes ^a	Niños
Estadio clínico 1	
Asintomático. Linfadenopatía generalizada persistente.	Asintomático. Linfadenopatía generalizada persistente.
Estadio clínico 2	
Pérdida de peso moderada idiopática (<10% del peso corporal teórico o medido). Infecciones recurrentes de las vías respiratorias (sinusitis, amigdalitis, faringitis, otitis media). Herpes zóster. Queilitis angular. Úlceras bucales recurrentes. Erupciones papulares pruriginosas. Onicomycosis. Dermatitis seborreica.	Hepatoesplenomegalia persistente de origen desconocido. Infecciones recurrentes o crónicas de las vías respiratorias altas (otitis media, otorrea, sinusitis, amigdalitis). Herpes zóster. Eritamia gingival lineal. Úlceras bucales recurrentes. Erupciones papulares pruriginosas. Onicomycosis. Infección extensa por papilomavirus. Moluscos contagioso extenso. Hipertrofia parotídea persistente idiopática.
Estadio clínico 3	
Pérdida de peso moderada idiopática (< 10% del peso corporal teórico o medido). Diarrea persistente idiopática durante más de un mes. Fiebre persistente idiopática (intermitente o constante durante más de un mes). Candidiasis oral persistente. Leucoplasia oral vellosa. TB pulmonar. Infecciones bacterianas graves (como neumonía, empiema, piomiositis, infección ósea o articular, meningitis, bacteriemia). Estomatitis, gingivitis o periodontitis ulceronecrosante aguda. Anemia idiopática (< 8 g/dl), neutropenia (< 0,5 x 10 ⁹ /l) o trombocitopenia crónica (< 50 x 10 ⁹ /l).	Malnutrición moderada idiopática ^b que no responde adecuadamente al tratamiento de referencia. Diarrea idiopática persistente (14 días o más). Fiebre idiopática persistente (superior a 37,5 °C, intermitente o constante, durante más de un mes). Candidiasis oral persistente (a partir de las seis semanas de vida). Leucoplasia oral vellosa. TB ganglionar. TB pulmonar. Neumonía bacteriana grave recurrente. Gingivitis o periodontitis ulceronecrosante aguda. Anemia idiopática (< 8 g/dl), neutropenia (< ,5 x 10 ⁹ /l) o trombocitopenia crónica (< 50 x 10 ⁹ /l). Neumonitis intersticial linfoide sintomática. Neuropatía crónica asociada al VIH, incluidas las bronquiectasias.



Adultos y adolescentes ^a	Niños
Estadio clínico 4 ^c	
<p>Síndrome de consunción asociada al VIH. Neumonía por <i>Pneumocystis (jirovecii)</i>. Neumonía bacteriana recurrente grave. Infección crónica por virus del herpes simple (bucolabial, genital o anorrectal de más de un mes de duración, o visceral en cualquier ubicación). Candidiasis esofágica (o traqueal, bronquial o pulmonar). TB extrapulmonar. Sarcoma de Kaposi. Infección por citomegalovirus (retinitis o infección de otros órganos). Toxoplasmosis del SNC. Encefalopatía por VIH. Criptococosis extrapulmonar, incluida la meningitis. Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas. Leucoencefalopatía multifocal progresiva. Criptosporidiosis crónica. Isosporosis crónica. Micosis diseminada (histoplasmosis extrapulmonar, coccidioidomicosis). Linfoma (no hodgkiniano de linfocitos B o cerebral). Nefropatía o miocardiopatía sintomáticas asociadas al VIH. Septicemia recurrente (incluida la debida a salmonelas no tifoideas). Carcinoma de cuello uterino invasivo. Leishmaniasis atípica diseminada.</p>	<p>Consunción grave idiopática, retraso del crecimiento o malnutrición grave^d que no responde al tratamiento de referencia. Neumonía por <i>Pneumocystis (jirovecii)</i>. Infecciones bacterianas graves recurrentes (como empiema, piomiositis, infección ósea o articular, o meningitis, pero no neumonía). Infección crónica por virus del herpes simple (bucolabial o cutánea de más de un mes de duración, o visceral en cualquier ubicación). Candidiasis esofágica (o traqueal, bronquial o pulmonar). TB extrapulmonar. Sarcoma de Kaposi. Infección por citomegalovirus (retinitis o infección de otros órganos que comienza después del primer mes de vida). Toxoplasmosis del SNC (después del periodo neonatal). Encefalopatía por VIH. Criptococosis extrapulmonar, incluida meningitis. Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas. Leucoencefalopatía multifocal progresiva. Criptosporidiosis crónica (con diarrea). Isosporosis crónica. Micosis endémica diseminada (histoplasmosis extrapulmonar, coccidioidomicosis, peniciliosis). Linfoma no hodgkiniano de linfocitos B o cerebral. Nefropatía o miocardiopatía asociada al VIH.</p>



^a En la elaboración de este cuadro se definió a los adolescentes como de 15 años o mayores. En los menores de 15 años debe utilizarse la clasificación clínica de los niños.

^b En los menores de 5 años la malnutrición moderada se define como una puntuación Z de la relación entre el peso y talla < -2 o un perímetro mesobraquial \geq 115 mm y < 125mm.

^c En las clasificaciones regionales pueden incluirse algunas afecciones específicas adicionales, como la peniciliosis en Asia, la fístula rectovaginal asociada al VIH en África meridional y la reactivación de la tripanosomiasis en Latinoamérica.

^d En los menores de cinco años, la consunción grave se define como una puntuación Z de la relación entre el peso y la talla < -3; el retraso del crecimiento se define como una puntuación Z de la relación entre la longitud y la edad o entre la talla y la edad < -2, y la malnutrición aguda grave se define como una puntuación Z de la relación entre el peso y la talla < -3 o un perímetro mesobraquial < 115 mm o la presencia de edema.

2.3. Diagnóstico de VIH y laboratorios para seguimiento clínico.

Marcadores específicos:

- 1. Pruebas virológicas:** es el método diagnóstico de elección en niños menores de 24 meses. Se consideran pruebas de este tipo a ADN Proviral VIH-1 o PCR ADN Proviral VIH-1. Además, utilizada para la confirmación de casos en mujeres embarazadas con Pruebas de ELISA indeterminados.
- 2. Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA):** son anticuerpos dirigidos a las distintas proteínas contenidas en el retrovirus.
- 3. Inmunofluorescencia o Western blot:** anticuerpos específicos dirigidos a las distintas proteínas contenidas en el retrovirus (más específico que el ELISA). Aparecen en un período de 6 semanas a 3 meses después de la infección y, en una pequeña proporción de personas infectadas, puede diferirse la aparición hasta un año.



> Poco utilizado, en la actualidad, en la República de Panamá.

4. **Prueba rápida:** detecta anticuerpos contra el VIH. Es una prueba de tamizaje que produce resultados muy rápidos, generalmente en 5 a 30 minutos. Estudios evidencian que las pruebas rápidas proporcionan un resultado negativo inmediato o un “positivo preliminar”.

2.3.1. Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH.

A continuación, se resumen las recomendaciones de guías internacionales y del grupo de expertos en el país para confirmar la presencia de infección por VIH con el fin de asegurar que lactantes y niños puedan tener acceso a la atención temprana de la infección por VIH (Panel para el tratamiento antirretroviral y manejo de niños viviendo con VIH, 2021).

Pruebas diagnósticas según la edad del infante o niño.

Niño menor de 24 meses:

1. El diagnóstico en niños menores de 24 meses se realiza a través de pruebas virológicas debido a la persistencia de anticuerpos maternos hasta los 15 a 18 meses de edad y la seroconversión tardía más allá de los 18 meses hasta los 24 meses.
2. El diagnóstico en niños con alto riesgo para la infección perinatal del VIH puede realizarse a través de una prueba virológica a los 0 - 2 días de nacido y repetirla a las dos semanas de vida.
3. Las pruebas virológicas en niños de bajo riesgo deben realizarse dentro de las primeras cuatro a seis semanas de vida para poder determinar tempranamente la presencia de infección e iniciar la terapia antirretroviral. Se tomará una segunda prueba después del primer resultado positivo a los cuatro meses de vida. El tratamiento debe iniciar inmediatamente después de este primer resultado. No se debe retrasar el tratamiento en espera de la segunda prueba.
4. Se considera diagnóstico de VIH a todo recién nacido que presente dos pruebas virológicas positivas (detección de ADN proviral o ARN viral) tomados en dos tiempos distintos.
5. El diagnóstico de VIH se puede excluir definitivamente en un niño(a) menor de 18 meses que no ha recibido lactancia materna, después de dos pruebas virológicas negativas: una obtenida entre las 6 y 8 semanas de vida (dos semanas posterior al cese de la profilaxis) y la segunda a los cuatro meses de edad, o dos muestras negativas de anticuerpos contra VIH de dos muestras separadas en niños ≥ 6 meses.

Niños con edad igual o mayor de 24 meses:

1. Una muestra negativa para anticuerpos VIH (ELISA) excluye el diagnóstico de VIH.
2. Una muestra se considera positiva, si ha sido confirmada por dos metodologías distintas.

Niños en situaciones especiales.

El recién nacido amamantado de una madre VIH positiva, debe considerarse como expuesto al VIH por lo que se debe omitir la lactancia y realizar una primera prueba inmediatamente según su edad (virológica si es menor de 24 meses y serológica si es igual o mayor a 24 meses). Posteriormente al cese de la lactancia se le realizarán pruebas de seguimiento a las 4 - 6 semanas, 3 y 6 meses si la primera prueba fue negativa (figura 2).

1. Los niños expuestos a VIH por lactancia materna recibirán terapia empírica hasta confirmar su estado respecto a la infección. Si la primera prueba es negativa, se dará tratamiento por

- 28 días y se programará una segunda prueba luego de 4 - 6 semanas de la primera.
2. Algunos niños no identificados como expuestos al nacimiento o los cuales se perdieron del seguimiento post-parto deben ser captados en sus controles de crecimiento y desarrollo, y se les debe realizar las pruebas correspondientes a su edad o referirles a un centro de atención especializada.
 3. Todos los hijos de una madre diagnosticada con infección de VIH deben ser evaluados por infección por HIV independientemente de la edad, a menos que se conozca que la infección materna fue después de su nacimiento y no recibieron lactancia materna.
 4. Si es menor de 24 meses utilizar provirales, si es mayor o igual a 24 meses utilizar pruebas de anticuerpos.
 5. Si alguna de las pruebas resulta positiva, confirmar según el algoritmo diagnóstico para su edad.

2.4. Exámenes de seguimiento clínico en la infección por VIH.

1. **Recuento de CD4:** para pacientes que inician TAR el conteo de CD4 debería repetirse cada 3 meses por los dos años en conteos < 300 células/mm³ y cada 6 meses en conteos > 300 células/mm³. Luego de dos años de TARV el CD4 debe ser monitoreado cada 6 meses para pacientes con CD4 < 300 células/mm³, pacientes con conteo entre 300 y 500 células/mm³ y opcional para > 500 células/mm³.
2. **Carga viral VIH-1:** prueba utilizada para la detección del ARN viral por reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Debe solicitarse antes del inicio del tratamiento, pero su ausencia o falta de disponibilidad, no debe retrasar el inicio del mismo si otros factores así lo indican. Es el mejor parámetro para evaluar la respuesta al TARV. Durante el monitoreo y seguimiento del paciente, se recomienda realizarlo cada seis meses o según el caso. Ante un nuevo esquema de tratamiento, se debe repetir entre las 4 y 8 semanas después de iniciado el nuevo tratamiento. En pacientes en TARV con dos CV consecutivas indetectables, se puede considerar cada 12 meses.
3. **Pruebas de resistencia:** las pruebas de resistencia nos indican qué fármacos no se deben administrar.
4. Tres grupos de personas se podrían beneficiar de las pruebas de resistencia:
 - > Los recientemente infectados (incluyendo los recién nacidos).
 - > Mujeres embarazadas.
 - > Los que necesitan cambio de medicamentos debido a la falla del tratamiento anterior.
5. Existen dos tipos diferentes de pruebas de resistencia:
 - > **Pruebas genotípicas:** buscan mutaciones genéticas. Las pruebas de genotipaje están recomendadas como de preferencia para guiar la terapia antirretroviral de pacientes VIH. Son de preferencia para guiar la terapia antirretroviral en pacientes con una respuesta virológica subóptima o en casos donde existe una falla virológica al tratamiento mientras se encuentran en los primeros dos regímenes de tratamiento. Está recomendado en mujeres embarazadas previo al inicio de la terapia y para aquellas que inician el embarazo con niveles de ARN VIH detectables mientras están en terapia.
 - > **Pruebas fenotípicas (difícil disponibilidad):** evalúan qué medicamentos y con qué concentraciones es posible impedir que el VIH crezca en condiciones de laboratorio. Todavía no está claro cuándo y con qué frecuencia se deben utilizar estas pruebas ni cómo tomar decisiones basándose en sus resultados.



6. Prueba de tropismo: se deberá solicitar previo al tratamiento, a los pacientes en quienes se considere utilizar fármacos antagonistas de los co-receptores CCR5 o en aquellos que bajo este fármaco experimenten fallo virológico.
7. *Búsqueda de genotipo HLA-B *5701*: de estar disponible, debe realizarse a los pacientes en que se considere el uso de ABC.

Esquema analítico basal:

1. *Hemograma completo y pruebas bioquímicas (pruebas de función renal y hepática)*: estas pruebas se realizarán antes del inicio del tratamiento y luego cada seis meses, según lo requiera el paciente.
2. *Perfil lipídico*: debe realizarse antes del inicio de tratamiento. Si los valores son normales, se repetirán cada doce meses y si son anormales cada seis meses o según la necesidad del caso.
3. *Urinálisis*: se recomienda antes del inicio del tratamiento y cada doce meses o según lo requiera el caso (en terapia con tenofovir, realizarlo mínimo c/6 meses).
 1. *Calcular aclaramiento de creatinina*: se recomienda principalmente en aquellos pacientes que inicien tratamiento con tenofovir.

Cálculo de aclaramiento de creatinina.

Hombres	Mujeres
$\frac{(140 - \text{edad en años}) \times \text{peso en Kg}}{72 \times \text{creatinina sérica}}$	$\frac{(140 - \text{edad en años}) \times \text{peso en Kg}}{72 \times \text{creatinina sérica}} \times 0.85$

1. Pruebas basales.

- a. Pruebas de embarazo.
- b. *Tamizaje de cáncer cervicouterino*: se recomienda según normas de prevención, detección y seguimiento de las lesiones preinvasoras del cuello uterino y guías de manejo de 2017 el tamizaje primario con prueba molecular de VPH-AR a toda mujer entre los 25 y 64 años. Si la prueba no detecta genotipos de alto riesgo entonces se puede repetir la prueba cada tres años. En lugares donde no esté disponible las pruebas moleculares, se recomienda hacer la citología cervical exfoliativa a través de la técnica de Papanicolau y repetir cada dos años si es normal. Considerar citología o VPH anal en hombres.

2. Tamizaje de otras infecciones:

- a. VDRL – Prueba serológica para Sífilis.
- b. Ig G toxoplasmosis.
- c. Panel de hepatitis viral:
 - > VHA IgG.
 - > VHB: HBsAg, antiHBc.
 - > VHC.

3. Serología para Chagas.
4. PPD.
5. Esquema de vacunación*.



*Como parte de la evaluación inicial del paciente se debe orientar e indagar sobre antecedentes de Cáncer e historial de vacunas. Referir al servicio de vacunación y/o al especialista en caso de que se amerite. La ausencia de vacunas o tamizajes de cáncer no deben dilatar el inicio del tratamiento, sin embargo, debe dársele seguimiento en las siguientes consultas.

2.5. Terapia antirretroviral.

La evolución natural de la infección por el VIH se caracteriza por una gran y continua replicación viral, en diferentes órganos. Produce destrucción y disfunción de los linfocitos T CD4 y de otras células del sistema inmune. Esta situación lleva a una inmunodeficiencia que, en sus formas más graves, se manifiesta por infecciones oportunistas y/o neoplasias que caracterizan la infección avanzada del VIH.

La supresión máxima y continua de la replicación viral en el organismo es necesaria para reducir, retrasar o revertir los daños inmunológicos.

Objetivos del tratamiento antirretroviral:

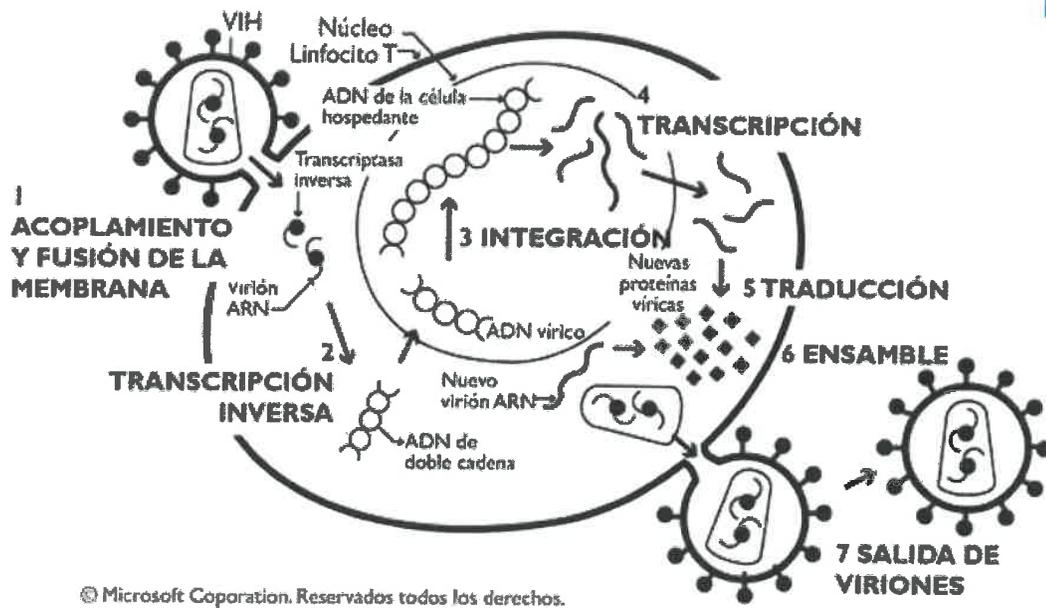
- a. Reducir la carga viral por debajo de los límites de detección en el plasma, por el tiempo más prolongado posible.
2. Mejorar el sistema inmunológico y evitar el desarrollo de infecciones oportunistas.
3. Mejorar la calidad de vida del paciente sintomático.
4. Prolongar la expectativa de vida.
5. Minimizar la necesidad de hospitalizaciones asociadas a infecciones oportunistas.
6. Disminuir el riesgo de transmisión de madre a hijo.
7. Como estrategia de prevención secundaria, reduce la transmisión del VIH.

Medicamentos antirretrovirales.

Actualmente hay siete grupos de medicamentos antirretrovirales que actúan en diferentes puntos del ciclo vital del virus (Ver Figura 11).



Figura 11. Ciclo vital del VIH y sitios de acción de los ARV.



© Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

Tabla 9. Clases de ARV según su acción en la fase de replicación del virus.

Tipo de ARV	Sitio de acción
Inhibidores de fusión y antagonistas CCR5	Fase 1
Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa	Fase 2
Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa	Fase 2
Inhibidores de Integrasa	Fase 3
Inhibidores de Proteasa (IP)	Fase 6
Inhibidores de la Posfijación	Fase 1
Inhibidor de la formación de la cápside viral	Fase 3 y 4



Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa (INTR).

1. Fueron los primeros antirretrovirales desarrollados para el tratamiento del VIH.
2. *Mecanismo de acción:* compiten con sus análogos naturales (ADN y ARN) para bloquear la transcriptasa reversa viral. Se incorporan al ADN viral, donde actúan como secuencias terminales en la síntesis del ADN proviral impidiendo la replicación del virus (Figura 1).
3. *Resistencia:* consiste en mutaciones en el gen pol del genoma viral que codifica para la transcriptasa reversa. No siempre es cruzada (se puede ser resistente a un fármaco y no al resto de los INTR).

NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa (INNTR).

1. *Mecanismo de acción:* también inhiben la transcriptasa reversa pero, a diferencia del grupo anterior, se unen a esta enzima, lejos del sitio que posee actividad (Figura 1). Es diferente al de los INTR por ello, el uso combinado de ambos muestra actividad sinérgica o aditiva.
2. *Resistencia:* producida por el uso de monoterapia o de manera inadecuada. Tiende a ser cruzada con los demás INNTR.

Inhibidores de Proteasa (IP).

1. *Mecanismo de acción:* la proteasa del VIH es una enzima compleja que actúa al final del ciclo de replicación del VIH (Figura 1) y es indispensable para que los viriones en formación sean maduros. Su inhibición produce la liberación de partículas virales estructuralmente desorganizadas y no infecciosas.
2. *Resistencia:* patrones de resistencia más complejos que los observados con INTR o INNTR. Se necesitan múltiples mutaciones virales para el desarrollo de una alta resistencia. Resistencia cruzada entre los diferentes IP.

Inhibidores de la Integrasa (INI).

1. *Mecanismo de acción:* bloquean la enzima integrasa, una proteína que el VIH necesita para insertar su material genético en el material genético de la célula huésped.
2. *Resistencia:* dentro de esta categoría se encuentran medicamentos con una barrera genética baja (Raltegravir, Elvitegravir) para desarrollar resistencia y otros con una barrera genética alta. Entre estos últimos se encuentran el Dolutegravir y el Bictegravir.

Antagonista del co-receptor CCR5 o inhibidores de la entrada.

1. *Mecanismo de acción:* actúa uniéndose selectivamente sobre el co-receptor CCR5, presente en la membrana celular del linfocito CD4, evitando la unión del VIH con el receptor gp120 y por ende impidiendo la entrada del virus en la célula huésped.
2. Es necesaria la evaluación de la presencia del co-receptor CCR5 antes de iniciar un esquema de tratamiento con esta clase de ARV.

Inhibidor de la Posfijación

1. *Mecanismo de acción:* Se unen al receptor CD4 de un linfocito (una célula) CD4 huésped. Eso impide que el VIH se fije a los correceptores CCR5 y CXCR4 y entre a la célula.





★ Clasificación de los antirretrovirales.

Tabla 10. Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR).

Medicamento	Sigla	Presentación	Dosis	Comercializado en Panamá
Abacavir	ABC	Tableta de 300 mg solución oral 20 mg/ml.	300 mg dos veces al día o 600 mg una vez al día.	Sí
Abacavir + Lamivudina	ABC + 3TC	Tableta de ABC 600 mg + 3TC 300 mg.	Una tableta diaria.	Sí
Abacavir + Lamivudina + Dolutegravir	ABC + 3TC + DLG	Comprimido de ABC 600 mg+ 3TC 300 mg+ DLG 50 mg.	Un comprimido al día.	Sí
Tenofovir + Lamivudina + Dolutegravir	TDF + 3TC + DLG	Comprimido de TDF 300 mg + 3TC 300 mg + DLG 50 mg.	Un comprimido al día.	Sí
Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz	TDF + 3TC + EFV	Comprimido de TDF 300 mg. + 3TC 300 mg + EFV 400 mg.	Un comprimido al día.	Sí
Bictegravir + Emtricitabina + Tenofovir alafenamida fumarato	BIC + FTC + TAF	Comprimido de BIC 50 mg + FTC 200 mg + TAF 25 mg.	Un comprimido al día.	Sí
Emtricitabina	FTC	Cápsula de 200 mg solución oral de 10 mg/ml.	Cápsula de 200 mg una vez al día. 240 mg de solución oral una vez al día.	No
Elvitegravir + Cobicistat + Emtricitabina + Tenofovir Alafenamida Fumarato	ELVI + COBI + FTC + TAF	Tableta de ELVI 150 mg+ COBI 150 mg + FTC 200 mg + TAF 10 mg.	Una tableta al día.	Sí
Lamivudina	3TC	Tabletas de 150 mg, tabletas de 300 mg y solución oral de 10 mg/ml	150 mg dos veces al día o 300 mg una vez al día.	Sí
Tenofovir	TDF	Tableta de 300 mg.	300 mg una vez al día.	Sí
Tenofovir + Emtricitabina	TDF + FTC	Tableta con TDF 300 mg + FTC 200 mg.	Una tableta una vez al día.	Sí
Tenofovir + Emtricitabina + Efavirenz	TDF + FTC + EFV	Tableta de TDF 300 mg + FTC 200 mg + EFV 600 mg.	Una tableta (EFV 600 mg d + FTC 200 mg +TDF 300 mg) una vez al día.	Sí
Zidovudina	AZT	Cápsula de 100 mg, tabletas de 300 mg, solución oral 10 mg/ml.	600mg diarios (ya sea 300 mg dos veces al día o 200 mg tres veces al día).	Sí
Zidovudina + Lamivudina	AZT + 3TC	Tableta con AZT 300 mg + 3TC 150 mg.	Una tableta dos veces al día.	Sí

Tabla 11. Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR)

Medicamento	Sigla	Presentación	Dosis	Comercializado en Panamá
Efavirenz	EFV	Cápsulas de 50 mg, 200 mg o tabletas de 400 mg/600 mg.	600 mg una vez al día (antes de acostarse) Tomar con estómago vacío para reducir efectos secundarios.	Sí
Doravirina	DOR	Tableta de 100 mg.	100 mg una vez al día con o sin alimentos.	No
Etravirina	ETR	Tabletas de 100 mg.	200mg dos veces al día.	No
Ripilvirina	RPV	Tabletas de 25 mg o 200 mg.	25 mg una vez al día con comida.	No
Emtricitabina + Ripilvirina + Tenofovir	FTC + RPV + TDF	Tableta de FTC 200 mg + RPV 25 mg + TDF 300 mg.	Una tableta una vez al día con comida.	No

Tabla 12. Inhibidores de proteasa

Medicamento	Sigla	Presentación	Dosis	Comercializado en Panamá
Atazanavir	ATV	Cápsulas de 100, 150, 200 y 300 mg.	ATV 300 mg + RTV 100 mg una vez al día.	No
Darunavir	DRV	Tableta de 75, 150, 300, 400, 600 mg.	Pacientes sin TARV previo: DRV 800 mg + RTV 100 mg una vez al día. Pacientes con TARV previo: DRV 600 mg + RTV 100 mg dos veces al día con IP. * No se recomienda su uso sin RTV.	Sí
Darunavir/Cobisistat	DRV + COBI	Tableta de DRV 800mg + COBI 150 mg.	Pacientes sin TARV previo: DRV 800 mg + COBI 150 mg una vez al día.	Sí
Lopinavir/ritonavir	LPV/r	Tabletas con LPV 200 mg + RTV 50 mg. Tabletas con LPV 100 mg + RTV 25 mg solución oral con LPV 400 mg + RTV 100 mg por cada 5ml.	LPV/r 400mg / 100mg dos veces al día o LPV/r 800 mg / 200 mg una vez al día. La dosis una vez al día sólo se recomienda para pacientes sin tratamiento previo, no debe ser utilizada en embarazadas. Para pacientes con EFV o NVP: LPV/r 500 mg/125 mg dos veces al día.	Sí
Ritonavir	RTV	Cápsula de 100 mg o solución con 80 mg/ml.	Como potenciador de otros IP 100-400 mg por día en una o dos dosis.	Sí





Tabla 13. Inhibidores de la entrada

Medicamento	Sigla	Presentación	Dosis	Comercializado en Panamá
Maraviroc	MVC	Tabletas de 150 y 300 mg.	Con inhibidores fuertes de CYP3A (con o sin inductores) incluyendo IP (excepto TPV/r): 150 mg dos veces al día. Si se administra con INTR, T-20; TPV/r, NVP u otros no Inhibidores de CYP3A o inductores: 300mg dos veces al día.	Sí
Ibalizumab		Vial de 150 mg/ml.	Infusión intravenosa administrada cada dos semanas.	No

Tabla 14. Inhibidores de la integrasa

Medicamento	Sigla	Presentación	Dosis	Comercializado en Panamá
Raltegravir	RAL	Tabletas de 400 mg Comprimido Masticables 25 y 100 mg.	400mg dos veces al día. (Pacientes con Rifampicina: RAL 800 mg dos veces al día).	Sí
Dolutegravir	DTG	Tabletas de 50 mg.	50 mg una vez al día.	Sí
Elvitegravir	EVG	Tabletas 85 mg. Tabletas 150 mg.	85 mg o 150 mg una vez al día*. *debe ser utilizado en combinación con inhibidores de proteasa y ritonavir.	No

2.6. Reacciones adversas, efectos secundarios e interacciones de los antirretrovirales

Tabla 15. Reacciones adversas de los antirretrovirales.

ARV	REACCIÓN ADVERSA	ARV	REACCIÓN ADVERSA
ABC	<ul style="list-style-type: none"> • Reacción de hipersensibilidad. • Lipodistrofia. 	ETV	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Stevens-Johnson/Necrólisis Epidérmica Tóxica. • Reacción de hipersensibilidad.
ATV	<ul style="list-style-type: none"> • Nefrolitiasis. • Urolitiasis. • Cristaluria. • Insuficiencia renal. • Episodios de sangrado. • Resistencia a la insulina. • Diabetes Mellitus, trastornos metabólicos. • Hiperbilirrubinemia indirecta reversible. 	FTC	<ul style="list-style-type: none"> • Lipodistrofia.

ARV	REACCIÓN ADVERSA	ARV	REACCIÓN ADVERSA
AZT	<ul style="list-style-type: none"> Anemia macrocítica grave potencialmente mortal. Neutropenia grave. Supresión de médula ósea. Lipodistrofia. Dislipidemia. Náuseas, vómitos, cefaleas, astenia. 	LPV/r	<ul style="list-style-type: none"> Lipodistrofia. Hiperlipidemia (principalmente hipertrigliceridemia). Insuficiencia renal. Episodios de sangrado. Resistencia a la insulina. Diabetes Mellitus, trastornos metabólicos. Efectos gastrointestinales, principalmente diarrea.
DTG	<ul style="list-style-type: none"> Insomnio. Fatiga. Cefalea. Diarrea. 	MVC	<ul style="list-style-type: none"> Hepatotoxicidad (puede ser precedida de una reacción alérgica sistémica (erupción pruriginosa, eosinofilia, elevación de IgE). Aumento de CPK.
COBI	En combinación con ATZ+TDF+FTC: <ul style="list-style-type: none"> Hiperbilirrubinemia. Ictericia. Dermatitis. Aumento de creatinina sin alteración de la tasa de filtración glomerular. 	NVP	<ul style="list-style-type: none"> Hepatitis sintomática aguda. Hepatotoxicidad. Reacción de hipersensibilidad. Síndrome de Stevens-Johnson/Necrólisis Epidérmica Tóxica.
EVG	En combinación con cobicistat, emtricitabine, tenofovir disoproxil fumarate: <ul style="list-style-type: none"> Cefalea. Diarrea. Náuseas. 	RAL	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de transaminasas.
DRV	<ul style="list-style-type: none"> Alteraciones gastrointestinales. Hepatotoxicidad. Alteración de perfil lipídico. 	RTV	<ul style="list-style-type: none"> Alteración de metabolismo de las grasas.
EFV	<ul style="list-style-type: none"> Efectos en sistema nervioso central. Reacción de hipersensibilidad. Síndrome de Stevens-Johnson/ Necrólisis Epidérmica Tóxica. Teratogenicidad potencial (adolescentes en el primer trimestre de embarazo, o en edad de procrear y que no utilizan métodos anticonceptivos adecuados). 	BIC	En combinación con Emtricitabina + Tenofovir alafenamida fumarato: <ul style="list-style-type: none"> Diarrea. Náuseas. Vómitos. Cefaleas.
TDF	<ul style="list-style-type: none"> Alteraciones renales. Osteomalacia. Potencial disminución en la densidad ósea. Cefalea, diarrea, náuseas, vómitos, astenia. 	RPV	<ul style="list-style-type: none"> Elevación de ALT, AST. Hipercolesterolemia. Desórdenes psiquiátricos. Dermatitis severa. Insomnio. Cefalea.



Principios claves en el manejo de los efectos secundarios de los fármacos antirretrovirales:

- a. Determinar la gravedad del efecto secundario.
- b. Evaluar los medicamentos administrados concomitantemente y confirmar si el efecto secundario es atribuible a un antirretroviral (ARV) o a otro tipo de medicación que se está administrando simultáneamente.
- c. Considerar otras enfermedades concomitantes.
- d. Tratar el evento adverso según la gravedad.
 1. *Reacciones graves potencialmente mortales:* suspender de inmediato todos los medicamentos antirretrovirales, tratar el evento adverso (tratamiento sintomático y de apoyo) y reintroducir los medicamentos ARV empleando un régimen modificado (sustituyendo el medicamento responsable) cuando se estabilice el paciente.

- 2. **Reacciones graves:** sustituir el medicamento responsable, sin suspender el TARV.
- 3. **Reacciones moderadas (por ejemplo, neuropatía periférica o lipodistrofia):** mantenimiento de la terapia ARV mientras sea factible. Si no mejora con tratamiento sintomático, se plantearán las sustituciones solamente del medicamento responsable.
- 4. **Reacciones leves:** son molestas, pero no requieren cambios del tratamiento.
- e. Informar al paciente de la importancia en el mantenimiento del tratamiento, pese a la toxicidad, en el caso de las reacciones leves y moderadas.
- f. Estos principios claves mencionados se mantienen en embarazadas y niños.

Interacciones entre los fármacos antirretrovirales y otros medicamentos.

Las interacciones entre los fármacos antirretrovirales y otros medicamentos se describen en la Tabla 16 en esta sección.

Tabla 16. Interacciones medicamentosas de los antirretrovirales más frecuentes.

Antirretrovirales	Efavirenz (EFV)	Lopinavir/ Ritonavir (LPV/r)	Raltegravir	Dolutegravir	Bictegravir/TAF
Antimicobactena					
Rifampicina	↓ niveles de Efavirenz	↓ niveles de Lopinavir/ Ritonavir	↓ niveles de Raltegravir	↓ nivel de Dolutegravir	Contraindicado
Rifabutina	↓ nivel de Rifabutina	↑ niveles de Rifabutina	↑ niveles de Raltegravir		↓ niveles de Bictegravir/TAF
Claritromicina	↓ niveles de Efavirenz	↑ niveles de Lopinavir/ Ritonavir			
Antifúngicos					
Ketoconazol	No existen cambios significativos en los niveles de ketoconazol o EFV	↑ niveles de Lopinavir			
Fluconazol	No existen datos	No existen datos			
Itraconazol	↓ niveles de Itraconazol	↑ el nivel de itraconazol.			
Anticonceptivos orales					
Etinil estradiol	↑ niveles Etinil estradiol	↑ niveles Etinil estradiol			
Antirretrovirales	Efavirenz (EFV)	Lopinavir/ Ritonavir LPV/r)			
Terapia hormonal					No existen interacciones significativas



Antirretrovirales	Efavirenz (EFV)	Lopinavir/ Ritonavir (LPV/r)	Raltegravir	Dolutegravir	Bictegravir/TAF
Anticonceptivos orales					
Simvastatina, Lovastatina	↑ niveles de Simvastatina un	Posible ↑ importante del nivel de estatinas. Evitar el uso.			
Atorvastatina	↑ niveles de Atorvastatina	↑ niveles de Atorvastatina.			
Pravastatina	No existen datos	↑ niveles de Pravastatina.			
Anticonvulsivantes					
Carbamazepina Fenobarbital Fenitoína Fenobarbital.	Utilizar con cautela. ↓ niveles de EFV con fenitoína. Vigilar los niveles de ambos fármacos.	Carbamazepina ↑ niveles con RTV Fenitoína: ↑ los niveles de LVP/r y de fenitoína. En todos los casos evitar el uso concomitante o vigilar los niveles de LPV/ anticonvulsivante.	Simvastatina, Lovastatina	Carbamazepina: ↓ nivel de Dolutegravir.	Carbamazepina y Fenobarbital: ↓ niveles Bictegravir/TAF.
Antiácidos					
Antiácidos que contengan Al, Mg,+/- Ca.				↓ niveles de Dolutegravir.	
Otros fármacos.	Todos los IP y EFV pueden incrementar los niveles de cisapride y antihistamínicos no sedantes (aztemizol, terfenedina), que pueden causar toxicidad cardíaca. No se recomienda la coadministración.			Puede aumentar niveles de metformina y está contraindicado con dofetilide (antiarrítmico).	





Tabla 17. Interacciones de ARV con anticonceptivos.

Tipos de anticonceptivos					
Orales: basados en combinación de estrógenos y progestágenos y basados en progestágenos solamente					
Inyectables: de progestágeno solamente (DMPA, NET-EN) y combinados					
De acción prolongada: implante subdérmico y DIU					
Antirretroviral	Etinilestradiol (EE) Estrógeno	Etonogestrel (ENG) Progestágeno	Combinación estradiol + enantato de noretilerona	Norgestimato (NGM), proges- tágeno segunda generación y Norelgestromina (NGMN)proges- tágeno tercera generación.	Medroxiprogesterona (DPMA)
Inhibidores de integrasa (DTG, RAL)	No interfiere	No interfiere			
Inhibidores no nucleósidos (EFV)	Disminuye biodisponibilidad de EE y EFV	Disminuye biodisponibilidad de EFV y ENG			
Inhibidores de proteasa (DRV, RTV, LPV/r)	Disminuye biodisponibilidad		Disminuye biodisponibilidad		↑ biodisponibilidad
Tenofovir (TDF)	No interfiere			No interfiere	
Nevirapina (NVP)	↑ concentración de EE				

Interacciones entre los fármacos antirretrovirales con las comidas:

Las interacciones entre los fármacos antirretrovirales y las comidas se describen en la Tabla 12, y se completan con la Guía para la atención nutricional de las personas con VIH en la República de Panamá.

Tabla 18. Interacciones de los ARV con los alimentos.

Antirretrovirales	Recomendación
Atazanavir (IP).	Administrar con alimentos.
Darunavir.	Debe tomarse con comidas.
Efavirenz (INNTR).	Dos horas antes o después de las comidas
Elvitegravir / Cobicistat / Emtricitabina/ Tenofovir de alafenamida.	Administrar con alimentos. Si necesita tomar un medicamento contra la indigestión (un antiácido) que contiene hidróxido de aluminio y de magnesio o carbonato de calcio durante el tratamiento, tómelo al menos 2 horas antes o después de tomar el medicamento.
Lamivudina (INTR).	Ninguna.
Ritonavir (IP).	Administrar con alimentos.
Lopinavir/ritonavir (IP).	Administrar con alimentos.

Antirretrovirales	Recomendación
Rilpivirina/Emtricitabina/Tenofovir.	Administrar con alimentos.
Zidovudina (INTR).	Ninguna.

2.7. Resistencia a fármacos antirretrovirales.

La resistencia a fármacos antirretrovirales puede causar disminución de la eficacia y resultar en fallo virológico, progresión de la enfermedad y mayor morbilidad, mortalidad y posibilidad de transmitir virus resistentes (estudios realizados en Europa y Estados Unidos reportan, que aproximadamente el 10% de las nuevas infecciones se deben a cepas resistentes de VIH).

Se deben tomar medidas para promover la adherencia al tratamiento y la supresión virológica definida como niveles de CV menores a los niveles detectables. Las estrategias pueden variar entre estrategias dirigidas al paciente, su ambiente familiar y/o social o en la atención.

Dentro de las intervenciones para la mejora de adherencia, la asesoría intensificada en adherencia se ha observado como una estrategia que permite lograr la supresión viral y documentar sistemáticamente la adherencia.

Para la implementación de asesoría intensificada en adherencia, es importante considerar que la primera condición es contar con una carga viral reciente (de los últimos seis meses), así como tener una carga viral indetectable previa, antes de la carga viral mayor a 1000 cp/ml. La asesoría intensificada aplicará para aquellas personas que se encuentran activos en TARV, que han logrado supresión viral y en que su siguiente control sea mayor a 1000 cp/ml.

En personas con carga viral mayor o igual a 1000 cp/ml, se realizará la oferta de asesoría intensificada en adherencia. Si el paciente no desea participar en las tres sesiones, se referirán a psicología y trabajo social para un abordaje personalizado. Al aceptar, se le explicará la persona que tendrá un seguimiento durante tres meses. Este esquema permitirá que las personas que tengan un aumento de carga viral, en un tiempo máximo de tres meses tengan una decisión respecto a cómo lograr suprimir la carga viral, manteniendo o cambiando el esquema actual.

El fracaso terapéutico y/o resistencia a ARV no debe ser confundido con el fenómeno BLIP, el cual se puede observar posterior a la supresión. Se detecta un valor de CV seguido por supresión virológica.





Tabla 19. Fracaso terapéutico.

Fracaso terapéutico		Factores implicados
Fracaso virológico	No se alcanza o no se consigue mantener una supresión vírica máxima (carga viral < 1000 copias/mm ³)	<ul style="list-style-type: none"> Falta de cumplimiento terapéutico (causa más importante). Aparición de toxicidad que provoca el abandono del tratamiento. Aspectos farmacocinéticos y farmacodinámicos que dependen del fármaco. Aparición de resistencias: <ul style="list-style-type: none"> Descartar los anteriores factores, ya que pueden ser la misma causa de la resistencia Entre otros factores: errores en la prescripción, comorbilidades, presencia de virus drogo-resistentes adquiridos o transmitidos entre otros.
Respuesta virológica incompleta	Dos CV consecutivas > 1000 copias/mm ³ luego de 24 semanas en TARV en un paciente que no ha reportado supresión virológica previamente con este esquema.	
Rebote virológico	CV ≥ 1000 copias/mm ³ posterior a la supresión virológica.	Bajo nivel de viremia: ARN VIH detectable confirmado <200 copias/mL.
Fracaso inmunológico	No se alcanza o no se consigue mantener una respuesta de los CD4 adecuada a pesar de la supresión virológica. Existe una incapacidad para aumentar la cuenta de CD4 a partir de la cuenta inicial luego de iniciar el TARV.	Factores asociados a una baja respuesta de los CD4: edad avanzada, coinfecciones, activación inmune persistente, pérdida de la regeneración del sistema inmune, otras condiciones médicas.
Fracaso clínico	Se produce una progresión de la infección por el VIH definida por la aparición de nuevas enfermedades definitivas de SIDA. La carga viral se encuentra > 1000 copias / ml en dos cargas virales consecutivas después de tres meses con adherencia de apoyo.	Un individuo debe estar bajo tratamiento con ARV por al menos seis meses antes de que se pueda determinar que un régimen ha fallado.

Pruebas de resistencia a los fármacos antirretrovirales en el laboratorio.

Las pruebas de resistencia a fármacos deben ser prescritas por médicos especialistas en enfermedades infecciosas. En las clínicas TARV en donde no haya disponibilidad de estos especialistas, se coordinará la interconsulta a través de telemedicina u otras formas de comunicación para presentación del caso y determinar la necesidad de la prueba de resistencia a fármacos.

La prueba es realizada mientras las personas están tomando medicamentos contra el VIH o hasta cuatro semanas después de discontinuar la terapia. Las personas deben tener una carga viral de más de 2000 copias (ver "Exámenes relacionados con la infección por el VIH " en esta sección).



SECCIÓN III: TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN ADOLESCENTES Y ADULTOS

3.1. Tratamientos de primera línea.

Los regímenes de tratamiento de primera línea recomendados para el VIH incluyen medicamentos antirretrovirales (ARV) que son inocuos, eficaces y prácticos para la mayoría de las personas infectadas que nunca han recibido antirretrovirales.

Las formas combinadas presentan cómoda posología por lo que permite una adecuada adherencia (factor muy importante para el éxito del tratamiento). El esquema de elección es el preferido porque existe en el mercado una presentación de Dosis Fija Combinada (DFC), lo cual facilita la adherencia, y este esquema tiene una menor incidencia de efectos adversos (anemia y toxicidad mitocondrial).

Tratamiento de elección para iniciar terapia en adolescentes y adultos con VIH 2 INTR + 1INI

Tabla 20. Esquemas de primera línea.

Primera línea Esquema preferencial	Esquema alternativo	
TDF 300 mg/ 3TC 300 mg/ Dolutegravir 50 mg. FTC 200 mg/ TAF 25 mg/ Bictegravir 50 mg**.	FTC 200 mg/TDF 300 mg/EFV 600 mg 1 tableta VO al día*.	
** Pacientes con filtración glomerular menor de 50 y fracturas patológicas. En el caso de pacientes con insuficiencia renal antes o después del tratamiento antirretroviral, evitar el uso de esquemas con tenofovir. En dichas circunstancias se recomienda en su lugar el uso de otro INTR (abacavir o zidovudina) y hacer los ajustes necesarios según la tasa de filtración glomerular como se muestra en la tabla 2 en esta sección.	Antirretroviral.	Velocidad de Filtración glomerular.



Tabla 2. Ajuste de dosis de ARV según filtración glomerular.

Necesidad de ajuste.		
Disminuir dosis según aclaramiento de creatinina (Cl Cr).	Lamivudina.	< 30; 150 mg día > 30; 300 mg día
	Emtricitabina.	Cl Cr 30 – 50; 200 mg c/48 hr Cl Cr 10 – 30; 200 mg c/72 hr Cl Cr < 10; 200 mg c/96 hr.
	Tenofovir.	Cl Cr 30 – 50; 300 mg c/48 hr Cl Cr 10 – 30; 300 mg c/72 - 96 hr Cl Cr < 10; sin datos.
	Maraviroc.	Cl Cr < 50; sin datos.
No requiere ajuste.	Abacavir, Dolutegravir, IP, INNTR, Raltegravir.	
Contraindicaciones en hemodiálisis: Tenofovir, Tenofovir/Emtricitabina, Atazanavir.		
Saag, Chamber, Eliopoulos, Gilbert, & Moellering, 2011.		

3.2. Tratamiento de segunda línea.

La segunda línea se define como el tratamiento de aquellos pacientes que fallaron a un esquema de primera línea (con DTG o EFV) y que deben migrar a un segundo esquema con IP/r o DTG (respectivamente) con IP a DTG o que se sospeche falla virológica. Se debe descartar que la carga viral elevada no sea debido a la falta de adherencia (ver Sección I: Modelos diferenciados de atención, Asesoría Intensificada en Adherencia). El nuevo esquema debe considerar el régimen que falló y la prueba de resistencia.

Este nuevo esquema debe ser recomendado por el especialista en enfermedades infecciosas, siempre que sea posible solicitar prueba de genotipaje para evaluar los cambios.

Tabla 21.a Esquemas de segunda línea.

Primera Línea	Segunda Línea
2 INTR + 1 INI (DTG)	2 INTR + 1 IP (DRV/r)
2 INTR + 1 INNTR (EFV)	2 INTR + 1 INI (DTG)

3.3. Tratamiento de tercera línea por fracaso terapéutico.

Este tratamiento se encuentra indicado previa prueba de resistencia para los pacientes que experimenten fracaso virológico a un esquema de segunda línea. Un fracaso virológico no conlleva necesariamente un cambio de la triple terapia (Ver Sección I: Modelos diferenciados de atención, Asesoría Intensificada en Adherencia). Si es necesario hacer un cambio, debe ser hecho tan pronto sea posible para evitar la acumulación de mutaciones que conllevan a mayor resistencia.

Entre los esquemas se incluyen:

Tabla 21.b Esquemas de tercera línea.

Tercera Línea
1 INNTR + 1 IP + 1 INI

Este nuevo esquema debe ser recomendado por el especialista en enfermedades infección, siempre que sea posible solicitar prueba de genotipaje para evaluar los cambios.

Tabla 22. Resumen de los esquemas preferentes y alternativos según línea terapéutica.

Línea terapéutica	Esquema preferente	Esquema alternativo	Interconsulta a especialista
Primera línea	2 INTR + 1 INI TDF 300 mg + 3TC 300 mg + 50 mg DTG CICr entre 30 y 50. FTC 200 mg + TAF 25 mg + BIC 50 mg	2 INTR + 1 INNTR FTC 200mg + TDF 300 mg + EFV 600 mg	
Segunda línea	2 INTR + 1 IP (DRV/r)	2 INTR + 1 INI (DTG)	Sí, se recomienda realizar pruebas de resistencia
Tercera línea	1 INNTR + 1 IP + 1 INI		Sí, realizar previamente prueba de resistencia)

Monitoreo y evaluación del tratamiento antirretroviral en adolescentes y adultos:

1. El monitoreo y evaluación de la TARV es muy importante para:
 - a. Reforzar la adherencia de los pacientes.
 - b. Mantener activas las acciones de educación y prevención.
 - c. Detener efectos adversos e interacciones medicamentosas.
 - d. Detección de resistencia a antirretrovirales e interrupción del tratamiento.
2. Se debe realizar un monitoreo clínico, inmunológico y virológico (Tabla 3 en esta sección).
3. Después de los primeros seis meses de tratamiento se debe producir mejoría inmunológica, pero también puede aparecer toxicidad a los medicamentos y entre otros el Síndrome de Reconstitución Inmune.
 - a. *Recuperación de CD4:* en la mayoría de los pacientes el recuento de CD4 aumenta.



Toxicidad por fármacos:

Al escoger un esquema terapéutico nuevo es importante poner atención a la intolerancia o toxicidad de las drogas.

1. La toxicidad suele ser temprana en las primeras semanas o meses de tratamiento, o tardía.
2. Las toxicidades tempranas más frecuentes y potencialmente graves incluyen: hipersensibilidad a los INNTI (EFV) suele aparecer en las primeras semanas de terapia.
3. Trastornos hematológicos como anemia y neutropenia asociados al AZT que se



presentan en los primeros meses.

Manejo de la toxicidad:

1. Si se presentan efectos relacionados a la terapia entre las citas, el paciente debe acudir a la clínica de TARV.
2. Siempre es apropiado la sustitución de la droga causal (o sospecha) por otra con la misma potencia y, si es posible, de la misma clase.
3. Una sustitución sólo debe ocurrir después de agotados todos los recursos.
4. En casos de interrupciones del tratamiento no programadas, debido por ejemplo a desabastecimiento, se recomienda mantener el esquema terapéutico antirretroviral que ya se utilizaba.
5. Existe evidencia de que hay beneficios en el mantenimiento de los esquemas.

Síndrome de reconstitución inmune:

1. Signos y síntomas clínicos por la recuperación inmune alcanzada con el TARV.
2. Ocurre por lo general dentro de dos a doce semanas del inicio del TARV.
3. Incidencia estimada: 10% entre todos los pacientes que inician TARV. Incidencia estimada: hasta del 25% si se inicia el TARV con recuentos de CD4 inferiores a 50 células/mm³.
4. Eventos más frecuentes (aproximadamente en el 60% de todos los casos): infecciones por micobacterias y criptocosis.
5. Manejo: tratamiento de las IO, continuación del TARV y uso de antiinflamatorios o corticosteroides.

Tabla 23. Monitoreo de la terapia antirretroviral en adolescentes y adultos con VIH.

Monitoreo	Basal	2-4 semana	4° - 6°	Cada 6°	Cada 12°	Realizar por clínica sugestiva
Evaluación Clínica	X	X	X		X	
Peso	X	X	X			
Hemograma	X		X			
Glicemia	X		X ¹		X ²	
Pruebas de función renal y hepática	X		X			
Perfil lipídico	X			X ¹	X ²	
Urinálisis	X			X ³	X	
CD4	X		X ⁴	X ⁵	X ⁶	
Carga viral	X		X	X ⁵		
Hepatitis B	X					Vacunar a susceptibles
Hepatitis C	X				X	
Prueba de embarazo	X					X

Monitoreo	Basal	2-4 semana	4° - 6°	Cada 6°	Cada 12°	Realizar por clínica sugestiva
VDRL	X				X	

¹ Tomar muestra si resultado previo es anormal.
² Anualmente si resultado previo es normal.
³ Si se encuentra con esquema de TDF.
⁴ Durante los dos primeros años de TARV o si el paciente presenta viremia mientras utiliza TARV o si CD4 < 300 células/mm³.
⁵ Pacientes con dos cargas virales consecutivas indetectables, se puede considera realizar el monitoreo (CD4 y CV) cada 12 meses.
⁶ El inicio de tratamiento no se debe postergar por la falta de disponibilidad de algunas pruebas de laboratorio que se presentan a nivel basal a menos que la evaluación clínica identifique la necesidad de esperar los resultados de algún laboratorio para inicio de tratamiento.

- Otras consideraciones durante el seguimiento del paciente son el tamizaje de cáncer de acuerdo con su edad (ver Normas de Salud de Adulto del Ministerio de Salud) y completar esquemas de vacunación (Ver Esquemas de vacunación del país).
- Entre las vacunas recomendadas para personas que viven con VIH:
 1. Hepatitis A (una dosis).
 2. Hepatitis B (dos dosis y un refuerzo).
 3. Influenza (1 dosis anual).
 4. Neumococo conjugado 13 y 23 (una dosis).
 5. Papiloma virus (recomendada en HSH que vive con VIH hasta los 40 años y en mujeres que viven con VIH hasta los 26 años).
 6. TD adulto (dos dosis y un refuerzo al año de la última dosis).
 7. COVID-19 (tres dosis). Los lineamientos sobre número de dosis de esta vacuna estará sujeta a las recomendaciones futuras que surjan sobre su administración por el Ministerio de Salud.



Manejo de los fármacos antirretrovirales en situaciones especiales:

Exposición ocupacional al VIH:

La exposición ocupacional al VIH es una EMERGENCIA y requiere por tanto de un abordaje inmediato. La Profilaxis post exposición ocupacional (PPE) debe ofrecerse idealmente entre 2-4 horas después del accidente y hasta un máximo de 72 horas después.

Si existe riesgo, la persona debe comenzar el tratamiento lo antes posible, preferentemente en las primeras 2-4 horas post exposición. Se debe dar tratamiento con tres medicamentos activos.

Esquema de elección: 2 INTR + 1 INI:

- TDF 300 mg/ 3TC 300 mg/ DTG 50 mg vo cada día por cuatro semanas.

Alternativas:

- TDF 300 mg/ FTC 200 mg/ EFV 600 mg una tableta vo cada noche durante cuatro semanas. *En caso de no tolerar consultar con el infectólogo.



El riesgo de transmisión depende del tipo y severidad de la exposición, en heridas percutáneas el riesgo es de 0.3% y ante la exposición de la membrana es de aproximadamente 0.09%. El riesgo aumenta aún más al considerar el procedimiento que provoca la lesión: heridas punzo cortantes con agujas utilizadas directamente en venas o arterias o visiblemente en contacto con fluidos contaminados, así como en heridas profundas, si la fuente proviene de una persona en fases avanzadas de la enfermedad, el tipo de fluido, y el volumen del mismo. De ser posible solicitar el estatus serológico del paciente fuente sino es conocido.

Se recomienda una primera dosis de PPE mientras puede iniciarse la evaluación, no se debe postergar el tratamiento en la espera del resultado de la prueba de VIH del paciente fuente. Una vez evaluado el riesgo (de ser alto) se recomienda PPE independiente de un resultado negativo por parte del contacto, ya que el mismo podría estar en periodo de ventana.

Medidas generales:

1. Lavado de las membranas con abundante de agua.
2. Lavado de la piel con abundante agua y jabón.
3. En caso de herida punzo cortante, utilizar clorhexidina o un limpiador a base de alcohol en el área.

Determinar el riesgo:

1. Tipo de accidente.
2. Tipo de fluido involucrado: sangre, tejidos, secreciones vaginales, semen u otros potencialmente infectantes (LCR, líquido pleural, ascítico, amniótico, sinovial y peritoneal).
No se consideran infectantes: orina, materia fecal, lágrimas, saliva, sudor, esputo, vómito.
3. Determinación de la carga viral de la fuente.
4. Referir al funcionario afectado a: Salud Ocupacional o al Servicio de Emergencias asignado para este fin en cada región e Infectología.

Seguimiento del paciente:

1. Independiente de que el expuesto acepte o no PPE se le debe ofertar la prueba de VIH a las cuatro y doce semanas post exposición.
2. Se le recomienda al expuesto mantener relaciones sexuales seguras con condón.
3. En caso de lactancia se recomienda omitir la misma.

Exposición no ocupacional al VIH:

Según datos de la OMS, se ha demostrado que la PEP reduce hasta el 80% el riesgo de contraer la infección por el VIH cuando esta profilaxis se inicia a más tardar en las primeras 72 horas previas a la exposición.

Para casos de abuso sexual es necesario que haya servicios especializados de apoyo integral.

La OMS recomienda los mismos esquemas que se detallaron anteriormente para la exposición ocupacional del VIH.

En el caso de niños con casos de abuso sexual se recomienda como esquemas de PEP lo siguiente:

1. ABC + 3TC + DTG o AZT/3TC/DTG en niños entre 20 a 30 kg de peso.
2. TDF+3TC+DTG en niños mayores o iguales a 30 kg de peso.

Profilaxis pre-exposición para la prevención del VIH (PrEP):

Recientes estudios han demostrado que existe una reducción importante de adquirir el VIH entre los HSH, parejas sero-discordantes al utilizar antirretrovirales orales para la prevención del VIH. La indicación debe ser dada una vez se hayan evaluados los riesgos de la persona, entre los cuales se puede mencionar a HSH, heterosexuales con riesgo de adquirir VIH, usuarios de drogas inyectables, y parejas sero-discordantes en el que la pareja seropositiva no se encuentra suprimido.

En aquellos pacientes que cumplen con los requisitos previos, se les debe recomendar la ingesta oral diaria de:

Esquema de elección: TDF 300 mg + FTC 200 mg.





SECCIÓN IV: INFECCIONES OPORTUNISTAS EN ADOLESCENTES Y ADULTOS CON VIH

La mayoría de las infecciones oportunistas (IO) se presentan por una reactivación de un foco infeccioso "latente", que en condiciones de competencia inmunológica no se manifiestan. Su reactivación ocasiona cuadros clínicos que pueden dejar secuelas o amenazar la vida del paciente. Constituyen la principal causa de morbi-mortalidad en los pacientes con VIH. Toda persona con infección por VIH sin tratamiento tiene mayor riesgo para que se presenten IO y neoplasias.

Las IO más frecuente en Panamá son la tuberculosis pulmonar e histoplasmosis.

El inicio de TARV puede mejorar la función inmune y contribuir a una resolución más rápida de la infección oportunista. Se ha documentado que el TARV es efectivo para infecciones oportunistas en la cual no existe terapia efectiva como por ejemplo: *Cryptosporidium*, *Microsporidiasis* y en la Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva. Para el sarcoma de Kaposi, el inicio de la terapia puede llevar a la resolución de las lesiones en ausencia de una terapia específica. El inicio de la terapia antirretroviral también tiene efecto preventivo beneficioso, ya que es menos probable que una segunda oportunista ocurra.

El inicio del TARV también tiene algunas desventajas, como las posibles interacciones, la toxicidad y el riesgo de desarrollar el Síndrome de Reconstitución Inmune Inflamatoria (SIRI), comúnmente asociado a infecciones por micobacterias, pero también se da con *Pneumocistis jirovecii*, Toxoplasmosis, Criptococosis, Histoplasmosis, Hepatitis (B y C), Citomegalovirus, entre otras. Sus manifestaciones son diversas y usualmente se caracterizan por fiebre y empeoramiento de las manifestaciones clínicas (aparición de adenopatías e incluso infiltrados radiográficos). La mayoría las manifiesta dentro de las primeras 4-8 semanas de inicio de la terapia. El diagnóstico del SIRI es un reto pues hay que descartar otras infecciones oportunistas y pensar además en la posibilidad de fallo al tratamiento antirretroviral o una cepa resistente.

El inicio de tratamiento antirretroviral se debe diferir dos semanas luego del inicio de tratamiento para tuberculosis y de 4 a 6 semanas luego del inicio de tratamiento para meningitis criptocócica o tuberculosa.

En pacientes con histoplasmosis diseminada se puede iniciar tratamiento antirretroviral inmediato, a menos que haya evidencia o sospecha de haber alcanzado esta última al sistema nervioso central.

La detección precoz de los pacientes con VIH, el inicio de TARV de forma adecuada y la intervención temprana de las IO, permite mejorar la esperanza y la calidad de vida de las personas con VIH.

4.1. Infecciones oportunistas que se manifiestan con síntomas respiratorios en adolescentes y adultos con VIH.

En los adolescentes y adultos con VIH con sospecha de infecciones oportunistas con manifestaciones respiratorias, debe considerarse el recuento de CD4. Aquellas personas en las cuales el CD4 se encuentre menor o igual de 200 células/mm³, considerar una infección oportunista (*Pneumocystis jirovecii* e histoplasmosis) y tuberculosis independiente del nivel de CD4. En el caso de que el valor del CD4 sea mayor de 200 células/mm³, se puede considerar una neumonía adquirida de la comunidad (NAC).

Figura 12. Diagnóstico diferencial en infecciones oportunistas que se manifiestan con síntomas respiratorios según el valor del CD4.



Tabla 24. Escala CURB-65 para determinar el criterio de hospitalización.

Puntaje	Criterio	Mortalidad	%	Criterio de hospitalización
0	Ninguno	0.7/1.223	0.6%	Ambulatorio
1	Confuso	31/1.142	2.7%	
2	Urea < 44 o BUN >19	68/1.019	6.8%	Sala General
3	FR > 30	79/563	14%	UCI
4	PAD < 65 PAS <90	44/158	27.8%	
5	>65 años			

4.1.1. Neumonía adquirida en la comunidad:

Los pacientes con estadio 3 tienen mayor riesgo de desarrollar Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC¹) que la población general. La NAC¹ es por lo general bacteriana. Los microorganismos asociados son los mismos encontrados en los pacientes inmunocompetentes: *Streptococcus pneumoniae* o *Haemophilus influenzae*. La clínica y diagnóstico se presentan en la Figura 13 de esta sección.

Tratamiento de la Neumonía adquirida en la comunidad:

Los pacientes que pueden ser manejados ambulatoriamente pueden recibir una de las siguientes alternativas:

- Amoxicilina 500 mg/Acido clavulanico 125 mg VO cada 8h por siete días.
- Claritromicina 500 mg VO cada 12h por siete días.
- Azitromicina 500 mg VO c/día.
- Cefuroxima 500 mg VO cada 12h por 10 días.

En los alérgicos a la penicilina o cefalosporinas y en los cuales no se sospeche tuberculosis o si la radiografía de tórax hace sospechar neumonía atípica (*Legionella sp*, *Mycoplasma sp*, *Chlamydia sp*):

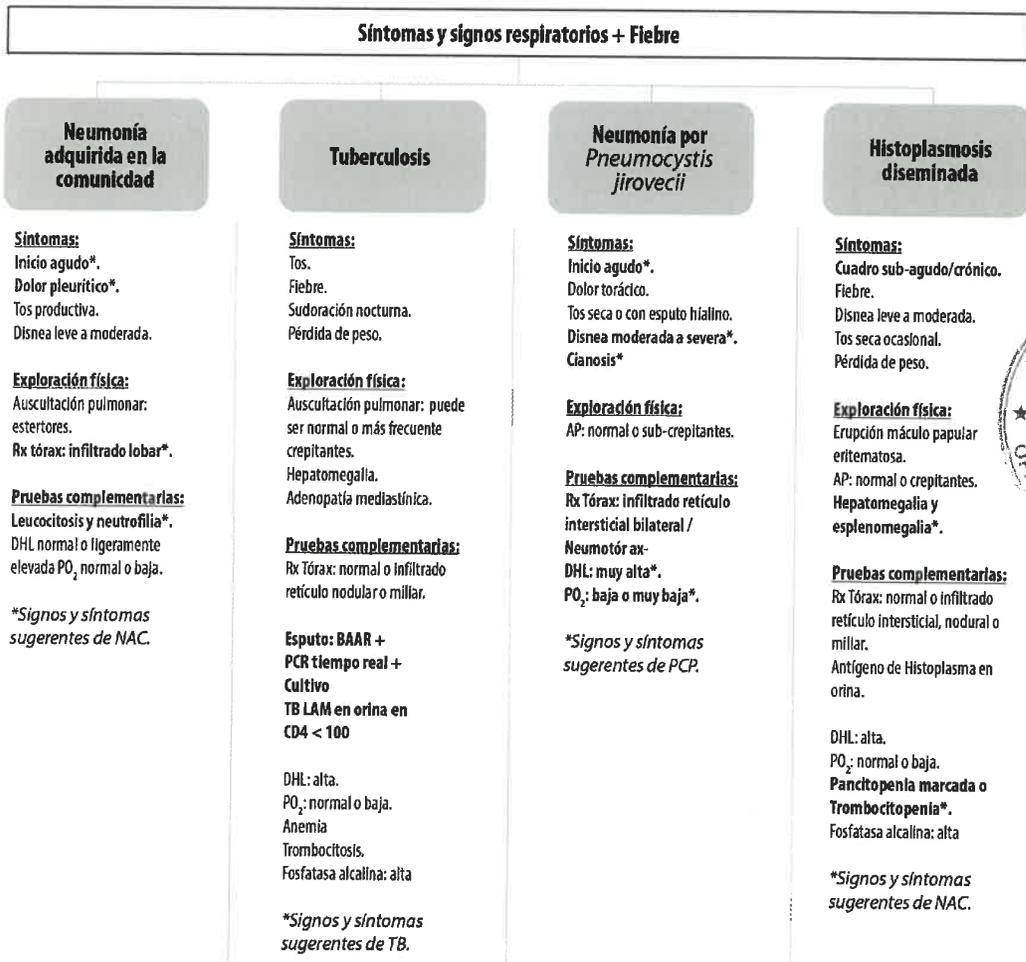
- › Levofloxacina 750 mg VO cada 24 horas durante siete días.

Si no responde a antibioterapia ampliar cobertura contra *Pseudomonas aeruginosa* y/o *Staphylococcus aureus*.

Se debe hospitalizar al paciente cuando no existe mejoría clínica en 72 horas al tratamiento ofrecido por NAC.



Figura 13. Clínica respiratoria más fiebre en adolescentes y adultos con VIH: diagnóstico diferencial.



4.1.2. Tuberculosis:

En un paciente con tuberculosis (TB) activa en el que se diagnostica infección por VIH la prioridad es tratar la tuberculosis (ver figura 2 en esta sección). Para mayor información sobre el diagnóstico de Tuberculosis consultar las NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS del MINSA.

A todo paciente con tuberculosis activa se le debe realizar prueba de VIH.



Tratamiento de la tuberculosis activa.

Ante la sospecha, se debe iniciar tratamiento con cuatro drogas de primera línea, de acuerdo con lo normado por el Ministerio de Salud a través de la Sección de Control de la Tuberculosis.

1. La tuberculosis bien tratada deja de tener capacidad de contagiar a otros desde las dos a tres semanas de iniciado el tratamiento.
2. Se recomienda administrar el tratamiento acortado estrictamente supervisado tal como lo establece la Sección de Control de la Tuberculosis y las recomendaciones de la OMS, 2022 en las Guías Consolidadas de la Tuberculosis que manifiestan como recomendación fuerte de alto nivel de evidencia que pacientes con tuberculosis quienes viven con VIH deberán recibir la misma duración de tratamiento que una persona VIH negativa. Las excepciones de tiempo aplican para pacientes con tuberculosis meníngea, osteoarticular o miliar en donde la fase de continuación se debe extender.
3. Primera Fase (Combinación A):
 - a. Cuatro drogas todos los días VO durante dos meses. (fase intensiva)
 - a.1. Isoniazida (INH) + Rifampicina (RFP*) + Pirazinamida (PZA) + Etambutol (Tabla 5 de esta sección)
4. Segunda Fase (Combinación B): (fase continuación)
 - a. Dos drogas, todos los días, VO durante cuatro meses.
 - a.1. INH + RFP* (Tabla 5 de esta sección).

* Reemplazable por Rifabutina especialmente en caso de uso concomitante con inhibidores de proteasa. En caso de resistencia a Rifampicina, consultar con el especialista en enfermedades infecciosas y la NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS del MINSA.

Se recomienda en los sintomáticos respiratorios solicitar pruebas moleculares rápidas con el propósito de mejorar el diagnóstico oportuno de tuberculosis.

Tabla 25. Medicamentos antituberculosos de primera línea en adolescentes y adultos con VIH.

Medicamento de primera línea	Modo de acción	Potencia	Dosis recomendada (mg /kg peso) diaria
Isoniazida	Bactericida	Alta	5
Rifampicina	Bactericida	Alta	10
Pirazinamida	Bactericida	Baja	25
Etambutol	Bacteriostático	Baja	15

Para mayor información referirse a la NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS del MINSA.

Tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES):

1. Referir al paciente al TAES para su seguimiento.
2. Será manejado igual que un paciente HIV negativo con algunas excepciones:

- a. Si hay hepatotoxicidad se utilizará un régimen que no incluya el medicamento que causó la toxicidad.
 - b. Si la infección es diseminada (más de dos órganos afectados) o afecta el sistema nervioso central, prolongar la fase de continuación para un total de tratamiento a 9-12 meses de TAES.
 - c. En tuberculosis osteoarticular el tiempo de tratamiento es de nueve meses.
3. Durante el monitoreo clínico se debe educar a los pacientes y sus familias acerca de los efectos adversos y preguntar acerca de estos en cada visita a la clínica.
- a. Por ejemplo, se debe informar a los pacientes que la rifampicina puede colorear todas las secreciones corporales (orina, lágrimas, semen y sudor) de rojo o naranja. Esto puede evitar el abandono del tratamiento. Es importante considerar las interacciones con los ARV, específicamente los inhibidores de la proteasa.
 - b. La neuropatía periférica causada por INH, más común en pacientes con VIH alcohólicos o diabéticos, puede prevenirse administrando piridoxina 50 mg cada día.
 - c. Los efectos adversos severos descritos en la Tabla 26 de esta sección deben de llevar a la interrupción inmediata del medicamento bajo sospecha.

Tabla 26. Efectos adversos de los fármacos antituberculosos.

Medicamento responsable	Efecto adverso grave
Isoniacida	Neuropatía periférica
Etambutol	Trastornos visuales y de la percepción de colores
Rifampicina	Insuficiencia renal o trombocitopenia
Pirazinamida	Hepatitis
Rifabutina	Síntomas gastrointestinales, cefalea, alteración del gusto. Hepatitis, síndrome flu like, trombocitopenia, anemia hemolítica.



Todo adulto y adolescente que presente coinfección VIH-TB debe iniciar la TARV lo antes posible dentro de las dos primeras semanas de haber iniciado el TAES independientemente de su conteo de CD4.

1. No administrar Inhibidor de proteasa junto con Rifampicina.
2. En caso tal de que el paciente requiera obligatoriamente el uso del IP, consultar con el especialista de enfermedades infecciosas para considerar el uso de esquema sin rifampicina (considerar Rifabutina en dosis ajustada).

A toda persona con VIH y TB se le debe ofrecer adicional al tratamiento de estas infecciones, tratamiento preventivo con trimetropin-sulfametoxazol.

Se debe considerar la presencia de MDR-TB cuando el paciente no responde al tratamiento, si la prueba molecular marca resistencia a rifampicina o si el cultivo así lo demuestra, en estos casos referir a neumología (mayor información en la NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS del MINSa).



Quimioprofilaxis primaria o el tratamiento de la infección de tuberculosis latente:

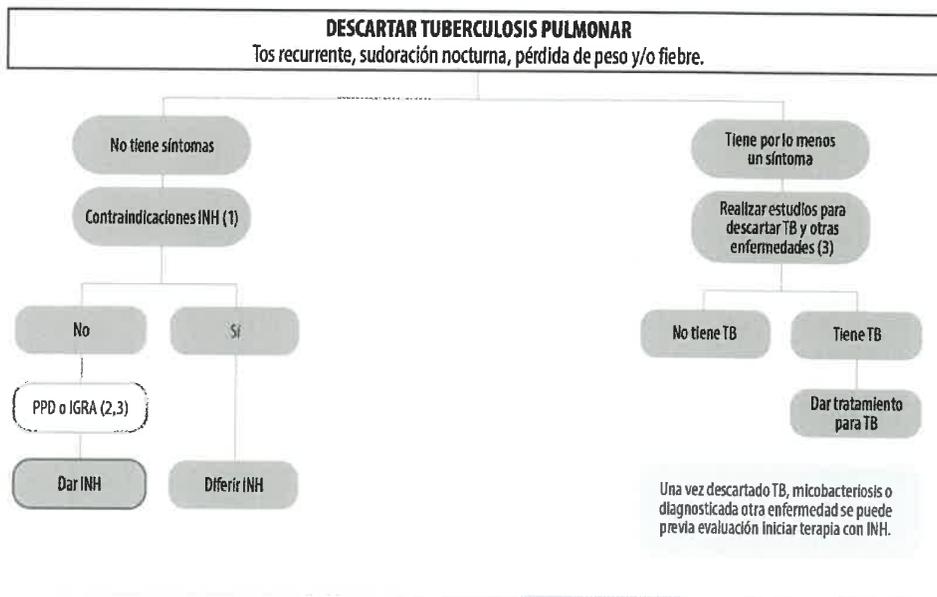
La quimioprofilaxis primaria está orientada a evitar la infección en los NO infectados y la quimioprofilaxis secundaria se dispone a evitar la enfermedad en los infectados, con este propósito se requiere una búsqueda activa de síntomas asociados a esta enfermedad (tos, sudoración nocturna, fiebre y/o pérdida de peso).

Para ofrecer esta quimioprofilaxis se requiere haber descartado la enfermedad tuberculosa activa y considerar la carga de Tuberculosis (ver figura 3 en esta sección). El tratamiento consiste en: Isoniazida 300 mg VO cada 24 h durante seis meses.

La terapia preventiva en personas con VIH no aumenta el riesgo de desarrollar resistencia a la isoniazida. La reducción del riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa activa en personas con VIH es todavía más significativa cuando el tratamiento se acompaña de terapia antirretroviral. Aunque el tratamiento puede ser autoadministrado, las personas que lo reciben deben ser evaluadas periódicamente durante todo ese tiempo para documentar adherencia, ausencia de toxicidad por el medicamento o aparición de síntomas compatibles con enfermedad tuberculosa activa. Recordar el uso de piridoxina para evitar efectos secundarios de INH.

Independientemente de los escenarios se debe continuar la búsqueda de tuberculosis regularmente a través de los síntomas descritos y este proceso debe ser documentado en cada visita.

Figura 14. Escenarios para iniciar la terapia preventiva con isoniacida.



(1) Contraindicaciones para INH: hepatopatía, hipersensibilidad conocida.
 (2) En zonas de baja carga de TB y acceso a recurso (incidencia <100 casos x 100 000): primero debe diagnosticarse la infección tuberculosa latente con PPD o IGRA para darle tratamiento con Isoniazida. En zonas con alta carga de TB y escasos recursos (incidencia > de 100 casos x 100 000), se puede proceder únicamente con el descarte de los síntomas descritos.
 (3) Si el PPD es positivo (> 5 mm) ofrecer tratamiento para la infección latente de tuberculosis con INH, si el PPD es negativo NO es necesario ofrecer INH.
 (4) Consultar las NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS del MINSA.

Quimioprofilaxis:

Al diagnosticar tuberculosis, ofrecer terapia con TMP/SMX (160/800mg vo c/d) su discontinuación dependerá de su estado inmunológico y de la epidemiología del país. Considerar suspender si al finalizar el tratamiento de la tuberculosis mantiene un CD4 mayor de 200. Si tiene < 200 CD4, entonces se mantendría el TMP/SMX hasta adquirir un CD4> a 200.

4.1.3. Neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (PCP):

Pneumocystis jirovecii, anteriormente llamado *Pneumocystis carinii*, es uno de los patógenos más frecuentes que causa neumonía en los pacientes con VIH avanzada. La clínica, y diagnóstico se describen en la Figura 13 de esta sección.

1. Se debe valorar el inicio de tratamiento ante síntomas/signos leves.

Iniciar tratamiento lo más pronto posible ante la sospecha clínica de *Pneumocystis jirovecii*.

1. Se debe valorar el ingreso hospitalario ante disnea moderada a severa.

Tratamiento de la Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*:

1. Este hongo, en su estructura, carece de ergosterol lo que explica la inactividad de los antifúngicos convencionales contra este microorganismo.
2. El Trimetoprim-Sulfametoxazol (TMP/SMX) es el medicamento de elección.
 - a. TMP: 15-20 mg/kg/día + SMX: 75-100 mg/kg/día VO o IV en función de las condiciones del paciente, dividido en 3-4 dosis.
 - b. La duración de la terapia es de 21 días.
 - c. La presentación de la tableta forte de TMP-SMX es: TMP 160 mg + SMX 800 mg.
 - d. La presentación de la ampolla TMP-SMX es generalmente de TMP 80 mg /SMX 400 mg.

Tabla 27 . Dosis de trimetoprim-sulfametoxazol en el tratamiento de la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* en adolescentes y adultos con VIH.

Peso del paciente	TMP-SMX Forte VO número de tabletas cada 8 horas	TMP-SMX Forte IV número de ampollas cada 8 horas
40 a <50 kg	1 a 1½	1 a 1½
> 50Kg	2	2

3. Si la PO₂ es menor de 70 mm Hg, añadir Prednisona iniciando durante las primeras 72 h de tratamiento en dosis así: 40 mg VO dos veces al día durante cinco días, a partir del día 6-10 administrar 40 mg cada día y 20 mg/día del día 11-21. Posteriormente omitir.



Alternativas en alergias a las sulfamidas:**TMP-DAPSONA:**

1. TMP: 5 mg/kg/día dividido en cuatro dosis VO o IV + Dapsona: 100 mg/día VO.
2. La duración de la terapia es de 21 días.

Clindamicina-Primaquina:

1. Clindamicina: 600-900 mg IV cada 6-8 h o 300-450 mg VO cada 6 h + Primaquina: 30 mg VO una vez al día.
2. La duración de la terapia es de 21 días.
3. Desensibilización a las sulfamidas.

Quimioprofilaxis primaria

Condiciones para inicio de quimioprofilaxis primaria:

1. CD4 menor de 200 células/mm³.
2. Candidiasis orofaríngea.
3. La presencia de infecciones oportunistas.

Quimioprofilaxis de elección:

1. Una tableta forte de TMP/SMX cada día si los CD4 son inferiores a 100 células/mm³. Cuando los CD4 suban y estén entre 100-200 células/mm³ se administra a días alternos (por ejemplo lunes, miércoles y viernes).
2. La quimioprofilaxis se mantiene hasta que los CD4 sean > 200 células/mm³ durante un tiempo igual o superior a tres meses.

Quimioprofilaxis secundaria.

Una vez terminado el tratamiento de la PCP se debe administrar quimioprofilaxis secundaria con el objeto de evitar el desarrollo de la enfermedad a expensas de una infección latente y episodios recurrentes de la enfermedad.

Tratamiento de elección:

1. Una tableta forte de TMP/SMX tres veces por semana y mantener en función de los CD4.
2. La quimioprofilaxis se mantiene hasta que los CD4 sean > 200 células/mm³ durante un tiempo igual o superior a tres meses.

4.1.4 Histoplasmosis diseminada.**La República de Panamá es área endémica de histoplasmosis.**

1. La clínica, y diagnóstico se describen en la Figura 13 de esta sección.
2. En el diagnóstico de histoplasmosis es importante realizar:
 - a. Hemograma: es frecuente encontrar anemia (90%), leucopenia (80%) o trombocitopenia (80%).
 - b. Química sanguínea: los niveles séricos de alanina aminotransferasa y fosfatasa alcalina a menudo están elevados.
 - c. Hemocultivos: con interés en hongos, aunque también debe solicitarse por bacterias y



- micobacterias para descartar otras causas.
- d. Frotis de sangre periférica: debe ser teñida con Wright-Giemsa (buffy-coat) lo cual permite en ocasiones ver las levaduras dentro de neutrófilos y células monocíticas. (30-45%).
 - e. Aspirado y biopsia de médula ósea: para frotis y toma de mielocultivos sembrados en medios inclinados de agar glucosa de Sabouraud y micosel (debe sembrarse también en Lowenstein-Jensen para descartar TB). Los cultivos son positivos en un 50-90% de los casos, pero debe esperarse hasta cuatro semanas para ello.
 - f. Antígeno en orina para histoplasmosis.
 - g. Radiografía de tórax.
 - h. Ultrasonograma abdominal: valorar hepatoesplenomegalia.
 - i. Biopsia de piel: si existen lesiones cutáneas fáciles de abordar.



Tratamiento de la histoplasmosis diseminada:

Iniciar tratamiento ante la SOSPECHA de histoplasmosis diseminada y referir al hospital. El tratamiento de elección es la Anfotericina B liposomal.

1. La forma de administración se hará de la siguiente manera:
 - a. Siempre que se administre Anfotericina B el paciente debe ser premedicado 30 minutos antes con Acetaminofen 1g VO y Difenhidramina 50 mg VO. Se puede adicionar heparina 1000–1600 U en la bolsa de infusión para disminuir el riesgo de flebitis.
 - b. Dosis inicial: 10 a 20 mg de Anfotericina B diluidos en 200-300 cc D/A 5% para pasar en 2-3 horas. Posteriormente se administrará dosis plena de 0.7-1 mg/kg/día diluidos en 500 cc D/A 5% para pasar en 4–6 h por siete días o hasta que haya mejoría clínica.
 - c. Después de la primera semana de tratamiento continuo y de lograr la estabilización del paciente, se puede seguir con la dosis diaria o considerarse la opción de un tratamiento en días alternos.
 - d. Al egreso y de forma ambulatoria se debe continuar con la TARV y además existen dos alternativas para continuar con el tratamiento de la histoplasmosis:
 - a.1. Itraconazol: 200 mg VO tres veces al día por tres días, posteriormente 200 mg dos veces al día por 12 meses (administrar con comida). Si mantiene niveles de CD4 inferiores a 150 células/mm³ se recomienda mantener itraconazol, 200 mg vo cada día hasta contar con un conteo de CD4 superior a 150 células/mm³.
2. Ante la ausencia de itraconazol o presencia de interacciones medicamentosas utilizar:
 - a. Anfotericina B: la administración de este fármaco es IV, para su administración de forma ambulatoria se han de seguir las indicaciones del especialista. La dosis es 0.7 mg/kg IV hasta completar 1 gr (por lo general, se administra a en días alternos). Posteriormente se puede administrar dos veces por semana hasta completar 1.5 grs y posteriormente se administra una vez cada quince días (estas indicaciones son variables). Se mantiene en función del recuento de CD4.

Quimioprofilaxis primaria:

1. Se recomienda iniciar con CD4 < 150 células/mm³, con Itraconazol 200 mg VO c/ 24 h, hasta cuando el CD4 >150 (aproximadamente a los seis meses de tratamiento).



Quimioprofilaxis secundaria

1. Existen dos alternativas de forma ambulatoria para realizar la quimioprofilaxis secundaria:
 - a. Itraconazol: 200 mg VO una vez al día hasta que los CD4 sean superiores a 150 células/mm³ ó, en su defecto,
 - b. Anfotericina B: 0.7 mg/kg IV a días alternos hasta completar 1gr. Posteriormente se administra dos veces por semana hasta completar 1.5 gr y posteriormente se administra una vez cada quince días. Se mantiene en función del recuento de CD4.
2. En pacientes hospitalizados vigilar por efectos secundarios con Anfotericina B:
 - a. Vigilar creatinina y potasio sérico dos veces por semana por el riesgo de insuficiencia renal e hipocalemia.
 - b. Vigilar hemoglobina y hematocrito por el riesgo de anemia.
3. En pacientes ambulatorio vigilar semanalmente o cada dos semanas efectos secundarios con Anfotericina B según frecuencia de administración:
 - a. Creatinina y potasio sérico.
 - b. Hemoglobina y hematocrito.

4.2. Infecciones oportunistas que se manifiestan con síntomas neurológicos.

La cefalea por lo general es un síntoma frecuente que ocasiona muchas consultas médicas y en la mayoría de los pacientes tienen condiciones benignas. La cefalea junto con otros síntomas de afección del SNC y fiebre en pacientes con VIH puede orientar hacia neuroinfección.

La Meningitis por criptococo, toxoplasmosis y tuberculosis meníngea son infecciones oportunistas definitorias.

Meningitis por criptococo

1. La clínica y el diagnóstico se describen en la Figura 16.

Tratamiento para criptococo:

La sospecha de meningitis por criptococo se trata:

Inducción (mínimo dos semanas hasta mejoría clínica o cultivo de LCR negativo):

1. Dosis única Anfotericina B liposomal (10 mg/kg) + Flucytosina 25 mg/kg c/día por 14 días + Fluconazol 1200 mg c/día.
2. Evaluar PFH, PFR, electrolitos. La dosis y pauta de administración durante el ingreso es similar a la histoplasmosis diseminada.

Terapia de consolidación al egreso y de forma ambulatoria:

1. Al egreso y de forma ambulatoria se debe continuar con la TARV y además existen dos alternativas para continuar con el tratamiento de la meningitis por criptococo:
 - › Fluconazol 400 mg VO una vez al día durante mínimo ocho semanas, luego.

Terapia de mantenimiento:

Fluconazol 200 mg VO c/día hasta que el CD4 sea superior a 200 células/mm³ durante 8 semanas o, en su defecto, por 12 meses.

- › Anfotericina B: dosis y pauta de administración similar al tratamiento al egreso de la histoplasmosis diseminada (consultar "Histoplasmosis diseminada").

2. El TARV debe iniciar 4-6 semanas posteriores al inicio del tratamiento con criptococo.

Prevención y tamizaje por criptococos:

1. Se recomienda realizar Antígeno por criptococos en suero con CD4 <200 células/mm³.
2. En caso de antígeno en suero por criptococos positivo, se recomienda realizar punción lumbar para descartar meningitis y necesidad de tratamiento de acuerdo a esta norma.
3. En caso de no existir evidencia de meningitis, fluconazol 400 mg vo cada día hasta CD4 > 100 células/mm³.

Quimioprofilaxis secundaria por criptococo:

1. Se puede administrar cualquiera de las dos alternativas que se describen a continuación:
 - a. Fluconazol 200 mg VO una vez al día hasta que CD4 sea superior a 200 células/mm³ o, en su defecto,
 - › Anfotericina B: dosis y pauta de administración similar a la quimioprofilaxis secundaria de histoplasmosis diseminada (consultar "Histoplasmosis diseminada").

Meningitis por tuberculosis:

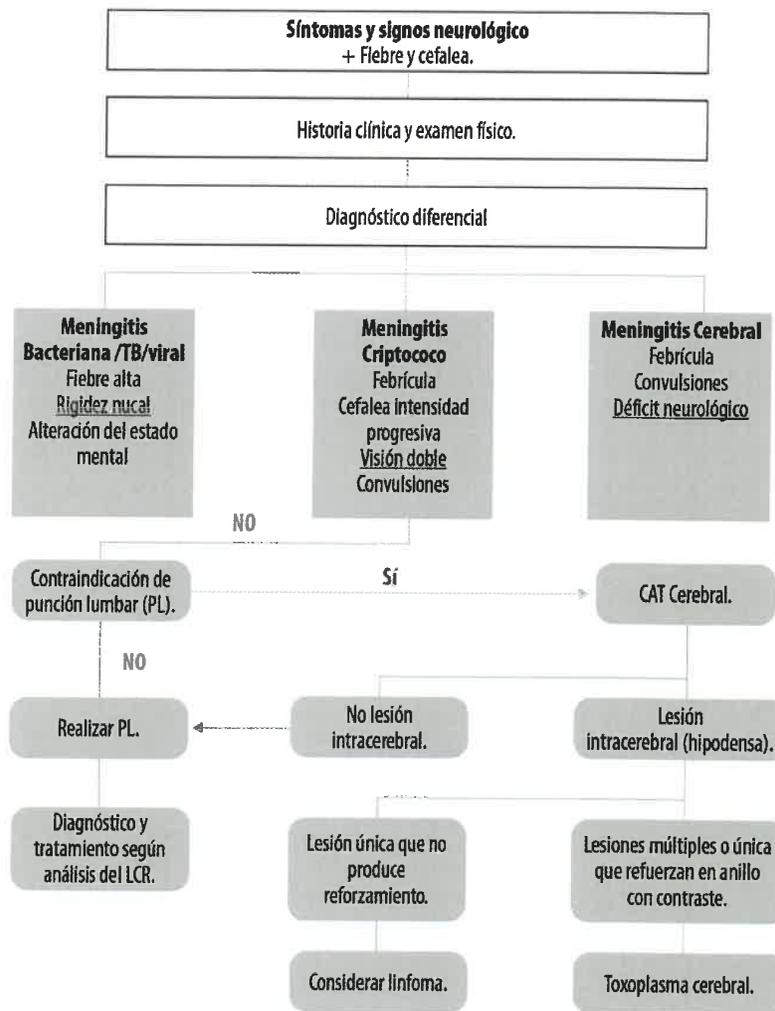
1. La clínica, y diagnóstico se describen en la Figura 15.
2. Se recomienda administrar el TAES tal como lo establece el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, por un periodo de nueve a 12 meses.
3. Se debe incluir la administración de corticoides para evitar las complicaciones.

Meningitis aséptica:

1. La clínica, y diagnóstico se describen en la Figura 15.
2. No se requiere tratamiento específico ya que el cuadro es autolimitado.



Figura 15. Clínica neurológica más fiebre en adolescentes y adultos con VIH: diagnóstico diferencial.



Análisis de LCR: celularidad, glucosa, proteína, tinción de gram, nielsen, tinta china, pruebas moleculares, ag cripto, vdrl, cultivo para pyogenes, bacterias y hongos.

Toxoplasmosis cerebral

1. La clínica y el diagnóstico se describen en la Figura 15.

Tratamiento para toxoplasmosis:

1. El tratamiento de la toxoplasmosis en la fase aguda debe indicarse por espacio de seis semanas:
 - a. Pirimetamina 200 mg vo el primer día y luego 50 mg cada día si el paciente pesa < 60 Kg, y 75 mg cada día si pesa > 60 Kg.
 - + Administrar ácido folínico concomitantemente para contrarrestar los efectos mielotóxicos a dosis de: 15 mg VO cada día.
 - +
 - b. Sulfadiacina 1 g VO cada 6 h en menores de 60 kg, 1500mg cada 6h en mayores de 60 kg
 - o
 - c. Clindamicina 900 mg IV cada ocho horas ó 600 mg IV cada seis horas. Pudiendo pasarse a vo luego dos semanas.
 - d. Dexametasona 4 mg IV cada 6 h (se recomienda en pacientes con efecto de masa en estudios de imágenes).

Alternativa TMP/SMX a 5mg/kg cada 12h VO o IV según TMP por seis a ocho semanas:

Quimioprofilaxis primaria para Toxoplasmosis

1. Siempre indicada con recuentos de CD4 inferiores a 100 células/mm³.
2. La profilaxis que se utiliza para *Pneumocystis jiroveci* es efectiva para la prevención de reactivación o infección por *Toxoplasma gondii*.

Quimioprofilaxis secundaria:

1. Se mantiene hasta que recuentos de CD4 sean superiores a 200 células/mm³.
2. Se puede administrar cualquiera de las dos alternativas que se describen a continuación:
3. TMP/SMX VO una tableta cada día.
 - o
4. Pirimetamina 25–50 mg vo cada día asociado con ácido folínico 15 mg cada día + Clindamicina 300 mg VO cada ocho horas.

Otras causas de lesiones intracerebrales:

1. Linfoma primario del SNC.
2. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
3. Tuberculoma.
4. Criptococoma.
5. Histoplasmosis.
6. Chagomas.





4.3 Otras infecciones oportunistas en los adolescentes y adultos con VIH.

Infecciones oportunistas producidas por otras micobacterias

Mycobacterium avium complex:

La infección diseminada por *Mycobacterium avium complex* es una complicación relativamente frecuente en estadios avanzados de la enfermedad por el VIH. Las micobacterias suelen ingresar al organismo por vía oral, invaden las células gastrointestinales y alcanzan los macrófagos, donde se replican y se diseminan hacia el resto del organismo.

La clínica es muy variada. Entre otros, puede producir adenopatías (ver "Linfadenopatías en adolescentes y adultos con VIH"), meningoencefalitis y/o cualquier otra manifestación sistémica).

1. El TARV ha hecho que la incidencia de esta infección haya disminuido, pero los pacientes con un bajo recuento de linfocitos CD4 permanecen en riesgo.
2. Debe tratarse con combinación de fármacos, pues la monoterapia induce en pocas semanas la aparición de resistencias.
3. Estas micobacterias presentan resistencia intrínseca a varios antituberculosos habituales como son INH, PZA y, frecuentemente a la estreptomina.

Tratamiento para *Mycobacterium avium complex*:

1. Los macrólidos de segunda generación como la claritromicina y azitromicina constituyen el tratamiento de elección.
 - a. Claritromicina (500 mg cada 12 horas) + Etambutol (15 mg/kg/día) ± RFP (600 mg/día).
 - b. La dosis de rifabutina se debe ajustar si se utiliza concomitantemente tratamiento antirretroviral con IP o EFV.
 - c. Existe interacción claritromicina/EFV.

Quimioprofilaxis primaria:

1. Realizar si el CD4 son inferiores a 50 células/mm³ y no hay posibilidad de tratamiento antirretroviral.
2. Administrar Azitromicina.

Quimioprofilaxis secundaria:

Se administra Claritromicina+Etambutol ó RFP por mínimo de doce meses, la duración dependerá de que el CD4 sea mayor 100, por un mínimo de 6 meses.

Infecciones oportunistas producidas por otros protozoos.

***Cryptosporidium parvum*, *Cystoisospora belli*, *Microsporidia spp.*, *Cyclospora spp* y la *Giardia lamblia* son los principales protozoos causantes de infección intestinal en los pacientes con VIH/SIDA:**

1. La clínica de las infecciones causadas por los protozoos que producen infección gastrointestinal suele ser muy similar y consiste en diarrea crónica, con adelgazamiento progresivo, sin embargo, el tratamiento y evolución son diferentes.

La *Cystoisospora belli* produce fundamentalmente enteritis. La respuesta al tratamiento de este protozoo es generalmente buena, siendo TMP-SMX el antibiótico de elección:

1. TMP-SMX (160/800 mg) una tableta cada 6-8 h durante 10 días, seguida de una tableta cada 12 h durante tres semanas.
 - o
2. Alternativa: Ciprofloxacina 500 mg/12 h durante siete días o Pirimetamina 75 mg/día + ácido fólico 10 mg/día, durante 2 semanas + o Ciprofloxacina 500 mg/12 h durante siete días.

El *Microsporidia spp* produce fundamentalmente enteritis y raramente queratoconjuntivitis, hepatitis y formas diseminadas. El tratamiento de elección, incluso en formas extraintestinales de la enfermedad, se realiza con:

1. Albendazol 400 mg VO cada doce horas durante 4-8 semanas.
2. Otros fármacos con posible actividad son TMP/SMX, Nitazoxanida, Pirimetamina y Primaquina.

El *Cryptosporidium spp* produce fundamentalmente diarrea. La respuesta al tratamiento de este protozoo no es buena.

En la actualidad el único tratamiento eficaz es el tratamiento antirretroviral. Podría considerarse utilizar adicionalmente Nitazoxanida 500 mg bid por catorce días.

***Giardia lamblia*, *Entamoeba coli*, *Endolimax nana* y *Blastocystis hominis*:**

También pueden causar cuadros diarreicos en pacientes infectados por el VIH, aunque su presencia en heces no siempre implica un papel patógeno. La respuesta al tratamiento es buena, pero las recidivas son frecuentes.

Tratamiento de primera elección:

1. Metronidazol 250 mg VO ó IV durante 5- 7 días
 - o
2. Albendazol 400 mg durante cinco días.

***Entamoeba histolytica*:**

1. Metronidazol 500 mg VO ó IV durante 7-10 días.

Leishmaniasis cutánea o mucocutánea:

Las manifestaciones clínicas de este protozoo son similares a las de los pacientes no infectados por el VIH. La diferencia se basa en que algunos enfermos pueden desarrollar localizaciones atípicas tales como la lengua y el tubo digestivo.

Tratamiento: los antimoniales, se han considerado el tratamiento de elección para mayor información referirse a Guía de leishmaniasis de Panamá.

1. Antimonio pentavalente 20 mg/Kg/día IM durante 21 a 28 días
 - o
2. Alternativa: Anfotericina B 0.7 mg/Kg (consultar "Tratamiento de histoplasmosis diseminada").





Infecciones oportunistas producidas por virus:

Herpes simple:

El tratamiento antivírico precoz disminuye la morbi-mortalidad asociada a la infección herpética, y debe adecuarse a las características de la infección (primoinfección o recurrencia), intensidad, localización de las lesiones y a la situación general e inmunológica del paciente.

Herpes oro-labial

1. Enfermedad no definitiva
2. Los CD4 pueden tener niveles variables.
3. Diagnóstico de sospecha: vesículas dolorosas en labios, lengua, faringe y mucosa oral. Al confluir forman úlceras grandes con una capa fina blanco-amarillenta con áreas de necrosis. Sin tratamiento, en personas VIH, no mejoran pero si lo hacen en personas no inmunodeprimidas.

Tratamiento: Aciclovir que está disponible en cremas tópicas, VO e IV.

1. *Brotos leves:* Aciclovir 200 mg VO cinco veces al día durante 7 a 10 días ó 400 mg VO tres veces al día durante 7 a 10 días.
2. *Brotos severos o si existe afectación sistémica:* Aciclovir IV: 5-10 mg/Kg IV cada 8 horas durante siete días ó Valaciclovir: 1 gr VO dos o tres veces al día.
3. *Herpes recurrente:* Aciclovir 400 mg vo cada 8 horas durante cinco días o Valaciclovir 500 mg VO cada doce horas durante cinco días.

Herpes genital y/o ano-rectal:

1. Enfermedad no definitiva
2. Recuentos de CD4 variables.
3. Diagnóstico de sospecha:
4. Genital: vesículas dolorosas con adenopatías inguinales
5. Ano-rectal: ulceraciones perianales crónicas asociadas a dolor, tenesmo y prurito.
6. Considerar test de tzanck en caso de duda diagnóstica.

Tratamiento: similar al herpes simple oro labial.

Esofagitis herpética:

1. Enfermedad oportunista definitiva
2. Recuentos de CD4 menores de 100 células/mm³.
3. Diagnóstico de sospecha:
4. pacientes con sospecha de esofagitis por cándida que no mejora con antifúngicos.
 - o
5. Endoscopia.

Tratamiento: Aciclovir IV: 5-10 mg/Kg IV cada 8 horas durante 7 a 10 días.

Encefalitis herpética:

1. Se debe realizar PCR para herpes virus de LCR.
2. El tratamiento debe iniciarse tan rápido como sea posible para mejorar el pronóstico, por

lo que en muchas ocasiones el tratamiento con Aciclovir IV (10 mg/kg c/8 horas) se inicia de forma empírica.

Herpes mucocutáneo crónico:

1. Enfermedad oportunista definitiva
2. Recuento de CD4 inferiores a 200 células/mm³.
3. Diagnóstico de sospecha: signos y síntomas de las lesiones herpéticas descritas (orolabial, genital y anal) durante más de cuatro semanas.

Tratamiento:

1. *Aciclovir*: 200 mg VO cinco veces al día durante 7 a 10 días ó
2. *Aciclovir*: 400 mg VO tres veces al día durante 7 a 10 días.
3. *Casos refractarios*: Aciclovir IV: 5-10 mg/Kg IV cada ocho horas durante siete días ó
4. *Valaciclovir*: 1 gr VO dos o tres veces al día ó Famciclovir: 250-200 mg VO tres veces al día.

Quimioprofilaxis en la infección por herpes simple:

1. Quimioprofilaxis primaria: no está indicada.

Quimioprofilaxis secundaria:

1. Indicada sólo en casos recurrentes o severas.
2. Se administra Aciclovir VO y se mantiene en función de los CD4.

Herpes zoster:

1. Enfermedad no definitiva
2. Recuentos de CD4 variables, pero usualmente menores de 350 células/mm³.
3. Diagnóstico de sospecha: lesiones vesiculares dolorosas en diferentes estadios, que afectan al dermatoma correspondiente.

Tratamiento: va dirigido a prevenir la diseminación de la infección (sobre todo en pacientes inmunodeprimidos y mayores de 50 años), disminuir el dolor agudo, evitar la aparición de neuralgia postherpética y la sobreinfección bacteriana. La mayor eficacia de los fármacos antivíricos se consigue cuando se administran en las primeras 72 horas tras la aparición de las lesiones cutáneas.

1. *Aciclovir*: 800 mg VO cinco veces al día durante 7 a 10 días ó
2. *Valanciclovir*: 1 g VO dos o tres veces al día durante 7 a 10 días ó
3. *Famciclovir*: 250-200 mg VO tres veces al día durante 7 a 10 días.
4. *Para casos severos (Enfermedad ocular, neurológica o diseminada)*: Si existe diseminación con afectación oftálmica o visceral: Aciclovir 30 mg/kg/día IV durante 7-14 días.

Citomegalovirus

Enfermedad oportunista definitiva:

1. CD4 menores de 50 células/mm³, rara vez encontrada en pacientes con más de 200 células/mm³.

Tratamiento: al igual que sucede con la mayoría de IO, la incidencia de enfermedad por citomegalovirus en los pacientes infectados por el VIH ha disminuido gracias a los nuevos tratamientos antirretrovirales.





- **Ganciclovir:** 5 mg/kg en 250 cc D/A 5% en una hora cada 12 horas durante 14 a 21 días.
- Se debe realizar consulta con oftalmología para considerar inyecciones intravítreas con Ganciclovir (2 mg/inyección).
- Terapia alternativa con valganciclovir 900 mg c/12 horas por 14 a 21 días.
- **Mantenimiento:** Valganciclovir 900 mg VO c/24 horas hasta conteo mayor de 400 100 células/mm³ y evaluación oftalmológica.

Enfermedad extraocular por citomegalovirus:

La enfermedad extraocular se manifiesta generalmente como enfermedad gastrointestinal (colitis, colangitis) ó neurológica ó neumonitis.

Tratamiento:

1. **Ganciclovir:** 5mg/Kg IV en 250 cc. D/A 5% en una hora cada 12 h durante 3–6 semanas.

Candidiasis oral:

Enfermedad no definitiva, pero si puede estar asociada a su diagnóstico. Los CD4 pueden ser superiores a 200 células/mm³.

1. **Diagnóstico de sospecha:** placas blanquecinas con ulceración superficial en carrillos, lengua, paladar duro, faringe y que sangran al removerlas.

Tratamiento:

1. **Fluconazol:** 150 mg VO una vez al día durante 7-10 días ó
2. **Itraconazol:** 200 mg VO dos veces al día durante 7-10 días.
3. **Nistatina o miconazol tópicos (enjuagues y gel):** 3-5 veces al día durante 10-14 días.

Candidiasis vaginal:

1. Enfermedad no definitiva, pero si puede estar asociada a su diagnóstico (Tabla I).
2. Presente, por lo general, si CD4 inferiores a 200 células/mm³.
3. **Diagnóstico de sospecha:** placas blanquecinas con ulceración superficial en que sangran al removerlas.

Tratamiento:

1. **Fluconazol:** 150 mg VO una vez al día durante 7-10 días.
2. **Cotrimazol:** óvulos vaginales de 500 mg una vez al día por 3-5 días.
3. **Ketoconazol tópico** 2% bid.

Candidiasis esofágica:

1. Infección definitiva en pacientes VIH positivos (Tabla I).
2. Presente si CD4 menores de 100 células/mm³.
3. **Diagnóstico de sospecha:** dolor retroesternal y disfagia y lesiones bucales (su ausencia no descarta esofagitis candidiásica) y respuesta al tratamiento en los primeros días.

Tratamiento:

1. **Fluconazole:** 200 mg VO/IV c/día por 14-21 días.
2. **En los casos más graves, o en pacientes muy inmunodeprimidos:** Anfotericina B parenteral

(ver "Tratamiento de histoplasmosis diseminada").

3. **Enfermedad esofágica refractaria:** Caspofungina 70 mg el día uno y luego 50 mg c/día por 14 a 21 días. valorar incremento de dosis de Fluconazol/Anfotericina B parenteral.

Quimioprofilaxis secundaria de Candida sp:

1. Indicada si recidivas frecuentes de candidiasis oral o vaginal o esofágica.
2. Se administra Fluconazol y se mantiene en función del recuento de CD4.

Aspergilosis

1. La aspergilosis pulmonar invasora y la aspergilosis del sistema nervioso central son complicaciones propias de pacientes infectados por el VIH extremadamente inmunodeprimidos.

Tratamiento:

1. Voriconazol 6 mg/kg c/12 dosis de carga y después 4 mg/kg c/12 horas ó
2. Anfotericina B (consultar "Tratamiento de histoplasmosis diseminada") y en los enfermos que responden al tratamiento debe continuar con Itraconazol a dosis de 200 mg dos veces al día de forma indefinida.

Las linfadenopatías en pacientes con VIH tienen varias formas de presentación clínica:

1. Adenopatías generalizadas persistentes asociadas a la infección que se localizan en dos o más sitios extrapulmonares, por más de tres a seis meses y en ausencia de algún problema infeccioso local.
2. Adenopatías de crecimiento acelerado y asimétrico que orientan a etiología infecciosa o neoplásica.

Las causas más frecuentes de linfadenopatía son, entre otros, la TB ganglionar, Linfoma No Hodgkin periférico, infección por complejo Mycobacterium Avium ,sobre todo, en aquellos con enfermedad muy avanzada o con CD4 < 50 células por mm³, histoplasmosis y sarcoma de Kaposi.

Tuberculosis Ganglionar:

1. Linfadenopatías asimétricas asociadas a fiebre vespertina y/o nocturna y pérdida de peso. No hay síntomas respiratorios o son mínimos.
2. *Diagnóstico:* citología por aspiración con aguja fina o por biopsia.
3. El tratamiento de la TB ganglionar es igual que para la TB pulmonar (consultar "Tuberculosis" en esta sección).
4. Si no hay respuesta satisfactoria luego de dos semanas con terapia antifúngica, se deberán buscar otras causas.

Linfoma No Hodgkin periférico:

1. Crecimiento rápido de un grupo ganglionar, en sitios únicos o múltiples.
2. *Diagnóstico de presunción:* LDH elevada y la respuesta a AINE.
3. *Diagnóstico definitivo:* biopsia ganglionar.

Tratamiento: valorar por hematología.





SECCIÓN V: MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS EMBARAZADAS CON VIH Y EL RECIÉN NACIDO EXPUESTO

RECOMENDACIONES GENERALES

Todas las embarazadas deben hacerse la prueba lo antes posible durante cada embarazo.
Toda embarazada debe realizarse al menos DOS pruebas de VIH. Una en el primer trimestre y la segunda en el tercer trimestre.
El personal de salud debe verificar que la embarazada se haya realizado la prueba de VIH durante la gestación y en el puerperio. En caso contrario, deben solicitarla de manera inmediata.
Ofrecer siempre la prueba de VIH en la pareja de la embarazada.
El TARV debe iniciarse de inmediato en TODA embarazada o en período de lactancia diagnosticada con infección por VIH, ya que se ha demostrado que el riesgo de transmisión vertical desciende a < 2% si la embarazada y el recién nacido reciben el adecuado tratamiento.
El tratamiento de la mujer embarazada una vez iniciado se ofrecerá de manera ininterrumpida.
Los resultados de las pruebas maternas de VIH deben documentarse en la historia clínica del recién nacido y comunicarse al médico de atención primaria del recién nacido (NIH).

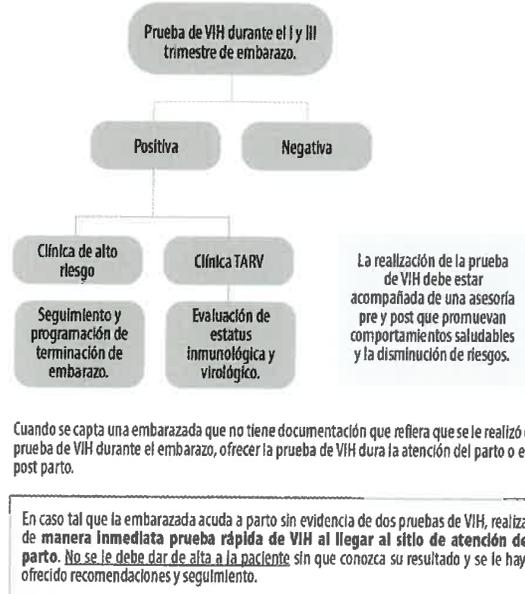
5.1. Principios de la transmisión vertical del VIH

1. La transmisión vertical o perinatal se refiere a la transmisión del virus del VIH de la madre a su hijo. La infección puede transmitirse:
 - a. Durante el embarazo (prenatal).
 - b. En el momento del parto (intraparto), es la más frecuente
 - c. Por lactancia materna (postnatal).
2. Las mujeres que contraen la infección por el VIH durante el embarazo o durante el periodo de lactancia, presentan un riesgo muy alto de transmisión del virus a sus hijos.
3. Se deben realizar **al menos** dos pruebas de VIH en el embarazo:
 - a. Se recomienda realizar serología para VIH a toda mujer embarazada en el primer y tercer trimestre del embarazo.
 - b. En aquellas embarazadas que acudan para la atención del parto/post parto y que no se hayan realizado prueba de VIH durante su control prenatal o del cual no exista

documentación o que sólo tengan UNA prueba de VIH documentada, se le ofrecerá la prueba de inmediato. (Figura 16 de esta sección).

4. Ofrecerle **siempre** la prueba de VIH a la pareja, en especial en el segundo mes del post parto. En caso tal que la mujer refiera más de una pareja, incentivar la realización de la prueba en estas.

Figura 16. Ruta clínica de la embarazada.



La prueba de VIH se realizará en el primer y tercer trimestre en toda mujer embarazada como parte del control prenatal.

Si se diagnostica VIH previo o durante el embarazo:

1. Informar del riesgo de transmisión vertical.
2. Énfasis en nutrición y suplementación (consultar “Guía para la atención nutricional de las personas con VIH en la República de Panamá”).
3. La mujer embarazada diagnosticada con infección por VIH debe recibir TARV independiente de su CV o CD4, ya que se ha demostrado la reducción de la transmisión vertical del VIH con el tratamiento adecuado.

La EMBARAZADA con VIH debe recibir tratamiento y una evaluación adecuada, clínica, inmunológica y virológica.



Características generales del esquema terapéutico antirretroviral en embarazadas con VIH:

Al administrar TARV a este grupo de mujeres hay que considerar:

1. La reducción considerable del riesgo de transmisión vertical.
2. Siempre considerar con el TARV riesgos potenciales para la madre e hijo:
3. Los efectos secundarios dependen del tipo de fármaco (ver Tabla 15 de Sección II), duración e interacción con otros medicamentos (ver Tabla 16 de Sección II) y en el caso del niño, de la edad gestacional a la exposición al fármaco.
4. En general, el riesgo de toxicidad del TARV a corto y mediano plazo para la mujer y el niño es muy bajo.

5.2. Tratamiento antirretroviral en embarazadas con VIH:

1. La embarazada con VIH debe comenzar TARV inmediatamente luego de conocer su estatus de VIH.

Embarazadas con VIH que nunca han recibido fármacos antirretrovirales (sin tratamiento previo con antirretrovirales):

1. Los regímenes de ARV que son preferidos para el tratamiento de embarazadas con VIH que nunca han recibido ARV incluyen una combinación de inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (abacavir más lamivudina, tenofovir disoproxil fumarato más emtricitabina [FTC] o 3TC, o tenofovir alafenamida más FTC o 3TC) y un inhibidor de la integrasa (dolutegravir [independientemente del trimestre]) (AIII).

Embarazadas con VIH que actualmente reciben tratamiento antirretroviral

Terapia antirretroviral de primera elección en la mujer embarazada con VIH:

1. Las personas con VIH que reciben terapia antirretroviral (TAR) y que se presentan para recibir atención durante el embarazo deben continuar su TAR durante el embarazo, siempre que el régimen sea tolerado, seguro y eficaz para suprimir la replicación viral (AII).
2. Personas que se presentan durante el embarazo con medicamentos cuyo uso no se recomienda debido a su toxicidad (p. ej., estavudina, didanosina) deben dejar de tomar estos medicamentos y cambiar a otros medicamentos antirretrovirales (ARV) que se recomienda su uso durante el embarazo.

Personas embarazadas con VIH que han recibido previamente medicamentos antirretrovirales pero no los está recibiendo actualmente:

1. Obtener un historial preciso de todos los medicamentos antirretrovirales (ARV) anteriores utilizados para el tratamiento del VIH o la prevención del VIH, incluida la eficacia virológica, la tolerancia del paciente a los medicamentos, los resultados de pruebas de resistencia anteriores, y problemas de adherencia (AIII).
2. Elegir e iniciar un régimen de terapia antirretroviral (ART) basado en los resultados de pruebas de resistencia previas, ARV previo uso de drogas, condiciones médicas concurrentes y recomendaciones actuales para TAR durante el embarazo.

La elección dependerá de la disponibilidad del antirretroviral, de la tolerancia, de la carga viral y del conteo de CD4.

El tratamiento de elección en la mujer embarazada con VIH consiste en la administración de 2 INTR + 1 Inhibidor de la Integrasa.

Esquema de elección:

1. TDF 300 mg + 3TC 300 mg + DTG 50 mg VO c/día

Esquemas alternativos:

1. TDF 300mg/FTC 200 mg *(una tableta VO c/día) + RAL 400 mg (una tableta VO cada 12 h).
2. TDF 300mg/FTC 200mg/EFV 600mg una tableta VO cada día.
3. TDF 300mg/FTC 200mg 1 tableta VO c/día + DAR 600mg/r 100 mg una tableta VO cada 12 h.

* En lugar de TDF/FTC, se pueden utilizar otras combinaciones como ABC/3TC.

Monitoreo de la terapia antirretroviral:

Se espera que el monitoreo de la embarazada incluya:

1. Control clínico.
2. Control trimestral de:
 - a. Carga viral.
 - b. CD4.



La elección de la terapia antirretroviral dependerá de los siguientes factores:

Escenario 1: Embarazada en tratamiento antirretroviral previamente al embarazo:

1. *Confirmación del embarazo durante el primer trimestre:* Si la carga viral es >1000 copias/ml, explorar aspectos relacionados con la adherencia a la TARV o realizar una prueba de resistencia para determinar la mejor opción de tratamiento.
2. *Confirmación del embarazo después del primer trimestre:* Continuar con el TARV que se encuentra recibiendo. Si la carga viral es >1000, se recomienda realizar una prueba de resistencia para determinar la mejor opción de tratamiento.
3. Consulta precoz ante la aparición de nuevos síntomas/signos que puedan indicar aparición de IO.

Escenario 2: Embarazada que no ha recibido tratamiento antirretroviral previamente:

1. *Si se realiza el diagnóstico del VIH durante el primer trimestre de embarazo:* El tratamiento debe iniciar de inmediato según el esquema de elección descrito previamente para embarazada. De ser posible disponer de marcadores inmunológicos y carga viral para conocer la situación de partida y facilitar el seguimiento. La realización de estos exámenes y el resultado no deben postergar el inicio del tratamiento.
2. *Si se realiza diagnóstico del VIH después del primer trimestre:* Iniciar tratamiento tan pronto como sea posible. De ser posible disponer de marcadores inmunológicos y carga viral para conocer la situación de partida y facilitar el seguimiento. La realización de estos exámenes y el resultado no deben postergar el inicio del tratamiento.

3. Consulta precoz ante la aparición de nuevos síntomas/signos que puedan indicar aparición de IO.

Escenario 3: Embarazada con VIH, con tratamiento antirretroviral previo, en labor de parto o con cesárea programada:

1. En toda mujer embarazada VIH positiva que siga los controles de rutina, la vía de terminación del embarazo se decide en función, entre otros, de los niveles de carga viral (Figura 18).
 - a. Se debe administrar AZT IV intraparto si la carga viral es mayor a 1000 copias o cuando se hace un diagnóstico de VIH durante la labor de partos(ver Figura 3 de esta sección).
 - b. No es obligatorio para las mujeres que están recibiendo tratamiento antirretroviral y que tienen carga viral menor a 50 copias / ml durante la última etapa del embarazo y cerca del parto y no hay preocupaciones sobre el cumplimiento del régimen de Tratamiento.
 - c. Puede considerarse para mujeres con carga viral entre 50 y 999 copias/ml. No hay datos suficientes para determinar si la administración de zidovudina IV a mujeres con niveles de carga viral entre 50 y 999 copias/ml proporciona alguna protección adicional contra la transmisión perinatal. Esta decisión se puede tomar caso por caso, teniendo en cuenta la adhesión reciente de la mujer al TARV, sus preferencias y, si es necesario, la consulta con un experto.
2. La cesárea programada está asociada con menor riesgo de trasmisión vertical que la cesárea urgente.
3. El AZT durante el parto se debe administrar de preferencia IV (alcanza niveles terapéuticos de manera más rápida y estable) o vo si no hubiera disponibilidad.

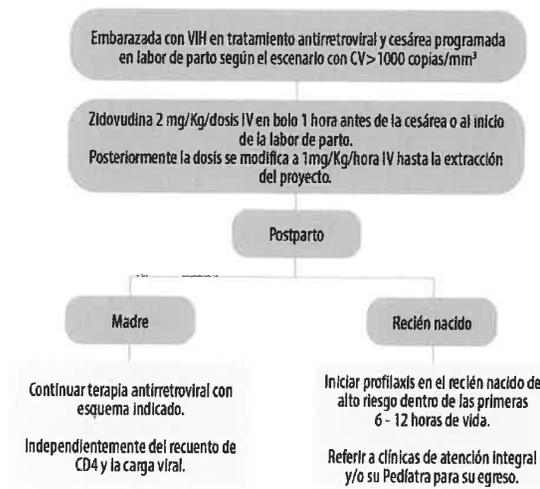
Figura 17. Vía de terminación del parto en función de la carga viral de la embarazada con VIH.



*Se define última carga viral indetectable como aquella obtenida a las 8 semanas previas a la terminación del embarazo.



Figura 18. Tratamiento de elección en mujer embarazada con VIH con tratamiento antirretroviral previo y cesárea programada o en labor de parto.



Escenario 4: Embarazada con VIH, en el tercer trimestre o en labor de parto, sin tratamiento antirretroviral previo:

1. La vía de terminación del embarazo, en toda mujer VIH positiva y sin tratamiento antirretroviral previo, se describe en la Figura 17.
2. El tratamiento, en este escenario, durante el parto y en el recién nacido, se describe en la Tabla 1 de esta sección.
3. El AZT durante el parto se debe administrar IV, o VO si no hubiera disponibilidad IV (Figuras 3 y 4). Se debe procurar siempre la administración de AZT IV ya que este tiene mayor biodisponibilidad.
4. En este escenario el tratamiento ideal para la embarazada sería con dolutegravir 50 mg c/ día con dos Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (consultar con infectología).

Escenario 5: Mujer que se encuentra planificando un embarazo:

1. Utilizar un esquema con INH de integrasa.

Recomendación de tratamiento en el puerperio de la mujer con VIH.

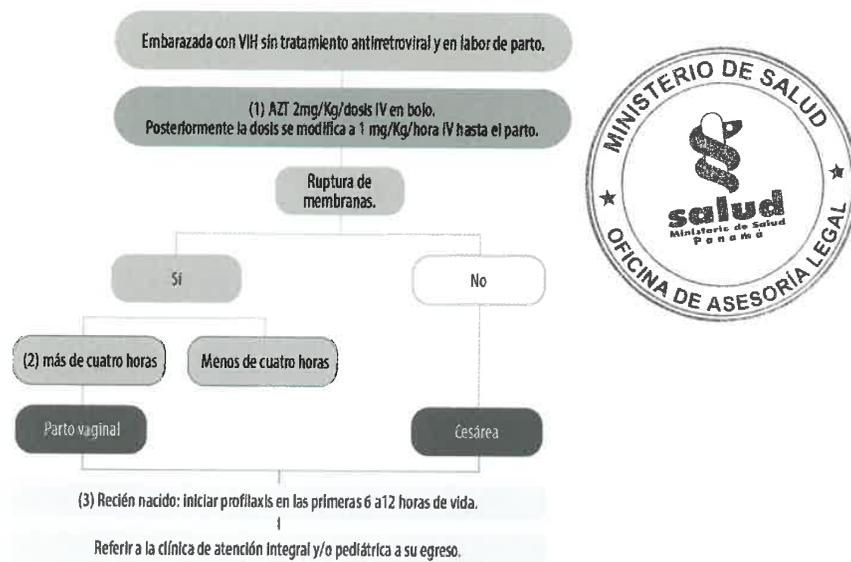
Todas las mujeres con VIH deben tener acceso a métodos anticonceptivos eficaces al egreso de su hospitalización.

El manejo debe ser coordinado entre los servicios de Obstetricia/Ginecología e Infectología: Modificar la terapia, a los regímenes preferidos, según la norma para adultos y adolescentes (consultar "Características generales del esquema terapéutico antirretroviral en adolescentes y adultos" en Sección III).

Según la Guía para el uso de antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (2005), se recomienda fuertemente que todas las mujeres embarazadas con VIH, continúen el tratamiento después del embarazo de manera indefinida independiente del conteo de CD4 o de su estadio clínico.

Al egreso se recomienda que las mujeres puedan continuar o iniciar servicios de apoyo, establecer un plan de contraceptivos efectivo así como la entrega de sus medicamentos y el de su recién nacido. En el caso de nuevos diagnósticos durante la labor o el post-parto inmediato, asegurar el seguimiento y la vinculación efectiva tanto de la madre como del recién nacido a los servicios de atención para el VIH.

FIGURA 19. Tratamiento de elección en embarazada con VIH, sin tratamiento antirretroviral previo y en labor de parto.



*En caso de no contar con Zidovudina IV, se puede utilizar la siguiente opción terapéutica: Zidovudina 600mg + Lamivudina 150 mg VO al inicio de la labor, luego Zidovudina 300 mg VO cada 3 horas hasta el parto + Lamivudina 150 mg VO cada 12 horas hasta el parto.

**Si se anticipa una labor corta

Se recomienda una evaluación por salud mental:

- Valorar, entre otros, depresión postparto y/o estrés desencadenado por el nacimiento del niño lo cual puede influir en la adherencia al tratamiento.

Lactancia materna contraindicada de forma absoluta reemplazar con fórmula maternizada.





SECCIÓN VI: NORMAS PARA EL MANEJO TERAPÉUTICO DE LOS NIÑOS <15 AÑOS CON VIH

RECOMENDACIONES GENERALES

Se considera que un niño está expuesto perinatalmente cuando ha estado expuesto al VIH durante el embarazo, parto o lactancia como consecuencia de la infección de su madre.

Para el diagnóstico del VIH, en niños menores de 24 meses que no han recibido lactancia materna:

Se confirma con dos pruebas virológicas positivas.

Se excluye con dos pruebas virológicas negativas (una obtenida al mes y otra a los 4 meses) o dos pruebas de anticuerpos negativas realizadas después de los seis meses de edad.

Para el diagnóstico del VIH, en niños mayores o iguales a 24 meses, se utilizan pruebas de anticuerpos contra el VIH

La terapia antirretroviral debe ser iniciada en todo niño con confirmación de VIH, independientemente de las manifestaciones clínicas, categoría inmunológica o valores de carga viral.

Tratamiento antirretroviral recomendado en:

Recién nacidos hasta <14 días:
2NRTI + Raltegravir o AZT 3TC NVP.

Lactante \geq 14 días a 4 semanas:
2 NRTI o Raltegravir o AZT 3TC NVP.
2 INTR + LPV/r.

4 semanas hasta los 20 kgs
abc-3tc + DTG en comprimido de 10mg según peso.
*2NRTI en menores de un mes es AZT/3TC.

De 20 a < 30 kg:
Abc/3TC + DTG 50 mg.

> 30 kg:
TDF 300 mg/ 3TC 300 mg/ Dolutegravir 50 mg.

***Se prefiere formulaciones de Dosis Fijas Combinadas.

La determinación de la carga viral se debe realizar antes de iniciar el tratamiento, sin embargo, su ausencia no debe diferir el inicio del tratamiento.

6.1. Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH en niños:

En esta sección se resumen las recomendaciones de guías internacionales y del grupo de expertos en el país para confirmar la presencia de infección por VIH con el fin de asegurar que lactantes y niños puedan tener acceso a la atención temprana de la infección por VIH

Estratificación, en función de la edad, de las pruebas diagnósticas para el VIH:

Niño menor de 24 meses:

1. El diagnóstico en niños menores de 24 meses se realiza a través de pruebas virológicas debido a la persistencia de anticuerpos maternos hasta los 15 a 18 meses de edad, se ha detectado seroconversión tardía hasta los 24 meses.
2. Estas pruebas virológicas, deben realizarse dentro de las primeras cuatro a seis semanas de vida para poder determinar tempranamente la presencia de infección e iniciar la terapia antirretroviral. Se recomienda solicitar la primera prueba virológica a las 48 horas y las dos semanas de vida en niños con alto riesgo para la infección perinatal del VIH. En la Tabla 28 se establecen los Criterios de alto riesgo para la infección perinatal del VIH

Tabla 28. Criterios de alto riesgo para la infección perinatal del VIH.

No haber recibido ARV en el periodo anteparto o intraparto.
Ha recibido solo ARV anteparto.
Ha recibido ARV anteparto, pero la madre no ha alcanzado la supresión virológica.
Infección aguda por VIH durante el parto o lactancia.



Las pruebas virológicas incluyen: ADN proviral, ARN viral (consultar “Diagnóstico de laboratorio del VIH” en Sección II).

1. Considerar que el recién nacido se identificará como diagnóstico de VIH si presenta dos pruebas virológicas positivas (detección de ADN proviral o ARN viral) tomados en dos tiempos distintos (figura 1). Se tomará una segunda prueba después del primer resultado positivo e inmediatamente se iniciará el tratamiento antirretroviral. **NO** se debe retrasar el tratamiento en espera del resultado de la segunda prueba.
2. El diagnóstico de VIH se puede excluir definitivamente en un niño(a) menor de 24 meses que no ha recibido lactancia materna, después de 2 pruebas virológicas negativas: una obtenida entre las 6 y 8 semanas de vida (2 semanas posterior al cese de la profilaxis) y la segunda a los 4 meses de edad.
3. En caso de no haber disponibilidad de pruebas virológicas, dos pruebas de anticuerpos negativas en niños mayores de 6 meses descarta el diagnóstico de VIH.
4. Las pruebas de anticuerpos positivas para el VIH, **NO** se pueden utilizar para el diagnóstico definitivo en menores de 24 meses, debido al paso de anticuerpos maternos al feto, lo cual conlleva a un posible falso positivo.

Niños con edad igual o mayor de 24 meses:

1. Una muestra negativa para anticuerpos VIH (ELISA) excluye el diagnóstico de VIH (Ver Figura 21).
2. Una muestra positiva confirmada por dos metodologías distintas.

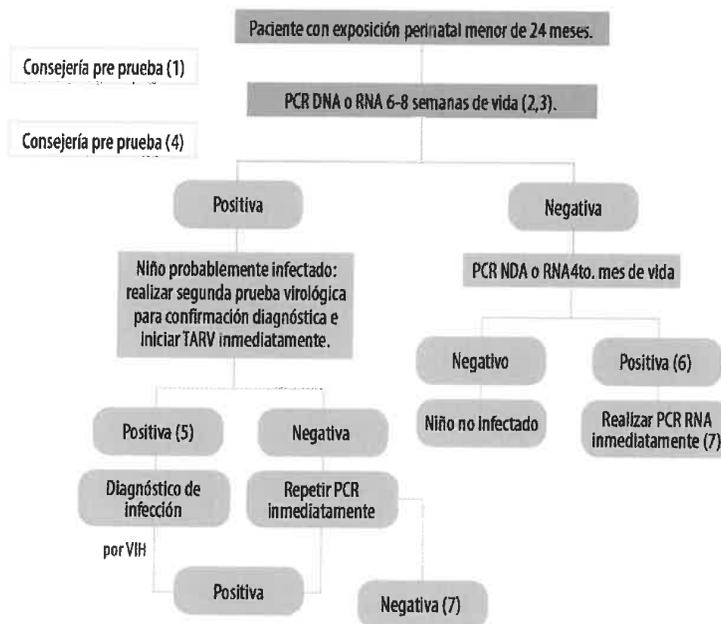
Para el diagnóstico de VIH en niños con edades mayores o iguales a 24 meses , se recomienda utilizar pruebas de anticuerpos.**Niños en situaciones especiales:**

El recién nacido amamantado de una madre VIH positiva, debe considerarse como expuesto al VIH por lo que se debe omitir la lactancia y realizar una primera prueba inmediatamente según su edad (viroológica si es menor de 24 meses y serológica si es igual o mayor a 24 meses). Posteriormente al cese de la lactancia se le realizarán pruebas de seguimiento a las 4-6 semanas, 3 y 6 meses si la primera prueba fue negativa (figura 2).

1. Los niños expuestos a VIH por lactancia materna recibirán terapia empírica hasta confirmar su estado respecto a la infección. Si la primera prueba es negativa, se dará tratamiento por 28 días y se programará una segunda prueba luego de 4-6 semanas de la primera.
2. Algunos niños no identificados como expuestos al nacimiento o los cuales se perdieron del seguimiento post-parto deben ser captados en sus controles de crecimiento y desarrollo, y se les debe realizar las pruebas correspondientes a su edad o referirlos a un centro de atención especializada.
3. Todos los hijos de una madre diagnosticada con infección de VIH deben ser evaluados por infección por HIV independientemente de la edad, a menos que se conozca que la infección materna fue después de su nacimiento y no recibieron lactancia materna.



Figura 20. Diagnóstico de laboratorio del VIH para niños menores de 24 meses de edad.



- Antes de realizar cualquier prueba diagnóstica debe realizarse la consejería pre-prueba, explicando en palabras sencillas el significado de la prueba, los posibles resultados y sus implicaciones para el niño/a y la familia. Esta actividad debe realizarse durante todo el proceso diagnóstico del niño.
- La reacción en cadena de la polimerasa tiene una sensibilidad del 96% a partir de la segunda semana de vida.
- **En recién nacidos de alto riesgo, se recomienda realizar la prueba virológica en la primera semana de vida.**
- Consejería post prueba: todo resultado debe darse en forma personal, confidencial y privada, proporcionándole al paciente (madre, padre o encargado) información simple y concreta sobre el VIH. Explicar que si el resultado es positivo significa que el niño probablemente está infectado pero necesita de prueba positiva para confirmar este resultado. Si es negativa, de igual forma necesita otra prueba para confirmar que no está infectado. Esta actividad debe realizarse durante todo el proceso diagnóstico del niño.
- Un resultado positivo indica que el niño está infectado por el VIH y debe valorarse su estado inmunológico (CD4) y virológico (carga viral) aún en ausencia de síntomas, a fin de definir factores de riesgo para progresión a fase avanzada del VIH, inicio de terapia antirretroviral y profilaxis de infecciones oportunistas. Es importante empezar a tratar lo antes posible, incluso antes de tener el resultado de la carga viral.
- Solicitar nueva prueba e iniciar tratamiento. No se debe dilatar el tratamiento en espera del resultado de la prueba.
- Dar seguimiento con infectología.

Figura 21. Diagnóstico de laboratorio del VIH para niños mayores o iguales a 24 meses de edad.

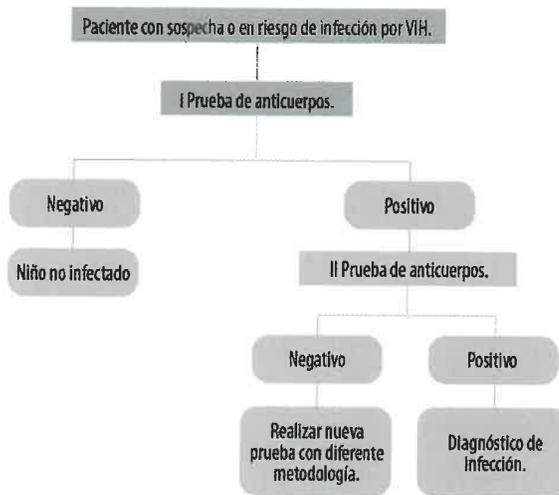
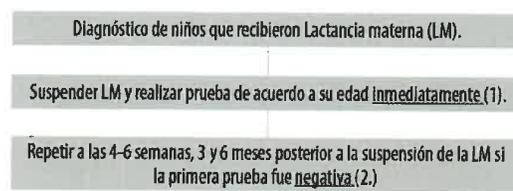


Figura 22. Diagnóstico de laboratorio del VIH para niños que recibieron lactancia materna de mujer con VIH.



1. Si es menor de 24 meses utilizar provirales, si es mayor o igual a 24 meses utilizar pruebas de anticuerpos.
2. Si alguna de las pruebas resulta positiva, confirmar según el algoritmo diagnóstico para su edad.

6.2. Características generales del esquema terapéutico antirretroviral en niños:

Los fármacos deberán ser actualizados de acuerdo a las recomendaciones de los expertos a la luz de los nuevos conocimientos. Por lo tanto, estas normas se actualizarán periódicamente.

Profilaxis en el Recién Nacido expuesto a VIH:

Todos los recién nacidos que fueron expuestos perinatalmente al VIH deberán recibir antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión perinatal al VIH.

La profilaxis con medicamentos antirretrovirales en el recién nacido se debe iniciar antes de las primeras 6 horas.

El riesgo de adquirir VIH en el recién nacido se puede dividir en bajo riesgo y alto riesgo según se define a continuación:

- **Bajo riesgo:** recién nacido hijo de madre con infección por VIH que recibió tratamiento durante el embarazo con supresión viral sostenida cerca del parto y sin problemas de adherencia. En estos casos utilizar profilaxis con AZT por cuatro semanas.
- **Alto riesgo:** se considera al recién nacido de alto riesgo cuando su madre ha presentado las siguientes condiciones:
 1. No recibió terapia antirretroviral durante el embarazo o intraparto.
 2. Sólo recibió TARV intraparto.
 3. Madre quienes recibieron TARV antes del parto, pero no alcanzaron una carga viral <50 copias/ml dentro de las cuatro semanas previas al parto.
 4. Madres con infección aguda o primaria de VIH durante el embarazo o durante la lactancia materna.

Todos los casos considerados de alto riesgo deberán recibir terapia de VIH presuntiva que corresponde a la administración de tres antirretrovirales que serán el tratamiento preliminar de los recién nacidos hasta tanto se confirme el diagnóstico.

La selección del régimen de medicamentos que se administrará a los recién nacidos, depende de los factores maternos y del infante que afecten el riesgo de transmisión. A continuación, se presentan tres tipos de regímenes:

1. **Profilaxis antirretroviral:** La administración de una o más antirretrovirales al RN sin diagnóstico confirmado, para prevenir la infección.
2. **Terapia antirretroviral empírica:** la administración de tres antirretrovirales al recién nacido de alto riesgo, con el interés de proporcionar tratamiento temprano al recién nacido con alto riesgo de adquirir la infección y también funciona como profilaxis para evitar la infección en el recién nacido expuesto intra útero, intraparto y durante la lactancia.



3. **Terapia antirretroviral para VIH:** La administración de la combinación de tres medicamentos antirretrovirales a dosis de tratamiento para recién nacidos en los que se confirme la infección tempranamente.

Definición de la mejor profilaxis del recién nacido según factores de riesgo:

Para recién nacidos de bajo riesgo, cuyas madres hayan recibido TARV durante la gestación, manteniendo supresión viral cercana al parto y con buena adherencia, se podrá administrar profilaxis al recién nacido con Zidovudina por cuatro semanas.

Para recién nacidos de alto riesgo, se recomienda la terapia antirretroviral empírica combinada así: Zidovudina + Lamivudina + Raltegravir por cuatro semanas o Zidovudina más lamivudina por cuatro semanas en caso de ausencia de RAL. En caso de niños menores de 32 semanas utilizar Zidovudina más nevirapina por seis semanas.

Para recién nacidos hijos de madres a quienes se les realiza el diagnóstico al momento del parto o en el post parto inmediato, se recomienda tratamiento empírico con Zidovudina, lamivudina y raltegravir en sachets para suspensión oral (dosis de tratamiento) según esquema de recién nacido de alto riesgo o zidovudina, lamivudina y nevirapina.

Para recién nacidos con prueba de PCR DNA positiva a las 48h iniciar tratamiento con triple terapia con Zidovudina, lamivudina y raltegravir a dosis de tratamiento.

Tabla 29. Escenarios clínicos en el recién nacido según el riesgo de transmisión vertical

Factor de riesgo	Bajo Riesgo	Alto Riesgo
Definición según los antecedentes maternos	Madre recibió TARV durante el embarazo y presenta evidencia de supresión virológica cercana al parto. (dentro de las 4 semanas previas al parto)	<ul style="list-style-type: none"> • Madre no recibió TARV durante el embarazo. • TARV < 1 mes de duración. • CV materna > 1000 copias/ml. • Infección aguda durante el embarazo, parto o lactancia. • No recibió tratamiento ARV ante parto o intraparto. • Sólo ha recibido TARV ante parto o ha recibido TARV ante parto pero sin supresión virológica. • Infección.
Opción terapéutica según riesgo de transmisión vertical.	AZT por 4 semanas.	<p>Terapia antirretroviral empírica: Zidovudina + Lamivudina + Raltegravir por 4 semanas.</p> <p>Esquema alterno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AZT+3TC durante 4 semanas. <p>Niños menores de 32 semanas de gestación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AZT por 6 semanas. <p>Tratamiento empírico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AZT + 3TC + RAL o AZT + 3TC + NVP



Factor de riesgo	Bajo Riesgo	Alto Riesgo
<p>Indicaciones Adicionales</p> <p>a. La profilaxis debe ser iniciada tan pronto como sea posible, entre las 6 y 12 horas después del nacimiento.</p> <p>b. La madre debe ser informada del régimen a iniciarse en el RN.</p> <p>c. El uso de terapia combinada con AZT/3TC en el RN puede aumentar el riesgo de anemia y neutropenia.</p> <p>d. Referir a Clínica de Atención Integral y/o Pediátrica a su egreso con un control de BHC a los 15 días de vida.</p> <p>e. En niños prematuros se utilizará la pauta según edad gestacional. (Tabla 2 de esta sección).</p> <p>El uso de ritonavir o IP no está indicado en recién nacidos menores de 14 días de vida por el riesgo de toxicidad.</p> <p>Si el recién nacido no tolera la VO dar AZT IV.</p>		

Tabla 30. Dosis de tratamiento según escenario clínico.

	< 30 semanas		30 semanas a 34 semanas		≥ 35 semanas
	Nacimiento - 4 semanas	4 - 6 semanas	Nacimiento - 2 semanas	2 - 6 semanas	Nacimiento 4 - 6 semanas
AZT	2mg/kg/ dosis VO cada 12h (o 1.5mg/kg/dosis iv cada 12h).	3mg/kg/ dosis VO cada 12h (o 2.3mg/kg/dosis IV).	2mg/kg/ dosis VO cada 12h.	3mg/kg/ dosis VO cada 12h (o 2.3mg/ kg/dosis IV).	4mg/kg/dosis cada 12h.
3TC	≥ 32 semanas		Nacimiento - 4 semanas.		4 - 6 semanas.
	2mg/kg/dosis VO cada 12h.		4mg/kg/dosis VO cada 12h.		
RAL	<p>Granulados para solución oral.</p> <p>Neonatos ≥ 37 semanas y ≥ 2 kg de peso hasta las 4 semanas de vida:</p> <p>1ª semana: 2-3 kg: 4 mg; 3-4 Kg: 5 mg; 4-5Kg: 7 mg.</p> <p>2ª a 4ª semana: 2-3 kg: 8 mg; 3-4 kg: 10 mg; 4-5 kg: 15 mg.</p> <p>Lactantes ≥ 4 semanas (≥ 3 kg), niños y adolescentes:</p> <p>3-4 kg: 25 mg</p> <p>4-6 kg: 30 mg</p> <p>6-8 kg: 40 mg</p> <p>8-11 kg: 60 mg</p> <p>11-14 kg: 80 mg</p> <p>14-20 kg: 100 mg</p>				
<p>Indicaciones adicionales:</p> <p>a. La profilaxis debe ser iniciada tan pronto como sea posible, entre las 6 y 12 horas después del nacimiento.</p> <p>b. La madre debe ser informada del régimen a iniciarse en el RN.</p> <p>c. Referir a Clínica de Atención Integral y/o Pediátrica a su egreso.</p> <p>d. No hay dosis de terapia combinada establecida para recién nacidos prematuros.</p> <p>e. El uso de ritonavir o IP se asocia con bloqueo cardiaco en neonatos.</p>					





Tabla 31. Toxicidad de los fármacos en el recién nacido.

Fármacos	Toxicidad	Comentarios y recomendaciones
AZT	Alteraciones hematológicas: anemia, neutropenia	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar interrumpir profilaxis según grado de la anomalía, síntomas del RN, riesgo de la transmisión vertical de VIH y duración de la profilaxis
	Toxicidad mitocondrial	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de acidosis láctica • No se recomienda medir rutinariamente el ácido láctico en los niños expuestos; en caso de sintomatología sugestiva determinar ácido láctico, gasometría venosa, transaminasas, lipasa y amilasa
LPV/r	Toxicidad hepática	
	Cardiotoxicidad	<ul style="list-style-type: none"> • No existen datos farmacocinéticos de LPV/r en el periodo neonatal inmediato. Se han observado bradiarritmias en RN pretérminos tratados con LPV/r a dosis de 300/75 mg/m²/dosis

Otras indicaciones

1. Se realizará una biometría hemática a todo recién nacido expuesto a VIH en las primeras 48h de vida, para obtener un valor basal y se ordenarán pruebas de control según la presencia de factores de riesgo (prematuridad, uso de terapia combinada, etc.). El resultado de esa prueba no es necesario para iniciar profilaxis con AZT.
2. En los niños en que se utilice terapia combinada existe mayor riesgo de presentar anemia y neutropenia, por lo tanto, se deberán realizar la biometrías hemáticas dentro de las primeras 48 horas de vida, una segunda a los 15 días y una al finalizar la profilaxis entre las 4 a 6 semanas de vida.
3. Después de las cuatro semanas de profilaxis con AZT o con terapia combinada, se realizará la primera prueba de ADN proviral o PCR ARN, según la disponibilidad. Si esta primera prueba es positiva, se comienza TARV y se ordena la segunda prueba para confirmar diagnóstico.
4. Después de las 4 semanas de profilaxis con AZT o con terapia combinada, si la primera prueba de ADN proviral o PCR ARN (realizada entre las 6 y 8 semanas) es negativa, se ordena una segunda prueba la cual puede ser realizada a partir del cuarto mes de vida. Si la segunda prueba es positiva, se administra TARV hasta el resultado de una tercera prueba confirmatoria.
5. A todo niño expuesto a VIH, se le iniciara profilaxis con TMP/SMX a partir de las 4 a 6 semanas de vida y se discontinuará si la primera prueba virológica resulta negativa.

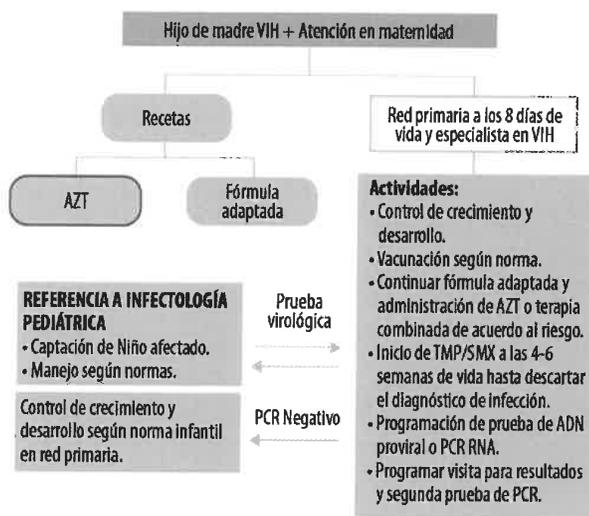
Atención de salud del recién nacido de madre con VIH

Intervención 1: al nacer:

1. Iniciar profilaxis con AZT o terapia combinada desde el nacimiento según protocolo.
2. Tomar Biometría hemática completa dentro de las primeras 48h de vida.
3. Egresar con:
 - a. Referencia a red primaria de atención para evaluación al octavo día de vida como su control de crecimiento y desarrollo de rutina.
 - b. Referir a centro de atención de VIH, dentro de los primeros 15 días de vida.
 - c. Terapia Antirretroviral según su riesgo.
 - d. Receta de fórmula láctea, la cual debe ser suministrada por los centros de atención para

- niños expuestos
- e. Recomendaciones generales:
- a. **No dar lactancia materna.**
 - b. **Dar fórmula adaptada.**
4. Tratamiento complementario:
- a. Cuidados generales del recién nacido según norma.
 - b. Precauciones universales en el manejo de secreciones.
 - c. Vacunación (consultar "Inmunización activa en niños con VIH de la sección V") Polio intramuscular o Hexavalente, Hepatitis B según norma, BCG hasta confirmar estatus negativo de VIH.

Figura 23. Flujograma de atención al recién nacido de madre con VIH.



Intervención 2: cita de los ocho días en atención primaria:

1. Atención de crecimiento y desarrollo según las **NORMAS TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS DEL PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL NIÑO Y LA NIÑA DESDE EL NACIMIENTO A LOS 9 AÑOS DE EDAD (2009)**
2. Vacunación según norma (consultar "Inmunización activa en niños con VIH").
3. Verificar:
 - a. Cumplimiento de profilaxis con AZT o terapia combinada según protocolo.
 - b. Alimentación exclusiva con fórmula adaptada.
 - c. Vacunas al nacimiento (BCG y Hepatitis B), vacunar si no han sido aplicadas.
 - d. Confirmar cita con especialista en VIH.



Intervención 3: consulta externa por especialista en VIH:

1. Especialista en enfermedades infecciosas, Pediatra o médico general capacitado en VIH
2. Enfermera capacitada en VIH.
3. Asesoría.
 - a. Explicar el plan de seguimiento a los familiares y sus implicaciones.
 - b. Insistir en el apego al tratamiento.
 - c. Importancia de realizar las pruebas virológicas para el diagnóstico (ADN proviral o PCR ARN).
4. Programar toma de muestra para ADN proviral o PCR ARN entre las 4 y 6 semanas de vida, preferiblemente dos semanas después de haber completado la profilaxis. En el caso de niños de alto riesgo, la prueba de ADN proviral o PCR ARN deberá realizarse a las 48 horas de vida.
5. Continuar tratamiento profiláctico con AZT o terapia combinada hasta completar 4 a 6 semanas según protocolo y posteriormente seguir normas de **"Escenarios clínicos para administrar terapia antirretroviral en el recién nacido"**.
6. Indicar inicio de profilaxis con TMP+SMX a partir de la 4ª a 6ª semana de vida y continuar hasta obtener resultado de primera prueba virológica.
7. Dar receta o proporcionar fórmula adaptada. La fórmula adaptada debe ser suministrada por los centros de atención para niños expuestos.
8. Orientación:
9. General según Normas técnicas y administrativas del Programa de salud integral del niño y la niña desde el nacimiento a los 9 años de edad-capítulo 5 (2009)
 - a. **No dar lactancia materna.**
 - b. **Dar fórmula adaptada.**
10. Referir a Trabajo Social para programar.
 - a. visita domiciliaria.
11. Indicar fecha de la siguiente cita para ver resultados de exámenes.

6.3. Normas para iniciar el tratamiento antirretroviral en niños con VIH:

La terapia antirretroviral debe ser iniciada en todo niño MENOR DE 15 AÑOS DE EDAD, INDEPENDIEMENTE de las manifestaciones clínicas, categoría inmunológica o valores de carga viral.

Consideraciones basales pre tratamiento:

1. Historia detallada de posible de exposición a TARV del niño o la madre u de cualquier otra posible fuente de infección.
2. Determinación de HLA B*5701 antes del posible uso de Abacavir. Si es positivo, está contraindicado su uso.
3. Serología basal de posibles co-infecciones: Toxoplasmosis, hepatitis B, hepatitis C.
4. PPD o IGRA.
5. Pacientes con enfermedad avanzada: realizar examen oftalmológico y PCR por CMV en sangre.

Tabla 32. Esquemas de Terapia antirretroviral recomendados en niños.

Edad	Pauta de elección (1era línea)	Alternativa (2da línea)
Recién nacidos a <14 días.	AZT+ 3TC + Raltegravir	
Lactante ≥14 días y peso mayor a 3 Kg.	ABC + 3TC + DTG AZT + 3TC + DTG	ABC + 3TC + RAL AZT + 3TC + RAL AZT+3TC o ABC +LPV/r
Niños con peso mayor o igual a 25 kg.	TDF/3TC/DTG	AZT/ABC +DRV+RTV TDF/FTC +DRV+RTV

Recomendaciones especiales

1. Niños y adolescentes con anemia severa (Hb <7.5g/dl) o neutropenia severa (<500 cel/mm³), evitar AZT. Se puede iniciar con ABC.
2. Para adolescentes >12 años con Hepatitis B, el régimen de elección es TDF+FTC+ Inhibidor de Integrasa o IP.

Necesidades de cambio en el tratamiento antirretroviral en niños con VIH:

1. Se indica cambios de la terapia, entre otros, en casos de intolerancia, toxicidad, desarrollo de resistencia, progresión de enfermedad, nuevos datos que demuestren que una droga o régimen es superior al que recibe en ese momento y/o abandono en el tratamiento (Tabla 6).
2. Antes de decidir un cambio terapéutico por sospecha de intolerancia, considerar los síntomas más frecuentes que se presentan al iniciar TARV y que remiten en aproximadamente una semana: náuseas, vómitos, dolor abdominal, cefalea.
3. Ante la sospecha de falla terapéutica de un paciente, este debe ser manejado en conjunto con un especialista en VIH.



Tabla 33. Recomendaciones de cambios de ARV ante efectos secundarios severos.

Medicamento antirretroviral de primera línea	Efectos secundarios	Medicamento antirretroviral de primera línea sugerido como sustituto
Abacavir (ABC)	Reacción de hipersensibilidad	AZT
Zidovudina (AZT)	Anemia grave ¹ o neutropenia ²	ABC
	Acidosis láctica	ABC
	Intolerancia gastrointestinal grave ³	ABC
Efavirenz (EFV)	Efectos secundarios del SNC persistentes y graves	LPV/r
	Teratogenicidad potencial (adolescentes en el primer trimestre de embarazo, o en edad de procrear y que no utilizan métodos anticonceptivos adecuados)	

Nota: se ha descrito en adultos pancreatitis asociada a 3TC/FTC pero se considera muy rara en niños.

¹ Descartar paludismo en las zonas endémicas de malaria; la anemia grave se define como una cifra de Hb <7,5 g/dl y el VCM superior a 100 femtolitros (fl).

² Definida como un recuento de neutrófilos <500/mm³.

³Definida como intolerancia gastrointestinal refractaria grave que impide la ingestión de un régimen con ARV (por ejemplo, náuseas y vómitos persistentes).

Monitoreo de terapia antirretroviral en niños con VIH:

1. La evaluación y monitoreo del paciente es básica, de esta dependerá en gran parte el éxito de la adherencia, y comprende además las evaluaciones clínica y de laboratorio, una fase informativa, una fase de consenso y compromiso y una fase de mantenimiento y soporte previa.
2. La evaluación debe ser realizada antes de iniciar la terapia y durante la misma.
3. Los controles de laboratorio para el monitoreo antes y durante la terapia se describen en la Tabla VII.

Esquema analítico basal para el niño con diagnóstico de infección por VIH:

- 1. Hemograma completo y pruebas bioquímicas (pruebas de función renal y hepática):** Estas pruebas se realizarán antes del inicio del tratamiento, se repetirán entre 4 y 8 semanas después de iniciado el tratamiento y luego cada 3 a 6 meses según lo requiera el paciente.
- a. *Perfil lipídico:* debe realizarse antes del inicio de tratamiento, si son normales se repetirán cada 6 a 12 meses y según necesidad del caso.
 - b. *Urinálisis:* antes del inicio del tratamiento y cada 3 a 6 meses o según lo requiera el caso.
 - c. *Calcular aclaramiento de creatinina:* se recomienda principalmente en aquellos pacientes que inicien tratamiento con tenofovir)

Cálculo de aclaramiento de creatinina en niños:

$$\frac{K \text{ (constante según edad)} \times \text{Talla (cm)}}{\text{Creatinina Plasmática}} = \text{Aclaramiento de Creatinina}$$

Valores K según edad	
<12 meses	0.45
1-12 años	0.53
13-21 años	mujeres: 0.57
	hombres: 0.70



Tabla 34. Monitoreo clínico y de laboratorio en lactantes y niños con VIH al momento basal, antes y durante el tratamiento antirretroviral.

evaluación clínica y de laboratorio	Basales (al inicio de la atención)	4-8 semanas tras iniciar el TARV o cambio de TARV	Cada 3-6 meses	Cada 6-12 meses	Según sea necesario ó en función de los síntomas
Historia clínica y examen físico	X	X	X		
Efectos secundarios		X	X		X
Adherencia	X	X	X		X

evaluación clínica y de laboratorio	Basales (al inicio de la atención)	4-8 semanas tras iniciar el TARV o cambio de TARV	Cada 3-6 meses	Cada 6-12 meses	Según sea necesario ó en función de los síntomas
EKG					X
Rx tórax				X	
Prueba virológica o anticuerpos	X				
Recuento CD4 ¹ y Carga viral ²	X	X	X		
Biometría Hemática ³ ,	X	X	X		X
Pruebas bioquímicas ⁴	X		X		
Prueba de embarazo en las adolescentes	X				X
Perfil lipídico	X			X	X
Prueba de Hepatitis B y C VDRL n adolescentes	X				
Prueba de resistencia					
PPD o IGRA	X				X
Serología Toxoplasmosis	X				X

^{1,2} En pacientes con infecciones oportunistas o tengan cifras de CD4 en valores límites, puede aumentarse la frecuencia de determinación de los CD4.

³ Algunos expertos recomiendan el control de la hemoglobina en las semanas 4, 8 y 12 posteriores al inicio del TARV cuando se utiliza AZT.

⁴ De la bioquímica completa debe incluir glucosa, creatinina, urea, ácido úrico, proteínas totales, bilirrubina (total, directa, indirecta), CO2, sodio, potasio, cloruro, calcio, amilasa, transaminasa (oxal-acetato, gula-pie insulina (la determinación de insulina es anual).

Tabla 35. Asesoría antes y durante la terapia antirretroviral en niños con VIH.

Antes de iniciar la terapia
<p>Fase informativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoría para que el responsable del paciente comprenda los riesgos y beneficios de la terapia. Esta asesoría debe ir respaldada con el apoyo de psicología. • Investigar situación social, laboral y familiar del responsable del paciente. • Conocer situación psicológica y concomitante (drogodependencia). • Conocer dificultades para el tratamiento. • Explicar los objetivos, razones de dosificación, efectos adversos potenciales. <p>Fase de consenso y compromiso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptar el tratamiento a la vida cotidiana del paciente. • Informar sobre la importancia del uso de medicamentos y dosis al paciente (siempre que sea posible) y a su responsable. • Solicitar el compromiso del paciente y su responsable en la adherencia al tratamiento.





Durante la terapia

Fase de mantenimiento y soporte.

- Evaluar la adherencia al tratamiento.
- Conocer los problemas y ofrecer soluciones (efectos adversos, relación con las comidas, horarios).
- Atención accesible.

Tabla 36. Opciones de tratamiento en pacientes con falla virológica.

1. Al presentarse una falla virológica referir a servicio de infectología.

Opciones de esquemas con al menos dos agentes totalmente activos tras falla de tratamiento antirretroviral con evidencia de resistencia viral a la terapia, con el objetivo de supresión virológica*.	
Esquema anterior	Nuevo esquema recomendado
2 INTR + 1 INNTR	• 2 INTR (de acuerdo a prueba de resistencia) + 1 IP o Inh de integrasa.
2 INTR + 1 IP	• 2 INTR (de acuerdo a R) + Inh integrasa. • 1 INTR (de acuerdo a prueba de resistencia) + 1 INNTR + 1 IP alternativo reforzado.
3 INTR	• 2 INTR (de acuerdo a prueba de resistencia) + 1 (INNTR ó IP o Inh integrasa). • 1 INTR (de acuerdo a prueba de resistencia) + (1 INNTR + 1 IP o inh integrasa).

* Los esquemas antirretrovirales deberían ser elegidos en base al historial de tratamiento y a una prueba de resistencia, para optimizar la efectividad del antirretroviral en la segunda línea. Esto tiene importancia particular en la elección de los componentes INTR de un esquema basado en INNTR, donde puede darse resistencia a INNTR con rapidez si el virus no es lo suficientemente sensible a los INTR. Los esquemas deberían contener al menos dos drogas completamente activas, y preferiblemente tres, para conseguir una supresión virológica potente y duradera.

2. Inmunización activa en niños con VIH.

Los niños con infección por el VIH deben recibir todas las vacunas que tendría un niño no infectado de la misma edad de acuerdo al esquema nacional, sin embargo, existen algunas recomendaciones especiales:

- **BCG:** se recomienda a todos los recién nacidos en Panamá, incluyendo a los expuestos a VIH, por tratarse de una región de riesgo para adquirir Tuberculosis. Sólo está contraindicada en niños expuestos a VIH que presenten signos de inmunodeficiencia desde el nacimiento.
- **MMR (sarampión, parotiditis y rubéola) o sarampión monovalente:** no aplicar en pacientes con inmunosupresión grave. Si el paciente recibió vacuna previo al diagnóstico e inicio de ARV debe ser revacunado.
- **Polio oral contraindicado:** se debe aplicar vacuna de polio inactivado.
- El niño con infección por VIH no debe estar en contacto con otros niños que hayan recibido la vacuna Sabin (polio oral) en las últimas dos semanas.
- **Varicela:** No aplicar en inmunosupresión grave.
- Se aconseja aplicar dos dosis de vacuna con un intervalo de tres meses (valorar el riesgo beneficio).
- **Influenza:** (virus inactivados) anualmente.
- **Vacuna del papiloma virus:** se recomiendan para todos los niños y niñas de acuerdo al programa de esquema de vacunaciones. Si la paciente no tiene la vacuna debe solicitarse la misma al programa ampliado de inmunizaciones (PAI). Se recomiendan tres dosis a partir de los 10 años.

- Vacuna contra SARS-Cov-2: esta vacuna está recomendada al igual que en población general para niños mayores de 5 años. La indicación a grupos de menor edad estará sujeta a las actualizaciones que realice el Programa Ampliado de Inmunizaciones conforme se tenga mayor evidencia de su uso.

Atención de salud a niños con VIH:

Consulta en atención primaria:

Tipo de paciente: niños/niñas con VIH.

Actividades/intervenciones:

1. Controles de salud según normas infantiles.
2. Vacunación según normas (consultar "Inmunización activa en niños con VIH").
3. Garantizar la provisión de atención integral.
4. Abordaje multidisciplinario: trabajo social, nutrición (Tabla XI), salud mental, y otros recursos locales y de las instalaciones más cercanas según necesidad.
5. Reforzar importancia del tratamiento.
6. Seguimiento de reacciones adversas al tratamiento (consultar "Necesidades de cambio en el tratamiento antirretroviral").
7. Detección temprana de infecciones oportunistas.
8. Identificar necesidades de información del paciente y su familia.
9. Educación, orientación y asesoría de pacientes.
10. Evaluación por Nutrición al momento del diagnóstico y según evolución.

Consulta externa por especialista en VIH:

El especialista en VIH puede ser un especialista en enfermedades infecciosas/pediatra o médico general capacitado en VIH.

Tipo de paciente: niños /niñas con VIH.

Actividades/Intervenciones:

1. Garantizar la atención integral del paciente.
2. Aclarar el significado e implicaciones del diagnóstico.
3. Explicar el tratamiento, seguimiento y cuidados especiales.
4. Receta por:
 - a. TARV según protocolos.
 - b. Terapia para enfermedades oportunistas.
 - c. Fórmula láctea hasta primer año de vida.
5. Orden por pruebas especiales y de rutina según flujograma.
6. Referencia para seguimiento por red primaria.
7. Fecha de próxima cita de seguimiento según flujograma.



6.4. Infecciones oportunistas en niños con VIH:

Infección por *Mycobacterium tuberculosis* en niños con infección por VIH:

Aspectos clínicos:

1. *Tuberculosis congénita*: síntomas inespecíficos como falla en ganancia ponderal, trastornos en la alimentación y/o síntomas y signos respiratorios (neumonía) y/o hepatoesplenomegalia progresiva e incluso meningitis.
2. *Tuberculosis pulmonar (PTB)*: puede ser inespecífica como pérdida de peso, fiebre, falla para crecer. En niños los hallazgos radiográficos pueden ser atípicos. Los adolescentes pueden presentar clínica y signos radiológicos similares al adulto.
3. *Tuberculosis extrapulmonar (EPTB)*: por lo general, existen linfadenopatías generalizadas con ó sin afección del sistema nervioso central, óseo, y/o de serosas (pericardio, peritoneo, pleura). La meningitis o enfermedades sistémicas se pueden desarrollar sin desarrollar hallazgos pulmonares.
4. Para niños/adolescentes con VIH se debe practicar tamizaje de síntomas en cada visita:
 - a. Pérdida de peso
 - b. Fiebre, tos
 - c. Contacto con TB
5. El abordaje diagnóstico es similar para PTB y EPTB en niños infectados y no infectados por VIH.
6. Es de importancia contar con la información de las pruebas diagnósticas y de sensibilidad realizadas al contacto.
 - a. Si es BAAR positivo mayor riesgo.
 - b. Resultados de pruebas de sensibilidad.

Diagnóstico de sospecha

En los niños son determinantes los factores de riesgo, historia de contacto, clínica sugestiva, y hallazgos radiográficos sugestivos de enfermedad tuberculosa. La confirmación microbiológica es difícil en la población pediátrica. Recordar descartar otras probables etiologías.

1. Contacto con adulto enfermo.
2. PPD (prueba de intradermoreacción): se considera positiva cuando es mayor o igual a 5mm de induración en niños inmunocomprometidos. Una PPD negativa no excluye el diagnóstico.
3. IGRA.
4. Radiografía de tórax (no existen signos patognomónicos).

Diagnóstico de confirmación:

Microbiológico:

1. Frotis por aspirado gástrico, esputo inducido (en el niño con capacidad para expectorar) o muestra de esputo obtenida por broncoscopía. El aspirado gástrico consiste en: tres aspirados gástricos matutinos, se buscan bacilos ácido-alcohol resistentes. La preparación se tiñe con tinción Ziehl-Neelsen (bacilos ácido-alcohol resistentes).
2. Cultivo (tarda entre 6 y 8 semanas) a todos los pacientes con co infección se debe hacer pruebas de sensibilidad.



3. Pruebas moleculares. (Referirse para mayor información a las NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DEL MINSA) pueden realizarse en muestras de jugo gástrico, esputo, tejidos, líquido cefalorraquídeo y pleural.

Anatomo-patológico:

1. Biopsia ganglionar, bronquial, pulmonar, hepática, de médula ósea u otros órganos: demostrar la presencia de granulomas tuberculosos.

Tratamiento:

1. Iniciar tratamiento ante la SOSPECHA de TBC. Referir al Programa de TAES.
2. Debido a la toxicidad de las drogas antirretrovirales y a la interacción de estas con los medicamentos para la TB (consultar Tabla 19 en Sección II), los pacientes deben ser evaluados por especialistas con experiencia en ambas condiciones.
3. En niños con PTB activa y ganglionar la duración mínima debe ser de seis meses y en la TB extrapulmonar (miliar y SNC), la duración debe ser de 12 meses, en el caso de la osteoarticular considerar extender la fase de continuación por diez meses (Tabla 12).
Suplementar con Piridoxina (1-2mg/kg/día dmáx 50mg).
4. La selección de antifímicos empíricos se realiza de acuerdo al historial del contacto y resultados de pruebas moleculares (resistencia a rifampicina).
5. La fase intensiva de TB pulmonar sensible debe tener una duración de dos meses y debe constar de cuatro drogas INH, RFP, PZA y Etambutol (Tabla 12). El etambutol puede ser utilizado en menores de 7 años con función renal conservada y a las dosis indicadas, tiene pocos efectos secundarios y son transitorios. (Tabla XII). La duración de la fase de continuación es de 4 meses y debe constar de dos drogas INH y RFP (Tabla 12).
6. Iniciar TARV en 2 -8 semanas de iniciada la terapia antifímica. En pacientes en TARV deben ajustarse los esquemas de tratamiento antifímicos.
7. Todos los inhibidores de proteasas interaccionan con drogas antifímicas, en particular la Rifampicina. Por lo tanto, el régimen del tratamiento antifímico deberá ser revisado y modificado (consultar Tabla 11 en Sección II).
8. En casos de resistencia, o cuando no se cuenten con alternativas para los IP, los mismos pueden utilizarse aumentando el ritonavir de forma tal que éste iguale la dosis del lopinavir.



En pacientes que no responden al tratamiento de primera línea, a pesar del tratamiento, considerar resistencia antimicrobiana y referir a infectología.

Tabla 37. Tratamiento antirretroviral con co-infección con tuberculosis.

Tratamiento ARV en menores de 14 días:	Opción de Tratamiento ARV en < 14 días con TB:
AZT + 3TC o FTC + RAL	Aumentar dosis de RAL
Tratamiento ARV en ≥ 14 días o peso mayor a 3 kg	Opción de Tratamiento ARV en ≥ 14 días o peso mayor a 3kg con TB:
ABC+3TC+DTG AZT+3TC+DTG	Aumentar dosis de DTG a cada 12 horas.

ABC+3TC+RAL AZT+3TC+RAL AZT+3TC+LPV/r	Aumentar dosis de RAL. ABC/3TC/DTG y ajustar la dosis de DTG.
Tratamiento ARV Niños con peso ≥ 25 kg	Opción de tratamiento ARV en niños con peso ≥ 25 kg con TB.
TDF/3TC/DTG	Aumentar dosis de DTG cada 12 horas.

Tabla 38. Tratamiento de tuberculosis en niños con VIH.

Fase intensiva de tratamiento: la administración es diaria y consta de 60 dosis.				
Medicamentos	Presentación	Dosis diaria	Dosis máxima	Vía y pauta de administración
Isoniazida	Tab 100 mg	10-15 mg/Kg	300 mg	Oral diario
Rifampicina	Cap 300 mg	10-20 mg/Kg	600 mg	Oral diario
Pirazinamida	Tab 500 mg	30-40 mg/Kg	2 g	Oral diario
Etambutol	Comprimidos 400mg	15-25 mg/kg	1.2 g	Oral diario
Rifabutina	Comprimidos 150mg	5-10 mg/kg/día		Oral diario

Fase de continuación: duración de 4 meses para TB pulmonar y ganglionar, y 10 meses para otras formas extrapulmonares.				
Medicamentos	Presentación	Dosis diaria	Dosis máxima al día	Vía de administración
Isoniazida	Tab 100 mg	10 mg/Kg 10-15 mg/kg	300 mg	Oral
Rifampicina	Cap 300 mg	15 mg/Kg 10-20 mg/kg/día	600 mg	Oral

Se prefieren las presentaciones a dosis fija combinada. Existen disponibles en presentaciones pediátricas de tabletas dispersables y en presentaciones de adultos. Consultar a la farmacia las presentaciones disponibles para el cálculo.

Número de tabletas dispersables de acuerdo al peso y fase de tratamiento.



Peso	Número de tabletas	
	Fase intensiva RHZ 75/50/150 ¹	Dosis diaria RH 75/50
4-7 kg	1	1
8-11 kg	2	2
12-15 kg	3	3
16-24 kg	4	4
25+ kg	Utilizar presentaciones de adulto	

¹ agregar etambutol en fase intensiva. El etambutol está disponible en comprimidos de 400mg.

Número de tabletas de acuerdo al peso, presentación de tabletas a dosis fija combinada y fase de tratamiento.

Fase Intensiva		
Presentación: Rifampicina 150mg/ Isoniacida 75mg/ Pirazinamida 400mg/Etambutol 275mg tabletas.		
30-39 kg	40-54 kg	> 55 kg
2 tab	3 tab	4 tab
Fase de continuación:		
Presentación: Rifampicina 150mg/Isoniacida 75 mg tabletas.		
30-39 kg	40-54 kg	> 55 kg
2	3	4
Presentación: Rifampicina 300mg /Isoniacida 150mg.		
30-39 kg	40-54 kg	> 55 kg
1	1.5	2

Monitorización de toxicidad hepática:

Si el paciente recibía TARV:

1. Monitorizar por signos clínicos de toxicidad.
2. Medir función hepática cada 2-3 meses.

Si el paciente no recibía TARV previo:

1. Medir función hepática antes del inicio, a las 2, 4 y 8 sem del tratamiento TB.
2. Continuar cada 2-3 meses.

Suspender todos los medicamentos con toxicidad hepática ante:

1. Aumento 5 veces el límite normal superior.
2. Aumento de 3 veces el límite superior en presencia de síntomas (anorexia, ictericia, dolor, hepatomegalia).
3. Si hay aumento de 3 veces sin síntomas: monitorear función hepática semanalmente.

Quimioprofilaxis de la tuberculosis en el niño con VIH o tratamiento de la tuberculosis latente:

1. En <12 meses viviendo con HIV, contactos de TB, deben recibir IPT por seis meses si se descarta enfermedad. En niños ≥12 meses viviendo con HIV, con poco riesgo de enfermedad tuberculosa basada en screening de síntomas, sin contacto con TB, debe ofertarse IPT por 6 meses como parte de paquete de prevención y atención de HIV (alta incidencia). TB puede recibir una por seis meses adicionales.
2. La profilaxis o el tratamiento de la tuberculosis latente está indicada en todo niño VIH positivo en el que se descarte la infección (ausencia de: tos, fiebre, aumento deficiente de peso), se encuentre una PPD ≥ 5 mm o cuando tenga antecedente de contacto cercano a adulto bacilífero independientemente del valor de PPD.
3. Fármaco de elección: INH a 10 mg/kg/día por seis meses. En caso de resistencia a INH utilizar Rifampicina 10mg/kg (máx. 600mg) vo c/día por 3-4 meses.





4. Para la utilización de la isoniazida como tratamiento preventivo de la tuberculosis latente es necesario considerar la carga de tuberculosis y el acceso a PPD tal como se detalla en el algoritmo clínico basado en síntomas sugestivos de Tuberculosis figura 3 de la sección de adolescentes y adultos.
5. En casos de contacto con MDR TB o XDR TB la evidencia es escasa, existe una limitada disponibilidad de terapia efectiva con aceptable perfil de seguridad. Puede considerarse terapia preventiva versus seguimiento cercano por un mínimo de dos años. Debe valorarse el riesgo de progresión, efectos adversos, patrón de susceptibilidad de la fuente, sin embargo, los menores de cinco años e inmunocomprometidos con contacto cercano podrían tener un mayor beneficio de terapia preventiva. Estos casos deben ser manejados por especialista.

Otras infecciones oportunistas en niños con VIH:

El tratamiento de las IO, y la quimioprofilaxis de las IO más frecuentes en niños con VIH se describen en las Tablas 13, 14 y 15.

Tabla 39. Tratamiento de infecciones oportunistas en niños con VIH.

Tipo de Infección	Tratamiento
Protozoos	
	Pirimetamina: dosis de ataque 2 mg/Kg/día (máx. 50 mg) por dos días y posteriormente 1 mg/Kg/día durante dos meses y posteriormente 1 mg/Kg/día(máx. 25 mg) 3 veces por semana durante 6 meses +
Toxoplasmosis ¹	Sulfadiazina*: 50 mg/Kg/día VO cada 12 horas + Leucovorina: 5-10 mg/Kg/día VO 3 veces a la semana durante 28 días. *Alternativa: TMP-SMX 10 mg/Kg/día VO durante un año. Si reacción a Sulfadiazina utilizar Clindamicina a 40 mg/Kg/día en 4 dosis.
	Terapia antirretroviral.
Criptosporidium ²	Considerar uso de: Nitoxozanida 100 mg VO bid 1-3 años, 200 mg VO bid 4-11 años, > 12 años 500 mg VO bid. Duración ≤ 14 días.
Giardia lamblia	Azitromicina: 10 mg/Kg/día VO durante cuatro semanas. Metronidazol: 15-30 mg/Kg/día VO tres veces al día durante 5 días ó Tinidazol: 50 mg/Kg VO dosis única (máximo 2 g). Metronidazol*: 30 mg/Kg/día VO tres veces día durante 10 días ó
Entamoeba histolítica	Tinidazol*: 50 mg/Kg/VO dosis única (máximo 2 g) ó Yodoquinol*: 30-40 mg/Kg/día VO tres veces al día durante 20 días. * Administrar tratamiento sólo en caso de amebiasis sintomática.
Isospora belli	TMP-SMX: 8 mg/Kg/día VO, dos veces al día durante 10 días, luego dos veces durante tres semanas ó Pirimetamina: 1 mg/Kg/día VO 3 veces al día durante 14 días (máximo 25 mg).

Tipo de Infección	Tratamiento
Bacterias	
	Amoxicilina: 40 mg/Kg/día VO tres veces al día durante 14 días ó
	Cloramfenicol: 50-100 mg/Kg VO durante 14 días ó
Salmonella sp.	TMP-SMX: 10 mg/Kg/día VO durante 14 días ó
	Ceftriaxona: 100 mg/Kg/día IV durante 10 días ó
	Ciprofloxacina: 30 mg/Kg/día VO en dos dosis durante 10 días.
Shigella	Ceftriaxona 100 mg/Kg/día IV durante 10 días ó
	Ciprofloxacina en casos de resistencia 30 mg/Kg/día en dos dosis VO durante 10 días.
Virus	
Herpes simple oral	Aciclovir: 10 mg/Kg/dosis VO cada 8 horas durante 10 días.
Herpes simple diseminado	Aciclovir*: < 28 días de vida: 20 mg/kg/dosis IV tid por 21 días > 28 días de vida: 10 mg/kg/dosis IV tid por 21 días * El aciclovir IV debe ser administrado en una hora.
Citomegalovirus	Ganciclovir: Inducción: 5-7.5 mg/Kg/dosis IV cada 12 horas ⁴ por 14 a 21 días. Mantenimiento: 5 mg/Kg/día IV cada 24 horas ⁴ .
Hongos	
	Mayor de dos meses TMP/SMX* 15-20 mg/Kg/día IV cada seis horas por 21 días posteriormente continuar con profilaxis VO.
<i>Pneumocystis jiroveci</i> ³	Si la PaO2 es < 70 mm Hg, indicar prednisona a 1 mg/kg bid por cinco días, continuar a 0.5-1mg/kg bid por cinco días (día 6 al 10 de tratamiento), disminuir la dosis a 0.5 mg/kg una vez al día, del día 11 al día 21 de tratamiento. *Alternativa: si hay reacción al TMP/SMX o falla al quinto o séptimo día se debe administrar Pentamidina 4mg/Kg/día IV durante 21 días. La dosis en niños mayores de 5 años es igual que en adultos.
Candidiasis oro faríngea	Nistatina: 100,000 U/ml VO 4 veces al día durante 5 días (hasta 6 millones por día) ó Fluconazol: 3-6 mg/Kg/día VO cada 24 horas ⁴ .
Candidiasis esofágica	Fluconazol: 6 mg/Kg/día VO una vez al día ⁴ en el primer día y continuar 3-6 mg/kg vo c/día (máx. 400 mg/dosis) Anfotericina B: 1mg/Kg/día IV durante 14 días ⁴ .
Candidiasis sistémica	Anfotericina B: 1 mg/kg/día tratar 2-3 semanas después del último hemocultivo positivo. Enfermedad leve: Itraconazol 2-5 mg/kg/dosis (máx. 200 mg) VO TID por tres días y continuar a igual dosis BID por 12 meses.
Histoplasmosis	Enfermedad severa: Anfotericina 1 mg/kg/día IV por 1-2 sem (en casos de infección cerebral 4-6 sem) seguido de Itraconazol a la dosis indicada por 12 meses. Continuar profilaxis con Itraconazol hasta: CD4> 150 cel/mm ³ , edad ≥6 años, ≥ de un año de tratamiento, ≥ 6 meses en TAR.



Tipo de Infección	Tratamiento
Micobacterias	
Mycobacterium avium complex	Claritromicina 7.5 mg-15 mg/kg (máx. 500 mg/dosis) VO BID + etambutol ⁵ 15-25 mg/kg (máx. 2.5 g/día) VO c/día, en casos severos administrar rifabutina* o ciprofloxacina, levofloxacina o amikacina. Alternativa: Azitromicina 10-12 mg/kg (máx. 500 mg/día) VO c/día

Criptococosis	
Enfermedad del SNC:	Terapia de inducción: Anfo B deoxicolato 1 mg/kg o Anfo B liposomal 6mg/kg IV cada 24 horas más flucitosina 25 mg/kg vo cada seis horas. Alternativa si no hay disponibilidad de flucitosina o hay pobre tolerancia a la misma : Anfo deoxicolato o Anfo B liposomal más fluconazole a dosis de 12 mg/kg IV en el día uno y continuar a 10-12 mg/kg una vez al día (dosis máxima de 800 mg).
	Terapia de Consolidación: fluconazole 12 mg/kg en el día uno, seguido de 10-12 mg/kg (dosis máxima 800 mg) una vez al día por VO o IV por un mínimo de ocho semanas. El cultivo de LCR debe estar negativo para iniciar la fase de consolidación
	Enfermedad localizada (sin afección del SNC): fluconazole 12 mg/kg en el día uno seguido de 6-12 mg/kg/día (dosis máxima 600 mg). La duración depende de la severidad, sitio de infección y respuesta clínica. Enfermedad diseminada (sin afección del SNC): Anfo b deoxicolato 1 mg/kg/día o anfo B liposomal 3-5 mg/kg/día. La duración depende de la severidad, sitio de infección y respuesta clínica.

1. Clínica: en la toxoplasmosis congénita existe un exantema maculopapular, ictericia, hepatoesplenomegalia, y alteraciones neurológicas, y alteraciones coagulación (trombocitopenia). En la toxoplasmosis adquirida existen alteraciones visuales y neurológicas. Diagnóstico: es independiente del nivel de CD4. En la mujer embarazada se debe de realizar el PCR en el líquido amniótico, además existen pruebas serológicas (IgG e IgM).
2. Clínica: diarrea persistente, cólicos abdominales, fatiga, pérdida de peso y pobre ganancia ponderal. Diagnóstico: tinción Kinyou.
3. Clínica: disnea de reposo, taquipnea, tos no productiva, fiebre + infiltrado intersticial + disociación O2 /CO2: hipoxemia con normocapnia. Diagnóstico: en niños menores de un año de edad el riesgo no depende de los CD4 y en los mayores de 1 año de edad las células CD4 son inferiores al 15%. El diagnóstico definitivo se realiza con broncoscopia y lavado broncoalveolar.
4. Cuando no se especifica el tiempo de duración del tratamiento, este se mantiene en función del recuento de células CD4.
5. Contraindicado en menores de 7 años.



NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Tabla 40. Recomendaciones de profilaxis primaria, en las infecciones oportunistas, en niños con VIH.

Microorganismo	Indicación	Primera elección ¹
Protozoos		
	< 6 años con CD4 < 15% ≥ 6 años con CD4 < 100	
Toxoplasmosis gondii ¹	Indicaciones para discontinuar: ≥6 meses en ARV y • 1-5 años CD4 ≥ 15% o ≥ 500 cel/mm ³ por 3 meses consecutivos. • ≥ 6 años con CD4 ≥ 15% o > 100- 200 cel/mm ³ por tres meses consecutivos.	TMP/SMX 150 mg/m2/día en dos dosis. Alternativa: igual dosis administrada 3 veces por semana en días alternos.
Micobacterias		
Mycobacterium tuberculosis	PPD ≥ 5mm, contacto cercano con cualquier persona bacilífera. Siempre excluir enfermedad activa por medio del descarte de tos, fiebre, pérdida de peso y/o sudoración nocturna. <1 año CD4 < 750 1-2 años CD4 < 500 2-5 años CD4 < 75 ≥ 6 años con CD4<50 cel/mm ³	INH 10 mg/kg/día (dmáx al día de 300 mg) por seis meses. En caso de resistencia a INH: rifampicina 10/kg/día (máx 600 mg) por 3-4 meses.
Complejo Mycobacterium avium	Indicaciones para discontinuar: • < 2 años: No discontinuar, considerar suspender en > de 2 años después de seis meses de TARV. • 2-5 años : CD4>200 cel/mm ³ por > 3 meses consecutivos. • ≥6 años si CD4 > 100 cel/mm ³ > 3 meses consecutivos.	Claritmicina 7.5 mg/kg (dmáx 500 mg) BID ó Azitromicina 20 mg/kg (dmáz 1200 mg) VO una vez por semana.
Virus		
Citomegalovirus	Recomendado sólo en circunstancias particulares. CMV positivo con inmunosupresión severa CD4 <50.	Valganciclovir 900 mg/día vo con comida, para niños mayores que puedan recibir dosis de adultos. Inmunoglobulina IV 400 mg/kg en las primeras 96 horas postexposición.
Varicela -zooster	Expuesto seronegativo	Si > 96 horas postexposición: Aciclovir VO 20 mg/kg/dosis 4 veces al día por 5-7 días (dmáx 800mg).





Microorganismo	Indicación	Primera elección ¹
Hongos		
<i>Pneumocystis jiroveci</i> ²	Todo niños expuesto desde las 4 - 6 semanas INDEPENDIENTE del CD4	TMP/SMX (150 mg/750 mg)/m ² /por día dividido en dos dosis administrado diariamente. Alternativa: igual dosis administrada tres veces por semana en días alternos.
	Indicaciones para discontinuar: • si se descartar la infección por VIH. • Tener doce meses de edad Continuar tratamiento posterior a los 12 meses de edad si: • 1-5 años cuyo CD4 <500 células/mm ³ o <15% • ≤ 6 años cuya CD4 <200 células/mm ³ o <15%	
Bacterias		
Infecciones bacterianas invasoras	Hipogammaglobulinemia (IgG < 400 mg mg/dl)	IGIV 400 mg/kg c/2-4 semanas.

² La profilaxis se mantiene en función del recuento de CD4.

Tabla 41. Recomendaciones de profilaxis para infecciones oportunistas recurrentes en niños con VIH.

Microorganismo	Indicación	Primera elección ¹
Protozoos		
<i>Toxoplasmosis gondii</i> ¹	Encefalitis por toxoplasmosis previa	Sulfadiazina* 85-120 mg/Kg/día (máx. 2-4 g/día) VO en 2-4 dosis cada 24 horas + Pirimetamina 1 mg/Kg ó 15 mg/m ² (máximo 25 mg) VO cada 24 hrs. + Ácido fólico 5 mg VO cada tres días. *Alternativa: Clindamicina 20-30 mg/Kg/día VO en 4 dosis + Pirimetamina 1 mg/Kg VO cada 24hrs + Ácido fólico 5 mg VO cada tres días.
	Indicaciones para discontinuar: • ≥ 6 meses en TARV • Tratamiento primario completado • Asintomático • 1-5 años CD4 ≥ 15% por > 3 meses • ≥ 6 años CD4 > 200 cel/mm ³ por 3 meses consecutivos	
Bacterias		
<i>Salmonella sp (no- typhi)</i>	Bacteriemia	TMP/SMX 150-750 mg/m ² VO en 2 dosis VO cada 24 horas durante 12 semanas.
Micobacterias atípicas		
Complejo <i>Mycobacterium Avium</i>	Enfermedad previa	Claritromicina 7.5 mg (máximo 500 mg) VO cada 12 horas + Etambutol 15 -25 mg/Kg (máximo 2.5 g) VO cada 24 horas ± Rifabutina 5 mg/Kg (máximo 300 mg) VO cada 24 horas.
	Indicaciones para discontinuar: • ≥ 6 meses en TARV • Tratamiento primario por al menos 12 meses completado • Asintomático • 2-5 años CD4 ≥ 200 por ≥ 6 meses • ≥ 6 años CD4 ≥ 100 cel/mm ³ por 6 meses consecutivos	

Microorganismo	Indicación	Primera elección ¹
Virus		
Citomegalovirus	Retinitis previa, enfermedad neurológica, enfermedad gastrointestinal con recaída.	Ganciclovir 5 mg/Kg IV cada 24 horas ó Foscarnet 90-120 mg/kg IV cada 24 horas ó Valganciclovir 900 mg/kg día para niños mayores que puedan recibir dosis de adultos.
	Indicaciones para discontinuar: • ≥ 6 meses en TARV. • Evaluación por oftalmología. • 1-5 años CD4 ≥ 15% por ≥ 6 meses. • ≥ 6 años CD4 ≥ 100 cel/mm ³ por seis meses consecutivos.	
Hongos		
<i>Pneumocystis jirovecii</i>	Neumonía previa por <i>Pneumocystis jirovecii</i> .	TMP/SMX 150 mg/m ² / día en dos dosis
	Indicaciones para discontinuar: • ≥ 6 meses en TARV. • 1-5 años CD4 ≥ 15% por ≥ 3 meses consecutivos. • ≥ 6 años CD4 > 200 cel/mm ³ por ≥ 3 meses consecutivos. Enfermedad documentada.	Alternativa: igual dosis administrada tres veces por semana en días alternos.
<i>Cryptococcus neoformans</i>	Indicación para discontinuar: • Edad ≥ 6 años. • ≥ 6 meses en TARV. • Asintomático y completó ≥ 6 meses en profilaxis secundaria. • CD4 ≥ 200 cel/mm ³ por ≥ 6 meses.	Fluconazol* 6mg/Kg (máx. 200 mg) VO cada 24 horas. *Alternativa: Itraconazol 5 mg/Kg /día.
	Enfermedad documentada	
<i>Histoplasma capsulatum</i>	Indicaciones para discontinuar: • Edad ≥ 6 años. • ≥ 6 meses en TARV. • Manejo con itraconazole ≥ 1 año. • Cultivos negativos. • CD4 > 150 cel/mm ³ .	Itraconazole 5mg/kg/dosis VO (máx. 200 mg) BID hasta reconstitución inmune. Fluconazol 3-6 mg/Kg VO cada 24 horas (máx. 200 mg).



¹ Cuando no se especifica el tiempo de duración del tratamiento, este se mantiene en función del recuento de las células CD4.

ANEXOS



NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Anexo 1. Cuestionario de evaluación del adolescente en plan de transición.

Conoces su condición y cómo cuidar de su salud	S	N	NES/AV	N/A
¿Conoces tu diagnóstico?				
¿Conoces cómo adquiriste la infección?				
¿Conoces los síntomas que puede producir tu condición?				
¿Tomas tus medicamentos sin ayuda de tus familiares?				
¿Tienes alguna dificultad en tomar tus medicamentos?				
¿Entiendes qué es carga viral?				
¿Entiendes qué es CD4?				
¿Conoces cómo evitar la transmisión del virus a otros?				
¿Conoces cómo mantenerte saludable?				
¿Visitas regularmente al médico?				
¿Están tus vacunas al día?				
¿Usas cigarrillos, drogas o tomas bebidas alcohólicas?				
¿Tienes sexo sin protección?				
¿Haces actividad física al menos tres veces por semana?				
Sabe cómo mantenerse seguro	S	N	NES/AV	N/A
¿Sabes a quién llamar en caso de emergencia?				
¿Tienes los teléfonos de emergencias, familiares o amigos?				
¿Sabes cuál es la clínica más cercana a tu hogar?				
¿Sabes el nombre de la clínica y nombre del médico que te atiende?				
¿Reconoces cuándo te sientes enfermo?				
¿Sabes explicar lo que está mal con tu cuerpo? ¿Cómo te sientes?				
Conoce cómo atender sus necesidades de salud	S	N	NES/AV	N/A
¿Sabes dónde se obtienen las citas con tu médico?				
¿Eres el responsable de obtener tus citas?				
¿Sabes dónde se retiran tus medicamentos?				
¿Eres responsable de retirar tus medicamentos?				
¿Conoces los nombres y dosis de tus medicamentos?				
¿Conoces cómo se toman tus medicamentos?				
¿Conoces los efectos adversos que pueden producir tus medicamentos?				



¿Si tienes preguntas respecto a tus medicamentos o tu condición, te sientes en la capacidad de preguntarle a tu médico?				
¿Sabes si tienes derecho a seguro social?				
Si no tienes derecho a seguro social ¿sabes cómo podrías obtenerlo?				
Tiene conocimiento de educación sexual	S	N	NES/AV	N/A
¿Sabes qué es una infección de transmisión sexual?				
¿Sabes cómo se previene una infección de transmisión sexual?				
¿Sabes cómo prevenir un embarazo?				
¿Sabes qué es un preservativo (condón)?				
¿Sabes cómo se usa?				
¿Si ya has tenido relaciones sexuales, usas preservativos en todas tus relaciones sexuales?				
¿Entiendes las responsabilidades de ser padre/madre?				
¿Sabes cómo tu condición podría afectar el embarazo y al bebé?				
Estudios, trabajo y planes	S	N	NES/AV	N/A
Asistes a la escuela.				
Trabajas.				
Tienes planes para continuar tus estudios.				



S= Sí N= No NES/AV= No estoy seguro / A veces N/A= No aplica

Anexo 2. Listado de verificación de transición.

Nombre:						
Cédula:						
Fecha de inicio:						
Fecha de cierre:						
	< 11 años		11-14 años		15-18 años	
Conocimiento de su condición y manejo	Evaluado Discutido	Alcanzado	Evaluado Discutido	Alcanzado	Evaluado Discutido	Alcanzado
Interacción directa con el equipo, hace preguntas.						
Conoce su diagnóstico.						
Entiende qué es el VIH.						
Entiende qué son las células T.						
Entiende qué es carga viral.						
Nombra medicamentos y dosis.						
Nombra indicaciones para tomarlos (comida, ayuno, etc.).						
Nombra efectos adversos.						
Toma medicamentos de forma independiente.						
Proporciona su historia clínica independientemente.						
Puede obtener sus citas sin asistencia.						
Nombra indicaciones para asistir a un cuarto de urgencia.						
Mantiene un calendario de sus citas.						
Identifica a los miembros del equipo de salud y sus funciones.						
El adolescente mantiene actividades de salud preventiva.	Evaluado Discutido	Alcanzado	Evaluado Discutido	Alcanzado	Evaluado Discutido	Alcanzado
Visita al dentista cada 6 meses.						
Mantiene sus inmunizaciones al día.						
Estilo de vida saludable (actividad física, nutrición balanceada).						
Se abstiene del uso de alcohol, cigarrillos, drogas.						
El adolescente muestra conocimiento en sexo responsable.						
Identifica situaciones de riesgo, explotación sexual, victimización.						
Conoce ITS, mecanismos de prevención.						
Conoce métodos de prevención de embarazo.						



Entiende riesgo de la condición para el embarazo y producto de la gestación.						
El adolescente tiene plan de vida.						
Tiene planes de educación y/o trabajo.						
Entiende beneficio de acceso a seguridad social.						

En gris la edad sugerida en la que el paciente debe haber adquirido la habilidad y conocimiento, sin embargo, la evaluación es individualizada de acuerdo con el momento del diagnóstico y capacidades neurocognitivas del adolescente.

Nombre del evaluador: _____



GLOSARIO DE TÉRMINOS

Inicio rápido del Tratamiento: se define como el comienzo del tratamiento desde el diagnóstico de la infección por VIH, dentro de los 7 días desde el diagnóstico de la infección por el VIH.

Paciente naíve: se denomina así a aquellos personas que viven con VIH que no han tenido tratamiento antirretroviral previo.

Descentralización: Es una medida para aumentar el acceso a la atención y disminuir los períodos de espera de las personas que reciben atención en los establecimientos para así mejorar la retención a través de inicio del TAR y su mantenimiento en establecimientos de salud periféricos.

Autocuidado: son las acciones que permiten al individuo atender de una forma adecuada su situación de salud, frente a determinada enfermedad, a fin de evitar el deterioro y/o complicaciones.
Anticoncepción oral de emergencia: La anticoncepción oral de emergencia es un método que previene el embarazo después de un acto sexual sin protección.

Pareja serodiscordante: corresponde a una pareja donde uno de los miembros es VIH(+).

Servicios Especiales para pacientes con VIH: corresponde a los servicios que especialmente se le otorgan a un paciente de VIH como Médico especialista en enfermedades infecciosas, Médico especializado en VIH, Enfermera y Especialista en Salud Mental (psicólogo o psiquiatra).

Cuidados paliativos: corresponde a los cuidados en situaciones en que se evidencia avance de la enfermedad y en los cuales se debe implementar lo normado en el Programa Nacional de Cuidados Paliativos.

Trabajo social: grupo de acciones que buscan trabajar de manera conjunta con las personas con VIH, sus familiares, amigos o personas cercanas, organizaciones y comunidades para valorar las necesidades específicas del paciente, de manera de apoyar social y psicológicamente a la persona con VIH y sus familiares.

MoniTARV: Sistema informático (Software) que permite el Registro Médico Electrónico (RME) de los pacientes en TARV.

Síndrome retroviral agudo: período inmediatamente posterior a la infección primaria.

Marcadores Virales: serie de exámenes de diferente tipo, que permiten la revisión y seguimiento de la progresión de la enfermedad.

Terapia Antirretroviral: paquete de intervenciones de apoyo que todas las personas con diagnóstico de VIH positivo deben recibir y que aseguren una vinculación oportuna con la atención. Busca reducir la carga viral, mejorar el sistema inmunológico, mejorar la calidad de vida del paciente y minimizar la necesidad de hospitalizaciones, entre otras.



Medicamentos antirretrovirales: son los distintos tipos de medicamentos que actúan en diferentes puntos del ciclo vital del virus. (Inhibidores de fusión y antagonistas CCR5, Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa, Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa, Inhibidores de Integrasa, Inhibidores de Proteasa (IP) e Inhibidores de la Posfijación).

Resistencia a fármacos antirretrovirales: es la resistencia a los fármacos antirretrovirales de algunos virus que se convierten en los virus más prevalentes en el flujo sanguíneo de la persona con VIH, lo que causa disminución del estado de inmunidad en los pacientes.

Tratamiento de primera línea: es el tratamiento recomendado para el VIH que incluye medicamentos antirretrovirales (ARV) que son inocuos, eficaces y prácticos para la mayoría de las personas infectadas que nunca han recibido antirretrovirales.

Tratamiento de segunda línea: es el tratamiento de aquellos pacientes que bajo la nueva definición de la OMS hayan transicionado de una segunda línea con IP a DTG o que se sospeche falla virológica.

Tratamiento de tercera línea por fracaso terapéutico: es el tratamiento indicado previa prueba de resistencia para los pacientes que experimenten fracaso virológico a un esquema de segunda línea.

Exposición ocupacional al VIH: es una emergencia que se presenta por algún motivo, y requiere por tanto de un abordaje inmediato.

Exposición no ocupacional al VIH: son situaciones no habituales de exposición como el abuso sexual u otras actividades con riesgo de intercambio de fluidos.

Enfermedades Oportunistas: son una serie de posibles infecciones como la tuberculosis y la meningitis criptocócica, que condicionan las consideraciones clínicas al implementar el inicio rápido del TAR.

Transmisión Vertical: la transmisión vertical o perinatal se refiere a la transmisión del virus del VIH de la madre a su hijo.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministerio de Salud (2017) Norma técnica nacional para el control de la tuberculosis.
- World Health Organization (2022) WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: Treatment, Drug susceptible tuberculosis treatment.
- World Health Organization (2021) Guidelines: Updated recommendations on HIV prevention, infant, diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring.
- World Health Organization (2021) Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service, delivery and monitoring: recommendations for a Public Health approach.

