

Guía
práctica
para la atención
integral
de personas adultas
con VIH en el
primer nivel
de atención

GUÍA PRÁCTICA
PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL
DE PERSONAS ADULTAS CON VIH
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministra de Salud y Desarrollo Social

Dra. Carolina Stanley

Secretario de Gobierno de Salud

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos

Dr. Mario Kaler

**Subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades
Comunicables e Inmunoprevenibles**

Dra. Miriam Inés Burgos

Coordinación editorial

Julia Recchi y Sergio Martini

Redacción

Paula Thierbach, Emiliano Bissio y Lidia Espínola

Colaboración en la redacción

Patricio Cuba, Clara Chouhy, Paula Fendrik, Lucia Cantón y Belén Mobrivi (Residencia de Medicina General), y Lorena Barilá (Residencia de Educación para la Salud)

Revisión externa

Emanuel Adrián Cardozo, Analía Cudolá, Gabriela Barbas, Gustavo Lopardo, Pedro Cahn y Cristina Freuler

OPS/OMS Wahsington DC: Giovanni Ravasi.

OPS/OMS Argentina: Marcelo Vila.

ONUSIDA: Clarisa Brezzo.

Diseño: Andrés Venturino

Se agradece la contribución técnica y financiera de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para el desarrollo de esta publicación. Los puntos de vista u opiniones contenidos en ella son exclusivos de los autores y no representan necesariamente los de la OPS/OMS. Asimismo se agradece la contribución técnica y financiera del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el Sida (ONUSIDA).

Índice

Abreviaturas	7
Prefacio	10
Introducción	11
Lineamientos para el abordaje desde el PNA	14
Propuestas para la implementación de la descentralización.....	15
Recomendaciones para el abordaje de las PcVIH.....	21
Diagnóstico	21
Test Rápido de VIH.....	22
Diagnóstico de la infección aguda o primo-infección	22
Abordaje inicial y estadificación	23
Tratamiento Antirretroviral: ¿Cuándo comenzar el TARV?.....	27
¿Con qué comenzar el TARV?.....	28
SRIS.....	30
Eventos adversos	31
Interacciones medicamentosas	35
Seguimiento	37
Laboratorio CV y CD4.....	37
Adherencia: Consideraciones sobre la atención integral de las PcVIH.....	38
Adherencia al tratamiento como prevención: supresión viral y transmisión del VIH en relaciones sexuales.....	40
PcVIH con carga viral detectable.....	42
Fallo de tratamiento.....	43
Test de resistencia	44
Simplificación.....	44

Prevencción y manejo de co-infecciones frecuentes.....	45
Prevencción y manejo de comorbilidades frecuentes	48
Prácticas preventivas y Vacunas.....	53
Salud Sexual y Salud Reproductiva	56
Infecciones de transmisión sexual.....	60
Vigilancia epidemiológica	62
Referencias.....	63

Abreviaturas

3TC	Lamivudina
ABC	Abacavir
ACI	Anticonceptivo combinados Inyectables
ACO	Anticonceptivos combinados Orales
AGO	Anticonceptivos con gestágenos orales
AINE	Antiinflamatorios no esteroides
ARN	Acido ribonucleico
ARV	Antirretrovirales
ATV	Atazanavir
BLIP	Escape viral transitorio
CCU	Cáncer cervicouterino
CME	Criterio Medico de Elegibilidad
CPK	Creatina-fosfocinasa
CV	Carga viral
DIU LNG	Dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel
DIU-Cu	Dispositivos intrauterinos de cobre
DMO	Densidad Mineral Ósea
DMPA	Anticonceptivos con gestágenos inyectables (acetato de medroxiprogesterona de depósito)
DRV	Darunavir
DRV/r	Darunavir / Ritonavir
DSETSHYT	Dirección de Sida, Enfermedades de Transmisión Sexual , Hepatitis y Tuberculosis
DT	Doble Adultos
DTG	Dolutegravir
dTPa	Difteria tetanos pertussis acelular

ECV	Enfermedades cardiovasculares
EFV	Efavirenz
ENT	Enfermedades no transmisibles
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ETG	Etonogestrel
FR	Factores de Riesgo
FTC	Emtricitabina
HAV	Virus de la hepatitis A
HBV	Virus de la hepatitis B
HCV	Virus de la hepatitis C
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
I=I	Indetectable igual intransmisible
ILE	Interrupción Legal del Embarazo
INNTR	Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa
INTR	Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa
IP	Inhibidores de la proteasa
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LNG	Levonorgestrel
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
MAC	Métodos Anticonceptivos
NET-EN	Enantato de noretisterona
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAP	Prueba de Papanicolaou
PCR	Proteína C reactiva
PcVIH	Persona con VIH
PNA	Primer Nivel de Atención
PPD	Derivado proteico purificado
RAL	Raltegravir
RCVG	Riesgo Cardiovascular Global
RTV	Ritonavir
SADI	Sociedad Argentina de Infectología

SDL	Síndrome de Lipodistrofia
SDRA	Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIL/ASCUS	Lesiones precancerosas
SOMF	Sangre Oculta en Materia Fecal
SIRIS	Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica
TAR/TARV	Tratamiento antirretroviral
TBC	Tuberculosis
TDF	Tenofovir
TG	Triglicéridos
TMI	Transmisión materno infantil
TMP-SMX	Trimetoprima y sulfametoxazol
TP-PA	T Pallidum Particle Agglutination
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VPH	Virus del Papiloma Humano

Prefacio

La respuesta al VIH-sida en la Argentina resulta del trabajo conjunto de diferentes actores vinculados a los niveles de gestión sanitaria (nacional, provincial y municipal) y de sectores gubernamentales y no gubernamentales, buscando generar estrategias basadas en el enfoque de salud integral, el acceso universal al tratamiento antirretroviral y a la prevención combinada en el marco de respeto de los derechos humanos, la equidad de género, la expresión de la sexualidad en toda su diversidad y la no discriminación, con acciones dirigidas a favorecer el diagnóstico temprano del VIH, mejorar la calidad de vida de las personas con VIH, garantizar la accesibilidad a los servicios de salud, disminuir la mortalidad relacionada al VIH y la prevención del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

La actual situación del VIH como enfermedad crónica transmisible genera nuevas posibilidades (y necesidades) de abordaje que implican cambiar el modo sanitario tradicional de gestión vertical, necesario en los primeros años de la epidemia, a una respuesta integral en salud que asegure calidad de una respuesta articulada según las necesidades de las personas. El actual desafío consiste en ampliar la oferta de acciones en prevención e implementar y consolidar un modelo de cuidado integral mediante la descentralización del cuidado de la salud, construido en los territorios y con la comunidad. Estas acciones deben ser guiadas por los principios que promovemos desde la DSETSHYT tales como la universalidad, la accesibilidad, información de calidad y participación social.

Para la consolidación de esta propuesta de un nuevo modelo de atención de PcVIH deben asumir un rol protagónico tanto las autoridades sanitarias locales, el programa de VIH municipal y el primer nivel de atención, a quienes destinamos la presente guía y las estrategias propuestas.

Introducción

La presente “Guía práctica de atención integral para personas adultas con VIH (PcVIH) en el Primer Nivel de Atención (PNA)” tiene como objetivo acompañar a los equipos de salud en el proceso de descentralización, desconcentración del diagnóstico y atención de las PcVIH, brindando herramientas para una asistencia en salud que garantice calidad, integralidad y continuidad.

Durante el “Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el continuo de la atención del VIH”, desarrollado en mayo del 2014 en la Ciudad de México y organizado por OPS/OMS y ONUSIDA, Argentina suscribió las metas 90-90-90: que el 90% de las personas con VIH conozcan su diagnóstico; el 90% de estas reciban tratamiento antirretroviral (TARV) y el 90% de las mismas se encuentren con carga viral indetectable sostenida para el año 2020.

Lograr estas ambiciosas metas implica aumentar el diagnóstico, iniciar precozmente el tratamiento antirretroviral (TARV) y lograr la sostenibilidad de las personas en el mismo. En las guías 2016 de la OMS se invita a los países a actualizar sus modelos de atención asegurando los estándares de calidad y la capacitación de los equipos de salud. El aumento en el número de pacientes diagnosticados (y por lo tanto en tratamiento según las directrices actuales) representa un desafío para los servicios de salud en los próximos años.

A 30 años del inicio de la epidemia se produjeron profundos cambios en relación al cuidado de las PcVIH, siendo aspectos fundamentales el diagnóstico precoz y la implementación del tratamiento antirretroviral. El desafío que se plantea hoy es el de ampliar el acceso oportuno al TARV y abordar de manera integral las necesidades de cada persona. Y es en este escenario actual donde la descentralización de la atención de los pacientes con VIH surge como estrategia de abordaje para la solución de problemas. Al referirnos a la descentralización aludimos a la delegación de funciones desde el tercer nivel al segundo y al primer nivel de atención. Mayorita-

riamente, hasta el momento las PcVIH han sido atendidas exclusivamente en los consultorios especializados de Infectología. Con la expansión del tratamiento y el acceso al mismo de personas con VIH que se mantienen estables comenzaron a tener mayor relevancia en la problemática diferentes obstáculos que impactan sobre la calidad de vida de las personas y dificultan el acceso al tratamiento, como las distancias geográficas extensas entre el lugar donde residen las personas y el servicio de atención médica, los requisitos administrativos rigurosos, los horarios de atención limitados, la atención no integrada que motiva múltiples visitas, la demora en los turnos y los costos de traslado, entre otros. La sobrecarga de demanda en los servicios de Infectología muchas veces se corresponde con necesidades (en la atención) que pueden ser resueltas en servicios de menor complejidad o en el PNA.

Asimismo con el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno podemos observar actualmente una diversidad en las necesidades de atención de las personas con VIH, desde una atención especializada (enfermedades oportunistas, fallos virológicos y/o diagnóstico tardío), hasta una atención de personas perfectamente estables con carga viral indetectable sin complicaciones y que no demanda alta complejidad de servicios.

El PNA se constituye como la puerta de entrada al sistema de salud, favoreciendo la accesibilidad e integralidad para una atención de calidad, lo más cerca posible del lugar donde transcurre la vida de las personas. Su modalidad de trabajo otorga la posibilidad de constituir equipos de trabajo interdisciplinarios y servicios en red, entendiéndolos como la estrategia más adecuada y enriquecedora para encarar tareas que exigen la puesta en práctica de conocimientos y habilidades. Hay que tener en cuenta que la descentralización de la atención de las PcVIH es un proceso en el que intervienen actores de distintos niveles del Sistema de Salud y equipos de salud de diferentes disciplinas. Requiere, por una parte, la toma de decisiones y el establecimiento de acuerdos entre los diferentes actores involucrados y, por otra, la construcción de equipos de atención. Para ello, es necesaria la reorganización de los modos de trabajo en salud, es decir, poder construir equipos ampliados de trabajo constituidos por el Programa de VIH local, el servicio de Infectología de referencia, el laboratorio de referencia, la farmacia, el equipo de salud del PNA, enfermería, salud mental, servicio social, entre otros.

Las necesidades actuales de las personas adultas con VIH en el contexto del VIH como enfermedad crónica, el aumento de la

sobrevida y la necesidad de abordar comorbilidades crónicas, así como otras necesidades de atención médica general propician el rol del primer nivel de atención donde se proveerá una atención integrada e integral que no dependa de un modelo vertical, sino que esté totalmente integrado a la prestación de servicios médicos. Se considera también que la atención en el PNA integrada a la atención médica general no identifica a la PcVIH por su condición VIH, sino que por su visión de atención más holística y centrada en la persona (VIH entre otras necesidades como planificación familiar, hipertensión, diabetes o inmunizaciones, etc.) con el valor agregado de reducir el estigma asociado a centros de salud especializados y específicos para personas con VIH que también consideren la atención diferenciada, incluso para la prescripción y la distribución de medicamentos, a fin de mejorar la adherencia y la retención durante la atención y el tratamiento.

La posibilidad de entablar una relación más cercana con los usuarios se favorece cuando las intervenciones se ajustan a las necesidades de las personas y/o de la comunidad. Esta guía es parte del apoyo técnico para un proceso de transformación y mejoramiento del acceso al diagnóstico y a la atención de las PcVIH.

Lineamientos para el abordaje desde el PNA

El abordaje de las PcVIH requiere de una perspectiva integral, interdisciplinaria y con servicios integrados en red para garantizar una atención continua desde el diagnóstico. Como hemos señalado, la situación actual de la epidemia favorece el abordaje desde el PNA a través de un modelo de atención por equipos de salud. Esta estrategia requiere definir las responsabilidades del equipo de salud del PNA y su articulación tanto con el especialista de referencia y con los otros niveles de atención, como con otras áreas o servicios transversales, para lo cual deben quedar claramente establecidos los circuitos locales y las vías de comunicación correspondientes: mecanismos de referencia y contrarreferencia, generación y evaluación de flujogramas locales, instancias de interacción para la definición de roles, discusión de situaciones emergentes, capacitación conjunta, evaluación y monitoreo, entre otras.

Propuestas para la implementación de la descentralización

A continuación se describen dos propuestas diferentes que pueden ser tomadas y adaptadas por los centros de salud con el objetivo de lograr descentralizar la atención, permitiendo que el cuidado y el seguimiento de las PcVIH estables sea realizado por profesionales de la salud debidamente capacitados en el primer nivel de atención u hospitales de baja complejidad sin médicos infectólogos.

1 El primer modelo propuesto está dirigido a aquellos centros que tengan la intención de incorporar la atención de las PcVIH por médicos/as del primer nivel de atención desde el momento en que la persona recibe el diagnóstico de la infección (éste incluye la evaluación inicial, la estadificación, la indicación del tratamiento antirretroviral, el seguimiento, la administración de medidas profilácticas para prevenir otras infecciones, etc.).

Este modelo supone el seguimiento clínico en el primer nivel de atención con derivación al médico/a infectólogo/a solo en situaciones específicas en las que la PcVIH padezca o tenga alto riesgo de padecer complicaciones asociadas o no a su infección (por ejemplo: falla al tratamiento, deterioro muy avanzado del estado inmunitario, presencia de complicaciones tales como infecciones oportunistas o marcadoras, tumores, fallo severo en la adherencia, etcétera).

Es fundamental que los y las profesionales de la salud que apliquen este modelo estén bien entrenados en relación al manejo las PcVIH, tengan disponibles materiales de soporte (guías, recomendaciones, recurseros, etc.) que les permitan tomar decisiones en determinadas situaciones, y que pueden discernir en qué situaciones es necesario derivar al médico/a infectólogo/a; debe estable-

cerse un mecanismo de consulta rápida al médico/a Infectólogo/a por dudas que puedan surgir y ser resueltas con una consulta telefónica por parte del equipo de salud, así como una adecuada red de derivación con referencia y contrarreferencia.

Prevía a la implementación de las estrategias de descentralización, resulta imprescindible el entrenamiento y capacitación del equipo de salud que vaya a participar en la atención de personas con VIH. Asimismo es necesario el monitoreo del trabajo mediante, por ejemplo reuniones periódicas entre los/las integrantes de los equipos de salud del primer nivel y segundo nivel de atención (se sugiere una vez al mes) con el objetivo de discutir los casos y hacer un re-entrenamiento en cada reunión. Estas reuniones podrán ser presenciales o virtuales de acuerdo a las distancias y posibilidades.

Flujograma: Después de un test positivo para VIH, la persona será derivada a un médico/a del PNA. Este/a solicitará las pruebas para confirmar el diagnóstico, y si dichas pruebas resultan ser positivas, citará a la persona para la primera visita. Esta primera visita será realizada también por la persona del PNA capacitada en devolución de un resultado positivo para VIH y en el abordaje inicial de la PcVIH. Durante la misma se evaluará a la persona y se decidirá si cumple con criterios para continuar siendo atendida en el ámbito de atención primaria o deberá ser derivada a un especialista a partir de esa misma consulta (ver tabla 1). En esta estrategia de descentralización este paso es clave, los/las profesionales del PNA deberán estar entrenados/as para poder discernir si la persona es un/a paciente estable (ver Tabla 2) o si deberá ser derivada a otro nivel de atención. Según datos oficiales, aproximadamente un 50 a 60% de las personas con diagnóstico reciente de VIH podrían ser seguidas en el PNA, pues su estado inmunológico es bueno y no presentan complicaciones o comorbilidades severas que requieren evaluación por el especialista al momento del diagnóstico. Si luego de la estadiación, la PcVIH cumple criterio de paciente estable, el/la profesional de PNA continuará la evaluación e indicará el tratamiento antirretroviral y otras eventuales medidas profilácticas o tratamientos de otros problemas de salud según sea necesario. Aún cuando la persona no cumpla criterios para ser derivada a infectología, está podrá necesitar una derivación a un profesional de otra especialidad si es que tiene alguna comorbilidad o está en riesgo de padecerlas (por ejemplo, si la persona refiere antecedente de trastornos relacionados a la salud mental, el médico tratante deberá derivarlo a una consulta con el/la especialista en salud mental, independien-

temente de la indicación del tratamiento antirretroviral y el resto de las medidas). Las personas que sean derivadas a Infectología, continuarán la atención médica con el/la médico/a infectólogo/a hasta que considere que la persona cumple criterios de continuar su seguimiento en el PNA (ver tabla 2). Todas las personas en seguimiento, independientemente si nunca fueron derivadas, o si realizaron algún tipo de seguimiento por parte del/a médico/a infectólogo/a y fueron contra referenciadas al PNA, deben ser evaluadas en todas las consultas en relación a los criterios de derivación. Si en alguna consulta cumplen con algún criterio de derivación, deberán ser derivadas.

2 La otra estrategia implica la evaluación inicial y el comienzo del seguimiento de las PcVIH por parte del/a médico/a infectólogo/a en el centro de referencia. Una vez que determine que las personas están en un seguimiento estable y cumplen con los criterios de derivación (ver tabla 2), derivarán a las mismas para que sean seguidas en el PNA. Esta estrategia es más conservadora pues se mantiene sin cambios el inicio del seguimiento, puede realizarse desde el primer momento con las personas ya en seguimiento, y se recomienda como fase inicial hasta que el equipo de salud del PNA se encuentre en condiciones de optar por el modelo 1. De todos modos, una vez que sean derivadas al PNA, también deberá evaluarse en todas las visitas si las personas cumplen con algún criterio de derivación. Si durante una visita se detecta que alguna de las personas de seguimiento cumple algún criterio de derivación, deberá ser nuevamente referenciada a el/la médico/a infectólogo/a. Es importante tener en cuenta que el equipo del PNA en los centros que realicen seguimiento de PcVIH, deben estar bien entrenados, de todas maneras, para una consejería en caso del diagnóstico preliminar de VIH positivo. Esto implica que una persona con un diagnóstico preliminar del VIH, tal vez en un testeo realizado en el PNA, pueda recibir una primera visita de orientación y consejería. El equipo del PNA podrá también indicarle los estudios confirmatorios para que luego sea eventualmente evaluado por el/la médico/a infectólogo/a. También en esta estrategia recomendamos mantener reuniones periódicas (idealmente una vez por mes) entre el equipo del PNA y el equipo de infectología, con el objetivo discutir los casos complejos y de realizar un re-entrenamiento continuo.

Es importante remarcar que para que la implementación de ambos modelos de descentralización sea exitosa, se requiere un plan de trabajo que debe incluir:

- Acuerdo entre el PNA, el programa de VIH jurisdiccional (provincial y/o municipal) y el hospital de referencia para integración de la red que implica: interconsultas, derivación de PcVIH, monitoreo y supervisión del trabajo de los equipos.
- Disponibilidad de farmacia del centro de salud con personal calificado para la dispensa de ARV en el mismo lugar y que garantice la trazabilidad de los tratamientos.
- Controles de laboratorio en el sitio de atención (esto implica poder realizar al menos la toma de muestras, y la implementación de un circuito de derivación al laboratorio que las procesará).
- Manejo de información médica integral de la PcVIH en seguimiento evitando la información disgregada en distintas áreas de atención.

Para que estos otros servicios sean implementados de manera correcta y con calidad, deberá estar presente en el centro de atención primaria un/a farmacéutico/a y, si esto no fuera posible, deberá garantizarse al menos la supervisión por parte de dichos profesionales de los procedimientos relacionados a la farmacia. También deberán armarse los circuitos necesarios para poder realizar la distribución de los medicamentos antirretrovirales desde el centro de mayor complejidad hacia la farmacia del centro de atención primaria de manera que no se produzcan episodios de desabastecimiento, que los medicamentos necesarios estén siempre disponibles para las personas cuando son indicados, que se resguarde la trazabilidad del tratamiento durante todo el circuito y que se mantengan las condiciones adecuadas de traslado y almacenamiento en todo momento. De la misma manera, deberán estar bien configurados los circuitos para la toma y derivación de muestras desde el sitio del primer nivel de atención hacia los laboratorios de mayor complejidad que procesarán las mismas. Además de estos dos servicios mencionados (farmacia y laboratorio), es deseable también que existan otros servicios (en la medida de las posibilidades de cada centro), como por ejemplo vacunatorio, grupos de adherencia, entre otros.

Al mismo tiempo debe tenerse en cuenta que independientemente cual sea el modelo que se aplique, es imprescindible la capacitación de los equipos de salud involucrados tanto previo como durante la implementación de la descentralización, haciendo énfasis en el perfeccionamiento de los/las médicos/as responsa-

bles de la atención de PcVIH quienes requerirán un entrenamiento previo en algún centro de referencia en atención de PcVIH.

La OMS define a una PcVIH como estable bajo TARV a aquellas personas que reciben TARV durante al menos una año, sin enfermedades en actividad, en ausencia de embarazo, con buen entendimiento de la adherencia a largo plazo, y que presentan una respuesta exitosa al tratamiento (definida como la determinación de dos cargas virales indetectables consecutivas), este grupo de personas, que no presenta gran complejidad, pueden efectuar su seguimiento en el PNA. Las PcVIH que presentan estadios avanzados de la enfermedad, deterioro inmunológico, comorbilidades que requieren atención, confecciones en actividad, neoplasias, o presentan eventos adversos, deben monitorearse de manera más cercana en conjunto con el servicio de infectología de referencia.

Tabla 1: Criterios para la derivación al médico/a infectólogo/a de las PcVIH que comienzan su atención en el PNA

Menores de 15 años.
Recuento de células CD4 <200 cel/mm ³
Fiebre persistente
Rx Tx anormal
Síntomas persistentes (tos, pérdida de peso, cefalea, disnea, etc)
Trastornos neurocognitivos evidenciados durante la consulta
Deterioro del sensorio
Presencia de comorbilidades de manejo complejo
Uso de medicamentos complejos
Evidencia clínica de patología infecciosa, tumoral o inflamatorias
Tratamiento ARV previo
Fallo virológico
Embarazo

Tabla 2: Criterios para la derivación al Primer Nivel de Atención (criterios de PcVIH estable)

Evaluar aceptación de la PcVIH de realizar su atención en el PNA
Recuentos de CD4 > 200 cel/mm ³ , de manera estable por al menos 6 meses
Carga viral indetectable, estable por al menos 6 meses en dos muestras consecutivas

Estabilidad clínica
Sin complicaciones en los últimos 6 meses
Sin fallos de tratamiento en los últimos 12 meses
No recibir esquemas de tratamiento antirretroviral de rescate (debido a fallos múltiples)

Tabla 3: Requisitos mínimos y deseables para implementar la descentralización de la atención en Centros de Atención Primaria

Acuerdo y coordinación con el programa de VIH jurisdiccional.
Equipo de salud estimulado y capacitado. ¹
Articulación con un servicio especializado para monitoreo y consulta.
Entrenamiento previo del equipo de salud del PNA por parte de un equipo de médicos/as infectólogos/as en relación con el cuidado de PcVIH.
Establecimiento de reuniones frecuentes (idealmente una vez al mes) de equipo de salud del PNA con los/las médicos/as infectólogos/as (no necesariamente presenciales).
Circuitos de referencia y contrarreferencia bien determinados, no sólo para la derivación a infectología, sino también para la derivación a otras especialidades y al PNA.
Farmacia con farmacéutico/a o persona entrenada supervisada por un farmacéutico/a que pueda dispensar los medicamentos.
Capacidad para realizar testeo de VIH e ITS (idealmente con tests rápidos o toma de muestra de no ser posible).
Capacidad para tomar muestras necesarias en el seguimiento de personas con VIH (y circuitos de derivación a los laboratorios que las procesarán).
Vacunatorio (deseable).
Actividades relacionadas con apoyo a la adherencia al TARV.
Monitoreo de dispensa de medicación, seguimiento clínico integral, etc.
Embarazo

1 - Recomendaciones para el sostén del trabajo en equipo:

- Realizar capacitación continua sobre el campo común de trabajo.
- Mantener reuniones de equipo periódicas. Son espacios adecuados para organizar el trabajo, compartir situaciones problemáticas que surjan, evaluar cómo se está trabajando, planificar e implementar supervisiones y capacitaciones orientadas a mejorar el funcionamiento. Establecer objetivos e indicadores, planificando estrategias acordes a los resultados obtenidos y a los nuevos desafíos.
- Definir los criterios comunes para realizar los registros del seguimiento de las personas.
- Definir en conjunto los circuitos por los que circulará la persona que está siendo atendida.
- Sensibilizar al equipo de salud en la temática y en el modo de trabajo interdisciplinario en todo el efector de salud.

Recomendaciones para el abordaje de las PcVIH

Diagnóstico

De acuerdo a los algoritmos diagnósticos para VIH publicados por la DSETSHYT¹ para realizar el diagnóstico de la infección por VIH, se requiere un estudio de tamizaje positivo (ELISA; test rápido, aglutinación de partículas), más otro estudio de tamizaje diferente al anterior (con distinta configuración antigénica) también positivo; y un método confirmatorio positivo (de preferencia carga viral (CV). Los estudios de tamizaje pueden ser realizados en un centro del PNA (ej. un test rápido). Un test negativo descarta la infección y solo debe aconsejarse repetir el test si hubo situaciones de exposición durante el período ventana por una exposición reciente reportada o identificada por el profesional de salud. Deben identificarse personas con perfil de riesgo substancial (ej. personas de poblaciones clave) a las cuales se tiene que aconsejar repetir la prueba con periodicidad.

Actualmente el **periodo ventana** de los test de VIH es de 1 mes salvo en el caso de coinfecciones. Por lo tanto en coinfecciones virales, especialmente con hepatitis B y C, se sugiere repetir las serologías de VIH a los 3 y 6 meses desde la exposición.

Si un test de tamizaje es positivo, deben ponerse en marcha un protocolo de confirmación que debe estar bien determinado por cada centro. Idealmente debería hacerse una extracción de sangre

1 - Ver Algoritmos de diagnostico de VIH definidos por la DSETSHYT del Ministerio de Salud de la Nacion http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001183cnt-2018-01-23_cuadernillo-algoritmo-diagnostico-VIH-2016.pdf

en el lugar y enviar la muestra a un laboratorio que pueda procesar un test confirmatorio. De no ser posible, derivar a la persona (ya con un turno protegido) para que se le realice la extracción en un centro de mayor complejidad. Es muy importante que estén bien determinados los mecanismos para ofrecer a las personas que obtienen resultados positivos una buena consejería preliminar; y establecer los mecanismos de derivación para que la persona quede contenida en el sistema de salud mientras se confirma o descarta la infección, y luego del resultado de la misma.

Recordar que el testeo debe estar acompañado de asesoramiento (pre y post test), debe ser voluntario, confidencial y requiere consentimiento. Para una descripción completa del proceso diagnóstico y la entrega de resultados, referirse al documento “Diagnóstico de VIH. Recomendaciones para el asesoramiento pre y post test” disponible en la página web de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC.²

Test Rápido de VIH

La posibilidad de realizar un test rápido de VIH amplía el acceso de la población a conocer su situación serológica de manera considerable ya que disminuye barreras geográficas, acorta los circuitos de derivación, permite implementar horarios ampliados de testeo, puede ser realizado en diferentes escenarios y por cualquier integrante del equipo de salud que esté capacitado y garantiza la entrega del resultado y el asesoramiento post-test.

Diagnóstico de la infección aguda o primo-infección

Se llama síndrome retroviral agudo al cuadro clínico que deviene de la infección aguda por VIH, habitualmente entre las 2 y 6 semanas luego de la transmisión. Suele presentarse con síntomas inespecíficos que muchas veces generan confusión y diagnósticos erróneos, por lo que se le debe prestar especial atención dado el impacto individual y comunitario de realizar un diagnóstico en esta

2 - http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000117cnt-2016-12_guia-diagnostico-asesoramiento.pdf

etapa. Este periodo con alta carga viral se relaciona con máxima capacidad de transmisión y gran impacto inmunológico, además de poder ser eventualmente el único contacto con el sistema de salud de la PcVIH hasta que padezca alguna enfermedad oportunista en estadios más avanzados.

Las manifestaciones más frecuentes de la primo-infección son:

- Síndrome mononucleosiforme
- Poliadenopatías, cefalea, artralgias, mialgias, fiebre
- Exantema cutáneo con o sin fiebre, a veces con faringitis y/o diarrea
- Cuadros neurológicos: parálisis facial periférica, polirradiculitis aguda, meningitis aséptica
- Alteraciones en laboratorio: leucopenia, trombocitopenia, aumento de transaminasas
- Excepcionalmente enfermedades consideradas marcadoras de estadio Sida: candidiasis esofágica, neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, criptococosis meníngea, etc.

Ante cualquier persona que presente un cuadro clínico sugestivo de primoinfección es importante realizar el testeo de VIH. Si la prueba inicial fue negativa o indeterminada, estas pruebas deberán repetirse a los 30 días de la primera para evitar el periodo de ventana o solicitar carga viral de VIH, según se evalúa en cada caso en particular.

Abordaje inicial y estadificación

Una vez confirmada la infección por VIH, las personas podrán, según el modelo aplicado, tener la primera consulta con un/a médico/a del PNA, capacitado y entrenado adecuadamente para continuar su atención en el PNA sin requerir de la intervención del/ de la médico/a infectólogo/a en el centro de referencia; o serán referidas al/ a la médico/a infectólogo/a para que se realice la evaluación inicial y continúe con el seguimiento hasta que se cumplan los criterios de derivación al PNA.

Si la atención de la PcVIH comienza en el PNA, es necesario recordar que en una primer instancia, el equipo debe asegurar la privacidad y confidencialidad de la consulta, dedicar tiempo para

aclarar dudas, explicar las características de la infección, la calidad y expectativa de vida, la importancia de los controles y periodicidad de los mismos, las características del tratamiento, los cuidados necesarios para sí y para evitar la transmisión a otras personas, las prácticas preventivas, y ofrecer información relacionada a la concepción y anticoncepción. Sugerir estudios a parejas e hijos e informar al paciente sobre riesgos y beneficios de develar o no develar su diagnóstico en los distintos ámbitos (pareja, familia, trabajo, amistades, etc) evaluando distintas estrategias de comunicación.

Luego de la consejería inicial y de aclarar las dudas del paciente, se procederá a realizar la historia clínica. Se sugieren los modelos de historia clínica semi-estructurada, incluyendo las distintas dimensiones que se deben abordar en las consultas para facilitar el seguimiento de las PcVIH:

Antecedentes personales y familiares:

- Historia de enfermedades personales (hospitalizaciones, TBC, ITS, otros).
- Historia de enfermedades familiares.
- Uso de medicamentos recetados y no recetados.
- Alergias.
- Vacunas.
- Estilo de vida: Hábitos alimentarios y actividad física, tabaquismo, alcoholismo, uso de drogas.
- Factores de riesgo cardiovascular.
- Historia de viajes.

Salud sexual:

- Uso correcto de preservativo y/o campo de látex.
- Historia de ITS: herpes, verrugas, sífilis, chlamydia, gonorrea, hepatitis.

Salud Reproductiva:

- Métodos anticonceptivos actual y previos.
- Número de hijos y deseo de embarazo.
- Fecha de Última Menstruación, evaluar posibilidad de embarazo, lactancia.

Evaluación psicosocial y posible adherencia:

- Reacción emocional desde el diagnóstico.
- Situación ocupacional y características del trabajo que realiza.
- Situación familiar y redes de apoyo.

Historia específica de VIH:

- Tiempo de evolución de la infección por VIH, posible fecha y fuente de transmisión.
- Tratamientos previos y actual.
- Adherencia al tratamiento.
- Historia de infecciones oportunistas, enfermedades marcadoras y hospitalizaciones.
- Estado inmunitario actual .
- Coinfecciones.
- Parejas sexuales: serología y posibilidad de transmisión y reinfección.

Cuadro Estudios complementarios y prácticas de consejería según frecuencia

Examen y/o Prácticas	Al inicio	Cada 6m	Al menos 1 vez al año	Al iniciar TARV	Comentarios
Examen Clínico	X		X	X	Realizar además siempre que haya síntomas.
Estudio de Resistencia	X				Se debe solicitar al inicio del seguimiento Siempre ante Fallo Terapéutico
Hemograma	X	X		X	Detectar posible citopenia por VIH. Si existe plaquetopenia descartar coinfección por VHC. De existir pancitopenia indagar sobre posible infección oportunista.
Recuento CD4	X	X	(X)	X	En PcVIH estable bajo TARV y con CD4 > 350 en forma sostenida durante 1 año, el monitoreo puede realizarse a intervalos de 12 meses. De no cumplirse estas condiciones se sugiere solicitar recuento de CD4 cada 6 meses hasta lograr que sea una PcVIH estable bajo TARV. En pacientes con recuentos CD4 < a 200/μL el monitoreo debe realizarse cada 3 meses una vez iniciado el TARV.
CV (Carga Viral)	X	X		X	Se solicita luego de 4-8 semanas del inicio o cambio del TARV. Se solicita, cada 3-6 meses para confirmar la supresión de la viremia y en pacientes estables bajo TARV puede espaciarse cada 6 meses.
HLA B5701	X				Solicitar sólo si va a utilizarse abacavir. En caso de ser positivo, la posibilidad de desarrollar hipersensibilidad a la droga es elevado por lo que en este caso está contraindicada.
Descartar embarazo	X			X	Para adecuar el TARV y planificar el seguimiento. Ofrecer MAC/preservativo en cada consulta.
Enzimas Hepáticas	X	X		X	Su alteración debe alertar sobre posible co-infección con HBV, HCV, infección oportunista o evento adverso del TARV.
Glucemia, Perfil lipídico (LDL, HDL, Colesterol total, triglicéridos)	X		X		Para detección, seguimiento y tratamiento y a fin de definir TARV de inicio o requerimientos de cambio por eventos adversos (ver recomendación)

Examen y/o Prácticas	Al inicio	Cada 6m	Al menos 1 vez al año	Al iniciar TARV	Comentarios
Urea, Creatinina y Filtrado Glomerular	X	X		X	En personas con mayor riesgo de Insuficiencia renal: Enf renal previa, pacientes añosos, IMC bajo, Diabetes, Hipertensión, uso de nefrotóxicos. Si se usa tenofovir
VDRL	X	X	X		Descartar la infección por treponema pallidum. Se puede requerir solicitar con mayor frecuencia según practicas sexuales de riesgo.
Serologías Hepatitis Hepatitis A (HAV IgG); Hepatitis B; Hepatitis C	X		(X)		En personas sin infección por HBV, vacunar con tres dosis y evaluar respuesta. Repetir anualmente serología para HCV en personas sin HCV. En personas con IgG HAV negativo vacunar con dos dosis. En presencia de coinfección por HBV o HCV derivar a especialista.
Serología Toxoplasmosis (Ac Toxo IgG)	X				Para evaluar riesgo de enfermedad por reactivación. Si es negativo realizar asesoramiento para evitar adquirir la infección
Serologías Chagas (testeo por dos métodos)	X				Para definir estado de infección y eventual tratamiento
Screening Tuberculosis latente (PPD)	X				Se considera positiva si entre 48 y 72 hs resulta > 5mm. En caso de resultar positiva debe descartarse la tuberculosis activa y realizar quimio-profilaxis.
Screening Tuberculosis	X		X		En cada consulta debe valorarse la presencia de tuberculosis evaluando la presencia de tos, fiebre, sudoración nocturna y/o pérdida de peso.
Screening <i>Chlamydia trachomatis</i> y <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	X		X		Evaluar solicitar con mayor frecuencia en pacientes con mayor exposición (ejemplo múltiples parejas sin uso de preservativo). Ver recomendaciones de diagnóstico de ITS Ministerio de Salud de la Nación.
Orina completa	X			X	
Evaluación del riesgo cardiovascular global	X		X	X	Para eventual requerimiento de cambio de TARV.
Vacunas	X		X		Ver capítulo <i>Prácticas preventivas y Vacunas</i> .
Rx de tórax	X		X		En caso síntomas respiratorios solicitar Rx y baciloscopia de esputo.
Examen ginecológico	X	(X)	X		PAP (cervical y anal en HSH) y colposcopia.

Tratamiento Antirretroviral: ¿Cuándo comenzar el TARV?

Toda persona con diagnóstico de VIH tiene indicación de iniciar tratamiento antirretroviral lo mas pronto posible.

El TARV tiene el objetivo de disminuir la morbi-mortalidad relacionada a la infección por VIH y mejorar la calidad y expectativa de vida de las personas. En la actualidad la recomendación es iniciar el tratamiento antirretroviral (TARV) en todas las personas con diagnóstico de VIH independientemente de su estatus inmunológico. Está demostrado que, de instaurarse precozmente, tiene el beneficio de disminuir la posibilidad de transmisión, el riesgo de complicaciones de la infección por VIH y aumentar las probabilidades de elevar el recuento de CD4.

En la mayoría de las personas que sostienen el TARV de manera prolongada es posible lograr la supresión viral. El retraso en el inicio del tratamiento como la a interrupción del mismo favorece la progresión de la enfermedad y se asocia a una mayor morbi-mortalidad. Es importante informar a la persona que el TARV deberá instaurarse de por vida y que sus beneficios dependen en gran medida de la adherencia al mismo. Por último, se debe tener en cuenta que los fármacos utilizados en el TARV pueden determinar reacciones adversas.

El tratamiento debe ofrecerse a todas las personas con infección por VIH, independientemente del recuento de células CD4

Cuando se recibe a una persona con diagnóstico de infección por VIH, debemos definir el momento adecuado para iniciar el tratamiento antirretroviral (lo antes posible cuando la persona se encuentre preparada para iniciar) priorizando a las personas que tienen síntomas relacionados a infección por VIH, infecciones oportunistas (excepto ante casos de criptococosis o tuberculosis, donde debe postergarse, ver más adelante), o si está embarazada. Si bien

el inicio del TARV está indicado en todas las personas con VIH, es importante tener en cuenta que aquellas con un sistema inmunitario más comprometido ($CD4 < 350/mm^3$), mayores a 50 años, con infección aguda por VIH, síntomas severos o prolongado o enfermedad neurológica asociada al VIH requieren del inicio inmediato del mismo. Si bien se considera que el inicio del TARV debe ser rápido en todas las personas, en aquellas con recuentos de $CD4 > 500/mm^3$, es posible diferir el inicio (únicamente si es estrictamente necesario) para preparar a la persona para el que comience el TARV.

Recordar que si bien son claros los beneficios del inicio precoz (idealmente inmediato) del TARV, excepto en los casos de mujeres embarazadas o en caso de inmunodepresión severa o presencia de enfermedades marcadoras, el inicio del TARV NO es una urgencia. En todo caso, el inicio del TARV debe ser consensuado con la PcVIH, debiendo esta estar informado de los riesgos y beneficios del mismo, de la necesidad de adherencia a las tomas y a los controles, como de la conducta ante olvido de tomas entre otros temas.

Quando comenzar en presencia de infecciones oportunistas

El inicio de TARV en presencia de infecciones oportunistas debe ser temprano para disminuir el riesgo de otros eventos definidores de sida y muerte, e incrementar más rápidamente el recuento de $CD4$. Sin embargo hay situaciones como la tuberculosis y la meningitis criptocócica que deben evaluarse individualmente teniendo en cuenta la situación clínica, el riesgo de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), las interacciones medicamentosas y la superposición de toxicidades. Siempre en presencia de inmunocompromiso avanzado y ante la presencia de infecciones oportunistas, el tratamiento y seguimiento será ejecutado por los/las médicos/as infectólogos/as.

¿Con qué comenzar el TARV?

Una vez se ha tomado la decisión de iniciar el tratamiento antirretroviral, la elección del esquema a utilizar debe seguir las recomendaciones vigentes del Secretaria de Gobierno de Salud de la Nación y adecuarse a la situación vital de cada persona para garantizar la adherencia al mismo.

Las pautas actuales recomendadas para iniciar el tratamiento son:

- tenofovir (TDF) 300mg asociado a emtricitabina (FTC) 200mg o lamivudina (3TC) 300mg
 - +
 - a. dolutegravir (DTG) 50mg (de elección) o
 - b. darunavir (DRV) 800mg/ritonavir (RTV) 100mg o
 - c. efavirenz (EFV) 600mg (para lo cual debe solicitarse previamente test de resistencia a VIH).

Si la pcVIH tiene daño renal real o potencial u osteopenia/osteoporosis se recomienda abacavir **(ABC) 600mg asociado a lamivudina (3TC) 300mg en lugar de tenofovir/FTC-3TC, pero antes deberá descartarse la presencia del alelo HLA B5701** (se debe evitar esquemas con ABC asociados a EFV con una CV > 100.000 copias/mm³). Siempre que sea posible, se recomienda utilizar combinaciones de dosis fija.

Primera línea de tratamiento: incluir siempre una combinación de tres ARV	
TDF/FTC o 3TC + DTG	<p>Evitar en caso de daño renal real o potencial u osteopenia/osteoporosis por el uso de TDF.</p> <p>Al momento de la publicación de esta guía se recomienda evitar DTG en mujeres en edad fértil en las que no se garantice un método anti-conceptivo eficaz por el riesgo potencial de defectos del tubo neural.</p> <p>Los antiácidos que contienen Aluminio, calcio o magnesio y los complejos multivitamínicos deben tomarse por separado (mínimo 2 horas después o 6h antes).</p> <p>Indicar DTG 50 mg cada 12 en el caso de asociación con rifampicina.</p>
ABC/3TC + DTG	<p>Contraindicado el uso de ABC en personas con HLA B5701 positivo.</p> <p>Al momento de la publicación de esta guía se recomienda evitar DTG en mujeres en edad fértil en las que no se garantice un método anti-conceptivo eficaz por el riesgo potencial de defectos del tubo neural.</p> <p>Los antiácidos que contienen Aluminio, calcio o magnesio y los complejos multivitamínicos deben tomarse por separado (mínimo 2 horas después o 6h antes).</p> <p>Indicar DTG 50 mg cada 12 en el caso de asociación con rifampicina.</p>
TDF/FTC o 3TC + DRV/r	<p>Evitar en caso de daño renal real o potencial u osteopenia/osteoporosis por el uso de TDF.</p> <p>Evaluar interacciones de ritonavir.</p>

Primera línea de tratamiento: incluir siempre una combinación de tres ARV	
ABC/3TC + DRV/r	<p>Contraindicado el uso de ABC en personas con HLA B5701 positivo.</p> <p>Evaluar interacciones de ritonavir.</p>
TDF/FTC o 3TC + EFV	<p>Evitar en caso de daño renal real o potencial u osteopenia/osteoporosis por el uso de TDF.</p> <p>Evaluar contraindicaciones por eventos adversos neuro-psiquiátricos del EFV.</p> <p>Requiere de la extracción y procesamiento de muestra para test de resistencia de VIH previo al inicio de tratamiento (no se esperara resultado para iniciar tratamiento).</p> <p>Se dispone de formulación combinada en un comprimido.</p>
ABC/3TC + EFV	<p>Contraindicado el uso de ABC en personas con HLA B5701 positivo.</p> <p>Evaluar contraindicaciones por eventos adversos neuropsiquiátricos del EFV.</p> <p>Requiere de la extracción y procesamiento de muestra para test de resistencia de VIH previo al inicio de tratamiento (no se esperará resultado para iniciar tratamiento).</p> <p>No utilizar con CV > 100.000 copias/mm3.</p>

SRIS

En algunos casos, puede ocurrir que pocas semanas después de comenzado el TARV, generalmente (aunque no exclusivamente) en personas con CD4 muy bajos (< 100 mm³), aparezcan síntomas compatibles con alguna enfermedad oportunista, o que empeoren síntomas presentan antes del comienzo del mismo al tiempo que se observa generalmente reducción de la carga viral y un aumento del recuento de CD4³, lo que demuestra la eficacia de tratamiento. A este proceso se lo conoce como síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) y es consecuencia de la restauración de la respuesta inmune ante la exposición a un antígeno. El diagnóstico del SRIS es clínico y debe ser considerado cuando los signos o síntomas inflamatorios se producen entre 2 a 8 semanas después del inicio de la TARV, o de la reintroducción de un esquema interrumpido, o de

3 - La ausencia de aumento de CD4 no indica la falta de restauración de la respuesta inmune, dado que algunos casos de SRIS ocurren dentro de las 2 primeras semanas de inicio del TARV, antes de que se pueda detectar recuperación en los niveles de CD4. Recomendaciones para el seguimiento y tratamiento de la infección por VIH/SIDA y sus comorbilidades asociadas, Comisión de SIDA y ETS, SADI 2016-2017

la modificación de esquema luego de falla terapéutica (Tabla 4). Deben ser excluidos otros diagnósticos diferenciales como una infección oportunista nueva, coinfección, interacciones, toxicidad o efectos adversos asociados al TARV, progresión de la enfermedad primaria debido a fracaso terapéutico.

Tabla 4. Criterios para la sospecha clínica de SRIS⁴

1. Empeoramiento de la enfermedad conocida o aparición de nuevas manifestaciones después de la iniciación del TARV.
2. Presencia de inmunosupresión severa (CD4 + <100 cel/mm ³) antes del inicio o modificación del esquema.
3. Relación temporal entre el inicio de la TARV y el inicio de las manifestaciones inflamatoria (menos de 4-8 semanas de iniciar el TARV).
4. Presencia de respuesta inmune, virológica o ambos después del inicio del TARV.
5. Exclusión de falla terapéutica, reacción adversa o superinfección.

¿Qué hacer ante la sospecha de SRIS?

Se debe derivar al infectólogo/a de referencia. Los casos leves o moderados pueden recibir tratamiento sintomático con AINE y reservar los corticoides para aquellos casos más graves o que no resuelven luego de las primeras semanas. En muy pocas ocasiones será necesario suspender el TARV, quedando esta decisión en manos del especialista.

Eventos adversos

Es importante estar alerta ante la aparición de manifestaciones que puedan responder a eventos adversos del TARV. Los mismos pueden aparecer en las primeras semanas de instaurado el esquema o, menos frecuentemente, pasadas semanas desde el inicio. Es conveniente anticipar esta información a las PcVIH, encuadrando los efectos posibles bajo una adaptación del organismo a las drogas como algo probable e inherente al tratamiento para que no sean relacionados como un deterioro de la salud y afecten la adherencia.

4 - OMS "consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing VIH infection - 2016 recommendations for a public health approach", second edition - 2016

Ante la sospecha de toxicidad por el TARV el equipo de salud del PNA debe tomar las medidas iniciales para su manejo y control. En personas que tienen adecuada respuesta virológica pero presentan intolerancia, se podrá suplantar la droga responsable por otra de diferente perfil de toxicidad, en caso que además de toxicidad por drogas presenten carga viral detectable, deberá derivarse al médico/a infectólogo/a por existir la posibilidad de tratarse de un fallo virológico asociado.

De existir reacciones por hipersensibilidad a abacavir (confirmada o sospecha de ésta), nunca deberá reinstalarse el tratamiento con esta droga por el **riesgo de muerte** asociado.

Cuando el cambio se relaciona a toxicidad a largo plazo (lipodistrofia, osteoporosis, trastornos metabólicos) en PcVIH experimentados, debe siempre valorarse la historia previa de resistencia a TARV para seleccionar el nuevo esquema antirretroviral.

Ante la presencia de toxicidad o eventos adversos que requieran el cambio de TARV, se debe referir al Infectólogo/a de referencia.

Cuadro. Manejo clínico de eventuales eventos adversos del TARV (se describen únicamente los eventos más frecuentes de los fármacos más frecuentemente utilizados)

Fármaco	Reacción adversa/toxicidad	Clínica/Monitoreo	Conducta
Inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa reversa (INNT)			
Efavirenz (EFV)	Efectos sobre el SNC	Insomnio, somnolencia, mareos, desconcentración. Suele autolimitarse en 2 a 4 semanas. Grave: alucinaciones, exacerbación de enfermedades psiquiátricas, pensamientos suicidas, convulsiones.	Suele revertir en semanas. Tomar 30 minutos antes de dormir y lejos de las comidas. SUSPENDER Y DERIVAR ante cuadros graves o persistencia que interfiere con la calidad de vida luego de 8 semanas. (la suspensión del EFV deberá ser secuencial con el resto de los ARV, los cuales deberán retirarse a las 1-2 semanas).

Fármaco	Reacción adversa/toxicidad	Clínica/Monitoreo	Conducta
Inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa reversa (INNTR)			
Efavirenz (EFV)	Erupción cutánea (26%). Steven-Johnson (0,1%).	Erupción máculo-papular leve o moderada. Suele desaparecer en pocas semanas. En las primeras semanas.	Tto sintomático. Antihistamínicos. No se recomienda el uso de corticosteroides. SUSPENDER Y DERIVAR A EMERGENCIA.
	Hepatotoxicidad (1-1,5%). NO se recomienda en insuficiencia hepática grave.	Asintomático o síntomas leves. Elevación leve de enzimas hepáticas. Raramente hepatitis severa (elevación de transaminasas >5-10 veces) o sintomático (moderado a severo).	Seguimiento con control de transaminasas. SUSPENDER Y DERIVAR AL SEGUNDO NIVEL.
	Dislipemia (hipertrigliceridemia)	Perfil lipídico c/6 meses.	Cambios en estilo de vida, hipolipemiantes, puede requerir cambio de TARV.
	Aumento de riesgo de osteopenia y osteoporosis.	Considerar aumento de periodicidad de rastreo con DMO según factores de riesgo.	Actividad física. Aumentar calcio en la dieta. Suplementar con Vit D. Uso de bifosfonatos.
Inhibidores nucleosídicos/nucleotídicos de la transcriptasa reversa (INTR)			
Tenofovir (TDF)	Síndrome de Fanconi: tubulopatía renal proximal, (hipofosfate-mia/hipocalcemia, proteinuria, glucosuria y acidosis metabólica). Insuficiencia renal.	c/6 meses: Ionograma con fósforo y calcio; fosfaturia, proteínas y glucosa en orina. c/6 meses: Urea, creatinina, cálculo de filtrado glomerular.	Si tasa de reabsorción tubular de fosfato <85% evaluar con especialista. Derivar a Nefrologo/a.
Lamivudina (3TC) o Emtricitabina (FTC)	Intolerancia digestiva (Mejor tolerado que otros INTR).	Náusea o vómitos (generalmente al inicio del tratamiento).	Tomar con las comidas. Antieméticos.
Abacavir (ABC)	Hipersensibilidad. Aparece entre la 1ª semana y 6ta semana del inicio. (2-9%). Es muy infrecuente en personas que no poseen el alelo HLA*B5701. Contraindicado en insuficiencia hepática grave.	Rash, síntomas digestivos con o sin rash; fiebre; ictericia. Puede progresar a la hepatitis fulminante, Síndrome de Steven-Johnson, distress respiratorio si no se suspende el fármaco. Solicitar HLA*B5701, previo al uso de ABC (en positivos contraindica su uso). Alertar al paciente de los síntomas; pautas de alarma.	SUSPENDER y DERIVAR A SEGUNDO NIVEL (NO REINTRODUCIR). SUSPENDER Y DERIVAR A EMERGENCIAS para evaluación y tratamiento de sostén.

Fármaco	Reacción adversa/toxicidad	Clínica/Monitoreo	Conducta
Inhibidores de la proteasa (IP)			
Atazanavir (ATV)	Hiperbilirrubinemia indirecta (60%).	Ictericia	Sólo cambiar si el paciente lo solicita por criterio estético
	Nefrolitiasis	Raramente sintomático. Clínico.	Adecuada hidratación. Puede requerir cambio de TARV.
	Litiasis vía biliar	Raro. Clínico.	Puede requerir cambio de TARV.
	Efectos metabólicos: hiperglucemia, dislipemia (menos frecuente que con otros IP).	Controles habituales	Cambios en estilo de vida, hipolipemiantes, puede requerir cambio de TARV.
	Rash (21%)	Rash cutáneo	Tratamiento sintomático. Puede requerir cambio.
	Osteopenia	Se observó reducción de la densidad mineral ósea en estudios de distintos ARV.	Manejo similar a la población general.
	Hepatotoxicidad	Asintomático o síntomas leves. Ocasionalmente hepatitis severa.	Sintomático o si la elevación de transaminasas es >5-10 veces sobre el límite superior, SUSPENDER y DERIVAR.
	Lipodistrofia	Lipohipertrofia (poco frecuente).	Evaluar cambio de TARV.
	Intolerancia gastrointestinal	Asintomático o síntomas leves. Ocasionalmente hepatitis severa.	Tomar con las comidas. Tratamiento sintomático. Loperamida.
Lopinavir / Ritonavir (LPV/r)	Intolerancia gastrointestinal	Náuseas, frecuente diarrea.	Tomar con las comidas. Tratamiento sintomático. Loperamida.
	Hepatitis	Generalmente asintomático.	Si la elevación de transaminasas es >5-10 veces sobre el límite superior, SUSPENDER Y DERIVAR.
	Efectos metabólicos: Hiperglucemia, dislipemia.	Controles habituales	Cambios en estilo de vida, hipolipemiantes. Puede requerir cambio de TARV.

Fármaco	Reacción adversa/toxicidad	Clínica/Monitoreo	Conducta
Inhibidores de la proteasa (IP)			
Darunavir / Ritonavir (DRV/r)	Rash Cutáneo (17%) Steven-Johnson, eritema multiforme, necrolisis epidérmica.	Erupción cutánea. Control clínico. Exantema piel y mucosas. Clínico.	Tratamiento sintomático. SUSPENDER. Derivar a Emergencia.
	Cefalea (15%)	Clínico	Tratamiento sintomático.
	Hepatitis	Generalmente asintomático.	Si la elevación de transaminasas es >5-10 veces sobre el límite superior, SUSPENDER Y DERIVAR.
	Efectos metabólicos: hiperglucemia, dislipemia (menos frecuente que con otros IP).	Controles habituales.	Cambios en estilo de vida, hipolipemiantes. Puede requerir cambio de TARV.
	Intolerancia gastrointestinal.	Náuseas, frecuente diarrea.	Tomar con las comidas. Tratamiento sintomático. Loperamida.
Inhibidores de la integrasa (IP)			
Dolutegravir (DTG)	Alteraciones del SNC.	Alteraciones del sueño. Cefalea.	Medidas higienico-dietéticas. Tratamiento sintomático.
	Disminución de la secreción de creatinina.	Elevación de creatinina plasmática sin modificación del filtrado glomerular.	Monitoreo. Descartar daño renal real.
	Hipersensibilidad sistémica (<1%).	Rash, elevación de enzimas hepáticas, etc.	Según severidad. Tratamiento médico.
Raltegravir (RAL)	Miopatía	Elevación de CPK.	Monitoreo clínico.

Interacciones medicamentosas

Los medicamentos antirretrovirales (especialmente los pertenecientes a la familia de inhibidores de proteasa y los inhibidores no nucleosídicos de la TR) suelen tener interacciones con otros medicamentos. Antes de indicar el TARV se debe interrogar sobre medicamentos que la persona toma frecuentemente (indicados por un profesional o no), y sobre otros compuestos que tomen aunque no sean especialidades medicinales; para evaluar las posibles inte-

racciones. **También debe evaluarse la posibilidad de interacciones antes de comenzar algún medicamento** en personas que ya reciben TARV; y advertir a las PcVIH sobre las interacciones más frecuentes (Tabla 5). Siempre que se realice algún cambio de mediación debe evaluarse la potencial interacción medicamentosa. Las interacciones de los medicamentos antirretrovirales se pueden consultar en distintos sitios como por ejemplo <http://www.interaccionesvih.com/>.

Tabla 5: Grupos terapéuticos con interacciones frecuentes y alternativas recomendadas

Grupo terapéutico	Evitar	Alternativa
Ritonavir		
<ul style="list-style-type: none"> • Antihistamínicos • Analgésicos opiáceos • Procinéticos • Benzodiacepinas • Antimigranosos • Antiépilepticos • Rifamicinas • Antifúngicos • Macrólidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Terfenadina, astemizol • Fentanilo transdérmico • Domperidona • Midazolam, triazolam • Derivados de la ergotamina • Carbamacepina, fenobarbital, fenitoína • Rifampicina • Ketoconazol > itraconazol > voriconazol • Eritromicina > claritromicina 	<ul style="list-style-type: none"> • Cetirizina • Codeína, morfina • Metoclopramida • Lorazepam • Sumatriptan • Gapapentina, vigabatrina, levetiracepam • Rifabutina • Fluconazol, amfotericina B • Azitromicina
Dolutegravir		
<ul style="list-style-type: none"> • Antiépilepticos • Rifamicinas • Antiácidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Carbamazepina, Fenitoína • Rifampicina • Al, Ca o Mg 	<ul style="list-style-type: none"> • Gapapentina, lamotrigina, levetiracepam • DTG 50mg cada 12h • Ranitidina, IBPs

Seguimiento

El correcto seguimiento de las personas con VIH es importante a fin de asegurar la adecuada respuesta al TARV, monitorear la adherencia, identificar la aparición de SRIS, infecciones oportunistas, enfermedades marcadoras, eventos adversos y/o comorbilidades; y para detectar precozmente el fallo terapéutico identificando la necesidad de cambio de esquema.

Se sugiere realizar una consulta clínica de 7 a 15 días luego del inicio o cambio de TARV, luego mensual hasta la adaptación al TARV, y cada 4-6 meses en personas clínicamente estables.

Laboratorio: CV y CD4

El seguimiento y la adecuada interpretación del recuento de CD4 y principalmente de la Carga Viral son fundamentales para evaluar la evolución de la infección y la respuesta a TARV, y permiten detectar tempranamente la existencia de fallo terapéutico y la toma de conducta oportuna.

Carga viral: Es la cuantificación del ARN viral del VIH en plasma y se expresa como número de copias/mm³, y como su logaritmo. No es aconsejable realizar estudios de carga viral durante y hasta las 4 semanas después del tratamiento de infecciones intercurrentes o inmunizaciones dado que se observa frecuentemente carga viral detectable sin repercusión clínica durante este periodo.

Según el cuadro clínico puede solicitarse luego de 4-8 se-

manas del inicio o cambio de TARV. Luego, cada 3 a 6 meses para confirmar la supresión de la viremia. Cuando se controla la eficacia de un nuevo tratamiento, se espera una caída de por lo menos 1 logaritmo en el valor de la carga viral luego de 4 semanas de iniciado el tratamiento. El tratamiento es exitoso cuando se logra la indetectabilidad en dos determinaciones luego de las 24 semanas de tratamiento.

Recuento de CD4: es uno de los marcadores más importantes del estado inmunitario y es útil para estadificar la infección, determinar el riesgo de infecciones oportunistas, para la indicación de inmunizaciones y del tratamiento preventivo de infecciones oportunistas.

En PcVIH estables bajo TARV con niveles de CD4 > 350 en forma sostenida durante 1 año con adherencia al TARV y CV suprimida, el monitoreo de CD4 puede realizarse a intervalos de 12 meses, siempre que la CV sea monitoreada cada 6 meses. De no cumplirse estas condiciones se sugiere solicitar recuento de CD4 cada 3-6 meses hasta lograr que sea un PcVIH estable bajo TARV.

En personas con recuentos CD4 < a 200/mm³ el monitoreo debe realizarse de manera más frecuente, cada 3-4 meses una vez iniciado el TARV, para guiar el inicio o discontinuación de las profilaxis primarias de infecciones oportunistas.

Adherencia: Consideraciones sobre la atención integral de las PcVIH

Una adherencia adecuada al TARV (mayor al 90% de las tomas) es fundamental para lograr y mantener su eficacia. Debe explicarse a las PcVIH la importancia de ser adherente, tanto a la medicación, como a los controles de salud.

Desde un enfoque integral, se piensa a la adherencia como un proceso dinámico y complejo, que tiene una temporalidad, que irá variando según los momentos y las decisiones que se vayan tomando. Es importante considerar que estas decisiones son compartidas y corresponsabilizadas entre la persona con VIH, su red social y el equipo de salud. Adherir o no adherir a los tratamientos no resulta de una actitud o una conducta que dependa solo de la voluntad individual de PcVIH ya que la adherencia es una construcción

colectiva, y que tener VIH se extiende a todas las esferas de la vida de una persona. El abordaje de la adherencia, entonces, implica contemplar que la misma podrá variar a lo largo del tiempo.

Algunas de las estrategias que el equipo de salud puede implementar:

- Generar un espacio de confianza y empatía con la persona que consulta donde no se sancione, juzgue ni castigue los comportamientos de las personas que están bajo TARV.
- Dar lugar a la escucha activa en un marco de confidencialidad. Fomentar que las personas realicen preguntas y poner a disponibilidad información de manera completa y con lenguaje comprensible.
- Brindar facilidades para que la persona acceda al equipo ante dudas y problemas que se puedan presentar a lo largo del tratamiento, así como a los medicamentos, los circuitos de seguimiento y de referencia y contra-referencia.
- Considerar las dificultades que la persona plantean en relación al tratamiento y pensar de qué manera pueden sortearse los obstáculos.
- Tomar decisiones de manera conjunta y considerar las ideas y percepciones de la persona.
- Tener en cuenta aspectos prácticos del tratamiento, proponiendo pautas que la persona pueda incluir en su vida. La menor cantidad de ingesta de comprimidos hace que sea más fácil poder cumplir con el régimen de tratamiento.
- Fomentar el apoyo de la red social de la persona y brindar recursos.

Propuestas específicas para el monitoreo de la adherencia en el PNA

- Realizar seguimiento de la asistencia a las consultas médicas.
- Llevar un seguimiento de los retiros de medicamentos: si retira de manera puntual, si no retira, si retira de forma intermitente. Propiciar un mecanismo para la comunicación con las personas que no asisten a las consultas médicas y/o retiros de medicación teniendo en cuenta los obstáculos que llevaron a esas fluctuaciones con el fin de intentar superar

esas barreras. En el marco de la consulta, dedicar un momento para profundizar acerca de las tomas de medicación, abrir preguntas del estilo ¿Cuántas tomas no realizaste esta semana/quincena/mes? ¿Registrás algún malestar a partir de las tomas de la medicación? ¿El tratamiento interfiere en tu rutina?, etc. habilitando un espacio de escucha que permita conocer las variaciones en la adherencia para poder trabajar sobre este punto.

- Articular con grupos de pares y sociedad civil involucrada en la adherencia al tratamiento.
- Herramientas electrónicas como mensajería de texto, dispositivos electrónicos con recordatorios, redes sociales, etc.
- Informar sobre conducta ante olvidos de tomas, por Ej., se recomienda realizar la toma salteada hasta 6hs luego del horario pautado en medicación que se toma cada 12hs y hasta 12hs en caso de medicación que se tome una vez al día. Luego de las 6 o 12 hs respectivamente se recomienda no tomar esa toma y continuar en el horario habitual con la dosis del día.

Adherencia al tratamiento como prevención: supresión viral y transmisión del VIH en relaciones sexuales

La evidencia disponible muestra que las posibilidades de transmisión sexual del VIH son nulas cuando la persona está bajo tratamiento antirretroviral (TARV) y ha logrado una carga viral suprimida en sangre durante al menos seis meses y continúa en esta situación. Se considera que “indetectable es igual a intransmisible” (I=I) en este escenario significando la supresión viral del VIH no solo un beneficio para la salud de las personas con VIH sino también para la salud pública del país o región.

La carga viral puede tardar hasta seis meses en ser indetectable desde el inicio del TARV. La supresión continua y confiable del VIH requiere de la selección de un tratamiento apropiado y de una adecuada adherencia al tratamiento.

Por lo tanto, se debe considerar que una persona que con

VIH y tiene una carga viral suprimida puede no transmitir el virus durante relaciones sexuales si se cumplen tres condiciones:

1. Adherencia al TARV y seguimiento cada 6 meses.
2. Carga viral indetectable durante al menos seis meses.
3. No se presentan infecciones de transmisión sexual en curso.

Varios estudios de cohortes adicionales han expresado estas conclusiones incluso con más fuerza, incluido el estudio PARTNER (Partners of People on Antiretroviral Therapy-A New Evaluation of the Risks)¹, que incluye parejas serodiscordantes tanto heterosexuales como homosexuales donde la pareja con VIH se encuentra suprimida viralmente. La estimación del estudio PARTNER de la tasa de transmisión global fue “cero”. Dado los resultados de estos estudios, se concluye que las personas con VIH con adherencia al TARV y supresión virológica mayor a seis meses, no transmiten el VIH en las relaciones sexuales. A su vez, aquellas personas gestantes con supresión virológica que reciban el tratamiento y seguimiento durante el embarazo y los períodos peri y postparto la transmisión vertical se reduce a <1%. Por otro lado, en lo que respecta al uso compartido de jeringas y a la transmisión por medio de la leche materna, se necesitan más estudios para asegurar que durante las mismas no se produzca el contagio. (CDC <https://www.cdc.gov/actagainstaids/campaigns/pic/materials/transmission-prevention.html>)

El éxito de esta estrategia de prevención depende de alcanzar y mantener la carga viral indetectable. Para obtener el máximo beneficio para la población es necesario tener en cuenta estos requisitos:

- **Tiempo para la supresión viral:** la mayoría de las personas logrará una carga viral suprimida dentro de los 6 meses posteriores al inicio del tratamiento antirretroviral. Muchos lo harán más rápidamente, pero podría llevar más tiempo para algunos.
- **Importancia de realizar la carga viral a un intervalo regular:** evaluar en forma regular la carga viral es fundamental para

1 - Durante el corriente año se presentaron los resultados del estudio “Partner 2” confirmando que la posibilidad de que los hombres gays, bisexuales y otros hombres que practican sexo con hombres (HSH) con el VIH y la carga viral indetectable transmitan el virus a una pareja sexual es científicamente equivalente a cero. Esta es la conclusión a la que llegan los investigadores del estudio PARTNER 2, cuyos resultados han sido presentados en el transcurso de la 22 edición de la Conferencia Internacional del Sida (AIDS 2018) en Ámsterdam (Países Bajos)

confirmar que la persona ha logrado y mantiene una carga viral indetectable.

- **Adherencia:** al tratamiento y a los cuidados de la salud tal y como se describe anteriormente.
- **Prevención de otras ITS:** Recomendar el uso de preservativo ya que la supresión viral de VIH no evita la transmisión de otras ITS.

PcVIH con carga viral detectable

En toda PcVIH que luego de 24 semanas de tratamiento antirretroviral no tenga CV indetectable menor al nivel de detección del método disponible (o que a las 4 semanas no haya descendido 1 logaritmo en el caso de haber solicitado la CV en ese momento) debe evaluarse la posibilidad de fallo terapéutico o los distintos escenarios posibles para intervenir en forma inmediata dada la posibilidad de desarrollar resistencia a las drogas antirretrovirales con carga viral detectable (el tiempo hasta el desarrollo de resistencia varía según la droga antirretroviral utilizada).

Causas de carga viral detectable:

- **Fallo virológico:** carga viral detectable luego de 24 semanas de TARV en dos oportunidades consecutivas una vez descartadas otras causas (considerar resistencia transmitida).
- **BLIP (escape viral transitorio):** carga viral detectable (generalmente de bajo nivel) en una muestra aislada que no se repite en las sucesivas muestras (2 cargas consecutivas con diferencia de 1 mes > de 50 copias y menores de 200 copias). Una vez chequeada la adherencia se debe consultar el caso con el centro de referencia
- **Brecha en adherencia:** número de tomas en forma adecuada (+/- 2hs de la hora prevista) menor al 90%. Este escenario no permitirá de no modificarse el éxito terapéutico por lo que se deben implementar medidas al momento de sospecharlo o detectarlo.
- **Mala absorción:** descartar según clínica y estudios complementarios como causa potencial de niveles sub-terapéuticos de drogas en plasma.

- **Interacciones farmacológicas:** detectar posibles interacciones que generen niveles sub-terapéuticos de drogas en plasma.

Fallo de tratamiento

Se define al fallo virológico como la incapacidad de mantener una carga viral suprimida (por debajo del nivel de detección). En personas que inician TARV, se define como la falta de supresión virológica (CV < 50 copias/mm³ o según el umbral de la técnica empleada) a las 24 semanas desde el inicio de TARV.

Si la carga viral es detectable en dos determinaciones separadas por al menos un mes, se trata de fallo virológico, se debe prevenir el desarrollo de fallo terapéutico previamente al mismo identificando factores determinantes del mismo:

- Considerar el riesgo de resistencia viral primaria (transmisión de virus resistente) de iniciarse TARV con EFV, por lo tanto se debe solicitar test de resistencia al VIH previo al inicio del mismo.
- Considerar el riesgo de interacciones farmacológicas al prescribir.
- Detectar la adherencia irregular en forma activa.
- Abordar las adicciones y trastornos psiquiátricos como la depresión
- Detectar efectos adversos y toxicidad y actuar ante los mismos
- Detectar errores en la prescripción o toma de las dosis o los intervalos del TARV.
- Detectar falencias en la provisión de medicación

Es importante corregir los determinantes del fallo al tratamiento para garantizar el éxito del tratamiento.

Si luego de ajustar la adherencia y/o resolver posibles interacciones farmacológicas el paciente continúa en fallo, debe solicitarse test de resistencia (no suele ser redituable con menos de 500-1000 copias/mm³) y cambiar a un nuevo régimen. El objetivo del nuevo régimen, independientemente de los fallos previos, es la disminución de la carga viral plasmática a menos de 50 copias/mm³ en 24 semanas.

Test de resistencia

El test de resistencia identifica mutaciones que se asocian con resistencia a fármacos ARV y permite identificar potenciales fármacos activos. El test de resistencia debe realizarse durante la toma del TARV o hasta un máximo de 4 semanas de suspendido el mismo, luego de ese tiempo la utilidad de éste será relativa. La elección de un nuevo esquema antirretroviral debe tener en consideración los tratamientos previos, el perfil de resistencia actual e histórica, y los antecedentes de intolerancia, eventos adversos y toxicidad.

Frente al diagnóstico de fallo virológico, en el Primer Nivel de Atención puede solicitarse el Test de Resistencia y se debe referir a la PcVIH al infectólogo/a de referencia.

Una vez seleccionado el mejor tratamiento frente a un evento de fallo, y después de haber logrado nuevamente la supresión viral, la PcVIH puede continuar el seguimiento en el primer nivel de atención.

Simplificación

La simplificación del TARV se define como el cambio de tratamiento en una PcVIH con adecuada respuesta virológica por otro esquema de tratamiento más simple y/o con menor número de comprimidos diarios pero que mantenga la supresión viral. Tiene como objetivos: prevenir la toxicidad de algunos antirretrovirales a corto y largo plazo, mejorar la adherencia, minimizar las interacciones, y de este modo mejorar la calidad de vida de las personas.

Para la selección de las nuevas drogas, debe considerarse la historia clínica completa, incluyendo los tests de resistencia previos, la exposición a los diferentes antirretrovirales a lo largo de su vida y los eventos adversos pasados.

Ante la necesidad o posibilidad de cambio de tratamiento para simplificación debe referirse a la PcVIH al/la médico/a infectólogo/a en el tratamiento de VIH.

Prevención y manejo de co-infecciones frecuentes

Profilaxis Oportunistas

Actualmente sólo se recomienda la indicación de las siguientes profilaxis primarias:

Agente	Indicación	Primera opción	Alternativas	Suspensión
<i>Pneumocystis jirovecii</i>	CD4 < 200 cel/mm ³ o < 14% o candidiasis orofaríngea	TMP-SMX (800/160mg) tres veces por semana TMP-SMX (400/80mg) una vez al día	Dapsona 100 mg/día Pentamidina aerosolizada 300 mg una vez al mes	CD4 > 200 cel/mm ³ por más de tres meses
Encefalitis por <i>Toxoplasma gondii</i>	IgG toxoplasma gondii (+) y < 100 CD4/mm ³	TMP-SMX (800/160mg) una vez al día	Dapsona 50 mg/día + (pirimetamina 50 mg + leucovorina 25 mg) semanal Dapsona 200 mg + pirimetamina 50 mg + leucovorina 25 mg 1 vez por semana	CD4 > 200 cel/mm ³ por más de tres meses
<i>Mycobacterium tuberculosis</i> (TB latente)	PPD > 5mm o Contacto con paciente bacilífero Nota: habiendo descartado en todos los casos TB activa	Isoniazida 5 mg/kg/día (dosis máxima 300 mg/día) + piridoxina 25 mg/día		9 meses de duración

Agente	Indicación	Primera opción	Alternativas	Suspensión
Complejo <i>Mycobacterium avium</i> (MAC)	CD4 < 50 cel/mm ³	Azitromicina 1250 mg 1 vez por semana Clarithromicina 500 mg cada 12 hs todos los días		CD4 > 100 cel/mm ³ por más de tres meses

Las profilaxis secundarias se recomiendan en casi todos los casos luego de la finalización del tratamiento de una enfermedad marcadora; hasta la recuperación inmunitaria. En este caso debe ser el/la médico/a infectólogo/a quien determina cuándo suspender una profilaxis secundaria, en base a los criterios vigentes.

Coinfecciones

HBV y HCV

Las co-infecciones con virus de hepatitis B y/o C en personas con VIH tienen mayor tendencia a establecerse como infecciones crónicas, en estos casos la enfermedad hepática tiene un curso más acelerado y pueden determinar la elección del esquema de TARV.

Frente al diagnóstico de co-infección con hepatitis B, debe remitirse al paciente al infectólogo/a de referencia para valorar necesidad de cambio de TARV y para seguimiento de la infección por HBV.

En caso de presentar serología reactiva para VHC, deberán realizarse pruebas de función hepática y PCR del genoma de HCV, asimismo deberá derivarse al paciente al infectólogo de referencia a fin de definir si el paciente requiere tratamiento para el HCV y eventual cambio de TARV.

Tuberculosis (TBC)

La infección por VIH es el principal factor de riesgo para desarrollar TBC, éste es 5-10 veces mayor en PcVIH que en la población general. La infección por VIH conlleva un riesgo de progresión de TBC latente a enfermedad activa de 10% por año. El riesgo de TBC también está determinado por el recuento de CD4. La TBC activa se asocia con aumento de la carga viral y progresión más rápida de la infección por VIH. La TBC es la primera causa de muerte por enfermedades infecciosas en las PcVIH.

La mayor incidencia y severidad de TBC en PcVIH justifica la importancia de realizar el rastreo, clínico y por PPD, en la evaluación inicial y de forma periódica en el seguimiento. Los objetivos son descartar la TBC activa y detectar la infección latente para iniciar quimioprofilaxis. La Quimioprofilaxis con isoniacida debe indicarse a todas las PcVIH que presenten PPD > 5 mm, habiendo descartado previamente la infección activa (siempre que no hayan recibido tratamiento previo para TBC activa o latente).

Quimioprofilaxis: Isoniacida 300 mg/día durante nueve meses + piridoxina (VIT B6) 50 mg/día

Más del 50% de los casos en personas severamente inmunosuprimidos tienen manifestaciones extra-pulmonares. Son frecuentes las presentaciones atípicas: Rx normal, hiponatremia, lesiones dermatológicas, meningitis TBC atípica, SDRA (Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo), entre otras. Se puede manifestar con fiebre, tos reciente, pérdida de peso y/o diaforesis nocturna pero en personas avanzadas al haber menor cavitación, inflamación y compromiso endobronquial, no suelen presentar tos crónica ni hemoptisis. Por lo tanto, en cada consulta indagar sobre la presencia de tos, fiebre, sudoración nocturna y/o pérdida de peso. Si se sospecha TBC activa o es contacto de persona bacilífera se debe realizar:

- Baciloscopía
- Rx de Torax
- Método rápido (ej. GeneXpert), si está disponible

Momento de inicio de TARV en pacientes con TBC

Cuando se realiza el diagnóstico de TBC en PcVIH que se encuentran bajo TARV se debe continuar con el mismo y si es necesario, cambiar el esquema TARV (debido a las interacciones con los tuberculostáticos).

Si se diagnosticó TBC en una persona que aún no inició TARV, éste debe comenzarse dentro de las 2 semanas de iniciado el tratamiento para TBC en personas con recuentos de CD4 < 50/mm³, y dentro de 8 a 12 semanas en aquellas con más de 50/mm³, a menos que presenten enfermedad severa. En este último escenario el SRI es frecuente (10-40% con bajos niveles de CD4 e inició TARV).

Prevención y manejo de comorbilidades frecuentes

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) varios estudios han demostrado que, en comparación con la población general, las PcVIH tienen mayor probabilidad de desarrollar ciertas Enfermedades No Transmisibles (ENT), incluyendo enfermedades cardiovasculares (ECV), hipertensión, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad renal y cáncer.

La evaluación de la nutrición, el asesoramiento en alimentación saludable, el asesoramiento para dejar de fumar, la promoción de la actividad física, el monitoreo del Riesgo Cardiovascular y sus factores de riesgo como parte de la atención de las PcVIH puede ayudar a reducir los riesgos de enfermedades no transmisibles y mejorar los resultados del tratamiento.

Alteraciones óseas: Osteopenia/Osteoporosis

Existe una asociación entre la infección por VIH, y posiblemente el TARV, con la pérdida de densidad ósea, lo que conlleva a un riesgo adicional de osteopenia y osteoporosis. Su prevalencia es tres veces mayor que en la población sin VIH y el momento del diagnóstico corresponde a edades más tempranas en ambos sexos.

Si bien no se conocen sus causas con precisión se considera que la disminución de la DMO es multifactorial: además de los factores de riesgo observados en las personas seronegativas inciden la propia infección por el VIH y ciertas drogas antirretrovirales. Hay evidencia de una asociación entre VIH y osteonecrosis (necrosis aséptica), relacionado con la toxicidad crónica de los ARV (principalmente con drogas antiguas).

Recomendación

Se recomienda realizar una densitometría ósea de columna lumbar y cuello femoral de control al inicio de la menopausia, después de los 50 años o ante factores de riesgo habitual para desarrollar osteopenia/osteoporosis (pueden utilizarse distintos scores como el FRAX). La frecuencia de seguimiento no está claramente definida. Se sugiere repetir en mujeres post-menopáusicas y en hombres mayores de 50 años cada 2-5 años y según factores de

riesgo (FR) para fractura y criterio clínico.

Se consideran FR para fractura:

- Bajo peso (< 58 kg o IMC < 20 kg/m²).
- Tabaquismo.
- Excesivo consumo de alcohol.
- Edad > 50 años.
- Historia de fracturas óseas en familiar de 1er grado.
- Artritis reumatoide.
- Enfermedades asociadas con osteoporosis secundaria (hipogonadismo, menopausia precoz, hipertiroidismo, síndrome de malabsorción intestinal, hepatopatías crónicas, diabetes tipo 1 o enfermedad inflamatoria intestinal)
- Coinfección con HCV
- Osteopenia/Osteoporosis
- Hipovitaminosis D (presente en el 75% de los PcVIH, especialmente en los expuestos a EFV)
- Duración de la infección por VIH.
- Carga viral elevada.
- Alteraciones de la distribución grasa.
- Uso de tenofovir y posiblemente de IP.
- Acidosis láctica.
- Alteraciones del metabolismo de la grasa.

Recomendaciones sobre la solicitud de estudio de la DMO

Menores de 50 años	Sin FR para osteopenia Más de 2 FR	Opcional. Aconsejable (C-III)
Mayores de 50 años	0-2 FR para fracturas Más de 2 F	Aconsejable (B-II) Recomendado (A-I) .

Manejo:

El manejo terapéutico de la osteopenia/osteoporosis radica en primer lugar en su prevención; por lo tanto, debe dirigirse hacia medidas de reducción de los factores de riesgo asociados a la disminución de la DMO que son similares a los de la población general (ejercicio, exposición solar, abandono del tabaco, consumo moderado de alcohol, así como una alimentación saludable variada y rica en calcio).

En PcVIH con una edad inferior a 50 años recomendar medidas no farmacológicas y el aporte de calcio y vitamina D. La elección de qué PcVIH deben ser tratadas se fundamenta en los mismos criterios que en la población general. Se debe corregir el déficit de vitamina D según las mismas recomendaciones utilizadas para la población general.

Se debe valorar iniciar o rotar a esquemas sin tenofovir disoproxil fumarato, especialmente asociados a IP en personas con osteopenia/osteoporosis.

Riesgo Cardiovascular Global (RCVG)

Diversos estudios han demostrado que existe una asociación entre la infección por VIH y las enfermedades cardiovasculares, además de los efectos adversos de algunos antirretrovirales, que promueven cambios metabólicos hacia un perfil aterogénico. La prevalencia de algunos factores de riesgo cardiovascular suele ser mayor en las PcVIH que en la comunidad en general, tal es el caso del tabaquismo, la hiperlipidemia y el síndrome metabólico, como así también el impacto de cada factor de riesgo es mayor en esta población.

La evaluación del RCVG para las PcVIH está recomendada en varias directrices clínicas de VIH, y se han utilizado distintas herramientas para el cálculo del mismo. Según la SADI, cualquiera de los scores de riesgo disponibles son comparables en cuanto a su utilidad para la predicción de eventos cardiovasculares, teniendo en consideración que el score de Framingham parece subestimar el riesgo de accidente cerebrovascular y sobreestimar el riesgo cardiovascular global. Se recomienda utilizar la tabla de cálculo de RCVG de la OMS, aunque podría utilizarse cualquier otra equivalente con la que el equipo de salud esté más familiarizada.

Varios estudios han demostrado un aumento del riesgo de eventos cardiovasculares entre las personas que interrumpieron TARV y en personas con carga viral detectable. El papel beneficioso global de TARV en la morbimortalidad por VIH ha demostrado ser mayor que los riesgos potenciales de las enfermedades cardiovasculares en pcVIH. Es importante evaluar el RCVG para decidir el esquema de inicio o posibles modificaciones del TARV para elegir en los casos de moderado o alto riesgo aquel de menor incidencia de hiperlipidemia.

Se recomienda evaluación del riesgo cardiovascular global en toda PcVIH desde el inicio, antes de comenzar el TARV o ante cambio de esquema, a los 6 meses y luego anualmente, aumentando la frecuencia según el RCVG.

El manejo de estas situaciones puede requerir de intervenciones tanto no farmacológicas como farmacológicas, buscando cumplir las metas propuestas para control de los factores de riesgo que dependerán del RCVG; y son similares a la población general.²

Manejo no farmacológico:

Se sugiere realizar intervenciones sobre el estilo de vida similares a los de la población general a fin de disminuir y controlar los factores de riesgo cardiovascular modificables a la vez que se adquieren hábitos saludables. Es importante comenzar dando recomendaciones sobre alimentación saludable, actividad física, control de peso y cesación tabáquica como estrategia sostenida desde el abordaje inicial.

Manejo farmacológico:

Los fármacos más ampliamente utilizados en el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular en los pcVIH son los mismos que la población general. Sin embargo deben tenerse en cuenta algunas consideraciones específicas:

- El uso concomitante de algunas estatinas (especialmente simvastatina) con IP puede dar lugar a elevaciones de las concentraciones séricas de estatinas con el consecuente riesgo de rabdomiólisis , y otros efectos adversos . Por lo que inicialmente deben usarse en dosis bajas, con evaluaciones de laboratorio frecuentes, siendo las más seguras la rosuvastatina, pravastatina y atorvastatina. No deben utilizarse la simvastatina y la lovastatina,.
- En el caso de la dislipemia, cuando se considere que está asociada al TARV, debe realizarse la interconsulta con el/la infectólogo/a de referencia para evaluar el cambio de esquema de TARV a uno de menor incidencia de hiperlipidemia.

2 - Guía para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Prevención de las ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES. Ministerio de Salud de la Nación. 2009. Adaptado a partir de las directrices de la OMS sobre prevención primaria y secundaria disponibles en el sitio web de la OMS. Organización Mundial de la salud. Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. Ginebra, 2007.

- En el caso de hipertrigliceridemia, estudios recientes indican que el aceite de pescado tomado 3 veces por día produce una disminución importante de los TG por lo que puede ser considerado como un paso inicial del manejo. El uso de fibratos se considera de elección, en particular fenofibrato (67-267 mg/d), asimismo, los ácidos grasos Omega 3 reducen significativamente los niveles de triglicéridos en pacientes con VIH e hipertrigliceridemia leve a moderada (BI).

En resumen, el RCVG es mayor en PcHIV por lo que deben detectarse y corregirse los factores presentes mediante las normativas de diagnóstico y tratamiento con las que el médico a cargo se encuentre más familiarizado.

Síndrome metabólico

El cambio en el perfil metabólico puede desarrollar resistencia a la insulina, hiperglucemia en ayunas y, en algunos casos, hasta diabetes mellitus que, asociados a la dislipemia, la hipertensión y la obesidad central pueden conducir al Síndrome metabólico.

Se recomienda realizar controles de glucemia en ayunas al inicio, a los 3 y 6 meses de inicio o modificación del TARV y, luego anualmente aumentando la frecuencia según la situación.

En cuanto al manejo, se consideran cambios en el estilo de vida similares a la población general (ver RCVG). En caso de persistir debe realizarse la interconsulta con el/la infectólogo/a de referencia para considerar cambio de esquema de TARV si fuera necesario. Puede ser necesario recurrir al uso de hipoglucemiantes.

Síndrome de Lipodistrofia (SLD)

El SLD corresponde a la redistribución anormal de la grasa corporal (acumulación del tejido adiposo visceral con disminución del tejido adiposo periférico), que se acompaña de alteraciones metabólicas (dislipemias) y de resistencia a la insulina. La incidencia es variable, oscila entre el 11 y el 65%. La prevalencia del SLD ha permanecido estable pero la incidencia ha disminuido en los últimos 10 años. Es producido particularmente por el uso de algunos los IPs y AZT). Sin embargo también se puede observar con el uso de otros INTI y en menor proporción con los INNTI. Se considera que el factor de riesgo más importante para el desarrollo del SLD es el tiempo de exposición a INTI y a IP. Se sugieren esquemas de TARV

con menor incidencia de lipodistrofia. Se puede enlentecer o eliminar la progresión, pero hasta la actualidad no es posible revertirlo. No iniciar o rotar cuando sea posible los tratamiento con AZT.

Prácticas preventivas y Vacunas

Prácticas preventivas y de cuidados generales Clínico-Ginecológicos

Prevención de Cáncer de Cuello Uterino: Rastreo y vacunación

Sin perder de vista que se trata de un control ginecológico habitual, es necesario hacer algunas consideraciones:

- Las personas con útero con VIH tienen mayor riesgo de presentar lesiones precancerosas (SIL/ASCUS), éstas pueden avanzar más rápidamente, dando lugar a una progresión más temprana hacia el cáncer.
- El carcinoma invasor del cuello uterino se considera una enfermedad marcador de sida, mientras que la displasia moderada y grave están incluidas en la lista de patologías cuyo curso puede verse comprometido por la infección de VIH.

Siempre que no existan síntomas ginecológicos específicos (sinorragia, leucorrea, prurito vulvovaginal, ginecorragia intermenstrual, dolor abdominal, etc.), se recomienda un control con prueba de tamizaje para CCU cada 6 meses durante el primer año del diagnóstico y luego anual, desde el inicio de las relaciones sexuales independientemente de la edad. Remitirse a las recomendaciones de seguimiento según normativas vigentes.

Vacunación para VPH

Los varones y mujeres entre 11 y 26 años que vivan con VIH, deberán recibir la vacuna cuadrivalente que contiene los tipos 6, 11, 16 y 18 del VPH con esquema de tres dosis (0-1/2-6 meses calendario). Se debe considerar en HSH hasta los 40 años.

Prevención de Cáncer de Mama

Diversos estudios demostraron que no hubo una mayor incidencia de cáncer de mama en personas con VIH comparado con personas seronegativas por lo que se recomienda tamizaje de cáncer de mama según recomendaciones para población general

Prevención de Cáncer de Ano

Si bien la incidencia de cáncer de ano es baja en la población general, la misma se ve significativamente aumentada en las PcVIH. Se sugiere realizar tacto rectal con el fin de detectar áreas induradas, depresiones o elevaciones, u otras formaciones sospechosas. Aunque el PAP fuera negativo, palpar algo atípico justifica una derivación.

Prevención de Cáncer Colorectal

Recomendación:

Es similar a población general. Se recomienda en personas mayores de 50 años tamizaje de Cáncer Colorrectal (se adelanta en caso de antecedentes en familiares de primer grado):

- Videocolonoscopia c/ 10 años
- Test de sangre oculta en materia fecal (SOMF) anual o bianual

Vacunación en personas adultas que viven con VIH y convivientes³

Hay que prestar especial atención a las indicaciones de vacunas a virus atenuado (No debe vacunarse para polio oral a convivientes de PcVIH.) *En general, las vacunas a microorganismos vivos están contraindicadas.* Una excepción la constituyen la vacuna triple viral o doble viral, varicela y de fiebre amarilla que pueden aplicarse con CD4 mayores a 200 células/MM3 o mayores al 14%.

3 - Ref: Normas Nacionales de Vacunación. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Vacuna	Requisitos	Indicación	Estudio Previo	Esquema	Control respuesta	Re vacunación	Vacunación de convivientes
Influenza	Cualquier nivel de CD4	Universal	No	1 dosis anual Menores de 9 años: 2 dosis (0-1) si es primera vez	No	Anual	Si
Neumococo	Idealmente con CD4>200	Mayores de 2 años	No	1 dosis de vacuna conjugada 13 valente IM en deltoides seguida de 1 dosis de polisacárida 23 valente IM en el deltoides a las 8 semanas	No	Niños: 2º dosis a los 3 años. Adultos: 2º dosis de polisacárida 23 valente a los 5 años	No
Hepatitis B	CD4 > 200 Con CD4 <200 algunos autores recomiendan tener supresión viral	Universal	Anti HBSAg > 10: no vacunar. Anticore reactivo con resto de marcadores (-): descartar infección oculta (CV HBV)	3 dosis (0-1-6 meses) IM en deltoides	Anti HBSAg a los dos meses. Si es < 10 UI/L considerar esquema doble dosis.	Considerar dosis de refuerzo si el AntiHBSAg cae a menos de 10 UI/L	
Hepatitis A	CD4>200	Universal	HAV IgG (si es reactivo no requiere vacuna)	2 dosis (0-6 meses) IM en deltoides	NO	No	No
Doble adultos (DT)	CD4>200	Universal	No	1 dosis IM deltoides	No	Cada 10 años	No
Sarampión-rubeola-parotiditis	CD4>200	Universal	Sarampión y rubeola IgG (si es reactivo no requiere vacuna).	2 dosis (0-1 mes) SC deltoides.	IgG sarampión rubeola	No	Si
dTPa (difteria-tétanos-pertussis acelular)	CD4>200	Universal	No	1 dosis única (en vez de una de las dosis de DT)	No	No	No
VPH (cuadrivalente)	Cualquier CD4	Entre 11 y 26 años considerar en HSH hasta los 40 años	No	3dosis IM (0-/2-6 m)	No	No	No

Comentarios

1. En los casos en que debe iniciarse tratamiento antirretroviral, se recomienda administrar las vacunas luego de 3 a 6 meses de la supresión viral.
2. La administración de las vacunas puede producir un aumento de la carga viral y una disminución del recuento de linfocitos CD4. Ambos fenómenos son transitorios y sin implicancia clínica.

3. La vacuna contra el virus del papiloma humano se aplicará según calendario a las niñas de 11 años con el esquema de 3 dosis (0,1 y 6 meses). Por ser una vacuna inactivada, no está contraindicada en pacientes VIH reactivas.
 4. La administración de las siguientes vacunas deberá realizarse con el asesoramiento de especialistas en inmunización:
 - Vacuna contra Fiebre amarilla.
 - Vacuna contra Fiebre hemorrágica.
 - Vacuna antipoliomielítica.
- (#) HBSAg, Anti HBSAg, HBeAg, Anti HBeAg.
- (*) Se considerará inmune a quien presente alguno de los siguientes antecedentes:
1. Esquema de vacunación completo para la edad, según Calendario Nacional: triple viral al año y al ingreso escolar y/u 11 años.
 2. Constancia de haber recibido dos dosis de vacuna doble o triple viral aplicadas luego del primer año de vida.
 3. Constancia de haber recibido una dosis durante las campañas de vacunación sarampión-rubeola en adultos (2006 al 2009) o por indicación médica (por ejemplo, puerperio).
 4. Ser mayor de 50 años.

Salud Sexual y Salud Reproductiva

Existen numerosas prácticas preventivas que resulta importante se realicen, de manera sistemática, en la atención de PcVIH: aconsejar la reducción de situaciones de riesgo relacionadas a exposición y protección en distintas prácticas sexuales, pesquisar síntomas de posibles ITS y tratarlas, estimular el testeo de las parejas sexuales.

Uso de preservativo y alternativas anticonceptivas

La primera recomendación en el cuidado de las relaciones sexuales debe ser el uso de preservativo, ya que no sólo evita la transmisión del virus, sino que previene a las personas seropositivas de posibles reinfecciones, de adquisición de otras ITS y de un embarazo no deseado.

Preservativo

El preservativo y el campo de látex son los únicos métodos de barrera que protegen contra el VIH y otras ITS. Si bien son métodos sencillos, que con el uso correcto son muy confiables como anticonceptivos, sabemos que la realidad es mucho más compleja.

Se aconseja fortalecer la noción de seguridad que brindan estos métodos de barrera, en la medida en que son utilizados correctamente. Para ello se puede realizar una demostración sobre su uso, como así también trabajar sobre los mitos que existen en relación a los mismos, incluyendo la dimensión de conflicto que puede generar con la pareja sexual su uso.

Anticonceptivos hormonales

En la revisión de la quinta edición de las directrices de los criterios médicos de elegibilidad (CME) para el uso de anticonceptivos de la OMS, figuran las recomendaciones sobre el uso de métodos anticonceptivos hormonales y no hormonales en personas con VIH.

Es importante tener presente que:

- constituyen métodos de prevención del embarazo eficaces o muy eficaces.
- reducen la transmisión vertical del VIH en las personas con VIH que deseen evitar el embarazo

Los anticonceptivos hormonales abarcan los siguientes: anticonceptivos combinados orales (ACO), anticonceptivos combinados inyectables (ACI), parches y anillos anticonceptivos combinados, anticonceptivos con gestágenos inyectables (acetato de medroxiprogesterona de depósito [DMPA] y enantato de noretisterona [NET-EN]), anticonceptivos con gestágenos orales (AGO), implantes de levonorgestrel (LNG) y etonogestrel (ETG) y dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel (DIU-LNG).

Según la OMS las recomendaciones para PcVIH que estén recibiendo terapia antiretroviral (TARV) son:

- a. Si el TARV incluye cualquier inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleósidos/nucleótidos se puede utilizar sin restricción todos los métodos anticonceptivos hormonales: ACO, parches y anillos anticonceptivos combinados, anticonceptivos combinados inyectables, AGO, inyectables

- con gestágenos (DMPA y NET-EN) e implantes de LNG y de ETG (categoría 1 de los CME).
- b. Si el TARV incluye efavirenz o nevirapina se puede usar ACO, parches, anillos, inyectables combinados, AGO, NET-EN e implantes (categoría 2 de los CME). No obstante, pueden usar el DMPA sin restricción (categoría 1 de los CME).
 - c. Si el TARV incluye inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos, más modernos (ITINAN), etravirina o rilpivirina se pueden utilizar todos los métodos anticonceptivos hormonales sin restricción (categoría 1 de los CME).
 - d. Si el TARV incluye inhibidores de la proteasa (p.ej. ritonavir y ARV reforzados con ritonavir) se puede usar generalmente ACO, parches y anillos anticonceptivos, anticonceptivos combinados inyectables, AGO, NET-EN e implantes de LNG y de ETG (categoría 2 de los CME) y se puede usar DMPA sin restricciones (categoría 1 de los CME).
 - e. Si el TARV incluye raltegravir, se puede utilizar todos los métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones (categoría 1 de los CME).
 - f. Las personas con tratamiento ARV pueden usar en general los DIU-LNG (categoría 2 de los CME) siempre que su enfermedad clínica por VIH sea asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS). Las personas con enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 y 4 de la OMS) no deben comenzar a usar el DIU-LNG (categoría 3 de los CME para el inicio del uso) hasta que su enfermedad clínica por VIH haya mejorado y pasado a ser asintomática o leve. Sin embargo, en las personas a quienes ya se haya colocado un DIU-LNG y que pasen a un estadio grave o avanzado de enfermedad clínica por VIH no es necesario retirar dicho dispositivo (categoría 2 de los CME para la continuación del uso). Las personas usuarias de DIU-LNG con enfermedad clínica por VIH avanzada o grave deben ser sometidas a una vigilancia estrecha ante posibles infecciones genitales.
 - g. El DIU-LNG parecería ser la mejor opción anticonceptiva por múltiples motivos, primero se trata de un método de larga duración anticonceptiva por lo que otorga el cuidado frente a un embarazo no deseado de 3 a 5 años; por otro lado suele generar amenorrea, situación que muchas veces es esperada por la persona para el cuidado de los fluidos san-

guíneos mensuales, pudiendo llevar a la mujer a un mejor estado de confort. Las personas con VIH DIU-Cu (DIU de cobre) pueden iniciar el uso del dispositivo intra uterino siendo considerado categoría 2 de los CME,

Algunas personas con mayor riesgo de otras ITS (probabilidad individual muy alta), en general, no deben colocarse un DIU hasta someterse a las pruebas y los tratamientos correspondientes (categoría 3 de los CME).

Las personas con VIH que tiene como método un DIU-Cu pueden continuar con su uso (categoría 2 de los CME).

Clasificación de los CME para el uso de anticonceptivos	
1	Situación para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo
2	Situación en la que, en general, las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados
3	Situación en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método
4	Situación en la que el uso del método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud

El uso voluntario de anticonceptivos por parte de las PcVIH que deseen evitar el embarazo es crucial para ejercer sus derechos reproductivos y continúa siendo una estrategia importante para evitar la transmisión vertical del VIH.

El equipo de salud debe realizar asesoramiento a las PcVIH que realizan TARV sobre los posibles efectos de ciertos TARV sobre la eficacia anticonceptiva.

Interrupción Legal del Embarazo

En Argentina, según el artículo 86 inc 2 del Código penal y el Fallo F.A.L de la CSJ, en la Argentina toda, toda persona con capacidad de gestar, tiene derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo que cursa según los mismos estándares de calidad que el resto de los servicios de salud, cuando:

- el embarazo representa un peligro para la vida de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios;
- el embarazo representa un peligro para la salud de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios;
- el embarazo proviene de una violación;
- el embarazo proviene de una violación sobre una mujer con discapacidad intelectual o mental.

El ejercicio de la opción a la ILE en dichas circunstancias se encuadra en los derechos a la autonomía personal, la privacidad, la salud, la vida, la educación y la información; asimismo, a los principios de no discriminación e igualdad. Remitirse al “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción del embarazo” Ministerio de Salud 2015.

Hormonización

Una barrera importante en el acceso al tratamiento del VIH es la información forma en que este interfiere con la hormonización. En el caso de las personas trans que se encuentran hormonizándose, o desean hacerlo, pueden recibir las pautas de tratamiento anti-retroviral generales, teniendo en cuenta las posibles interacciones. En dichos casos se sugiere la evaluación por un equipo de salud con experiencia en el tema.

Infecciones de transmisión sexual

Tener una ITS aumenta la probabilidad de padecer otra. Se ha demostrado que las distintas ITS se asocian con un aumento de la transmisión del VIH. Asimismo la infección por el VIH puede alterar la historia natural de otras ITS y favorece el desarrollo de presentaciones atípicas, recurrencias más frecuentes, manifestaciones sistémicas y una mayor agresividad de las mismas. Por lo que es importante que ante la detección de cualquier ITS se ofrezca activamente el testeo del resto como así también se realice asesoramiento sobre prácticas de cuidado en las relaciones sexuales.

Búsqueda de embarazo en el marco de las PcVIH: opciones reproductivas para las parejas VIH-concordantes y serodiscordantes.

En la actualidad existe la posibilidad que varones, mujeres

o parejas con VIH tengan hijos que nazcan sin VIH. Para ello es importante tener presente las pautas de cuidado pre-concepcional y las recomendaciones oportunas que permitan reducir la posibilidad de transmisión del virus a la pareja sin VIH en el caso de parejas discordantes y la posibilidad de embarazos sin complicaciones en ambos casos.

Para parejas concordante

- Se recomienda la consulta para que los enfoques puedan adaptarse a las necesidades específicas de las parejas (AIII).
- La pareja debe ser examinada y tratada por infecciones del tracto genital si las hubiera antes de intentar concebir (AII).
- Ambos deben alcanzar la máxima supresión viral antes de intentar la concepción.
- Se recomienda solicitar evaluación de la pareja al/a la médico/a infectólogo/a previo a la concepción.

Para Parejas Discordantes

- La pareja debe ser asesorada y sólo intentar la concepción después de que la pareja con VIH ha iniciado la terapia antirretroviral y han logrado supresión sostenida de la carga viral plasmática por debajo de los límites de detección.
- Se recomienda solicitar evaluación de la pareja al/a la médico/a infectólogo/a previo a la concepción.

Vigilancia epidemiológica

La vigilancia de ambos eventos, VIH y sida, se realiza a través de una ficha de notificación individual y detallada. En relación con la notificación de una infección, quienes deben completar la ficha son los integrantes del equipo de salud cada vez que atiendan por primera vez a una PcVIH, haya sido o no notificada con anterioridad por otro profesional en esa u otra institución. En relación con los casos de sida, se deberá notificar en ocasión de la ocurrencia de la primera enfermedad marcadora. Debe tenerse presente que lo que se vigilan son eventos, no personas, por lo que una persona infectada notificada, deberá ser re notificada si posteriormente desarrolla una enfermedad marcadora de sida. Sólo se notifica el primer evento marcador de sida.

Se adjuntan los accesos a los documentos para vigilancia epidemiológica:

Link al instructivo: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000039cnt-2013-05-07_instructivo-vigilancia-notificacion.pdf

Link a la ficha de notificación: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000114cnt-2015-05_ficha-notificacion-VIH.pdf

Referencias

- Protocolo y directrices de atención pacientes VIH - Brasil, Ministerio de Saude
- Guía de Tratamiento antirretroviral 2016-2017, SADI Argentina
- Guía de Atención VIH en el Primer Nivel de Atención en Uruguay
- Guía atención integral NNyA UNFPA
- Malignancies in Women With VIH Infection Amrita Krishnan; Alexandra M Levine Disclosures Women's Health. 2008; 4 (4):357-368.
- Guía de abordaje integral población TRANS del M.S.N.
- OMS "consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing VIH infection - 2016 recommendations for a public health approach", second edition - 2016
- Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos Quinta edición 2015. OMS/OPS
- Algoritmos Diagnóstico de VIH -MSAL
- Guia de asesoramiento pre y post test - MSAL
- Centers for Disease Control and Prevention. Behavioral and clinical characteristics of persons receiving medical care for HIV infection—Medical Monitoring Project, United States, 2014 Cycle (June 2014–May 2015).
- Centers for Disease Control and Prevention. Monitoring selected national HIV prevention and care objectives by using HIV surveillance data—United States and 6 dependent areas, 2015. HIV Surveillance Supplemental Report 2017;22(No. 2).
- OPS "Plan de Acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021"

