

**Normas, Principios y Recomendaciones para la
Prevención y Control de la Infección
VIH/SIDA**

Guatemala, 1996

página

- INTRODUCCION	1
I.- ASPECTOS GENERALES	2
II.- MEDIDAS Y RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN VIH/SIDA	10
III.- PRINCIPIOS ETICO-LEGALES EN EL CONTROL DE LA INFECCIÓN VIH/SIDA	15
IV.- NOTIFICACION DE CASO SIDA Y REPORTE DE INFECTADO POR EL VIH	18
V.- PRINCIPIOS TECNICOS Y ETICO-LEGALES EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA INFECCIÓN VIH/SIDA	22
VI.- RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO MEDICO-TERAPEUTICO DE LOS INFECTADOS VIH/SIDA	23
- BIBLIOGRAFIA	30

INTRODUCCION

La presencia en Guatemala de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) desde 1984, motivó la creación del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con el objetivo de aplicar y desarrollar políticas y estrategias para la lucha contra el VIH/SIDA, basándose en la vigilancia epidemiológica, promoción de salud y atención y seguimiento de los infectados por VIH y enfermos con SIDA. Actividades que se han desarrollado junto a diversos organismos gubernamentales y no gubernamentales e iniciativas privadas, encaminadas todas ellas a luchar contra la infección VIH.

En un corto plazo de tiempo se ha creado una inmensa información científico-investigativa sobre el VIH/SIDA, donde cada país sigue sus características epidemiológicas y experiencias locales han aplicado. Por lo que el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, para facilitar la comunicación entre todos los actores que participan en la lucha contra el VIH/SIDA en Guatemala, ha reunido resultados investigativos y experiencias normativas para conceptualizar infección VIH, enfermedad SIDA, medidas de prevención y de control, con el objetivo de unificar criterios y de optimizar nuestros resultados. Para ello se edita el presente documento, el cual se revisará prospectivamente en función de nuestras experiencias y de la información internacional sobre el VIH/SIDA, así como, con la incorporación de otras técnicas diagnósticas VIH y estudios especiales al respecto, y del uso de terapéuticas en su tratamiento, según las posibilidades reales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para estos fines. Con el objetivo de que este documento sea un instrumento de referencia y vigencia en nuestro trabajo diario, se desglosará según las actividades generales y específicas y los niveles de aplicación y cumplimiento, que nos permitirán evaluar eficazmente nuestro trabajo en la lucha contra el VIH/SIDA.

Este instrumento metodológico para la Prevención y Control del VIH/SIDA es de observancia obligatoria en todos los niveles de atención sanitaria y médica de los sectores público, sociales y privados de nuestro país, y el Ministerio de Salud Pública y

Asistencia Social en su condición de rector del sector de salud y en cumplimiento de su mandato constitucional de conducción, regulación y vigilancia de la salud, por medio del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA garantizará la vigencia y el cumplimiento de estas Normas, Principios y Recomendaciones por todos los actores y competencias participantes en la lucha contra el VIH/SIDA.

I.-ASPECTOS GENERALES

1.- La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es causado por los Retrovirus VIH-1 y VIH-2, y se transmiten de la siguiente manera:

- 1.1- Por contacto sexual con personas infectadas por el VIH;
- 1.2- Por transfusión de sangre o sus derivados contaminados con el VIH;
- 1.3- Por accidentes con agujas y otros instrumentos punzocortantes contaminados con el VIH;
- 1.4- De una madre infectada a su hijo, durante el parto, perinatal por vía transplacentaria, por contacto con sangre o secreciones en el canal del parto o a través de la leche materna, y
- 1.5- Por trasplantes de órganos y tejidos contaminados con el VIH.

2.- La infección VIH presenta una mayor incidencia en:

- 2.1- Aquellos que realizan prácticas sexuales de alto riesgo **desprotegidas:**
- 2.1.1- **Hombres** y mujeres que tienen varios compañeros sexuales, independientemente de su preferencia sexual;
- 2.1.2- Hombres y mujeres que, padecen alguna enfermedad de transmisión sexual;
- 2.1.3- Mujeres que su compañero sexual realice prácticas sexuales de alto riesgo desprotegido, y 2.1.4- Compañeros sexuales de:
 - personas infectadas por el VIH o enfermas con SIDA;

serológicas utilizadas en la detección de anticuerpos-VIH. En estos casos el médico tratante enfatizará en el diagnóstico diferencial al respecto.

No se considera a la persona como infectada por VIH, si - sólo una de las pruebas de tamizaje realizadas resultó positiva, donde se deberá repetir pruebas suplementarias al respecto, o - cuando una de las pruebas de tamizaje resultara positiva pero las pruebas suplementarias resultaran negativas.

En todos los casos donde tengamos pruebas de tamizajes de anticuerpos o pruebas suplementarias que sus resultados no fueran confirmatorios del diagnóstico de la infección por el VIH, pero que epidemiológica y clínicamente resultara positivamente infectado por VIH, el médico tratante deberá repetirle tres meses después las pruebas de tamizaje y/o suplementarias que lo ayuden a definir la condición serológica del sujeto en cuestión, y así determinar la conducta epidemiológica a seguir.

- personas que a su vez tienen varios compañeros sexuales; 3.3- - transfundidos con sangre o hemoderivados sin la garantía del previo control del VIH; - usuarios de drogas intravenosas;

- hemofílicos u otros enfermos que reciben con frecuencia transfusiones de sangre o sus derivados. Aquellos expuestos a condiciones de alto riesgo:
 - hemofílicos o con otras enfermedades que reciben transfusiones de sangre o hemoderivados que no hayan sido sometidas a la prueba de detección del VIH, y
 - hijos nacidos de mujeres ya infectadas por el VIH o enfermas con SIDA;
 - quienes utilicen drogas intravenosas y compartan agujas y jeringas contaminadas. Aquellos que se exponen a condiciones de bajo riesgo:
 - personal de salud o personas que atienden a pacientes y que presentan cortaduras, punciones accidentales con agujas contaminadas, o salpicaduras de sangre o secreciones, y
 - personas que sufran punciones en procedimientos de acupuntura y tatuajes con agujas contaminadas con el VIH y no bien esterilizadas.

3.- En función del control epidemiológico y acciones de salud, para considerar que una persona se encuentre infectada por el VIH o seropositiva al VIH, será necesario tener los resultados de laboratorio siguientes:

3.1- Se considera como persona infectada por el VIH o seropositivo al VIH, cuando presente dos resultados positivos de pruebas de tamizaje de anticuerpos con principios distintos, y tenga factores epidemiológicos de riesgo para la infección por VIH que apoyen este diagnóstico serológico.

3.2- Es importante tener presente que mujeres multíparas, tener historia actual o reciente de malaria, padecer de la enfermedad de Chagas o de enfermedades, autoinmunes pueden mostrar falsa positividad para estas pruebas

3.5- Si lo anteriormente señalado (3.4) ocurriera en una embarazada, el médico tratante deberá repetir las pruebas de tamizaje y/o suplementarias necesarias entre las primeras cuatro semanas siguientes a los primeros resultados recibidos.

4.- De acuerdo con la Decisión Revisada de la Clasificación Internacional de Enfermedades, la infección por el VIH presenta las cinco variedades clínicas siguientes:

4.1- Enfermedades infecciosas y parasitarias resultantes de enfermedades por el VIH (B20)

- B20.0 Enfermedad por VIH con infección microbacteriana; Enfermedad por VIH con tuberculosis.
- B20.1 Enfermedad por VIH con otra infección bacteriana;
- B20.2 Enfermedad por VIH con enfermedad por Citomegalovirus;

4

- B20.3 Enfermedad por VIH con otra infección viral;
- B20.4 Enfermedad por VIH con candidiasis;
- B20.5 Enfermedad por VIH con otra micosis;
- B20.6 Enfermedad por VIH con neumonía por Pneumocystis carinii;
- B20.7 Enfermedad por VIH con infección múltiple;
- B20.8 Enfermedad por VIH con otra enfermedad infecciosa y parasitaria;
- B20.9 Enfermedad por VIH con enfermedad infecciosa o parasitaria inespecífica;
- Enfermedad por VIH con infección sin especificar.

4.2- Neoplasias malignas resultantes de enfermedad por VIH:

- B21.0 Enfermedad por VIH con sarcoma de KAPOSI;
- B21.1 Enfermedad por VIH con linfoma de BURKITT;
- B21.2 Enfermedad por VIH con otro tipo de linfomas no HODGKIN;
- B21.3 Enfermedad por VIH con otras neoplasias malignas; linfoides hematopoyéticas y tejidos relacionados;
- B21.7 Enfermedad por VIH con múltiples neoplasias malignas;
- B21.8 Enfermedad por VIH con otras neoplasias malignas;
- B21.9 Enfermedad por VIH con neoplasias malignas inespecíficas.

4.3- Otras enfermedades específicas resultantes de enfermedad por VIH (B22):

- B22.0 Enfermedad por VIH con encefalopatía; VIH con demencia;
- B22.1 Enfermedad por VIH con neumonitis intersticial linfoidea;
- B22.2 Enfermedad por VIH con síndrome de desgaste; Enfermedad por VIH con adelgazamiento progresivo;
- B22.7 Enfermedad por VIH con múltiples enfermedades clasificadas en otra parte.

4.4- Otras condiciones resultantes de enfermedad por VIH (B23)

- B23.0 Síndrome de infección aguda por VIH;
- B23.1 Enfermedad por VIH-1-con linfadenopatía generalizada

- (persistente)
- B23.2 Enfermedad por VIH con anomalías hematológicas e inmunológicas no clasificadas en otra parte;
- B23.8 Enfermedad por VIH con otras condiciones específicas.

4.5- Enfermedad inespecífica por VIH (B24)
 de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) sin
 vinculado al SIDA (CRS) sin especificar.

de que una persona sea enfermo con VIH cumplir la siguiente definición:

Pruebas de laboratorio son positivas de infección por VIH y presente:

- uno o más de los siguientes diagnósticos comprobados por microscopia o cultivo:
 - Sarcoma de Kaposi a cualquier edad;
 - Linfoma primario cerebral a cualquier edad;
 - Linfoma no Hodgkin de células B o fenotipo inmunológico no determinado y de cualquiera de los siguientes tipos: linfocitos pequeños no hendidos (tipo Burkitt o no Burkitt), o sarcoma inmunoblástico (linfoma de células grandes), linfoma histiocítico difuso, linfoma indiferenciado, sarcoma de células reticulares o linfoma de alto grado de malignidad;
 - Complejo demencial o encefalopatía por VIH;
 - Síndrome de desgaste;
 - Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar;
 - Diseminación extrapulmonar por M. avium o M. Kansasi;
 - Infección extrapulmonar o diseminada por micobacterias de otras especies que no sea Lepra;
 - Histoplasmosis extrapulmonar o diseminada;
 - Isosporidiasis con diarreas de más de un mes de duración;
 - Coccidioidomicosis diseminada;
 - Septicemia por Salmonella no tifoídica recurrente;
 - Dos o más infecciones bacterianas en los años anteriores, en menores de 13 años que no tengan predisposición;

5.2.- Sin evidencia confirmatoria por las pruebas de laboratorio realizadas para la infección VIH y en ausencia de otra causa de inmunosupresión o inmunodeficiencia, pero que se confirmen los siguientes diagnósticos comprobados por microscopia o cultivos que establecen el diagnóstico clínico de enfermo con SIDA:

limpiar las superficies potencialmente contaminadas con hipoclorito de sodio al 0.5%, con alcohol al 70% o con agua oxigenada, y

colocar y transportar la ropa contaminada en bolsas impermeables para prevenir el derramamiento de líquidos o secreciones corporales.

6.- En caso de probable exposición al VIH del personal de salud o quienes cuiden a personas infectadas por VIH o con SIDA, al tener contacto con sangre de estas personas mediante punción (piquete o pinchazo), cortadura o salpicadura en mucosas o piel con heridas, se realizarán de inmediato las siguientes acciones:

a-suspender inmediatamente la actividad; b-exprimir la herida para que sangre; c-lavar con abundante agua y jabón;

d-acudir de inmediato al servicio de salud más cercano o a las autoridades del centro de salud donde le ocurra el accidente, para:

- constatar por escrito el incidente;
- tomar una muestra sanguínea basal, para la detección de anticuerpos contra el VIH. Esta prueba inicial es fundamental para demostrar que la persona accidentada era negativa al VIH antes de lo ocurrido; establecer las medidas necesarias para determinar si la persona accidentada se encuentra realmente infectada por el VIH;
- recomendar que se eviten las relaciones sexuales sin la protección de látex o poliuretano (femenino), ante la posibilidad de infección. Estas precauciones podrán suspenderse en cuanto se determine que no hubo seroconversión;
- considerar la posibilidad de iniciar, antes de transcurridas seis horas a partir del accidente, la administración de Zidovudina (AZT) profiláctica (1,200 mgs diarios, divididos en tres dosis a las 0, 4, 8 y 12 horas); e-posteriormente se tomarán muestras sanguíneas de seguimiento a los tres, seis y doce meses, diagnosticándose como caso de **infección ocupacional** aquí cuando demuestre seroconversión durante dicho período.

7.- Para la prevención de la infección por VIH en actos de transfusiones, trasplantes o técnicas de fertilización asistida, se observarán las disposiciones siguientes:

- se excluirán como donantes de órganos, tejidos y sus

- 3.2- Todo ciudadano guatemalteco, o extranjero, tiene el derecho de recibir un trato digno y respetuoso en todos los servicios de salud, tanto oficiales como privados, y por parte de todos sus trabajadores, y en ningún momento discriminatorio por su condición serológica VIH/SIDA;
- 3.3- Las pruebas serológicas encaminadas a diagnosticar la infección VIH/SIDA, serán consideradas como cualquier otro recurso auxiliar para diagnósticos clínicos-epidemiológicos;
- 3.4- Las pruebas serológicas para el VIH/SIDA no se utilizarán para fines ajenos a los de protección de la salud sin menoscabo de la orden judicial la cual deberá acatarse en todo momento; componentes, así como de células germinales, a las personas siguientes:
 - a) aquellos pertenecientes a los grupos con mayores probabilidades de adquirir la infección VIH, como se describen en Aspectos Generales, apartados 2.1, 2 y 3, de este documento;
 - b) quienes resulten con positividad en cualquiera de las pruebas de tamizaje que al efecto se practiquen. En caso de que la obtención de órganos y tejidos ya se hubiese efectuado, se les dará destino final en condiciones sanitarias adecuadas, de conformidad con las disposiciones de carácter general que el efecto emita la autoridad sanitaria correspondiente. Y se cumplirán las demás medidas que procedan, entre las señaladas anteriormente en los apartados 6 y 7 de las Medidas de Prevención.

III.- PRINCIPIOS ETICO-LEGALES EN EL CONTROL DE LA INFECCION VIH/SIDA

1.- Actividades de control para el infectado por VIH y enfermo con SIDA:

- 1.1-detección y diagnóstico;
- 1.2-atención y tratamiento;
- 1.3-notificación del diagnóstico al nivel de salud correspondiente;
- 1.4-investigación epidemiológica del notificado y de contactos.

2.- Para la detección y diagnóstico de la infección por VIH o enfermedad de SIDA, se recomienda ofrecer la realización de pruebas de tamizajes de anticuerpos/NIH en:

- 2.1- Que pertenezcan a grupos de población vulnerables de adquirir la infección por VIH:
 - que realicen prácticas sexuales de alto riesgo desprotegidos (sin usar condones);
 - usuarios de drogas que utilizan la vía intravenosa y comparten agujas o jeringas contaminadas; con condiciones de alto riesgo como hemofílicos, hijos nacidos de mujeres ya infectadas con VIH o enfermas con SIDA, y personas que padezcan de enfermedades que requieren transfusiones de sangre o hemoderivados con frecuencia;
 - mujeres que su compañero sexual realice prácticas sexuales de alto riesgo desprotegido (sin usar condones), y
 - que presenten lesiones propias de enfermedades de transmisión sexual.
- 2.2- Que tengan diagnósticos de laboratorio o clínicos indicativos de infección VIH o enfermo SIDA, como se enuncian en los apartados del 3 al 6 de las Disposiciones Generales.

3.- Los Principios ético-legales en todo estudio del VIH SIDA se regirán por el respeto y observancia de los derechos que garantiza la Constitución Política de la República vigente a cada ciudadano:

3.1-todo ciudadano guatemalteco, o extranjero, tiene el derecho de recibir un trato digno y respetuoso, y en ningún momento discriminatorio por su condición serológica VIH/ SIDA;

3.5- Las pruebas serológicas para el VIH/SIDA no se solicitarán como requisito para el ingreso a actividades, el acceso a bienes y servicios, formar parte de instituciones educativas, o para recibir atención médica;

3.6- Las pruebas serológicas para el VIH/SIDA no deberán ser consideradas como causal para la rescisión de un contrato laboral, la expulsión de una escuela, la evacuación de una vivienda, la salida del país o ingreso al mismo, tanto de nacionales como de extranjeros;

3.7- Las pruebas serológicas para el VIH/SIDA se regirán por los criterios de consentimiento informado y confidencialidad; es decir, que quien se somete a estas pruebas, deberá hacerlo con conocimiento suficiente, en forma voluntaria y seguro de que se respetará su derecho a la privacidad y la confidencialidad del expediente clínico;

3.8- Las pruebas serológicas para el VIH/SIDA cuando resulten indicadas en menores de edad, requieren que los padres o responsables legales del menor en cuestión, previamente informados de la importancia de estos estudios en función de la salud del menor y para evitar la propagación de la infección VIH/SIDA, y de forma voluntaria y seguros de que se respetará el derecho a la privacidad y la confidencialidad de los resultados obtenidos, permitan con su consentimiento la realización de extracción sanguínea en el menor.

4.- La entrega del resultado al paciente será por el médico tratante que solicitó el estudio. No se podrán reportar resultados positivos o negativos en listados de manejo público, ni se comunicará el resultado a otras personas sin la autorización expresa del paciente, excepto cuando se trate de menores de edad o de pacientes con incapacidad mental o legal, en cuyo caso se informará a los padres o responsables legales, según proceda.

5.- Las instituciones de salud ofrecerán el servicio de consejería o apoyo psicológico a toda persona a quien se le entregue un resultado VIH positivo, con objeto de disminuir el impacto psicológico de la notificación en el individuo afectado y favorecer su adaptación a su nueva situación.

IV.- NOTIFICACION DE CASO SIDA Y REPORTE DE INFECTADO POR EL VIH

A) NOTIFICACION DE CASO SIDA COMO ENFERMEDAD DE DECLARACION OBLIGATORIA:

1.- La enfermedad SIDA esta sujeta a vigilancia epidemiológica y resulta obligatoria su notificación inmediata a la autoridad sanitaria más cercana, según lo establecido por la Dirección General de Salud y el Programa de Vigilancia Epidemiológica.

2.- Los Jefes de Areas y de Distritos deberán coordinar con el IGSS, las ONGS, Sanidad Militar y clínicas privadas correspondientes, la información sobre la notificación de caso SIDA y su traslado posterior al Departamento de Vigilancia Epidemiológica.

3.- La notificación la hará el personal de salud en los formatos aprobados al respecto por la Dirección General de Salud y el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, independientemente de los utilizados por cada institución.

4.- La responsabilidad de notificar compete al médico tratante o al personal de salud directamente involucrado, pero no a los laboratorios, bancos de sangre ni a otras personas que tuvieren acceso a la información:

5.- La notificación de casos de SIDA, se dirigirá al titular de la unidad de vigilancia epidemiológica del nivel técnico-administrativo que corresponda, para su manejo en forma confidencial y bajo su más estricta responsabilidad.

6.- La notificación se hará de manera confidencial. Su objetivo es contar con la información necesaria para establecer las medidas de prevención y control de enfermedades transmisibles, y debe proteger al afectado contra daños a su honorabilidad y dignidad, por lo que no debe comunicarse a otras personas o autoridades, excepto las directamente responsables de la vigilancia epidemiológica, sin

B) REPORTE DE INFECTADOS POR EL VIH O SEROPOSITIVOS AL VIH:

1.- Los Jefes de Areas y de Distritos deberán coordinar la información sobre el reporte de sero-positivos al VIH por los Laboratorios y Bancos de Sangre, gubernamentales y privados, para su traslado posterior al Departamento de Vigilancia Epidemiológica.

2.- Los Laboratorios y Bancos de Sangre, gubernamentales y privados, solo informarán el número de pruebas serológicas para el VIH realizadas mensualmente, y de ellas el número de negativas y positivas, en sobre cerrado dirigido al titular de la unidad de vigilancia epidemiológica del nivel técnico-administrativo que corresponda, para su manejo confidencial y bajo su más estricta responsabilidad.

3.- El reporte de sujetos que resulten seropositivos al VIH por las pruebas serológicas realizadas al efecto, se hará a la unidad epidemiológica del nivel técnico-administrativo que corresponda, con su manejo confidencial y bajo su más estricta responsabilidad, que a su vez lo informará mensualmente de forma consolidada a su nivel inmediato superior, este reporte no constituye en ningún momento una Notificación Obligatoria de Enfermedades Transmisibles, ya que solo el caso SIDA (o enfermo con SIDA) será categorizado en estos términos para los efectos del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA.

V.- PRINCIPIOS TECNICOS Y ETICO-LEGALES EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA INFECCION VIH SIDA

1.- Para los fines de vigilancia epidemiológica, se consideran casos de infección por VIH o enfermos con SIDA cuando

2.- La vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA deberá realizarse considerando tanto las necesidades de prevención y protección de la salud de las enfermedades transmisibles, como el respeto a la dignidad de los afectados, que comprende su derecho a la igualdad, confidencialidad, privacidad y no discriminación, actitud que deberá promoverse entre el personal que labora en todas las instituciones de salud.

3.- El seguimiento epidemiológico se realizará en el área de salud correspondiente al sujeto infectado por VIH o enfermo con SIDA, como responsabilidad del epidemiólogo correspondiente, o en su defecto al médico asignado para esta actividad por la unidad de salud correspondiente.

4.- El médico tratante deberá programar el seguimiento clínico anual para los infectados por VIH, y en los casos de SIDA cada seis meses, cumpliendo con los objetivos de la evolución clínica y el diagnóstico oportuno de las infecciones oportunistas u otras afecciones relacionadas al VIH/SIDA.

5.- En las mujeres infectadas por el VIH o enfermas con SIDA, si procede, se estudiarán sus hijos nacidos después de la fecha probable de infección, o a los menores de cinco años de edad;

6.- En niños menores de cinco años de edad se deberá descartar la transmisión perinatal del virus mediante investigación del estado serológico de la madre,

7.- En todo caso de transmisión transfuncional o trasplante, deberá realizarse estudio epidemiológico para identificar los factores de riesgo y verificar si la infección se adquirió por vía sanguínea o por trasplante. En caso afirmativo, se identificará la procedencia de las unidades transfundidas o tejidos para trasplante, así como sus donantes, para llevar a cabo las acciones de vigilancia epidemiológica apropiadas en cada caso.

8.- La vigilancia epidemiológica y seguimiento de contactos, se regirá por los siguientes criterios:

8.1- La investigación de los contactos en los sujetos diagnosticados como seropositivos VIH o enfermos con SIDA, requiere del previo consentimiento y colaboración voluntaria del sujeto en cuestión, garantizando la privacidad y confidencialidad de la información brindada;

8.2- El estudio de contactos se realizará siempre con el consentimiento libre y voluntario del sujeto infectado por VIH o enfermo con SIDA, respetándose su libre voluntad de no proporcionar información al respecto;

8.3- Cuando el paciente sea mayor de edad, se le explicará por medio de consejería y argumentaciones técnicas profesionales la importancia de estas actividades epidemiológicas, encaminadas a evitar la propagación de esta infección VIH/SIDA con sus contactos sexuales o con los que comparte agujas y jeringas contaminadas.

8.4- El paciente mayor de edad, previamente informado y que voluntariamente acepte colaborar, podrá transmitir a los contactos que él considere acepten al igual que él, y con el ánimo de evitar la propagación de esta infección VIH/SIDA, que acudan voluntariamente a estas actividades epidemiológicas, donde se le garantizará privacidad y confidencialidad sobre los resultados obtenidos al respecto;

8.5- El sujeto infectado por VIH o enfermo con SIDA tendrá la garantía de la privacidad y confidencialidad de su identidad personal en todo momento si así lo desea, cuando se proceda a entrevistar contactos que él considere importantes en función de evitar la propagación de esta infección VIH/SIDA;

8.6- Cuando el sujeto infectado por VIH o enfermo con SIDA resultara mayor de edad pero con limitaciones mentales, los académicos anteriores (8.1, 8.2, 8.3 y 8.4) le serán informados a los padres o responsables legales, en los mismos términos establecidos;

8.7- Cuando el sujeto infectado por VIH o enfermo con SIDA resultara un menor de edad, los académicos anteriores (8.1, 8.2, 8.3 y 8.4) le serán informados a los padres o

responsables legales, en los mismos términos establecidos;

8.8- Cuando se visite el domicilio de un sujeto infectado por VIH o enfermo con SIDA para dar o solicitar información, no se mencionará, bajo ninguna circunstancia, a otra persona que no sea el paciente, o lo previsto anteriormente en los académicos 8.6 y

8.7, El objeto de esta visita como actividad epidemiológica relacionada al Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA ;

8.9- En caso de que el paciente haya fallecido, sólo se podrá solicitar información al médico tratante y a quien elaboró el certificado de defunción. Si procedieran las actividades relacionadas anteriormente, se hará garantizando la confidencialidad de la información del diagnóstico.

9.- Se evitará, en lo posible, las visitas domiciliarias, ya que pueden generar graves conflictos al afectado y a su familia, sobre todo en pequeñas poblaciones.

VI.- RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO MEDICO-TERAPEUTICO DE LOS INFECTADOS VIH/SIDA

1.- Todas las instituciones de salud están obligadas a prestar atención de emergencia a individuos infectados por VIH o enfermos con SIDA, de manera responsable, digna y respetuosa, sin discriminaciones por su condición serológica VIH/SIDA, y observando las medidas de prevención que el caso requiera.

2.- Todas las instituciones de salud estarán obligadas a canalizar a los individuos infectados por VIH o enfermos con SIDA para su atención especializada, cuando así sea requerido y la institución no cuente con los recursos para brindarla, siguiendo los niveles de atención de las instituciones correspondientes.

3.- El manejo terapéutico del infectado por VIH o enfermo con SIDA adulto se basará en su estado clínico, con una valoración evolutiva según lo requiera el cuadro clínico sintomático en cuestión, y el apoyo de estudios de laboratorio donde éstos sean posibles. Considerando el siguiente esquema de seguimiento:

3.1- En individuos seropositivos VIH clínicamente asintomáticos:

a) NO requieren medicamentos específicos.

b) Programarle una consulta anual para valoración clínica evolutiva, recordando lo importante de su educación sanitaria y medidas de prevención que debe observar como

infectado VIH.

3.2- En las mujeres con infección por VIH o enfermas con SIDA, se recomienda realizar examen ginecológico y Papanicolaou cada doce meses, con el fin de detectar precozmente el cáncer cervical, por su relación con la infección VIH/SIDA.

3.3- **En las embarazadas infectadas por el VIH o enfermas con SIDA, se recomienda el uso de la Zidovudina (AZT) para disminuir la frecuencia de la infección por VIH en su hijo, vigilando la mielotoxicidad mediante hematología completa cada cuatro semanas. Para la administración se utilizará el siguiente esquema de tratamiento:**

a) Comenzar entre la 14 a la 36 semanas del embarazo la administración de la Zidovudina (AZT), a razón de 100 mg orales cinco veces al día (dosis total: 500 mg/día), hasta comenzar el trabajo de parto;

b) Al comenzar el trabajo de parto se suspende la Zidovudina (AZT) oral, y se inicia su administración por vía endovenosa, de la siguiente manera:

-b.1.- Inicio del trabajo de parto: Zidovudina (AZT): dosis inicial

de 2 mg/kg de peso corporal, por vía endovenosa lentamente (a durar una hora), seguido de una infusión continua endovenosa a razón de 1 mg/kg por hora;

-b.2- Esta infusión continua endovenosa durará todo el trabajo de parto hasta el nacimiento, ya sea por cesárea o transpluviano, después de lo cual será retirada;

-b.3- El niño producto de este embarazo deberá recibir la Zidovudina (AZT) en forma de jarabe oralmente, a razón de 2 mg/kg de peso corporal cada 6 horas, comenzando entre las primeras 8 a 12 horas de su nacimiento, esta dosis de 2 mg/kg cada 6 horas se le administrará durante un período de seis semanas.

3.4.- En pacientes seropositivos VIH sintomáticos, pero sin que tenga criterios clínicos definitorios de caso SIDA, se recomienda:

a) Iniciar el uso profiláctico de la Isoniacida a razón de 300 mg al día, asociado con Piridoxina, 10 mg diarios, de forma indefinida, siempre que no existan sospechas clínicas o epidemiológicas de infección activa de tuberculosis en el paciente en cuestión.

b) El médico tratante valorará clínicamente los beneficios del uso profiláctico contra el Pneumocystis carinii con el Trimetoprim/Sulfametoxazol (una tableta de 480 mg tres veces por semana).

c) El médico tratante documentará en el Expediente Clínico del paciente en cuestión, la indicación de medicamentos y los resultados evolutivos obtenidos, que le serán válidos para

las futuras valoraciones clínicas en el control y seguimiento del paciente en cuestión.

d) Los síntomas menores, siempre que no sean indicativos de **caso SIDA, deberán manejarse de acuerdo con sus problemas** específicos según el médico tratante así lo considere, recordando reflejar en el Expediente Clínico del paciente toda observación que le resulte de interés y valor predictivo para el control y seguimiento del paciente en cuestión.

3.5.- En los pacientes diagnosticados como caso SIDA, el médico tratante observará los siguientes lineamientos:

a) Instituir los tratamientos profilácticos contra la tuberculosis y Pneumocystis carinii, según los medicamentos y sus dosis recomendadas anteriormente (3.4.-a y b).

4.- Teniendo presente la frecuencia de la tuberculosis y su incidencia en el infectado por VIH y en el enfermo con SIDA, se establecerán acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento integral:

4.1- En la Prevención específica de la tuberculosis:

a) La vacuna BCG está contraindicada en niños y adultos con SIDA, adultos con infección por VIH y en otras inmunodeficiencias.

b) Previamente al inicio de la quimioprofilaxis se deberá descartar el diagnóstico de tuberculosis activa tanto pulmonar como extrapulmonar.

c) La quimioprofilaxis para la tuberculosis se administrará a las personas infectadas por VIH y a los enfermos con SIDA sin tuberculosis activa, cuando menos durante doce meses, sin necesidad de realizar previamente una prueba de PPD, conforme a las siguientes disposiciones:

Se usará Isoniacida a dosis de 10 mg/kg de peso, sin que se exceda de 300 mg por día;

Se recomienda realizar examen de transaminasas (aminotransferasas) de manera periódica, y proceder de acuerdo con los resultados antes del inicio de la quimioprofilaxis y en forma regular durante su aplicación;

En caso de aparición de polineuritis o neuropatías, se administrará Piridoxina sin suspender la quimioprofilaxis;

4.2- Para el diagnóstico de tuberculosis se cumplirán las medidas contempladas en el Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis vigente, aplicable al infectado por VIH o enfermo de SIDA.

4.3.- El tratamiento de la tuberculosis en los infectados por VIH o enfermos con SIDA, será:

4.3.1- TRATAMIENTO EN DOS FASES:

PRIMERA FASE: * diaria, de lunes a sábado, hasta completar 72 dosis, administrando todos los medicamentos del día en una sola toma:

-Isoniacida: 300 mg -Rifampicina: 600 mg -Pirazinamida: 1.5 a 2 gg -Etambutol*: 1200 mg

FASE DE SOSTEN. * intermitente, dos veces por semana (lunes y jueves o martes y viernes), hasta completar 56 dosis, administrando una sola toma:

-Isoniacida: 800 mg -Rifampicina: 600 mg -Etambutol*: 2400 mg

* En enfermos con peso menor a 50 kg deberá ajustarse la dosis de acuerdo al peso.

El Etambutol puede ser reemplazado por Estreptomina de 750 mg; en pacientes mayores de 50 años de edad, se administrará 500 mg.

4.3.2- Una vez concluido el tratamiento específico anti-tuberculoso,

continuará con isoniacida (dosis de 10mg/kg, sin que exceda de 300 mg por día) de forma indefinida, para reducir el riesgo de reactivación o de infección exógena.

4.3.3- Si existe recaída o abandono del tratamiento, será informado de inmediato a la Jefatura y Epidemiólogo del área de salud correspondiente, para establecer los controles terapéuticos necesarios al respecto.

5.- Para el infectado por VIH o enfermo con SIDA, en relación a las inmunizaciones se recomienda:

5.1- En los adultos NO se aplicará vacuna BCG, vacuna antitifoídica oral o cualquiera vacuna de virus vivos.

5.2.- En los niños obedecerá a su condición clínica:

a) En niños asintomáticos:

-se aplicarán las vacunas DPT, antipolio, antisarampión y BCG;

-se pueden aplicar antiparotiditis, antirrubéola y conjugada contra Haemophilus influenzae tipo b.

b) En niños sintomáticos:

-NO se aplicará la vacuna BCG;

-se aplicarán las vacunas DPT, antipolio, antisarampión; -se pueden aplicar la vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo b, antiparotiditis, antirrubéola;

-en niños sintomáticos también se recomienda aplicar vacuna antineumocócica y contra influenza.

BIBLIOGRAFIA

1.- C.D.C. 1993 Revised classification system for HIV infection **an expanded surveillance case** definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992;41 (RR-17):1-19.

2.- C.D.C. 1994 Revised guidelines for the performance of CD4+ T-cell determinations in persons with human immunodeficiency virus (HIV) infection. MMWR 1994;43(RR-3) :17.

3.- Connor EM, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. N Engl J Med 1994;331:1173-1180.

4.- WHO. Tb a global emergency. WHO/TB/1994;94:117.

5.- Laga M, Diallo M, Buvá M. Interrelation of sexually transmitted diseases and HIV: Where are we now?. AIDS 1994;8 Supp 1:S119-S124.

6.- Valdespino-Gómez JL, et al. Epidemiología de SIDA/VIH en México; de 1983 a marzo de 1995. Salud Pública de México. Nov.Dic. 1995;37:556-571.

7.- WHO. AIDS global data. The current global situation of HIV/AIDS pandemic. Wkly Epidemiol Rec 1994;69:189-196.

8.- Martínez-Aguilar G, et al. Infección por VIH en niños mexicanos. Salud Pública de México. Nov.Dic,1995, 37:572-580.

9.- Rio-Zolezzi A, et al. La epidemia de VIH/SIDA y la mujer en México. Salud Pública de México. Nov.Dic, 1995, 37:581-591.

10.- Kimball AM, Salvatierra-González R, Zacañas F. La mujer y la epidemia de SIDA: una crisis inminente **para las Américas**.

En: Gómez-Gómez E. Ed. Género, Mujer y Salud en las Américas. Washington. D.C.: O.P.S. Publicación Científica No. 541,1993.

11- WHO. Global Programme on AIDS. GPA Strategy: Woman and AIDS (Draft) 1993.

12- Programa Mundial sobre SIDA. O.M.S. Declaración de la reunión consultiva sobre exámenes y consejos en la infección por el VIH. Ginebra, 1992, nov. 16-18. Publicación WHO/GPA/INF/93.2, 1993.

13- Rico B, et al. Las campañas contra el SIDA en México: Los sonidos del silencio o puente sobre aguas turbulentas?. Salud Pública de México. Nov.Dic, 1995, 37:643-653.

14- MMWR. BCG vaccination and pediatric HIV infection. MMWR 1991, vol 40(48) :833-836.

15- O.P.S./O.M.S. Prevención del SIDA. I.El SIDA y la Planificación Familiar. Programa de Salud Maternoinfantil y Población/HMP. Octubre 1994.

16- Fuenzalida-Puelma H, Linares-Parada AM, Serrano-LaVertu D. Aportes de la ética y el derecho al estudio del SIDA. O.P.S. Publicación Científica No. 530. 1991.

17- O.M.S. Prevención de la transmisión sexual del VIH. Serie O.M.S. sobre el SIDA, No. 6. Ginebra. 1990.

18- O.M.S. Directrices para planificar el fomento de la salud en la prevención y lucha contra el SIDA. Serie O.M.S. sobre el SIDA, No. 5. Ginebra. 1990.

19- WHO. AIDS. Prevention and Control. WHO. Geneva. 1988.

20- OPS/OMS. Informe final de la VI Reunión de Directores de Laboratorios Nacionales de Referencia de SIDA en las Américas. Washington, DC: OPS/OMS, HSP/HSE; 1995.

21- Manual de Normas y Procedimientos en la Vigilancia y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual (incluyendo SIDA). Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. República de Guatemala. 1991.

22- Programa de Vigilancia Epidemiológica 1993-1999. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. República de Guatemala. 1993.