

REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

**Plan Estratégico Nacional
para la prevención y control de las
ITS, el VIH y las hepatitis
2024 – 2028**

BASES NORMATIVAS

La Habana, Cuba
2023
“Año 65 de la Revolución”

© Colectivo de autores, 2023

© Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba, 2023

© Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades, 2023

Edición:

Diseño y maquetación:

ISBN: 928 – 959 – 283 –

Departamento del Programa de las ITS-VIH/sida y hepatitis. MINSAP.
Calle 23 esquina a N, Edificio Soto, El Vedado- La Habana. Cuba.

CP: 10400.

Teléfono: 537 831 9273

Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades
Calle 27 No. 707 entre A y B, El Vedado, La Habana. Cuba.

CP: 10400.

Teléfono: 537 831 1606



ÍNDICE

BASES NORMATIVAS DEL PLAN ESTRATEGICO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS VIRALES 2024-2028.....	1
PRESENTACIÓN.....	1
6.1. BASES NORMATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS VIRALES	3
6.1.1. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS).	3
6.1.2. SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y LAS ITS DIRIGIDO A LOS GRUPOS DE POBLACIONES CLAVE O “PAQUETE DE PREVENCIÓN”	8
6.1.3. LA PREVENCIÓN DE LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	19
6.1.4. CENTROS COMUNITARIOS EN LA PREVENCIÓN DE LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS	34
6.1.5. SERVICIOS DIFERENCIADOS DE VIH PARA POBLACIONES CLAVE	35
6.1.6. SERVICIOS DE PRUEBAS DE VIH (SPV).....	38
6.1.7. PROTOCOLOS DE LOS SERVICIOS DE ORIENTACIÓN JURÍDICA	52
6.1.8. GRUPO OPERATIVO PARA LA ELIMINACION DE LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS: TRABAJO INTERSECTORIAL.....	54
6.1.9. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A NIÑAS/NIÑOS Y ADOLESCENTES AFECTADAS/OS E INFECTADAS/OS POR EL VIH.	56
6.1.10. SEGUIMIENTO A LAS POBLACIONES PRIORITARIAS.....	57
6.2 BASES NORMATIVAS PARA LA VIGILANCIA, ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	60
6.2.1. SISTEMA DE VIGILANCIA DE LAS ITS	60
6.2.1.1 Objetivos de la vigilancia	60
6.2.1.2. Organización del sistema de vigilancia.....	60
6.2.1.3. Eventos sujetos a notificación y vigilancia	62
6.2.1.4. Fuentes de información de la vigilancia de las ITS.....	62

6.2.1.5.	Búsqueda activa de casos	63
6.2.1.6.	Definiciones de casos.....	64
6.2.1.7.	Clasificación	64
6.2.2.	VIGILANCIA DE LA ETIOLOGÍA DE LOS SÍNDROMES	68
6.2.2.1.	Requisitos de laboratorio	68
6.2.2.2.	Diagnóstico microbiológico de la sífilis.....	71
6.2.2.3.	Prueba bacteriológica y molecular:.....	73
6.2.3.	PROTOCOLOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA SÍFILIS	74
6.2.3.1.	Protocolo para el diagnóstico de sífilis en jóvenes y adultos.....	74
6.2.3.2.	Protocolo para el diagnóstico de sífilis en adultos con pruebas rápidas	75
6.2.3.3.	Protocolo para el diagnóstico de sífilis en gestantes	76
6.2.3.4.	Protocolo para el manejo de embarazadas con serología reactiva	77
6.2.3.5.	Propuesta de Protocolo para Embarazadas Alérgicas a la Penicilina	¡Error! Marcador no definido.
6.2.3.6.	Protocolo de actuación en recién nacidos hijos de madres con VDRL reactiva	85
6.2.3.7.	Protocolo de actuación en hijos de madre con sífilis tratada adecuadamente y con buena respuesta clínica y serológica	88
6.2.3.8.	Protocolo de actuación en recién nacidos con sospecha de sífilis congénita	89
6.2.3.9.	Protocolo ante la sospecha de uveítis sifilítica	92
6.2.4.	PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL SÍNDROME DE SECRECIÓN URETRAL	98
6.2.5.	PROTOCOLO PARA EL MONITOREO DE LA RESISTENCIA ANTIMICROBIANA A NEISSERIA GONORRHOEAE	98
6.2.6.	PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL	101
6.2.6.1	Protocolo para el manejo del síndrome de flujo vaginal en gestantes	103
6.2.6.2.	Protocolo para el manejo del síndrome de flujo vaginal persistente en gestantes ya tratadas sindrómicamente	104
6.2.7.	PROTOCOLO PARA EL DIAGNÓSTICO MOLECULAR DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	108
6.2.8.	PROTOCOLO PARA EL DIAGNÓSTICO MOLECULAR DEL PAPILOMA VIRAL HUMANO (VPH).....	109

6.2.9.	PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE ÚLCERAS GENITALES QUE INCLUYE ÚLCERAS ANORECTALES.....	105
6.2.9.1.	Protocolo para la vigilancia molecular de agentes causantes de ulcera genital	107
6.2.10.	ABORDAJE DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MENORES	110
6.2.10.1	Protocolo para el diagnóstico de agentes de ITS en niños/as, preadolescentes y posibles perpetradores de abuso sexual.....	112
6.2.11.	PAUTAS PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS).....	121
6.3.1.	PROTOCOLOS PARA LA VIGILANCIA DE VIH	145
6.3.1.1.	Sistema de vigilancia del VIH	145
6.3.1.1.1	Objetivos	145
6.3.1.1.5.	Búsqueda activa de casos, comunicación del diagnóstico y continuidad de la atención	147
6.3.2.	DIAGNOSTICO DE VIH	154
6.3.2.1.	Tiempos de respuesta de los laboratorios de diagnóstico	157
6.3.2.2.	Niños menores de 18 meses expuestos al VIH	157
6.3.2.3.	Pacientes ingresados en hospitales en los que se sospeche infección por VIH o sida	160
6.3.3.	ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH (PVV)	162
6.3.3.1.	Determinación de Fallo clínico, virológico o inmunológico	165
6.3.4.	PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH	165
6.3.4.1.	Protocolo de atención a la gestante seropositiva al VIH. Parto y VIH.....	167
6.3.4.2.	Funciones	168
6.3.4.3.	Atención a la gestante seropositiva en el momento del parto	169
6.3.4.4.	Condiciones en las que deberá utilizarse Zidovudina intravenosa	170
6.3.4.5.	Atención integral a niños expuestos a riesgo de infección por VIH durante el embarazo y niños con VIH.....	171
6.3.5.	TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES INFECCIONES OPORTUNISTAS.....	176

6.3.6.	PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS EN NIÑOS/AS	184
6.3.7.	PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DE LA CONFECCIÓN TB/VIH	184
6.3.7.1.	Coinfección VIH/TB	186
6.3.8.	ENFERMEDAD AVANZADA POR VIH	187
6.3.8.1.	Manejo de la enfermedad avanzada por VIH.....	189
6.3.9.	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS).	194
6.3.10.	PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA RESISTENCIA A LOS ANTIRRETROVIRALES	196
6.3.10.1.	Estrategias para el monitoreo y la vigilancia de la fármaco-resistencia del VIH	196
6.3.11.	PROTOCOLO DE APOYO NUTRICIONAL A LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH	¡Error! Marcador no definido.
6.2.11.1.	Patrones de alimentación y ejemplos de menú.....	¡Error! Marcador no definido.
6.3.11.2.	Grupos de Alimentos y tamaños de las porciones de referencia	¡Error! Marcador no definido.
6.4.	BASES NORMATIVAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS HEPATITIS VIRALES	204
6.4.1.	PROTOCOLOS PARA LA VIGILANCIA DE HEPATITIS	204
6.4.1.1.	Sistema de vigilancia epidemiológica para las hepatitis	204
6.4.1.2.	Objetivos	204
6.4.1.3.	Organización del sistema de vigilancia.....	204
6.4.1.4.	Eventos sujetos a notificación y vigilancia.....	205
6.4.1.5.	Fuentes de información de la vigilancia de hepatitis.....	206
6.4.1.6.	Registros de los laboratorios regionales para estudio con carga viral.....	206
6.4.1.7.	Grupos de pesquisa de hepatitis B y C	206
6.4.2.	PROTOCOLO DE VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B.....	213
6.4.2.1.	Vacunación a recién nacidos/as	214
6.4.2.2	Vacunación a hijos/as de madres con HBsAg positivo	215
6.4.2.3.	Criterios de vacunación para mayores de 10 años y adultos	216

6.4.2.4.	Pacientes con necesidad de terapia de remplazo renal del tipo hemodiálisis	216
6.4.2.5.	Esquemas acelerados en pacientes en listados para trasplante hepático o con conductas sexuales de riesgo:	217
6.4.3.	BÚSQUEDA DE CASOS, COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN.....	217
6.4.3.1.	Procedimiento ante serologías de hepatitis B y C reactivas.....	219
6.4.3.2.	Procedimientos para el estudio y seguimiento de casos de hepatitis B y C.....	220
6.4.4.	TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE HEPATITIS B	221
6.4.4.1.	Hepatitis B aguda	221
6.4.4.2.	Tratamiento de la hepatitis B crónica	222
6.4.4.3.	Vigilancia y sospecha de infección por Virus Delta en pacientes HBs Ag positivo con reactivación o progresión de la actividad necroinflamatoria con serología para virus A, C y E negativas	225
6.4.5.	TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE HEPATITIS C-	226
6.4.5.1.	Seguimiento de casos de hepatitis C	226
6.4.6.	TRATAMIENTO A COINFECCIONES.....	227
6.4.7.	PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DE HEPATITIS B	231
6.4.8.	MANEJO DE LA GESTANTE CON HEPATITIS B EN LOS DIFERENTES ESCENARIOS.....	232
6.4.8.2.	Conducta a seguir en gestantes con hepatitis B	233
6.4.9.	MANEJO DE HIJOS DE MADRES CON HBsAg POSITIVO.....	234
6.4.10.	MANEJO DE LA GESTANTE CON HEPATITIS C	235
6.4.11.	PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO DE DONANTES DE SANGRE POSITIVOS A LOS VIRUS DE LAS HEPATITIS B Y C.....	236
6.4.12.	PROCEDIMIENTO ANTE LA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL A LOS VHB Y VHC.....	237
6.4.13.	PROCEDIMIENTO ANTE LA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL A LOS VHB Y VHC ³⁵	239
6.4.13.1.	Medidas ante un caso de exposición a VHB- VHC ^{35, 36}	241
6.4.13.2.	Profilaxis post exposición de la hepatitis B ³⁵	242
6..4.13.3.	Seguimiento de los casos expuestos ³⁶	244
6.4.14.	PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	245

6.4.15. CONTROL DE CALIDAD DEL DIAGNÓSTICO MOLECULAR DE LOS VIRUS DE LAS HEPATITIS B Y C	246
6.4.15.1. Plan de Control de Calidad de los laboratorios de la red.....	247
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	200

BASES NORMATIVAS DEL PLAN ESTRATEGICO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS VIRALES 2024-2028

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública de Cuba presenta las bases normativas del Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de las ITS, VIH y hepatitis para el período 2024-2028, con el objetivo de homogeneizar los conceptos, protocolos y acciones a realizar en todo el país.

En su elaboración participó un grupo interdisciplinario e interinstitucional que realizó revisión documental recopilando lo más actualizado en el tema, lo cual fue consultado con expertos de las diferentes especialidades para su aprobación.

El documento Bases Normativas para la prevención y control de las ITS, VIH y hepatitis, está conformado por cuatro capítulos, el primero relacionado con las acciones de prevención que se realizan para las tres enfermedades, el segundo para las infecciones de transmisión sexual, el tercero para el VIH y el cuarto para las hepatitis.

El primer capítulo muestra los protocolos de prevención que deben realizar el sector salud y los demás sectores incluyendo la sociedad civil. El resto de los capítulos abordan los sistemas de vigilancia epidemiológica, la atención médica integral y seguimiento de los casos de cada una de las enfermedades.

Es nuestro deseo que constituya una herramienta para el personal de salud vinculado a los programas de prevención y control de las ITS, VIH y hepatitis y, para los que atienden otros programas de interés por las coinfeciones. Se presentará de forma impresa y estará disponible de forma digital en el sitio web de INFOMED para su consulta.

Esperamos les sea de utilidad,

Colectivo de Autores

BASES NORMATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS VÍRALES

6.1. BASES NORMATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS VIRALES

En este documento quedaran descritas las normativas y protocolos para la prevención de las ITS, el VIH y las hepatitis con énfasis en la Atención Primaria de Salud tomando en cuenta las Directrices para el manejo de estas infecciones planteadas por la OMS, OPS, ONUSIDA y otros socios técnicos.

6.1.1. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS).

Poblaciones clave: grupos definidos, que, por sus comportamientos específicos de mayor riesgo, presentan una especial susceptibilidad a contraer y transmitir el VIH, independientemente del tipo de epidemia y del contexto local. Además, suelen enfrentarse a problemas jurídicos y sociales a causa de estos comportamientos que incrementan la vulnerabilidad al VIH. Los grupos de población clave son importantes para la dinámica de la transmisión del VIH y constituyen asociados esenciales para lograr una respuesta eficaz a la epidemia.

Población clave menor de 18 años: Los menores de edad que forman parte de los grupos de población clave pueden incurrir en las mismas prácticas de riesgo que los adultos y además pueden estar en mayor riesgo debido a su edad y mayor vulnerabilidad social. Es necesario considerar las particularidades de los adolescentes menores de 18 años para proveerles servicios de salud sexual y reproductiva como los relacionados con el VIH y las ITS tomando en cuenta las regulaciones del MINSAP con respecto a la edad. Además, los adolescentes deben tener acceso a otros servicios, como los servicios legales y de apoyo psicosocial.

Por la prevalencia de VIH de estos grupos, la vulnerabilidad y los comportamientos sexuales de riesgos quedan definidas como poblaciones clave los siguientes grupos:

Hombres gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) en los últimos 12 meses. En este documento se apega a la definición de la OPS que entiende por «hombre» el sexo asignado al nacer y por «relación sexual», al sexo anal con penetración y el sexo oral. Esta definición es independiente de la motivación para participar en las relaciones sexuales, de la orientación sexual declarada por los individuos y de la identificación con cualquier comunidad o grupo social.

Mujeres transgénero que tienen relaciones sexuales con hombres. Transgénero es un término general para todas las personas que tienen una percepción interna de su género (identidad de género) que difiere del sexo que se les asignó al nacer. Una mujer transgénero es una persona del sexo biológico masculino que se identifica a sí misma como mujer. La prevalencia del VIH entre las mujeres transgénero en Cuba es la más alta del país. La vulnerabilidad y las necesidades de salud específicas de las personas transgénero hace necesario considerar una respuesta al VIH diferenciada y centrada para este grupo.

Personas que con VIH y sus parejas: Personas seropositivas que viven con el VIH y sus parejas que tiene riesgo de trasmitir la infección, además que viven manifestaciones de estigma y discriminación asociadas.

6.1.1.1. Operativización de variables para grupos de población clave en la Atención Primaria de Salud (APS)

En la práctica puede ser difícil definir si las personas que acuden a los servicios pertenecen a algún grupo de población clave, especialmente cuando revelar esa información puede poner a estas personas en riesgo de discriminación. La clasificación de las personas en relación con los grupos de población clave no debe basarse en la auto identificación, sino en las prácticas sexuales, igualmente, la decisión de las personas de responder o no a estas preguntas no debe afectar a la provisión de los servicios.

Para facilitar la operativización de estas definiciones, se muestra una herramienta sensible y específica que ayuda a estandarizar la recogida de información mediante un conjunto mínimo de variables. Es importante que las preguntas se hagan tal y

como están indicadas para asegurar la objetividad en las respuestas y la estandarización en su interpretación. Esta herramienta se debería aplicar a todas las personas que acuden a los servicios de atención, independientemente de las percepciones que el proveedor pueda tener sobre su pertenencia o no a alguno de los grupos de población clave (Tabla 1).

Esta herramienta permite al proveedor de salud profesional o comunitario (médico de familia, consejero/a, educador par) explorar de manera respetuosa e incluyente en un ambiente coloquial las características de la persona que tiene frente a si, sin mostrar elementos que sugieran estigmas o discriminación hacia como se percibe la persona o sus conductas sexuales.

Ejemplos:

1. Sexo biológico al nacer hombre; identidad de género hombre y tuvo relaciones sexuales en los últimos 6 meses con hombres / mujeres trans/ hombres y mujeres/ todos. Se trata entonces de un hombre que tiene sexo con hombres (HSH).
2. Sexo biológico al nacer hombre, identidad de género mujer y tuvo relaciones sexuales en los últimos 6 meses con hombres / mujeres trans / hombres y mujeres/ todos. Se trata entonces de una mujer trans.

Una vez determinado que se trata de una población clave el proveedor de salud deberá continuar en el interrogatorio con el uso de la segunda herramienta, la cual le permitirá identificar y personalizar si la persona de la PC está expuesta o no, a un **riesgo sustancial** de adquirir VIH u otra ITS. Al igual que el anterior, es de fácil manejo, se aleja del uso de frases estereotipadas y discriminatorias. Estas preguntas permitirán identificar los comportamientos de riesgo de la persona y desarrollar un plan de acción individualizado basado en la prevención del riesgo y con la finalidad de modificarlos (Figura 1).

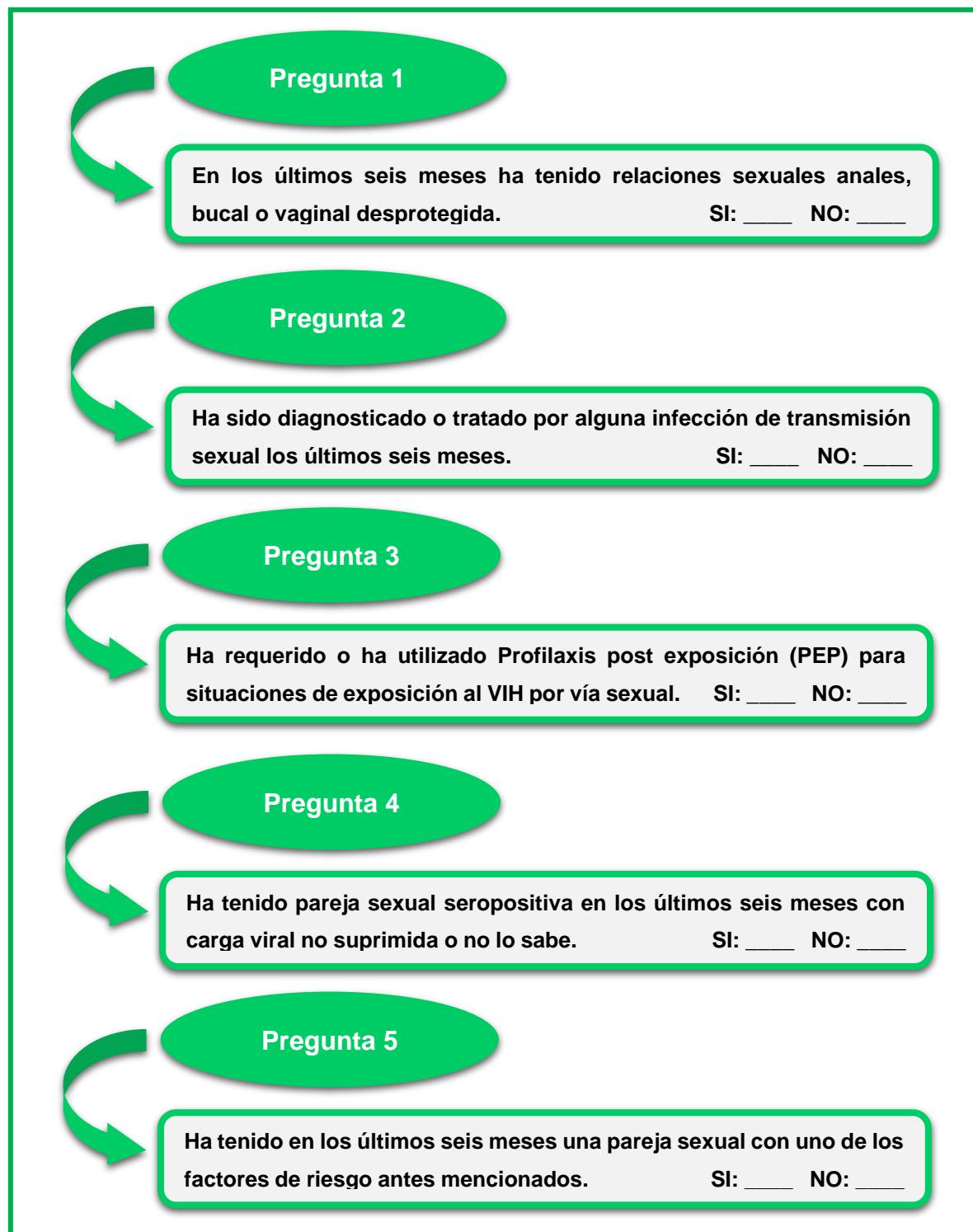
Con solo una de las respuestas positivas debe considerarse que la persona tiene **riesgo sustancial** incrementado.

Tabla 1. Guía para la identificación y clasificación de las poblaciones clave, en la Atención Primaria de Salud (APS).

Guía de preguntas para la clasificación:				
1. ¿Cuál fue su sexo asignado al nacer: varón, mujer o intersexual?				
<input type="checkbox"/> Varón	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Intersexual	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No contesta
2. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido usted relaciones sexuales con...? Marque todas las opciones que corresponda.				
<input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Mujeres Trans 1	<input type="checkbox"/> Hombres Trans 2		<input type="checkbox"/> No contesta	
En los últimos 12 meses, ¿ha intercambiado sexo por dinero?				
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No contesta		
En los últimos 12 meses, ¿ha intercambiado sexo por dinero?				
<input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Mujeres Trans 1	<input type="checkbox"/> Hombres Trans 2		<input type="checkbox"/> No contesta	
Interpretación de las respuestas para el monitoreo y análisis de datos:				
Respuesta a las preguntas	Clasificación			
Sí, en la pregunta 1 (sexo al nacer) responde: "varón" y en la pregunta 2 (relaciones sexuales) responde "hombres" o "mujeres trans".	Hombre que tiene relaciones sexuales con hombres (HSH).			
Sí, en la pregunta 1 (sexo al nacer) responde "varón" y en la pregunta 5 (identidad de género) responde: "mujer, trans" o "mujer".	Mujer trans			
Si en la pregunta 3 (trabajo sexual) responde "sí"	PPST			

Fuente: Adaptado del Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para poblaciones clave en América Latina y el Caribe.

Figura 1. Preguntas para la determinación del riesgo sustancial.



Fuente: Adaptado del Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para poblaciones clave en América Latina y el Caribe

6.1.2. SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y LAS ITS DIRIGIDO A LOS GRUPOS DE POBLACIONES CLAVE O “PAQUETE DE PREVENCIÓN”

Se identifica como «paquete de prevención» al subconjunto de servicios esenciales para el VIH y las ITS que, en un contexto facilitador, se ofrecen para todos los grupos de población clave y prioritarios, independientemente del estado serológico y del riesgo de infección, con el objetivo de vincular y dar seguimiento a todas las personas alcanzadas. Cabe señalar que el paquete de prevención se dispensará tenga o no la persona riesgo sustancial al VIH.

Brinda la oportunidad de accionar directamente a nivel individual sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas sexuales de las personas como un medio de enfoque lógico de la prevención combinada. A lo largo del proceso asistencial continuo están definidos procesos para la toma de acción del proveedor de salud. Hechas las valoraciones antes mencionadas (operativización de la PC y valoración del riesgo sustancial.) y siguiendo las orientaciones establecidas se ha definido la diferenciación de paquetes en el modelo cubano (paquete de vinculación y paquete seguimiento), lo que constituye una acción que estimula el apego de las personas a los servicios de salud.

Estos servicios deben ofrecerse de tal manera que se asegure la continuidad de la atención y la prevención de la infección por el VIH y las ITS según las necesidades en los diferentes niveles de atención, con énfasis en el primer nivel. El acceso sostenible a servicios de salud requiere que se manifiesten condiciones en relación con las personas de grupos de población clave a quienes van destinados (Figura 2).

Figura 2. Condiciones de los servicios de salud requeridas para el acceso sostenible de los grupos de poblaciones clave (GPC).



Fuente: Elaborado por los/as autores/as.

6.1.2.1. PAQUETE DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN ORIENTADO AL ALCANCE DE PERSONAS DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE.

INTERVENCIONES INCLUIDAS EN EL PAQUETE DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN		
Servicios	Descripción	Recomendaciones/calidad de la evidencia
Condones y lubricantes (básico).	Acción esencial de la respuesta al VIH, consiste en aumentar la disponibilidad, la accesibilidad, la asequibilidad y el uso de condones masculinos y femeninos, junto con lubricantes adecuados entre las personas de los grupos de población clave, mediante estrategias de distribución específicas.	Recomendación firme, calidad moderada de la evidencia. Las personas de las poblaciones clave han de usar el preservativo correcta y sistemáticamente juntocon los lubricantes adecuados para la prevención de la transmisión del VIH.
Prueba de VIH.	La oferta y realización de pruebas para la detección del VIH, constituye el primer paso para que las personas con un resultado negativo queden vinculadas a los servicios de prevención y aquellas con resultados positivos se vinculen a los servicios de atención.	Recomendación firme, calidad baja de la evidencia. Se recomienda ofrecer la prueba de detección del VIH y el asesoramiento correspondiente a las personas de grupos de la población clave y garantizar su vinculación con los servicios de prevención, atención y tratamiento.
Consejería o asesoramiento voluntario (básico).	Prestar asesoramiento antes, durante y posterior a la prueba del VIH implica que se realice una exploración de los riesgos ante una infección; del estado emocional de las personas para asumir un resultado positivo o negativo ante la prueba de VIH o frente al temor que esta posibilidad genera y la ocurrencia de un posible proceso de duelo traumático; un acompañamiento para la toma de decisiones informadas en relación al cuidado de su salud y la disminución de los riesgos anteriormente identificados. Este asesoramiento además estará encaminado a la exhortación a las personas a la vinculación a servicios de prevención de ITS; la adherencia a la PrEP; PEP y al seguimiento sistemático del estado serológico al VIH.	Recomendación firme, calidad moderada de la evidencia: Se sugiere un mejor asesoramiento sobre la adherencia para todas las personas que inician la PEP para el VIH.

Valoración del riesgo sustancial.	La valoración del riesgo de infección por el VIH permite identificar las necesidades de servicios de prevención de la infección por el VIH y las ITS, por parte de cada persona tras un resultado negativo en la prueba de detección del VIH.	No recomendable: La valoración del riesgo de infección por el VIH, se ha de centrar en personas que pertenezcan a grupos de población o vivan en áreas geográficas con alta prevalencia del VIH y que hayan estado expuestas a alguno de los factores de riesgo al VIH.
Oferta de prueba autoadministrada (autoprueba).	La prueba autoadministrada de detección del VIH, constituye una puerta de acceso al diagnóstico, para aquellas que no desean acudir a instituciones de salud o espacios comunitarios destinados para ellos haciendo uso de su autonomía para decidir el momento y el lugar para conocer su diagnóstico.	Recomendación firme, calidad moderada de la evidencia: Se debe ofrecer la prueba autoadministrada como un enfoque complementario a los servicios de detección del VIH.
Tamizaje de otras ITS (sífilis, hepatitis B y C).	<p>La sífilis no tratada puede tener consecuencias graves y está relacionada con un mayor riesgo de transmisión del VIH. Muchas personas con sífilis no experimentan síntomas o solamente experimentan síntomas menores.</p> <p>Las hepatitis virales B y C pueden afectar a los grupos de población clave de manera desproporcionada.</p>	Recomendación firme, calidad moderada de la evidencia: Se recomienda ofrecer pruebas serológicas periódicas para la infección por sífilis asintomática a los HSH y las personas transgénero, en lugar de no ofrecer dicha evaluación.

Notificación asistida de parejas o compañeros sexuales de una persona VIH positiva	La notificación del estado de infección por el VIH a las parejas sexuales es un proceso voluntario. Se produce cuando un prestador capacitado ayuda de forma consentida a un usuario seropositivo a revelar su estado serológico, o a notificar de manera confidencial su posible exposición al VIH a sus parejas sexuales, con el subsiguiente ofrecimiento de servicios de detección de VIH a estas personas por parte del prestador.	Recomendación firme, calidad moderada de la evidencia: Los servicios de notificación asistida de parejas deben ofrecerse como parte del paquete integral de pruebas y cuidados ofrecidos a personas con infección por el VIH.
Vinculación a los SOJ para el apoyo a la prevención de la violencia/ el estigma y la discriminación	Los servicios de salud para personas de los grupos de población clave deben ofrecerse en un contexto facilitador libre de estigma y discriminación por lo tanto, las barreras de acceso deben ser identificadas y denunciadas para su eliminación.	Recomendación firme, calidad baja de la evidencia: Deben adoptarse iniciativas para hacer cumplir la protección de la privacidad e instituir políticas, leyes y normas que prevengan la discriminación y promuevan la tolerancia y la aceptación de las personas con VIH. Esto puede ayudar a crear entornos en los que sea más fácil dar a conocer el estado de una persona con respecto a la infección por el VIH
Vinculación a los servicios de salud.	Independientemente del resultado, las personas de los grupos de población clave que se realizan una prueba de detección del VIH deben ser vinculadas a un paquete de servicios que incluye servicios de prevención, detección y tratamiento de la infección por el VIH, la tuberculosis y las ITS, así como servicios de salud mental y de prevención de la violencia, entre otros, según sus necesidades.	Recomendación firme, calidad baja de la evidencia: Se recomienda ofrecer a las personas de los grupos de población clave las pruebas de detección del VIH y el asesoramiento correspondiente dentro de la comunidad y garantizar la vinculación con los servicios de prevención, atención y tratamiento, además de las pruebas y el asesoramiento iniciados por el prestador.
PrEP.	La PrEP consiste en el uso de medicamentos antirretrovirales para prevenir la adquisición del VIH en personas no infectadas en caso de que estas se expongan al virus. Su prescripción por parte de los prestadores de salud ha de hacerse siguiendo las normas establecidas por el MINSAP.	Recomendación firme, calidad alta de la evidencia: La PrEP debe ofrecerse como una opción de prevención adicional para las personas con riesgo sustancial de infección por el VIH como parte de un enfoque de prevención combinada del VIH.

PEP

La PEP consiste en la provisión de antirretrovirales tras la exposición, para prevenir la infección del VIH en las personas que pudieran haber estado expuestas al virus. Además de ofrecerse a los trabajadores de salud con exposición al VIH, se recomienda que la PEP esté disponible para todas las personas de los grupos de población clave que la soliciten después de una posible exposición no ocupacional al VIH (como, por ejemplo, a través de relaciones sexuales, ya sean estas consensuadas o no consensuadas).

La PEP forma parte del paquete de emergencia a dispensar a aquellas mujeres víctimas de violencia sexual con penetración, además de otros insumos como la anticoncepción y el tratamiento presuntivo de las ITS.

PEP debe estar disponible para todas las personas de las poblaciones clave con una solicitud voluntaria tras una posible exposición al VIH.

Recomendación firme, calidad muy baja de la evidencia: Se debe proporcionar una prescripción completa de medicamentos antirretrovirales durante 28 días para la PEP de la infección por el VIH después de la evaluación inicial de riesgo.

6.1.2.2. DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE APOYO A LA VINCULACIÓN ORIENTADOS A LAS PERSONAS DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE.

Igualmente queda definido un paquete diferenciado con el objetivo de vincular a los servicios a aquellas poblaciones clave previamente alcanzadas que da respuesta a sus necesidades de salud.

INTERVENCIONES INCLUIDAS EN EL PAQUETE DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE APOYO A LA VINCULACIÓN

Servicios	Descripción	Recomendaciones/calidad de la evidencia
Tamizaje de cáncer anal.	La OMS no tiene recomendaciones específicas sobre la salud anal o cáncer anal, pero las personas infectadas con el VIH son al menos 20 veces más propensas a ser diagnosticados con cáncer anal que las personas no infectadas. El cribado citológico se puede realizar para el cáncer anal y sus precursores, conocidos como lesiones intraepiteliales escamosas anales de alto grado, particularmente para hombres que tienen sexo con hombres, personas trans y de género diverso y otras personas que son propensas a tener sexo anal.	No recomendable.
Tamizaje de sífilis y su tratamiento .	La detección y tratamiento oportuno de la sífilis es esencial para su control. La falta de oportunidad en su diagnóstico conlleva a secuelas y complicaciones. Es una de las ITS más frecuentes entre las poblaciones clave.	Recomendación firme, calidad moderada de la evidencia: Se recomienda ofrecer pruebas serológicas periódicas para la infección por sífilis asintomática a las HSH y las personas transgénero, en lugar de no ofrecer dicha evaluación.

Pruebas de tamizaje de la gonorrea y valoración clínica de las ITS.	<p>La infección por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> es una de las infecciones bacterianas de transmisión sexual más comunes. Esta bacteria es responsable de las infecciones del tracto urogenital inferior (uretritis en hombres y cervicitis en mujeres), así como de la infección del recto (proctitis), y de la faringe. Esta infección puede ser asintomática y, si no se detecta y trata de manera oportuna, puede dar lugar a complicaciones graves.</p>	<p>Recomendación condicional, calidad baja de la evidencia: Se recomienda ofrecer pruebas periódicas para detectar infecciones uretrales asintomáticas por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> mediante prueba de amplificación del ácido nucleico (NAAT, por su sigla en inglés) en HSH y personas transgénero. La detección de clamidia y gonorrea es recomendado para todas las poblaciones clave, incluidas las embarazadas</p>
Vacunación (hepatitis, HPV).	<p>La OMS recomienda la vacunación contra la hepatitis B en personas con alto riesgo de infección por VHB. Un enfoque integral para abordar las hepatitis virales B y C en los grupos de población clave consiste en combinar la prevención, el tamizaje, la vacunación contra el VHB, y el tratamiento y atención de las personas infectadas. Lo ideal es que las personas con resultados negativos de tamizaje para la hepatitis B comiencen inmediatamente la primera dosis de la vacuna. Por lo tanto, el número de personas tamizadas para hepatitis B debería disminuir con el tiempo-</p> <p>La OMS recomienda que todos los países procedan a nivel nacional a la introducción de la vacunación contra el VPH para la prevención del cáncer de cuello uterino, el tratamiento primario recomendado por la OMS. La población diana para la vacunación contra el VPH son niñas de 9 a 14 años, previa a volverse sexualmente activo.</p>	<p>Recomendación fuerte, certeza moderada de la evidencia: Las estrategias de vacunación deben inicialmente, priorizar altas coberturas en esta población prioritaria.</p>
Valoración del riesgo sustancial.	<p>La valoración del riesgo de infección por el VIH permite determinar más específicamente las necesidades de servicios de prevención de la infección por el VIH y las ITS por parte de cada persona tras un resultado negativo en la prueba de detección del VIH.</p>	<p>No recomendable: La valoración del riesgo de infección por el VIH se ha de centrar en personas que pertenezcan a grupos de población o vivan en áreas geográficas con alta prevalencia del VIH y que hayan estado expuestas a alguno de los factores de riesgo al VIH.</p>

Servicios de salud mental.	Es esencial integrar las intervenciones psicológicas individuales y grupales que puedan ampliarse en el ámbito de los trastornos mentales con el asesoramiento orientado a prevenir el VIH.	No recomendable.
Notificación asistida de parejas	La notificación del estado de infección por el VIH a las parejas sexuales es un proceso voluntario. Se produce cuando un prestador capacitado ayuda de forma consentida a un usuario seropositivo a revelar su estado serológico, o a notificar de manera confidencial su posible exposición al VIH a sus parejas sexuales, con el subsiguiente ofrecimiento de servicios de detección de VIH a estas personas por parte del prestador.	Recomendación firme, calidad moderada de la evidencia: Los servicios de notificación asistida de parejas deben ofrecerse como parte del paquete integral de pruebas y cuidados ofrecidos a personas con infección por el VIH.

6.1.2.3. PAQUETE DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE APOYO AL SEGUIMIENTO ORIENTADO A PERSONAS DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE.

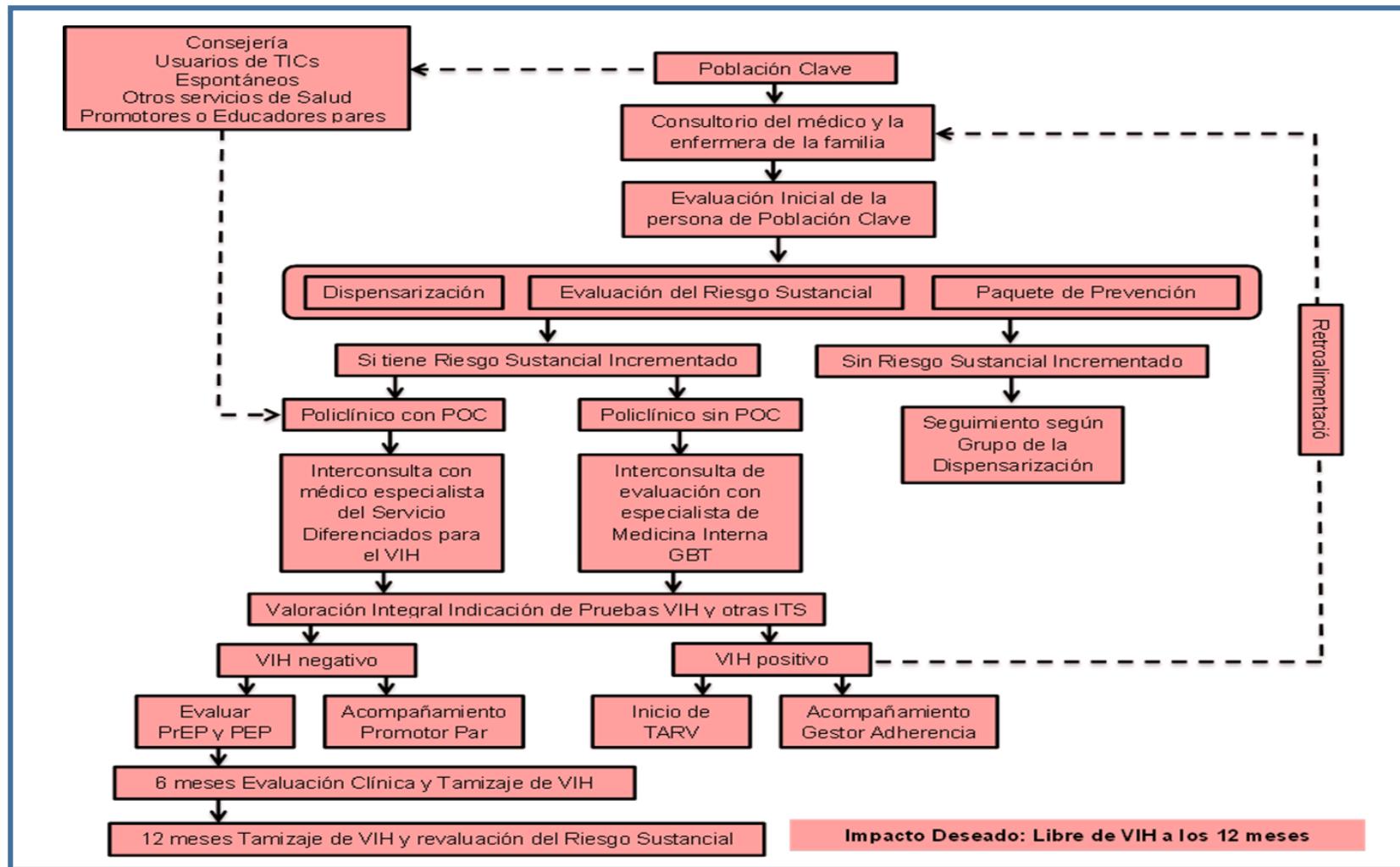
Se definen un conjunto de servicios trazadores a incluir en el paquete básico para el seguimiento, hasta los 12 meses. de los grupos de población clave negativos al VIH.

INTERVENCIONES INCLUIDAS EN EL PAQUETE DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE APOYO AL SEGUIMIENTO

Servicios	Descripción	Recomendaciones/calidad de la evidencia
Valoración del riesgo sustancial.	La valoración del riesgo de infección por el VIH permite determinar más específicamente las necesidades de servicios de prevención de la infección por el VIH y las ITS por parte de cada persona tras un resultado negativo en la prueba de detección del VIH.	No recomendable: La valoración del riesgo de infección por el VIH se ha de centrar en personas que pertenezcan a grupos de población o vivan en áreas geográficas con alta prevalencia del VIH y que hayan estado expuestas a alguno de los factores de riesgo al VIH.
PrEP	La PrEP consiste en el uso de medicamentos antirretrovirales prevenir la adquisición del VIH en personas no infectadas que estén expuestas al virus. Su prescripción por parte de los prestadores debe cumplir con las regulaciones del MINSAP.	Recomendación firme, calidad alta de la evidencia: La PrEP debe ofrecerse como una opción de prevención adicional para las personas con riesgo sustancial de infección por el VIH como parte de un enfoque de prevención combinada del VIH.
Tamizaje de otras ITS (sífilis).	La sífilis no tratada puede tener consecuencias graves y está relacionada con un mayor riesgo de transmisión del VIH. Muchas personas con sífilis no experimentan síntomas o solamente experimentan síntomas menores.	Recomendación firme, calidad moderada de la evidencia: Se recomienda ofrecer pruebas serológicas periódicas para la infección por sífilis asintomática a los HSH y las personas transgénero, en lugar de no ofrecer dicha evaluación.

Prueba de VIH.	<p>La oferta y realización de pruebas para la detección del VIH es el primer paso para que las personas con un resultado negativo queden vinculadas a los servicios de prevención y para que aquellas con un resultado positivo queden vinculadas a los servicios de atención. Esta oferta debe hacer uso de todas las modalidades disponibles en el país buscando la mayor comodidad del usuario para acceder a su diagnóstico.</p>	<p>Recomendación firme, calidad baja de la evidencia: Se recomienda ofrecer la prueba de detección del VIH y el asesoramiento correspondiente alas personas de grupos de la población clave y garantizar su vinculación con los servicios de prevención, atención y tratamiento.</p>
Pruebas de tamizaje de la gonorrea y valoración clínica de las ITS.	<p>La infección por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> es una de las infecciones bacterianas de transmisión sexual más comunes. Esta bacteria es responsable de las infecciones del tracto urogenital inferior (uretritis en hombres y cervicitis en mujeres), así como de la infección del recto (proctitis), y de la faringe. Esta infección puede ser asintomática y, si no se detecta y trata de manera oportuna, puede dar lugar a complicaciones graves.</p>	<p>Recomendación condicional, calidad baja de la evidencia: Se recomienda ofrecer pruebas periódicas para detectar infecciones uretrales asintomáticas por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> en HSH y personas transgénero. La detección de clamidia y gonorrea es recomendado para todas las poblaciones clave, incluidas las embarazadas.</p>
Notificación asistida de parejas.	<p>La notificación del estado de infección por el VIH a las parejas sexuales es un proceso voluntario. Se produce cuando un prestador capacitado ayuda de forma consentida a un usuario seropositivo a revelar su estado serológico, o a notificar de manera confidencial su posible exposición al VIH a sus parejas sexuales, con el subsiguiente ofrecimiento de servicios de detección de VIH a estas personas por parte del prestador.</p>	<p>Recomendación firme, calidad moderada de la evidencia: Los servicios de notificación asistida de parejas deben ofrecerse como parte del paquete integral de pruebas y cuidados ofrecidos a personas con infección por el VIH. Recomendación firme, calidad baja de la evidencia: Se recomienda ofrecer a las parejas estables y ocasionales estos servicios voluntarios junto con el apoyo a la revelación mutua de resultados.</p>

Figura 3. Flujograma de las Poblaciones Clave en el Primer Nivel de Atención.



Fuente: Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida. Cuba. 2023.

6.1.3. LA PREVENCIÓN DE LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El primer nivel de atención, es la base del sistema de salud donde se lleva a cabo la ejecución de políticas y programas, para el alcance de los indicadores que impactan en el estado de bienestar de la población.

6.1.3.1. Contínuo de atención de poblaciones clave en el primer nivel de atención

La puerta de entrada de las poblaciones clave al primer nivel de atención es a través del consultorio del médico y la enfermera de la familia (CMF), alternativamente existen otras vías de derivación al consultorio como es el caso de: consejería, servicios de orientación jurídica, consultas de ITS y otras especialidades médicas, a través de promotores pares, educadores, usuarios de las TICs o por acudir de manera espontánea a un servicio de salud (Figura 3).

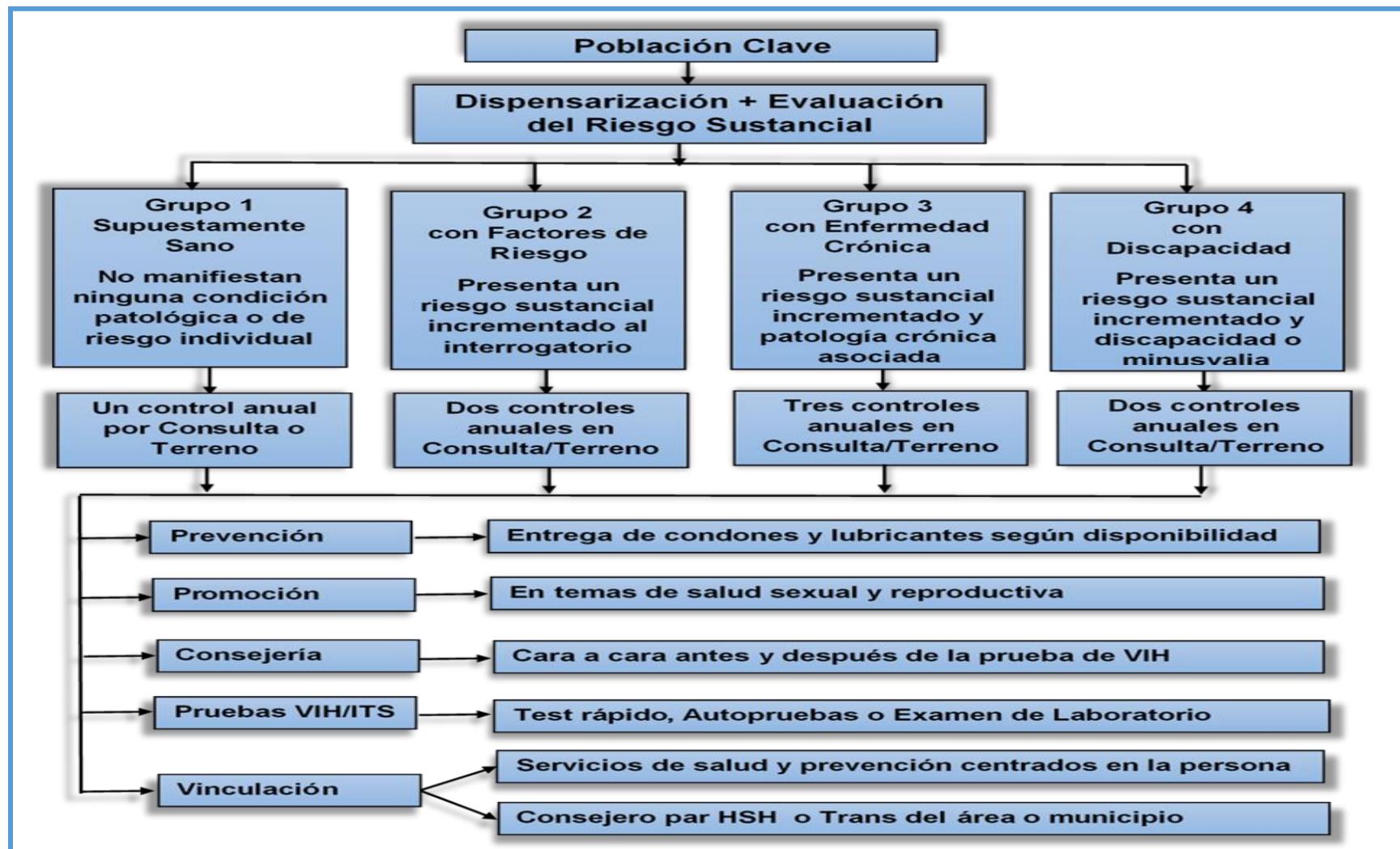
6.1.3.1.1. Consultorio del médico y la enfermera de la familia (CMF)

Dispensarización y Registro de PC

El médico y la enfermera de la familia tienen dentro de su actividad fundamental la dispensarización de la población de su consultorio en la comunidad. Este proceso organizado, continuo y dinámico, le permite al Equipo Básico de Salud (EBS) coordinar la evaluación e intervención planificada y programada, sobre la situación de salud de personas y familias de su comunidad. Se realiza a través del registro basado en el método clínico epidemiológico y social de la evaluación del estado de salud de las personas y la familia teniendo en cuenta comportamientos y actitudes ante la salud, con lo cual se terminan la estratificación de riesgos y otros daños a la salud de manera individual, familiar y comunitaria.

La evaluación confirmará o modificará la clasificación de las personas en uno de los cuatro grupos dispensariales establecidos. En el marco de la identificación de las poblaciones clave y el riesgo sustancial de infección por el VIH el médico de familia registra en la hoja de actividades diarias y en la historia de Salud Familiar tanto la dispensarización como el grupo referente de población clave (HSH o trans) al que pertenece la persona (Figura 4).

Figura 4. Esquema del Seguimiento y Control de Poblaciones Clave en el Consultorio del Médico y la Enfermera de la Familia.



Fuente: Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida. Cuba. 2023.

CLASIFICACIÓN SEGUN DISPENSARIZACIÓN + EVALUACIÓN DEL RIESGO SUSTANCIAL

Grupo I	Personas supuestamente sanas: aquellas que no tienen riesgo, daño a la salud ni discapacidad y que son capaces de enfrentar equilibradamente los problemas de la vida cotidiana con autonomía y responsabilidad según las etapas del crecimiento y desarrollo. En cuanto a los grupos de poblaciones clave identificadas en este grupo, son personas que no manifiestan ninguna condición patológica o de riesgo individual y en ellas no se constatan, mediante el interrogatorio o la exploración, alteraciones que modifiquen ese criterio.
Grupo II	Personas que están expuestas a condiciones que de no ser controladas aumentan la vulnerabilidad a sufrir daños a la salud individual o familiar, disminuyendo la capacidad de enfrentar equilibradamente los problemas de la vida cotidiana. En personas de los grupos de población clave con riesgo sustancial, o, con diagnóstico de alguna condición patológica que representa un riesgo potencial para su salud a mediano o a largo plazo o refieren padecerla (patología compensada), como la infección por el VIH (PVV asintomática - estadio clínico I, según la estadificación clínica en adultos, adolescentes y niños que establece la OMS) u otras ITS no curables asintomáticas como el condiloma acuminado o el herpes genital. En este caso se refiere, además, a comportamientos sexuales de riesgo, antecedentes de utilización de PrEP/PEP para situaciones de exposición al VIH por vía sexual, así como ser pareja de una persona con VIH con carga viral detectable, entre otros aspectos.
Grupo III	Personas Enfermas: aquellas con diagnóstico de ITS, VIH o hepatitis u otra enfermedad no transmisible o transmisible. En las personas de los grupos de población clave se identifican trastornos orgánicos o psicológicos que afectan su capacidad para mantener y/o recuperar su salud. Se identifican las personas con VIH con síntomas leves, avanzados y graves sin discapacidad o minusvalía estadios clínicos II, III y IV, ITS sintomáticas u otras enfermedades infecciosas o no, como la HTA, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, el asma bronquial, la epilepsia, las hepatopatías crónicas por hepatitis B y C y muchas otras.
Grupo IV	Personas con discapacidades según tipo de patología asociada.

Una vez dispensarizadas las personas del área que atiende el consultorio médico, el Equipo Básico de Salud realizan en la totalidad de la población las siguientes acciones:

1. **Promoción de salud** encaminada a modificar condiciones sociales, ambientales, y económicas, con el fin de favorecer la salud individual y colectiva. En el caso de la prevención de las ITS, el VIH y las hepatitis, esta actividad se enfoca a los

determinantes sociales de la salud para actuar sobre la vulnerabilidad de las poblaciones clave, reducir el estigma y discriminación que constituyen barrera para acceder a los servicios de salud y, crear las condiciones sociales y económicas para que las personas tengan comportamientos saludables relacionados con la sexualidad humana, planificación familiar, la incorporación de acciones de autocuidado de la salud sexual y reproductiva.

2. **Prevención de enfermedades** encaminada a la identificación de los factores de riesgo que propician el desarrollo de enfermedades y otros daños a la salud a fin de modificar aquellos que son derivados del comportamiento humano, con énfasis en la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual, el VIH y las hepatitis virales. Se desarrollarán acciones dirigidas al alcance de la población en riesgo con énfasis en poblaciones clave, que incluye la entrega de paquete de prevención, tamizaje para VIH y otras ITS, la vinculación a los servicios salud y el seguimiento en el tiempo definido por 12 meses, que permita el mantener a las personas negativas a las infecciones o realizar el diagnóstico precoz para el tratamiento oportuno. Se confeccionarán planes de cuidados individuales para el mantenimiento de la salud o la modificación de estilos de vida.
3. **Atención médica integrada y continua** encaminada al seguimiento y control de las enfermedades, en el caso particular de la atención ambulatoria integral a las personas con VIH a nivel del consultorio velando que se cumplan los protocolos para la atención, seguimiento, tratamiento y adherencia establecidos al mismo. Se realizarán acciones de prevención secundaria orientadas a evitar complicaciones o empeoramiento del estado de salud de las personas infectadas, tales como promover la adherencia al TARV; el seguimiento clínico epidemiológico; la atención en servicios para la prevención temprana de procesos neoplásicos con énfasis en el cáncer anal, servicios de salud mental, la integración social, entre otros según las necesidades individuales. Se enfatizará en el cumplimiento de los planes de cuidados para la modificación de los comportamientos de riesgo y la modificación de estilos de vida. Se garantizarán acciones para la atención integral a la salud de los/as niñas, niños y adolescentes afectados o infectados por VIH.
4. **Rehabilitación** con base comunitaria física, psicológica y social que permita la recuperación de las personas con VIH en recaída, sobreviviente de enfermedades oportunistas, discapacitadas, en duelo u otra afección, además de realizar acciones para la reincorporación social.

Una vez dispensarizada la población clave, el médico de familia registra en la hoja de actividades diarias y en la historia de Salud Familiar tanto la dispensarización como el grupo referente de población clave.

Las hojas de actividades diarias son enviadas al departamento de estadísticas del policlínico, como establece el programa de Medicina Familiar. El procesamiento de la información estadística se realizará por el personal de estadística asignado al Grupo Básico de Trabajo quien está encargado de designar a cada persona identificada dentro de las poblaciones clave de un código único (a partir del número de carné de identidad, además de otros elementos relacionados con el área geográfica), que será registrado en el Modelo 18-229, con el objetivo de evitar la duplicación de datos y facilitar, cruzar e integrar datos de diferentes subsistemas de información sobre el VIH.

Esta información se consolidará mensualmente, lo que sirve de base para el análisis de la marcha del programa de Prevención y Control de las ITS, VIH y las Hepatitis conducida por el jefe del Grupo Básico de Trabajo en la reunión mensual, permitiendo la adopción de acciones y medidas encaminadas al perfeccionamiento y la implementación del mismo en la atención Primaria de salud.

Entre las proyecciones del país a mediano corto plazo se trabaja en la implementación de un sistema único para el registro y seguimiento de las poblaciones clave tanto positivas como negativas, llamado "Medisys"

Modelo 18-229. Registro de poblaciones clave alcanzadas con paquete de prevención o pruebas de VIH en la APS.

El modelo de registro primario de poblaciones clave alcanzadas con paquete mínimo de prevención o pruebas de VIH o contactados en la Atención Primaria de Salud. Se llena a mano y constituirá la evidencia primaria de las PC que fueron alcanzadas (Imagen 1).

Modelo RPA 1. Registro de poblaciones clave alcanzadas con paquete de prevención o pruebas de VIH por poblaciones clave.

Es el modelo consistente en la evidencia primaria para el proveedor redes (Trans-Cuba; HSH-Cuba). El mismo tiene como finalidad la captación del dato a nivel comunitario de todas las actividades realizadas por las redes que tributan a entrega de paquete de prevención y pruebas de VIH (Imagen 2).

Imagen 1. Registro primario de poblaciones clave alcanzadas con paquete de prevención o pruebas de VIH- Modelo 18-229.

Ministerio de Salud Pública
PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL 2024-2028
PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS
BASES NORMATIVAS

Imagen 2. Registro primario de poblaciones clave alcanzadas con paquete de prevención o prueba de VIH, Modelo RPA 1

Proyecto: Servicios diferenciados de VIH

RPA-1 Registro primario de poblaciones clave alcanzadas con paquete de prevención o pruebas de VIH

Año: _____ Mes: _____ Provincia: _____ Municipio: _____ Hoja ____ de ____

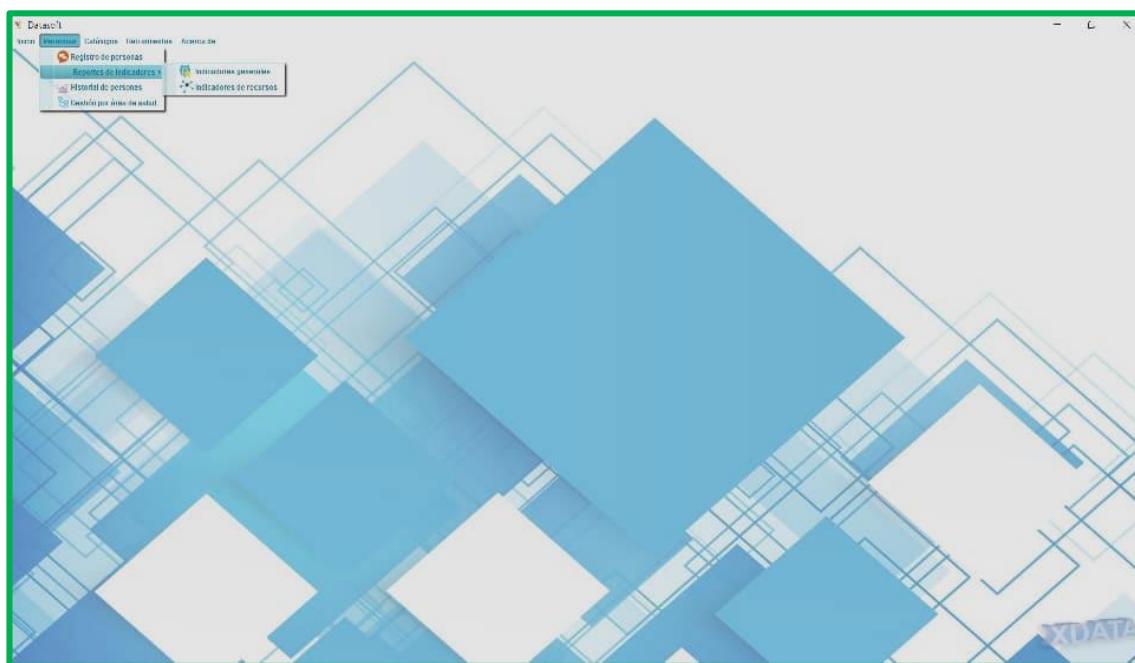
Código de la Actividad:

Población: HSH _____

DATASOFT (Imagen 3).

Sistema digital para el monitoreo de poblaciones clave alcanzadas con paquete mínimo de prevención y prueba de VIH que dispone de un código identificativo único para el registro consistente en el número de identidad de la persona. Este sistema es operado para los tres proveedores de salud (APS, TransCuba y Red HSH-Cuba). El sistema se encuentra instalado en todas las provincias y se valida sus datos con el departamento de Registros Médicos del MINSAP.

Imagen 3. Interfaz de Datasoft Cuba 2023.



Seguimiento de las poblaciones clave (PC)

Se realiza a través de la planificación de consultas y terrenos teniendo en cuenta la frecuencia mínima de atenciones establecidas en el programa del Médico y Enfermera de la familia para cada grupo dispensarial.

- **Grupo I:** recibe un control anual por consulta o terreno
- **Grupo II y IV:** recibe dos controles en el año alternando consulta y terreno
- **Grupo III:** Recibe tres controles en el año de ellos dice ne consulta y una en terreno.

En cada uno de los grupos el paciente recibe por el equipo básico de salud el paquete de prevención, vinculación o seguimiento establecido ajustándose a las necesidades individuales de cada caso.

En la **primera consulta** el EBS realiza las siguientes acciones:

1. **Observación e interrogatorio** donde debe explorarse e identificar el grupo de población clave a la que pertenece la persona y el riesgo sustancial de infección por el VIH.
2. **Examen clínico exhaustivo** del paciente por regiones, sistemas y aparatos.
 - Se ofertará un paquete de prevención que incluye prueba de VIH y otros servicios trazadores. Ver definición de paquetes de prevención, vinculación y seguimiento a PC.
 - Revisión de los antecedentes de vacunación contra el VHB y su actualización.
 - Se evalúa la situación de salud familiar del individuo. Se debe tener en cuenta la estructura de la familia, la existencia de crisis, el cumplimiento de las funciones básicas y otros componentes que desempeñan un papel decisivo en la salud del individuo.
 - Vinculación a otros servicios del policlínico según sea necesario en cada particular, así como otros servicios de prevención (Consulta de ITS, Interconsultas con especialistas de la proyección comunitaria y de los especialistas básicos del Grupo Básico de Trabajo, Planificación familiar, Servicios diferenciados para Poblaciones Claves y Servicios de Orientación Jurídica).
3. **Planes de cuidado individuales** sobre la base de las valoraciones integrales de enfermería con el objetivo modificar los estilos de vida.

A partir de esta primera consulta se inicia en la persona identificada como PC el continuo de atención que lo introduce en la Cascada de Prevención, cuyo seguimiento será reevaluado a los doce meses (12 meses). Si en esta evaluación anual y al explorar el riesgo sustancial, la persona modificó sus prácticas sexuales de alto riesgo y se mantiene negativo a la prueba de VIH se modifica su clasificación y pasa al grupo dispensarial que le corresponde.

En los casos en que durante el seguimiento en la cascada de prevención el paciente resulte confirmado al VIH, automáticamente pasa a la denominación de Personas que viven con VIH (PVV) cuyo seguimiento corresponde a la atención médica y continua en el primer nivel de atención.

4. Registro y dispensarización de PVV

Una vez la persona diagnosticada con VIH, el médico de familia registra en la hoja de actividades diarias y en la historia de Salud Familiar tanto la dispensarización según corresponda a las características clínico epidemiológico de la persona de la siguiente manera:

- **Grupo II:** Todos los PVV asintomáticos o en estadio clínico I
- **Grupo III:** personas enfermas corresponderá a aquellos PVV con síntomas leves, avanzados y graves, respectivamente, sin discapacidad o minusvalía estadios clínicos II, III y IV.
- **Grupo IV:** personas que viven con el VIH con discapacidad o minusvalía (sea a causa de sida o no)

5. Seguimiento de las personas que viven con VIH PVV

Se realiza a través de la planificación de consultas y terrenos teniendo en cuenta la frecuencia mínima de atenciones establecidas en el programa del Médico y Enfermera de la familia para cada grupo dispensarial y constara de las siguientes acciones:

1. **Consulta de evaluación inicial** por el EBS que consta de:
 - a. observación e interrogatorio detallado;
 - b. examen físico exhaustivo por regiones, sistemas y aparatos;
 - c. evaluación del estado psicológico del paciente;
 - d. funcionamiento y dinámica familiar;
 - e. derivación a servicios del policlínico y otros servicios de prevención según sea necesario en cada caso;
 - f. indicación de complementarios e interconsultas según corresponda a la individualidad de cada paciente y
 - g. Plan de cuidados individualizado para alcanzar la recuperación y la calidad de vida de los pacientes.
2. **Interconsulta** con especialistas del GBT según corresponda (especialistas de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia).

3. **Interconsulta** con el Psicólogo del Grupo Básico de Trabajo, el que evaluará estado emocional etapas de duelo por diagnóstico dinámica familiar y adherencia al tratamiento. Si fuera necesario de remitirá a los servicios de salud mental disponibles.
4. **Interconsulta** por especialista designado para seguimiento de PVV o designado al servicio diferenciado del Policlínico cuya función está en la valoración de los complementarios, indicación del TARV y el seguimiento del paciente según lo reglamentado en este servicio.
5. **Consulta de consejería de ITS** en caso de diagnósticos de otras ITS.
6. **Consulta de Consejería Nutricional.**
7. **Interconsultas** de las espacialidades de la proyección comunitaria según corresponda a cada caso.

Durante el primer año de TARV el médico de familia programará el seguimiento de la siguiente manera:

- **Grupo II:** consultas de seguimiento al primer mes, los tres meses, seis meses y el año con la finalidad de evaluar respuesta al TARV, adherencia al mismo y lograr en cada caso disminución de CV hasta que se encuentre suprimida o indetectable.
- **Grupo III y IV:** Evaluación mensual hasta lograr la estabilidad clínica e inmunológica del paciente con CV suprimida o indetectable.

En cada evaluación individual se determinará el impacto de las medidas de intervención antes instauradas y se identificarán nuevas áreas y oportunidades de promoción de salud, prevención de ITS y de recuperación, quedando el paciente dentro de la cascada de atención.

6.1.3.1.2. Grupo Básico de Trabajo (GBT)

El Grupo Básico de Trabajo liderado por el Jefe de GBT, estará encargado de las evaluaciones correspondientes a las acciones desarrolladas por el EBS.

El jefe de GBT analiza y verifica el proceso de dispensarización y la identificación de las PC de cada uno de los consultorios a cargo así como la calidad de las acciones que realiza el EBS en cada caso en particular.

De conjunto al departamento de estadísticas del policlínico garantiza la entrada en el sistema estadístico establecido de los datos recogidos en hoja de actividades diarias del EBS para la identificación de PC y sus resultados serán discutidos y analizados en la reunión mensual del GBT.

A su cargo estará también la evaluación de las acciones desarrolladas por los especialistas del GBT en las interconsultas a las PC.

Cada policlínico designará un jefe de GBT que de conjunto al educador municipal, serán los encargados de la digitación y actualización del sistema de recogida de datos para las PC.

6.1.3.1.3. Policlínico

El polyclínico tiene entre sus funciones organizar los servicios básicos aprobados para cada institución garantizando el acceso a los mismos de las PC, en los casos necesarios realiza el acompañamiento y conducción de estas y las PVV en particular, hacia todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud hasta la solución de sus necesidades de salud.

En los polyclínicos donde está aprobado las consultas diferenciadas de atención a grupos de población clave que se subordina al departamento de Higiene y Epidemiología, se garantizará que la misma este dirigida y conducida por un especialista en MGI entrenado en la atención a PC, asignándosele un fondo de tiempo a esta actividad.

La consulta contará con la participación de un equipo multidisciplinario, integrado por la enfermera especializada en ITS, promotor de salud, consejeros, un psicólogo y un trabajador social con el objetivo de realizar evaluaciones integradas e integrales que den respuesta a las necesidades individuales, dispensando atención médica continua y de calidad.

La dirección del polyclínico evalúa de manera sistemática la calidad del servicio, así como las dimanadas necesarias de atención de las PC asegurando:

- La permanencia del EBS en el consultorio, según lo establecido en el programa nacional del Médico y la Enfermera de la Familia que dé cobertura para la dispensarización de los grupos de población clave, así como de las personas que viven con VIH. Garantizará la oferta de servicios de calidad en las acciones de prevención y promoción, seguimiento continuo y tratamiento, orientación y rehabilitación según las necesidades individuales.

- El completamiento y funcionamiento de los especialistas básicos del Grupo Básico de Trabajo para la realización de las interconsultas correspondientes.
- Funcionamiento de los laboratorios clínicos y de microbiología así como en los de los POC para la realización de la Carga Viral y la determinación de CD4.
- Garantiza el funcionamiento de los servicios siguientes para el seguimiento y control del grupo de poblaciones vulnerables:
 - a. Planificación familiar.
 - b. Consulta de Infertilidad.
 - c. Atención estomatológica.
 - d. Interconsultas de las especialidades no básicas.
 - e. Vacunatorio.
 - f. Servicio de rehabilitación.
- g. Distribución según lo establecido de condones y lubricantes para las poblaciones clave.
- Garantiza la discusión de casos, auditoria de la calidad de acciones individuales a los casos complejos y la discusión de fallecidos por VIH.

Se incluyen dentro de gestión administrativa del policlínico lograr la asociación de trabajo con las organizaciones de la sociedad civil (OSC), quedando en la figura de la **Red Cub+**; la **Red HSH-Cuba** y la **Red TransCuba, parejas y familias**, facilitando su inserción, según las funciones de cada red, en las actividades programadas para los GBT y en los servicios de consejería y servicios diferenciados. Esta integración permitirá que las acciones conjuntas contribuyan a alcanzar las metas previstas.

El área de salud deberá funcionar como un entorno amigable e inclusivo para la persona que vive con el VIH y las PC. El policlínico constituye un escenario propicio para que la misión y visión de las OSC y el accionar conjunto con los médicos y enfermera de la familia y los servicios de la institución tengan el impacto deseado. Se trabajará en el proceso de evaluación de indicadores para la certificación de estas instituciones como **“Servicios del Primer Nivel de Atención Inclusivo y Amigable para PC”**.

Deberá trabajarse de manera sistemática y fortalecida con los educadores pares de la **RedCub+**, fomentando la formación de personas que viven con VIH como **Gestores de adherencia** que contribuirán al acompañamiento de las personas con VIH, promoviendo el apego a la atención, la adherencia al TARV para lograr la supresión de la carga viral.

Por otra parte, de conjunto con el promotor de salud en el polyclínico, se facilitará la participación de promotores pares en actividades de promoción de salud con alcance en PC que permita la distribución de información oportuna, materiales educativos, y paquetes de prevención, de ser necesario.

El área de salud fomentará la participación de las OSC en todos los espacios de discusión del programa, así como en reuniones técnicas lo que permitirá la consolidación del trabajo.

Se trabajará en la promoción, accesibilidad y vinculación de las PC a los servicios de PrEP/PEP, facilitando que los promotores pares participen en el proceso de gestión y generación de demandas de este servicio.

Se intencionará la inclusión en las agendas de las reuniones de GOPELS de aquellos problemas identificados en la respuesta para su discusión y solución. Así como se hará uso de la información generada por el observatorio de discriminación para la toma de decisiones a nivel el área de salud con la participación activa de los representantes de las redes.

Las direcciones de los polyclínicos deberán establecer mecanismos para eliminar las barreras y obstáculos para el acceso de las poblaciones clave a los servicios de salud respetando la identidad de género, la orientación sexual e independientemente del estado serológico al VIH.

Se velará que el personal de salud que labora en el polyclínico no incurra en actitudes y prácticas discriminatorias o violencia de cualquier tipo hacia las PC. Además tendrá a su cargo el desarrollo de capacidades relacionados con temas como el enfoque género, estigma, discriminación, derechos sexuales y reproductivos, violencia, entre otros.

Los departamentos de Atención a la Población y las Comisiones de ética del polyclínico realizarán el análisis de quejas e insatisfacciones de la población vinculadas con el estigma y la discriminación por razones de género y orientación sexual.

6.1.3.2. Marco de Monitoreo de los servicios de prevención y atención de la infección por el VIH y las ITS para los grupos de poblaciones clave.

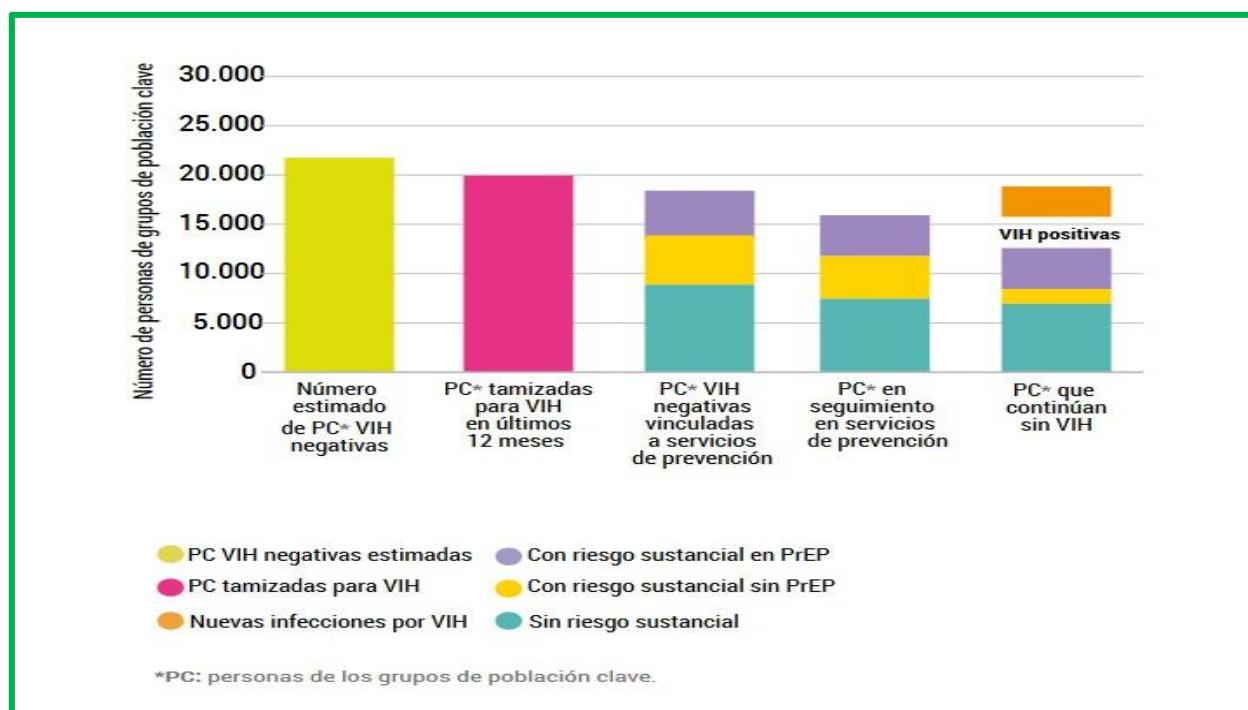
El impacto de estos servicios en los grupos de población clave, se mide en términos de prevención de nuevas infecciones por el VIH (entre las personas seronegativas) y en términos de carga viral suprimida (entre las personas seropositivas) mediante el

seguimiento del proceso continuo de atención de las personas, tanto seronegativas como seropositivas para el VIH (lo que se conoce coloquialmente como cascada de prevención y cascada de atención).

La cascada es una herramienta de monitoreo que permite evidenciar objetivamente la contribución a la respuesta a la epidemia de VIH en las poblaciones clave. También refleja los retos del trabajo para reducir el número de nuevas infecciones en estas poblaciones. Los indicadores vinculados a la cascada permiten identificar brechas en la efectividad y el impacto real de las políticas de acceso al diagnóstico, atención y tratamiento de las poblaciones clave y guiar la toma de decisiones a escala programática.

En el caso de las personas VIH negativas, la cascada de prevención se refiere al seguimiento de los servicios de prevención del VIH y otras ITS y de su impacto a escala programática de aquellas personas seronegativas con riesgo sustancial de adquirir VIH.

Figura 7. Esquema del marco de monitoreo de la cascada de prevención que implica seguimiento longitudinal de los servicios.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud¹.

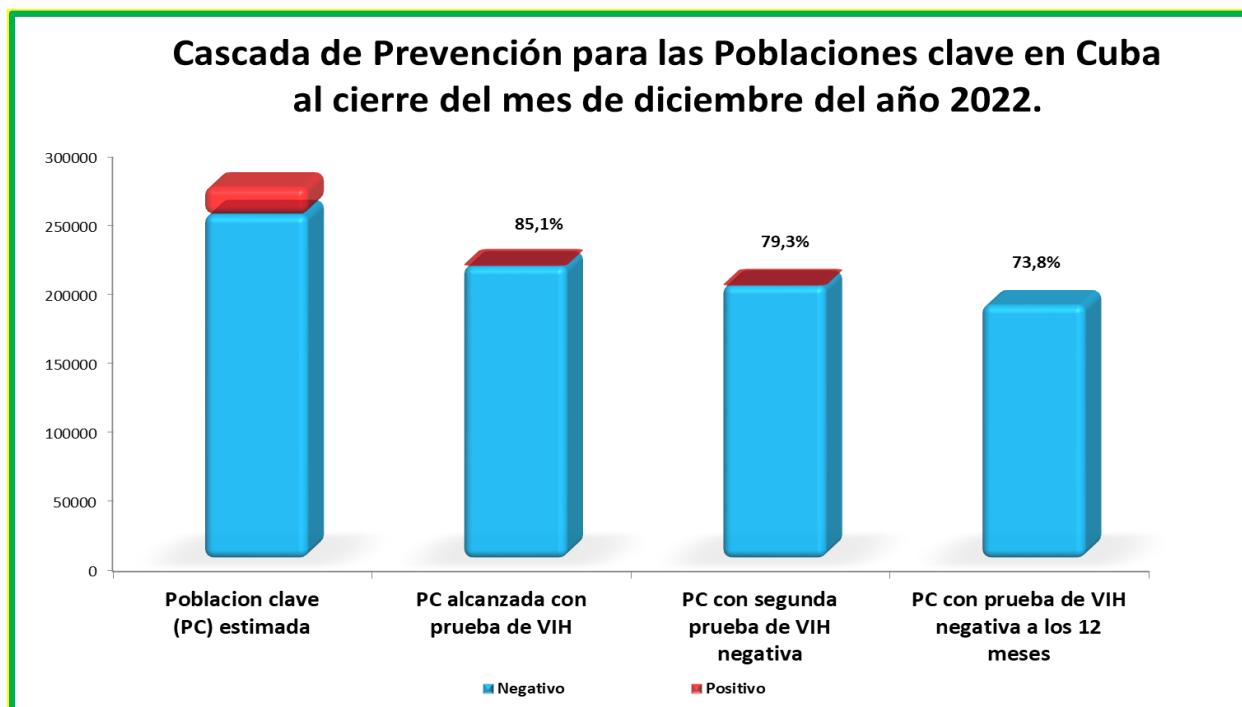
¹ Organización Panamericana de la Salud Cascada de prevención del VIH para servicios que ofrecen PrEP [internet] 2020 [citado 2020 jul 8]. Disponible en: https://www.paho.org/es/file/66831/download?token=ppT<_akoH

En la figura 7 se muestra un esquema del marco de monitoreo que implica un seguimiento longitudinal de las personas que se realizan la prueba del VIH y son negativas.

- Seguimiento de las personas seronegativas de grupos de población clave, que se mantienen libres del VIH mediante el uso de los servicios de prevención.

La figura 8, muestra el comportamiento de la cascada de prevención para las poblaciones clave en Cuba al cierre del año 2022, según el registro de datos .

Figura. 8. Cascada de Prevención para Poblaciones Clave. Cuba 2022.



Fuente: Modelo 18 229. Registro de Datos para Poblaciones Clave.

6.1.4. CENTROS COMUNITARIOS EN LA PREVENCIÓN DE LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS

Los centros comunitarios son instituciones a nivel de las comunidades que ofrecen una gama de servicios de salud a sus poblaciones. Estos de conjunto con las redes por poblaciones clave y sectores sociales lideran la participación ciudadana y representan una oportunidad para mejorar el bienestar de los habitantes, a través de procesos formativos, productivos y de recreación, así como eventos que fortalecen a las redes de la sociedad civil. Además, ofrecen un espacio de diálogo, participación e intercambio para que sus habitantes puedan recibir servicios de otras instancias gubernamentales.

Cabe destacar que el vínculo con proyectos socioculturales y comunitarios constituye una herramienta más permite elevar el empoderamiento de las poblaciones clave a nivel de las comunidades.

Como respuesta a las epidemias de ITS, VIH y hepatitis se crearon los centros comunitarios de prevención con el propósito de contribuir a la disminución de las ITS, el VIH y las hepatitis, con los siguientes objetivos:

- Mejorar la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios preventivos y de atención a la población, con énfasis en aquellas identificadas como clave y prioritarias para estas infecciones.
- Erosionar las barreras estructurales que impiden el acceso a los servicios de salud con el apoyo de las políticas públicas emitidas.
- Acelerar la introducción de nuevas tecnologías de prevención de las ITS, VIH y hepatitis.
- Movilizar recursos humanos y financieros en favor de la prevención de estas infecciones.

ESTRUCTURA

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO:

Personal de medicina, enfermería, de las ciencias sociales juristas, entre otros y representantes de las poblaciones que atienden.

LOS EQUIPOS SE CONFORMAN DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS Y POSIBILIDADES DEL PERSONAL DISPONIBLE EN EL LUGAR.

La población acude al centro para búsqueda de información-asesoramiento-orientación jurídica-testeo-PrEP, PEP-demanda de condones y lubricantes-abordaje de los DSS a través de las políticas públicas, (género y derechos), y recibe los servicios según sus necesidades y son derivados a otros si se requiere. Los horarios de atención deben disponerse tomando en cuenta las necesidades de las poblaciones clave y prioritarias. Las condiciones físicas del local deben garantizar la calidad del servicio y su privacidad.

6.1.5. SERVICIOS DIFERENCIADOS DE VIH PARA POBLACIONES CLAVE

Los servicios diferenciados se definen como: “un enfoque centrado en la persona que simplifica y adapta los servicios del VIH a través de la cascada para reflejar las prioridades y expectativas de las poblaciones afectadas por las epidemias, entre ellas las

personas con VIH, reduciendo al mismo tiempo las cargas innecesarias en el sistema de salud”.

El principio central para diferenciar la atención en VIH es proporcionar servicios de prevención, pruebas y TARV, donde se aborden las barreras identificadas por los usuarios y se centre la atención en las necesidades específicas de cada grupo.

Figura 9. Diagrama de servicios de los Centros Comunitarios.



Fuente: Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida. Cuba 2023.

Los objetivos de ofrecer servicios diferenciados incluyen:

- Aliviar la sobrecarga de usuarios en algunos servicios de salud
- Permitir que el personal se concentre más en usuarios con afecciones y necesidades más complejas.
- Reducir la carga financiera y no financiera para el usuario.
- Mejorar la aceptabilidad de los servicios para el paciente.

Los principios de la prestación diferenciada de servicios se pueden aplicar a través de toda la cascada de prevención y atención, desde la realización de la prueba de VIH, la vinculación a los servicios, el seguimiento, el inicio del TARV, con la dispensación a largo plazo, la adherencia al tratamiento y la supresión virológica.

6.1.5.1 Pilares fundamentales en la prestación de servicios diferenciados

Para proporcionar atención centrada en el usuario, los proveedores de los servicios de salud y comunitarios, deben tener en cuenta tres elementos indispensables para diferenciar la prestación de los servicios: las características clínicas, las poblaciones específicas y el contexto.

a. Las características clínicas:

La situación clínica es fundamental para sistematizar el seguimiento del usuario dentro de un modelo de servicio diferenciado de VIH. Lo más importante para iniciar la prestación de una atención diferenciada a los usuarios que están vinculados a los servicios, es clasificarlos según el riesgo de infección por el VIH, o el tiempo que tienen con el TARV y su estadio inmunológico.

Riesgo sustancial: Indicaciones de riesgo significativo de infección por el VIH (debe cumplir al menos uno).

Para usuarios en cualquier entorno a escala mundial:

- Ha solicitado la PrEP, independientemente de los riesgos notificados.
- Tiene una pareja sexual con VIH sin supresión viral.
- Ha usado PEP por una exposición sexual.

Para usuarios en áreas de alta carga de la infección por el VIH que informan.

- Uso irregular de preservativos.
- Una pareja sexual con alto riesgo de infección por el VIH.
- Antecedentes recientes de una ITS.

b. Las poblaciones específicas:

En este punto hay que tener en cuenta: la población clave, o sea, aquellas poblaciones a priorizar y que se conocen también como poblaciones clave de mayor riesgo.

En Cuba, las poblaciones que tienen más probabilidad de estar expuestas al VIH o de transmitirlo son: HSH, personas trans, así como HSH y trans que practican el sexo transaccional.

c. El contexto:

En Cuba están definidos un conjunto de territorios priorizados según la carga de enfermedad, concentrado mayoritariamente en las cabeceras provinciales y en los 15 municipios de la capital del país. Se considera que es en estos territorios es donde se debe centrar la oferta de servicios en espacios alternativos, fuera de las instituciones de la salud, y en horarios flexibles/deslizantes.

Es necesario también facilitar el acceso para las poblaciones clave, a través de:

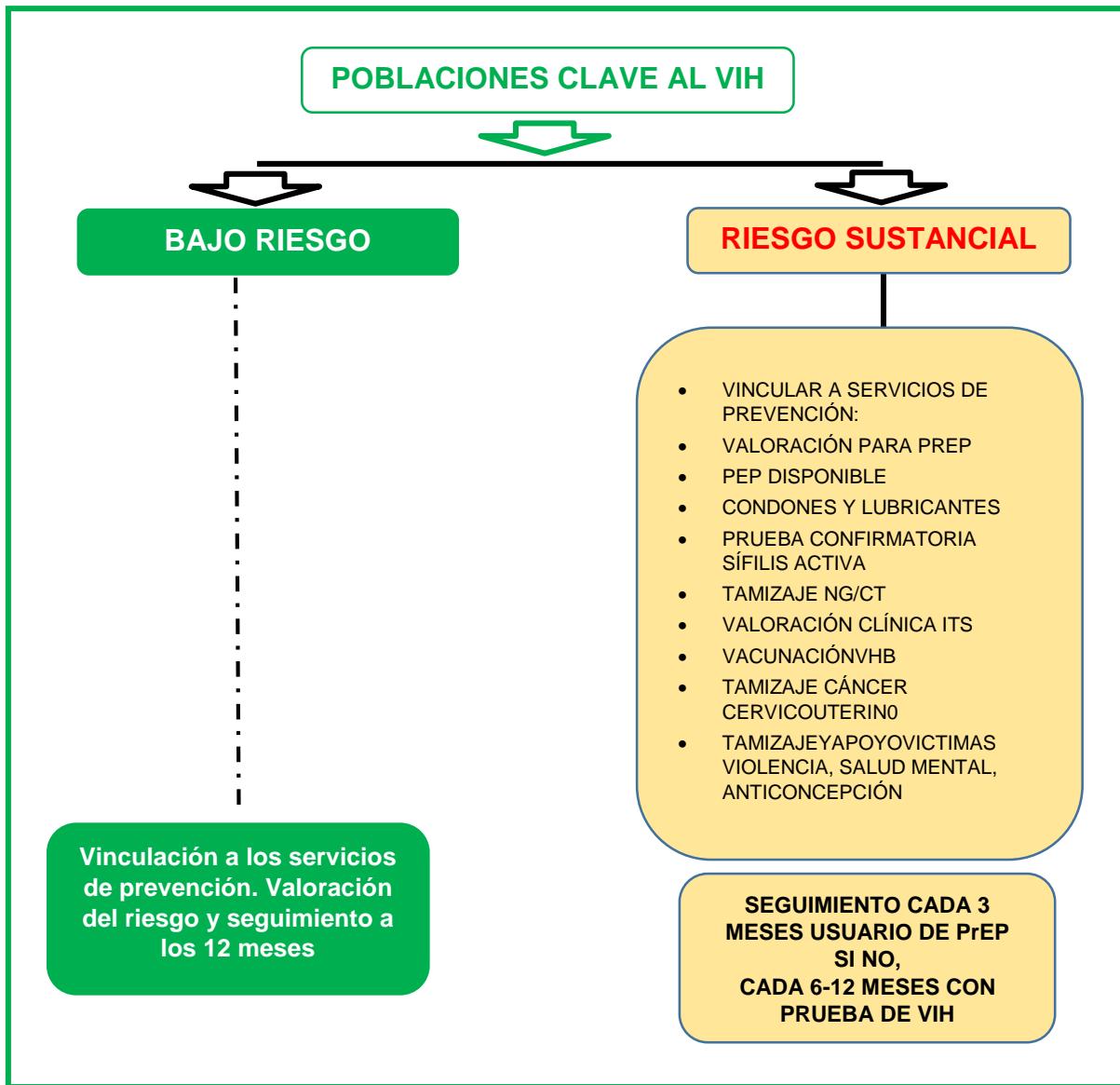
- una puerta de entrada opcional al servicio,
- no requerimiento de vestuario específico,
- referencia por el nombre con el que más cómodo se sienta la persona,
- no restricciones de residencia en las localidades correspondientes al área de salud, confidencialidad.

En la figura 10, se muestra cómo se realiza esta clasificación y cuáles son los grupos que resultan para el continuo de prevención.

6.1.6. SERVICIOS DE PRUEBAS DE VIH (SPV)

Para el éxito de la respuesta mundial al VIH, es fundamental cerrar las brechas en la realización de pruebas de VIH, **diagnosticar al 95% de las personas infectadas, vincularlas al tratamiento y la atención**. De igual manera, un sistemático testeo en poblaciones clave en riesgo sustancial, facilita su vinculación a servicios de prevención para contribuir a la reducción de nuevas infecciones de VIH. En este sentido, es necesario ofrecer una combinación estratégica de diversas opciones de SPV que lleguen efectivamente a las personas con VIH que desconocen su estado y a aquellas, con alto riesgo que necesitan intervenciones preventivas.

Figura 10. Flujograma para la atención diferenciada a poblaciones clave.



Fuente: Centro Nacional de Prevención de las TS-VIH/sida. Cuba 2023.

6.1.6.1. Enfoques para la prestación de Servicios de Pruebas de VIH (SPV)

Los SPV deben centrarse en las personas VIH desconocidas y conectarlas con los servicios de tratamiento y atención lo antes posible. También hay que hacer pruebas y conectar con los servicios de prevención apropiados a las personas VIH-negativas con riesgo continuo.

Para que estos servicios tengan el máximo impacto, se debe analizar el contexto epidémico específico y los recursos disponibles para definir una combinación estratégica efectiva. Cuba asume la orientación de la OMS con relación a que se incluyan en los planes nacionales diferentes enfoques de SPV.

6.1.6.1.1. Enfoque recomendado para los Servicios de Pruebas de VIH (SPV)

ENFOQUE RECOMENDADO PARA LOS SERVICIOS DE PRUEBAS DE VIH

SPV prestados en centros de salud

Son aquellos en los que las pruebas se realizan en un centro de salud o en un laboratorio. Estos SPV pueden prestarse en sitios donde acude espontáneamente el usuario, como los servicios de consejería en ITS-VIH/sida, consultas de ITS-VIH/sida, entre otros; o pueden ser ofrecidos de forma rutinaria en centros clínicos. Los objetivos de la oferta sistemática de SPV consisten en aumentar su cobertura, proporcionar un diagnóstico más temprano a quienes acuden a los **centros de salud**, normalizar las pruebas de VIH y eliminar la necesidad de motivación personal para buscar los SPV.

SPV comunitarios

Son los que se ofrecen fuera de los centros de salud. Diversos estudios han demostrado que el uso de SPV comunitarios se ha ampliado considerablemente en los últimos años y es un enfoque eficaz para llegar a personas que de otro modo podrían no hacerse las pruebas.

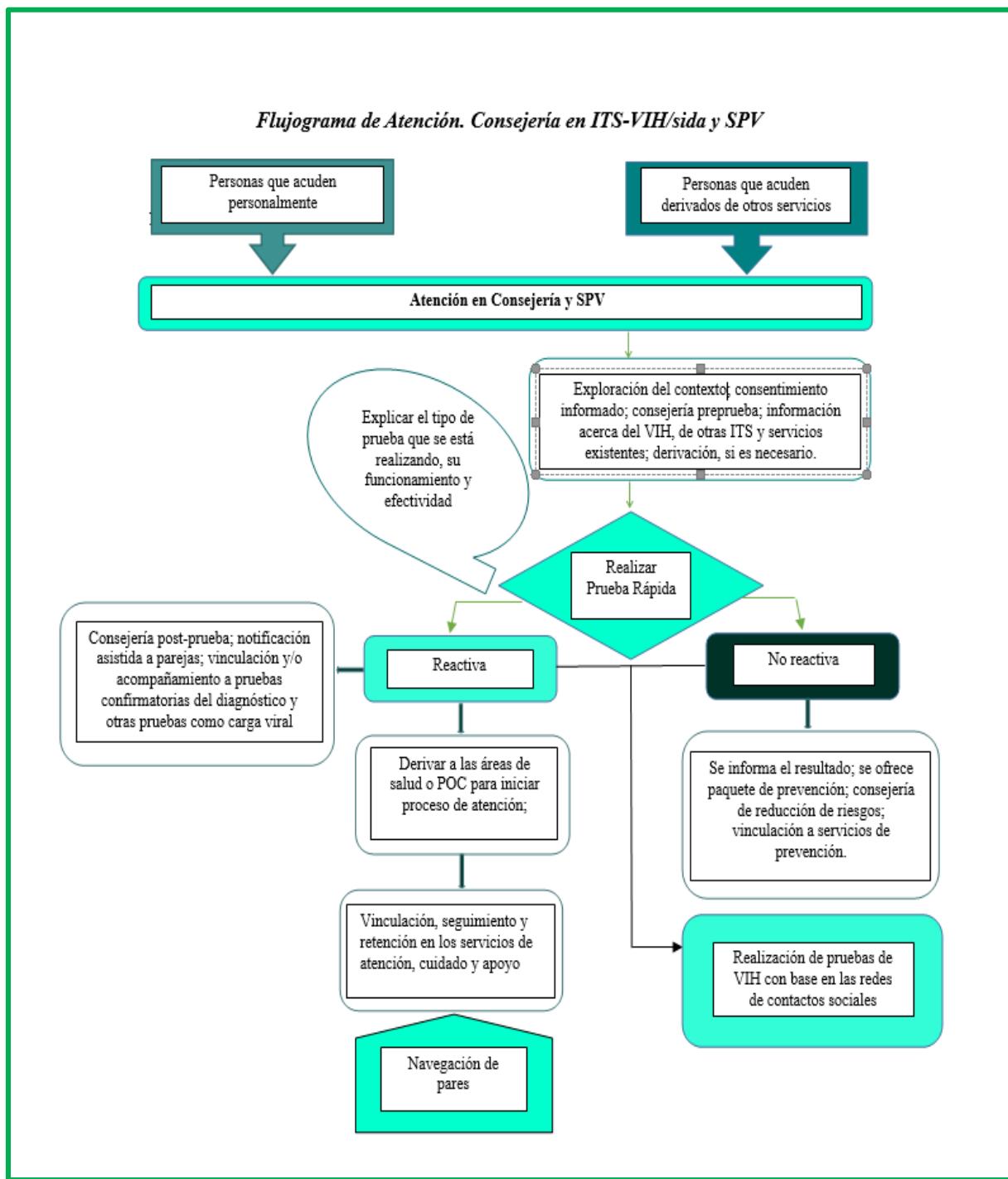
Pueden prestarse de muchas maneras y en diferentes entornos y lugares: puntos fijos, como los centros comunitarios y casas de líderes comunitarios capacitados; servicios móviles en zonas de alta incidencia y sitios comunitarios como parques, bares, sitios de encuentro; centros de trabajo y educativos, a veces con el uso de vehículos. La combinación de los SPV prestados en la comunidad con pruebas para otras infecciones y afecciones es factible y logra una alta aceptación de las pruebas de VIH.

Autopruebas de VIH

Es un recurso de autocuidado de uso personal, auto-aplicable, que permite conocer su condición serológica de forma rápida, sin la intervención directa de un proveedor de salud.

Las evidencias examinadas mostraron que diversos modelos de prestación y distribución de servicios de autopruebas de VIH, con o sin apoyo, aumentaron invariablemente la utilización de las pruebas de VIH en comparación con los SPV habituales prestados en centros de salud, tanto en las poblaciones clave como en la población general, incluidos los hombres, las mujeres y los jóvenes de 15 a 24 años.

Figura 11. Procedimiento para diagnóstico de VIH en personas que acuden a los Servicios de Pruebas de VIH (SPV).



Fuente: Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida.

6.1.6.2 Diagnóstico de la infección por el VIH en actividades de Hazte la Prueba (terreno)

El Movimiento de Hazte la Prueba, estará dirigido a incrementar la demanda de la población a servicios de prueba de VIH y asesoría.

Figura 12. Procedimiento para las actividades Hazte la Prueba.



Fuente: Centro Nacional de Prevención de las TS-VIH/sida. Cuba 2023.

El reporte de pruebas de VIH realizadas en los diferentes SPV, serán clasificadas en los grupos correspondientes: espontáneo confidencial, espontáneo anónimo y, terreno y reportado a través del parte semanal de pruebas de VIH que fluye por el Sistema de Información Estadística de VIH/sida.

Los directores de Centros Provinciales de Higiene, Epidemiología y Microbiología (CPHEM), serán responsables de crear las condiciones necesarias para el funcionamiento de la consejería telefónica en los horarios de mayor demanda, según estudios realizados.

El educador provincial será responsable de los análisis a su nivel y de la remisión al Centro Nacional de Prevención, trimestralmente.

Los grupos de ITS-VIH/sida a nivel provincial y municipal establecerán mecanismos para controlar la calidad de los SPV y consejerías que se ofrecen en el territorio y garantizarán que se realicen actividades de Hazte la Prueba en los sitios de encuentro de los grupos de poblaciones clave, centros laborales identificados como prioridad y comunidades con poblaciones vulnerables de las áreas de salud más afectadas.

El personal que a nivel municipal, tiene entre sus funciones la atención a la consejería y SPV será responsable de entrenar a los médicos, enfermeras de la familia, psicólogos de los Grupos Básicos de Trabajo, enfermeras de ITS-VIH/sida, educadores de las áreas de salud y personal de los centros municipales de salud mental de los municipios priorizados.

El/la educador/a municipal será responsable de validar y consolidar los datos a su nivel y los enviará al nivel provincial. Coordinará con los departamentos de docencia de los policlínicos la capacitación especializada en consejería en ITS-VIH/sida y SPV. Los/as educadores/as del área de salud serán responsables de realizar el análisis cuanti-cualitativo de la consejería en el área de salud; los resultados serán discutidos en las reuniones técnicas del área y remitidos al/la educador/a o coordinador/a municipal de consejería, SPV y de conjunto con el/la psicólogo/a, confeccionaran los programas de los cursos teórico-prácticos y participar en las capacitaciones

6.1.7. PROTOCOLOS DE LOS SERVICIOS DE ORIENTACIÓN JURÍDICA

Se han identificado los servicios de orientación jurídica (SOJ), como parte de la materialización del enfoque de derechos humanos, que caracteriza la Respuesta Nacional al VIH, en relación con los principios de participación y rendición de cuentas de las poblaciones clave (PC) a la epidemia. Presentadas en el capítulo 2 la estructura del servicio, sus objetivos, líneas de trabajo y acciones que desarrolla; serán descritas cada una de las formas de atención y sus implicaciones.

6.1.7.1. Vías para acceder a los Servicios de Orientación Jurídica (SOJ)

Las personas pueden acceder a los SOJ, mediante las siguientes vías que han sido agrupadas atendiendo a las que se identifican como más frecuentes:

- Envío de cartas mediante el correo postal o por entrega personal.
- Derivaciones de instituciones, Comisiones, Organismos, GOPELS en sus diferentes niveles.
- Derivaciones de los servicios médicos en los distintos niveles de atención.
- Línea Ayuda, Consejería, Línea 103.
- Solicitud personal con o sin cita previa.
- Correo postal.
- Correo electrónico.
- Páginas web institucionales, de las distintas redes de la sociedad civil.
- Derivaciones de otras instituciones e instancias.
- Solicitud de necesidad de formación o capacitación.

Entre las modalidades y procedimientos de actuación de los servicios de orientación jurídica están descritos los siguientes:

- Atención a cartas y documentos,
- Atención cara a cara,
- Acompañamiento institucional
- Atención a las solicitudes de los observatorios, sitios web y redes de las poblaciones clave.

6.1.7.2. Modalidades y Procedimientos en la actuación de los SOJ.

PROCEDIMIENTOS ELEGIBLES, CONSIDERADOS PERTINENTES, POR EL EQUIPO COORDINADOR DEL SERVICIO DE ORIENTACIÓN JURÍDICA (SOJ)

- a. Identificación de los elementos de contenido que permitan viabilizar el proceso de acompañamiento, en el documento que da cuenta de la forma de atención aplicada previamente cuando se identifica esta forma como derivación de alguna otra, como por ejemplo el análisis de cartas y documentos, orientación cara a cara. se trata de asuntos que por su representatividad o impacto requieran además de una respuesta individual, algún pronunciamiento o medida más general que pudiera se asesorado dicho.
- b. Discusión abierta o individual del caso con los especialistas y colaboradores incluso de otras instituciones, cuyo desempeño profesional tribute a la elaboración de las herramientas metodológicas concretas. Para lo cual se documentará por el equipo el resultado de cada reunión de análisis con descripción de los criterios-
- c. Elaboración de una estrategia para el seguimiento de una ruta crítica de las gestiones que implique el acompañamiento y conceptos planteados
- d. Documentación de todas las gestiones y acciones que realice el especialista durante el proceso de acompañamiento, con indicación de fecha, hora, lugar, persona entrevistada, contenido de la reunión, despacho, consulta, Acta de reuniones proceso.
- e. **Investigación, preparación y elaboración de la documentación requerida en la presentación de inscripciones de los grupos de población clave, en los registros de organismos internacionales de interés para Cuba a previa aprobación de la autoridad competente.**
- f. Presentación según las normas vigentes, ante los órganos colegiados y de toma de decisiones existentes en las instituciones las propuestas de creación o modificación de normas.

En el caso del apartado e) las implicaciones de la actuación de los SOJ solo serán ofrecidas por PROSALUD, las estructuras de cada provincia participan aportando los avales o informes estadísticos que se soliciten para completar o acompañar.

6.1.8. GRUPO OPERATIVO PARA LA ELIMINACION DE LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS: TRABAJO INTERSECTORIAL

Desde inicios de la epidemia de VIH, en 1986, el estado cubano ha desarrollado una respuesta nacional que incluye la participación de todos los sectores de la sociedad entre los que se incluyen los Organismos de la Administración Central del Estado y las organizaciones de masas (comunitarias, laborales y estudiantiles).

Inicialmente, direccionado a la prevención y control de la epidemia del VIH, entonces poco conocida y que azotaba con consecuencias letales, el Grupo Operativo creado bajo la denominación de **GOPELS** tuvo como antecedente el Plan Intersectorial a partir de 1996, redimensionado en la Respuesta Ampliada para el año 2000, etapa

Ministerio de Salud Pública
PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL 2024-2028
PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS
BASES NORMATIVAS

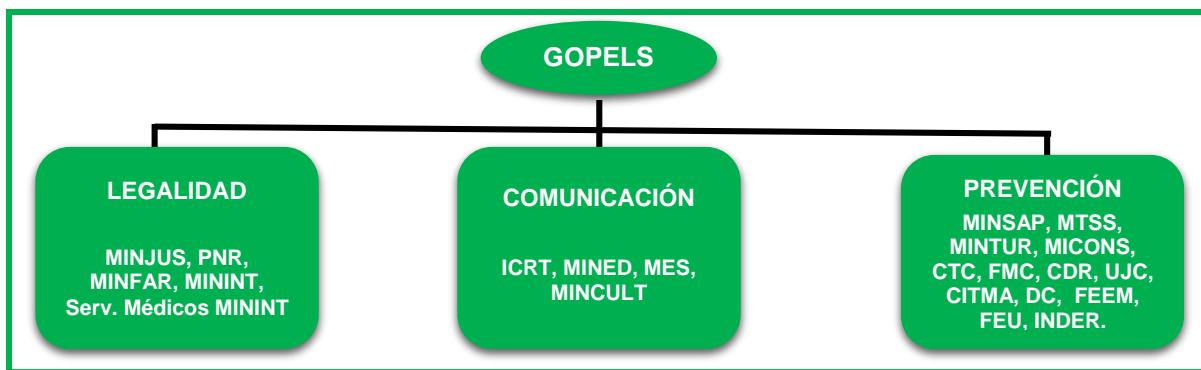
en la que complementaran las acciones preventivas de los sectores sociales, no sólo a la población, sino también a sus propios trabajadores/as.

Ha sido el órgano que despliega el **mecanismo de coordinación intersectorial en la toma de decisiones, en la elaboración y desarrollo las políticas encaminadas a dar respuesta a las diferentes aristas de la epidemia de las ITS y el VIH**, en el presente y luego de más de 25 años de labor, enfrenta un nuevo desafío abordando desde sus experiencias y actividad: **la prevención y control de las hepatitis.**

GOPELS está encargado de evaluar y rectorear, el desempeño en la participación de los sectores sociales, a través del trabajo en las **comisiones** que lo conforman: **prevención, comunicación y legal**. Éstas se encargan del análisis y proyección estratégica del abordaje de las epidemias desde la mirada, inter e intra-sectorial.

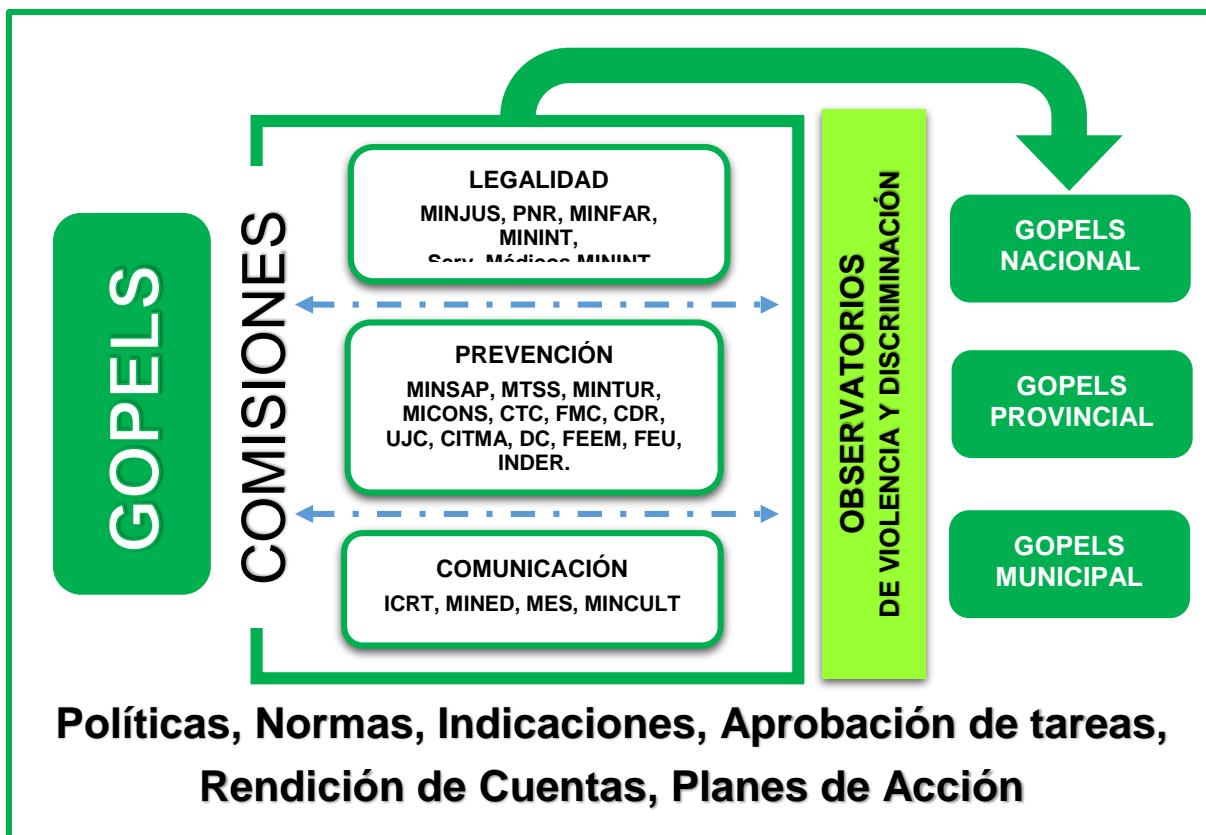
Las comisiones de trabajo quedan conformadas, por los Organismos de la Administración Central del Estado (OACE) y sectores comunitarios, laborales y estudiantiles.

Figura 13. Comisiones de GOPELS y organismos que la integran.



Fuente: Centro Nacional de Prevención de las TS-VIH/sida. Cuba 2023

Figura 14. Flujograma de GOPELS. Cuba 2023.



Fuente: Centro Nacional de Prevención de las TS-VIH/sida. Cuba 2023.

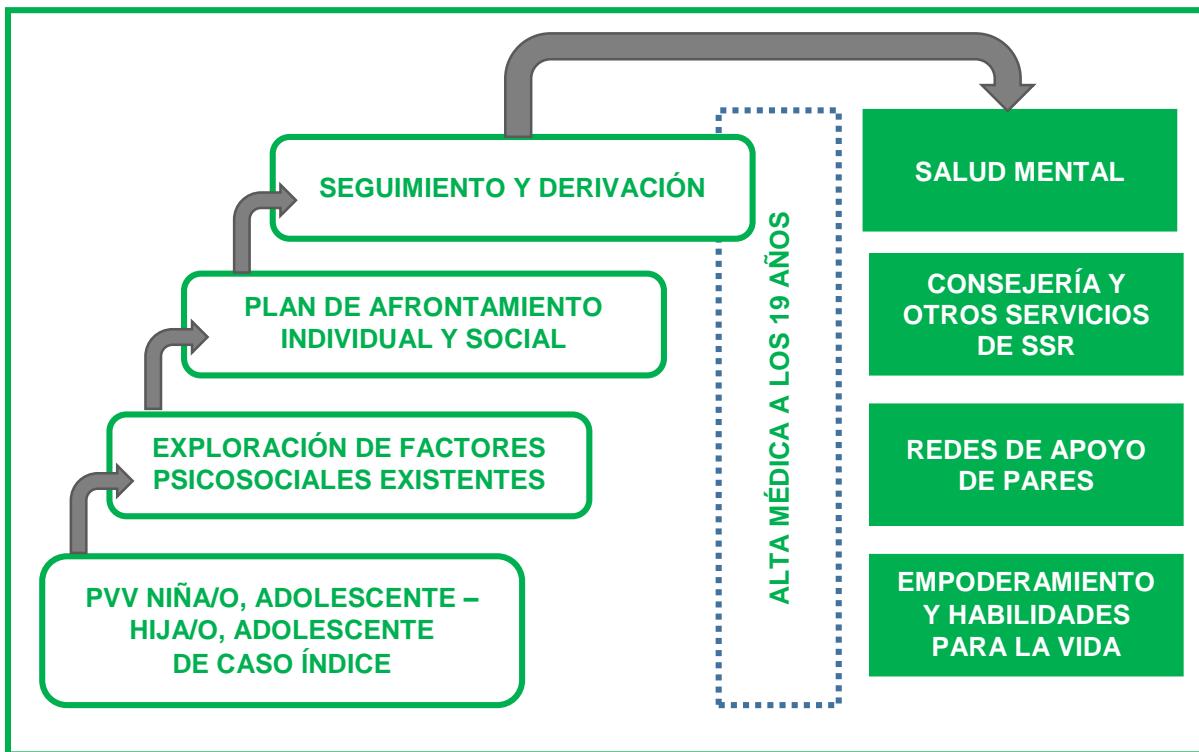
6.1.9. **PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A NIÑAS/NIÑOS Y ADOLESCENTES AFECTADAS/OS E INFECTADAS/OS POR EL VIH.**

La Red Cubana de Personas con VIH, desde el inicio de la epidemia de VIH, dispuso su accionar para el enfrentamiento de las manifestaciones de estigma y discriminación a la que estaban siendo objeto, exigiendo sus derechos; así como el acceso a la información, atención, cuidados y el apoyo. Es así que surge, dentro del área de PPV en acción, en la planificación estratégica: la atención a niñas, niños afectadas/os e infectadas/os.

La RedCub+ se ocupa de conformar el registro con información clasificada de las/os hijas e hijos de padres seropositivos y/o huérfanos por el sida. Reciben acompañamiento psicológico, en los casos que lo ameriten y se mantiene el seguimiento individual de cada uno de ellos en estrecha vinculación con la

respuesta multisectorial en el sector de la educación donde se ejecuta el acompañamiento psicopedagógico. Esta actividad es única de la Red Cubana de Personas con VIH y sinergiza con el protocolo de atención médica a niñas y niños.

Figura 15. Flujograma de Atención a niñas y niños afectados e infectados por VIH. Cuba, 2023.



Fuente: Centro Nacional de Prevención de las TS-VIH/sida. Cuba 2023.

6.1.10. SEGUIMIENTO A LAS POBLACIONES PRIORITARIAS.

Las poblaciones identificadas como prioritarias en el contexto de la respuesta a las ITS, el VIH y las hepatitis serán abordadas a través de las estrategias de prevención diseñadas específicamente para cada grupo poblacional. Su conducción técnica será a través del Educador/a provincial o municipal o el promotor de salud según el nivel que corresponda y se implementará en el primer nivel de atención. A todos los niveles se diseñarán actividades de información, educación y comunicación (IEC) y de prevención primaria que darán prioridad a:

- Promoción del uso del condón a través de las diferentes estrategias (márquetin social; educación de pares; mercadeo social de condones; uso de las TICs, redes sociales, espacios web, entre otras)
- Entrega de un paquete de servicios de prevención diseñado específicamente para estos grupos y compuesto por: preservativos, información y asesoramiento sobre prácticas sexuales seguras y la gestión de riesgos, derivación a servicios de SSR para la diagnóstico oportuno de las ITS, el VIH y las hepatitis con énfasis en las consejerías en ITS.
- Realizar actividades para promover la formación de promotores pares que aborden los temas de salud de interés de estos grupos. Estimular el activismo.
- Realizar actividades para reducir el estigma y la discriminación por cualquier motivo, las normas género dañinas, los estereotipos y la violencia en las relaciones de pareja.
- Desarrollo de capacidades para la protección y defensa de los derechos de estas poblaciones.
- Promover la participación activa y la movilización comunitaria de estos grupos durante el desarrollo de las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades.

Para las poblaciones de adolescentes; jóvenes, mujeres y hombres PPST no trans, no HSH, se diseñarán acciones educativas y de prevención conjuntamente con el programa de Atención Materno Infantil (PAMI), el de Salud Integral del Adolescente y el de Salud Mental.

En el caso de las poblaciones de 50 y más las acciones se diseñarán conjuntamente con el programa de Atención Integral al Adulto Mayor y el programa de Salud Mental.

El componente educativo de este programa es el máximo responsable del diseño y ejecución de las intervenciones educativas en los centros penitenciarios de sus áreas geográficas, conformadas según las orientaciones de este documento.

**BASES NORMATIVAS
PARA LA VIGILANCIA,
ATENCIÓN Y
TRATAMIENTO DE LAS
INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL**

6.2 BASES NORMATIVAS PARA LA VIGILANCIA, ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

6.2.1. SISTEMA DE VIGILANCIA DE LAS ITS

6.2.1.1 Objetivos de la vigilancia

La información obtenida en la vigilancia de las ITS ayuda a:

- describir la magnitud de las infecciones de transmisión sexual;
- suministrar información para la promoción de la causa, planificación y gestión de programas mediante:
 - la provisión de datos para vigilar y evaluar la repercusión de las intervenciones;
 - la ayuda para definir los recursos necesarios para la prevención y atención de las ITS;
- determinar la etiología de las ITS y la sensibilidad a los antibióticos, a fin de mejorar la atención a las personas.

6.2.1.2. Organización del sistema de vigilancia

- Se realizará la vigilancia de casos de ITS para describir la distribución en diversas poblaciones y sus tendencias a lo largo del tiempo;
- El reporte de casos de ITS es obligatorio en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud, a través del sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) para todas las ITS que se reportan estadísticamente;
- Se utilizará el llenado de tarjeta de EDO para todos los diagnosticados con sífilis, incluyendo sífilis congénita, gonorrea, condiloma acuminado, herpes genital, linfogranuloma venéreo y chancre blando;
- Los síndromes de secreción uretral, flujo vaginal (gestantes y no gestantes) y dolor abdominal bajo son también de notificación obligatoria a través de la hoja de cargo;
- La notificación de casos de sífilis estará a cargo de los dermatólogos a cada nivel;

Ministerio de Salud Pública
PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL 2024-2028
PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS
BASES NORMATIVAS

- Para el resto de las ITS, el reporte se hará por el médico que realice el diagnóstico (microbiológico para gonorrea, sindrómico para los síndromes, y clínico para condiloma, herpes genital y chancre blando);
- De necesitarse otros criterios para concluir diagnóstico clínico serán derivados para interconsulta con otras especialidades implicadas (ginecobstetricia, urología, proctología, dermatología);
- El Departamento de ITS-VIH/sida y hepatitis del MINSAP controlará la calidad de los datos de las encuestas epidemiológicas, los partes y reportes periódicos;
- Los jefes de las secciones provinciales de ITS-VIH/sida y hepatitis a nivel provincial son responsables de que, a nivel local, se realicen la investigación epidemiológica de cada caso y las acciones de control de foco, en un término no mayor de 30 días, después de la confirmación del caso. Es indispensable la participación del área de salud correspondiente;
- El departamento de estadísticas de los CPHEM es responsable de reportar mensualmente a la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP la cantidad de pruebas realizadas según grupos de pesquisa;
- El IPK es responsable de realizar la vigilancia microbiológica de la sífilis; los estudios a niños expuestos, la vigilancia molecular de las ITS, la caracterización tanto fenotípica como genotípica de las cepas de *Neisseria gonorrhoeae* que se reciben desde las diferentes provincias del país; la vigilancia microbiológica de enfermedades causadas por micoplasmas, estudios para establecer la concentración mínima inhibitoria (CMI) de diferentes antifúngicos frente a aislamientos de *Candida albicans*, además, de retroalimentar a las provincias de los resultados correspondientes;
- Las provincias enviarán al MINSAP periódicamente la información programática que utiliza el programa para monitorear los eventos sujetos a vigilancia.

6.2.1.3. Eventos sujetos a notificación y vigilancia

- Nuevos diagnósticos de ITS;
- Seguimiento de los casos de ITS con la periodicidad indicada;
- Profilaxis contra la oftalmía neonatal gonocócica;
- Pruebas de serología VDRL/RPR o pruebas rápidas realizadas;
- Estudio de contactos de ITS;
- Vigilancia activa de sífilis en donantes de sangre
- Estudios de TPHA a gestantes;
- Embarazadas con serología reactiva en cualquier período de su gestación;
- Nacimientos de hijos de madres con serología reactiva;
- Seguimiento clínico y de laboratorio de hijos expuestos a sífilis;
- Cobertura de tratamiento a gestantes y niños expuestos;
- Mortinatos atribuibles a sífilis;
- Abortos atribuibles a sífilis;
- Desabastecimiento de productos de salud: reactivos diagnósticos. antibióticos, condones, lubricantes.

6.2.1.4. Fuentes de información de la vigilancia de las ITS

- Partes y reportes programáticos periódicos de las provincias;
- Registros de pruebas serológicas de sífilis que se realizan en la red de Laboratorios SUMA;
- Informes de exudados uretrales, endocervicales y vaginales;
- Registros y reportes de los laboratorios de referencia de ITS del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí (IPK);
- Datos del Sistema tecnología SUMA;
- SIE de consulta externa (captaciones de embarazo);
- SIE de nacimientos;
- SIE de enfermedades de declaración obligatoria.

6.2.1.5. Búsqueda activa de casos

La búsqueda activa de casos de ITS estará dirigida a:

1. La identificación de los **grupos de población prioritarios** que puede variar según localidades y contexto sociocultural:
 - Gestantes.
 - Niños/as expuestos a ITS.
 - HSH.
 - Mujeres transgénero.
 - Mujeres que practican sexo transaccional y sus clientes.
 - PVV.
 - Personas con ITS y sus parejas sexuales.
 - Adolescentes y jóvenes.
2. Dispensarización y seguimiento según corresponda.
3. Conocer de las principales complicaciones de las ITS, su prevalencia en el lugar como indicador de la magnitud del problema.
4. Realización de estudios de laboratorio para ITS acompañados de consejería pre y pos-pruebas ante las siguientes circunstancias:
 - Interrupciones de embarazo²
 - Internados en centros penitenciarios.
 - Como parte del chequeo pre-operatorio¹
 - Pacientes ingresados en servicios hospitalarios a juicio médico
 - Donantes de sangre y de órganos y tejidos.
5. Diagnóstico y abordaje integral en pacientes con síntomas sugestivos de ITS.

² No diferir la interrupción de embarazo, la regulación menstrual ni la intervención quirúrgica en espera del resultado de los exámenes complementarios.

6.2.1.6. Definiciones de casos

Personas en las que se cumplan al menos dos de los siguientes criterios, siempre uno de los cuales tiene que ser el de laboratorio:	2
Criterios	Descripción
Criterio de laboratorio	VDRL/RPR o pruebas treponémicas reactivas o regresión de la curva serológica por VDRL/RPR en dos diluciones o más en casos tratados y en estudio, o PCR positivo en muestras de lesiones
Criterio clínico:	Presente síntomas y/o signos de la enfermedad o antecedentes de haberlos tenido (sin tratamiento).
Criterio epidemiológico:	Con caso índice conocido, conducta sexual de riesgo o del estudio de sus parejas sexuales se obtiene un nuevo caso

6.2.1.7. Clasificación

- Sífilis Adquirida Temprana (con menos de un año de evolución): primaria, secundaria y latente reciente
- Sífilis Adquirida Tardía (con más de un año de evolución): latente tardía y terciaria
- Sífilis Congénita Temprana (casos diagnosticados antes de los 2 años de edad)
- Sífilis Congénita Tardía (casos diagnosticados después de los 2 años de edad)

Clasificación sanitaria de la sífilis

La clasificación sanitaria de la sífilis tiene el objetivo de analizar por separado los casos contagiosos (sífilis temprana) de los no contagiosos (sífilis tardía) y a la vez establecer un método de clasificación uniforme, de fácil aplicación, **que será el utilizado para la notificación**. A continuación se señalan las más frecuentes.

SIFILIS TEMPRANA ADQUIRIDA SINTOMATICA (STAS)	
STASc	Sífilis con chancre
STASsc	Sífilis con lesiones cutáneas
STASsm	Sífilis con lesiones mucosas
STASsg	Sífilis con síntomas generales
SIFILIS TARDÍA ADQUIRIDA SINTOMATICA (STaAS)	
STaASg	Sífilis con gomas cutáneos
STaAScv	Sífilis con lesiones cardiovasculares
STaASns	Sífilis con lesiones neurológicas
SIFILIS TEMPRANA ADQUIRIDA LATENTE (STAL)	
STAL	No lesiones y serología reactiva
SIFILIS TARDÍA ADQUIRIDA LATENTE (STaAL)	
STaAL	No lesiones y serología reactiva
SIFILIS TEMPRANA CONGENITA SINTOMATICA (STCS)	
STCSsc	Sífilis con lesiones cutáneas
STCSsm	Sífilis con lesiones mucosas
STCSlo	Sífilis con lesiones óseas
STCSv	Sífilis con hepatoesplenomegalia
SIFILIS TARDÍA CONGENITA SINTOMATICA (STaCS)	
STaCSqi	Sífilis con queratitis intersticial
STaCSh	Sífilis con dientes de Hutchinson
STaCSns	Sífilis con lesiones neurológicas
SIFILIS TEMPRANA CONGENITA LATENTE (STCL)	
STCL	No lesiones cutáneas, LCR no reactivo, serología reactiva, en niños de no más de 2 años de edad.
SIFILIS TARDÍA CONGENITA LATENTE (STaCL)	
STaCL	No lesiones cutáneas, LCR no reactivo, serología reactiva, en niños de más de ³ años de edad

³ Mortalidad fetal o mortinato**: todo feto muerto con gestación de 22 semanas o más o con peso igual o superior a 500 g. Se confecciona certificado de defunción y se realizan los estudios indispensables (VDRL, RPR o TPHA), en dependencia de la evaluación del embarazo y los riesgos que presente la mujer y su pareja, en busca de la posible causa de muerte en caso de sospecha clínico-epidemiológica de sífilis.

Sífilis materna	Embarazada, puérpera o con aborto reciente con evidencia clínica (úlcera genital o lesiones compatibles con Sífilis secundaria) y prueba no treponémicas (VDRL o RPR) reactiva o pruebas treponémicas (incluidas pruebas treponémicas rápidas), que no ha recibido tratamiento adecuado para Sífilis durante la presente gestación.
Sífilis congénita (SC)	Todo niño, aborto o mortinato ⁴ cuya madre tiene evidencia clínica (úlcera genital o lesiones compatibles con Sífilis secundaria) o con pruebas treponémicas (incluidas pruebas treponémicas rápidas) o no treponémicas positiva o reactiva durante la gestación, parto o puerperio, que no haya sido tratada o haya sido tratada inadecuadamente o;
	Todo neonato con títulos de RPR/VDRL cuatro veces mayor que los títulos de la madre o lo que equivale a un cambio en dos diluciones o más de los títulos maternos (por ejemplo, de 1:16 a 1:4), o;
	Todo niño con VDRL/RPR (independientemente del título), TPHA, ELISA-IgM y Western blot-IgM positivo. En ausencia de pruebas para IgM una TPHA positiva en suero después de los primeros seis meses de vida puede ser utilizada, o;
	Todo niño con una o varias manifestaciones clínicas sugestivas de Sífilis congénita al examen físico y evidencia radiográfica de Sífilis congénita y/o resultado reactivo de una prueba treponémica (que incluye las de IgM), o no treponémica independientemente del título.
<u>Manifestaciones clínicas sospechosas de SC</u>	
<ul style="list-style-type: none"> - Distrofias, neumopatías, laringitis (llanto ronco y continuado), gastroenteritis, hepatoesplenomegalia, prematuridad, retardo del crecimiento intrauterino, osteocondritis de huesos largos al examen radiológico, rinitis mucopurulenta, pseudoparálisis, miocarditis, hidropesía fetal, corioamnionitis, ictericia y/o anemia, lesiones mucocutáneas (pápulas, placas infiltradas rojas en región peri bucal, miembros, palmas, plantas, perianales y peri genitales, roséolas de grandes manchas, ampollas palmo plantares); o - Producto de la gestación con demostración de <i>Treponema pallidum</i> por campo oscuro, Inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico, en lesiones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia. 	
Gonorrea	Toda persona que teniendo o no síntomas de la enfermedad, se confirma bacteriológicamente en el examen directo por tinción de Gram del exudado endocervical o uretral o conjuntival (en recién nacidos), o en el cultivo se aislan cepas de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> o se realice diagnóstico molecular (PCR-TR).
Síndrome de Secreción Uretral (SSU)	Presencia de secreción uretral en hombres, con o sin disuria, comprobada con el prepucio retráido o si es necesario por la compresión de la raíz del pene en dirección al glande.
Síndrome de Secreción Anorectal (SSA)	Presencia de fluidos, a través del ano, acompañado o no de dolor, sangrado, prurito o dolor al defecar.
Síndrome de Flujo Vaginal (SFV)	Presencia de secreción vaginal anormal en cuanto a cantidad, color y olor, acompañada o no de dolor abdominal bajo, síntomas específicos de cervicitis y factores de riesgo.
Síndrome de Dolor	Síntomas de dolor abdominal bajo referido, o dolor durante las relaciones sexuales, con signos al examen físico de dolor a la descompresión o defensa muscular abdominal o dolor a la movilización cuello uterino y/o anejo y/o temperatura mayor

⁴ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Pautas para la vigilancia de infecciones de transmisión sexual. [internet] [Citado 17 oct 23]. Disponible en: https://www.onaids.org/jc240-sextransminfsurv_es_0.pdf

Ministerio de Salud Pública
PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL 2024-2028
PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS
BASES NORMATIVAS

Abdominal Bajo (DAB)	de 37,8°C. (Este síndrome, que podría señalar la presencia de enfermedad inflamatoria pélvica, puede ser causado por infección gonocócica, clamidia o infección anaerobia).
Síndrome de úlcera genital (SUG)	Presencia de una solución de continuidad en piel o mucosa que puede ser dolorosa o indolora, con o sin secreción, relacionada con patógenos de transmisión sexual, generalmente ubicada en el área genital, aunque puede aparecer en áreas extragenitales (boca, garganta, manos, ano).
Condiloma acuminado	Verrugas genitales (pene, vulva, ano), en el cérvix detectado a través de colposcopia y prurito en la zona afectada. Más fácilmente visibles en mujeres (fase clínica en vulva, periné, región peri anal, vagina y cuello uterino). Las verrugas se reconocen fácilmente (verruga en coliflor), solas o en racimos, localizadas o difusas y de tamaño variable. En hombres, se presentan con mayor frecuencia en el glande, surco balano-prepucial y región perianal. Pueden aparecer en localizaciones extra genitales. Pueden desaparecer por si misma o pueden requerir extirparlas. Que las verrugas no sean visibles no siempre significa que la infección haya desaparecido y es posible que estas parezcan nuevamente. El tratamiento de condilomas será indicado y realizado por el Dermatólogo y/o el Ginecólogo.
Herpes genital	Pápulas eritematosas inicialmente de 2 a 3 mm que posteriormente se convierten en vesículas agrupadas con contenido cetrino, que se rompen dando lugar a ulceraciones dolorosas, recubiertas por costras serohemáticas. En hombres más frecuentes en glande y prepucio; en mujer localizadas en labios mayores y menores, clítoris, vagina y cuello uterino. Asociados síntomas generales como fiebre, malestar general y adenopatía inguinal dolorosa bilateral y síntomas locales como mialgias, aumento de la sensibilidad y ardor o prurito. <u><i>Herpes genital recurrente</i></u> Recurrencia de lesiones en los primeros 12 meses de la infección primaria, asociada a episodios de fiebre, traumatismo, menstruación, estrés físico o emocional, antibioticoterapia o inmunodeficiencia. Pródromos como: aumento de la sensibilidad local, prurito, sensación de quemazón local, mialgias, artralgias, etc.
Linfogranuloma venéreo	Existen criterios epidemiológicos en pacientes con lesión leve evanescente, pequeña, no dolorosa (vesícula, pápula o úlcera) no indurada en genitales que cura espontáneamente y que alrededor de dos semanas después se presenta adenopatía inguinal dolorosa, abscesos supurados y extensión del proceso inflamatorio a los tejidos contiguos. En hombres se observan bubones inguinales que pueden adherirse a la piel, mostrar fluctuación y culminar con la formación de fistulas. En la mujer hay menor afección en ganglios inguinales y esta se localiza principalmente en los ganglios pélvicos, con extensión al recto y al tabique recto-vaginal. Se pueden presentar proctitis, estenosis del recto y fistula.
Chancro blando (cancroide)	Existen criterios epidemiológicos en pacientes con una o varias úlceras genitales dolorosas y necrosantes, de bordes blandos, irregulares, con un halo eritematoso, generalmente con exudado y ganglios linfáticos aumentados de tamaño y dolorosos.
Granuloma inguinal (Donovanosis)	Existen criterios epidemiológicos en pacientes que presenten nódulo subcutáneo que puede erosionarse, dejando sobre la piel una erosión limpia de tipo granulomatoso, indolora y de bordes elevados, la cual sangra fácilmente y linfadenopatía regional.

6.2.2. VIGILANCIA DE LA ETIOLOGÍA DE LOS SÍNDROMES

La determinación de los microorganismos que causan secreción uretral, así como de aquellos que ocasionan infecciones que provocan úlceras genitales y flujo vaginal, es el segundo componente fundamental de la vigilancia de las ITS. El conocimiento de los microorganismos que causan los síndromes de las ITS permite:

- Obtener datos para guiar el tratamiento sindrómico de las ITS; y
- Contribuir a la interpretación de los informes de casos notificados y a la evaluación de la carga de enfermedad generada por agentes patógenos específicos.

Vigilancia de la etiología de los síndromes: se realizará en unidades seleccionadas de la APS y la atención hospitalaria en períodos definidos.

En la APS: en un Área de Salud del municipio cabecera definida por cada provincia, se realizarán, en coordinación con los laboratorios de los CPHEM: chlamydias, mycoplasma, determinación de cándidas, vaginosis bacterianas, trichomonas, Gram y cultivo para gonorrea. Los servicios donde se ofrece PrEP se incluirán como sitios centinelas y los servicios diferenciados en localizados en entornos de alta prevalencia de VIH.

En la atención hospitalaria: iguales estudios en servicios seleccionados, entre ellos: urología, planificación familiar, infertilidad, patología de cuello, ginecología y obstetricia teniendo en cuenta estudios de prevalencia de complicaciones de ITS en los diferentes servicios.

Las etiologías de los síndromes deben reevaluarse cada dos o tres años, o con mayor frecuencia si fuera preciso. Por ejemplo, durante un nuevo brote de una enfermedad que provoca úlceras genitales, quizás sea necesario determinar de nuevo qué microorganismos la están ocasionando.

6.2.2.1. Requisitos de laboratorio

El personal de laboratorio con experiencia en las pruebas diagnósticas de las ITS, debe elaborar protocolos de laboratorio para determinar qué microorganismos están causando los síntomas. Los laboratorios también han de contar con protocolos establecidos de garantía y de control de calidad. Para efectos de la vigilancia, lo

Ministerio de Salud Pública
PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL 2024-2028
PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS
BASES NORMATIVAS

ideal es utilizar las pruebas más sensibles y específicas y, de manera preferente, aquellas que identifican directamente los microorganismos, en lugar de análisis serológicos⁵.

Existe una amplia gama de pruebas diagnósticas que pueden utilizarse y, por otra parte, en la actualidad se desarrollan muchas pruebas nuevas. La selección de la prueba que debe usarse dependerá de la disponibilidad de recursos en la localidad.

En la Tabla 1 se resumen los tipos generales de pruebas de laboratorio que pueden emplearse para evaluar la etiología de los síndromes.

⁵ Esta recomendación se fundamenta en la opinión de expertos formulada en la Reunión de Consulta Técnica de 2008, y en las estrategias de diagnóstico de laboratorio de las ITS formuladas en las directrices de la OMS El diagnóstico de laboratorio de las infecciones de transmisión sexual.

Tabla 1. Diagnóstico etiológico de infecciones de transmisión sexual de notificación obligatoria.

ITS/Síndrome	Agente Etiológico	Periodo de Incubación	Diagnóstico
Sífilis	Treponema pallidum.	10 días a 3 meses promedio 3 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> - VDRL o RPR y TPHA (para gestantes reactivas*). - Examen directo campo oscuro (EDCO). - PCR. - Pruebas rápidas (para grupos de población clave).
Sífilis congénita**			<ul style="list-style-type: none"> - VDRL o RPR, TPHA. - ELISA-IgM y Western blot-IgM (IPK).
Gonorrea	Neisseria gonorrhoeae.	2- 7 días.	<ul style="list-style-type: none"> - Tinción de GRAM. - Cultivo: identificación presuntiva -Gram y prueba de oxidasa.
Conjuntivitis gonocócica	Neisseria gonorrhoeae.	1-5 días.	<ul style="list-style-type: none"> - En IPK y sitios centinelas: diagnóstico molecular (PCR-TR) y pruebas de sensibilidad a los antimicrobianos.
Condiloma Acuminado	Virus del Papiloma Humano.	1-20 meses -promedio 2-3 meses.	<ul style="list-style-type: none"> - Clínico.
Herpes Simple genital	Virus Herpes Simplex.	2-12 días.	<ul style="list-style-type: none"> - Clínico.
Linfogranuloma venéreo	Chlamydia trachomatis: Inmunotipos L1, L2, L3	Variable, 8-21 días.	<ul style="list-style-type: none"> - Clínico. - Etiológico en el IPK.
Chancro blando	Haemophilus ducrey.	3-5 días.	<ul style="list-style-type: none"> - Clínico. - Etiológico en el IPK.
Granuloma Inguinal	Klebsiella granulomatis.	Se desconoce, entre 1-16 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> - Clínico.

* Solo en los CPHEM para gestantes reactivas, no debe indicarse cuando hay antecedentes de sífilis tratada.

** Todos los hijos de mujeres que presentaron sífilis durante el embarazo deben ser estudiados para determinar si presentan evidencia de la enfermedad.

Con propósitos de la vigilancia y como alternativas diagnósticas para casos de interés, previa coordinación con las instituciones que las realizan:

- Neisseria gonorrhoeae: Diagnóstico molecular (PCR-TR) y pruebas de sensibilidad a los antimicrobianos.
- Virus del Papiloma Humano: Diagnóstico molecular de PVH (Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", INOR)
- Virus Herpes Simple: En IPK PCR-TR a partir de exudado de lesiones genitales.
- Mycoplasma hominis: métodos moleculares (PCR y PCR-TR). Se puede utilizar el kit Mycowell D-One. Si el pocillo de Mycoplasma spp. es positivo (pudiera ser presuntivo de Mycoplasma genitalium), enviar al IPK el contenido del pocillo para PCR específico de Mycoplasma genitalium.

Tabla 2. Diagnóstico sindrómico.

ITS/Síndrome	Agente Etiológico	Periodo de Incubación	Diagnóstico
Síndrome de secreción uretral	Neisseria gonorrhoeae Chlamydia trachomatis Ureaplasma urealyticum Mycoplasma hominis, Haemophilus sp. Trichomonas vaginalis C. albicans	Chlamydia trachomatis: 7-15 días o más. Trichomonas: 4-20 días promedio 7 días C. albicans: 2-4 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> - Sindrómico. - Etiológico sólo para vigilancia: gonococo. - Pruebas rápidas en otros laboratorios del país.
Síndrome de secreción anorectal	Neisseria gonorrhoeae Chlamydia trachomatis Treponema pallidum Virus Herpes Simplex.	Neisseria gonorrhoeae 2- 7 días Chlamydia trachomatis: 7-15 días o más. Treponema pallidum 10 días a 3 meses promedio 3 semanas. Virus Herpes Simplex 2-12 días.	<ul style="list-style-type: none"> - Sindrómico. - Etiológico. - Pruebas rápidas en otros laboratorios del país.
Síndrome de flujo vaginal	Trichomas vaginalis, Candida albicans, Vaginosis bacteriana (Gardnerella vaginalis y microorganismos anaerobios), Mycoplasma genitalium, estreptococos y en menor frecuencia N. gonorrhoeae y C. trachomatis.	Trichomonas: 4-20 días promedio 7. Candida albicans: 2-4 semanas. Chlamydía trachomatis: 7-15 días o más. Gonococo:2-7 días.	<ul style="list-style-type: none"> - Sindrómico. - Etiológico en unidades de salud seleccionadas.
Síndrome de dolor abdominal bajo	N. gonorrhoeae, C. trachomatis, M. hominis, Mycoplasma genitalium, Bacterias facultativas y estrictamente anaerobias.	N. gonorrhoeae 2- 7 días. Chlamydía trachomatis: 7-15 días o más.	<ul style="list-style-type: none"> - Sindrómico. - Etiológico en unidades de salud seleccionadas.
Síndrome de úlcera genital⁶	Virus Herpes Simplex.	2-12 días.	<ul style="list-style-type: none"> - Clínico. - Sindrómico.
	Treponema pallidum.	10 días a 3 meses promedio 3 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> - Etiológico. - Sindrómico.

6.2.2.2. Diagnóstico microbiológico de la sífilis

El diagnóstico microbiológico de sífilis se realizará en los laboratorios de policlínicos, hospitales, Centros Municipales de Higiene, Epidemiología y Microbiología (CMHEM), Centros Provinciales de Higiene, Epidemiología y Microbiología (CPHEM), Bancos de Sangre, instituciones de las FAR y el MININT e institutos del país.

⁶ Las causas más frecuentes en nuestro medio son la sífilis y el herpes genital, cada uno de ellos presentan características diferentes, siendo raras las restantes etiologías (LGV, granuloma inguinal y chancro blando).

Pruebas serológicas de pesquisa (pruebas no treponémicas o no específicas) a emplear:

- VDRL (de sus siglas en inglés Venereal Disease Research Laboratory).
- RPR (de sus siglas en inglés Rapid Plasma Reagins).

Una de estas pruebas estará disponible en los laboratorios de diagnóstico de sífilis. No es necesario disponer y realizar ambas pruebas de forma paralela. La evolución serológica se realizará con el mismo diagnosticador.

Prueba rápida: se utiliza como prueba de pesquisa a pesar de ser treponémica. Se recomienda su uso en muestra de sangre obtenida por punción del pulpejo del dedo o suero. No requiere de personal altamente calificado para su realización. El resultado positivo significa sífilis activa o pasada y tratada, por lo que se debe indicar al paciente que asista a un centro médico para confirmación por VDRL o RPR (algoritmo inverso).

Pruebas serológicas confirmatorias (pruebas treponémicas o específicas) a emplear:

- TPHA (de sus siglas en inglés *Treponema pallidum HaemAgglutination test*): solo se utilizará para confirmar las serologías VDRL o RPR débiles reactivas o reactivas (independientemente del título) en embarazadas, casos con implicaciones legales y excepcionalmente en casos que presenten reactividad en las pruebas no treponémicas y carezcan de manifestaciones clínicas y antecedentes epidemiológicos, y que por interés médico sea necesario concluir el caso en un tiempo breve (Ej. Parejas de embarazadas). Puede emplearse en muestras de recién nacidos para excluir Diagnóstico de sífilis congénita si el resultado es negativo; si la prueba resulta positiva no confirma el Diagnóstico (puede deberse a anticuerpos maternos que pueden volverse no detectables en meses).

Importante: no se realizará cuando existan antecedentes de sífilis tratada. Esta prueba se efectuará en los laboratorios provinciales de los CPHEM y en el Laboratorio Nacional de Referencia de Treponemas y Patógenos Especiales del Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kouri” (LNR/TPE-IPK).

- ELISA-IgM y Western blot-IgM sólo para la confirmación de sífilis congénita. Se realizará en el LNR-TPE del IPK. Un solo resultado positivo confirma el diagnóstico. Los resultados negativos deberán interpretarse teniendo en cuenta cómo se cumplieron los protocolos de prevención en la madre junto con la clínica del Recién Nacido. Su negatividad no descarta Sífilis congénita.

6.2.2.3. Prueba bacteriológica y molecular:

- Examen Directo en Campo Oscuro (EDCO): se realizará en los laboratorios que cuenten con microscopio con condensador de campo oscuro a partir de las muestras de linfas de las lesiones genitales. Esta prueba confirma sífilis solo en muestras de lesiones genitales.
- Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR): se realizará en el LNR-TPE del IPK a partir de linfa o exudados de lesiones primarias (orales, genitales y anales) y biopsias (ponches) de lesiones secundarias. Las muestras se trasladarán al IPK en tubos de 1,5 mL (viales) conteniendo 1 mL de medio de cultivo de células o PBS-suero de conejo al 20% o solución salina al 0,9% o PBS. Esta prueba confirma sífilis y combinada con secuenciación permite el subtipaje de *Treponema pallidum* y detección de resistencia a macrólidos y tetraciclinas.
- Muestras: sueros (para serología), sangre (pruebas rápidas) y LCR (neurosífilis) y exudados de lesión genital, anal, oral o ponche de piel para diagnóstico directo de la muestra mediante PCR.

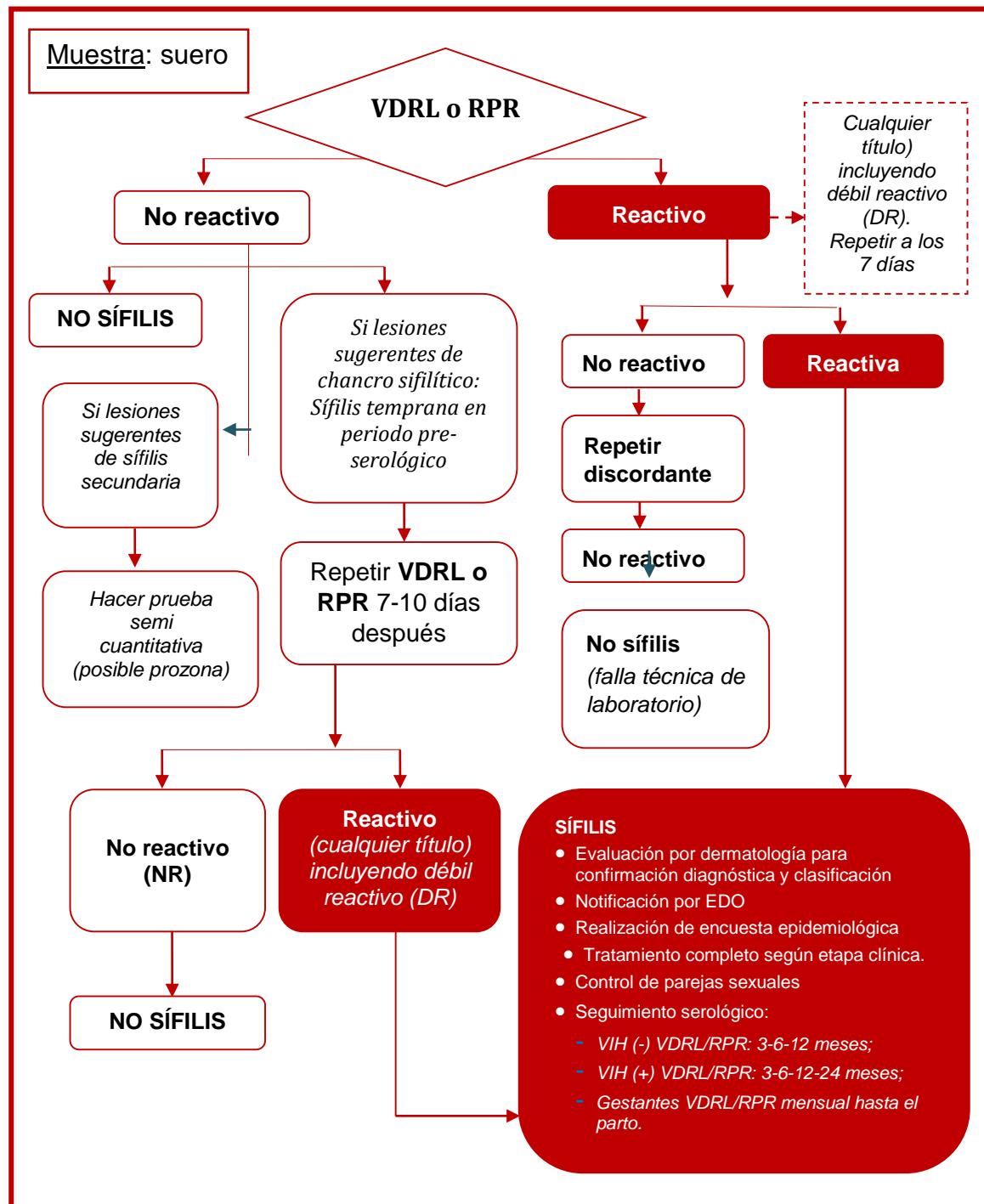
En la red de laboratorios se realiza serología con varios ensayos (figuras 1, 2 y 3)

- a. VDRL/RPR: actualmente se realiza en APS, Hospitales, CMHE, en los CPHEM. TPHA solo se realiza en CPHEM para confirmar gestantes.
- b. Pruebas rápidas para grupos prioritarios en sitios de encuentro, consultas de ITS, Hospitales Maternos.
- c. Serología IgM y Western Blot IgM (para confirmación de sífilis congénita en LNR).

6.2.3. PROTOCOLOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA SÍFILIS

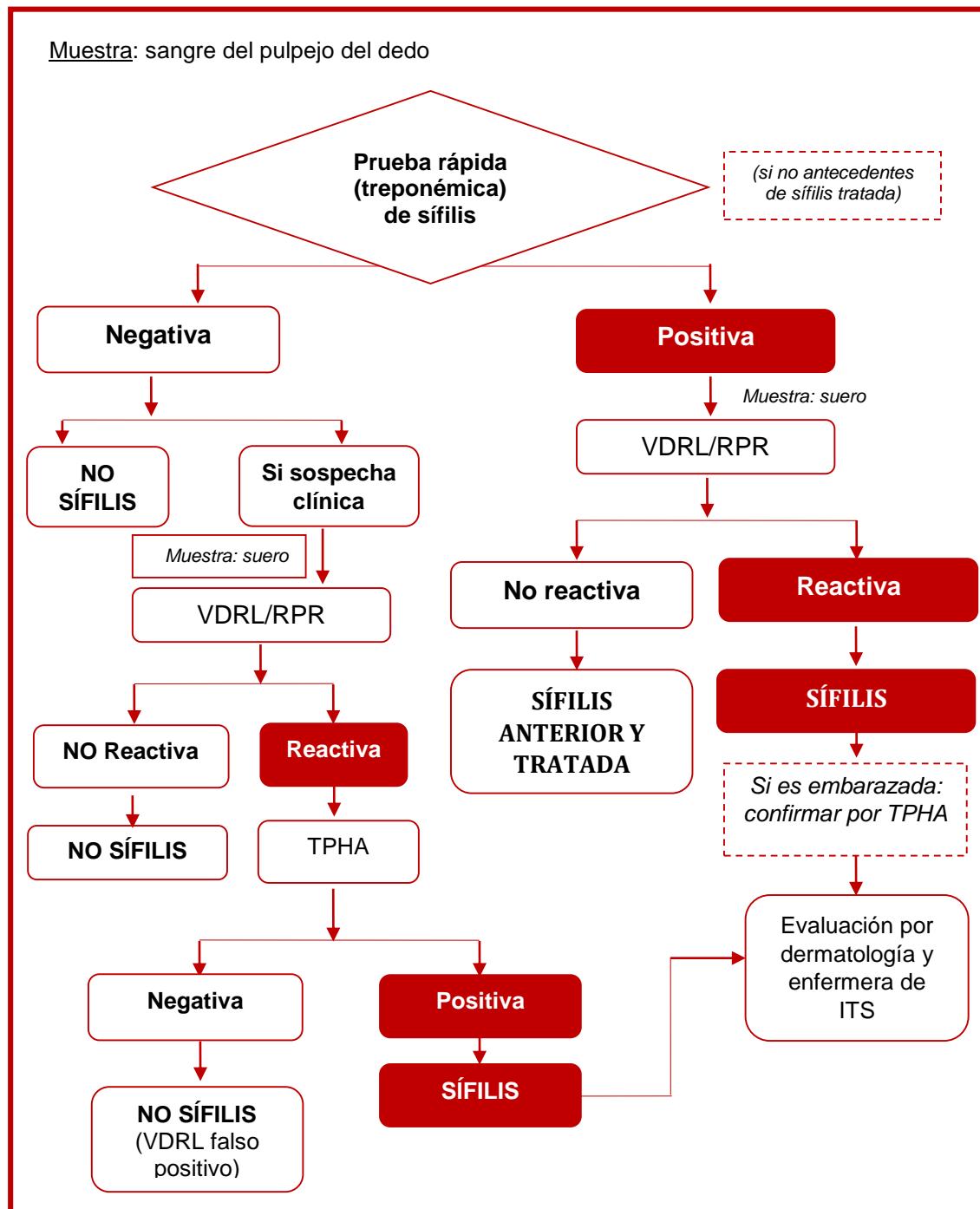
6.2.3.1. Protocolo para el diagnóstico de sífilis en jóvenes y adultos

Figura 1. Diagnóstico de sífilis en jóvenes y adultos (procedimiento en los laboratorios de diagnóstico de sífilis (APS, ASS, ATS).



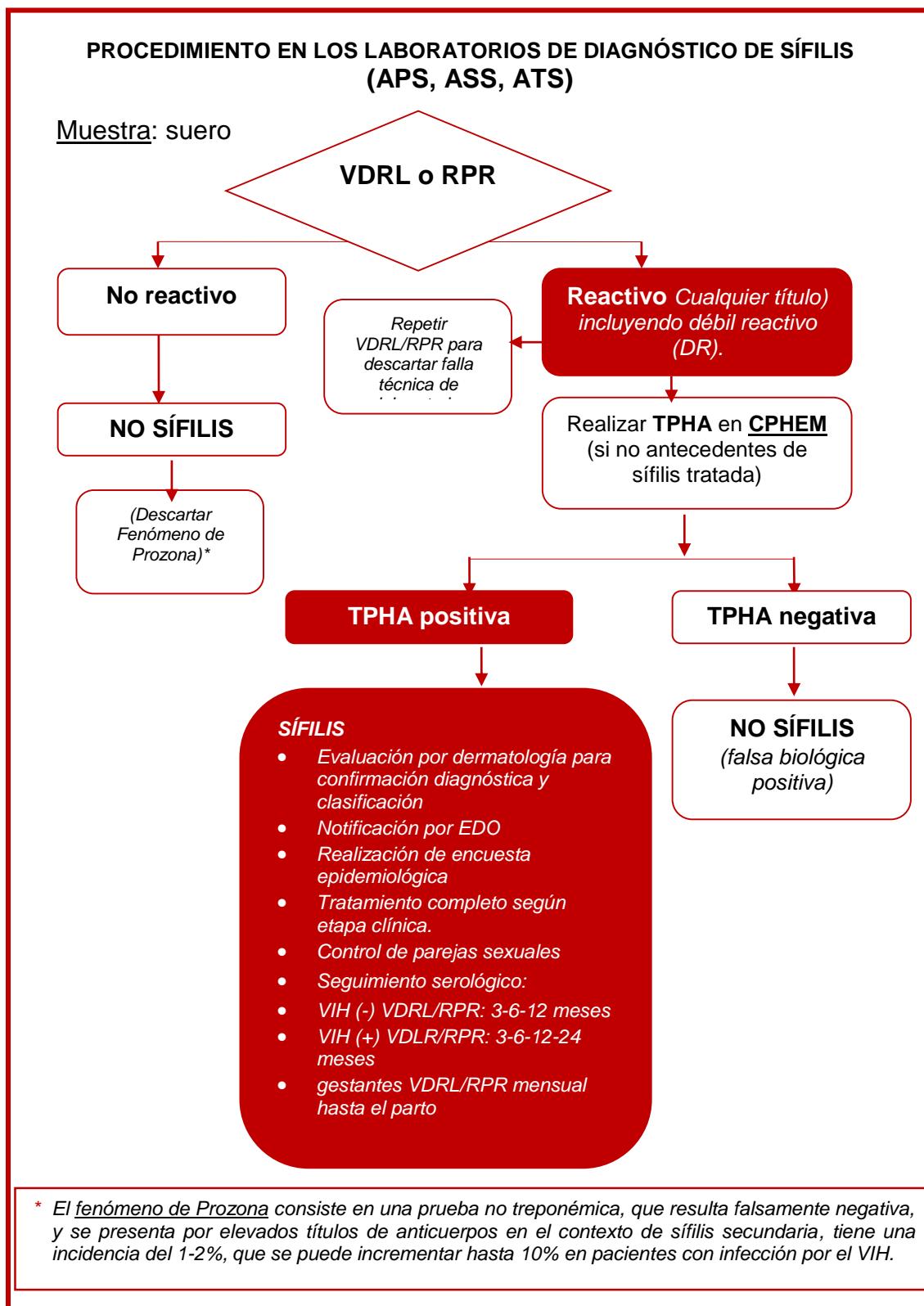
6.2.3.2. Protocolo para el diagnóstico de sífilis en adultos con pruebas rápidas

Figura 2. Algoritmo de diagnóstico de sífilis en adultos utilizando pruebas rápidas



6.2.3.3. Protocolo para el diagnóstico de sífilis en gestantes

Figura 3. Diagnóstico de sífilis en gestantes: en la captación, 2^{do} trimestre, 3^{er} trimestre y antes del parto



6.2.3.4. PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE EMBARAZADAS CON SEROLOGÍA REACTIVA

El tratamiento de las embarazadas con serología reactiva será indicado y controlado por el médico que primero conozca de este resultado.

Equipo Básico de Salud y Grupo Básico de trabajo:

- Tienen la máxima responsabilidad que se cumpla el tratamiento controlado de gestantes que en cualquier momento del embarazo tengan una serología reactiva.
- No se exime de responsabilidad al médico que primero conozca de este resultado - incluida la serología débil reactiva-, el que indicará y comprobará que se cumpla de inmediato el tratamiento, según el esquema recomendado.
- Estudio y tratamiento de las parejas sexuales.
- Anotar en forma legible en el Carné Obstétrico y en el Tarjetón, en un lugar visible de ambos documentos que la gestante tiene una serología reactiva "SR", especificando la fecha, el tiempo de embarazo y la conducta seguida.
- Interconsultar el caso inmediatamente con el Obstetra del Grupo Básico de Trabajo y ambos con el Dermatólogo del policlínico, a fin de que en conjunto lleguen a una conclusión diagnóstica en el menor tiempo posible.
- Controlar que se cumpla el seguimiento serológico mensual hasta el parto.
- El obstetra del GBT controlará la realización del VDRL en todas las embarazadas con la periodicidad establecida y conocerá los resultados y el cumplimiento del tratamiento de las reactivas, así como las conclusiones del estudio. Lo informará en las reuniones semanales del PAMI.

El Dermatólogo:

- Anotará en el carné obstétrico y tarjetón de la embarazada, la conclusión diagnóstica y la clasificación si es un caso de Sífilis, así como el tratamiento recibido.
- La conclusión diagnóstica de una gestante con serología reactiva deberá concluirse antes de los 30 días.
- Realizará seguimiento serológico mensual hasta el parto a toda embarazada con serología reactiva.

La enfermera especializada en ITS-VIH y hepatitis:

- Mantendrá actualizado el registro de embarazadas del área de salud y el cumplimiento de la realización de serología a ellas y sus parejas sexuales.
- Mantendrá actualizado el registro de embarazadas con serología reactiva y/o con Sífilis.
- Realizará la entrevista epidemiológica y procederá a la localización, estudio y tratamiento de los contactos obtenidos.
- Controlará el cumplimiento del tratamiento normado a gestantes con serología reactiva y/o con sífilis.
- Verificará que se evalúen y/o sean tratados todos los recién nacidos tributarios del mismo.

Los Laboratorios:

- Mantener adecuadamente actualizados los registros establecidos.
- Informar diariamente a estadísticas y a la enfermera especializada en ITS-VIH/sida las serologías reactivas en gestantes o parejas sexuales de embarazadas.
- Identificar los casos correspondientes a gestantes, aclarando el trimestre del embarazo.
- Cumplir con el envío del 100% de los sueros reactivos de gestantes para control de calidad, conservando los resultados del mismo durante un año.

Los Departamentos de Estadísticas:

- Mantendrán actualizados los registros establecidos (registros de ingresos para partos, egresos, nacimientos, fallecidos)
- Establece relaciones de trabajo con el departamento de epidemiología hospitalaria y laboratorio.

El Obstetra y el Neonatólogo del Hospital Ginecobstétrico:

- Indicar y controlar la realización de VDRL con la periodicidad establecida a las gestantes que reciban atención prenatal en el hospital y a todas las que ingresan para parto.
- Interconsultar con Dermatología o remitir a su Área de Salud, con el objetivo de descartar secundarismo sifilítico, a toda embarazada que asista a consulta o a Cuerpo de Guardia con rash cutáneo.

Ministerio de Salud Pública
PLAN ESTRÁTÉGICO NACIONAL 2024-2028
PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS
BASES NORMATIVAS

- Serán responsables de la evaluación y tratamiento antes del egreso hospitalario de todos los recién nacidos tributarios de estudio y/o tratamiento.

Ante el parto de una embarazada diagnosticada como caso de Sífilis o con serología reactiva sin concluir, o con serología reactiva de primera vez en el parto, tratada en las 4 semanas previas al parto o con esquemas terapéuticos diferentes a la Penicilina o tratadas pero que no tuvieron el descenso serológico esperado o sin seguimiento serológico adecuado o la pareja sexual no fue tratada:

- Realizar serología cuantitativa a la madre y al recién nacido
- Si reactivo cualquier título extraer muestra de sangre al recién nacido para envío al CPHEM para TPHA y posteriormente la muestra al IPK para ELISA IgM y Western blot-IgM.
- Examen físico del recién nacido por neonatólogo y dermatólogo en busca de manifestaciones de sífilis congénita precoz.
- Otros estudios según protocolo establecido.
- En el estudio del recién nacido, cuando no se pueda confirmar el diagnóstico de Sífilis congénita en el hospital con los criterios definidos, deben valorarse los antecedentes maternos y los elementos epidemiológicos que aportará la enfermera especializada en ITS-VIH/sida que realizó la investigación del caso (cumplimiento del tratamiento, seguimiento serológico, cambios de compañeros sexuales durante el embarazo y contactos no controlados, entre otros), para decidir la conducta a seguir.
- Todo recién nacido diagnosticado con sífilis será notificado y tratado antes del egreso hospitalario.
- Al egreso del recién nacido del hospital, se reflejará en el Carné Infantil el resultado de la serología, del estudio integral y la conducta seguida.
- Seguimiento clínico, dermatológico y serológico (VDRL) mensual hasta los 6 meses y posteriormente a los 9 y 12 meses.
 - a. Si a los 3 meses descienden los títulos no treponémicos y a los 6 son no reactivos el niño no está infectado.
 - b. Si los títulos permanecen estables o aumentan a lo largo de los 6 meses, indica infección congénita y el niño debe ser evaluado y tratado con 10 días de penicilina.

- c. Si los títulos descienden de manera continua en cada control de seguimiento hasta su negativización (respuesta adecuada al tratamiento), mantener seguimiento clínico-serológico hasta los 12 meses.

La presencia de anticuerpos treponémicos (+) después de seis meses en el seguimiento de un niño expuesto a sífilis confirma el diagnóstico en forma retrospectiva.

Epidemiólogo Municipal y Provincial:

- Cuando en el hospital gineco-obstétrico no se pueda llegar al Diagnóstico de Sífilis congénita, por ser controvertidos los elementos de que se disponen, el epidemiólogo municipal creará las condiciones para que en la re-discusión del caso participen otros especialistas de experiencia en la interpretación radiológica y con recursos para realizar otros exámenes (IgM, inmunofluorescencia u otros), antes de los 28 días posteriores al nacimiento.
- Ante el nacimiento de un niño con sífilis congénita, los epidemiólogos municipales y provinciales y el Vicedirector de Higiene y Epidemiología del Policlínico, convocarán a una reunión a todos los que participaron en la atención a la madre y el recién nacido (médico y enfermera de la familia, dermatólogo, gineco-obstetra, pediatra y enfermera especializada de ITS-VIH/Sida, GBT), a la cual también asistirá el director del Policlínico, para analizar los incumplimientos y proponer las medidas administrativas que correspondan, para evitar otros casos.
- El informe final, así como la encuesta del caso, serán enviados al nivel central, por el epidemiólogo provincial para su discusión en la comisión técnica nacional.

6.2.3.4.1. Recomendaciones para el uso de penicilina benzatínica para la prevención de sífilis congénita.

1. Toda embarazada con una prueba positiva para sífilis deberá recibir tratamiento con Penicilina Benzatínica el mismo día en que se recibe el resultado de la primera prueba diagnóstica.

2. Antes de indicar el tratamiento el médico realizará un levantamiento sobre antecedentes de alergia a medicamentos aplicando el siguiente cuestionario.

**Cuestionario para la evaluación de los factores de riesgo
de alergia a penicilina y derivados (betalactámicos)**
(Completar por el profesional efector)

1) ¿Tomó o recibió penicilina o amoxicilina o ampicilina u otro betalactámico alguna vez?
SI-NO

¿Tuvo alguna reacción alérgica? **SI-NO**

Si las respuestas son **NO**, es innecesario continuar con el cuestionario

Si la respuesta es **SI tuvo una reacción alérgica**, preguntar

2) ¿Recibió penicilina, amoxicilina u otro betalactámico posteriormente a haber tenido la reacción que manifiesta? **SI-NO**

¿Tuvo nuevamente una reacción alérgica al recibir el medicamento? **SI-NO**

Si la respuesta es **SI recibió y NO tuvo reacción alérgica** es innecesario continuar con el cuestionario.

Presenta riesgo elevado de reacción anafiláctica con 1 o más de los siguientes criterios:

1) Dificultad respiratoria o caída brusca de la tensión arterial o náuseas y vómitos, trastornos cutáneos o angioedema o pérdida del conocimiento al poco tiempo de haber recibido el medicamento (60 minutos).

2) Requirió internación a causa de la reacción.

3) Tiene antecedentes de enfermedades por las cuales haya necesitado utilizar penicilina o derivados por períodos de tiempo prolongados como úlceras, infecciones en la piel, profilaxis de fiebre reumática.

Con 1 criterio positivo se recomienda derivar al paciente a un Alergista (**si no estuviera disponible en 48 – 72 horas programar desensibilización**).

Si no presenta los criterios mencionados la derivación al servicio de alergia no tiene indicación.

La derivación se solicita como “**evaluación de alergia a medicamentos**”, no como “**test de alergia a la penicilina**.”

**Personas con historia de Síndrome de Stevens Johnson, Necrólisis Epidérmica Tóxica, Nefritis intersticial o anemia hemolítica, vinculadas al uso de B lactámicos
NO DEBEN REALIZARSE TEST CUTANEOSES Y DEBEN EVITAR LA PENICILINA
DURANTE TODA LA VIDA.**

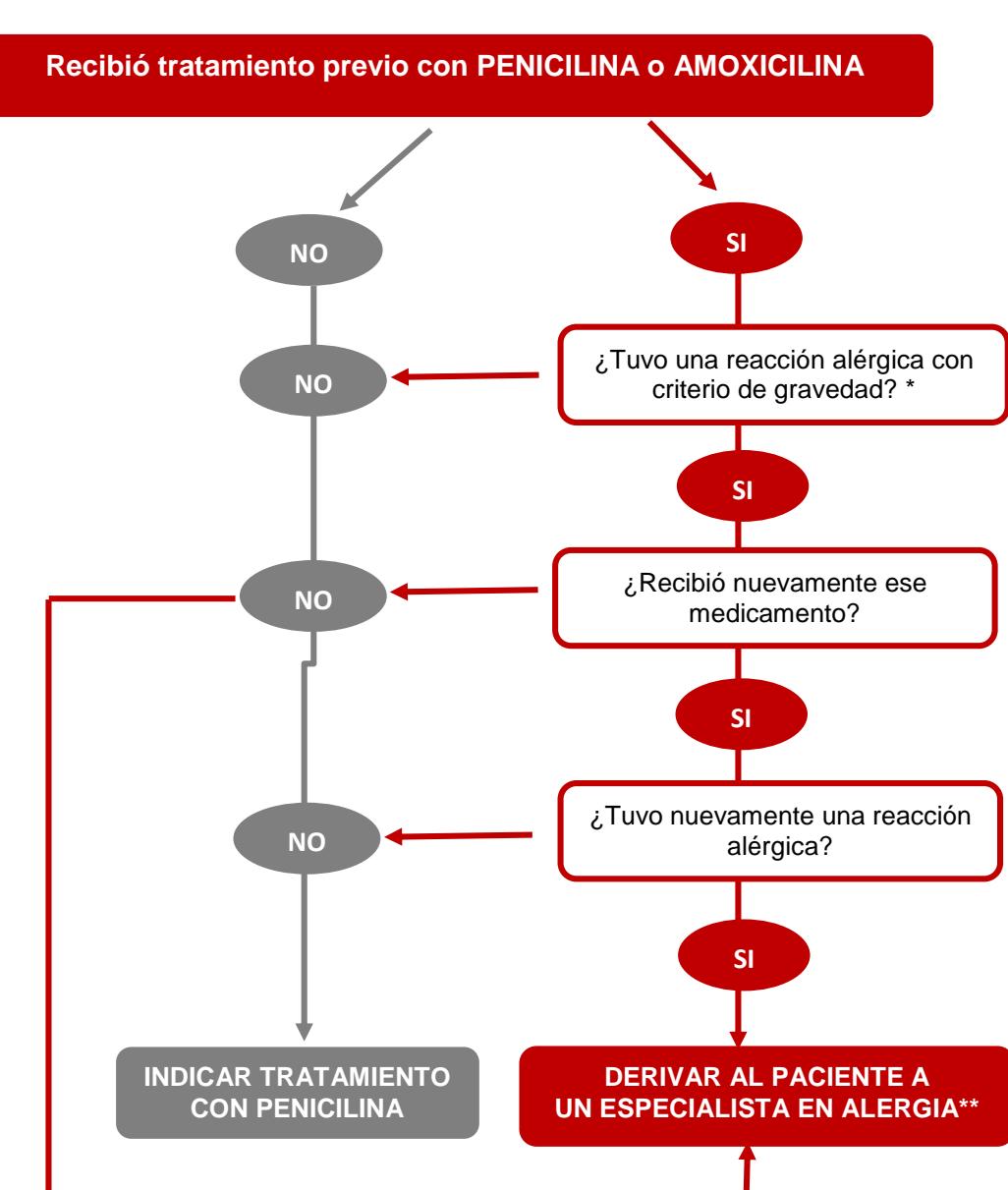
3. Si la gestante fuera evaluada como riesgo bajo⁷, medio⁸ o nulo se prescribirá con una orden escrita la indicación del tratamiento para su inmediata aplicación.
4. Antes de la aplicación se verificará la disponibilidad de recursos necesarios para el diagnóstico tratamiento inicial de un cuadro de anafilaxia.
5. La paciente permanecerá en observación al menos 60 minutos después de la aplicación.
6. Antes de retirarse se programará la siguiente aplicación de penicilina si correspondiera, extendiendo una orden por escrito indicando el número de dosis. También se programará la evaluación de la pareja sexual de la paciente y si se encontrara presente al momento de la consulta, se aprovechará la oportunidad para aplicar 1 dosis de penicilina benzatínica.
7. Si la gestante fuera evaluada como de **riesgo elevado de alergia severa** será derivada a un centro de mayor complejidad para evaluación más detallada y **tratamiento de desensibilización para penicilina**. El tratamiento de desensibilización podrá ser realizado en el ámbito hospitalario que cuente con la complejidad necesaria para el eventual tratamiento de un shock anafiláctico, sin que sea imprescindible la internación.
8. Las personas con historia de Síndrome de Stevens Johnson, Necrólisis Epidérmica Tóxica, Nefritis intersticial o anemia hemolítica, vinculadas al uso de B lactámicos **no deben realizarse test cutáneos y deben evitar la penicilina durante toda la vida**.
9. Las instituciones de salud deberán disponer de recursos necesarios para la correcta aplicación de esta pauta nacional.

⁷ Síntomas no alérgicos aislados (gastrointestinales, cefalea), prurito sin rash y reacciones mal caracterizadas de más de 10 años.

⁸ Urticaria u otro tipo de rash pruriginoso, otras reacciones compatibles con reacciones mediadas por IgE.

6.2.3.4.2. Protocolo para la evaluación de los factores de riesgo de alergia a penicilina y derivados

Figura 4. Evaluación de los factores de riesgo de alergia a penicilina y derivados



* Presenta criterios de riesgo elevado de reacción anafiláctica con 1 o más de los siguientes:

1. Dificultad respiratoria o caída brusca de la tensión arterial o náuseas y vómitos, trastornos cutáneos o angioedema o pérdida del conocimiento al poco tiempo de haber recibido el medicamento (60 minutos).
2. Requirió internación a causa de la reacción.
3. Tiene antecedentes de enfermedades por las cuales haya necesitado utilizar penicilina o derivados por períodos de tiempo prolongados como úlceras, infecciones en la piel, profilaxis de fiebre reumática, etc.

** Si no estuviera disponible el especialista en 48-72hs. programar desensibilización.

6.2.3.4.3. Protocolo de desensibilización oral a la penicilina

La desensibilización es un procedimiento sencillo y relativamente seguro que se puede realizar por vía oral o intravenosa para **gestantes con riesgo elevado de reacción anafiláctica**. La desensibilización oral se considera más segura y más fácil de realizar. Debe realizarse en un hospital. Es importante saber que las pruebas cutáneas para alergia a la penicilina NO DEBEN efectuarse con el preparado de Penicilina Benzatínica ya que es irritante para piel y tejido celular subcutáneo y puede provocar una reacción mal entendida como positiva.

1. Puede ser oral o endovenosa. INGRESO Y MONITORIZACIÓN SIEMPRE.
2. Debe realizarse bajo supervisión médica y teniendo corticoides y adrenalina a disposición por si apareciera algún efecto secundario, aunque esto no es habitual que se presente.
3. El proceso dura 3 horas y 45 minutos y se recomienda un intervalo de 30 minutos con observación entre el fin de las dosis orales y la administración parenteral.
4. Este esquema deberá repetirse antes de cada dosis inyectable semanal.
5. Se comienza con 100 unidades de fenoxyacetilpenicilina y la dosis se va duplicando cada 15 minutos hasta llegar a una dosis acumulada de 1.3 millones de unidades, como se muestra a continuación.

Tabla 3. Esquema de desensibilización oral para gestantes alérgicas a la penicilina

Número de dosis de suspensión de Penicilina V potásica ⁹	Unidades/ml	Volumen administrado (ml)	Unidades	Dosis acumulada (Unidades)
1	1.000	0.1	100	100
2	1.000	0.2	200	300
3	1.000	0.4	400	700
4	1.000	0.8	800	1.500
5	1.000	1.6	1.600	3.100
6	1.000	3.2	3.200	6.300
7	1.000	6.4	6.400	12.700
8	10.000	1.2	12.000	24.700
9	10.000	2.4	24.000	48.700
10	10.000	4.8	48.000	96.700
11	80.000	1.0	80.000	176.700
12	80.000	2.0	160.000	336.700
13	80.000	4.0	320.000	656.700
14	80.000	8.0	640.000	1.296.700

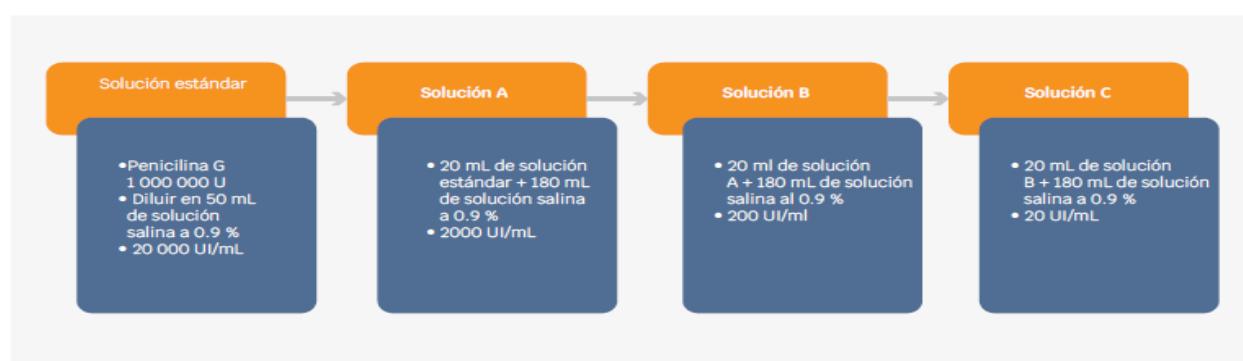
⁹ Cantidad a diluir en 30 ml de agua para administración oral.

6.2.3.4.4. Protocolo de desensibilización intravenoso a penicilina

Si no está disponible la penicilina en presentación oral (tableta o suspensión), se puede adoptar el esquema de desensibilización empleando la vía intravenosa, por lo que se adapta el siguiente protocolo.

Se elaboran 3 soluciones madre a partir del vial de penicilina G de 1,000,000 UI. La figura 5 indica cómo se pueden preparar las diferentes soluciones de trabajo a partir de una solución estandar. La infusión inicial comienza con la solución C.

Figura 5. Preparación de soluciones para la desensibilización intravenosa a penicilina.



Procedimiento¹⁰

El medicamento en solución C se administra durante 15 minutos a la velocidad de infusión indicada. Después de completar 15 minutos, se continúa con la siguiente dosis, en este caso el doble de la velocidad de infusión anterior. Las siguientes dosis se continúan cada 15 minutos. Observe atentamente cuando la siguiente dosis salta a una nueva solución (B, A o Estándar). Se debe observar la aparición de erupción, broncoconstricción, bradicardia, hipotensión o arritmia. Si hay un medidor de flujo disponible, se puede medir el flujo espiratorio máximo. En caso de reacción adversa, suspender inmediatamente la infusión, administrar clorfenamina 10 mg IV y reevaluar. Si es necesario, aplique hidrocortisona 100 mg IV o epinefrina. Una vez resuelto el evento reiniciar con la dosis tolerada previamente.

¹⁰ Adaptado de Chastain DB, Hutzley VJ, Parekh J, Alegro JV. Antimicrobial desensitization: A review of published protocols. Pharmacy (Basel) 2019; 7 (3). pii: E112.

Tabla 4. Protocolo de desensibilización intravenoso a penicilina en gestante con sífilis

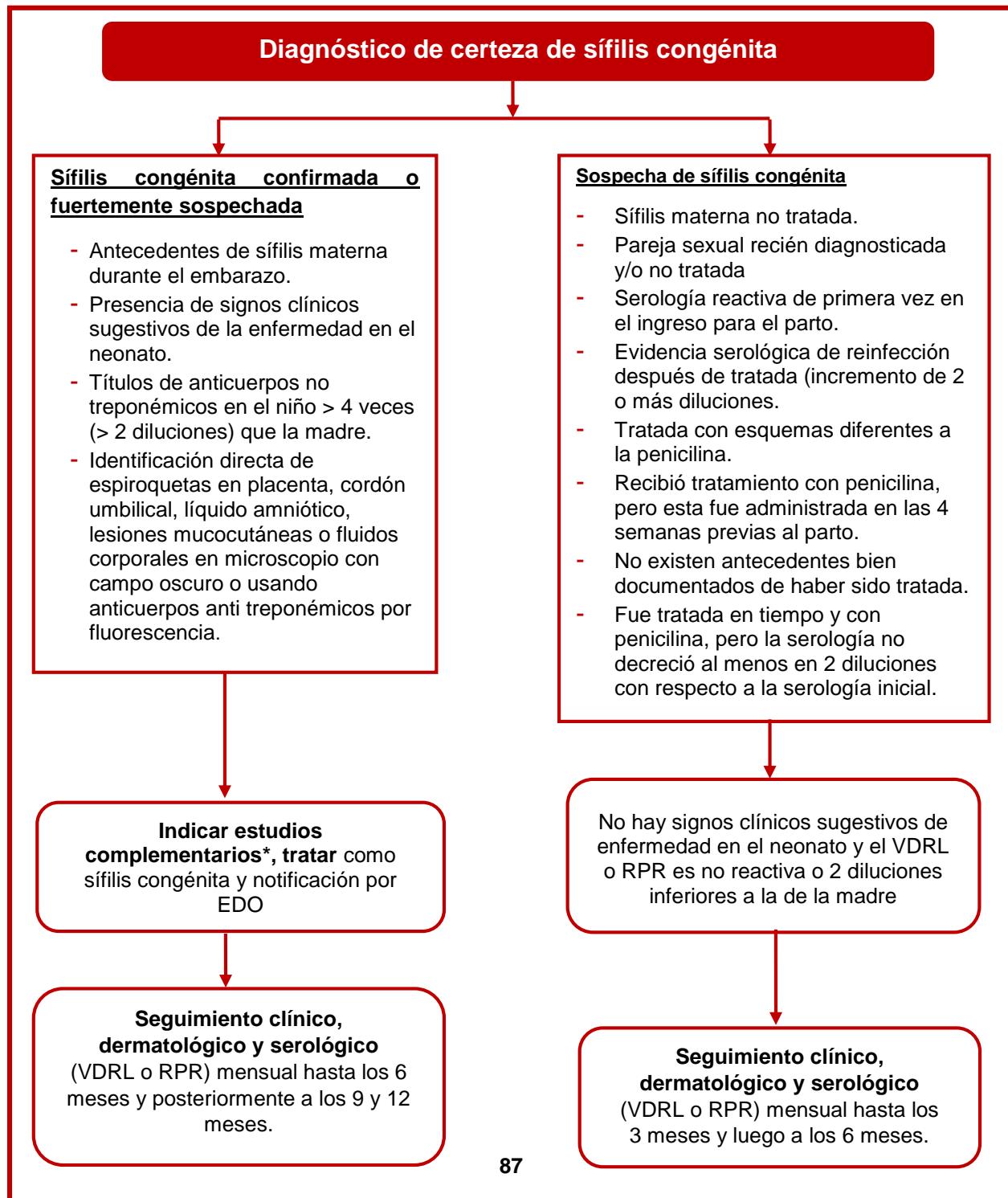
Paso	Solución	Velocidad	Dosis acumulativa
1	Sol. C	10 mL/h	50 U
2	Sol. C	20 mL/h	100 U
3	Sol. C	40 mL/h	200 U
4	Sol. C	80 mL/h	400 U
5	Sol. C	160 mL/h	800 U
6	Sol. B	30 mL/h	1.500 U
7	Sol. B	60 mL/h	3.000 U
8	Sol. B	120 mL/h	6.000 U
9	Sol. B	240 mL/h	12.000 U
10	Sol. A	50 mL/h	25.000 U
11	Sol. A	100 mL/h	50.000 U
12	Sol. A	200 mL/h	100.000 U
13	Sol. estándar	40 mL/h	200.000 U
14	Sol. estándar	80 mL/h	400.000 U

6.2.3.5. Protocolo de actuación en recién nacidos hijos de madres con VDRL reactiva

Para arribar al diagnóstico de certeza de sífilis congénita deben considerarse los términos:

- Sífilis confirmada o fuertemente sospechada.
- Sospecha de sífilis congénita.

Figura 6. Algoritmo para el diagnóstico de certeza de la sífilis congénita



* Estudios complementarios recomendados para estudio de neonatos con sospecha de sífilis congénita:

- Estudio del LCR (citoquímico y VDRL).
- Hemograma completo y plaquetas.
- Radiografía de tórax.
- Radiografía de huesos largos (a partir de la segunda semana de vida)
- Pruebas funcionales hepáticas.
- Ultrasonido craneal.
- Fondo de ojo.
- Potenciales auditivos evocados.
- Otros estudios de neuroimágenes en caso de ser necesario.

6.2.3.6. Protocolo de actuación en hijos de madre con sífilis tratada adecuadamente y con buena respuesta clínica y serológica

Figura 7. Seguimiento a hijos de madre con sífilis tratada adecuadamente y con buena respuesta clínica y serológica

Hijos de madre con sífilis tratada adecuadamente y con buena respuesta clínica y serológica*

VDRL y examen clínico y dermatológico al nacer

Examen clínico negativo y VDRL no reactiva o 2 diluciones inferiores a la de la madre

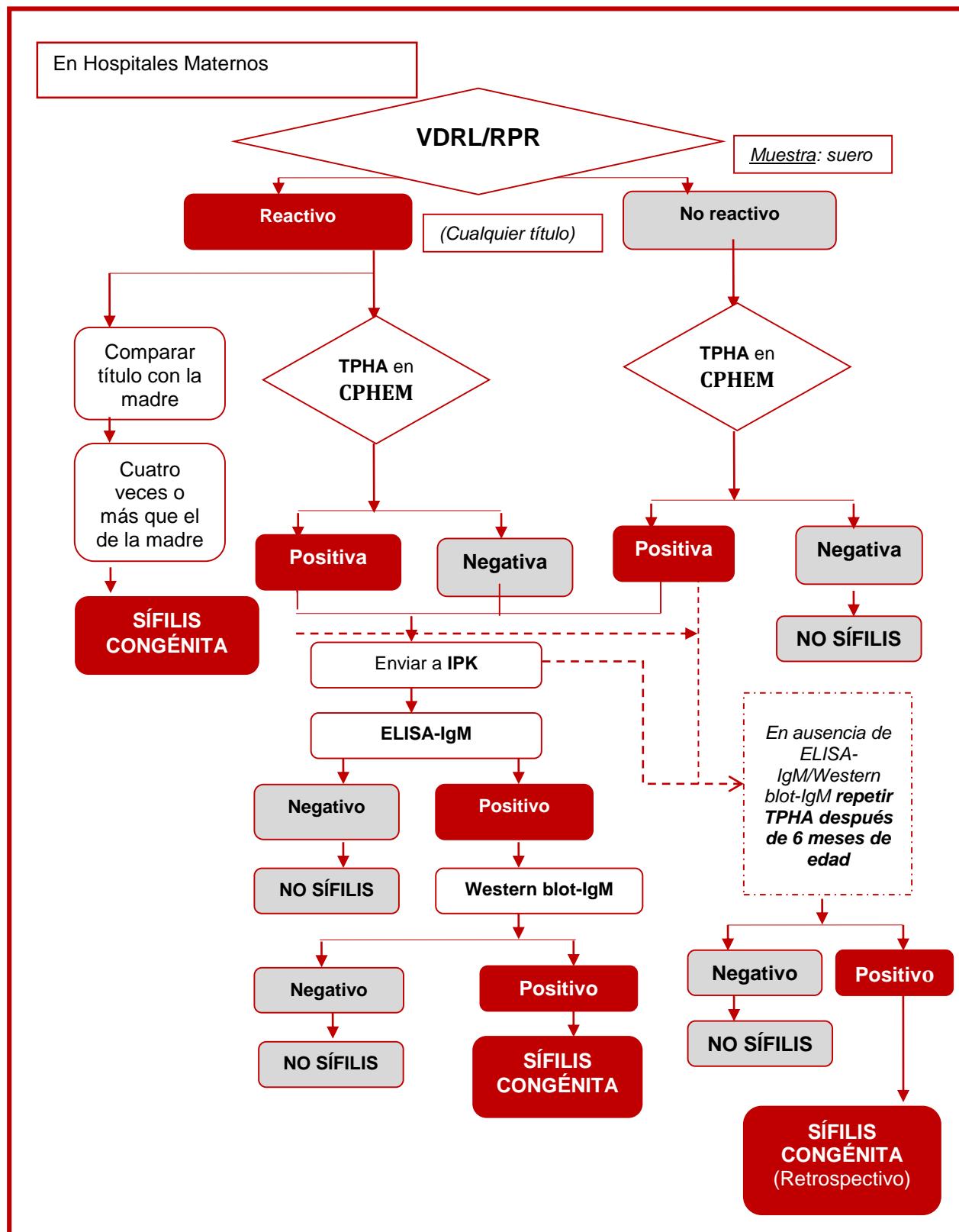
Valoración clínica y VDRL a los 3 meses
Alta a los 6 meses

* Ningún RN debe ser dado de alta sin conocerse el estado serológico de la madre

Las muestras de suero de recién nacidos sospechosos de sífilis serán remitidas al Laboratorio Nacional de Referencia de Treponemas y patógenos especiales del IPK. Para confirmación del diagnóstico (ELISA IgM/Western blot IgM).

6.2.3.7. Protocolo de actuación en recién nacidos con sospecha de sífilis congénita

Figura 8. Seguimiento a recién nacidos con sospecha de sífilis congénita.



6.2.3.8. Referencia y control de calidad

Referencia en los CPHEM

Control de la calidad a los laboratorios de la provincia con VDRL/RPR:

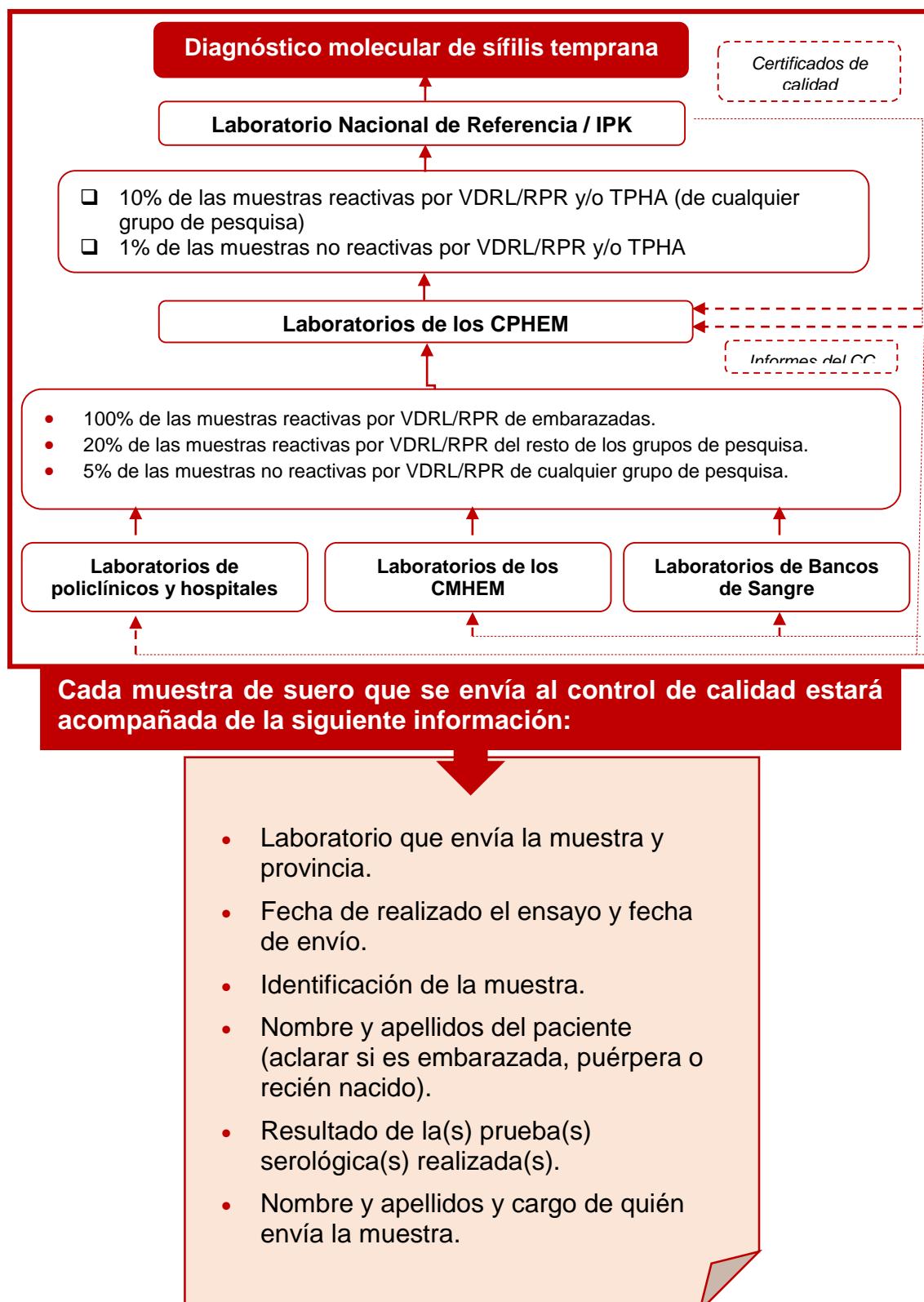
- 100% de muestras reactivas de gestantes;
- 20% de las reactivas de los otros grupos; y
- 5% de las no reactivas.

Referencia en el IPK

El IPK realiza la referencia a:

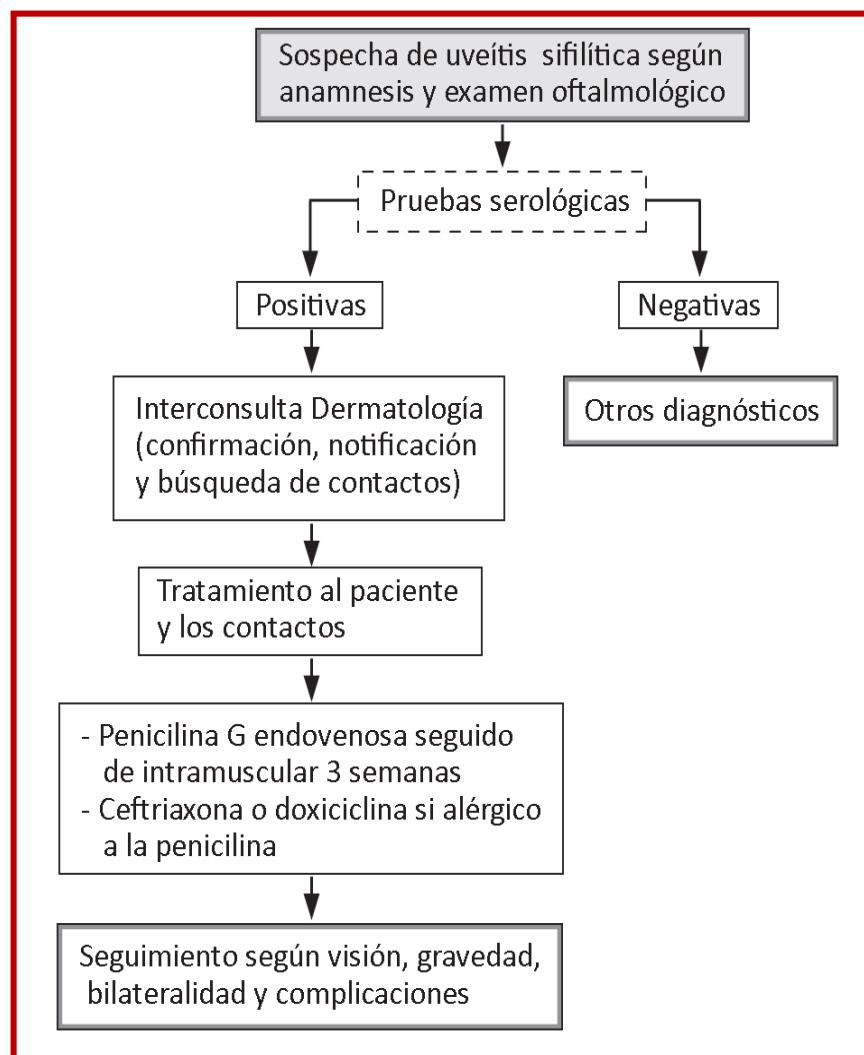
- 10% de las muestras positivas y el 1% de las negativas por VDRL/RPR y TPHA. Se les repite lo mismo para la exactitud de los resultados.
- 100% de los sueros de hijos de madres positivas se confirman con ELISA IgM y Western Blot IgM.
- Vigilancia de la resistencia. Caracterización genotípica mediante PCR y secuencia en sueros con títulos altos (por encima de 1/16) de las muestras que se reciben para la referencia.
- 100% de las muestras positivas de lesiones ulceradas genitales en los sitios centinelas, para diagnóstico mediante PCR y caracterización.
- 100% Casos de neurosífilis: Directamente realizar TPHA.7

Figura 9. Control de la calidad (CC) diagnóstico serológico de sífilis



6.2.3.9. PROTOCOLO ANTE LA SOSPECHA DE UVEÍTIS SIFILÍTICA

Figura 10. Conducta a seguir ante la sospecha de uveítis sifilítica



5.2.4. VIGILANCIA Y CONTROL DE LA CONJUNTIVITIS GONOCOCCICA

Vigilancia de la enfermedad

Definición de caso: Toda persona que, teniendo síntomas de la enfermedad, se confirma bacteriológicamente en el examen directo por tinción de Gram del exudado conjuntival identificando diplococos gram negativos intracelulares, con morfología característica intra y extracelulares, o en el cultivo se aísle *N. gonorrhoeae* o se realice el diagnóstico molecular de este microorganismo mediante PCR en tiempo real (PCR-TR).

Preparación de los servicios asistenciales en todos los niveles de atención para la vigilancia y atención de pacientes sospechosos de conjuntivitis gonocócica.

- ✓ Definir por cada provincia los hospitales para la atención a niñas/os, gestantes y adultos con CG y tener activado el plan de incremento de camas con los recursos humanos y materiales necesarios.
- ✓ Los Hospitales asegurarán los recursos humanos capacitados, los medicamentos y las tecnologías: laboratorio clínico y microbiológico, entre otros, que garanticen la atención médica.
- ✓ Para la atención pediátrica y el descarte de posible abuso sexual infantil (ASI), se activará en cada nivel de atención el equipo multidisciplinario especializado, que debe incluir –entre otras- las áreas de salud mental, pediatría, infectología, ginecología infanto-juvenil, oftalmología, dermatología, laboratorio clínico, microbiología, epidemiología, trabajo social, oficial de menores y debe ser coordinado por el director del establecimiento de salud.
- ✓ El paciente pediátrico puede ser ingresado en cualquier unidad asistencial con servicio de oftalmología y especialistas en pediatría, por lo que es preciso organizar la asistencia médica en correspondencia con las demandas de atención de salud identificadas.

Conducta a seguir

- a) Remisión del caso sospechoso a la institución de salud designada (Servicio Nacional, Provincial de Oftalmología o Territorial que reúne los requisitos para la atención).
- b) Ingreso hospitalario.
- c) Aplicar la encuesta epidemiológica, que constituye la base para la identificación de los elementos necesarios para el control de foco del caso.
- d) Biomicroscopía minuciosa del segmento anterior en lámpara de hendidura para la revisión de la córnea en su totalidad, en busca de lesiones periféricas por el riesgo de perforación.
- e) Antes de realizar lavado ocular o la aplicación de algún medicamento (ojo virgen), se debe realizar toma de muestra: para examen directo utilizando la tinción de Gram (disponible en 1 hora), cultivo en agar Thayer Martin modificado y en agar chocolate y PCR-TR para *N. gonorrhoeae*. (Figura 10)
- f) Se realizará el envío inmediato del subcultivo de *Neisseria* spp al Laboratorio Nacional de Referencia de Neisseria y Helicobacter (LNRNH) del IPK para confirmación y estudios de caracterización microbiológica.
- g) Los hospitales/CPHEM deben conservar una réplica de todos los aislamientos de *Neisseria* spp que son enviados al LNRNH, en congelación a -20°C, para mantener la viabilidad del microorganismo.
- h) Indicar exudado uretral, vaginal, vulvar y/o estudio de la orina para PCR-TR, aun sin presencia aparente de síntomas o signos evidentes de blenorragia (esta prueba se realiza en el LNRNH del IPK).
- i) Indicar serología para sífilis y VIH, HBsAg (antígeno de superficie del virus de la hepatitis B) y anticuerpos anti-VHC (anti-VHC) para descarte de otras ITS.
- j) Si se presenta complicación corneal con perforación se debe remitir el paciente al Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer.
- k) En caso de confirmación diagnóstica pediátrica:
 - ✓ El/a director/a activará el equipo multidisciplinario especializado, para la adopción de medidas que redunden en la protección y recopilación de evidencias con vocación probatoria que se requieran para descarte de abuso sexual infantil. (Ver protocolo para el diagnóstico de agentes de ITS en niños, preadolescentes y posibles perpetradores de abuso sexual en Figura # 19).

- ✓ Se realizarán las coordinaciones con el área de salud para el estudio intrafamiliar correspondiente al control de foco del caso y tratamiento oportuno.
 - ✓ Aún en los casos de denuncia por un representante familiar ante la confirmación del abuso sexual infantil, corresponde efectuar la denuncia de oficio por el máximo directivo de la institución de salud.
- I) Notificación del caso confirmado.
- ✓ Confeccionar el modelo Tarjeta de EDO por el médico de asistencia.
 - ✓ Enviar la tarjeta de EDO al Departamento de Estadísticas del hospital.
 - ✓ Todo laboratorio de análisis clínico y bacteriológico, está en la obligación de informar semanalmente mediante el modelo oficial 89-06 Informe semanal de laboratorio, los exámenes con resultado positivo de una EDO al Departamento de Estadística del centro asistencial correspondiente.
 - ✓ El Departamento de Estadística conforma el libro de EDO para anotar los casos confirmados.
 - ✓ Mantener estrecha coordinación con el resto de las unidades que componen el Sistema Nacional de Salud para la entrega y recibo de información de la unidad funcional (remisión, notificación de EDO, etcétera).

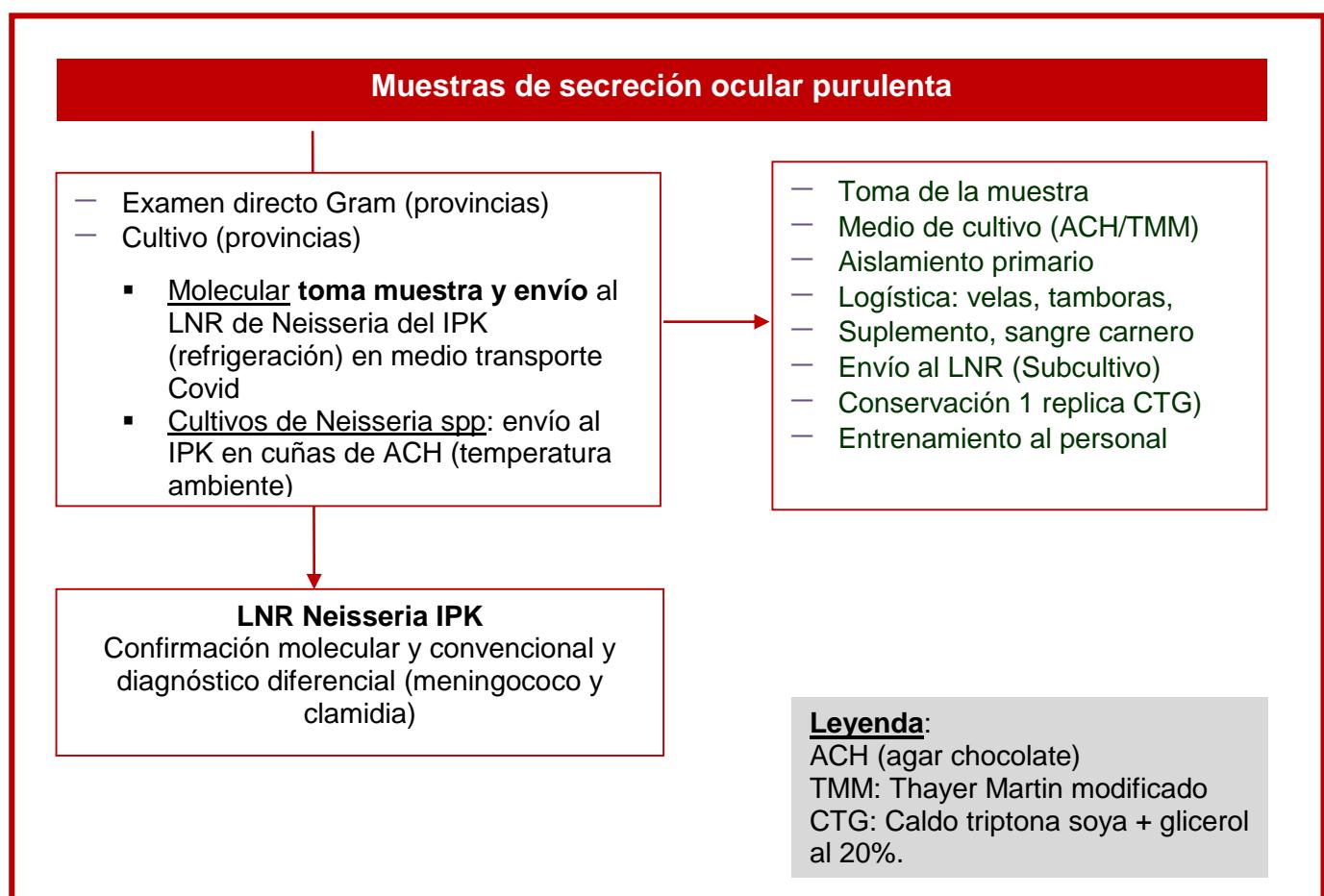
Conducta terapéutica

- a) Medidas higiénico – sanitarias.
- b) Separar set de cura.
- c) Tratamiento sistémico de elección:
 - ✓ Ceftriaxona 1 g por vía IM o EV en dosis única. Puede ser necesario prolongarlo si existiera afectación corneal.
 - ✓ Por la frecuencia de infección concomitante por *Chlamydia trachomatis* (CT), se indica Azitromicina 1 g vía oral DU.
 - ✓ Si alergia a cefalosporinas: Espectinomicina IM 2g DU.
- Tratamiento en el niño:
 - ✓ <20kg: Ceftriaxona 50mg por kg (IM) sin pasar de 125 mg.
 - ✓ >20kg: Ceftriaxona (igual que en el adulto, dosis única).
 - ✓ Si alergia a cefalosporinas: Espectinomicina 40mg/kg IM-DU, sin pasar de 2g.
- d) Tratamiento local:

- ✓ Lavados oculares frecuentes con suero fisiológico.
 - ✓ Fomentos frescos (suero fisiológico) constantes.
 - ✓ Colirios antibióticos, quinolonas o aminoglucósidos (Ciprofloxacino 0,3%, Moxifloxacino 0,5%, Gentamicina 0,3%), administrar 1 gota cada 1-2 h, en dependencia de la gravedad del cuadro clínico.
 - ✓ Colirios midriáticos si toma corneal (ej. Homatropina 2 %, Atropina 1 %), 1 gota cada 6-8 h.
- e) Tratamiento quirúrgico en caso de perforación corneal:
- ✓ Recubrimientos conjuntivales.
 - ✓ Queratoplastias penetrantes o lamelares.
- f) Seguimiento por su área de salud para alta epidemiológica y seguimiento por Oftalmología, en los casos con procederes quirúrgicos para alta clínica.

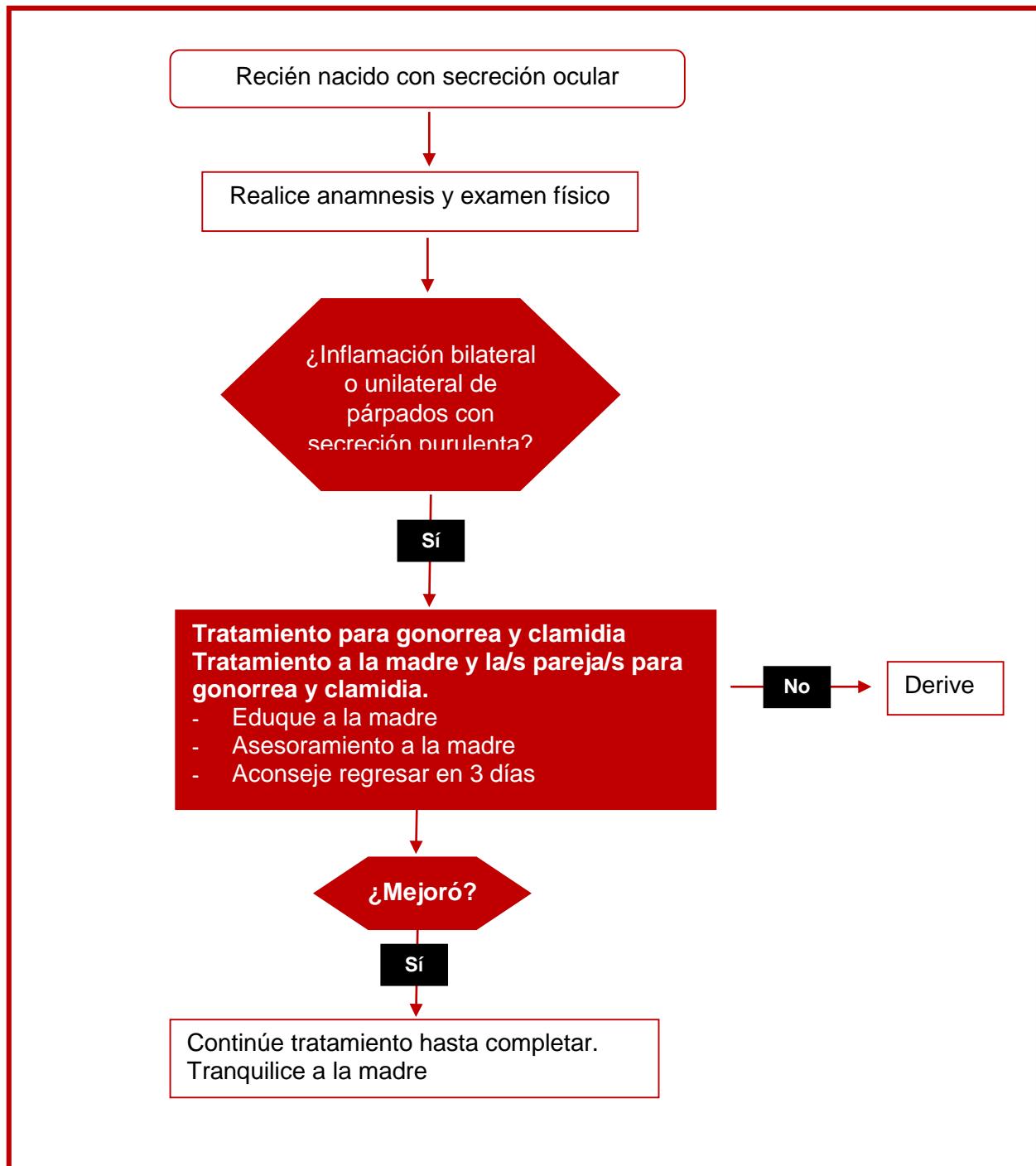
6.2.4.1. Protocolo de actuación ante una conjuntivitis hiperaguda (sospecha C. gonocócica)

Figura 11. Conducta a seguir ante una conjuntivitis hiperaguda



6.2.4.2. Protocolo de actuación ante una conjuntivitis neonatal

Figura 12. Conducta a seguir ante una conjuntivitis neonatal



6.2.5. PROTOCOLO PARA EL MONITOREO DE LA RESISTENCIA ANTIMICROBIANA A NEISSERIA GONORRHOEAE

El monitoreo de la resistencia de *Neisseria gonorrhoeae* a los fármacos utilizados para su tratamiento es parte integrante de los sistemas de vigilancia de ITS. El objetivo principal de su vigilancia es obtener información para elaborar pautas de tratamiento, así como detectar la resistencia a medida que surge.

La vigilancia será permanente durante los 12 meses del año. En los centros centinela se realizará exudado uretral/endocervical con tinción de Gram, que se enviarán a los CMHEM o CPHEM para cultivo y antibiograma, previo al tratamiento.

Acciones a realizar para la vigilancia de la resistencia de *Neisseria gonorrhoeae*:

Atención Primaria de Salud:

- Los médicos de familia de las Áreas de Salud seleccionadas para la vigilancia identificarán los casos con Síndrome de Secreción Uretral, los que remitirán al laboratorio del CPHEM en un período no mayor de 24 horas para la toma de muestra y efectuarles el diagnóstico por cultivo.
- Los pacientes deben regresar al consultorio para ser tratados sindrómicamente.
- Aquellos que resulten positivos en el CPHEM serán informados a su correspondiente Área de Salud (vía estadística) con el fin de ser entrevistados y notificados como casos de Gonorrea.

Hospitales:

- Efectuarán el cultivo de los exudados uretrales de pacientes sospechosos de Gonorrea.
- En servicios de neonatología y hospitales oftalmológicos se realizará el cultivo de los exudados conjuntivales de pacientes sospechosos de conjuntivitis gonocócica. Los casos que resulten positivos serán informados a su correspondiente Área de Salud (vía estadística).
- Enviarán todos los aislamientos al CPHEM para su confirmación diagnóstica.

Laboratorios de microbiología de los CPHEM

- Realizarán el Diagnóstico por cultivo de los casos remitidos de la atención primaria, así como la confirmación de las cepas enviadas desde los hospitales.
- Los aislamientos identificados como gonococo serán enviados al laboratorio nacional de Neisserias del IPK. Se enviarán 10 cepas anuales como mínimo.

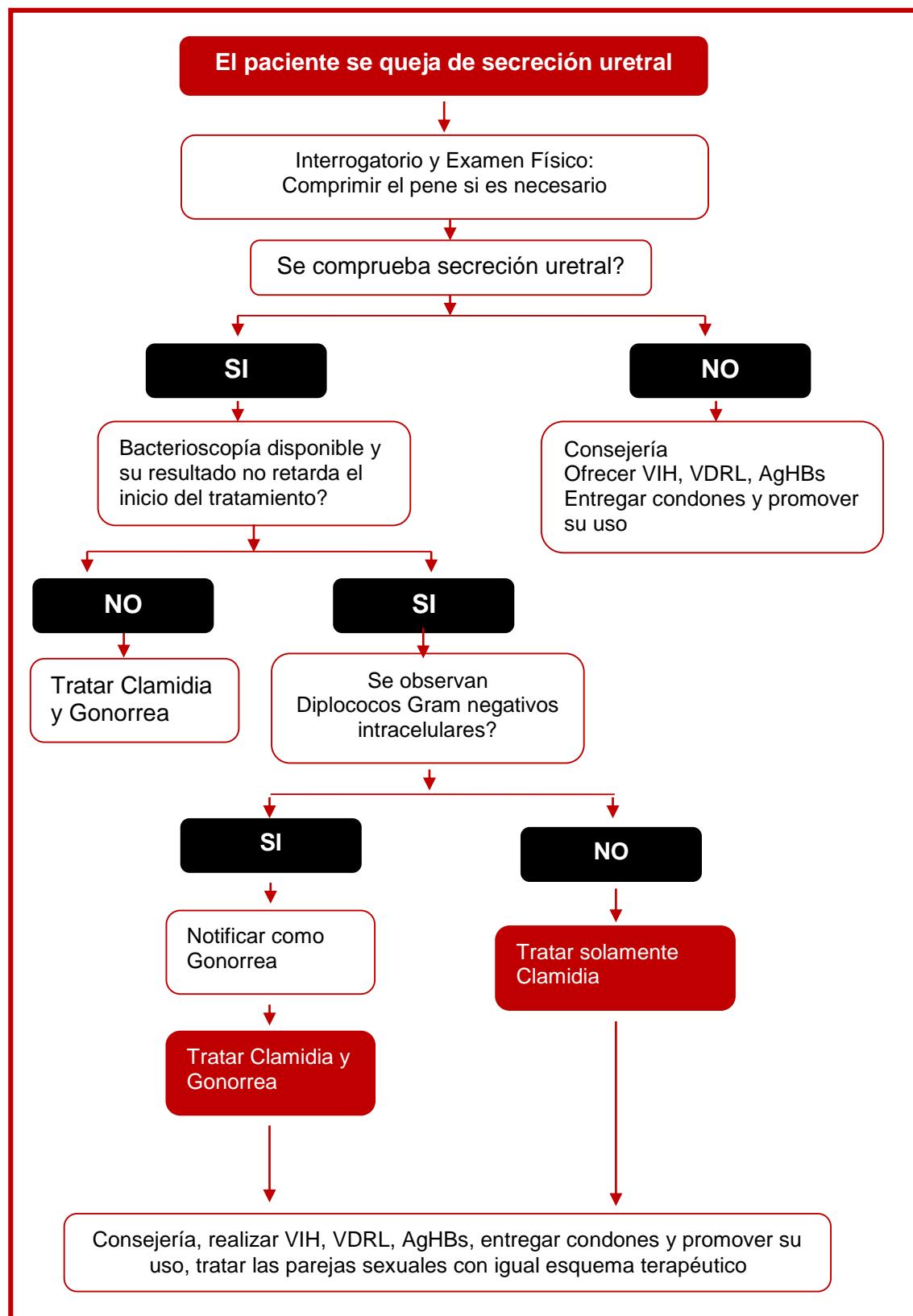
Ministerio de Salud Pública
PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL 2024-2028
PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS
BASES NORMATIVAS

Laboratorio nacional de Neisserias del IPK:

- CPHEM: LNR del IPK: realizará la confirmación diagnóstica de especie de los aislados enviados de la red integrada por 16 Centros Provinciales de Higiene, Epidemiología y Microbiología (CPHEM) y el Centro municipal de la Isla de la Juventud para su tipificación en fenotipos y genotipos y la determinación de la RAM a los antibióticos empleados en la profilaxis y el tratamiento de enfermedades producidas por microorganismos patógenos que tienen impacto en la salud pública, así como la caracterización microbiológica de los mecanismos de resistencia antibiótica .
 - Confirmará el 100% de los aislamientos de **Gonorrhoeae** enviados de CPHEM /hospitales nacionales.
 - Recibirá el 100 % de muestras positivas de los sitios centinelas y el 20% de las negativas.
- Enviará a las provincias el resultado de las cepas que remitieron.
- Elaborará reportes periódicos al MINSAP.

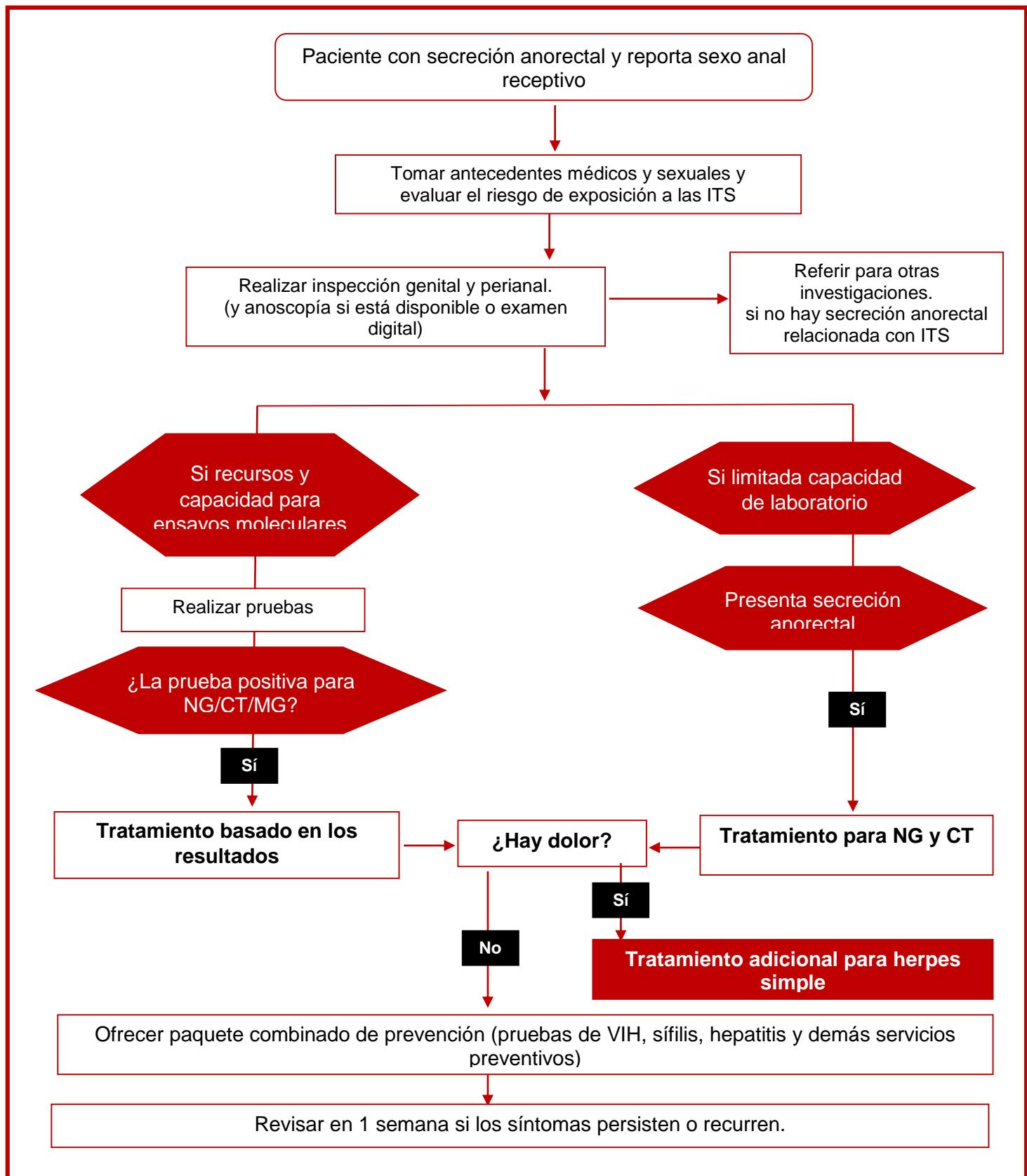
6.2.6. PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL SÍNDROME DE SECRECIÓN URETRAL

Figura 13. Manejo del Síndrome de Secreción Uretral



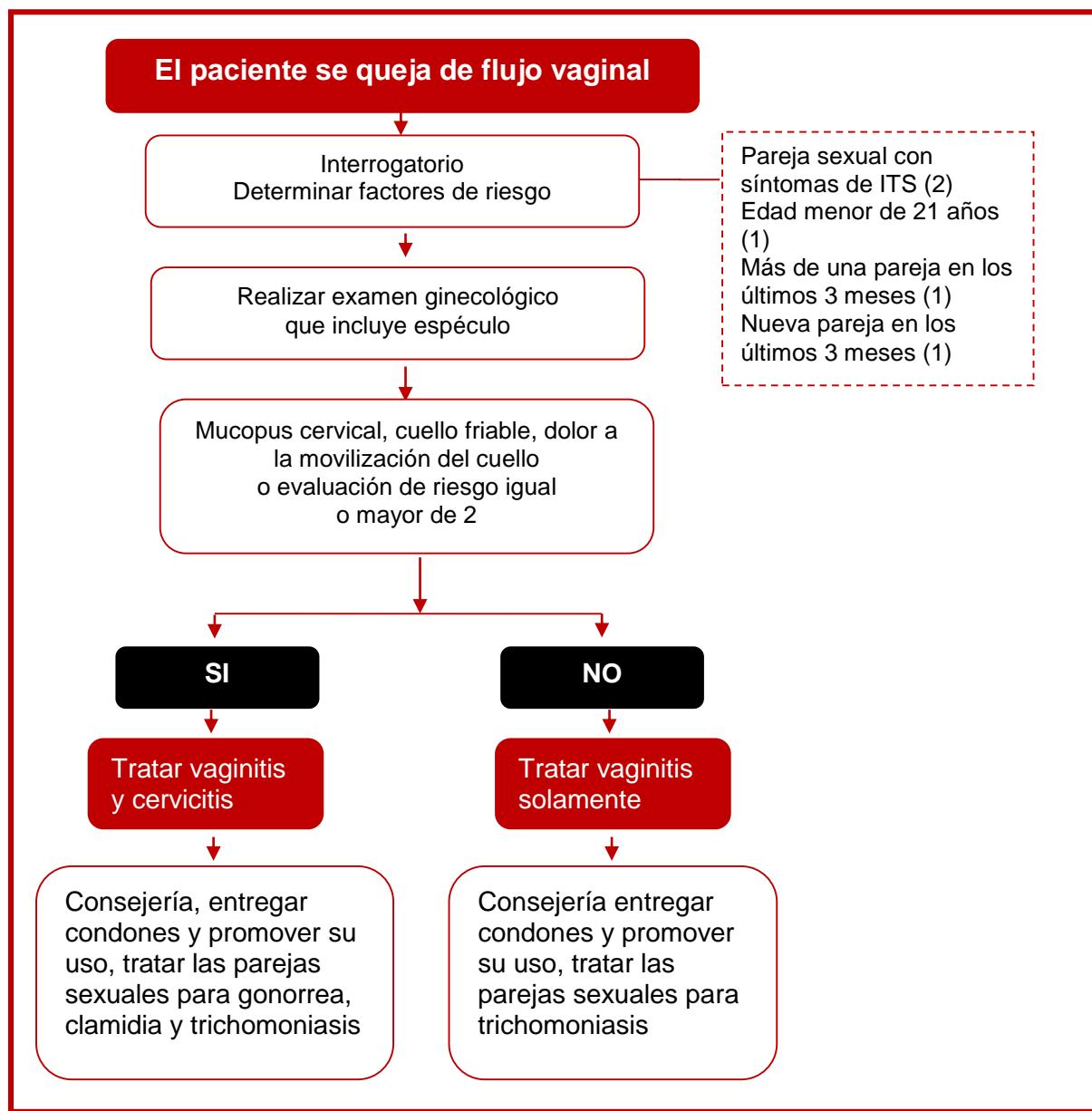
6.2.7. PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL SÍNDROME DE SECRECIÓN ANORECTAL

Figura 14. Manejo del Síndrome de Secreción Anorectal



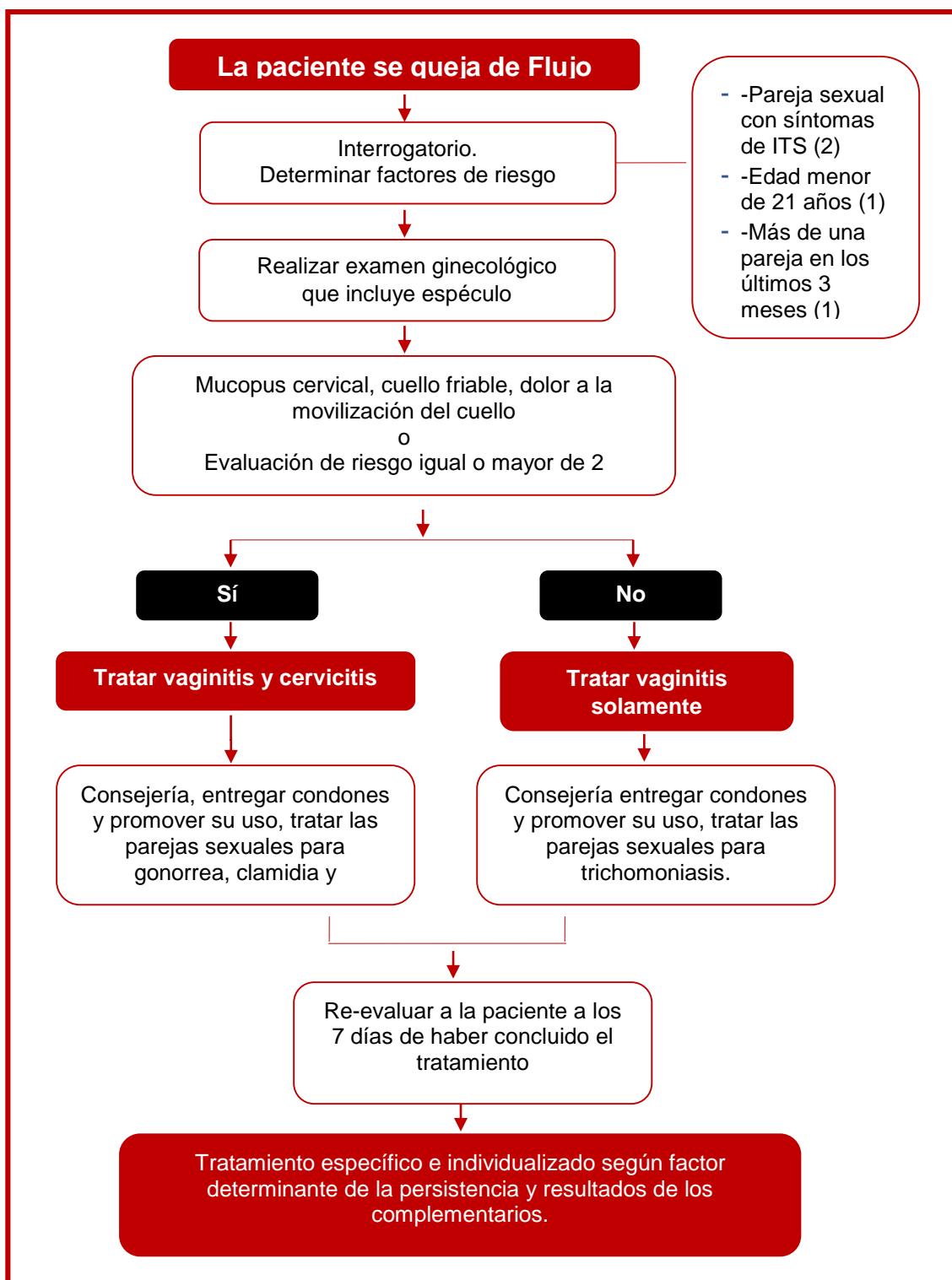
6.2.8. PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL

Figura 15. Manejo del Síndrome de Flujo Vaginal.



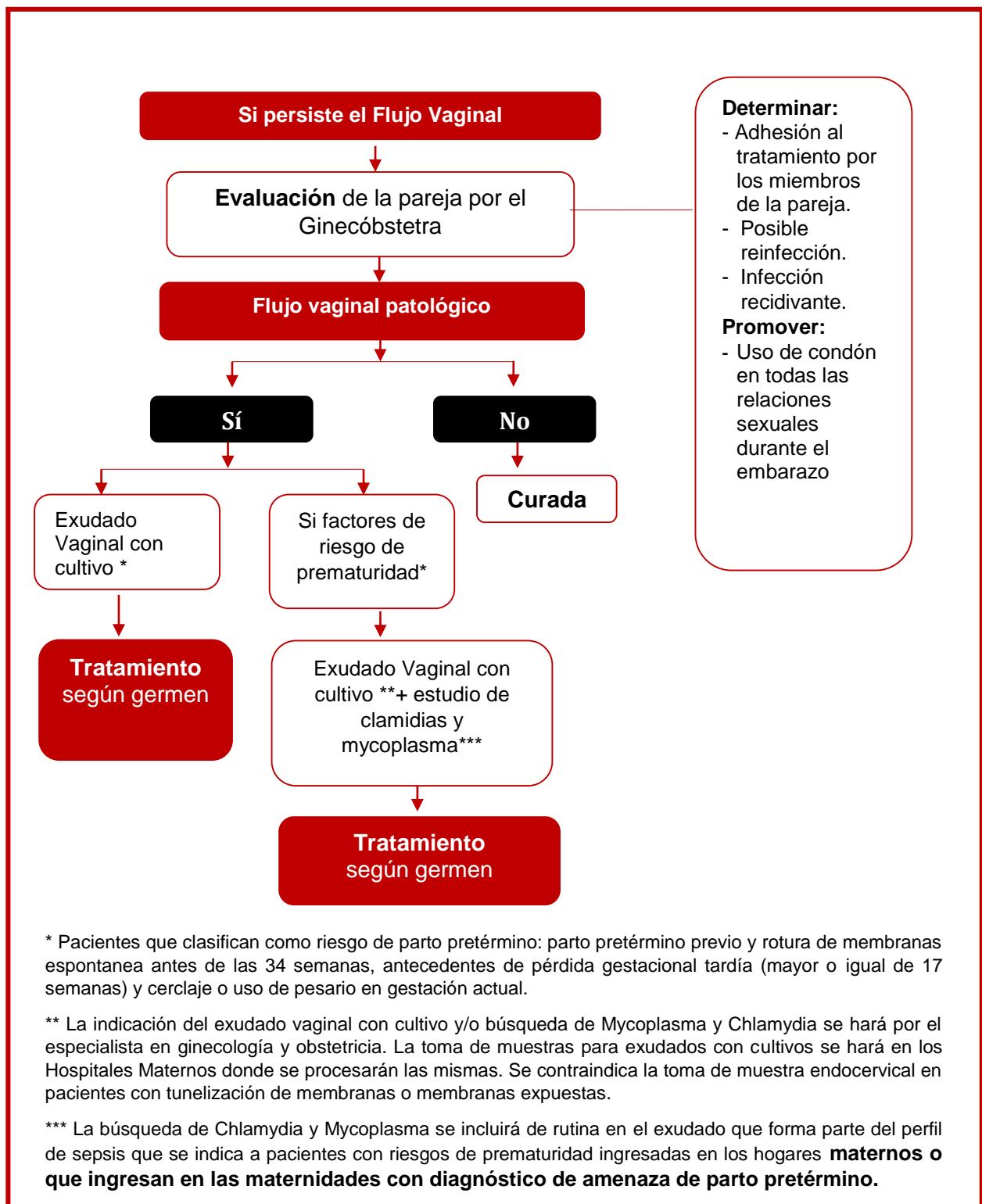
6.2.8.1. PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL EN GESTANTES

Figura 16. Manejo del síndrome de flujo vaginal en gestantes



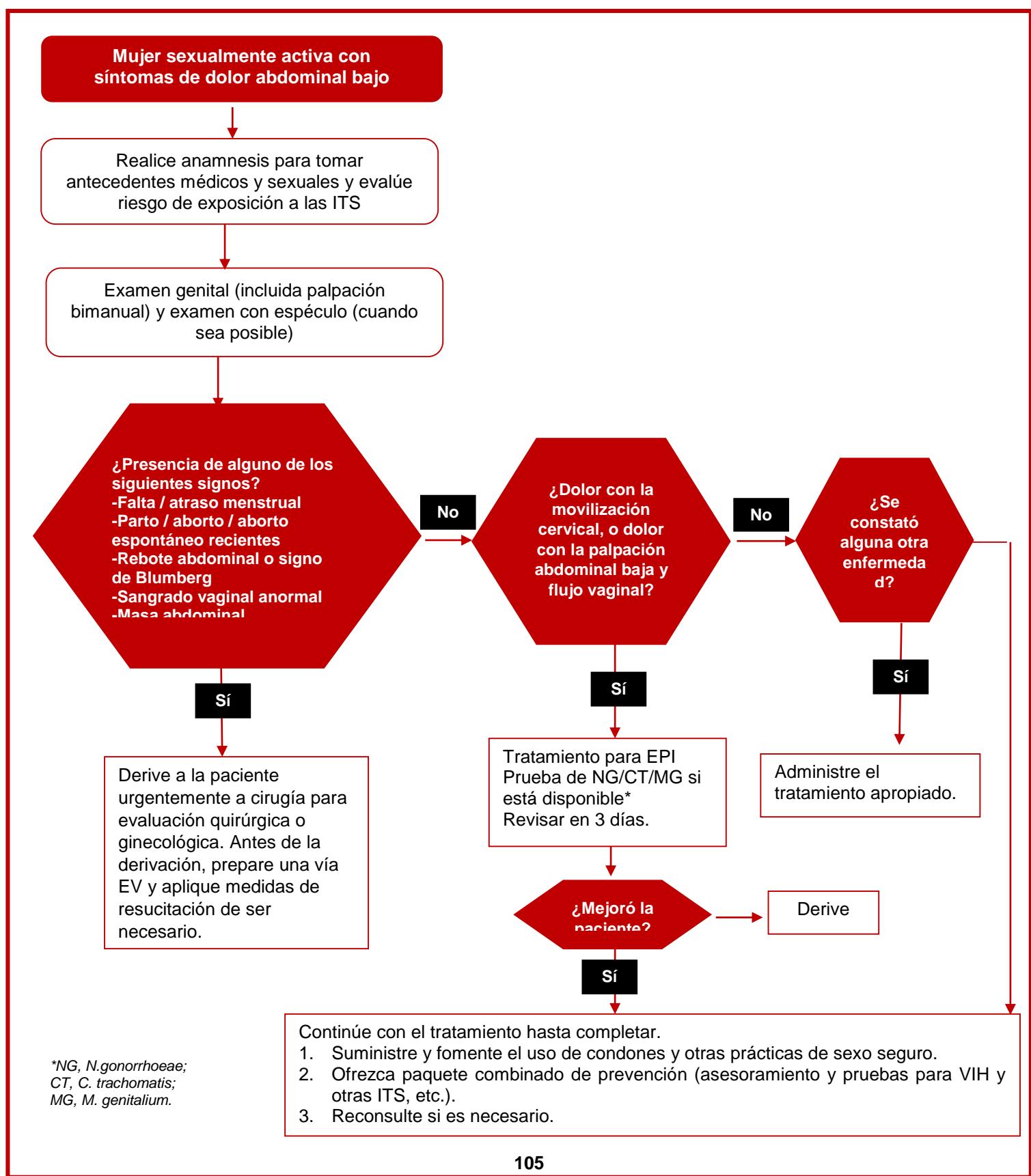
6.2.8.2. Protocolo para el manejo del síndrome de flujo vaginal persistente en gestantes ya tratadas sindrómicamente

Figura 17. Manejo del síndrome de flujo vaginal en gestantes ya tratadas sindrómicamente.



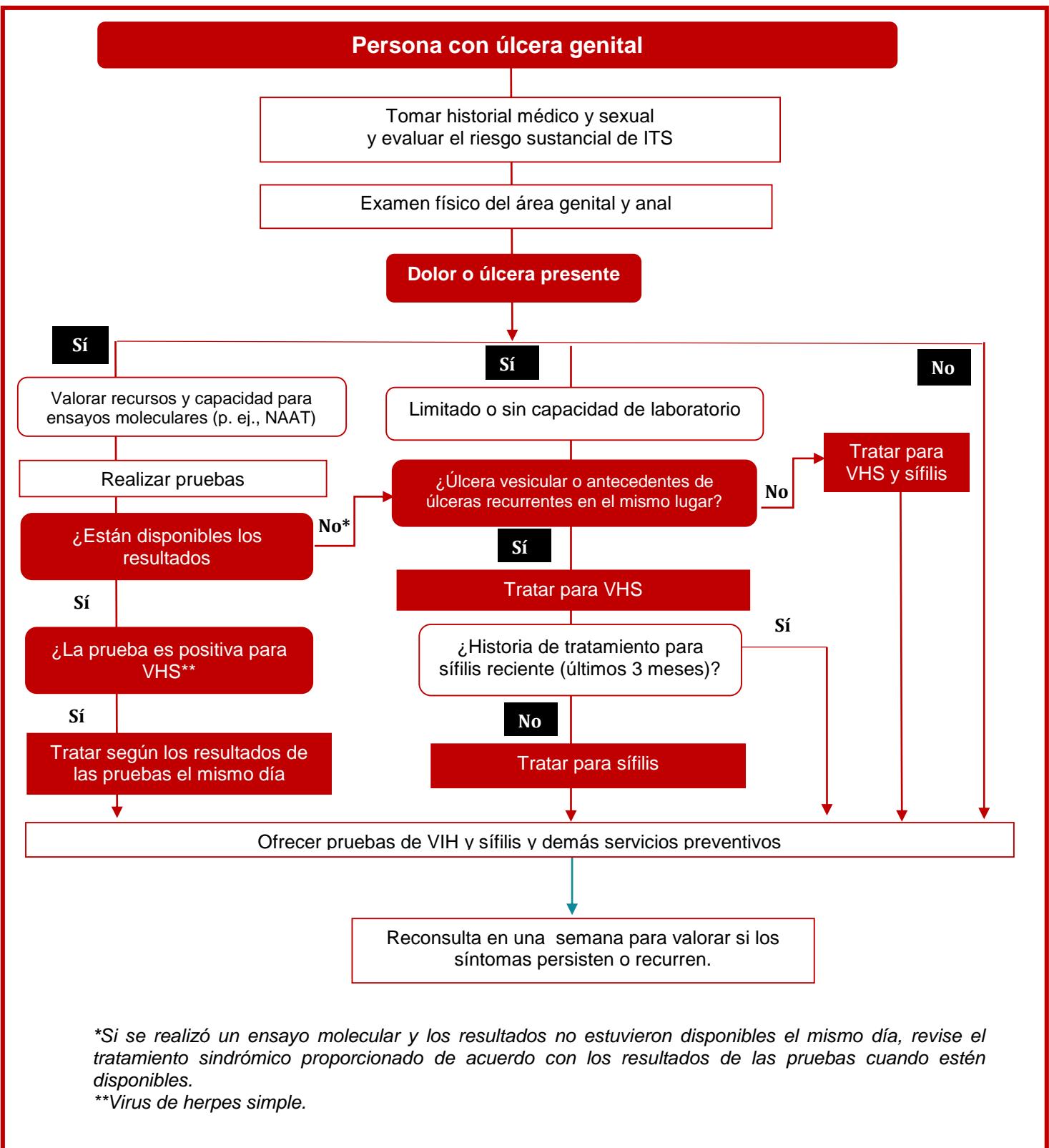
6.2.9. PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL BAJO

Figura 18. Manejo del síndrome de dolor abdominal bajo.



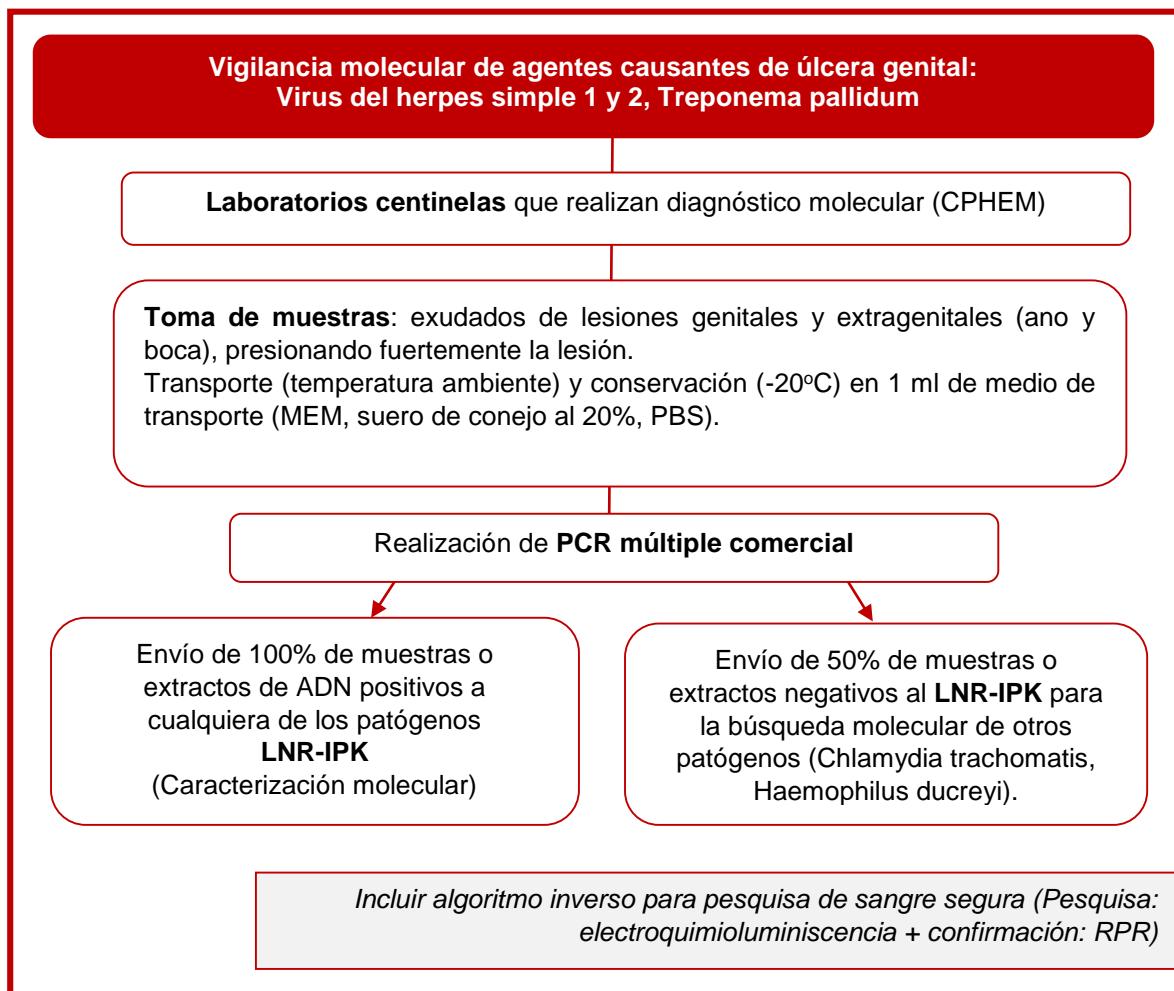
6.2.10. PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE ÚLCERAS GENITALES QUE INCLUYE ÚLCERAS ANORECTALES.

Figura 19. Manejo de la enfermedad de úlceras genitales.



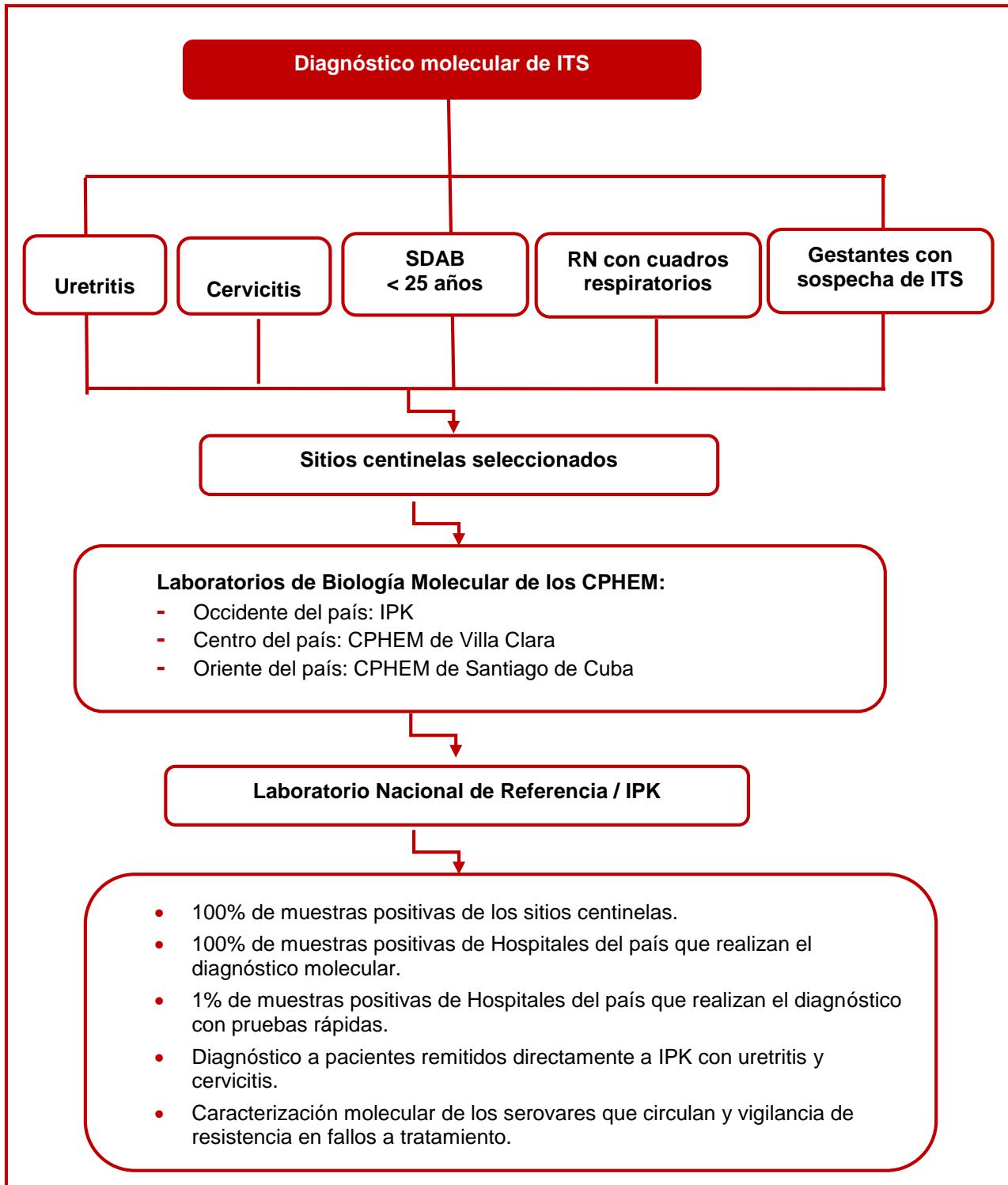
6.2.10.1. Protocolo para la vigilancia molecular de agentes causantes de úlcera genital

Figura 20. Diagnóstico molecular de agentes causantes de úlcera genital.



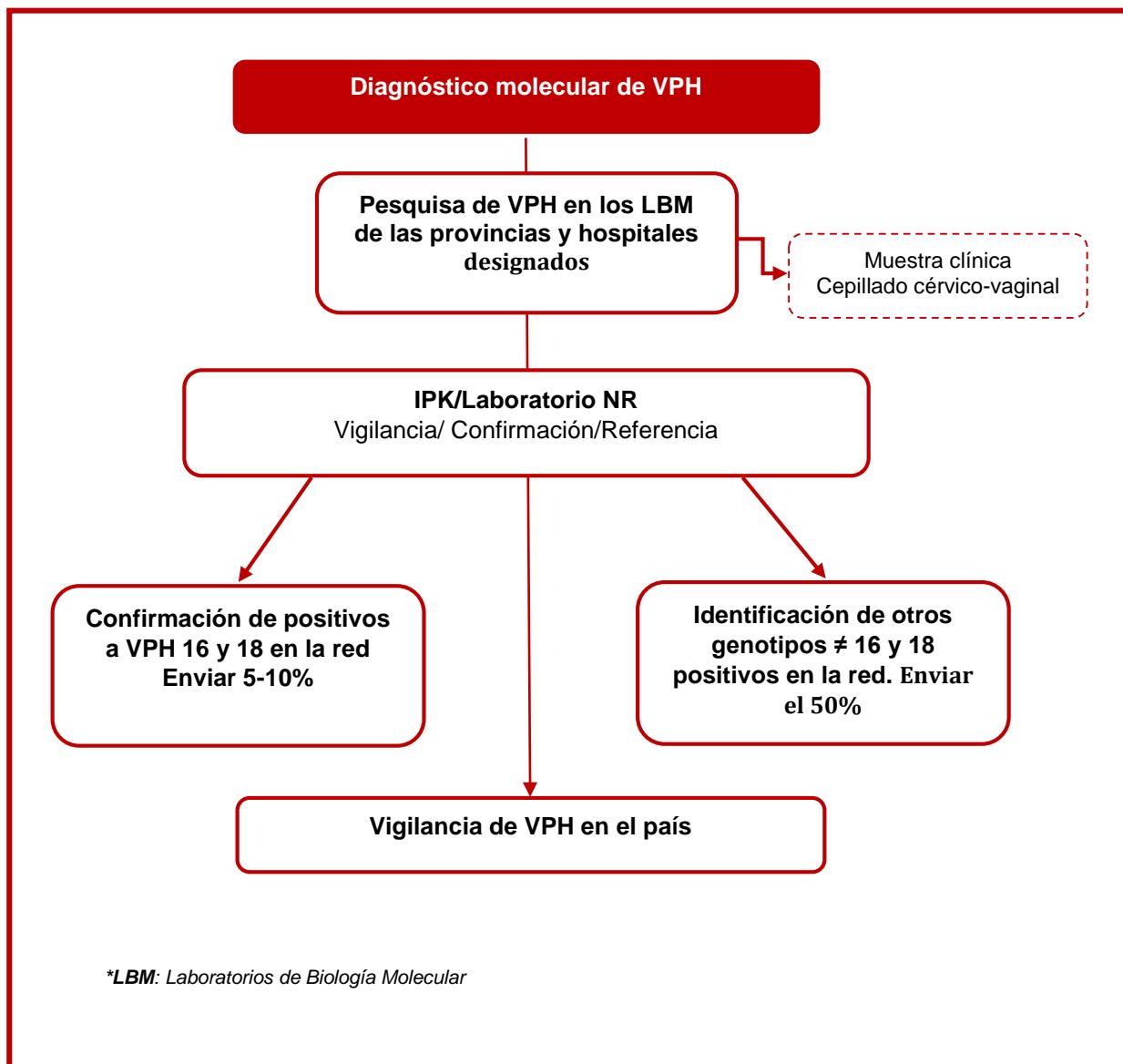
6.2.11. PROTOCOLO PARA EL DIAGNÓSTICO MOLECULAR DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Figura 21. Diagnóstico molecular de ITS (Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium, Trichomonas Vaginalis).



6.2.12. PROTOCOLO PARA EL DIAGNÓSTICO MOLECULAR DEL PAPILOMA VIRAL HUMANO (VPH)

Figura 22. Diagnóstico molecular de VPH.



***LBM:** Laboratorios de Biología Molecular

6.2.13. ABORDAJE DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MENORES.

La detección de una ITS en un niño(a) prepuberal requiere un estudio pormenorizado, en el que hay que descartar en primer lugar y de forma exhaustiva un abuso sexual.

La evaluación de las ITS en los niños prepuberales víctimas de un posible abuso sexual se hará de forma individualizada, en base a los datos obtenidos de la historia clínica que incluirá una detallada exploración física.

Existen peculiaridades diagnósticas de las ITS en los niños prepuberales. En niñas, no se realizan habitualmente tomas endocervicales, sino tomas de muestra vulvar y vaginal con torunda. En la actualidad se continúan recomendando las técnicas de cultivo para *N. gonorrhoeae* (en muestra vaginal, uretral, ano-rectal y faríngea) y *C. trachomatis* (en muestra vaginal, en muestra ano-rectal y en muestra de meato uretral en caso de supuración uretral¹¹.

En caso de abuso sexual o sospecha del mismo se solicitará la intervención de los miembros de los dispositivos de atención frente a la violencia y abuso al menor en las áreas de salud con el fin de asegurar:

- a. que el menor recibe no sólo una adecuada asistencia médica sino también psicológica y social (con la participación de servicios sociales y la derivación del paciente a los psicólogos de las áreas);
- b. que se notifique adecuadamente a la justicia el abuso o la sospecha del mismo, que se utilizan las vías disponibles para poner en conocimiento de los hechos al médico forense por si es preciso la toma de muestras, y finalmente que se asegura de forma continuada la protección del menor.

¹¹ Centers for Disease Control and Prevention. 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Sexual Assault and Abuse and STDs. 2015. [Citado: el 18 de octubre de 2018]. 2015. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/tg2015/sexual-assault.htm>

Ministerio de Salud Pública
PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL 2024-2028
PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS
BASES NORMATIVAS

Informe integral del menor debe contener:

- Elementos clínicos y epidemiológicos que corroboran el diagnóstico, debe ser entrevistado el menor en muchos casos con la presencia del psicólogo, posteriormente a la madre y al padre. Cuando la madre no coopera se hace estudio a todos los que viven en la casa, buscando al sospechoso.
- Informe social y psicológico.
- Se dejará evidencias de ello en el área de salud, municipio y provincia. El médico de familia debe dar seguimiento del caso.

6.2.13.1. Protocolo para el diagnóstico de agentes de ITS en niños/as, preadolescentes y posibles perpetradores de abuso sexual

Figura 23. Diagnóstico de agentes de ITS en niños, preadolescentes y posibles perpetradores de abuso sexual.



**DIAGNÓSTICO
DE GONORREA
EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS**

- Implicaciones médico-legales (el examen directo carece de valor legal).
- Realizar el cultivo.
- Orina, exudado uretra, recto, faringe.
- Exudado vaginal, vulvar, recto, faringe.
- Confirmación del aislamiento por dos métodos (azúcares, PCR, prueba antigénica o enzimática).
- Genital/PCR: orina varones y orina/ex. vaginal niñas.

6.2.14. VIGILANCIA, DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN A LA INFECCIÓN POR MPOX

Definición

La mpox es una zoonosis viral causada por el virus de la viruela símica, que pertenece al género Orthopoxvirus, el que incluye al virus variola (causante de la viruela humana), y que se caracteriza por lesiones cutáneas.

El período de incubación suele ser de 6 a 13 días, pero puede oscilar entre 5 y 21 días. La enfermedad a menudo es autolimitada y los síntomas generalmente se resuelven espontáneamente dentro de los 14 a 21 días.

Vías de transmisión

La mpox se transmite principalmente por contacto directo o indirecto con sangre, fluidos corporales, las lesiones de la piel o las mucosas de animales infectados. La transmisión secundaria o de persona a persona puede producirse por contacto estrecho con secreciones infectadas de las vías respiratorias o lesiones cutáneas de una persona infectada, o con objetos contaminados recientemente con los fluidos del paciente o materiales de la lesión. La transmisión se produce principalmente por gotículas respiratorias. La infección se transmite asimismo por inoculación o a través de la placenta (viruela símica congénita).

Existe una fuerte asociación entre la actividad sexual y la mpox. Según los criterios de Bradford Hill, la asociación entre mpox y la transmisión sexual hasta el momento cumple 3 requisitos importantes: asociación fuerte, consistencia a través del tiempo y la ubicación geográfica, y temporalidad.

Además de las lesiones cutáneas, se ha detectado consistentemente ADN viral mpox en el líquido seminal¹², muestras de hisopos rectales¹³ y secreciones respiratorias¹⁴, así como de la sangre de pacientes durante el brote de 2022. Además, un estudio reciente identificó la detección persistente de ADN de mpox durante 19 días en el semen de un individuo con la infección.

Diagnóstico clínico

La mpox se caracteriza por las lesiones en la piel o mucosas. Estas lesiones pueden ser manchas rosadas planas o sobreelevadas, úlceras, ampollas o costras y generalmente producen dolor que puede ser intenso. Las lesiones pueden ser pocas o muchas y ubicarse en la piel o mucosas de cualquier parte del cuerpo, y son frecuentes en la región genital o anal.

También puede presentarse sin lesiones en la piel (por ejemplo, como inflamación aislada de la garganta o el recto). Suele causar fiebre, cansancio, dolor muscular o de cabeza, inflamación de los ganglios y dolor en la región genital, el ano o el recto. Es muy frecuente la coinfección con otras infecciones de transmisión sexual.

Criterios para la clasificación de los casos¹⁵

Definición de caso: Persona que presente enfermedad caracterizada por corto período prodrómico febril, seguido del desarrollo progresivo de una erupción con lesiones induradas y umbilicadas (deprimidas centralmente), que comienzan en la cabeza o la cara y progresan hasta las extremidades y el tronco. En casos donde

¹² Thornhill JP, Barkati S, Walmsley S, et al. Infección por el virus de la viruela del simio en humanos en 16 países: abril a junio de 2022. N Engl J Med 2022; 387:679–91.

¹³ Peiro-Mestres A, Fuertes I, Camprubi-Ferrer D, et al. Detección frecuente del ADN del virus de la viruela simica en saliva, semen y otras muestras clínicas de 12 pacientes, Barcelona, España, de mayo a junio de 2022. Euro Surveill 2022; 27:2200503.

¹⁴ Adler H, Gould S, Hine P, et al. Características clínicas y tratamiento de la viruela simica humana: un estudio observacional retrospectivo en el Reino Unido. Lancet Infect Dis 2022; 22: 1153–62.

¹⁵ Adaptada de Vallejo A, Rodríguez F, Hernando V, Guzmán BR, Santágueda P, García L, et al. MPOX (formerly monkeypox) in women: epidemiological features and clinical characteristics of mpox cases in Spain, April to November 2022. Euro Surveill. 2022;27:2200867, <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.48.2200867>

la transmisión es sexual, pueden aparecer lesiones que se inician en el área genital. “Las lesiones progresan todas en la misma etapa, desde máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras”, con antecedentes de viajes a países endémicos de la enfermedad en los que existen brotes o en contacto con un caso que presenta sintomatología similar a la descrita¹⁶.

Caso sospechoso: Persona de cualquier edad que se presenta en un país no endémico de mpox con un exantema agudo inexplicable y que presentó uno o más de los siguientes signos o síntomas, cefalea, inicio súbito fiebre ($>38,5^{\circ}\text{C}$), mialgias, dolor de espalda, astenia, linfadenopatías y para los cuales las siguientes causas habituales de exantema agudo han sido descartadas: varicela, herpes zóster, sarampión, zika, dengue, chikungunya, herpes simple, infecciones bacterianas de la piel, infección gonocócica diseminada, sífilis primaria o secundaria, chancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, molusco contagioso, reacción alérgica (por ejemplo, a las plantas); y cualquier otra causa común localmente relevante de erupción vesicular o papular.

Caso probable: Persona que cumple con la definición de caso sospechoso y uno o más de los siguientes criterios:

- ✓ tiene un vínculo epidemiológico (exposición estrecha sin protección respiratoria; contacto físico directo, incluido el contacto sexual; o contacto con materiales contaminados, (como ropa o ropa de cama) con un caso probable o confirmado de viruela símica en los 21 días anteriores al inicio de los síntomas).
- ✓ antecedentes de viaje a un país endémico de mpox en los 21 días previos al inicio de los síntomas.

¹⁶ Plan para la prevención y enfrentamiento a la viruela símica (MONKEYPOX). MINSAP, 2022

Caso confirmado: Persona que cumple con la definición de caso sospechoso o probable de mpox y está confirmado por laboratorio para el virus de la viruela símica mediante pruebas moleculares (PCR en tiempo real), u otras como secuenciación (si están disponibles).

Vigilancia de la infección por mpox

Las principales medidas para el control de la infección consisten en la detección temprana de los casos, el aislamiento y la atención de los mismos, así como la identificación y seguimiento de contactos durante 21 días desde la última exposición de riesgo.

Definición de contacto: Persona que estuvo expuesta en diferentes contextos a un caso sospechoso o confirmado de mpox en el período infeccioso, comprendido entre el inicio de síntomas del caso hasta que se hayan eliminado todas las costras de las lesiones cutáneas. Se considera como exposición, las siguientes situaciones:

- ✓ exposición sin protección respiratoria (particularmente relevante para los trabajadores de la salud);
- ✓ contacto físico directo, incluido el contacto sexual; y
- ✓ contacto con materiales contaminados como ropa o ropa de cama.

Aspectos clave de la vigilancia:

1. Se debe continuar con la capacidad de sospecha y diagnóstico para detectar precozmente brotes de la enfermedad;
2. Fortalecer la vigilancia activa de casos con énfasis en grupos de población clave;
3. Integración la vigilancia con los programas de ITS/VIH y hepatitis y salud sexual:
 - Búsqueda casos sospechosos en el marco de la prevención y atención a las ITS, VIH y hepatitis (vigilancia centinela):
 - Servicios de consejería y pruebas;
 - Servicios de provisión de PEP y/o PrEP;

- Ante diagnóstico de VIH, ITS y hepatitis.
- Servicios de Dermatología

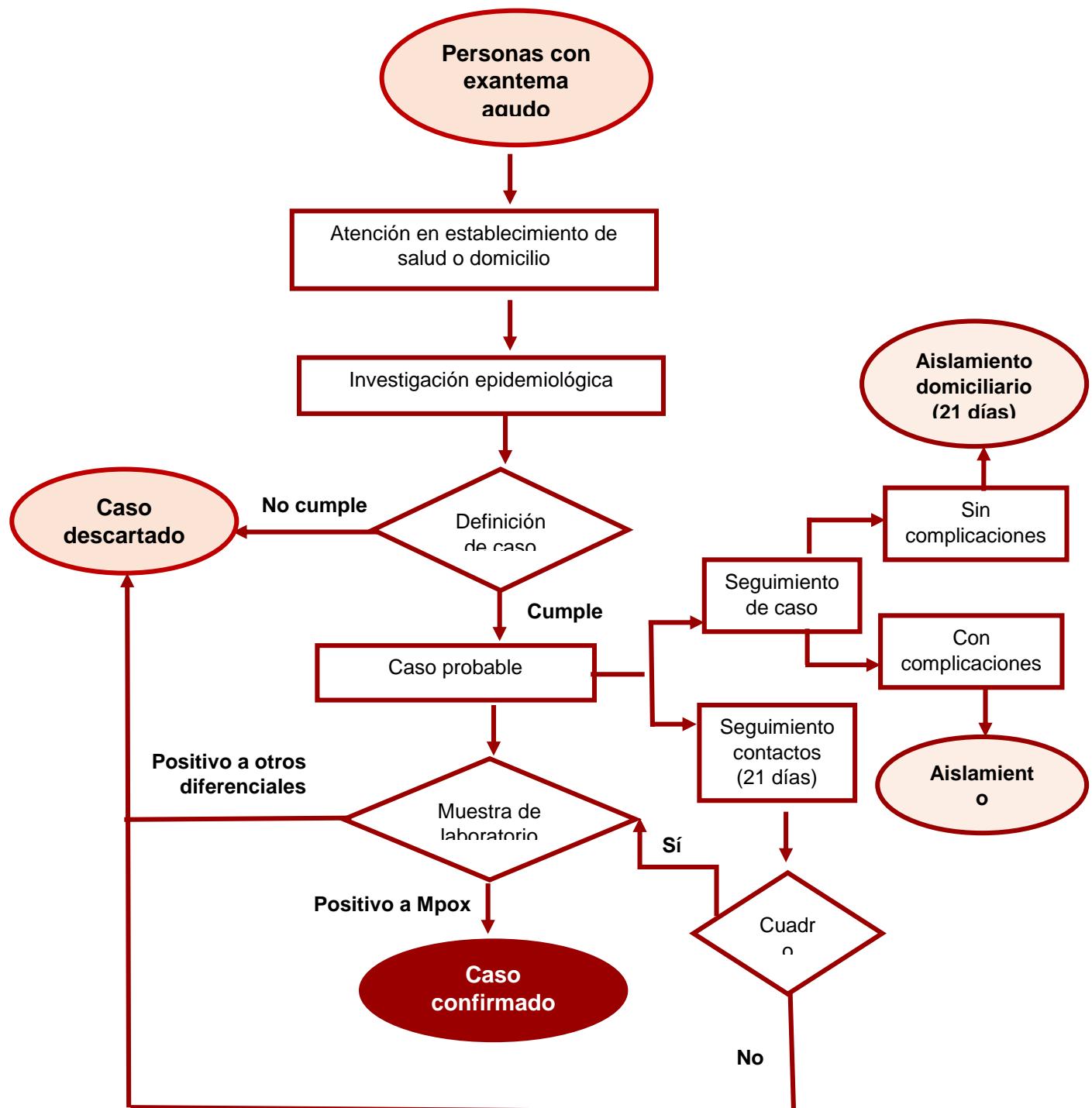
Conducta a seguir ante casos sospechosos, probables y confirmados

Ante la aparición de un caso sospechoso de padecer la enfermedad:

Investigación epidemiológica y notificación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Confección de la encuesta epidemiológica. ✓ Inicio de las acciones de control de foco con la identificación y localización de los contactos estrechos del caso sospechoso. ✓ Notificación del caso sospechoso a las autoridades sanitarias correspondientes.
Aislamiento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aislamiento domiciliario hasta confirmar o descartar el caso. ✓ Remisión del caso sospechoso para la institución de salud designada. ✓ Aislamiento inmediato del caso en sala de infeccioso.
Identificación y manejo de contactos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los contactos cercanos del caso deben ser informados inmediatamente de su condición. ✓ Se aislarán en el domicilio si no presentan signos o síntomas de la enfermedad con seguimiento médico durante un período de 21 días a partir de la fecha del último contacto con el paciente sospechoso. ✓ Evaluación médica diaria con toma de la temperatura dos veces al día. ✓ Educación sanitaria.
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En presencia de lesiones o proctitis, tomar muestras de la lesión para el diagnóstico etiológico y enviarlas a IPK.
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El manejo clínico está orientado al tratamiento de los síntomas, la prevención y control de las complicaciones y la evaluación del riesgo individual.

6.2.14.1. Protocolo de manejo de casos de mpox

Figura 24. Flujograma de investigación epidemiológica, atención y obtención de muestras para casos de mpox



DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

Ante la identificación clínica de un paciente que cumpla los criterios de definición de caso sospechoso de mpox se propone, si no se cuenta con el diagnóstico de laboratorio confirmatorio, el descarte por laboratorio de las entidades diferenciales cuando exista duda al respecto.

Muestras a colectar

- Hisopado de la superficie y/o del exudado de la lesión¹⁷;
- Bordes superiores de más de una lesión (superficie de las lesiones); o
- Costras de lesiones.

Para Virología:

- a) Colectar el hisopado en 2 tubos con medio de transporte viral (VTM) (puede ser el de Biocen). Dos lesiones del mismo tipo deben recogerse en un solo tubo, preferiblemente de diferentes lugares del cuerpo.
- b) Colectar costras en tubo seco.
- c) Heces 3 gramos (equivalente al frasco de penicilina o medio de transporte del Biocen) o Hisopado rectal en medio de transporte viral (BTV Biocen).

En los tres casos refrigerar (2 a 8 °C) o congelar (-20 °C o menos). Trasladar inmediatamente al IPK.

Estudios para Virología

MUESTRA	EXTRACCIÓN	ENSAYO
Costra, hisopado vesículas	ADN	PCR-TR múltiple Herpes virus
	ADN	PCR-TR para Mpox
	ARN	PCR enterovirus
Heces o hisopado rectal	ARN	PCR enterovirus

¹⁷ Los hisopados de lesiones, costras y fluidos vesiculares no deben mezclarse en el mismo tubo. Se debe frotar vigorosamente la lesión (sin dañar al paciente) para garantizar que se recolecte suficiente material.

Para Bacteriología:

- a) Colectar el hisopado en 1 tubo 100x13 con medio de transporte bacteriológico Amies o Stuar y mantener a temperatura ambiente hasta su traslado al laboratorio de Microbiología.

Estudios para Bacteriología

MUESTRA	CULTIVO	ENSAYO
Hisopado de vesículas Costra	SI	Identificación bioquímica y antibiograma

Conservación de las muestras:

Una vez colectadas las muestras para estudio, éstas deben mantenerse a 4°C (muestra virológica) hasta su envío inmediato al LNR del IPK en las condiciones de transporte descritas debajo. En caso de demorar el transporte por más de 24h deben congelarse a -20°C hasta su envío.

La muestra bacteriológica debe mantenerse a temperatura ambiente no más de 24 horas.

Transporte de las muestras:

- ✓ El transporte de las muestras deberá realizarse teniendo en cuenta el sistema triple empaque en valijas seguras.
- ✓ Las muestras para estudios virológicos deben conservarse a 4°C por no más de 24 horas.
- ✓ Las muestras para estudios bacteriológicos deben conservarse a temperatura ambiente por no más de 24 horas.
- ✓ Para el envío de estas muestras debe utilizarse: Una valija (termo) independiente para los casos sospechosos de mpox (usar una valija solo para estas muestras).

6.2.15. PAUTAS PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO		
CATEGORIA DEL RIESGO	TRATAMIENTO RECOMENDADO	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Sífilis		
Sífilis temprana (tratamiento para primaria, secundaria y latente temprano [menos de dos años desde la infección]).	<p>Penicilina G Benzatínica: 2.4 millones de U dosis única IM¹⁸ Tener en cuenta las especificaciones según etapas clínicas de la sífilis</p> <p><u>Tratamiento profiláctico a las parejas sexuales</u> Penicilina Benzatínica G 2.4 millones de unidades IM dosis única. Seguimiento clínico y serológico cada 3 meses durante un año y posteriormente dispensarización y seguimiento por su EBS.</p>	<p>*Penicilina procaínica: 1 millón de U via IM por 10 días.</p> <p>En pacientes alérgicos ante la imposibilidad de realizar la desensibilización, en alérgicos severos o tratamiento parenteral contraindicado (excluyendo a gestantes):</p> <p>Doxiciclina 100 mg 2 veces al día VO por 14 días. O Tetraciclina 500 mg 4 veces al día, VO, por 14 días.</p>
Sífilis latente tardía, sífilis terciaria, sífilis en personas que viven con el VIH y sífilis de evolución desconocida.	Penicilina G Benzatínica 7,2 millones de unidades en total, administrado como 3 dosis de 2,4 millones de unidades IM cada una a intervalos de 1 semana.	<p>Penicilina procaínica: 1.2 millón de U via IM por 20 días.</p> <p>O</p> <p>Doxiciclina 100 mg, por via oral, 2v/ dia durante 30 días.</p>
Sífilis en gestantes (temprana)	Penicilina G Benzatínica: 2.4 millones de U dosis única IM. Se administrará otra dosis de 2,4 millones de	Las embarazadas que refieran alergia a la Penicilina, deben ser valoradas por el Dermatólogo y el Obstetra para definir la

¹⁸ Tener en cuenta las recomendaciones según etapas clínicas de la sífilis.

	<p>unidades a los siete días de la primera hasta completar 4.8 millones.</p> <p>Ojo con la reacción de Jarisch-Herxheimer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alrededor del 40-45% de las gestantes con sífilis tratadas con penicilina. - Comienza entre 2-24 horas de administrado el tratamiento. - Síntomas: fiebre, escalofríos, mialgias, cefaleas y, ocasionalmente, hipotensión. Puede conllevar a sufrimiento fetal e hidropesía - Se recomienda evaluación ecográfica fetal antes del inicio del tratamiento. <p style="text-align: center;">NO USAR EN GESTANTES TETRACICLINA NI DOXICICLINA.</p>	<p>conducta a seguir (ver protocolo para embarazadas alérgicas a la penicilina).</p> <p>Cuando no sea posible administrar penicilina benzatínica (p.ej. en caso de alergia a la penicilina, sin posibilidad de desensibilizar a la persona) o no se disponga de ellas (p.ej. en caso de desabastecimiento), se recomienda:</p> <p>Ceftriaxone dosis total 10 gramos. Dosis diaria 1 gramo IM diariamente durante 10 días.</p>
<p>Neurosífilis Se deben tratar todos los pacientes con pautas de neurosífilis independientemente del resultado del LCR.</p>	<p>Penicilina G Cristalina acuosa 18–24 millones de unid /día (3–4 millones c/ 4 horas, EV o en infusión continua) por 10–14 días. Cuando sea necesario complementar la terapia, Penicilina Benzatínica 2.4 millones de unid/ semana IM durante 3 semanas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prednisona (tableta 5 y 20 mg) 1-2 mg/kg/día, a partir de las 48 o 72 horas de comenzado el tratamiento con antibiótico, con una pauta individualizada de descenso en dependencia de la respuesta del paciente al tratamiento. ▪ Si toma del segmento anterior. <ul style="list-style-type: none"> - Esteroides tópicos: dexametasona 0,1 % o prednisolona fosfato 0,5 % 1 	<p>Penicilina G procaínica 2.4 millones de unid IM /día + Probenecid 500 mg 4 veces al día VO, por 10–14 días. Y en pacientes alérgicos a la penicilina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxone 2 g diarios IM o EV por 10–14 días - Tetraciclina 500 mg cada 6 h VO por 30 días - Doxiciclina 100 mg 2 veces/día VO por 14-28 días - Considerar la desensibilización a la penicilina.

	<p>gota cada 1-4 horas según gravedad del cuadro.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Midriáticos ciclopléjicos: tropicamida 1 %, ciclopentolato 0,5 y 1 % (se prefiere en niños), homatropina 2 % y atropina (0,5-1 %): 1 gota cada 8-12 horas durante el tiempo que se requiera. ▪ Si hipertensión ocular: hipotensores oculares tópicos y sistémicos. Evitar mióticos y análogos de las prostaglandinas. <p>Ver <u>conducta a seguir ante la sospecha de uveítis sifilítica</u> en figura No. 9.</p>	
--	--	--

Recomendaciones para el tratamiento de recién nacidos expuestos a la sífilis según escenarios:

<p>Escenario 1. Sífilis congénita confirmada o fuertemente sospechada: Hallazgos sugestivos de la enfermedad en el examen físico del neonato o VDRL con títulos > 4 veces (> dos diluciones) a los títulos maternos al parto u otras pruebas confirmatorias positivas.</p>	<p>Penicilina G Cristalina acuosa 50.000 U/kg/dosis EV cada 12 horas los primeros 7 días de vida y después cada 8 horas por 10-14 días.¹⁹ O</p> <p>Penicilina G procaínica 50.000 U/kg/día cada 24 horas IM por 10 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis del LCR (VDRL y citoquímico) - Hemograma completo - Radiografías de tórax y huesos largos - Pruebas funcionales hepáticas 	<p>Ceftriaxone 50-75 mg/kg/día EV cada 24 horas por 10 días.²⁰</p> <p>O</p> <p>Penicilina G procaínica 50.000 U/kg/día cada 24 horas IM por 10 días.²¹</p>
--	---	--

¹⁹ En caso de neurosífilis el tratamiento es por 14 días.

²⁰ Utilizar en la sífilis congénita probada o altamente probable, si no hay disponibilidad de penicilina G (cristalina o procaínica).

²¹ Tiene mayor riesgo de absceso estériles en el sitio de inyección y toxicidad por procaína.

	<ul style="list-style-type: none"> - Fondo de ojos - Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral (PEATC) - Estudios de neuroimágenes de ser necesarios 	
<p>Escenario 2.</p> <p>Sífilis congénita posible: Recién nacido asintomático, evaluación clínica negativa, serología no reactiva o dos diluciones menores que la materna.</p> <p>Si la madre: Sífilis no tratada, , pareja sexual recién diagnosticada y/o no tratada, serología reactiva primera vez en el ingreso para el parto, evidencia serológica de reinfección después de tratada (incremento de dos o más diluciones), tratada con esquemas diferentes a la penicilina, recibió tratamiento con penicilina pero administrada en las 4 semanas previas al parto, pareja sexual no fue tratada, no antecedentes bien documentados de haber sido tratada la embarazada, fue tratada en tiempo y con penicilina pero curva serológica no</p>	<p>Penicilina G cristalina acuosa (régimen preferido) 50.000 U/kg/dosis EV cada 12 horas los primeros 7 días de vida y después cada 8 horas por 10 días.</p>	<p>Penicilina G Benzatínica 50.000 U/kg/dosis única IM ²²</p> <p>O</p> <p>Ceftriaxone 50-75 mg/kg/día EV o IM o cada 24 horas por 10 días</p> <p>O</p> <p>Penicilina G procaínica 50.000 U/kg/día cada 24 horas IM por 10 días.⁸</p>

²² Indicada en sífilis congénita posible, sólo si se realiza estudio del LCR y es normal.

decreció al menos en dos diluciones con respecto a la inicial.		
Escenario 3. Sífilis congénita menos probable Examen físico del neonato normal y VDRL con títulos ≤ 4 veces (\leq 2 diluciones) que los títulos maternos al parto y no existe ninguna de las condiciones señaladas anteriormente que expresan tratamiento nulo, incompleto o insuficiente.	Penicilina G Benzatínica 50.000 U/kg/dosis única IM. Considerar no tratar si VDRL en la madre disminuye al menos cuatro veces (2 diluciones) después de un tratamiento adecuado para sífilis temprana o permanece estable y con títulos bajos (VDRL \leq 1:2 \leq 1:4). - VDRL, examen clínico y dermatológico al nacer.	Ceftriaxone 50-75 mg/kg/día EV cada 24 horas por 10 días. ⁷⁻⁸⁻⁹
Escenario 4. Sífilis congénita improbable: Examen físico del neonato normal con VDRL con títulos \leq 4 veces (\leq 2 diluciones) que los títulos maternos al parto. <u>Si la madre:</u> Recibió tratamiento adecuadamente antes de la gestación y VDRL/RPR se mantuvo baja y estable (VDRL \leq 1:2 o RPR \leq 1:4) antes y durante el embarazo y en el parto (seroresistencia).	VDRL, examen clínico y dermatológico al nacer y actuación según resultados.	
<u>Algunas consideraciones respecto al tratamiento antimicrobiano de la sífilis en neonatos:</u>		

- La ceftriaxona está contraindicada en neonatos que tienen tratamiento con soluciones de calcio, hasta 48 horas de suspendido este tratamiento, no debe utilizarse en pretérminos con riesgo de hiperbilirrubinemia, ni en neonatos a término con bilirrubina total ≥ 10 mg/dL.
- El sitio recomendado para la aplicación de la penicilina preclínica y la benzatínica es la cara mediolateral del muslo.
- Si se pierda más de un día de tratamiento de los regímenes recomendados se debe reiniciar el tratamiento.

Infecciones gonocócicas

Infecciones no complicadas del cuello uterino, uretra y recto en adultos y adolescentes <150 kg	<p>Se trata sindrómicamente. Se administrará tratamiento para clamidias debido a que es muy común que coexistan ambas infecciones.</p> <p><u>Adultos y adolescentes <150 kg</u></p> <p>Ceftriaxone 250 mg IM dosis única + Azitromicina 1 g por VO en una sola dosis.</p>	<p>Cefixima 400 mg VO en dosis única + Azitromicina 1 g por VO en una sola dosis.</p> <p><u>Si es alérgico a las cefalosporinas:</u> Gentamicina 240 mg IM en una sola dosis + Azitromicina 2 g por VO en una sola dosis</p>
Infección no complicada de la faringe: (Adultos y adolescentes <150 kg)	<p>Ceftriaxona 500 mg IM en dosis única, si peso ≥ 150 kg, se debe administrar 1 g de ceftriaxona.</p> <p>+</p> <p>Si no se ha descartado la infección por clamidia, trate la clamidia con Doxiciclina 100 mg de por vía oral dos veces al día durante 7 días</p> <p>O</p> <p>Azitromicina 1 g en dosis única VO</p>	
Embarazadas	Ceftriaxona 250 mg IM en dosis única + Azitromicina 1 g por VO en una sola dosis.	Cefixima 400 mg VO en dosis única + Azitromicina 1 g por VO en una sola dosis.

Conjuntivitis gonocócica	<ul style="list-style-type: none">▪ Ingreso Urgente.▪ Separar set de cura.▪ Medidas higiénico – sanitarias.▪ Tratamiento sistémico: De elección Ceftriaxona 1 g por vía IM o EV en dosis única. Puede ser necesario prolongarlo si existiera afectación corneal.▪ Tratamiento local:<ul style="list-style-type: none">- Lavados oculares frecuentes con suero fisiológico.- Fomentos frescos (suero fisiológico) constantes.- Colirios antibióticos, quinolonas o aminoglucósidos (Ciprofloxacino 0,3%, Moxifloxacino 0,5%, Gentamicina 0,3%) administrar 1 gota cada 1-2 h, en dependencia de la gravedad del cuadro clínico.- Colirios midriáticos si toma corneal (ej. Homatropina 2 %, Atropina 1 %) 1 gota cada 6-8 h.▪ En caso de perforación corneal, tratamiento quirúrgico:<ul style="list-style-type: none">- Recubrimientos conjuntivales- Queratoplastias penetrantes o lamelaresSeguimiento▪ Por su área de salud por el programa de ITS, VIH/sida y hepatitis.
---------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En Oftalmología: en los casos con procederes quirúrgicos. 	
Vulvovaginitis gonocócica no complicada, cervicitis, uretritis, faringitis o proctitis: lactantes y niños ≤45 kg niños >45 kg	Ceftriaxona 25–50 mg/kg de peso corporal por vía EV o IM en una sola dosis, que no exceda los 250 mg IM. Tratar con el régimen recomendado para adultos (véase más arriba)	
Profilaxis ocular en neonatos	Profiláctico: ungüento de tetraciclina 1%.	
Oftalmia gonocócica en neonatos y lactantes	Ceftriaxona 25–50 mg/kg de peso corporal por vía EV o IM en una sola dosis, que no exceda los 250 mg.	Cefotaxima 100 mg/kg de peso corporal por vía IV o IM como dosis única.
Linfogranuloma venéreo		
	Doxiciclina 100 mg por VO 2 veces al día durante 21 días.	Azitromicina 1 g por vía oral 1x/semana durante 3 semanas ²³
Uretritis no gonocócica (UNG)		
	Doxiciclina 100 mg por VO 2 veces al día durante 7 días.	Azitromicina 1 g por VO en una sola dosis O Azitromicina 500 mg por VO en una sola dosis, seguido de 250 mg 1vez al día durante 4 días.

²³ Debido a que este régimen terapéutico no ha sido validado rigurosamente, se puede considerar una prueba de curación con la prueba de amplificación de ácido nucleico (NAAT) de Chlamydia trachomatis 4 semanas después de completar el tratamiento.

UNG persistente o recurrente (prueba Mycoplasma genitalium)

Si la prueba de resistencia de M. genitalium no está disponible pero se detecta M. genitalium por una NAAT ²⁴	Doxiciclina 100 mg por vía oral 2 veces al día durante 7 días, seguido de moxifloxacino 400 mg 1x/día para 7 días.	<u><i>Si no hay disponibilidad de pruebas de resistencia ni de moxifloxacino se puede utilizar:</i></u> Doxiciclina 100 mg por vía oral 2 veces al día durante 7 días, seguido de Azitromicina 1 g por vía oral el primer día, seguido de Azitromicina 500 mg por vía oral 1v/día durante 3 días y una prueba 21 días después de la finalización de terapia.
Si la prueba de resistencia está disponible, utilice terapia guiada por resistencia.	<u><i>Sensible a los macrólidos:</i></u> Doxiciclina 100 mg por vía oral 2 veces al día durante 7 días, SEGUIDO DE Azitromicina 1 g por vía oral dosis inicial, SEGUIDO DE Azitromicina 500 mg por vía oral 1v/día durante 3 días adicionales (2,5 g en total). <u><i>Resistencia a los macrólidos</i></u> Doxiciclina 100 mg por vía oral 2 veces al día durante 7 días, SEGUIDO DE Moxifloxacina 400 mg por vía oral 1v/día durante 7 días.	

Condiloma acuminado

Verrugas genitales (VPH)	Podofilina 10-25 %, 0,5 ml por cada aplicación y dejar secar. No usar en gestantes O Ácido Tricloroacético (TCA) o bicloroacético (BCA) al 80-90% en solución alcohólica.	Electrofulguración Crioterapia Exéresis quirúrgica Interferón intra-lesional o en crema (para lesiones grandes o recurrentes)
---------------------------------	---	--

²⁴ Pruebas de amplificación de ácido nucleico (NAAT).

Herpes simple genital

Infección primaria	<p>Aciclovir 400 mg por VO, 3 veces al día durante 10 días O Aciclovir 200 mg por VO, 5 veces al día durante 10 días.</p> <p><u>Niños:</u> Aciclovir 40-80 mg/kg/día, divididos en 3 dosis por 7-10 días. Máximo 1 g.</p>	Valaciclovir 500 mg por VO 2 veces al día durante 10 días.
Infección recurrente-Terapia episódica	<p>Aciclovir de 400 mg por vía oral tres veces al día por 5 días O Aciclovir de 800 mg por vía oral 2 veces al día por 5 días O Aciclovir de 800 mg por vía oral 3 veces al día por 2 días</p>	Valaciclovir 500 mg, oral diario cada 12 horas por 3 días
Infección recurrente-Terapia episódica (Para PVV o personas inmunocomprometidas)	Aciclovir de 400 mg por vía oral tres veces al día por 5 días.	Valaciclovir 500 mg, oral diario cada 12 horas por 5 días
Terapia supresiva para herpes genital recurrente (VHS-2)	<p>La duración del tratamiento es controversial. Algunos lo mantienen por un año.</p> <p>Aciclovir 400 mg por vía oral 2 veces al día.</p>	Valaciclovir 500 mg 1 vez al día.
Terapia supresiva para herpes genital recurrente (VHS-2) (Para PVV o personas inmunocomprometidas)	Aciclovir de 400 mg por vía oral dos veces al día.	Valaciclovir 500 mg, oral diario cada 12 horas por 5 días

Mpox

La mayoría de los pacientes con infección por Mpox no requieren tratamiento o bien es suficiente una terapia de síntomas leves
Tratamiento de pacientes con afectación leve o moderada sin criterios de ingreso

- Se recomienda analgesia para el dolor (paracetamol o antiinflamatorios no esteroideos por vía oral).
- Para las lesiones cutáneas no sobreinfectadas, baños de asiento con suero/agua salina templada en el caso de heridas perineales o genitales.
- El control de prurito a fin de evitar el rascado y el riesgo de sobreinfección se realiza preferentemente con antihistamínicos vía oral como loratadina 10 mg/24 h (máx. 40 mg/d).
- Si existe una infección profunda (celulitis, erisipela) o superficial extensa se recurre a la antibioterapia por vía sistémica:
 - Tratamiento elección: Cefalexina oral, 500 mg/8-12 horas por 5 días. Prolongar el tratamiento por 10 días, si la evolución al tercer día no es adecuada.
 - Tratamiento si hay alergia a penicilinas o sospecha de MARSA²⁵: Clindamicina oral, 300-600 mg/8 horas durante 7 días o Trimetoprim/sulfametoazol oral, 160-800/12 horas, 5-10 días.
- Para tratar las lesiones rectales o perianales, junto con el tratamiento analgésico habitual, puede utilizarse compuestos con sulfato de zinc o cobre (Pasta Lassar).
- Tratamiento de los pacientes que requieren ingreso hospitalario²⁶
 - Existen escasas opciones de tratamiento antiviral específico para la infección por Mpox. Tecovirimat, único antivírico aprobado como uso compasivo en humanos. Su empleo es muy limitado debido a existencias escasas y poco uso en humanos. El tratamiento es vía oral durante dos semanas.

Vaginosis bacteriana

Mujeres	Metronidazol 500 mg vía oral 2v/día x 7 días.	Clindamicina 300 mg por vía oral 2 veces al día durante 7 días O Secnidazol 2 g por vía oral en una sola dosis O Tinidazol 2 g por vía oral 1x/día durante 2 días
----------------	--	--

²⁵ MARSA: Staphylococcus aureus resistente a meticilina.

²⁶ Membrillo Fj, Navas P (coord.) Documento de consenso sobre manejo de la viruela del mono en pacientes hospitalizados. Versión 5 agosto 2022. FACME y Ministerio de Sanidad; 2022. [consultado 21 Mayo 2024]. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/alertaMonkeypox/docs/Manejo_hospitalizados.pdf

		O Tinidazol 1 g por vía oral 1x/día durante 5 días
Gestantes	Metronidazol 200 mg por vía oral 3v/día x 7 días ²⁷ .	Clindamicina 300 mg por vía oral 2 veces al día durante 7 días.
Trichomoniasis		
Mujeres	Metronidazol 500 mg por vía oral 2 veces al día durante 7 días.	Tinidazol 2 g por vía oral en una sola dosis. O Tinidazol 500 mg por vía oral, 2v/día durante 5 días.
Hombres	Metronidazol 2 g por vía oral en una sola dosis	Tinidazol 2 g por vía oral en una sola dosis
Gestantes	Metronidazol 200 mg por vía oral 3 veces al día durante 7 días.	
Candidiasis vaginal		
Candidiasis vulvaginales	Clotrimazol (tableta vaginal de 100 mg), insertado por 7 noches.	Nistatina (tableta vaginal de 200.000 unidades) insertado por 7 noches.
Candidiasis vulvaginales recurrentes (CVVR)	Tratamiento de CCV o tratamiento de inducción de CVVR	Tratamiento de mantenimiento de CVVR (duración: 2-6 meses)
Nistatina	Nistatina crema vaginal 100.000U, 2-4 aplicaciones/día (hasta 4 días tras remisión de síntomas) O	
	Nistatina Comp. vag. 100.000U: 100.000 U/día (14 días) ó	
Imidazoles	Crema vaginal al 2%: 5 g/día (3 días consecutivos) O	

²⁷ El metronidazol debe evitarse en el primer trimestre del embarazo.

<u>Clotrimazol</u>	Comp. vag. 100mg: 100mg/día (6-7días). Puede aumentarse la dosis hasta 200mg/día (6-12 días) O Comp. vag. 500mg: 500mg (dosis única)	
		500mg/semana
<u>Fluconazol</u>	Cápsulas orales 150 mg: 150 mg (dosis única)	150mg/semana
<u>Itraconazol</u>	Cápsulas orales 150 mg: 200 mg/12 horas (1er día + 200 mg/día (3 días)	100mg/día ó 400mg/mes

Principios generales del tratamiento:

- Los episodios agudos pueden ser tratados con los mismos fármacos que los utilizados en las formas aisladas o episódicas.
- La duración de dichos tratamientos será más larga, hasta 1-2 semanas.
- Para tratar adecuadamente no solo la presencia de *Candida spp* en la vagina, se realizarán tratamientos combinados vaginales, orales y tópicos cutáneos.
- La terapia de mantenimiento, de duración entre 6 y 12 meses, puede también ser realizada con Imidazoles vaginales u orales y tópicos cutáneos.
- El clotrimazol y el itraconazol son los fármacos de elección.

Infecciones por clamidia trachomatis

Adolescentes y adultos	Doxiciclina 100 mg por vía oral 2 veces al día durante 7 días ²⁸ .	Azitromicina 1 g por vía oral en un solo día U Ofloxacina 200–400 mg, por vía oral, 2v/día durante 7 días ¹⁷ .
Gestantes	Azitromicina 1 g por vía oral en una sola dosis	Amoxicilina 500 mg VO, 3 veces al día durante 7 días.

Infecciones por Mycoplasma genitalium

Adolescentes y adultos	Azitromicina 500 g 1 vez/día, seguido de 250 mg 1 vez/día durante los días 2 al 5 (ausencia de resistencia a los macrólidos).	<u>Resistentes a Azitromicina:</u> Tetraciclina 500mg 1/12 hrs + Ciprofloxacina 500mg 1/12 hrs por 10 días. O Doxiciclina 100mg 1/12 hrs por 7 días + Ciprofloxacina 500mg 1/12 hrs por 10 días.
------------------------	--	--

²⁸ Para administrarse sólo si la gonorrea la terapia no incluye Azitromicina.

6.2.16. PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNDROMES DE ITS

Síndromes/ categorías de riesgo	Tratamiento recomendado	Tratamiento alternativo
Síndrome de secreción uretral (SSU)		
En entornos en los que los datos locales de resistencia a los antimicrobianos no están disponibles se recomienda terapia dual para <i>N. gonorrhoeae</i> .		
<i>N. gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona 250 mg, intramuscular, dosis única + Azitromicina 1 gramo, por vía oral, dosis única	Cefixima 400 mg, por vía oral, dosis única + Azitromicina 1 gramo, por vía oral, dosis única
<i>C. trachomatis</i>	Doxiciclina 100 mg, por vía oral, dos veces al día para siete días (a administrarse solo si la terapia contra la gonorrea no funcionó, incluir azitromicina).	Azitromicina 1 gramo, por vía oral, dosis única U Ofloxacina 200–400 mg, por vía oral, dos veces al día durante 7 días. A administrarse solo si la terapia contra la gonorrea no funcionó, incluir azitromicina.
En entornos en los que los datos locales de resistencia a los antimicrobianos confirmen de forma fiable la susceptibilidad de <i>N. gonorrhoeae</i> al agente antimicrobiano, se puede administrar una terapia individual.		
<i>N. gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona 250 mg, intramuscular, dosis única	Cefixima 400 mg, por vía oral, dosis única O Espectinomicina 2 gramos, por vía IM, dosis única (la disponibilidad hace que este antibiótico poco práctico)

Opciones terapéuticas adicionales para infecciones recurrentes o persistentes²⁹.

T. vaginalis	Metronidazol 2 gramos, por vía oral, dosis única	Metronidazol 400 ó 500 mg, dos veces al día durante 7 días.
M. genitalium	Azitromicina 500 mg, por vía oral el día 1, y 250 mg diarios en los días 2 a 5.	

Síndrome de secreción anorectal

Regímenes de tratamiento recomendados para las infecciones anorrectales.

N. gonorrhoeae	Ceftriaxona 250 mg, intramuscular, dosis única + Azitromicina 1 gramo, por vía oral, dosis única	Cefixima 400 mg, por vía oral, dosis única + Azitromicina 1 gramo, por vía oral, dosis única
C. trachomatis	Doxiciclina 100 mg, por vía oral, dos veces al día para siete días (a administrarse solo si la terapia contra la gonorrea no funcionó, incluir azitromicina). O Doxiciclina durante 21 días (para cubrir el recto por si se sospecha o se confirma en NAAT el linfogranuloma venéreo. (sólo se administrará si la terapia dual no incluye azitromicina)	
Sífilis (si presenta úlcera)	Penicilina benzatínica 2,4 millones de unidades por vía intramuscular, dosis única Personas con una prueba de sífilis positiva y sin úlcera: administrar la misma dosis a intervalos semanales para un total de tres dosis.	Doxiciclina 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 14 días. Ampliar el tratamiento a 30 días si la serología de sífilis es positivo.
Herpes genital (si presenta dolor)	Según protocolo descrito en acápite anterior.	

²⁹ El manejo de personas con secreción uretral recurrente o persistente requerirá excluir reinfección. Cuando se ha hecho eso, adicional se puede considerar el tratamiento para M. genitalium y T. vaginalis.

Síndrome de flujo vaginal (SFV)

Infecciones vaginales: Tratamiento para vaginosis bacteriana y trichomoniasis + Terapia para la candidiasis (si clínica característica).

Vaginosis bacteriana	Metronidazol 500 mg por vía oral, 2v/día x 7 días.	Clindamicina 300 mg por vía oral 2 veces al día durante 7 días O Secnidazol 2 g por vía oral en una sola dosis O Tinidazol 2 g por vía oral 1x/día durante 2 días O Tinidazol 1 g por vía oral 1x/día durante 5 días
T. vaginalis	Metronidazol 500 mg por vía oral, 2 veces al día durante 7 días	Tinidazol 2 g por vía oral en una sola dosis O Tinidazol 500 mg por vía oral, 2v/día durante 5 días.
C. albicans	Clotrimazol (tableta vaginal de 100 mg), insertado por 7 noches.	Nistatina (tableta vaginal de 200.000 unidades) insertado por 7 noches.

Infección cervical: Terapia para *N. gonorrhoeae* sin complicaciones + Terapia para *C. trachomatis* (incluye terapia para *M. genitalium*).

<i>N. gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona 250 mg, intramuscular, dosis única + Azitromicina 1 gramo, por vía oral, dosis única	Cefixima 400 mg, por vía oral, dosis única + Azitromicina 1 gramo, por vía oral, dosis única
<i>C. trachomatis</i>	Doxiciclina 100 mg, por vía oral, dos veces al día para siete días (a administrarse solo si la terapia contra la gonorrea no funcionó, incluir azitromicina)	Azitromicina 1 gramo, por vía oral, dosis única U Ofloxacina 200–400 mg, por vía oral, dos veces al día durante 7 días. A administrarse solo si la terapia contra la gonorrea no funcionó, incluir azitromicina.
<i>M. genitalium</i>	Azitromicina 500 mg, por vía oral el día 1, y 250 mg diarios en los días 2 a 5.	

Síndrome de dolor abdominal bajo (SDAB)

En entornos en los que no se dispone de datos locales sobre la resistencia a los antimicrobianos, se sugiere la terapia dual para la gonorrea.

- Terapia para *N. gonorrhoeae* no complicadas +
- Terapia para *C. trachomatis* +
- Terapia para infecciones anaeróbicas

N. gonorrhoeae	<p>Ceftriaxone 250 mg IM dosis única. + Azitromicina 1 gramo oral dosis única + Metronidazol 500 mg por vía oral, 2V/día durante 14 días.</p>	<p>Cefixima 400 mg, por vía oral, dosis única + Azitromicina 1 gramo, por vía oral, dosis única + Metronidazol 500 mg por vía oral, 2V/día durante 14 días.</p>
C. trachomatis	<p>Doxiciclina 100 mg, por vía oral, dos veces al día para 14 días (a administrarse solo si la terapia contra la gonorrea no funcionó, incluir azitromicina).</p>	

En régimen hospitalario	
	<p>Ceftriaxone 250 mg IM dosis única. + Doxiciclina 100mg VO o EV cada 12 horas ○ Tetraciclina 500 mg, VO cada 6 horas + Metronidazol 500 mg por vía oral o endovenosa 2V/día. Mantener tratamiento hasta dos días después de mejoría clínica y siempre debe continuarse con Tetraciclina 500 mg VO cada 6 horas ○ Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas a completar 14 días de tratamiento. Las parejas sexuales deben recibir iguales esquemas de tratamiento.</p>
Para entornos en los que los datos locales de resistencia a los antimicrobianos confirmen de forma fiable la susceptibilidad de <i>N. gonorrhoeae</i> al agente antimicrobiano.	
N. gonorrhoeae	<p>Ceftriaxona 250 mg, intramuscular, única dosis + Metronidazol 400 mg o 500 mg, por vía oral, dos veces al día durante 14 días</p>
Enfermedad de úlceras genitales	
El manejo sindrómico debe incluir el <u>tratamiento de la sífilis</u> (a menos que la persona haya sido tratado por sífilis en los últimos tres meses y se haya mantenido bajo estrictas conductas preventivas sin evidencias de reinfección) y <u>tratamiento para el herpes genital</u> (ver acápite de tratamiento para VHS y sífilis).	

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Accelerating the global Sexually Transmitted Infections response: report on the first informal Think-Tank meeting. Geneva: World Health Organization; 2021. [accessed 06/04/2023]. Available in: [www.https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341678/9789240022591-eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341678/9789240022591-eng.pdf?sequence=1)
- Actions for improved clinical and prevention services and choices: preventing HIV and other sexually transmitted infections among women and girls using contraceptive services in contexts with high HIV incidence. Geneva: World Health Organization; 2020. [accessed 06/04/2023]. Available in: [www.https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/preventing-hiv-sti-among-women-girls-using-contraceptive-services_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/preventing-hiv-sti-among-women-girls-using-contraceptive-services_en.pdf)
- Consejos de salud pública para homosexuales, bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres acerca del reciente brote de viruela símica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023[acceso 06/05/2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/m/item/monkeypox-public-health-advice-for-men-who-have-sex-with-men>,
- Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH, las hepatitis vírales y las ITS para los grupos de población clave. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2023 [acceso 06/04/2023]. Disponible en: [www.https://doi.org/10.37774/9789275326961](https://doi.org/10.37774/9789275326961).
- Enhanced Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme (EGASP): general protocol. Geneva: World Health Organization; 2021 [accessed 09/04/2023]. Available in: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341333/9789240021341-eng.pdf?sequence=1>
- Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2022 [acceso 11/04/2023]. Disponible en: [www.https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361201/9789240053830-spa.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361201/9789240053830-spa.pdf?sequence=1)
- Estrategias y métodos de laboratorio para reforzar la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual 2012. Organización Mundial de la Salud (OMS); 2012. [acceso 06/04/2023]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112857/9789243504476_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria. Informe. Programa de VIH a escala por y para las poblaciones clave. 2023-2025. Ginebra. [internet] oct. 2019 [citado 29 de octubre 2023]. Disponible en: https://www.theglobalfund.org/media/6300/core_keypopulations_technic
- Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021. Accountability for the global health sector strategies 2016–2021: actions for impact. Geneva: World Health Organization; 2021[accessed 11/04/2023]. Available in: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341412/9789240027077-eng.pdf?sequence=1>
- Gobernanza para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis y el virus de la hepatitis B. Descripción general de las responsabilidades y estructuras de validación a nivel nacional, regional y mundial. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2022 [acceso 06/04/2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326367>
- Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2021. [accessed 09/04/2023]. Available in: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342523/9789240024168-eng.pdf?sequence=1>
- Haberland N, Winikoff B, Sloan N, Coggins C, Elias C. Case finding and case management of chlamydia and gonorrhea infections among women: What we do and do not know. New York: Population Council; 1999 [accessed 06/04/2023]. Available in: https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh/496.
- Informe sobre la vigilancia mundial de las infecciones de transmisión sexual, 2018. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2018 [acceso 11/04/2023]. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/stis-vigilancia-2018/en/>.
- Lantero MI, Ochoa R, Joanes J, et al. Plan estratégico nacional para la prevención y control de las ITS-VIH/sida 2014-2018 [Internet]. La Habana: Programa nacional de prevención y control de las ITS-VIH/sida; 2013 [Acceso 06/02/2023] Disponible en: <http://fcbc.cu/intranet/web/uploads/55895996.pdf>
- Lantero MI, Sánchez J, Joanes J, et al. Plan estratégico nacional para la prevención y control de las ITS, el VIH y las hepatitis 2019-2023. La Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba; 2019.

- Marco estratégico de colaboración sobre la resistencia a los antimicrobianos - juntos por «Una sola salud» [Strategic framework for collaboration on antimicrobial resistance – together for One Health]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 [acceso 06/04/2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364218/9789240055841-spa.pdf?sequence=1>
- Molecular diagnostics integration global meeting report. Geneva: World Health Organization; 2020 [accessed 23/04/2023]. Available in: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331708/9789240002135-eng.pdf?sequence=1>
- Pautas para la Vigilancia de las Infecciones de Transmisión Sexual [Internet]. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA); 1999 [acceso 26/04/2023]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc240-sextransminfsurv_es_0.pdf.
- Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en la era de la profilaxis oral previa a la exposición al VIH (PrEP). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2020 [acceso 06/04/2023]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51951/OPSCDEVT200005_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y.
- Pruebas de laboratorio para el virus de la viruela símica: orientaciones provisionales. 2022; publicado en línea el 23 de mayo. [acceso 06/05/2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-MPX-laboratory-2022.1>.
- Segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI) sobre el brote de viruela símica en varios países. 2022; publicado en línea el 23 de julio. [acceso 06/05/2024]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news/item/23-07-2022-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-\(ihr\)-emergency-committee-regarding-the-multi-country-outbreak-of-monkeypox](https://www.who.int/es/news/item/23-07-2022-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-(ihr)-emergency-committee-regarding-the-multi-country-outbreak-of-monkeypox)
- Standard protocol to assess prevalence of gonorrhoea and chlamydia among pregnant women in antenatal care centres. Geneva: World Health Organization; 2018 [acceso 09/04/2023]. Available in: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275846/9789241514675-eng.pdf?sequence=1>
- Target product profile for therapy of diagnosed uncomplicated gonorrhoea. Geneva: World Health Organization; 2020 [acceso 09/04/2023]. Available in: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332249/9789240003811-eng.pdf?sequence=1>

- Villacís Nieto, J. M., Gavilanes Dávila, F. L., Valencia Intriago, A. J., & Jiménez Campusano, J. I. (2021). Diagnóstico y tratamiento de la gonorrea. RECIA- MUC, 5(1), 78-89. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(1\).ene.2021.78-89](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.78-89).
- WHO guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis. Geneva: World Health Organization; 2016. [accessed 06/04/2023]. Available in: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/246165/9789241549714-eng.pdf?sequence=1>
- WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus I. World Health Organization; 2016. [accessed 02/05/2023]. Available in: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250693/9789241549875-eng.pdf?sequence=11>
- WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae. Geneva: World Health Organization; 2021. [accessed 02/05/2023]. Available in: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/246114/9789241549691-eng.pdf?sequence=1>
- WHO guidelines on syphilis screening and treatment for pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2017. [accessed 02/05/2023]. Available in: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259003/9789241550093-eng.pdf?sequence=1>

BASES NORMATIVAS PARA LA VIGILANCIA, ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

6.3. BASES NORMATIVAS PARA LA VIGILANCIA, ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA INMONODEFICIENCIA HUMANA.

6.3.1. PROTOCOLOS PARA LA VIGILANCIA DE VIH

6.3.1.1. Sistema de vigilancia del VIH

6.3.1.1.1. Objetivos

- Identificar la magnitud del VIH.
- Provee datos para la planificación y gestión del programa y definir los recursos.
- Monitorear y evaluar las intervenciones.

6.3.1.1.2. Organización del Sistema de Vigilancia

DEPARTAMENTO NACIONAL ITS/VIH/hepatitis MINSAP

Control de la calidad de los datos introducidos y reportados

LISIDA

- Notifica, asigna el código único de identificación (CI) e introduce en el registro informatizado los casos nuevos
- Estudios de seguimiento a niños expuestos al VIH
- Realiza y reporta a cada provincia y al MINSAP los resultados de los estudios de resistencia transmitida

EQUIPOS PROVINCIALES

- Completar control de foco
- Introducir y actualizar resto de los eventos longitudinales
- Realizar estudios centinelas a PC
- Discusión de los diagnósticos tardíos y fallecimientos
- Evaluación y discusión de los reportes de los Centros de Atención Integral a PVV

SERVICIOS MEDICOS DEL MININT

- Vigilancia y reporte de VIH en personas privadas de libertad a los equipos provinciales donde están enclavadas las instituciones

CENTRO NACIONAL DE PREVENCION

- Reportes trimestrales al MINSAP de:
 - Condones
 - Consejerías
 - Actividades de alcance a PC

IPK

- Informar a las provincias sobre las PVV que se atienden en la institución
- Realizar CD4 y CVP a las provincias Artemisa, Pinar del Rio e Isla de la Juventud
- Estudios de resistencia post tratamiento ARV

DIRECCION NACIONAL DE REGISTROS MEDICOS Y ESTADISTICAS. DEPARTAMENTOS DE ESTADISTICAS CPHEM

- Reportes trimestrales de pruebas realizadas por edad, sexo, color de la piel, género y orientación sexual

6.3.1.1.3. Eventos sujetos a notificación y reporte

- Nuevos diagnósticos de VIH (en cualquier estadio de la infección).
- Evaluación inmunológica inicial (realización y resultado del primer conteo CD4 o CD4 basal) que permite la estadificación inicial.
- Casos sida.
- Fallecimiento de una persona con VIH (a causa del sida o por otras causas).
- Inicio de la terapia antirretroviral con su esquema inicial.
- Cambios de tratamiento antirretroviral (TARV) o esquemas subsecuentes y la causa del cambio.
- Interrupciones de TARV y sus causas
- Evaluación inmunológica y virológica con periodicidad indicada (seguimiento con estudios de CD4 y CV).
- Casos de coinfección VIH/TB y VHB/VHC.
- Comienzo y fin del tratamiento a los casos de hepatitis C crónica.
- Comienzo del tratamiento a los casos de hepatitis B crónica.
- Comienzo y fin de la profilaxis antituberculosa de los nuevos casos de VIH.
- Comienzo y fin del tratamiento anti-tuberculoso.
- Mujeres que viven con el VIH que inician un embarazo (captación) y momento del parto o interrupción del embarazo.
- Mujeres a las que se les diagnostica VIH en cualquier momento de la gestación.
- Seguimiento clínico y de laboratorio de hijos nacidos de mujeres que viven con el VIH.
- Comienzo y fin de la profilaxis a los hijos nacidos de mujeres con VIH.
- Desabastecimiento de productos de salud, drogas antirretrovirales, condones y reactivos.

6.3.1.1.4. Fuentes de información de la vigilancia del VIH

- Registros del Laboratorio de Investigaciones del sida (LISIDA);
- Registro informatizado de VIH/sida;
- Registros de la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud;
 - Mortalidad.
 - Pruebas serológicas por grupos de pesquisa, edad, sexo, genero, color de la piel y orientación sexual.
 - Gestantes captadas.

- Nacimientos.
- Poblaciones estimadas por la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI);
 - Poblaciones clave y prioritarias estimadas.
 - Encuesta de indicadores de prevención de VIH.
 - Encuesta bioconductual.
 - Encuesta a poblaciones clave.
- Registros de los laboratorios de CD4 y carga viral;
- Datos de estudios de resistencia de IPK y LISIDA;
- Portal COMEDICS de EMCOMED;
- Informes de coberturas de condones de EMSUME y EMCOMED.

6.3.1.1.5. *Búsqueda activa de casos, comunicación del diagnóstico y continuidad de la atención*

- La prueba de VIH podrá indicarse en todos los servicios de salud. Las unidades del sistema penitenciario son responsables de la realización de pruebas de VIH al universo de personas que atienden y con la periodicidad establecida;
- Las áreas de salud, municipios y provincias realizarán búsqueda activa de casos en grupos de población clave.
- Toda indicación de prueba de VIH se acompañará del consentimiento del paciente y de información básica sobre los riesgos de adquirir VIH (Consejería pre y post-prueba).

A quiénes indicar prueba de VIH	Periodicidad	¿Dónde?
Parejas sexuales de personas que viven con el VIH o con otras ITS.	Para VIH cada 6 meses hasta un año después de terminada la relación de pareja. Para ITS al diagnóstico del caso, cada 3 meses en el primer año y posteriormente cada 6 meses hasta un año después de terminada la relación de pareja.	CMF, consulta de ITS, servicios de consejería.
Diagnosticados con otras ITS (incluye hepatitis B/C)	Al diagnóstico y posteriormente una vez al año.	CMF, consulta de ITS.
Grupos de población clave (HSH, personas	Cada 6 meses.	CMF, consulta de ITS, servicios de

transgénero, y sus parejas sexuales).	consejería, planificación familiar, servicios externos de hospitales, consultas infanto-juveniles.
Embarazadas, mujeres lactando y sus parejas sexuales.	En los tres trimestres del embarazo. Mensual mientras esté lactando.
Diagnosticados con tuberculosis.	Al diagnóstico de la TB y repetir al concluir el tratamiento anti-TB.
Mujeres usuarias de los servicios de planificación familiar.	Anualmente.
Reclusos	A la entrada, a los 6 meses, anualmente y a la puesta en libertad o egreso.
Hombres y mujeres con riesgo sustancial	Cada 6 meses.
Pacientes con síntomas sugestivos de infección aguda o crónica por VIH.	A juicio médico.
Usuarios PrEP.	Cada tres meses.
Usuarios PEP.	Cada tres meses por 1 año.

6.3.1.1.6. Definiciones de caso

- Caso de VIH en adultos y adolescentes: Cumple con el algoritmo de diagnóstico establecido en el país
- Caso de VIH en niños: Al menos dos PCR con sangre total en papel de filtro positivos, si el niño tiene menos de 18 meses, y el mismo criterio que los adultos, si el niño tiene más de 18 meses.
- Caso de sida en adultos, adolescentes y niños.

**Caso de sida en adultos,
 Diagnóstico de sida en adultos y niños con infección por VIH confirmada. (1)**

Criterios clínicos	Criterios inmunológicos en adultos y niños a partir de los 5 años de edad	Criterios inmunológicos en niños menores de 5 años*
Diagnóstico clínico (presuntivo o confirmado) de cualquier <u>primera</u> afección del estadio 4 en personas con infección por VIH confirmada. Se incluye la tuberculosis pulmonar.	<u>Primer</u> conteo total de CD4 < 200 cel/mm ³ o porcentaje de CD4 < 15 %.	<u>Primera</u> cifra documentada de conteo de CD4 < 15 %.

(1) Adaptado de: Vigilancia de la infección por el VIH basada en la notificación de casos: recomendaciones para mejorar y fortalecer los sistemas de vigilancia del VIH. Washington, D.C.: OPS, 2012.

Infección avanzada por el VIH

Diagnóstico presuntivo o confirmado de cualquier afección en estadios 3 ó 4.	Conteo de CD4<350 cel/mm ³ en adultos y niños con infección por VIH	CD4<25 %
--	--	----------

Clasificación Inmunológica de la infección por VIH

Inmunodeficiencia asociada al VIH	Valores de CD4 relacionados con la edad			
	≤ 11 meses (% CD4)	12-35 meses (% CD4)	36-59 meses (% CD4)	≥ 5 años (valor absoluto por mm ³ o % CD4)
Ninguna o no significativa	≥ 35	> 30	> 25	> 500
Leve	30-35	25-30	20-25	350-499.
Avanzado	25-29	20-24	15-19	200-349
Grave	< 25	< 20	<15	< 200/mm ³ o < 15 %

30

* Adaptado de: Vigilancia de la infección por el VIH basada en la notificación de casos: recomendaciones para mejorar y fortalecer los sistemas de vigilancia del VIH. Washington, D.C.: OPS, 2012.

** Fuente: "Definición de la OMS de caso de infección por el VIH a efectos de vigilancia y revisión de la Estadificación clínica y de la clasificación inmunológica de la enfermedad relacionada con el VIH en adultos y niños". Washington, D.C.: OPS, © 2009

Estadificación clínica de la infección por VIH en: adultos y adolescentes y, niños/as

Asintomático	1
Síntomas leves	2
Síntomas avanzados	3
Síntomas graves	4

Estadificación clínica en: adultos, adolescentes y niños/as**

Para los efectos de esta tabla, en menores de 15 años se utilizan los criterios de estadificación de niños. En adolescentes de 15 y más años se utilizan los criterios para adultos.

Adultos y adolescentes	Niños/as
ESTADÍO CLÍNICO 1	
<ul style="list-style-type: none"> • Asintomático. • Linfadenopatía persistente generalizada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asintomático. • Linfadenopatía persistente generalizada.
ESTADÍO CLÍNICO 2	
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida moderada de peso idiopática (menos de 19 % del peso corporal presumido o medido). • Infecciones recurrentes en las vías respiratorias (sinusitis, amigdalitis, faringitis, otitis media). • Herpes zóster. • Queilitis angular. • Úlceras orales recurrentes. • Erupciones papulares pruriginosas. • Dermatitis seborreica. • Onicomicosis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatoesplenomegilia persistente idiopática. • Erupciones papulares pruriginosas. • Infección extensa por papilomavirus. • Infección extensa por molusco contagioso. • Onicomicosis. • Úlceras orales recurrentes. • Hipertrofia parotídea persistente idiopática. • Eritema gingival lineal. • Herpes zóster. • Infección del tracto respiratorio superior recurrente o crónica (sinusitis, amigdalitis, otitis media, otorrea).

ESTADÍO CLÍNICO 3

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida grave de peso idiopática (más del 10 % del peso corporal presumido o medido). • Diarrea crónica idiopática durante más de un mes. • Fiebre persistente idiopática (mayor de 37, 5° C, ininterrumpidamente o constantes durante un mes). • Candidiasis oral persistente. • Leucoplasia oral vellosa. • Tuberculosis pulmonar. • Infecciones bacterianas graves como: neumonía, empiema, piomiositis, artritis meningitis, bacteriemia). • Estomatitis, gingivitis, periodontitis ulcerativa necrotizante aguda. • Anemia (< 8 g/dl), neutropenia (< 0,5 x 10⁹ l) o trombocitopenia crónica (< 50 x 10⁹ l) idiopática. | <ul style="list-style-type: none"> • Desnutrición moderada idiopática que no responde adecuadamente al tratamiento estándar. • Diarrea idiopática persistente (≥ 14 días). • Fiebre idiopática persistente (>37,5° C, intermitente o constante, durante más de un mes). • Candidiasis oral persistente (a partir de las 6 a 8 semanas de vida). • Leucoplasia oral vellosa • Gingivitis/ periodontitis ulcerativa necrotizante aguda. • Tuberculosis ganglionar. • Tuberculosis pulmonar. • Neumonía bacteriana grave recurrente. • Neumonitis intersticial linfoide sintomática. • Enfermedad pulmonar crónica asociada al VIH (incluyendo bronquiectasias). • Anemia (< 8 g/dl), neutropenia (< 0,5 x 10⁹ l) o trombocitopenia crónica (< 50 x 10⁹ l) idiopática. |
|---|---|

ESTADÍO CLÍNICO 4

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de consunción por VIH. • Neumonía por <i>Pneumocystis</i>. • Neumonía bacteriana grave recurrente. • Infección crónica por herpes simple (oro-labial, genital o anorectal de más de un mes de duración o visceral de cualquier duración). • Candidiasis esofágica (o candidiasis de la tráquea, los bronquios o los pulmones). • Tuberculosis extrapulmonar. • Sarcoma de Kaposi. • Infección por citomegalovirus (retinitis o infección de otros órganos). • Toxoplasmosis del sistema nervioso central. • Encefalopatía por VIH. • Criptococosis extrapulmonar (incluyendo meningitis). • Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas. • Leucoencefalopatía multifocal progresiva. • Criptosporidiosis crónica. • Isosporidiosis crónica. • Micosis sistémica (histoplasmosis extrapulmonar, coccidioidomicosis). • Septicemia recurrente (incluyendo la <i>Salmonella</i> no tifoidea). • Linfoma (cerebral o de células B no-Hodgkin). • Carcinoma cervical invasivo. • Leishmaniasis atípica diseminada. • Nefropatía sintomática asociada al VIH o miocardiopatía asociada al VIH. | <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de consunción grave idiopático, retraso del crecimiento o desnutrición grave que no responde al tratamiento estándar. • Neumonía por <i>Pneumocystis</i>. • Neumonías bacterianas graves recurrentes (empiema, piomiositis, osteomielitis, artritis meningitis, excluyendo neumonía) Infección crónica por herpes simple (oro-labial o cutánea de más de un mes de duración, visceral de cualquier duración). • Tuberculosis extrapulmonar. • Sarcoma de Kaposi. • Candidiasis esofágica (o candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar). • Toxoplasmosis del sistema nervioso central (después del período neonatal). • Criptococosis extrapulmonar (incluyendo meningitis). • Micosis endémica diseminada por micobacterias no tuberculosas. • Criptosporidiosis crónica. • Isosporidiosis crónica. • Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas. • Linfoma no-Hodgkin de linfocitos B o cerebral. • Leucoencefalopatía multifocal progresiva. • Nefropatía asociada al VIH o miocardiopatía al VIH. |
|--|--|

Fallecidos por sida a cualquier edad:

Toda persona que al momento del fallecimiento tenga una enfermedad oportunista de estadio 3 ó 4, o que inmunológicamente clasifique como sida. Se descartan las muertes por causas ajenas al sida como accidentes, suicidio u otras situaciones o enfermedades no contenidas en la clasificación de sida OMS, 2010; siempre y cuando no tenga inmunodepresión grave en el caso de estas últimas.

Definición de los grupos de pesquisa:

- **Captado:** se clasifican como tal las pruebas que se indican a: 1) las personas dispensarizadas por conducta sexual de riesgo en su CMF; 2) aquellas que, en cualquier unidad de salud, el médico que las atiende considera han estado en riesgo; 3) las pruebas indicadas como parte de exámenes médicos de otras patologías; 4) los que solicitan un chequeo general y se incluye el VIH.
- **Instrucción:** se clasifican como tal las pruebas de VIH realizadas a detenidos en unidades de la PNR en proceso de instrucción.
- **Terreno:** se clasifican como tal las pruebas de VIH realizadas en actividades comunitarias de Hazte la prueba.
- **Planificación familiar:** se clasifican como tal las pruebas: 1) pruebas de VIH indicadas a mujeres como parte del chequeo para interrupciones de embarazo; 2) las indicadas en las consultas de planificación familiar por otras razones.
- **Espontáneo confidencial:** se clasifican como tal las pruebas de VIH indicadas a personas que solicitan al médico o consejero que les indique la prueba de VIH y dan sus datos personales.
- **Espontáneo anónimo:** se clasifican como tal las pruebas realizadas a aquellas personas que piden hacerse la prueba al VIH, pero no quieren que se conozcan sus datos personales. Solo podrán realizarse este tipo de pruebas en consejerías anónimas. Se identifican por un código que va al laboratorio que las procesa y con el mismo se registra.
- **Contacto:** se clasifican como tal las pruebas de VIH realizadas a las parejas sexuales de personas que viven con VIH.
- **ITS:** se clasifican como tal las pruebas realizadas a personas con otras ITS, sus contactos y asociados.
- **Donantes:** se clasifican como tal las pruebas de VIH realizadas a las donaciones de sangre.

- **Emigrantes:** se clasifican como tal las pruebas de VIH realizadas a personas en trámites migratorios hacia países que la exigen
- **Extranjeros:** personas de otra nacionalidad a las que se le indica prueba de VIH
- **Gestantes y mujeres lactando:** como parte del protocolo de prevención de la transmisión materno-infantil (TMI).
- **Parejas sexuales de gestantes y mujeres lactando:** se clasifican como tal las pruebas de VIH que se realizan a las parejas de las embarazadas y mujeres lactando, como parte del protocolo de prevención de la TMI.
- **Ingresos:** se clasifican como tal las pruebas de VIH realizadas a pacientes ingresados en hospitales.
- **Trasplantes de órganos:** se clasifican como tal las pruebas de VIH realizadas a órganos dentro del programa de trasplantes.
- **Hemofílicos:** hemofílicos como parte de su seguimiento periódico en servicios de hematología.
- **Nefrópatas:** pacientes renales crónicos que reciben atención en servicios de hemodiálisis.
- **Tuberculosis:** se clasifican como tal las pruebas de VIH que se realizan a pacientes diagnosticados con tuberculosis.
- **Reclusos:** las pruebas de VIH que se realizan a personas privadas de libertad.

6.3.1.1.7. Procedimientos para el estudio y seguimiento de las parejas sexuales

- Las parejas sexuales pueden ser notificadas directamente por la persona a sus parejas o por derivación pasiva a la enfermera de ITS-VIH y hepatitis del policlínico; la que hará la localización y estudio en un término no mayor de 30 días;
- Se ofrecerá información y consejería previa y posterior a la prueba, independientemente del resultado de la misma;
- Si entre las parejas declaradas se encuentra una **gestante**, su derivación al lugar de residencia se considerará una **urgencia epidemiológica** y se entregará personalmente a la enfermera de ITS/VIH y hepatitis del policlínico en cuestión.

Seguridad y confidencialidad de los datos

Consideraciones éticas

- Los profesionales de la salud tienen la obligación ética de manejar los datos bajo estricta confidencialidad.
- Se utilizará solo para los fines designados.
- Los directores de salud son los responsables de tramitar cualquier reclamación relacionada con violaciones de la confidencialidad y responder a la persona reclamante.

Confidencialidad y seguridad de los datos

- Datos en entornos seguros, con acceso solo al personal autorizado
- Clave de acceso al registro informatizado solo para los especialistas provinciales y municipales responsables de los datos de vigilancia
- Será responsabilidad de los jefes de equipos municipales y provinciales de ITS-VIH y hepatitis todo el sistema de almacenamiento de datos
- Las exportaciones son de uso restringido, no se transmiten por correo electrónico y bajo ningún concepto se entregarán copias íntegras de la misma a terceras personas

6.3.2. DIAGNOSTICO DE VIH

- El laboratorio que procesa las muestras, revisa los resultados antes de entregarlos a la unidad de salud de la que proceden las muestras.
- Una vez en la unidad de salud (policlínico, hospital, otras) los resultados regresan, en el modelo de solicitud inicial, por las vías establecidas en cada lugar, al médico que indicó el examen.
- El médico informará al paciente el resultado de su estudio cumpliendo las normas de confidencialidad.

Todos los laboratorios de la red que realizan pruebas serológicas para diagnóstico de VIH deben seguir los siguientes procedimientos para la toma y transportación de las muestras.

Responsabilidades generales:

- El jefe del laboratorio, de todos los niveles, organizará, controlará y supervisará el trabajo que realizan los especialistas y técnicos en el cumplimiento de los procedimientos de trabajo en las diferentes etapas.
- Los Centros Provinciales de Higiene, Epidemiología y Microbiología son responsables del aseguramiento logístico, así como supervisar, controlar y asegurar la calidad del financiamiento y el cumplimiento de los procesos.
- El LISIDA es responsable de brindar asesoría técnica, así como de realizar visitas de auditoría y control para verificar el cumplimiento de los procedimientos establecidos y la calidad de los resultados.

Centro de extracción:

1. Revisar que cada muestra esté correctamente identificada y que se encuentre acompañada de la solicitud individual emitida por el médico que indicó el examen con los siguientes datos: fecha de entrada, fecha de extracción de la muestra (consultorio, hospitalares, consulta externa, etc.) y observaciones.
2. Que cumplan con los requisitos establecidos para aceptación de muestras y de buenas prácticas (no estar derramadas, volumen suficiente para la realización de los ensayos ($\pm 200 \mu\text{l}$), no estén lipémicas, hemolíticas, ni contaminadas,
3. Disponer de un registro de entrada (puede ser electrónico) para anotar toda la información.
4. Si es necesario su almacenamiento se realizará a temperatura de 2°C a 8°C por no más de tres días y a <20 grados centígrados hasta un mes, evitando los ciclos de congelación y descongelación.
5. Enviar diariamente las muestras al laboratorio que realiza la técnica y recoger los resultados con igual periodicidad.

Laboratorio SUMA municipales:

1. Recepcionar las muestras procedentes de los centros de extracción con los listados duplicados, donde se refleje toda la información referente al paciente acompañado de las indicaciones del médico que solicita el ensayo.
2. Revisar que las muestras cumplan con los criterios de aceptación.
3. Procesar las muestras aplicando el algoritmo correspondiente.

4. Enviar la muestra para confirmación de casos, acompañada de la encuesta epidemiológica.
5. Conservar la totalidad de muestras reactivas congeladas a temperatura entre -10° C y 20° C durante un año, así como la copia dura y electrónica de la documentación que la respalda.

Laboratorios de Centros Provinciales de Higiene, Epidemiología y Microbiología:

1. Recepcionar las muestras para confirmar revisando que se cumplan con los criterios de aceptación.
2. Procesar las muestras, aplicando el algoritmo establecido para ese nivel.
3. Confeccionar la historia serológica y enviarla a LISIDA para asignación del número de caso índice.
4. Controlar la participación de los laboratorios SUMA municipales en el programa de evaluación externo de la calidad (PEEC).
5. Conservar la totalidad de las muestras reactivas congeladas a temperatura entre -10° y 20° grados centígrados durante dos años, así como la copia dura y electrónica de la documentación que la respalda
6. En los CPHEM se procesan las muestras que reciben de sus municipios y de esta forma concluyen el diagnóstico confirmatorio de VIH, para ello cuentan con los recursos humanos y materiales necesarios.
7. Las muestras que resulten reactivas al VIH-2 deberán ser enviadas a LISIDA junto con el resumen de historia serológica para confirmar VIH-2 y asignar el número de caso índice.

Laboratorio de investigaciones sobre sida LISIDA:

1. Recepcionar las muestras para confirmar VIH-2, seguimiento de los niños nacidos de madres seropositivas al VIH y otras que requieran ensayos moleculares u otras técnicas diagnósticas confirmatorias revisando que cumplan con los criterios de aceptación.
2. Asignación de caso índice a las historias serológicas recibidas de los CPHEM.
3. Brindar asesoría a las provincias para la confirmación de casos discordantes.
4. Evaluar y controlar los resultados del programa de evaluación externa de la calidad (PEEC) emitidos por los laboratorios de la red SUMA y los de carga viral.
5. Procesar y dar resultados al MINSAP de las investigaciones realizadas ante quejas y reclamaciones de inconformidades del diagnóstico de VIH.

Requisitos generales para la realización de ensayos a todos los niveles:

1. Que las muestras cumplan con los requisitos documentales de almacenamiento en tiempo y temperatura.
2. Que los métodos analíticos se encuentren documentados,
3. Utilizar protocolos de trabajo para la realización de los ensayos
4. Utilizar los diagnosticadores durante el período de validez.

Requisitos generales para la emisión de los resultados de los ensayos:

1. El laboratorio que procesa las muestras revisa los resultados antes de entregarlos a la unidad de salud, de las que proceden las muestras.
2. Una vez en la unidad de salud (policlínicos, hospital, otras) los resultados regresan, en el modelo de solicitud inicial, por las vías establecidas en cada lugar, al médico que indicó el examen.
3. El médico informará al paciente el resultado de su estudio cumpliendo las normas de confidencialidad.

6.3.2.1. Tiempos de respuesta de los laboratorios de diagnóstico

1	Los laboratorios SUMA municipales tienen tres días como tiempo máximo para la realización de los ensayos y solicitar muestra confirmatoria.
2	Los laboratorios SUMA municipales tienen tres días como tiempo máximo para enviar al CPHEM la muestra y encuesta que solicitó.
3	Los Centros Provinciales de Higiene, Epidemiología y Microbiología cuentan con tres días hábiles para la confirmación de las muestras, elaborar la documentación y enviar a LISIDA.
4	LISIDA asignará caso índice a la documentación recibida de las provincias y reportará al MINSAP en la misma semana estadística que recibió de las provincias.

6.3.2.2. Niños menores de 18 meses expuestos al VIH

Deben ser estudiados precozmente en el primer mes de nacidos. Tener presente que, al nacer el 100 % de estos niños son positivos por ELISA y pruebas rápidas a causa de los anticuerpos maternos pasivamente adquiridos, los que comienzan a declinar a los 12 meses y pueden persistir hasta quince o dieciocho meses.

Diagnóstico positivo solo puede ser confirmado a través de pruebas directas de detección, es decir, **pruebas virológicas** o mediante **pruebas moleculares**, fundamentalmente la **reacción en cadena de la polimerasa** (PCR, por sus siglas en inglés).

Figura 1. Algoritmo para el diagnóstico de VIH en adultos y niños mayores de 18 meses.

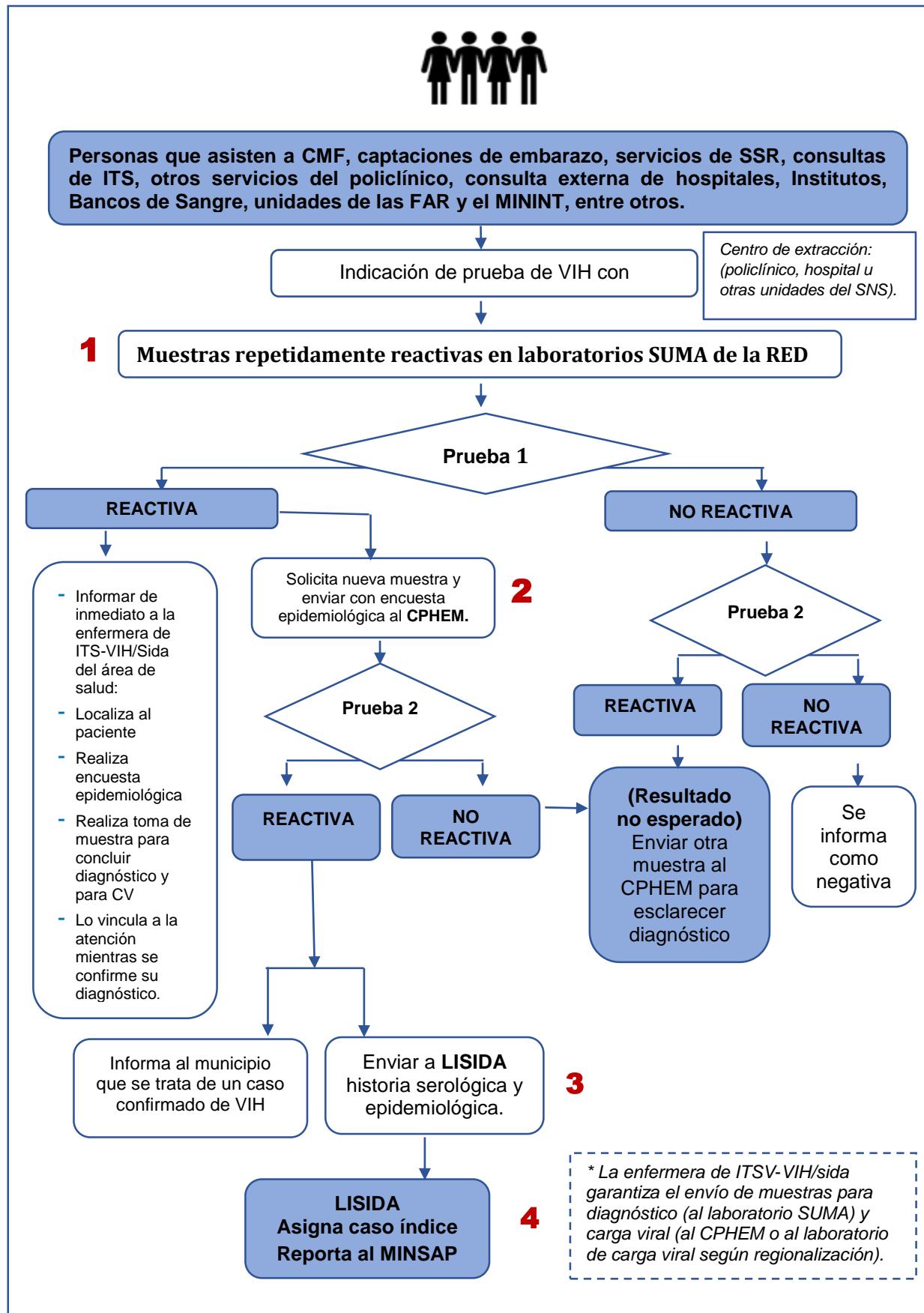
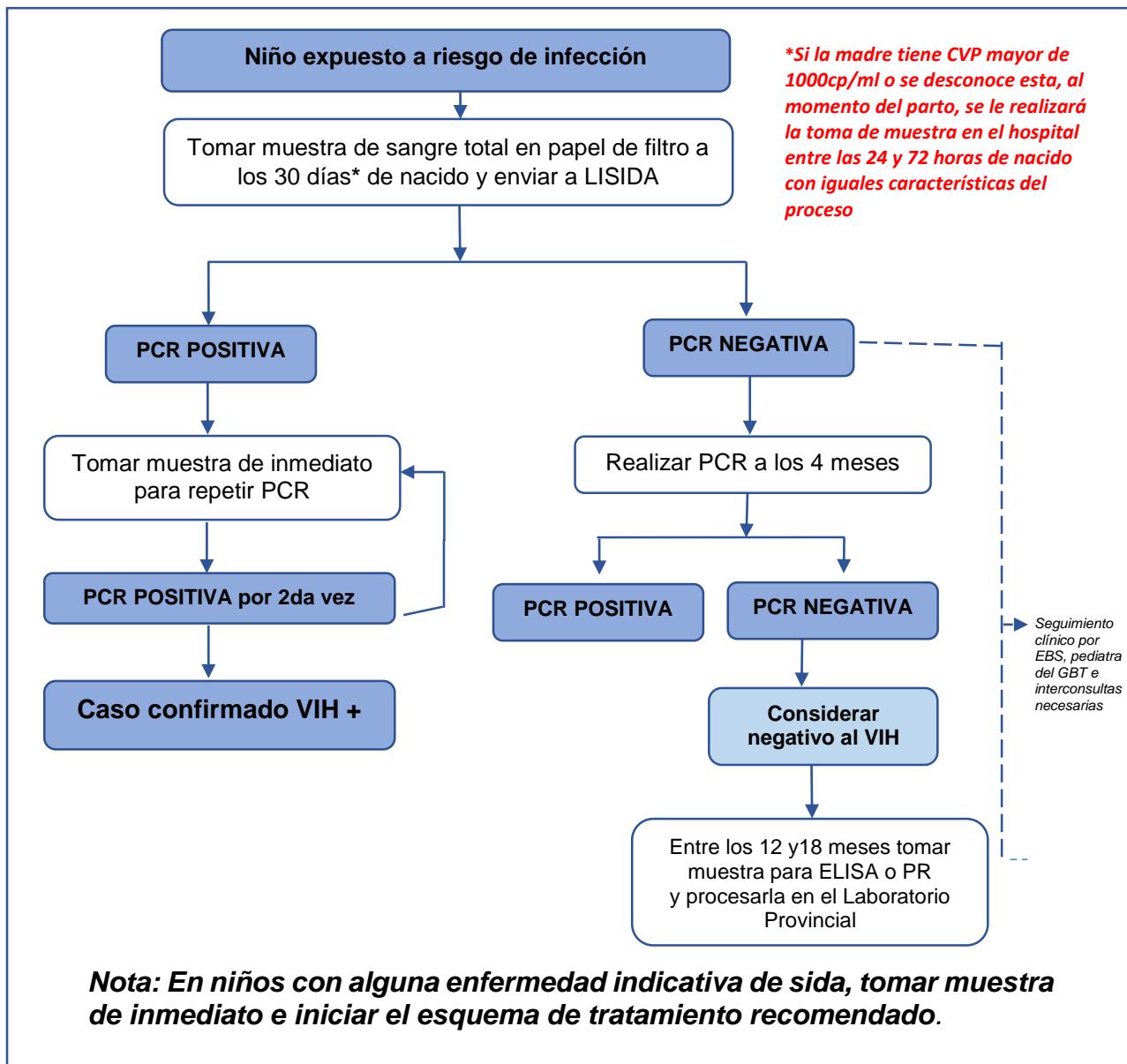


Figura 2. Algoritmo para el diagnóstico de VIH en niños menores de 18 meses



Procedimiento para la recolección de la muestra para la realización del PCR para el diagnóstico de VIH en niños menores de 18 meses, gestantes serodiscordantes y casos de difícil diagnóstico serológico*

NO USAR SANGRE DEL TALÓN. USAR SANGRE TOTAL OBTENIDA POR VÍA VENOSA

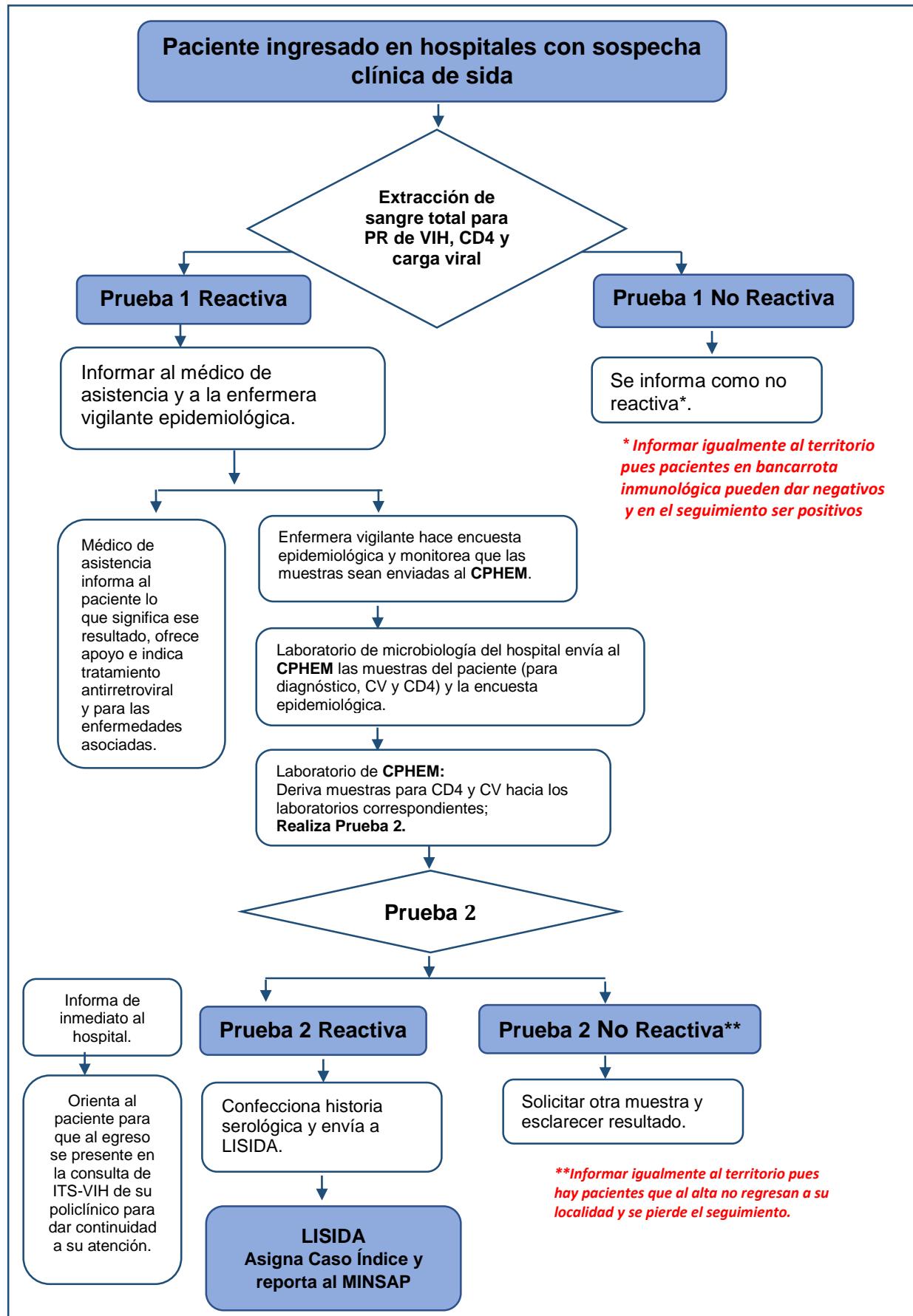
1. Colecte 5 mL de sangre total mediante punción venosa y añádala en tubos estériles con ácido etilendiaminotetraacético (EDTA) como anticoagulante. **Las muestras anticoaguladas con heparina NO pueden procesarse con esta prueba.**
2. Tome una tarjeta de sangre seca en papel de filtro (SSPF) por paciente para fijar la sangre anticoagulada y escriba en el papel correspondiente a la información de la muestra, los datos generales del paciente (nombres y apellidos, carnet de identidad, nombre de la madre, fecha de nacimiento, fecha de toma de la muestra).
3. Aplique un mínimo de 70 µL de sangre total dentro de cada círculo delineado en la tarjeta de muestras de SSPF. Se recomienda preparar un mínimo de 3 discos de papel por cada muestra de paciente.
4. Asegúrese de que ambas caras del papel están saturadas y de que el círculo delineado está completamente cubierto.
5. Coloque la tarjeta para muestras SSPF sobre una gradilla de secado o sobre una superficie plana y deje que la tarjeta se seque a temperatura ambiente (18-25°C) durante al menos 4 horas (como máximo toda la noche), sin exponer la tarjeta a la luz solar.
6. Almacene las tarjetas de SSPF en bolsas resellables individuales con una bolsa desecante y protegidas de la luz solar.
7. Las tarjetas de SSPF se transportarán hacia LISIDA en un rango de temperatura de 2-25°C, cumpliendo con las normas de empaquetado y etiquetado relativos al transporte de muestras y agentes biológicos.

6.3.2.3. Pacientes ingresados en hospitales en los que se sospeche infección por VIH o sida

La enfermera vigilante epidemiológica será informada del caso, realizará la encuesta epidemiológica y contactará con el CPHEM para conocer resultado de las pruebas realizadas en el menor tiempo posible, además informará al paciente y pondrá en conocimiento del territorio para poder disponer de la terapia de manejo precoz y de seguimiento a las muestras enviadas al CPHEM por el equipo ITS/VIH/hepatitis del municipio.

*Fuente: Documento elaborado por el laboratorio de referencia LISIDA para el PEN 2024-2028

Figura 3. Algoritmo diagnóstico de infección por VIH en pacientes ingresados con sospecha de sida



6.3.3. ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH (PVV)

La Atención Primaria de Salud continúa siendo el eje fundamental en el cual se sustenta la atención a las PVV, por lo que el ingreso al sistema de salud se efectuará en el Consultorio Médico de Familia (CMF) al que pertenezca el paciente.

Debe estar encaminada a promover la asistencia médica temprana, inicio precoz de tratamiento antirretroviral, la profilaxis, el diagnóstico y tratamiento temprano de las comorbilidades y coinfecciones, contribuyendo así a disminuir la enfermedad avanzada (sida) y esta como problema de salud pública en el país para el 2030.

Tabla 1. Aspectos contemplados en la atención integral a PVV.

Aspectos contemplados en la atención integral a PVV			
Consultas			
Primera consulta (CMF o policlínico)		Seguimientos	
Dispensarización	Indicar complementarios:	Evaluación según grupo dispensarial	Indicar complementarios:
Anamnesis y exploración de hábitos tóxicos			
Examen físico completo	Carga viral, CD4, estudios hemoquímicos, serología para sífilis Ag hepatitis B y Ac hepatitis C, IgG toxoplasma	Examen físico completo cada consulta	Carga viral 2 v /año. CD4, al diagnóstico y 1v/año. estudios hemoquímicos, serología para sífilis Ag hepatitis B y Ac hepatitis C
Evaluación de otras ECNT y sus tratamientos	Rx tórax, Ultrasonido Abdominal, Prueba de tuberculina	Evaluación Nutricional 1 vez al año	Rx. tórax, Ultrasonido Abdominal todos 1v/año
Evaluación y consejería Nutricional			
Proponer inicio precoz TAR			
Actualización esquema de vacunación y citología orgánica (mujeres)			
Descartar antecedentes de otras ITS y TB (para inicio de la profilaxis o tratamiento)			
Derivación a otros servicios de ser necesarios			
Especialista designado para la atención a PVV			
Evaluar complementarios realizados			
Inicio de TAR (esquema de primera línea) y con evaluación de las redes de apoyo, previa prueba de resistencia en niños			
Evaluar si las parejas sexuales negativas del paciente son elegibles para PrEP y derivarlas al servicio			

Indicar profilaxis para la TB y enfermedades oportunistas
Pesquisa clínica de Tb en cada consulta (examen de los 4 síntomas: pérdida de peso, sudoraciones nocturnas, fiebre y tos)
Evaluar de forma diferenciada los pacientes con coinfecciones VHC, VHB o TB
Realizar cambios de TARV si fuera necesario, discutidos en la Comisión Provincial o Nacional según corresponda,
Evaluar las embarazadas según escenarios e indicar el tratamiento previa prueba de resistencia (PGR)
Evaluar citología orgánica: realizarla con independencia de la edad, al menos 1 vez al año con colposcopia .

**MONITOREO
DE LA
CARGA VIRAL
PLASMÁTICA**

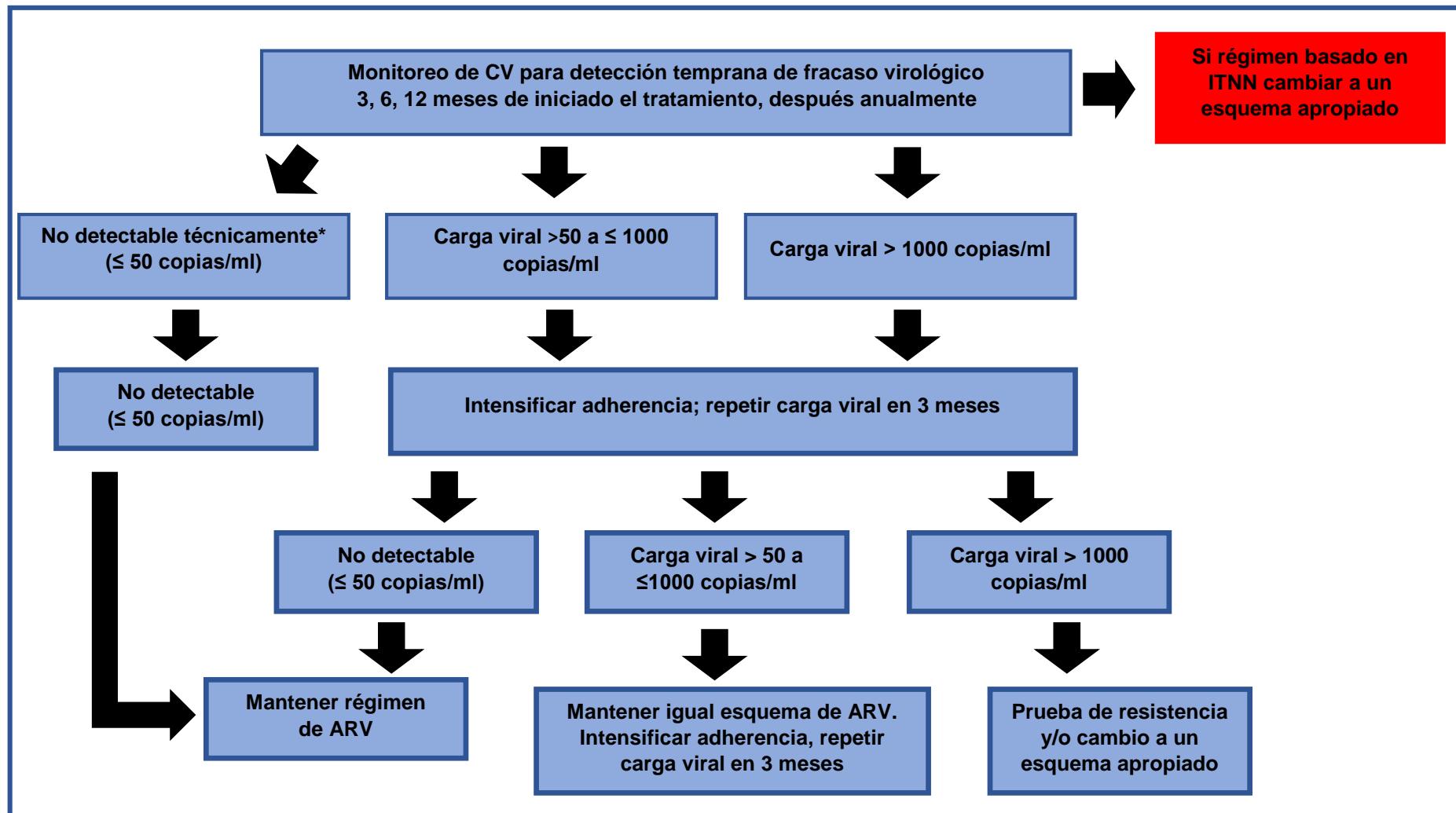
- Factor esencial para evaluar eficacia o fracaso de la terapia.
- Con adecuada adherencia se alcanza la supresión viral ($<200 \text{ cp./ml}$) *, entre tres y seis meses de iniciado el TARV. La supresión viral influye en el alcance de valores óptimos de carga viral comunitaria.
- PVV con buena adherencia, recuperación de CD4 (+350cel/ml) y supresión virológica, el seguimiento será anual, de no alcanzarse estos resultados se realizará cada 6 meses, así como ante cambios en el TARV,

Nota: *Desde el punto de vista técnico, la totalidad de pacientes con tratamiento deberán alcanzar valores de carga viral inferiores a las 50 copias

**MONITOREO
DEL
RECUENTO
DE CD4**

- La determinación del recuento de CD4 se utiliza para la estadificación Cíncico-inmunológica de las PVV.
- Constituye factor determinante para el inicio de la profilaxis de enfermedades oportunistas.
- Se recomienda realizarlo con una frecuencia anual con CVP suprimida.

Figura 4. Monitoreo de la respuesta al tratamiento por carga viral.



Fuente: Elaborado por los autores para el PEN 2024-2028.

6.3.3.1. Determinación de Fallo clínico, virológico o inmunológico

Fallo clínico en adultos y adolescentes:

Evento clínico nuevo o recurrente que indique inmunodeficiencia severa (estadio 4 de la OMS) que se presenta 6 meses después de iniciado un tratamiento antirretroviral efectivo.

Fallo clínico en niños:

Evento clínico nuevo o recurrente que indique inmunodeficiencia avanzada o severa (estadios 3 y 4 de la OMS a excepción de TB) que se presenta 6 meses después de iniciado un tratamiento antirretroviral efectivo.

Fracaso virológico en adultos, adolescentes y niños:

Imposibilidad para lograr o mantener niveles de carga viral < de 200 cp/ml en dos determinaciones consecutivas en pacientes con 6 meses o más de iniciado un esquema de TARV.

Fallo inmunológico en adultos y adolescentes:

Conteo de CD4 cae a nivel del valor de CD4 basal por debajo o niveles persistentes de CD4 por debajo de 100 cel/mm³.

Fallo inmunológico en niños:

- Menores de 5 años: Niveles persistentes de CD4 por debajo de 200 cel/mm³ o < 10 %.
- Mayores de 5 años: Niveles persistentes de CD4 por debajo de 100 cel/mm³.

6.3.4. PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH

Durante la gestación se realizará la prueba de VIH:

- En los tres trimestres a todas las gestantes y sus parejas sexuales;
- De no declarar pareja o negarse ésta a realizarse los estudios la gestante será chequeada mensualmente;
- Ante una prueba de VIH positiva se procederá con el algoritmo de diagnóstico establecido;

- Al realizar la segunda muestra se hará la extracción para carga viral y prueba de resistencia pre tratamiento;
- En el caso de dar negativa esta segunda muestra se solicitará otra para esclarecer resultado;
- Test rápido ante parto con énfasis en las gestantes que llegan en periodo expulsivo.

6.3.4.1. Protocolo de atención a la gestante seropositiva al VIH. Parto y VIH

Escenarios en los que se presenta la gestante seropositiva al VIH.

Diferentes escenarios en los que se presenta la gestante infectada por el VIH		
ESCENARIO No. 1.	Seropositiva conocida que se le capta el embarazo.	<p>1a.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No tenía tratamiento ARV antes de embarazarse. * - Iniciar tratamiento antirretroviral con esquema preferente de primera línea (Dolutegravir + Tenofovir + Lamivudina) del país - Ingreso en hogar materno para evaluación, seguridad en la continuidad del TAR; y valorar alta según resultados de su CV (< 50 cps) - Mantener el tratamiento antirretroviral de por vida; - En caso de mantener CV \geq 1000 copias/ml a las 12 semanas de haber iniciado el TAR, realizar estudio de resistencia y evaluar la adherencia, para cambio de esquema. <p>* Perdida de observación, negada a TAR, otras razones.</p>
ESCENARIO No. 2.	Gestante seropositiva multitratada con exposición previa a esquemas recomendados y hay evidencias de fracasos virológicos.	<p>1b. Tenía tratamiento ARV antes de embarazarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener el mismo esquema terapéutico si su carga viral presenta cifras inferiores a las 1000 copias/ml. De presentar cifras \geq 1000 copias/ml, indicar estudio de resistencia para cambio a esquema adecuado, control de la adherencia.
ESCENARIO No. 3.	Embarazada que se diagnostica a partir de las 24 semanas de gestación.	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio de resistencia; - Iniciar tratamiento antirretroviral inmediatamente con esquemas recomendados preferentes que contengan Dolutegravir. Tener en cuenta el resultado del estudio de resistencia; - Seguimiento estricto de la adherencia; - Ingreso en hogar materno hasta que la CV alcance niveles inferiores a las 50 copias y seguridad en la continuidad del TAR

ESCENARIO No. 4.	<p>Seronegativa que en cualquier momento del embarazo tenga una pareja seropositiva al VIH.</p> <p>Alto riesgo de infección durante el embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar su evaluación personalizada e interdisciplinaria y seguimiento estrictos; - Vigilar aparición de signos y/o síntomas de retrovirosis aguda y ante sospecha de infección aguda realizar carga viral de inmediato; - Seguimiento mensual en su provincia con Prueba rápida de cuarta generación (antígeno-anticuerpo) o ELISA de cuarta generación hasta el final del embarazo; - Incorporar a la gestante en programa para uso de la PrEP estrictamente observada por su EBS; - Seguimiento en consejería de ITS-VIH/sida del policlínico; - Promoción del uso del condón; - Evaluación a la pareja sexual por el especialista designado para la atención a personas con VIH: - Si tiene TAR y presenta carga viral \leq 1000 copias/ml: mantener igual tratamiento y observación estrecha del caso; - Si tiene TAR y presenta carga viral \geq 1000 copias/ml: evaluar con la comisión de discusión de tratamiento, evaluar adherencia y realizar prueba de resistencia previo cambio de esquema. - Si no está recibiendo TAR iniciar tratamiento con los esquemas recomendados hasta lograr la supresión viral.
ESCENARIO No. 5.	<p>Seronegativa que tenga o inicie relaciones con una pareja seropositiva y esté lactando.</p> <p>Alto riesgo de infección durante la lactancia materna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realización de VIH mensual mientras este lactando; - Incorporar a la mujer lactando en programa para uso de la PrEP estrictamente observada por su EBS; - Evaluación multidisciplinaria incluyendo conducta social aceptable.

6.3.4.2. Funciones

6.3.4.2.1. Equipo básico de salud y obstetra del Grupo Básico de Trabajo (GBT)

- Garantizarán que la gestante con VIH sea evaluada mensualmente por el especialista designado para la atención a personas con VIH
- Evaluará la inclusión de su pareja (si es seronegativa) a regímenes de PrEP
- Embarazadas que tengan carga viral superior a las 50 copias, se garantizará su ingreso en hogar materno, previo consentimiento de la misma, hasta que su carga viral se encuentre indetectable
- De no tener las condiciones o negarse al ingreso en el Hogar Materno, será ingresada en su hogar, garantizando en cualquiera de los escenarios posibles,

que el tratamiento será estrictamente observado por el EBS para la garantía de la adherencia;

- Coordinarán con los especialistas correspondientes, de la Atención Secundaria de Salud, el ingreso para la culminación del embarazo, según cesárea o parto transpelviano, de acuerdo a las condiciones de cada gestante (buena adherencia TAR, carga viral no detectable antes y durante la gestación, edad gestacional mayor o igual a 34 semanas, presentación cefálica del feto),
- De conjunto con Neonatología, decidirán la indicación o suspensión de la lactancia materna y garantizarán que el bebé reciba lactancia artificial cuando sea necesario.

6.3.4.2.2. Especialista designado para la atención a personas que viven con el VIH

- Indicará tratamiento antirretroviral inmediatamente que se diagnostique el VIH;
- Evaluará mensualmente a la totalidad de gestantes con VIH y retroalimentará al ginecobstetra del GBT y al médico del consultorio;
- Indicará y controlará que sean realizados conteos de CD4 y carga viral en los tres trimestres del embarazo y evaluará, de conjunto con el médico de familia y profesor del GBT, la conducta a seguir para lograr que la carga viral sea indetectable;
- Remitirá a las embarazadas con hepatitis B y/o TB hacia las instituciones establecidas para su seguimiento;
- Evaluará mensualmente a las gestantes y mujeres lactando NEGATIVAS al VIH con pareja sexual SEROPOSITIVA al VIH –pareja serodiscordante– y hará cumplir lo establecido para el seguimiento de las pacientes que se encuentren en estos escenarios. Controlará su seguimiento en el servicio de PrEP.
- Los hombres con VIH que son pareja de embarazadas o mujeres lactando seronegativas serán seguidos en su carga viral mientras dure el embarazo o la lactancia.

6.3.4.3. Atención a la gestante seropositiva en el momento del parto

- Ingreso en el hospital que le corresponda por regionalización.
- Se recomendará la realización de cesárea electiva, entre las semanas 37 y 38 semanas, o el parto transpelviano (**buena adherencia TAR, carga viral no detectable antes y durante la gestación, edad gestacional mayor o igual a 34**

semanas, presentación cefálica del feto), incluyendo el consentimiento informado de la gestante y su pareja sexual

- Durante el trabajo de parto NO suspender el tratamiento antirretroviral;
- La inducción del parto no está contraindicada, pero se debe limitar a casos con pronóstico favorable de parto (por condiciones cervicales, paridad, peso fetal estimado), y siempre que se cumplan el resto de los criterios para el parto vaginal. Evitar las manipulaciones cervicales durante el proceso;
- Ante cualquier patología materna o fetal recomendamos realizar cesárea electiva.

6.3.4.3.1. Medidas a aplicar durante el seguimiento del trabajo de parto por vía vaginal para minimizar el riesgo de transmisión vertical:

- Evitar maniobras invasivas (rotura artificial de membranas, parto instrumentado, episiotomía);
- En caso de necesidad de parto instrumentado usar espátulas o fórceps (no fórceps rotadores);
- Lavar al niño inmediatamente después del parto y siempre antes de administrar cualquier tratamiento parenteral.

6.3.4.4. Condiciones en las que deberá utilizarse Zidovudina intravenosa

- La embarazada se diagnosticó con VIH en el último trimestre y no se logró llevar la carga viral a valores indetectables;
- La embarazada recibió tratamiento antirretroviral pero no se dispone del resultado de su carga viral;
- En embarazadas que se les presenta el parto antes de las 35 semanas;
- En embarazadas que presentan rotura prematura de membranas, fiebre o sangramiento durante el parto.

Administración de Zidovudina por vía IV

- 
- Iniciar 3 horas antes del inicio de la cesárea a razón de 2 mg x kg en la 1^a. hora, seguida de una infusión continua de 1 mg x kg por hora hasta la ligadura del cordón umbilical.
 - La infusión se diluye en suero glucosado al 5% y la concentración no debe exceder de 4 mg/ml.
 - En caso de no existir la Zidovudina para aplicación endovenosa, se podrá utilizar en tabletas:
 - 1ra h: 600 mg (2 tabletas por vía oral)
 - 2da h: 300 mg (1 tableta por vía oral)
 - 3ra h: 300 mg (1 tableta por vía oral)

6.3.4.5. Atención integral a niños expuestos a riesgo de infección por VIH durante el embarazo y niños con VIH

La atención a niños nacidos de madres con VIH será integral y en todos los niveles de atención.

Desde el punto de vista pediátrico se cumplirán todas las consultas y acciones establecidas para todos los niños de su edad en el Programa del Médico y Enfermera de la Familia.

6.3.4.5.1. Conducta con el recién nacido de mujer seropositiva

1. Iniciar la administración de Zidovudina (jarabe) en las primeras 4-6 horas después del nacimiento a razón de 2 mg x kg de peso cada seis horas y mantener el tratamiento por 42 días (seis semanas). En el caso de no contar con el jarabe, se prepararán papelillos (en el centro dispensarial determinado en cada territorio) a partir de tabletas con igual dosificación.
2. En el caso de que el recién nacido no esté en condiciones de recibir el medicamento por vía oral, se le debe de administrar por vía intravenosa en la misma dosis que el esquema recomendado en el punto 1, si se trata de recién nacido a término.
3. En el caso de recién nacidos prematuros o de bajo peso, comenzar el tratamiento con el jarabe de Zidovudina a razón de 1,5 mg x kg hasta que alcance el peso ideal en que se continúa como se indica en el punto 1.
4. Se recomienda la lactancia materna si la puérpera tuvo antes y durante el embarazo adecuada adherencia al TAR y carga viral no detectable, además de firmado el consentimiento informado de la madre y su pareja sexual.
5. Garantizar lactancia artificial cuando se disponga su uso.
6. Continuar con las medidas establecidas por el PAMI para todos los recién nacidos.
7. Seguimiento clínico según dispensarización y de laboratorio según protocolo para el diagnóstico en niños menores de 18 meses.
8. El alta definitiva la define el grupo provincial y será resultado de la evaluación conjunta de los criterios de laboratorio (PCR) y los criterios clínico-epidemiológicos.

9. En la consulta especializada en IPK, como institución de tercer nivel de atención, serán atendidos con los médicos tratantes, los niños de difícil manejo y discutidos los cambios de terapia ARV por test de resistencia.

Tabla 4. Esquemas de tratamiento para adultos, adolescentes, embarazadas y niños.

Población	Esquemas de 1 ^a línea		Esquemas de 2 ^a línea	Esquemas de 3 ^a línea
	Preferenciales	Alternativos		
Adultos y adolescentes mayores de 10 años	Dolutegravir + Tenofovir disoproxilo + Lamivudina. (TLD)	Dolutegravir + Tenofovir/Emtricitabina. Dolutegravir + Zidovudina + Lamivudina Dolutegravir + Tenofovir alafenamida* + Lamivudina. Dolutegravir + Lamivudina.	Preferentemente elegir nuevo esquema en base a Pruebas genotípicas de resistencia (PGR) Si PGR no disponible Darunavir o Atazanavir/ritonavir + dos INRT	Darunavir/r + Dolutegravir. Darunavir/r+ Dolutegravir + 1 o 2 INRT. <i>Previo estudio de resistencia.</i>
Embarazadas	Dolutegravir + Tenofovir disoproxilo + Lamivudina. (TLD)	Dolutegravir + Tenofovir/Emtricitabina. Tenofovir/Emtricitabina + Efavirenz (600 mg).	Elegir nuevo esquema en base a PGR De ser posible evitar IP	Elegir nuevo esquema en base a PGR
Niños menores de 4 semanas de edad.	Abacavir + Lamivudina + Raltegravir.	Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina.	Pasar a un IP si utilizó DTG en primera línea + 2 INRT (evaluar siempre PGR)	
Niños mayores de 4 semanas de edad y más de 3kg de peso	Dolutegravir + Abacavir + Lamivudina.	Dolutegravir + Tenofovir + Lamivudina. (Mas de 30 kg de peso).		

* No necesita ajustes en pacientes con daño renal y no utilizar en pacientes con CV $\geq 100\,000$ copias/ml.

Evitar el uso de Tenofovir disoproxilo en pacientes con FG ≤ 60 ml/min.

6.3.4.5.2. Protocolo para el tratamiento con antirretrovirales en adolescentes, adultos y niños/as con VIH.

El TARV no debe ser considerado en la única dimensión de la persona que vive con VIH, sino que tiene que ser enmarcado en el contexto de la prevención combinada, en la que la efectividad de la terapia no solo tendrá un valor sustancial sobre el individuo en sí, sino que a ello se le agregará un valor sobre la comunidad.

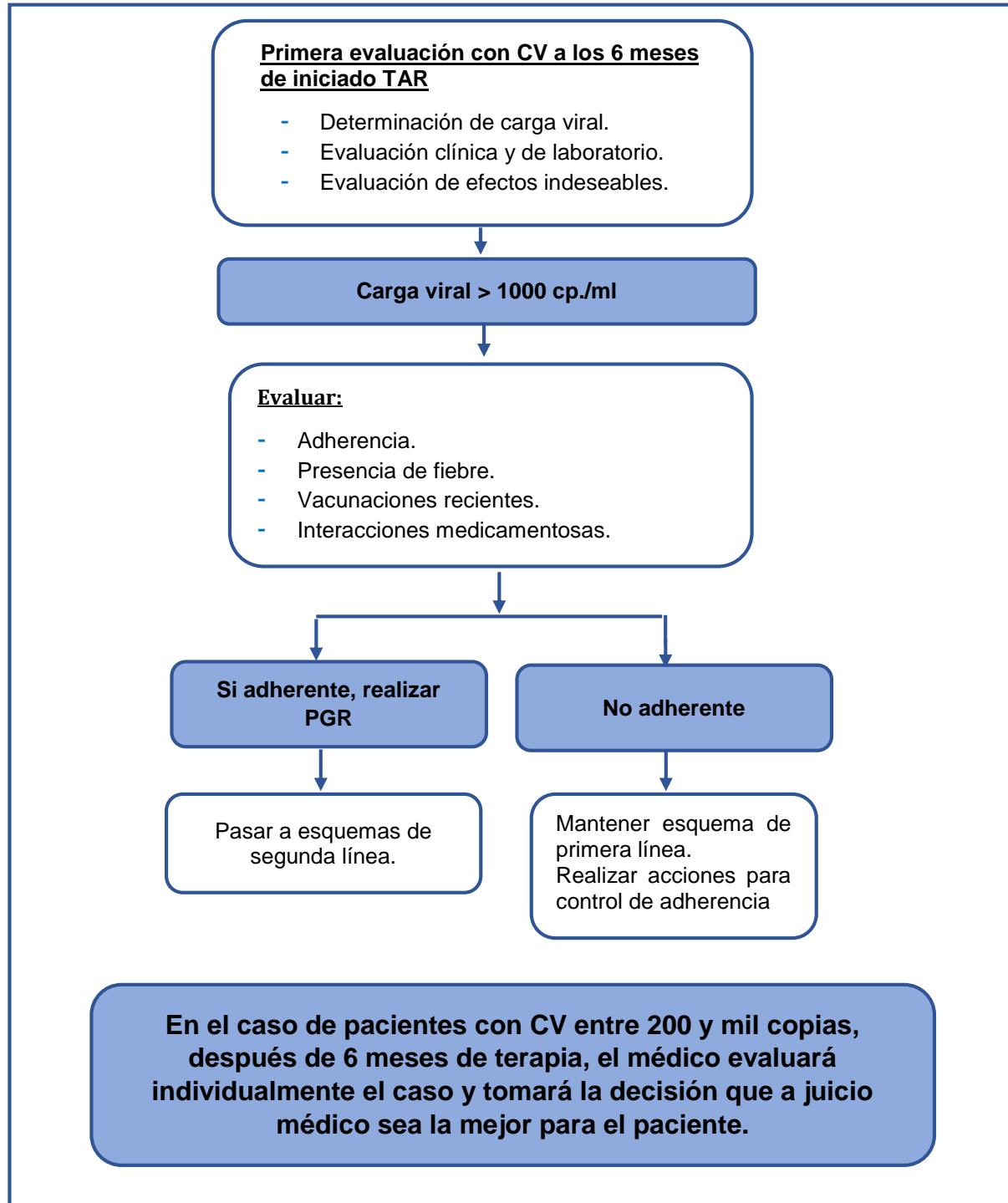
Se iniciará TAR, una vez que el médico de atención conozca que el paciente está en proceso de diagnóstico, dé su consentimiento y se encuentre en disposición de comenzar y mantenerlo. Una vez confirmado, el tratamiento debe comenzar antes de los 14 días.

Aspectos a tener en cuenta en el momento de indicar la terapia antirretroviral



- Obtener el consentimiento del paciente;
- Informar ventajas, inconvenientes y reacciones adversas;
- Tener en cuenta comorbilidades, incompatibilidades e interacciones medicamentosas;
- Tener en cuenta que el primer esquema es el mejor siempre que a los seis meses se haya logrado la supresión viral deseada;
- La medicación debe mantenerse de por vida e ininterrumpidamente.
- El médico tratante propone los esquemas para inicio o cambio de TARV.
- Los jefes de programa y coordinadores de la atención a PVV son los responsables de autorizar las propuestas, una vez comprobada la cobertura existente de los medicamentos que se están proponiendo.
- Evaluar coordinado, con las OSC, en cada PVV la **dispensación multimensual** en dependencia de la cobertura disponible en el país. (indicación anexa).

Figura 5. Algoritmo de seguimiento a personas que viven con el VIH (PVV) con terapia antirretroviral



6.3.4.5.3. Recomendaciones antes de inicio del tratamiento ARV en niños/as

- Identificar a la o las personas responsables del cuidado del menor, ya que el principal mecanismo de transmisión es perinatal y frecuentemente uno o ambos padres tienen el VIH, por lo que se sugiere que intervenga en el manejo un familiar cercano;
- Es importante que en todas las decisiones sobre el tratamiento se involucre al menor, adecuando la información a su edad;
- Discutir las opciones de tratamiento con los padres o tutores, explicándoles claramente posibilidad de interacciones, efectos secundarios y elegir la combinación menos tóxica que además tenga el mayor efecto de supresión viral. Tener en cuenta las características de la droga y su farmacocinética para lograr la adherencia al tratamiento;
- Seleccionar el tratamiento de menor toxicidad y asegurarse de su disponibilidad para mantenerlo en el tiempo,
- Tener en cuenta la exposición a los medicamentos ARV que recibió la madre durante el embarazo que pudiesen resultar en drogo resistencia;
- Se debe realizar una prueba de resistencia al momento del diagnóstico a todo niño infectado por el VIH.

6.3.5. TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES INFECCIONES OPORTUNISTAS.

Tabla 5. Tratamiento de las principales enfermedades oportunistas

Tratamiento de las principales enfermedades oportunistas		
Enfermedad	Tratamiento	
	Elección	Alternativo
Pneumocystis jiroveci:	Formas graves: Cotrimoxazol 15-20 mg/kg/d de Trimetropim y 75-100 mg/kg/d de Sulfametoxazol IV o VO, 21 días (repartido en 3-4 tomas). <u>Añadir:</u> Prednisona 40 mg/12 hrs. VO o IV, si P02 < 70 mmHg. Formas leves-moderadas: Cotrimoxazol, mismas dosis VO.	Clindamicina 600 mg VO o IV/6-8 h + Primaquina 30 mg/día VO, 21 días. Dapsona 100 mg/d VO + Trimetropim 15-20 mg/kg/d VO, 21 días. Pentamidina (Isotianato) 3-4 mg/kg/día IV, 21 días.

Toxoplasma gondii: Lesiones focales en SNC, coriorretinitis, raramente en otras localizaciones.	Sulfadiacina 4-8 g/día (en 4 dosis) IV o VO + Pirimetamina, 200 mg dosis inicial de ataque, posteriormente 50-75 mg/día VO + Ácido Folínico 10-15 mg por día. En caso de no haber disponibilidad Ácido Fólico 5-10 mg VO por día, durante 6-8 semanas.	Clindamicina 600 mg/6 h IV o VO + Pirimetamina, 50 mg VO/día + Ácido Fólico VO 5 mg por día durante 6-8 semanas. Azitromicina 1000 mg/día VO o Claritromicina 500 mg c/12 h VO + Pirimetamina 50 mg/día VO + Ácido Fólico 5 mg por día VO, durante 6-8 semanas. Cotrimoxazol 15-20 mg/kg/d de Trimetropin y 75-100 mg/kg/d de Sulfametoxazol IV o VO/día (repartido en 3-4 tomas) + Ácido Fólico 5 mg VO por día, durante 6-8 semanas.
Cryptosporidium: Enteritis, menos frecuente en otras localizaciones (vía biliar o pulmonar).	TAR Añadir tratamiento sintomático de la diarrea, rehidratación y reposición de electrolitos	Nitazoxanide 500–1,000 mg VO con las comidas 2 veces al día x 14 días o Paromomicina 500mg cada 6 horas x 14-21 días en asociación al TARV.
Isospora belli	Enteritis: Cotrimoxazol 160 mg de Trimetropin /800 mg de Sulfametoxazol, 3-4 veces/día VO por 10 días.	Pirimetamina 50 mg/d VO + Ácido Fólico 5 mg/d VO. Ciprofloxacino 500 mg VO o IV c/12 h, por 7 días.
Microsporidia <i>Enterocytozoon bieneusi</i>	TARV. Albendazol 400 mg/12 h VO. Enfermedad diseminada: Itraconazol 400mg diarios + Albendazol 400mg VO c/ 12 h x 6 meses después de iniciada la TAR, CD4 >200 cel/µl y haber logrado la supresión virológica. Infección Ocular: Fumagilin tópico (Fumidil B), 2 gotas cada 2 horas x 4 días, luego cada 4 horas + Albendazol VO.	Nitazoxanide 500–1,000 mg VO con las comidas 2 veces al día

Infecciones producidas por parásitos

Enfermedad	Tratamiento	
	Elección	Alternativo
Giardia lamblia, <i>Entamoeba coli,</i> <i>Endolimax nana</i> y <i>Blastocystis hominis.</i> Enteritis, enterocolitis.	Metronidazol 250 mg c/8 h, VO o IV, 5-7 días. tratamiento combinado Albendazol 400mg diario + 250mg cada 8 horas x 5 días en paciente severamente inmunodeprimidos.	Albendazol 400 mg/d, 5 días VO. Tinidazol 2 g dosis única Nitazoxanida 500mg cada 12 horas x días Quinacrina : 100mg cada 8 horas x 5 días, en casos refractarios

Nota: El manejo adecuado de la Hipertensión endocraneana es esencial. Los esteroides y el manitol no son muy efectivos para reducir la hipertensión

endocraneana. Si la presión de apertura del LCR >25 cm H₂O, realizar PL repetidas de drenaje de LCR

Infecciones producidas por bacterias

Enfermedad	Tratamiento	
	Elección	Alternativo
Rhodococcus equi	Vancomicina + Imipenem o Meropenen + Rifampicina por 8 semanas, seguido de Claritromicina + Rifampicina VO.	Combinación de dos de los siguientes, por 8 semanas: – Ciprofloxacino – Levofloxacina – Rifampicina – Azitromicina

Nota: Los antibióticos serán usados a dosis convencional, pero por largos períodos de tiempo hasta la resolución del cuadro. El resto de las infecciones bacterianas serán tratadas igual que en personas no portadoras de VIH.

Infecciones producidas por virus

Tratamiento		
Enfermedad	Elección	Alternativo
Infecciones producidas por virus herpes simple	<p>Herpes oro-labial o genital no grave: Aciclovir 400 mg VO c/8 h o Aciclovir 200 mg VO, 5 veces al día o Valaciclovir 1 g VO c/12 h, durante 7-10 días.</p> <p>Herpes oro-labial o genital grave: Tratamiento inicial con Aciclovir 5 mg/kg IV c/8 h. Continuar con Aciclovir 400 mg VO c/8 h o Valaciclovir 1 g VO c/12 h, hasta que las lesiones hayan curado.</p> <p>Herpes genital recurrente: Terapia supresora crónica con Aciclovir 400-800 mg VO c/8-12 h, o Valaciclovir 500-1000 mg VO c/12-24 h.</p> <p>Encefalitis herpética: Aciclovir 10 mg/kg IV c/8 h, durante 14-21 días.</p>	Valaciclovir 1 g VO c/1 2 h, durante 7-10 días.

Infecciones producidas por virus varicela-zoster	Herpes zóster localizado: Aciclovir 800 mg VO 5 veces al día, durante 7-10 días o Valaciclovir 1 g VO c/8 h. Varicela: Aciclovir 10 mg/kg IV c/8 h, durante 7-10 días. Herpes zóster diseminado o con afectación visceral o necrosis retiniana periférica: Aciclovir 10 mg/kg IV c/8 h hasta la resolución de las lesiones cutáneas y viscerales.	Ganciclovir 5 mg/kg IV c/12h.
Infecciones producidas por citomegalovirus	Tratamiento de inducción: Retinitis con riesgo de ceguera o retinitis periférica: Valganciclovir 900 mg VO c/12 h, durante 14-21 días o Ganciclovir 5 mg/kg IV c/12 h, durante 14-21 días*. Esofagitis, colitis, neumonitis o enfermedad neurológica: Ganciclovir 5 mg/kg IV c/12 h, durante 3-4 semanas o hasta resolución de los síntomas o Valganciclovir 900 mg VO c/24 h, por igual período.	

Infecciones producidas por hongos

Enfermedad	Tratamiento	
	Elección	Alternativo
Candidiasis oral	Fluconazol 100 mg/d 7-14 días VO.	Itraconazol solución oral 100 mg/d 7-14 días. Clotrimazol tabletas vaginales, chupar 4-5 veces/d, por 7-14 días. Nistatina suspensión 5 cc 4 veces/d, VO 7 -14 días, hacer bueches. Ketoconazol 200 mg/d VO, 7-14 días. Itraconazol cápsulas 100 mg/d VO, 7-14 días.
Candidiasis esofágica	Fluconazol 100 mg/d, por 4-21 días VO o IV diario.	-Amphotericín B deoxyzolato 0.6 mg/kg IV diario Anfotericín B Liposomal 3-4 mg/kg IV diario Voriconazol 200 mg VO o IV 2 veces/día Caspofungín 50mg IV /día o Micafungín 150mg IV /día o

		Andulafungín 100mg IV (dosis inicial), luego 50mg IV diario
Candidiasis Vulvo-Vaginal no complicada	Fluconazol 150mg VO dosis única	Clotrimazol tab. vaginales: 2 tabletas de acostarse x 3 días, Nistatina Tópica 10000 UDS x día x 14 días Itraconazol 200mg cada 12 horas x 1 día
Candidiasis Vulvo-Vaginal recurrente	Fluconazol 150mg VO 1 vez por semana por 6 meses	
Candidiasis diseminada o Candidita	Anfotericín B Liposomal 3–4 mg/kg IV diario o Complejo Lipídico de Anfotericín B 5mg/kg IV diario o Anfotericín B Deoxycolato 0.7 mg/kg IV diario	Fluconazol 800mg IV dosis de ataque, luego 400 mg IV o VO diarios Caspofungín 50mg IV /día o Micafungín 150mg IV /día o Andulafungín 100mg IV (dosis inicial), luego 50mg IV diario
Meningitis criptocóccica		
Inducción*	Anfotericina B desoxicilato 0,7 mg/kg/d IV, por 2 semanas como mínimo, hasta que el cultivo para criptococo esté negativo. Combinar con 5 FTC 100 mg/kg/día o en su defecto Fluconazol IV, 600-800 mg/día. Anfotericina B liposomal 4 mg/kg/d IV, por 2 semanas.	Fluconazol 400-800 mg/d por 2 semanas VO o IV. Fluconazol repetido y con dualidad de dosis 800-1200 mg IV diarios en caso de que no se haya usado anfotericina B
Consolidación	Fluconazol 400 mg/d, por 8 semanas VO.	Itraconazol 200 mg c/12 h, VO por 8 semanas.
Supresivo	Fluconazol 200mg diarios de por vida o al menos por 1 año en pacientes con evolución favorable, reconstitución inmune y carga viral suprimida por la TAR	
Histoplasmosis: Enfermedad grave. Enfermedad menos grave. Meningitis.	Fase aguda (3-10 días): Anfotericina B Desoxicilato 0,7 mg/kg/d IV, por 2 semanas o Anfotericina B liposomal 5 mg/kg/d IV, por 2 semanas. Fase de continuación (12 semanas): Itraconazol 200 mg VO, dos veces al día o Itraconazol 200 mg VO, c/8 horas, por 3 días, y después 200 mg VO, dos veces al día, durante 12 semanas.	Itraconazol 400 mg VO/diario durante 12 semanas; Fluconazol 800 mg VO/diario durante 12 semanas.

Figura 6. Quimioprofilaxis primaria de las infecciones oportunistas más frecuentes.

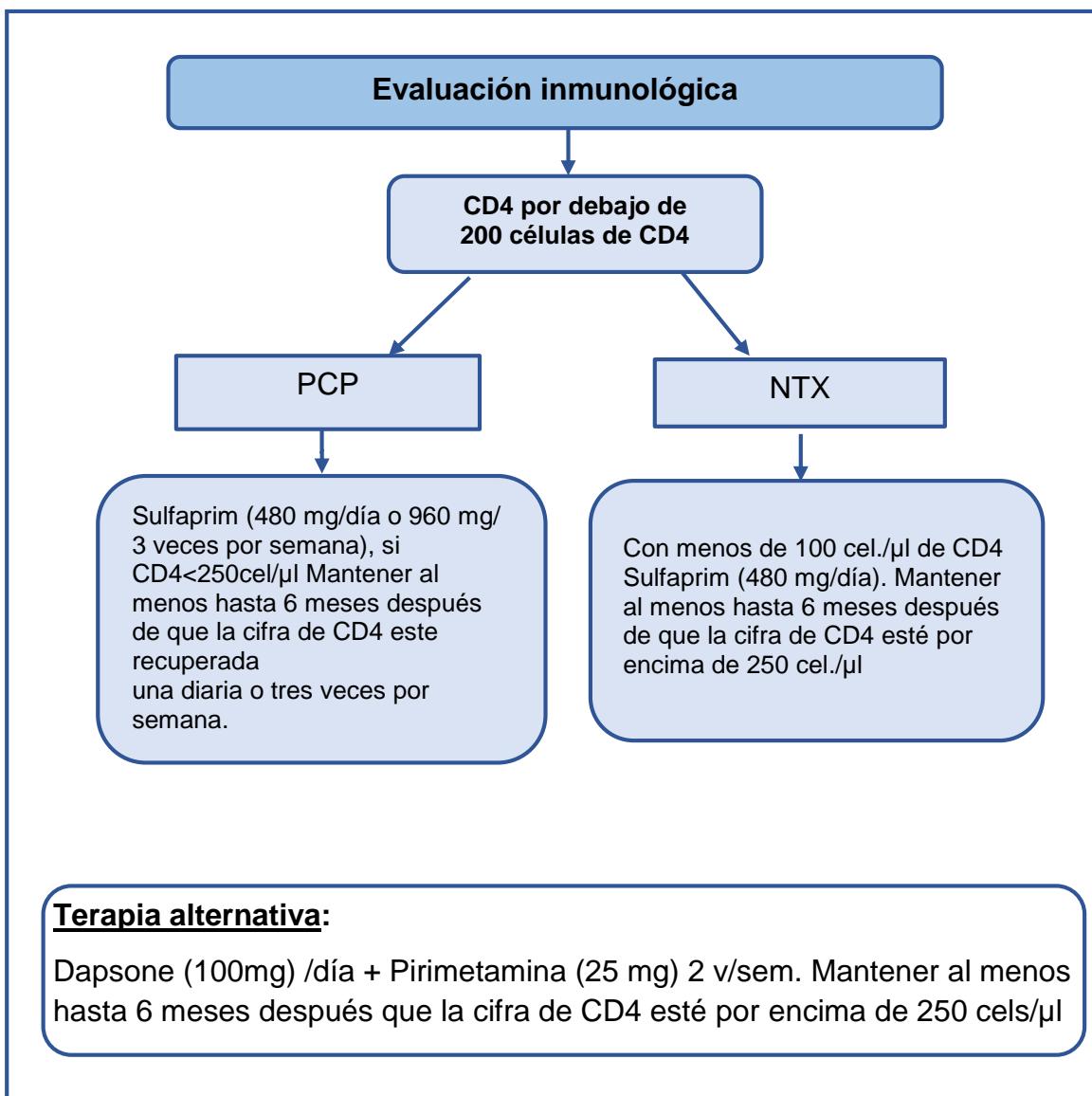


Tabla 6. Quimioprofilaxis secundaria de las infecciones oportunistas más frecuentes.

Patógeno	Indicación	Electivo	Alternativa	Suspensión de la profilaxis
<i>Pneumocystis jirovecii</i> (PCP)	Pneumocystosis previa.	SMX-TMP: Una dosis doble/días alternos 800/160 mg VO. SMX-TMP. Una dosis simple/día 400/80 mg VO.	Dapsona 100 mg/día VO Dapsona 50 mg/ diarias VO + Pirimetamina 50 mg/ semana VO + Ácido Fólico 5 mg VO Pentamidina 300 mg inhalado/mes.	CD4 >de 200 cel./ µl por más de 3 meses consecutivos en respuesta a la TAR. Se puede considerar también la suspensión del tratamiento profiláctico en pacientes con CD4 entre 100-200 cel/ µl y supresión prolongada de la carga viral (> de 6 meses)
<i>Toxoplasma gondii</i>	Toxoplasmosis cerebral previa.	Sulfadiazina 500/1000 mg VO cada/6 horas + Pirimetamina 25/75 mg/día VO + Ácido Fólico 5 mg VO/día.	Azitromicina 500-1000 mg/día VO Clarithromicina 500 mg VO c/12 horas + Pirimetamina 25-50 mg/día VO + Ácido Fólico 5 mg VO/día.	Completó tratamiento exitoso para NTX por 6 semanas o más, libre de síntomas y CD4 >200cel/ µl por más de 6 meses
<i>Mycobacterium avium complex</i> (MAC)	Enfermedad por MAC previa.	Clarithromicina 500 mg VO c/12 horas + Etambutol 15 mg/ kg/día VO, puede o no asociarse Rifampicina 600 mg/día VO.	Azitromicina 500 mg/día VO + Etambutol 15 mg/ kg/día VO, asociada o no a Rifabutina 300 mg/día VO.	Completó 12 meses de tratamiento para MAI, no síntomas de la enfermedad y conteo de CD4 >100 cel./ µl por más de 6 meses
<i>Citomegalovirus</i> (CMV)	Enfermedad por CMV previa.	Valganciclovir 450 mg VO c/12 h.	Ganciclovir 5 mg/kg EV/día, de 5 a 7 días de la semana o 1 g diario oral repartido en 3 tomas.	después de 3-6 meses de tratamiento supresor con Valganciclovir oral y CD4 >100 cel./µl más de 3 meses

<i>Cryptococcus neoformans</i>	Enfermedad previa.	Fluconazol 200 mg/día VO. Anfotericina B 0,6-1,0 mg/kg IV, 1-2 veces por semana. Itraconazol 200 mg/día VO.	completó las fases de inducción y consolidación, mínimo de 1 año de tratamiento antifúngico, sin síntomas de la enfermedad, con carga viral no detectable y CD4 > de 100 cel/ μ l
<i>Rhodococcus equi</i>	Enfermedad previa.	Prolongar tratamiento de la fase aguda por VO.	

Tabla 7. Profilaxis recomendadas solo en pacientes con recidivas frecuentes o graves

Patógeno	Indicación	Electivo	Alternativa
Virus herpes zóster	Recidivas frecuentes o graves.	Aciclovir 800 mg c/8 horas VO.	
Virus herpes simple	Recidivas frecuentes o graves.	Aciclovir 200 mg/8 h o 400/12 h VO.	Valaciclovir 500 mg/12 h VO.
Cándida (oro faríngea, esofágica o vaginal).	Recidivas frecuentes.	Fluconazol de 100-200 mg/día VO.	Itraconazol 200 mg/día VO o Ketoconazol 200 mg/día VO.

6.3.6. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS EN NIÑOS/AS

- Profilaxis con Cotrimoxazol (400 mg Sulfametoxazol SFX / 80mg trimetropim (TMP) para la prevención de infecciones oportunistas.
- En el niño menor de 5 años, una vez iniciada la profilaxis con Cotrimoxazol, esta debe mantenerse hasta los 5 años independientemente del estado clínico e inmunológico, aun cuando el porcentaje de CD4 sea mayor de 25 %.
- En el niño mayor de 5 años, deben seguirse los mismos criterios que en adolescentes y adultos.
- Las reacciones adversas producidas por el uso de Cotrimoxazol son raras. En este caso puede administrarse alternativamente Dapsone a 2 mg/kg/día en dosis única.

6.3.7. PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DE LA CONFECCIÓN

TB/VIH*

Prevenir la infección tuberculosa en PVV minimiza el riesgo de desarrollar TB activa (porque puede evitar nuevas infecciones y/o reactivaciones de infecciones latentes) y con ello se evita la ocurrencia de una de las enfermedades que afecta a las PVVIH y que más mortalidad les provoca (la TB). El tratamiento antituberculoso a los enfermos con TB/VIH minimiza el riesgo de transmisión de la TB.

- Todos los casos de VIH serán evaluados para descartar tuberculosis activa, por ser una de las enfermedades oportunistas que más afectan a las personas que viven con VIH y velar por el tamizaje para VIH a todas las personas que se diagnostiquen con TB.
- El inicio de la quimioprofilaxis no dependerá nunca de la realización o resultado de la PPD, sino de la evaluación clínica y epidemiológica de la PVV.
- A los pacientes con resultados de PPD negativos se les realizará anualmente la prueba. De existir seroconversión se evaluará integralmente y una vez descartada la TB, aplicar los criterios de TPT que correspondan.
- Todos los adultos y adolescentes que viven con VIH que **no presenten tos, fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna**, tienen poca probabilidad de tener TB activa, no obstante, se le administrará terapia preventiva (TPT).
- Todos los adultos que viven con VIH y adolescentes que presenten tos, fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna, pueden tener una tuberculosis activa y

deben ser estudiados para descartar la tuberculosis u otra enfermedad. Una vez descartada la TB se le administrará la TPT.

- Cualquiera que sea el tiempo que se establezca para la TPT será administrada por su médico o enfermera de la familia, estrictamente observada, llevando el control en la tarjeta de quimioprofilaxis.
- En las **gestantes** se evaluará igualmente el nivel de riesgo de TB latente y se les pondrá TPT **sólo** a las que tengan alto riesgo, previa discusión del médico de atención y el obstetra en la Comisión Nacional de TB/VIH en el IPK.

Tabla 7. Esquemas de quimioprofilaxis

Pacientes	Esquema	Dosis
Este es el esquema a aplicar en la generalidad de los casos que tienen indicada la quimioprofilaxis.	Dosis diaria (excepto sábados y domingos) ** Isoniazida (Tabletas de 150 mg) asociado a vitamina B6.	5 mg/kg (300 mg máximo) + 50 mgs diarios ó 100 mgs semanales (B6).
En reclusorios y en otras instituciones cerradas donde no sea posible garantizar el esquema de dosis diaria.	Dosis bisemanal Isoniazida (Tabletas de 150 mg).	15 mg/kg (900 mg como máximo).
PVV sin riesgo de TB y PPD negativa (profilaxis acortada).	Una vez a la semana Isoniazida (tabletas de 150 mg) Rifapentina (tabletas de 300 mg). Por 12 semanas.	Isoniazida 15 mg/kg Rifapentina 10.0–14.0 kg: 300 mg 14.1–25.0 kg: 450 mg 25.1–32.0 kg: 600 mg 32.1–49.9 kg: 750 mg ≥50.0 kg: 900 mg máximo.

**Pueden establecerse acuerdos entre las partes (PVV/EBS)

En el caso de usar el esquema de Isoniacida:

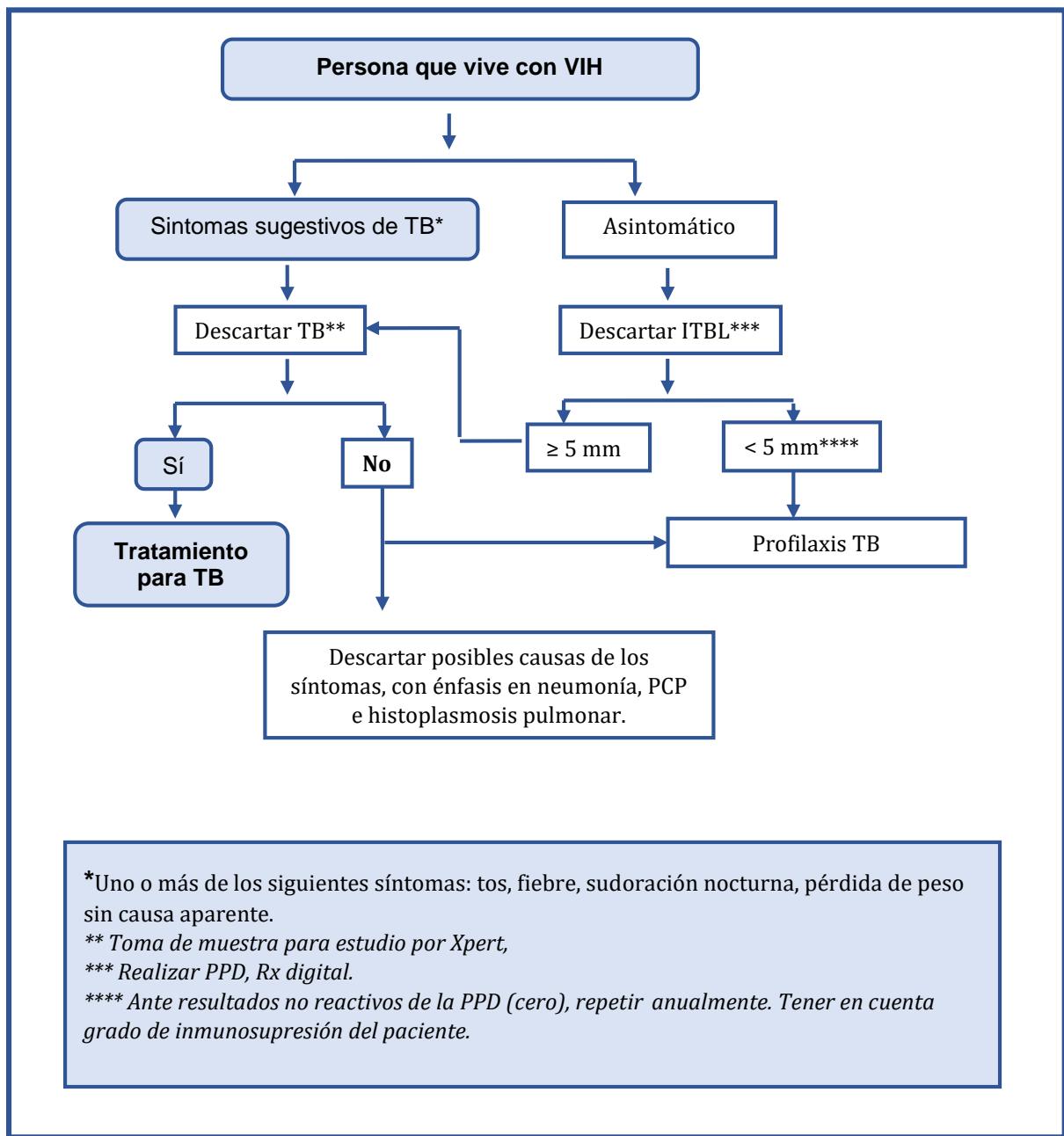
- *de no existir factor de riesgo y PPD negativo administrarla durante 6 meses;*
- *de existir factor de riesgo y PPD positivo administrarla durante 9 meses; y*
- *de haber tenido contacto con paciente TB se extenderá hasta un año.*

* Adaptado del Manual operativo de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 1: Prevención. Tratamiento preventivo de la tuberculosis; 2022

6.3.7.1. Coinfección VIH/TB

- A todas las personas que viven con VIH que tengan TB activa se les administrará terapia preventiva con Trimetropim-Sulfametoaxazol (Cotrimoxazol) independientemente del resultado de los CD4.
- Los pacientes con coinfección TB/VIH recibirán el tratamiento normado por el programa de control de la tuberculosis, el que será estrictamente supervisado por su médico y enfermera de la familia, llenando adecuadamente la tarjeta de tratamiento y realizando el seguimiento en consulta, mensualmente, hasta el término del mismo.
- El tratamiento anti-TB de los casos de coinfección TB/VIH se realizará con una frecuencia diaria, tanto en la primera, como en la segunda fase, y cumpliendo los principios de TDO. (válido para PVV con TB sensibles a los medicamentos pues en los esquemas para TB-DR no se habla de fases y muchas veces no es diario)
- Los pacientes con coinfección TB/VIH que no tengan evolución satisfactoria serán evaluados por el clínico del GBT y junto al especialista de la atención a PVV, discutidos en la Comisión Nacional de TB/VIH en el IPK
- Se utilizarán los esquemas de ARV definidos ajustando las dosis del ARV si interactúa con Rifampicina, por ejemplo, doblar dosis de DTG.
- El tratamiento para la tuberculosis es prioritario. En PVV con < 50 cel. de CD4/mm³, iniciar TAR dentro de las dos semanas después de haber comenzado tratamiento anti-TB; en PVV con > 50 cel. de CD4/mm³, posponer el inicio de TAR dentro de las 4 semanas después de haber comenzado tratamiento anti-TB (en la TB meníngea).
- Se evaluarán los efectos colaterales del tratamiento combinado o el síndrome de reconstitución inmunológica (SIRI), que puede presentarse en los pacientes con TB que comienzan el tratamiento antirretroviral. Estos casos serán evaluados de inmediato por el clínico del GBT y de ser necesario en interconsulta con las instituciones especializadas.
- Se indicará y controlará la realización de prueba de VIH a todos los pacientes con TB y sus parejas sexuales, en el momento del diagnóstico de TB. De resultar no reactiva se debe repetir al concluir el tratamiento anti TB
- Todos los casos de coinfección TB/VIH serán discutidos en los GBT y deben incluirse en el registro informatizado de personas con VIH.

Figura 7. Algoritmo de manejo de la coinfección VIH/TB



6.3.8 ENFERMEDAD AVANZADA POR VIH

Diagnóstico tardío:

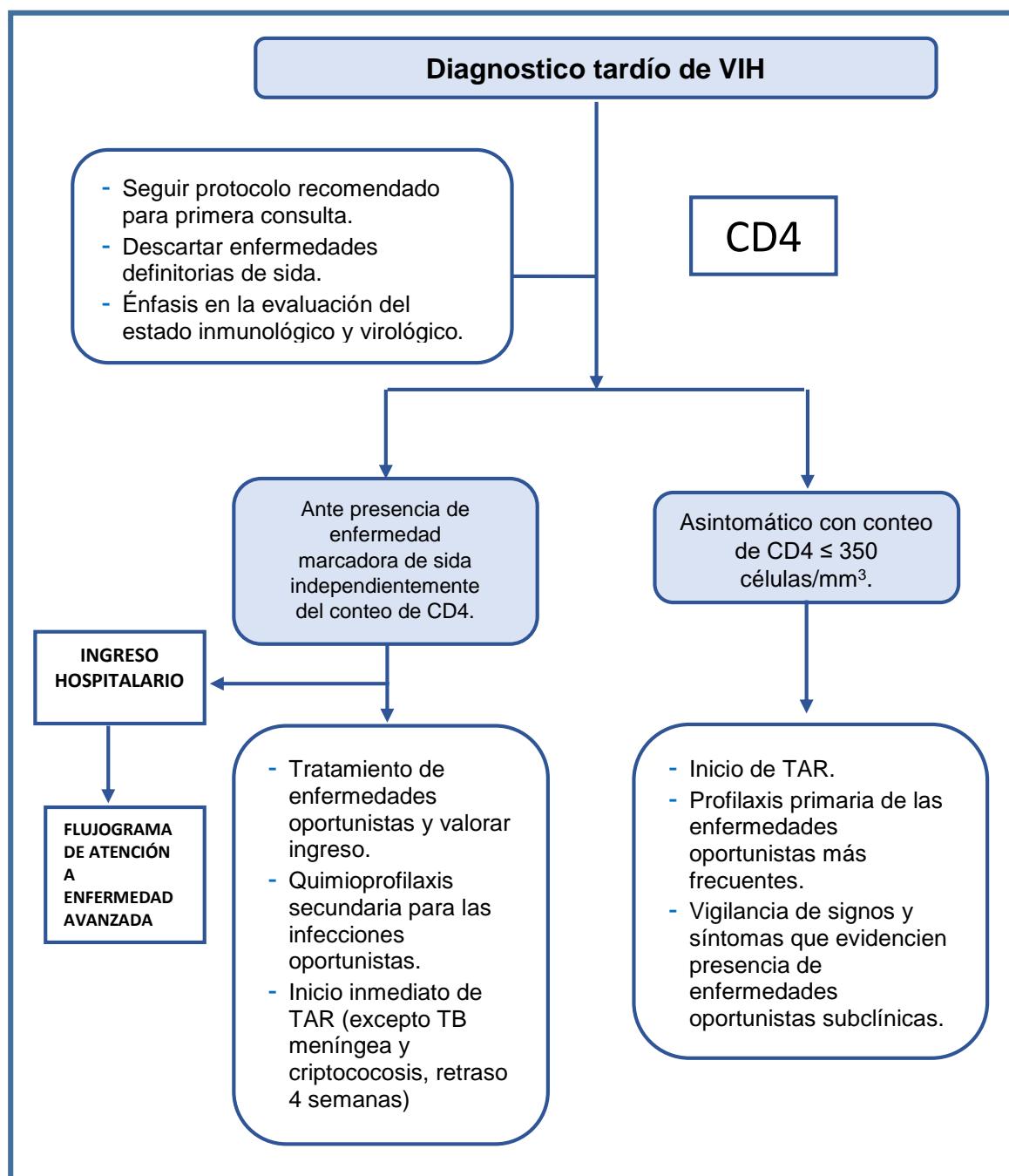
Pacientes que al diagnóstico como casos de VIH presentan;

- cifras de linfocitos CD4 < 350 cel./mm³;
- enfermedades oportunistas definitorias de sida;

- enfermedad definitoria de sida o cifras de CD4 desciendan por debajo de 200 cel./mm³ antes de un año tras el diagnóstico.

Dada la mayor probabilidad de muerte en los meses siguientes al diagnóstico tardío de VIH debido al deterioro clínico, inmunológico y la elevada carga viral que presentan estos pacientes, se hace necesario un seguimiento clínico diferenciado.

Figura 8. Algoritmo para el seguimiento de las personas que viven con VIH diagnosticadas tardeamente



6.3.8.1. Manejo de la enfermedad avanzada por VIH

La terapia antirretroviral (TARV) ha logrado reducir extraordinariamente la incidencia de enfermedades oportunistas (EOs) asociadas al VIH (tratado en capítulos anteriores) y la mortalidad por sida. A pesar de estos progresos todavía muchos pacientes se presentan a los servicios de salud con una enfermedad avanzada por VIH.

La mayoría de los pacientes que se presentan con enfermedad avanzada por VIH son aquellos en los cuales se detecta tardeamente la infección por VIH o pacientes con fracaso virológico por abandono del tratamiento o resistencia a la TARV.

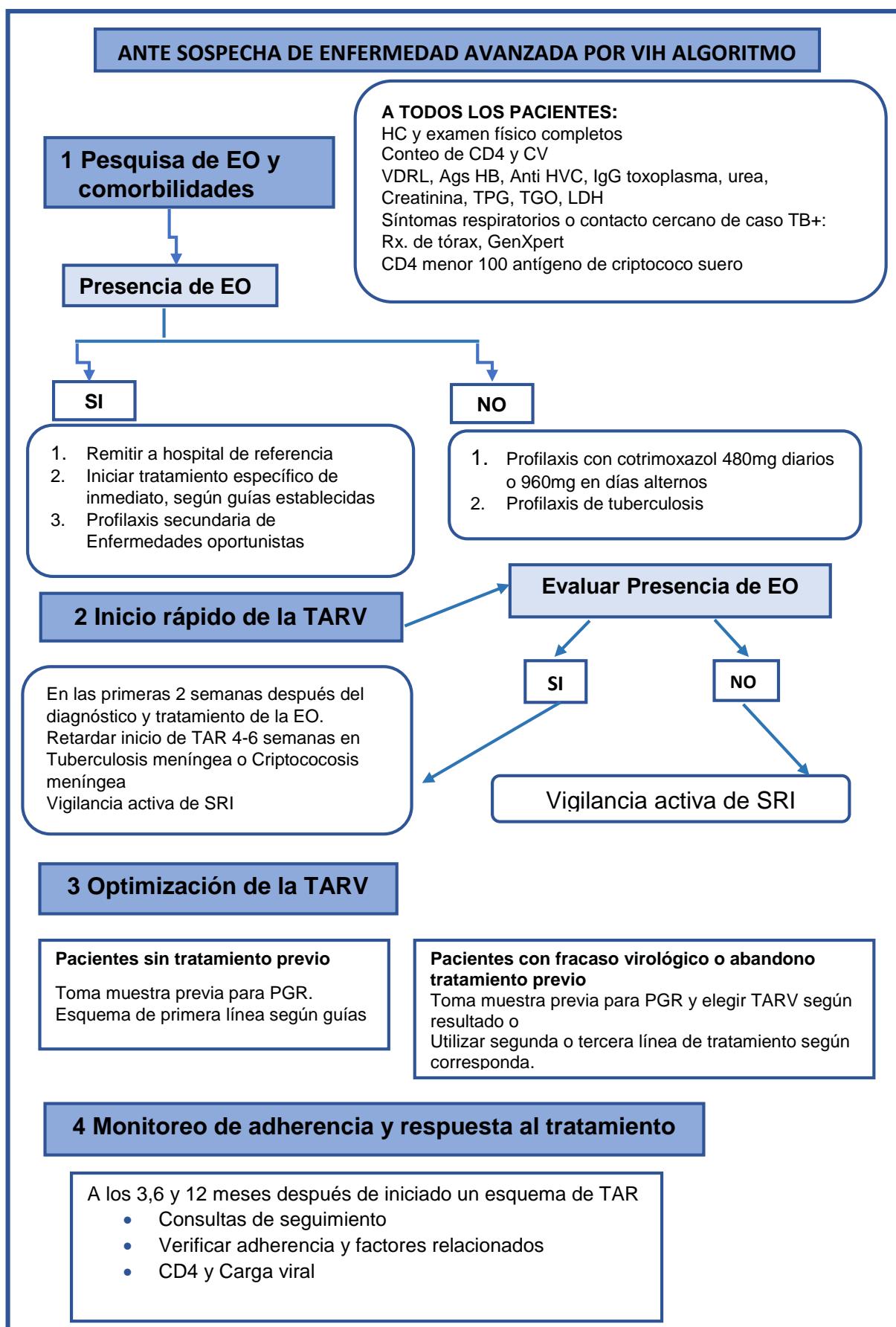
Los pacientes con enfermedad avanzada por VIH requieren un seguimiento más cercano durante el período inicial de la TARV para monitorear la respuesta al tratamiento y detectar síntomas y signos que sugieran un posible Síndrome de Reconstitución Inmune.

Es importante la indicación de la prueba genotípica de resistencia (PGR) antes del inicio de la TARV en todos los pacientes que presenten inmunodepresión severa al momento del diagnóstico y antes del cambio de tratamiento en todos los casos con fracaso virológico a la TARV.

El diseño de un tratamiento de rescate deberá guiarse por los resultados de una PGR (siempre que esté disponible). Todo TARV de rescate avanzado incluirá DRV/r o Dolutegravir o ambos en caso de que el estudio de resistencia muestre algún nivel de actividad a estos fármacos acompañados de 1 ó 2 inhibidores de transcriptasa inversa nucleosídicos (tílicos) optimizados.

Los casos sin opciones terapéuticas por multiresistencia a la TARV, en los cuales no sea posible construir un esquema de TARV que garantice la supresión virológica sostenida, deberán ser discutidos o remitidos al nivel terciario (IPK) para estudiar la posibilidad de incluir en el tratamiento de rescate, fármacos con nuevos mecanismos de acción.

Figura 9. Algoritmo ante sospecha de enfermedad avanzada por VIH.



6.3.9 ATENCION ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL A LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Evaluación del estado nutricional

Es un componente obligado en la historia clínica de los individuos. Puede ser definida como la interpretación de la información obtenida, a partir de estudios antropométricos, dietéticos, bioquímicos y clínicos, la cual se utiliza para determinar el estado nutricional de individuos o grupos de población en la medida que son influenciados por el consumo y la utilización de nutrientes.

Los objetivos van dirigidos a:

- Identificar a los sujetos desnutridos o en riesgo, que se beneficiarán con el tratamiento nutricional;
- Prevenir y tratar la desnutrición y las manifestaciones de lipodistrofia en forma temprana;
- Acelerar la indicación del tratamiento nutricional;
- Analizar el pronóstico de riesgo de desnutrición; y
- Evaluar el resultado de la terapia nutricional.

Niveles de intervención para la evaluación nutricional

- Tamizaje: permite la identificación del riesgo. Se pregunta si han perdido peso o han reducido su ingesta en poco tiempo y las enfermedades conocidas que presenten.
- Evaluación Global Subjetiva: evalúa: Cambio de peso, cambio en la ingestión de alimentos, presencia de síntomas gastrointestinales, capacidad funcional, asociación entre enfermedad y requerimientos nutricionales, examen físico orientado a los aspectos nutricionales.
- Evaluación Global Objetiva: a través de métodos clínicos, antropométricos, bioquímicos y dietéticos.
 - Clínicos: Interrogatorio, exploración física general, regional y por aparatos.
 - Antropométricos:
 - » Mediciones: peso, talla, circunferencia braquial, circunferencia de la cintura pliegue tricipital.

» Cálculo de:

- Porcentaje de pérdida de peso (PPP) = $\frac{\text{peso habitual} - \text{peso actual}}{\text{peso habitual}} \times 100$
- Índice de masa corporal = $\frac{\text{peso (kgs)}}{\text{Talla (m)}^2}$
- Índices de composición corporal [Área muscular del brazo (AMB) y
- Área grasa del brazo (AGB)]
 - Bioquímicos:
 - Hemoglobina;
 - Glicemia;
 - Colesterol total;
 - Triglicéridos;
 - Albúmina sérica.
 - Dietéticos:
 - » Realizar la historia dietética, encuestas de consumo de alimentos y de gustos y preferencias.

Diagnóstico

Se establece a través de la integración de los antecedentes patológicos personales, la historia alimentaria y la interpretación de la evaluación nutricional. Puede expresar:

- Riesgo nutricional;
- Nutrición óptima;
- Afectación nutricional (malnutrición por defecto o por exceso, así como carencias específicas de nutrientes).

Intervención o tratamiento nutricional

La intervención nutricional es fundamental para optimizar la calidad de vida de las PVV. Es el procedimiento a través del cual se indica la dieta a seguir. Depende de la condición y el estado de salud, así como de la presencia de alteraciones tales como:

- Desnutrición / pérdida de peso;
- Dificultad para masticar o tragar;
- Náuseas y vómitos;

- Diarrea y malabsorción;
- Infecciones oportunistas;
- Efectos secundarios de la terapia antirretroviral.

Consejería alimentaria/nutricional

Se entiende como un proceso gradual, a través del cual las personas que viven con el VIH se adhieren a los cambios alimentarios y de estilo de vida, una vez que ha concientizado la relación entre alimentación-salud y ha asumido la corresponsabilidad en su tratamiento.

A través de ella, se muestra cómo combinar los alimentos de manera armónica y adecuada para mantener una alimentación saludable, así como los elementos básicos para evitar enfermedades transmitidas a través de alimentos y en el manejo de las complicaciones relacionadas con la alimentación.

En el proceso de implementación de la metodología, se requiere la actuación del Grupo de Apoyo Nutricional, el cual es el encargado de conducir la atención alimentaria y nutricional.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS).

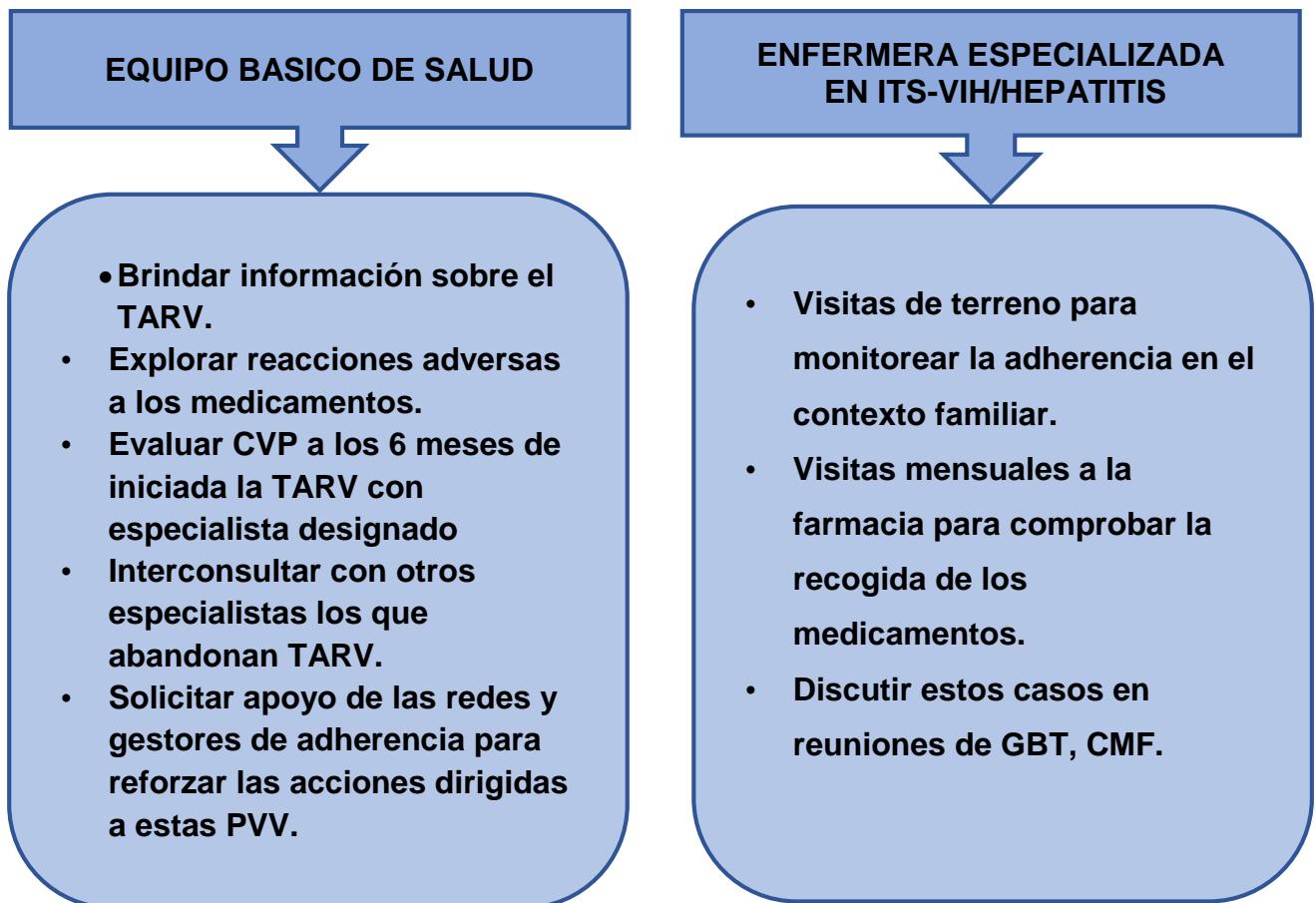
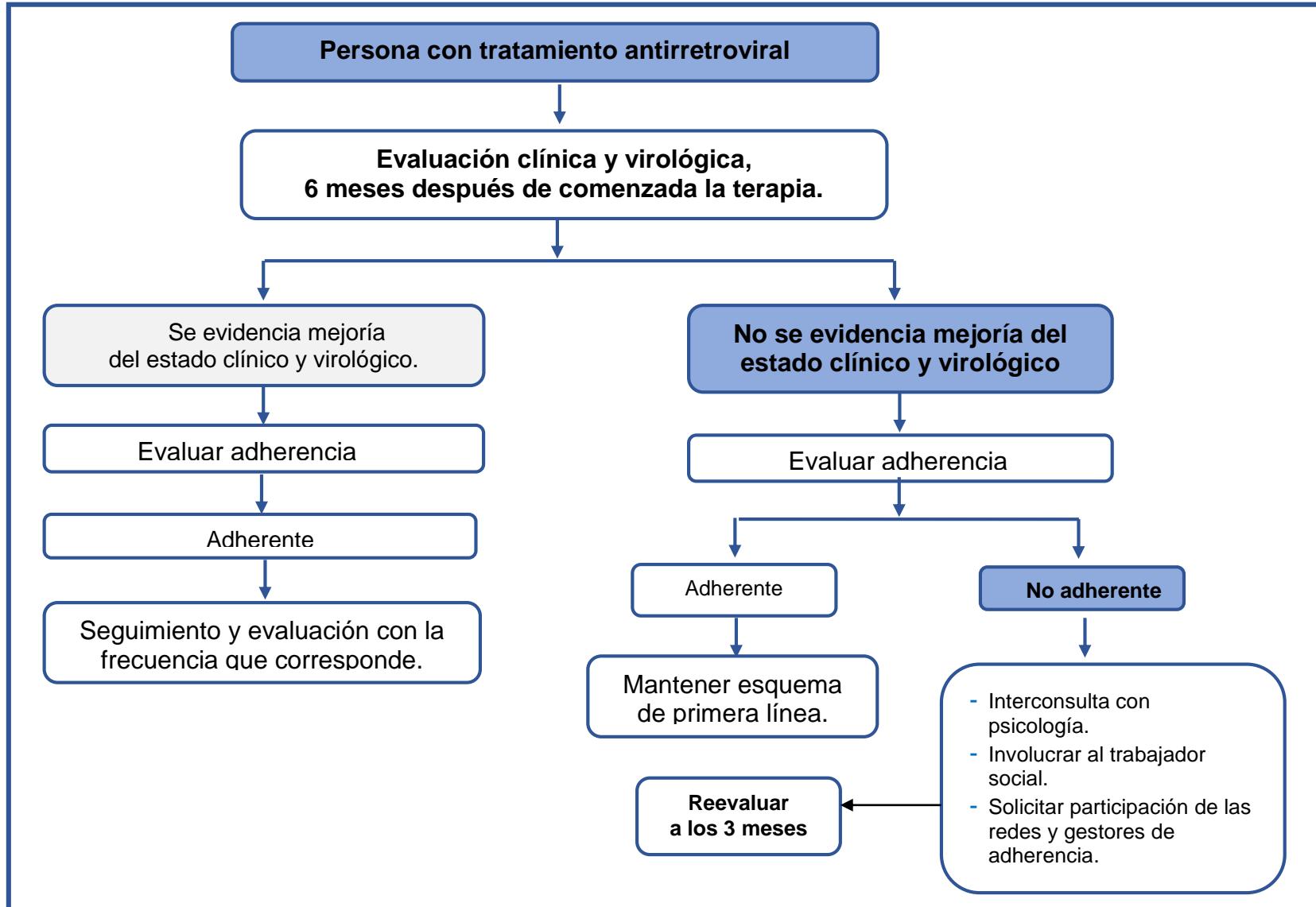


Figura 10. Algoritmo de seguimiento a la adherencia a TARV.



6.3.10. PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA RESISTENCIA A LOS ANTIRRETRIVIRALES

El monitoreo de la resistencia del VIH a los antirretrovirales resulta un aspecto clave en la atención integral a las personas que viven con VIH, no solo por el beneficio individual que representa para el paciente, sino por las implicaciones en la política de opciones terapéuticas de primera, segunda y tercera líneas, así como para optimizar estrategias que permitan prevenir la transmisión materno infantil del VIH y lograr la supresión de la carga viral.

6.3.10.1. Estrategias para el monitoreo y la vigilancia de la fármaco-resistencia del VIH

- Monitoreo de indicadores de alerta temprana de resistencia del VIH a los antirretrovirales.
- Vigilancia de la resistencia adquirida en adultos y niños que reciben terapia antirretroviral.
- Vigilancia de la resistencia pre-tratamiento en niños
- Vigilancia de la resistencia pre-tratamiento en adultos que inician terapia antirretroviral.
- Vigilancia de la resistencia del VIH a los antirretrovirales en usuarios que emplean profilaxis preexposición (PrEP) diagnosticados con VIH.

En función de las recomendaciones generales para el monitoreo y la vigilancia de la resistencia del VIH a los antirretrovirales, se define:

- LISIDA y el IPK son los laboratorios encargados de realizar las pruebas de resistencia del VIH a los antirretrovirales;
- LISIDA, como institución designada por la OMS como Laboratorio Nacional de Referencia para la Vigilancia de la Resistencia del VIH a los antirretrovirales y miembro de la Red Mundial de Laboratorios de Farmacorresistencia del VIH (HIVResNet de sus siglas en inglés), es el encargado de realizar las encuestas nacionales periódicas para la vigilancia de la resistencia pre-tratamiento en población que inicia terapia y resistencia adquirida en adultos y niños que reciben terapia antirretroviral. Las encuestas nacionales de resistencia pre-tratamiento y resistencia adquirida se realizarán cada tres años, según los criterios de selección y muestreo enunciados por la OMS;

- LISIDA será responsable de informar al Departamento de ITS-VIH/sida del MINSAP los resultados de las encuestas nacionales de vigilancia de resistencia pre-tratamiento y resistencia adquirida, y, en conjunto con especialistas del Departamento, reportará los resultados de los estudios correspondientes a la base de datos de Fármaco-resistencia de la OMS y harán las propuestas técnicas que se deriven de estos para su evaluación, en la Comisión Técnica Nacional de VIH/sida;
- LISIDA realizará el monitoreo de la resistencia del VIH a los antirretrovirales en gestantes seropositivas; niños menores de 18 meses diagnosticados de VIH y usuarios PrEP diagnosticados de VIH;
- El IPK realizará el monitoreo de la resistencia del VIH a los antirretrovirales en población que está recibiendo terapia antirretroviral y con sospecha de fallo a la terapia (basado en criterios clínicos, virológicos y/o inmunológicos);
- Ambos laboratorios utilizarán el método de secuenciación nucleotídica de los fragmentos del genoma que codifican para las enzimas transcriptasa inversa, proteasa, integrasa y envoltura (blanco de los medicamentos que se emplean en la terapia de primera línea, segunda línea y de rescate);
- El tipo de muestra a utilizar será plasma (más de 1 ml). El plasma se obtendrá mediante la colección de 10 ml de sangre total en tubos con EDTA (NO EMPLEAR TUBOS CON HEPARINA) y posterior centrifugación durante 20 minutos a 2500 rpm. El plasma se trasvasará a viales nuevos de 1,5 ml o más previamente rotulados con el código de la muestra. El plasma se congelará de -0 °C a -80 °C (7 días como máximo) hasta su posterior traslado, en neveras refrigeradas, al laboratorio encargado de realizar el ensayo, con la documentación correspondiente.
- El ensayo de resistencia genotípica del VIH a los antirretrovirales se realizará según los protocolos estandarizados, en los laboratorios de Biología Molecular de LISIDA y el IPK. Los valores se interpretarán según los programas disponibles en la base de datos de la Universidad de Stanford y el programa REGA de la Universidad de Leuven;
- LISIDA e IPK serán responsables de informar los resultados de los estudios de pacientes a sus provincias, médicos de asistencia de procedencia y al Departamento de ITS-VIH/sida del MINSAP;

- Según recomendaciones de la OMS y de la HIVResNet resulta necesario la implementación de una vigilancia centinela de la resistencia del VIH-1 en PVV que reciben esquemas terapéuticos con dolutegravir (DTG) una vez al año en un periodo de tres meses. Cada jefe de sección provincial de ITS-VIH/sida es responsable de informar a los médicos de asistencia de los PVV el flujograma para la selección de muestras para la vigilancia centinela de la resistencia al DTG.
- En caso de que algún PVV quede elegible para la determinación de la resistencia del VIH-1 a DTG, se enviará la muestra de plasma a uno de los laboratorios que realizan estudios de resistencia según la distribución* que aparece debajo, especificando en la orden de ensayo e esquema de TAR y la fecha de inicio.

Se realizará monitoreo de indicadores de alerta temprana en los niveles municipal, provincial y nacional:

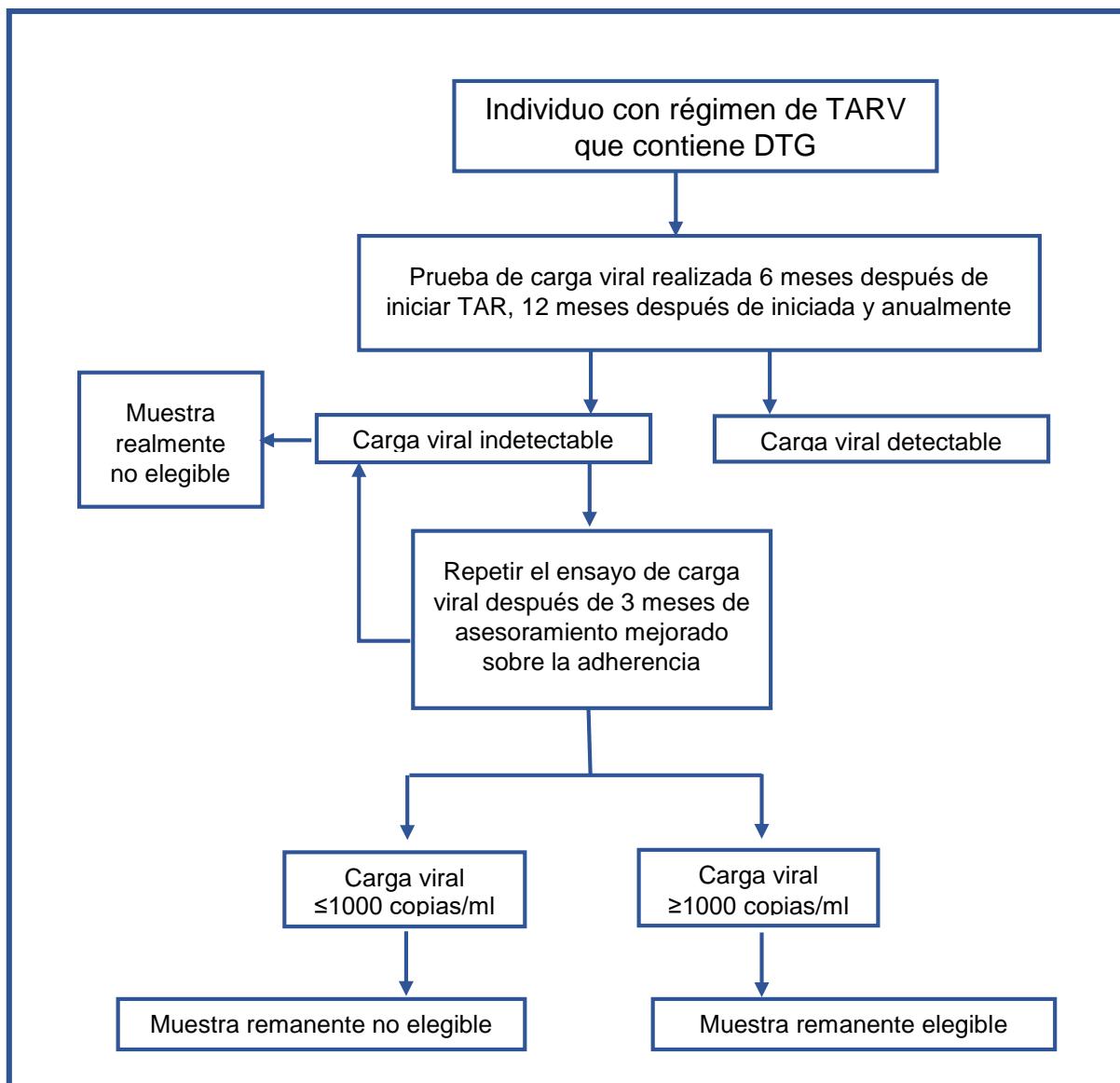
- Niveles de adherencia al tratamiento antirretroviral;
- Certificados médicos en las farmacias, en los que prescriban esquemas no recomendados en el protocolo nacional y/o que promueven la emergencia de resistencia a los antirretrovirales (como la mono- y/o biterapia);
- Episodios de desabastecimiento de antirretrovirales en la red de farmacias;
- Asistencia regular de los pacientes a las consultas médicas programadas;
- Cumplimiento del protocolo de seguimiento con carga viral a pacientes con terapia antirretroviral;
- Supresión mantenida de la carga viral a los 12 meses después de iniciado el tratamiento antirretroviral.

Nota:

* Al IPK: Laboratorios de carga viral IPK y CPHEM La Habana,

LISIDA: Laboratorios de carga viral de LISIDA, CPHEM Villa Clara, CPHEM Santiago de Cuba

Figura 11. Flujograma para la selección de muestras para la vigilancia centinela de la resistencia del VIH-1 en PVV que reciben regímenes con DTG



BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA VIH

Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria. Informe. Programa de VIH a escala por y para las poblaciones clave. 2023-2025. Ginebra. 2019 [revisado enero 2024]. Disponible en: https://www.theglobalfund.org/media/6300/core_keypopulations_technic

Lantero MI, Sánchez J, Joanes J, et al. Plan estratégico nacional para la prevención y control de las ITS, el VIH y las hepatitis 2019-2023. La Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba; 2019.

Thompson MA, Horberg MA, Agwu AL, et al. Primary care guidance for persons with human immunodeficiency virus: 2020 update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2021;73(11): e3572-e3605. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33225349>.

Gobernanza para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis y el virus de la hepatitis B. Descripción general de las responsabilidades y estructuras de validación a nivel nacional, regional y mundial. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2022 [revisada 21/06/2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326367>

Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2022 [revisada 15/07/2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361201/9789240053830-spa.pdf?sequence=1>

Panel on Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and Adolescents with HIV. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in adults and adolescents with HIV 2022. Available at <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/whats-new>.

Diretrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS para los grupos de población clave. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2023 [revisada 15/07/2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326961>.

Failure of dolutegravir first-line ART with selection of virus carrying R263K and G118R. N Engl J Med 2019; 381:887-9. [revisada 25/11/2023]

HIV drug resistance report. Geneva: World Health Organization; 2019, [revisada 05/01/2024]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325891>

Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030; 2022, [revisada 12/11/2023]. Disponible en <https://www.who.int/es/publications/item/9789240053779>

Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach; 16 July 2021. [revisada 12/11/2023] Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240031593>

Herramienta de estimación de necesidades y costos de la profilaxis preexposición (PrEP). Instrucciones de uso; 2022. [revisada 21/01/2024] Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55749>

Manual operativo de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 1: Prevención. Tratamiento preventivo de la tuberculosis; 2022. ISBN 978-92-75-32511-7. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55970>

Pautas para la implementación de la dispensación de medicamentos Antirretrovirales para varios meses. Versión 1; 2020. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52951/OPSCDEHSSCOVID-19200037_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=

Tratamiento antirretroviral con dolutegravir muestra mejores resultados en niños con VIH: Taller internacional pediátrico sobre el VIH realizado por la Organización Mundial de la Salud –OMS 19-07-2021. Disponible en: <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/2/pediatric-ary/435/dolutegravir>

Estrategia mundial contra el sida 2021-2026. Acabar con las desigualdades. Acabar con el sida; 2021. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/Global-AIDS-Strategy-2021-2026>

Servicios diferenciados y simplificados de profilaxis previa a la exposición para prevenir la infección por el VIH. Actualización de las orientaciones de la OMS sobre su implementación. Sinopsis técnica; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58687>

Vigilancia de la infección por el VIH basada en la notificación de casos: recomendaciones para mejorar y fortalecer los sistemas de vigilancia del VIH [Internet]. Washington, DC: OPS; 2012 Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Vigilancia2012.pdf>

VIH-SIDA materno. Infección materna por VIH (actualizado 30 de Octubre de 2023) <https://www.e-lactancia.org/breastfeeding/maternal-hiv-aids-maternal-hiv-infection/product/#:~:text=Desde%202016%2C%20las%20recomendaciones%20de,%20controles%20de%20carga%20viral.>

El SIDA y la alimentación del lactante. Declaración política conjunta del ONUSIDA, la OMS y el UNICEF; [revisada 21/01/2024] Disponible en:
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/infantpol_es_0.pdf

Organización Mundial de la Salud, Declaración del Programa Especial sobre el SIDA, Lactancia materna/leche materna y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) WHO/SPA/INF/87.8. (consultado el 24 de noviembre de 2023) Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/60788/WHO_SPA_INF_87.8.pdf

**BASES NORMATIVAS
PARA LA PREVENCIÓN Y
CONTROL DE LAS
HEPATITIS VIRALES**

6.4. BASES NORMATIVAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS HEPATITIS VIRALES

6.4.1. PROTOCOLOS PARA LA VIGILANCIA DE HEPATITIS

6.4.1.1. Sistema de vigilancia epidemiológica para las hepatitis

6.4.1.2. Objetivos

- Identificar la magnitud de las hepatitis virales
- suministrar información para la gestión del programa de las hepatitis.
- la provisión de datos para vigilar y evaluar la efectividad de las intervenciones;
- la ayuda para definir los recursos necesarios para la prevención y atención de las hepatitis virales.

6.4.1.3. Organización del sistema de vigilancia

- Se realizará la vigilancia de caso de hepatitis B y C agudas y crónicas.
- La notificación la realiza el especialista de gastroenterología que estudia y confirma el caso.
- Los casos confirmados se reportan a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria.
- El Departamento de ITS-VIH/sida y hepatitis del MINSAP controlará la calidad de los datos de las encuestas epidemiológicas, los partes y reportes periódicos.
- Los especialistas responsables del programa a nivel provincial son encargados de que a nivel local se realicen la investigación epidemiológica de cada caso y las acciones de control de foco en un término no mayor de 30 días después de la confirmación del caso. Es indispensable la participación del Área de Salud correspondiente.
- El departamento de estadísticas de los CPHEM es responsable de reportar mensualmente a la dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP la cantidad de pruebas realizadas según grupos de pesquisa.
- El IPK es responsable de realizar los estudios a niños/as de madres con HBsAg positivo, a los fallos hepáticos agudos, la vigilancia molecular para buscar mutantes de escape a la vacuna y los brotes de hepatitis en servicios de hemodiálisis y

devolver a las provincias los resultados correspondientes.

- Los laboratorios regionales de biología molecular donde se realiza carga viral de hepatitis B y C reportarán al MINSAP y a las provincias, la cantidad de pruebas que realizan y sus resultados. Se establecerá un sistema de Control de la Calidad de los resultados del diagnóstico molecular (carga viral del VHB y VHC) por el Laboratorio Nacional de Referencia en Hepatitis Virales, IPK;
- El Laboratorio Nacional de Referencia en hepatitis Virales, IPK es el responsable de realizar investigaciones de prevalencia, caracterización viral y resistencia antiviral en hepatitis B, C y D;
- El Laboratorio Nacional de Referencia en Hepatitis virales, IPK realizará investigaciones para conocer la respuesta inmune a la vacuna anti-hepatitis B en diferentes grupos de población y realizará recomendaciones al MINSAP;
- Las provincias enviarán al MINSAP mensualmente la información programática que utiliza el programa para monitorear los eventos sujetos a vigilancia.

6.4.1.4. Eventos sujetos a notificación y vigilancia

- Pruebas de HBsAg y AcHVC realizadas.
- Casos de hepatitis B y C agudas y crónicas.
- Casos tributarios de tratamiento.
- Hepatitis C aguda en los servicios de hemodiálisis.
- Brotes de hepatitis viral en los servicios de hemodiálisis.
- Coinfección VIH/VHB/VHC.
- Embarazadas con HBsAg positivo en cualquier período de su gestación.
- Nacimientos de hijos de madres con HBsAg positivo.
- Seguimiento clínico y de laboratorio de hijos de madres con HBsAg positivo.
- Investigación de casos de hepatitis B en población inmunizada (vigilancia molecular para buscar mutantes de escape a la vacuna).
- Etiología de los casos graves o fallo hepático fulminante (FHF).
- La infección por el virus de la hepatitis Delta (VHD) o coinfección VHB/VHD.
- Casos con cirrosis hepática o hepatocarcinoma atribuibles a hepatitis B y/o C.

- Muertes por cirrosis hepática o hepatocarcinoma atribuibles a hepatitis B y/o C.
- Cobertura de vacuna de hepatitis B.

6.4.1.5. Fuentes de información de la vigilancia de hepatitis

- Partes y reportes periódicos de provincias.
- Registros de pruebas serológicas de hepatitis que se realizan en la red de laboratorios SUMA.

6.4.1.6. Registros de los laboratorios regionales para estudio con carga viral.

- Registros y reportes del laboratorio de hepatitis del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí (IPK).
- Datos del Sistema tecnología SUMA.
- Datos del Sistema de defunciones (Registro de fallecidos).
- SIE de consulta externa (captaciones de embarazo).
- SIE de nacimientos.
- SIE de vacunación.
- SIE de enfermedades de declaración obligatoria (EDO).

6.4.1.7. Grupos de pesquisa de hepatitis B y C

Se definen como grupos de pesquisa, aquellos grupos de población sobre los que por interés epidemiológico, se realizan las acciones de búsqueda de casos de hepatitis B y C. Los datos de la pesquisa serológica de hepatitis, fluyen desde la red de laboratorios SUMA del país, transitando por los departamentos municipales y provinciales de estadísticas hasta la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública (MINSAP).

Tabla 1. Grupos de pesquisa de las hepatitis B y C.

GRUPOS DE PESQUIZA DE LAS HEPATITIS B Y C	
Donantes:	Clasifican las pruebas serológicas de HBsAg y AcVHC realizadas a las donaciones de sangre.
Gestantes:	Clasifican las pruebas serológicas de HBsAg y AcVHC que se realizan a las embarazadas como parte del protocolo de prevención de la TMI.
No Donantes:	<p>Clasifican las pruebas serológicas de HBsAg y AcVHC realizadas al resto de la población. Dentro de él se encuentran sub grupos de interés epidemiológico:</p> <ul style="list-style-type: none">• Niños/as nacidos/as de madres con diagnóstico de sífilis, VIH y hepatitis B.• Personas discapacitadas.• Parejas sexuales de personas con ITS, VIH y hepatitis B y C.• Pacientes que han sido multitransfundidos.• Receptores de sangre y productos sanguíneos, tejidos y órganos (VHB y VHC).• Pacientes con necesidad de terapia de reemplazo renal del tipo hemodiálisis (VHB Y VHC).• Hemofílicos (VIH, VHB y VHC).• Profesionales de la salud expuestos al contacto consangre o fluidos corporales (VHB y VHC).• Soldados y otros militares en servicio activo.• Reclusos, guardias y otros empleados de prisiones.• Personas con coinfecciones:<ul style="list-style-type: none">– hepatitis B y C combinadas;– hepatitis víricas y tuberculosis;– VIH y hepatitis víricas.

6.4.1.7.1. Definiciones de caso

Son válidas para niños y adultos.

a. Hepatitis B aguda

Se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- **Criterio Clínico:** Persona con una aparición paulatina de los síntomas prodrómicos como malestar general, fatiga, dolor abdominal, inapetencia, náuseas y vómitos, fiebre, artralgia o artritis y exantema urticarial; a lo que posteriormente se añade la ictericia en un tercio de los casos(forma icterica o clásica) o la confusión mental/encefalopatía en casos muy graves(insuficiencia hepática aguda)
- **Criterios de laboratorio:** Antígeno de superficie positivo al VHB y respuesta de anticuerpo específico IgM contra el antígeno del core viral de la hepatitis B (IgM Anti-HBc) acompañado de niveles elevados de aminotransferasas séricas que superan 10 veces o más el valor de referencia. En la forma icterica se acompaña de hiperbilirrubinemia y las formas graves cursan con prolongación del tiempo de protrombina;
- **Criterios epidemiológicos:** una relación epidemiológica por transmisión de persona a persona (contacto sexual, transmisión vertical o transmisión hemática u otro proceder parenteral).

Caso confirmado de Hepatitis B aguda: Persona que cumple los criterios anteriores.

b. Hepatitis B crónica

Habitualmente cursa asintomática y cuando desarrollan síntomas predominan: la fatiga, la falta de apetito y malestar general. Otras veces existen manifestaciones extrahepáticas como: artritis, dermatitis, panarteritis nodosa, glomerulonefritis y crioglobulinemia.

Se describen varias fases de la infección activa no necesariamente secuenciales, dependiendo de la presencia o no del antígeno e del virus B (HBe Ag) y la existencia de actividad necroinflamatoria expresada por la hipertransaminasemia,

- Infección B crónica: infección persistente del virus de la hepatitis B sin actividad necroinflamatoria del hígado.
 - HBsAg positivo por más de 6 meses. Presencia de más de 10^7 UI/ml del ADN HB.VHB detectable.
 - Valores normales de Transaminasas.
 - HBeAg presente (antigua fase de *inmunotolerancia*) o ausente (antiguamente *portador inactivo*),
- Hepatitis B crónica: actividad necroinflamatoria del hígado causada por la infección persistente del virus de la hepatitis B.
 - HBsAg positivo por más de 6 meses.
 - Presencia de entre de 10^4 y 10^7 UI/ml del ADN HB. Elevaciones persistentes o intermitentes de las transaminasas.
 - Biopsia hepática que muestra hepatitis crónica con actividad necroinflamatoria con/o sin fibrosis. (Indicada sólo en caso de dudas diagnósticas y a criterio del gastroenterólogo o hepatólogo).
 - APRI o FIB4 (si está disponible la elastografía)
 - HBeAg presente (antigua fase de *reactividad inmunitaria*) o ausente.
- Enfermedad hepática avanzada/cirrosis por VHB: hallazgos clínicos, de laboratorio, estudio de imagen y/o anátomo-patológico que sugieren una alteración estructural, funcional y vascular del hígado.
 - HBsAg positivo;
 - ADN-VHB detectable;
 - APRI y FIB4 (o elastografía si está disponible) que muestra un grado de fibrosis avanzado (F3-F4).
 - Biopsia hepática (Indicada solo en caso de dudas diagnósticas y a criterio del gastroenterólogo o hepatólogo) que muestra fibrosis avanzada con nódulos de regeneración.
 - Manifestaciones de hipertensión portal (ascitis, esplenomegalia, trombocitopenia y/o várices gastroesofágicas).

Tabla 2. Nueva clasificación de la infección crónica por el VHB.

	HBsAge +		HBsAge -	
	Infección crónica	Hepatitis crónica	Infección crónica	Hepatitis crónica
HBsAg	Alta	Alta/intermedia	Baja	intermedia
HBeAg	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo
ADN VHB	$>10^7$ UI/mL	$10^4\text{-}10^7$ UI/mL	<2.000 IU/mL	>2.000 UI/mL
ALT	Normal	elevada	normal	elevada
Enfermedad hepática	Ninguna/mínima	Moderada/severa	Ninguna	Moderada/severa
Vieja terminología	Inmunotolerante	Inmunoreactiva HBeAg+	Portador inactivo	Hepatitis crónica HBeAg negativa

- Hepatitis B oculta

La infección oculta por el virus de la hepatitis B (IOB), se caracteriza por la presencia en suero o plasma del genoma viral (ADN-VHB) y anticuerpos contra la proteína de la cápside (anti-HBc) en ausencia del antígeno de superficie (HBsAg).

- Criterios de laboratorio: Antígeno de superficie del VHB negativo, con o sin la presencia de anti-HBc o anti-HBs y la presencia de ADN del VHB (<200 UI/mL);

c. Hepatitis C aguda (hepatitis C recientemente adquirida)

Se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Criterios clínicos: en la mayoría de los pacientes la enfermedad adopta una forma clínica inaparente, solo una minoría presenta ictero. Los pacientes sintomáticos, los que representan entre el 20 a 30% presentan malestar general, cansancio, dolor en hipocondrio derecho, anorexia, náuseas y vómitos.
- Criterios de laboratorio: valores séricos elevados de las aminotransferasas, los picos de elevación son menores que en las hepatitis agudas B y C. Existen diferentes patrones de elevación de estas enzimas, el más típico es polifásico con fluctuaciones significativas.

Los sistemas inmunoenzimáticos actuales detectan anticuerpos contra el virus de la hepatitis C, (anti VHC) ellos han permitido disminuir considerablemente, el período de “ventana”, es decir, el momento entre la exposición al virus y la aparición de anticuerpos (seroconversión), esto ocurre entre la séptima y octava semana después de la infección. El diagnóstico de hepatitis aguda C puede requerir de la documentación de la seroconversión a antivírus de hepatitis C. La detección de antiVHC no discrimina entre infección actual, infección pasada o infección resuelta.

Estudios de biología molecular. El ARN del virus de la hepatitis C se detecta dentro de las dos primeras semanas a partir de la exposición. Se utiliza el método de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real cuyo límite de detección es 10 UI /ml a 15 UI/ml.

El antígeno central del virus de la hepatitis C puede detectarse y cuantificarse con un sistema inmunoenzimáticos. Su título es directamente proporcional a la concentración sérica de ARN.

En el caso específico de pacientes en hemodiálisis el diagnóstico se hará cuando comiencen a elevarse la curva de transaminasa, se detecte el ARN viral y aparezcan los anticuerpos contra el virus de la hepatitis C.

Caso confirmado de hepatitis C aguda: persona que reúna los criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio

d. Hepatitis C crónica

Se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Criterios clínicos: la poca expresión clínica es una de las características de la hepatitis C crónica. Los síntomas son ligeros e inespecíficos y en muchos enfermos cursa de forma inadvertida, puede llegar a la cirrosis hepática sin síntomas previos de enfermedad hepática. El cansancio, la astenia y la fatiga fácil son los síntomas más frecuentes. Muchos pacientes refieren depresión y reducción significativa de la calidad de vida que mejoran con la respuesta al

tratamiento antiviral. Se presenta un gran número de manifestaciones extrahepáticas

- Criterios de laboratorio: elevación sérica de las aminotransferasas, frecuentemente de forma fluctuante. En ocasiones la concentración sérica de la alaninoaminotranferasa puede estar normal, aunque esto no es sinónimo de que existe normalidad desde el punto de vista histopatológico

La presencia de anti VHC y la detección del ARN viral por métodos sensibles ya señalados harán el diagnóstico. El antígeno central del virus de la hepatitis C puede usarse como método alternativo a la biología molecular.

El diagnóstico de hepatitis C crónica debe ser hecho después de un período de seis meses a partir de haber adquirido la infección.

Hepatitis Delta: Se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Criterio Clínico: La hepatitis Delta es una inflamación del hígado causada por el VHD, que requiere la presencia del VHB para replicarse. En la hepatitis aguda, la infección simultánea (co-infección) por el VHB y el VHD puede producir hepatitis de leve a grave, con signos y síntomas indistinguibles de los de otros tipos de hepatitis víricas agudas. El VHD puede infectar a personas que ya padecen infección crónica por el VHB (super-infección). Esta sobreinfección por el VHD en casos de hepatitis B crónica acelera la progresión hacia formas más graves de la enfermedad entre el 70% y el 90% de los casos y en pacientes de todas las edades.
- Criterios de laboratorio: Presencia de Ac IgM anti-VHD e IgG anti-VHD. El antígeno delta (HDAg) aparece tempranamente y es de corta duración. La infección se confirma por la detección de ARN del virus en el suero. En la coinfección los marcadores de infección aguda por el VHB están presentes. En el caso de la super-infección están presentes los marcadores de infección crónica por VHB.

6.4.2. PROTOCOLO DE VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B

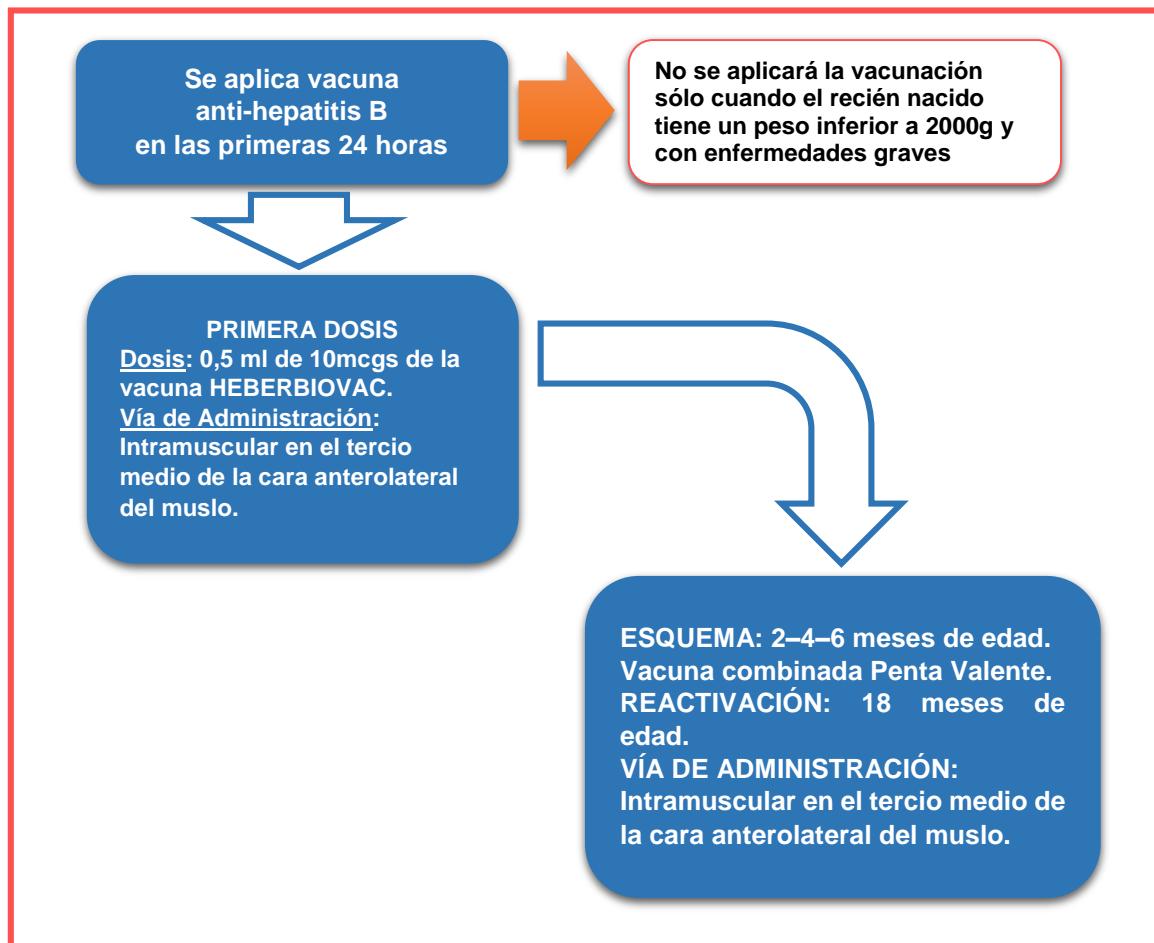
La principal medida de prevención de la hepatitis B, está determinada en la utilización de la vacuna contra la enfermedad. En nuestro país se utiliza la vacuna recombinante **Heberbiovac**.

¿A quién vacunar?

- Recién nacidos.
- Profesionales de la salud y estudiantes del sector expuestos al contacto con sangre o fluidos corporales.
- Trabajadores de otros sectores expuestos a riesgo ocupacional.
- Diagnosticados con ITS, VIH.
- Parejas sexuales de personas con ITS, VIH y hepatitis B y C.
- Diabéticos, Hipertensos, personas con Insuficiencia Renal Crónica.
- Colaboradores de la salud que viajan a países con alta endemidad de hepatitisB.
- Personas discapacitadas en unidades cerradas y trabajadores de estos centros.
- Pacientes que han sido multitransfundidos.
- Hemofílicos.
- Receptores de sangre y productos sanguíneos, tejidos y órganos (VHB y VHC).
- Pacientes con necesidad de terapia de reemplazo renal del tipo hemodiálisis
- Soldados y otros militares en servicio activo.
- Reclusos, guardias y otros empleados de prisiones.
- Poblaciones clave de ITS y VIH (Trans, HSH, PPST).

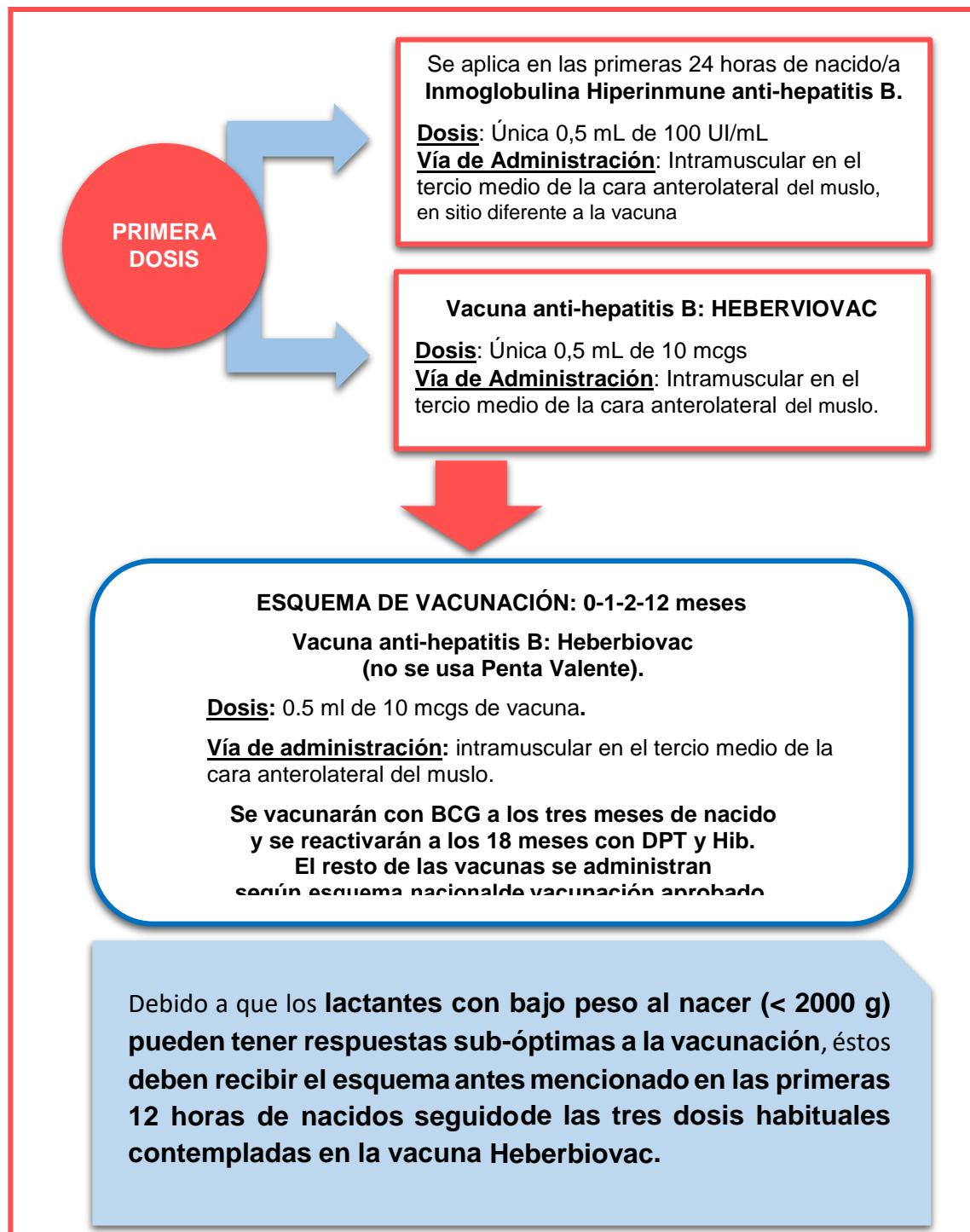
6.4.2.1. Vacunación a recién nacidos/as

Figura 1. Algoritmo del esquema de vacunación anti-hepatitis B a recién nacidos/as.



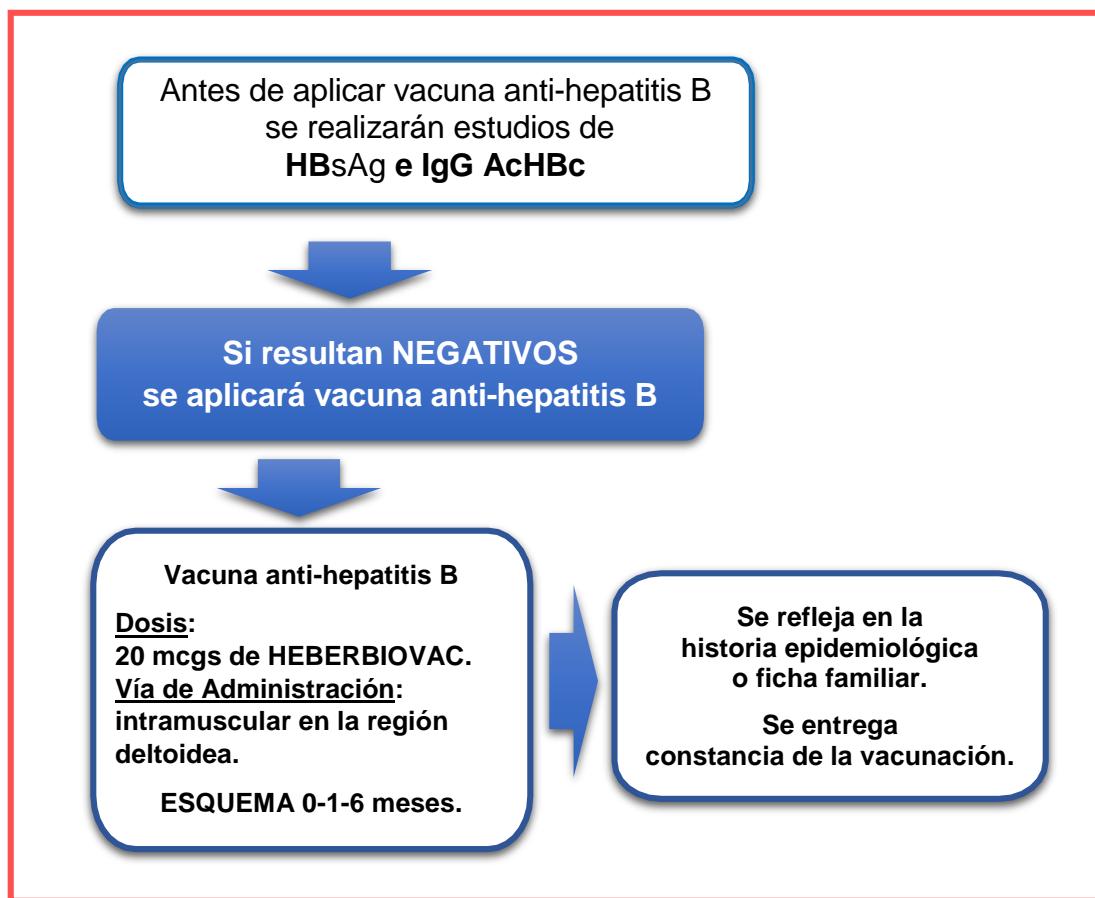
6.4.2.2 Vacunación a hijos/as de madres con HBsAg positivo

Figura 2. Algoritmo del esquema de vacunación a hijos/as de madres con HBsAg



6.4.2.3. Criterios de vacunación para mayores de 10 años y adultos

Figura 3. Procedimientos para la aplicación de la vacuna anti-hepatitis B en niños/as mayores de 10 años y adultos.



6.4.2.4. Pacientes con necesidad de terapia de remplazo renal del tipo hemodiálisis

La vacuna a aplicar es de 20 mcgs intramuscular en región deltoidea teniendo en cuenta los posibles escenarios:

- Si el paciente tiene un esquema 0-1-6 meses con dosis simples de 20 mcgs, se le aplicará una reactivación con dosis doble de 40 mcgs.
- Si el paciente no ha sido vacunado antes de entrar en el servicio por el diagnóstico tardío de la IRC, se iniciará en éste el esquema con dosis doble, 40 mcgs, con intervalos 0-1-5-6 meses.
- Todos los pacientes en diálisis recibirán una dosis doble de 40 mcgs como reactivación anual.

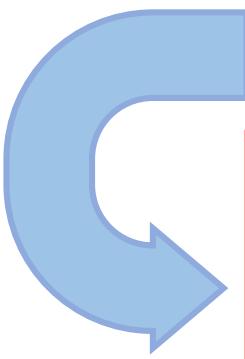
Las vacunas recibidas por el paciente en la atención primaria serán reflejadas en la carátula de la microhistoria de diálisis.

6.4.2.5. Esquemas acelerados en pacientes en listados para trasplante hepático o con conductas sexuales de riesgo:

La dosis de vacuna a aplicar es de 20 mcg intramuscular en región deltoidea como se muestra a continuación:

- Esquema 0-1-2-12 meses con dosis simples de 20 mcgs y se le aplicará una reactivación al año con igual dosis o;
- Esquema 0-7-30 días con dosis simples de 20 mcgs y una reactivación al año con igual dosis.

En caso de un esquema interrumpido se deben aplicar las dosis faltantes.



En quienes determinar los títulos Anti-HBsAg (riesgo de no responder a la vacunación)

- Obesos;
- Pacientes inmunocomprometidos (HIV; pacientes en diálisis o con un estadioinflamatorio crónico);
- Profesionales de la salud y estudiantes del sector expuestos

6.4.3. BÚSQUEDA DE CASOS, COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN.

- La prueba de HbsAg y AcHVC podían indicarse en todos los servicios de salud y unidades del sistema penitenciario.
- Las áreas de salud, a través del médico de familia realizarán la identificación de su población vulnerable y/o con riesgos para hepatitis virales y organizarán la búsqueda de casos mediante la indicación de HBsAg y el AcVHC a los diferentes

grupos de población que atiende, con énfasis en las gestantes y sus parejas, grupos de población clave y vulnerables de su comunidad.

- Todo médico que indica la prueba comunicará personalmente el resultado de la misma y lo anotará en la historia clínica del paciente, señalando la fecha de realizada.
- En el caso de resultados positivos, el médico de la atención primaria de salud remitirá al paciente a la consulta de gastroenterología que corresponde a su territorio, para definir conducta y tratamiento si lo requiere.
- El especialista de gastroenterología es responsable de la contra referencia del caso a la Atención Primaria de Salud (APS), donde será dispensarizado para seguimiento.

Tabla 3. Búsqueda de casos de hepatitis con pruebas HBsAg y AcHVC

A quiénes indicar prueba de hepatitis	Periodicidad HBsAg	Periodicidad Ac HVC	¿Dónde?
Donantes de sangre.	Cada vez que realicen donación de sangre.	Cada vez que realicen donación de sangre.	En el banco desangre.
Diagnosticados con VIH o ITS y sus parejas sexuales.	Al diagnóstico y vacunar si HBsAg negativo y Ac anti-HBs<10.	Al diagnóstico y posteriormente una vez al año.	CMF, consulta de ITS, servicios de consejería.
Poblaciones clave para ITS y VIH/sida (HSH, trans, PPST y sus parejas sexuales)	Al diagnóstico y vacunar si HBsAg negativo y anti-HBs<10	Al diagnóstico y posteriormente, una vez al año	CMF, consulta de ITS, Servicios de consejería, planificación familiar, Servicios externos de hospitales, consultas infanto-juveniles.
Embarazadas y sus parejas sexuales	En los tres trimestres del embarazo.	En los tres trimestres del embarazo.	CMF

Pacientes con necesidad de terapia de reemplazo renal del tipo hemodiálisis	Mensual	Mensual	Servicios de hemodiálisis
Pacientes con síntomas sugestivos de infección por virus de hepatitis	A juicio médico	Mensual	Cualquier servicio de salud
Nacidos antes de 1992	Anual y vacunar si HBsAg negativo y anti-HBs<10) o no tiene constancia de vacunación	Anual	Cualquier servicio de salud
Contactos de Personas con serología positiva	1 vez (y seguimiento a 6meses) si pertenecen agrupo vulnerables/prioritarios. Vacunar si HBsAg negativo y anti-HBs<10) o no tiene constancia de vacunación.	1 vez (y seguimiento a 6 meses)	CMF, consulta de ITS, Servicios de Consejería
Resto de los grupos vulnerables para hepatitis	1 vez (y seguimiento anual si pertenecen a grupos vulnerables/prioritarios. Vacunar si HbsAg negativo y anti-HBs<10).	Anual	CMF, consulta de ITS, servicios de consejería, planificación familiar, servicios externos de hospitales.

6.4.3.1. Procedimiento ante serologías de hepatitis B y C reactivas.

- Los resultados reactivos de pruebas de HBsAg pueden proceder de bancos de sangre (la persona donó sangre y resultó reactiva) o de los laboratorios SUMA donde se procesaron tras haber sido indicadas en Policlínicos, Hospitales u otras unidades de salud.
- Los procedentes de Policlínicos se reciben en los laboratorios clínicos y éste los deriva a los CMF de procedencia e informan de los reactivos al vicedirector de higiene y epidemiología del Policlínico.

- Los departamentos de Higiene y Epidemiología de las áreas de salud son responsables de la localización (por la enfermera especializada en ITS- VIH/sida) de los casos con resultados reactivos.
- Su localización y estudio se realizará en un término no mayor de 30 días.
- Se les ofrecerá información acerca de la prueba y la importancia de su estudio para confirmación, para lo cual será derivado a la consulta de gastroenterología que atiende las hepatitis en su territorio con un resumen de historia clínica que incluya los datos epidemiológicos de interés y los resultados de los estudios realizados.
- Según criterio médico, evaluar incluir tamizaje de hepatitis A.

6.4.3.2. Procedimientos para el estudio y seguimiento de casos de hepatitis B y C.

- El especialista de gastroenterología:
 - Realizará los estudios necesarios para confirmación del caso, incluyendo estudios de biología molecular con ADN VHB y ARN VHC. (carga viral)
 - Notifica por tarjeta de EDO especificando si es un caso de hepatitis viral B oC, aguda o crónica.
 - Es el responsable de instaurar el tratamiento en cada caso.
 - Informará al paciente acerca de su seguimiento posterior.
- Confecciona un resumen de historia clínica que entrega al paciente para que lo presente a su médico de familia para dispensarización y seguimiento.
- Una vez dispensarizado el caso por su médico de familia se realizan las acciones de control de foco y se concluye la encuesta epidemiológica en 30 días.
 - Se indicará HBsAg, Ac VHC y VIH a todos los contactos sexuales del enfermo.
 - Si en la encuesta epidemiológica se obtienen antecedentes de transfusión de sangre o sus derivados en los últimos 6 meses se agregará “antecedente de transfusión” (usar la sigla CAT) y se indicará además el anticuerpo contra hepatitis C (AcVHC).
- El tratamiento de los pacientes será asumido por la institución hospitalaria donde radica la consulta de gastroenterología de cada territorio.
- En casos de hepatitis virales en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC):

- A los atendidos en servicios de hemodiálisis se les realizará mensualmente las pruebas de HBsAg y Ac HVC.
- En caso de HBsAg y Ac HVC reactivos se les interconsulta con gastroenterólogo del hospital que atiende el servicio de hemodiálisis para realizar diagnóstico confirmatorio con ADN-VHB o ARN-VHC según corresponda.
- Si es detectable ADN-VHB o ARN-VHC se notifica el caso por tarjeta de declaración obligatoria y se realizan las acciones correspondientes en el servicio de hemodiálisis³³.
 - Si positividad al VHB: aislamiento en riñón amarillo (RA) o en último turno de hemodiálisis si VHB o Coinfección B+C. Valorar con gastroenterología el tratamiento y planificar los medicamentos a emplear.
 - Si positividad al VHC: aislamiento en el último turno de hemodiálisis o en salones de pacientes con VHC. Valorar con gastroenterología el tratamiento y planificar los medicamentos a emplear.
- Realizar ADN-VHB o ARN–VHC cada seis meses a todos los pacientes de hemodiálisis que son negativos en los laboratorios regionales de biología molecular.
- Aplicar vacuna anti hepatitis B a todos los pacientes al ingresar al servicio y sus reactivaciones anuales según esquema (ver vacunación contra hepatitis B).

6.4.4. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE HEPATITIS B

6.4.4.1. Hepatitis B aguda

Objetivos del tratamiento de la hepatitis B aguda:

- Evitar la progresión a insuficiencia hepática aguda en pacientes con hepatitis aguda B grave;
- Evitar la necesidad de trasplante en aquellos con insuficiencia hepática aguda;
- Ingreso hospitalario de casos de hepatitis viral B aguda que su evolución clínica lo

³³ Ministerio de Salud Pública. Sistema de vigilancia integrado de hepatitis en los servicios de hemodiálisis. Indicaciones. La Habana. MINSAP, 2017.

amerite por aparición de signos de alarma, empeoramiento del icterus, coagulopatía, trastornos de la conciencia, deterioro del estado clínico del paciente, etc.

- A los enfermos de Hepatitis B aguda se le realizará ingreso domiciliario y se interconsulta con el especialista de Medicina Interna del GBT.
- El tratamiento de los enfermos agudos no complicados será con dieta normal de 25 a 30 cal/kg/día, normosódica, normográsica y normoproteica. Tratamiento sintomático. Reposo relativo.

Se mantendrá seguimiento clínico epidemiológico a los enfermos agudos. El paciente que el HBsAg resulte positivo más de 6 meses se considerará crónico.

6.4.4.2. Tratamiento de la hepatitis B crónica

Objetivos del tratamiento de la hepatitis B crónica:

- Mejorar la supervivencia y la calidad de vida;
- Prevenir la progresión de la enfermedad a cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular;
- Prevenir la transmisión materno infantil;
- Prevenir la reactivación de la hepatitis B; y
- Prevenir y tratar las manifestaciones extra hepáticas.
- Prevenir la progresión de la enfermedad a cirrosis hepática y el desarrollo de carcinoma hepatocelular;

6.4.4.2.1. Criterios de tratamiento de la hepatitis B crónica³⁴

- Cirrosis hepática compensada o descompensada con cualquier nivel detectable de ADN del VHB y sin tener en cuenta los niveles de transaminasa.
- Pacientes con ADN del VHB >2000UI/mL y transaminasa dos veces por encima de valor normal deben iniciar el tratamiento independientemente del grado de fibrosis.

³⁴ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Directrices para la atención y el tratamiento de las personas diagnosticadas de infección crónica por el virus de la hepatitis C. Washington, D.C.: OPS; 2018.

- Pacientes con infección crónica por HBV, definidos por transaminasa persistentemente normales y ADN de VHB elevado, pueden ser tratados si son mayores de 30 años, independientemente de la gravedad de las lesiones histológicas hepáticas.
- Los pacientes con infección crónica por VHB y HBeAg positivo, manifestaciones extra hepáticas o antecedentes familiares de hepatocarcinoma pueden ser tratados incluso aunque no cumplan todos los criterios.
- En el niño es indicado en ≥1 año de edad con HBsAg mas de 6 meses,TGP mayor a 60U/L y ADN-VHB igual o mayor de 2 000 U/mL.

6.4.4.2.2 Medicamentos a utilizar en el tratamiento de la hepatitis B crónica

Tratamiento preferencial³⁵

a. Análogos de nucleós(i)dos

- La administración a largo tiempo de análogos de nucleós(i)dos (NA) de alta barrera de resistencia es el tratamiento de elección independientemente de la severidad de la enfermedad hepática. Las monoterapias preferidas son entecavir (ETV), Tenofovir alafenamida (TAF) y Fumarato de disoproxilo de tenofovir (TDF).
- El tratamiento de elección es el tenofovir (1 tableta diaria por tiempo indefinido).
- En el caso de los niños el Tenofovir está aprobado su uso después de los 12 años de edad, preferiblemente en su forma de Tenofovir Alafenamida, por tener menor nefrotoxicidad 25 mg/día por 72 semana. El entecavir está aprobado a partir de los 2 años de edad a dosis de 0.015mg/kg/día máximo 0.5mg/día, para los mayores de 30kg la dosis es de 0.5mg/día/ vía oral por doce meses^{36,37}.

³⁵ Rodríguez M, et al. Documento de consenso de la Asociación Española ~ para el Estudio del Hígado sobre el tratamiento de la infección por el virus de la hepatitis B (2020). Gastroenterol Hepatol. [internet] 2020. [Citado: agosto 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.03.011>

³⁶ Álvarez F, Cuarterolo ML, Clocca M. Hepatitis B crónica en pediatría tratar o no tratar, esa es la pregunta. Arch Argent. Pediatr, 2021; 119(2):e117-e120.

³⁷ Zapata R, Mezzano G, F Soza A, Gómez F, Izquierdo G, Zamora F, Muñoz MP y Peña A. Orientación técnica: manejo y tratamiento de la infección por virus de la hepatitis B (VHB). Chile, 3ra Edición, 2021.

Seguimiento de casos de hepatitis B crónica que se tratan con estos medicamentos

- Evaluaciones periódicas con transaminasa y ADN HBV.
- Monitoreo renal y óseo (en casos tratados con Tenofovir).
- Vigilancia de carcinoma hepatocelular (CHC).

Criterios para interrupción de la terapia

- HBsAg negativo confirmado con o sin seroconversión anti-HBs
- Pacientes no cirróticos con hepatitis crónica B HBeAg positivo, que alcanzaron seroconversión estable HBeAg-anti HBe detectable después de completar 12 meses de terapia de consolidación.
- Pacientes no cirróticos con HBeAg negativos que alcanzaron ADN HBV indetectable después de 3 años o más.

Tratamiento alternativo

En el caso de los niños \geq 1 año se puede usar interferón alfa 2b recombinante a dosis de 5 a 6 millones de unidades por m^2 de superficie corporal, subcutáneo 3 veces a la semana por 6 meses.

b. Monoterapia con Interferón pegylado (PegIFNa)

Se puede considerar como una opción de tratamiento inicial para pacientes con hepatitis crónica B ligera a moderada HBeAg positivo o negativo.

Duración del tratamiento: 48 semanas.

Seguimiento de casos de hepatitis B crónica que se tratan con Interferón pegylado

- Todos los pacientes con hepatitis crónica B deben seguir evaluaciones periódicas de recuento sanguíneo, transaminasa, hormonas tiroideas (TSH, T3 y T4), ADN HBV y niveles de HBsAg.
- Los pacientes con hepatitis crónica B HBeAg positivo deben seguir con evaluaciones periódicas de HBeAg y anti-HBe.
- Los pacientes con hepatitis crónica B con respuesta virológica después de la terapia de PegIFNa deben permanecer bajo seguimiento a largo plazo debido al riesgo de recaída.

- Los pacientes con respuestas sostenidas después de terapia de PegIFNa con alto riesgo de CHC deben permanecer bajo la vigilancia aún si consiguen la pérdida de HBsAg.

6.4.4.3. Vigilancia y sospecha de infección por Virus Delta en pacientes HBs Ag positivo con reactivación o progresión de la actividad necroinflamatoria con serología para virus A, C y E negativas

En caso de anti-HBc aislado con datos de afectación hepática o inmunosupresión significativa, se debe valorar la presencia de hepatitis B oculta, determinando el ADN-VHB en suero.

Manejo y seguimiento de la hepatitis B oculta

- Realizar evaluaciones periódicas con transaminasa y ADN-VHB.
- Manejo de las co-infecciones (VHC, VIH).
- Detección de factores de riesgo para prevenir los dos principales problemas asociados a la IOB: la reactivación y la transmisión del VHB.

6.4.4.3.1. Vigilancia y sospecha de infección por Virus Delta en pacientes HBs Ag positivo con reactivación o progresión de la actividad necroinflamatoria con serología para virus A, C y E negativos.

En caso de anti-HBc aislado con datos de afectación hepática o inmunosupresión significativa, se debe valorar la presencia de hepatitis B oculta, determinando el ADN-VHB en suero.

Manejo y seguimiento de la hepatitis B oculta

- Realizar evaluaciones periódicas con transaminasa y ADN-VHB
- Manejo de las coinfecciones (VHC, VIH)
- Detección de factores de riesgo para prevenir los dos principales problemas asociados a la IOB: la reactivación y la transmisión del VHB.

-

6.4.5. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE HEPATITIS C³⁸-

El tratamiento y seguimiento de los pacientes con hepatitis C, tanto aguda como crónica, debe ser en conjunto entre el especialista de la Atención Primaria de Salud y el gastroenterólogo de la consulta especializada para estos fines.

Se realizará ingreso hospitalario por decisión del especialista en Gastroenterología cuando la evolución clínica desfavorable lo aconseje.

6.4.5.1. Seguimiento de casos de hepatitis C

En el caso de la hepatitis C aguda se realizará ingreso domiciliario.

a. Hepatitis C aguda

- No se requieren medidas higieno-dietéticas especiales. Solo prohibición de bebidas alcohólicas.
- El reposo se indicará de acuerdo a los síntomas del enfermo.
- Medicación sintomática.
- El tratamiento antiviral se instaurará una vez hecho el diagnóstico:
Sofosbuvir más Velpatasvir por 12 semanas.
Sofosbuvir más Daclatasvir por 12 semanas.

Debe evaluarse la respuesta virológica sostenida a las 12 y 24 semanas después de terminado el tratamiento.

b. Hepatitis C crónica.

- No se requieren medidas higiene dietéticas especiales. Solo prohibición de bebidas alcohólicas.
- Tratamiento antiviral: Sofosbuvir más Velpatasvir durante 12 semanas.
Sofosbuvir más Daclatasvir durante 12 semanas.
- Con la terapéutica se logra una respuesta virológica sostenida (RVS) entre el 95 – 100% de los pacientes, definida como el resultado indetectable de la carga viral en suero o plasma evaluada 12 semanas después de concluido el tratamiento,

³⁸ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Directrices para la atención y el tratamiento de las personas diagnosticadas de infección crónica por el virus de la hepatitis C. Washington, D.C.: OPS; 2018.

realizada por un método de biología molecular con un límite de detección igual o menor que 15 UI/ml La RVS corresponde a una cura de la infección por el virus de la hepatitis C.

Debe evaluarse la respuesta virológica sostenida a las 12 y 24 semanas después de terminado el tratamiento (**ALTA con RVS a las 48semanas**).

En el caso de pacientes con hepatitis crónicas con fibrosis F3 y F4 la vigilancia continua aunque estén en RVS porque no se elimina totalmente el riesgo de hepatocarcinoma

- Los niños mayores de 3 años deben ser enviados a las consultas de hepatología infantil del territorio.

En el caso de los niños mayores de 3 años recientemente se sugiere por la OMS la utilización de los antivirales de acción directa sofosbuvir+daclastavir, sofosbuvir+ Velpatasvir y Glecaprevir + Pribentasvir.

Existen pocos estudios realizados para definir las dosis del tratamiento. Se mantiene el uso de sofosbuvir+ledipasvir en mayores de 6 años a la dosis de LPV/SOF: 45 mg/200 mg y pacientes de 12 a 18 años ledipasvir (90 mg)/sofosbuvir(400 mg) durante12 semanas.

- Sofosbuvir+ledipasvir para mayores de 3 años (SOF/LPV: <17 kg 150 mg/33.75 mg; de 17 a 35 kg 200 mg/45 mg y >35 kg 400/90.

6.4.6. TRATAMIENTO A COINFECCIONES

Tratamiento de la coinfección VHC/VHB

- Antes de iniciar tratamiento para el VHC debe realizarse HBsAg y anti Core por la posible reactivación del VHB, de ser reactivos estos, debe iniciarse tratamiento para este virus antes del tratamiento del VHC.

Tratamiento de la coinfección VIH/ VHB

- En la persona con VIH que requiere inicio inmediato de tratamiento antirretroviral y tiene carga viral de VHB elevada, se recomienda como opciones terapéuticas preferente la combinación de TDF + FTC o 3TC y un tercer fármaco activo frente al VIH.

- Si está contraindicado el TDF, el fármaco de elección es el entecavir ajustado según la función renal y el fracaso previo a 3TC (0.5 mg/d en pacientes sin exposición a 3TC, 1 mg/d para el resto)^{39,40}.

Tratamiento de la coinfección VIH/VHB/VHD

La infección por el VHD provoca la forma más grave de hepatitis viral crónica, y en pacientes infectados por los 3 virus VHB/VHD/VIH, el VHD multiplica el riesgo de CHC, de complicaciones hepáticas y muerte.

Los análogos de nucleós(t)idos (NA) no son efectivos frente a la hepatitis crónica por VHD. Por tanto, no deben estar incluidos en el esquema de tratamiento de la confección VHB/VHD

El PegIFN- α es hasta ahora el único tratamiento autorizado, con eficacia muy limitada. El único estudio que evaluó la seguridad y eficacia del IFN- α en PVIH los resultados fueron, de un 6% en ausencia de un deterioro inmunológico importante, frente a un 9% en los no infectados por el VIH.

En el resto de estudios, en los que no se incluyeron PVIH, los resultados han mostrado tasas de respuesta muy bajas. (< 30% a los 6meses de finalizar el tratamiento). Sin definirse duración del tratamiento ni la respuesta virológica sostenida (se han observado rebrotos tardíos mientras el Ags siguiera presente)⁴¹. Por lo que no existe un tratamiento con la suficiente eficacia frente al VHD, para recomendar su uso de forma generalizada. Actualmente existen fármacos frente al VHD en investigación pero ninguno probado en PVIH.

³⁹ Macías J, Camacho A, Von Wichmann MA, López-Cortés LF, Ortega E, Tural C, et al. Liver stiffness measurement versus liver biopsy to predict survival and decom pensations of cirrhosis among HIV/HCV- coinfectados patients. AIDS 2013; 27: 2541-2549.

⁴⁰ Berenguer J, Alvarez-Pellicer J, Martín PM, López-Aldeguer J, Von-Wichmann MA, Quereda C, et al. Sustained virological response to interferon plus ribavirin reduces liver-related complications and mortality in patients coinfectados with human immunodeficiency virus and hepatitis C virus. Hepatology 2009; 50: 407-413.

⁴¹ Ferrante ND, Lo Re V. Epidemiology, natural history, and treatment of hepatitis delta virus Infection in HIV/hepatitis B virus coinfection. Curr HIV/AIDS Rep. 2020; 17:405-414.

Tratamiento de la coinfección VIH/VHC

- El tratamiento antiviral en esta coinfección es de forma similar que en enfermos monoinfectados con el VHC ya que la respuesta virológica en ambos grupos es similar.

Tratamiento de la hepatitis Delta

- El interferón alfa pegylado (1 bulbo semanal) es el tratamiento recomendado para la infección por el virus de la hepatitis D. El tratamiento debe durar al menos 48 semanas (1 año) independientemente de la respuesta del paciente.

Tratamiento de la coinfección VIH/VHE⁴²

- En pacientes inmunodeprimidos, la infección aguda por VHE puede evolucionar a formas crónicas caracterizada por una rápida progresión de la fibrosis hepática y desarrollo de cirrosis y enfermedad hepática terminal es estos pacientes con o sin evidencias de daño hepático crónico, es aconsejable la determinación anual de ARN viral del VHE como parte del seguimiento clínico⁴³.
- Existen pocos estudios acerca del tratamiento de la confección VIH/VHE. La experiencia derivada de cohortes de casos sugiere que el empleo de ribavirina 600 mg durante 12 semanas se asocia con aclaramiento viral sostenido en una importate proporción de pacientes²⁶.

Tratamiento de la hepatitis C en personas con co-infección con tuberculosis

La mayoría de los AAD interactúan con vías metabólicas en el hígado por lo cual provocan aumento o disminuciones de los AAD cuando se administran simultáneamente con rifamicinas como rifapentina y rifampicina, por consiguiente debe evitarse el tratamiento simultáneo de los AAD y la TB, por lo cual se debe tratar

⁴² European Association for the Study of the Liver; EASL Clinical Practice Guidelines on hepatitis E virus infection. J Hepatol. 2018; 68 (6): 1256-1271. doi:10.1016/j.jhep.2018.03.005

⁴³ Schillie S, Wester C, Osborne M, Wesolowski L, Ryerson AB. [CDC recommendations for hepatitis C screening among adults - United States, 2020. MMWR Recomm Rep](#). 2020;69(2):1-17.

primero la TB activa que pone en peligro la vida de un paciente en un periodo más corto que la hepatitis C^{44, 45}.

Tratamiento de la hepatitis C en pacientes con enfermedad renal crónica^{17,22,46}

Los pacientes con enfermedad renal crónica (filtrado glomerular <30ml/min) incluyendo aquellos en hemodiálisis deben ser tratados acorde a las recomendaciones generales para la infección por el VHC y no se requieren ajustes de dosis de los agentes antivirales de acción directa:

Glecaprevir más Pribentasvir por 12 semanas.

Grazoprevir más Elbasvir por 12 semanas.

Cuando no se dispone de otro tratamiento.

Sofosbuvir más Velpatasvir por 12 semanas.

Sofosbuvir más Daclatasvir por 12 semanas.

Los niños mayores de 3 años deben ser enviados a las Consultas de Hepatología Infantil del territorio.

En caso de los niños mayores de 3 años recientemente se sugiere por la OMS, la utilización de los antivirales de acción directa:

Sofosbuvir+ Velpatasvir

Glecaprevir + Pribentasvir.

Existen pocos estudios realizados para definir las dosis del tratamiento. Se mantiene el uso de Sofosbuvir+ledipasvir en mayores de 6 años a la dosis de LPV/SOF: 45 mg/200 mg y pacientes de 12 a 18 años ledipasvir (90 mg) /sofosbuvir (400 mg) durante 12 semanas

Sofosbuvir+ledipasvir para mayores de 3 años (SOF/LPV: <17 kg 150 mg/33.75mg; de 17 a 35 kg 200 mg/45 mg y >35 kg 400/90.

⁴⁴ EMA. Harvoni summary of product characteristics. Londres: EMA; 2017.

⁴⁵ FDA. Sovaldi prescribing information. Silver Spring (MD), EE. UU: FDA, 2017.

⁴⁶ Álvarez F, Cuarterolo ML, Ciocca M. Hepatitis C: ¿un virus que podríamos erradicar? Arch Argent Pediatr 2021;119(3):208-212.

Conducta a seguir con los pacientes con Insuficiencia renal crónica y hepatitis C una vez culminado el tratamiento con AAD.

- Los pacientes que fueron tratados con AAD y evidencia de RVS deben ser considerados pacientes negativos al VHC.
- El paciente que ha recibido tratamiento con AAD y logró una respuesta virológica sostenida (RVS), debe dializarse en el sector de pacientes HCV negativos.
- Realizar controles de detección de ARN VHC (carga viral) cada 6 meses en los pacientes que han alcanzado una RVS mientras que permanezcan en diálisis.
- El Ac VHC siempre va a resultar **positivo en pacientes con infección resuelta**, por ende **no es útil** para realizar vigilancia en pacientes tratados.

6.4.7. PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DE HEPATITIS B

Pesquisa de hepatitis en la atención prenatal:

- Se realiza HBsAg en los tres trimestres del embarazo.
- Las muestras deben identificarse correctamente, especificando en la orden del estudio:
 - que se trata de una gestante;
 - dirección completa según residencia; y
 - fecha probable de parto.
- El laboratorio clínico que realiza las extracciones, es responsable del traslado de muestras hacia el laboratorio SUMA correspondiente.

Ante la notificación de gestantes con HBsAg positivo:

- El epidemiólogo del área informará de inmediato al departamento de estadísticas del área de salud: nombre, dirección y fecha probable de parto de la gestante y se notificará el caso en el informe establecido por la dirección de Registros Médicos y Estadísticas de salud del MINSAP.
- La enfermera especializada de ITS-VIH/sida del policlínico localizará a la gestante y la cita a consulta con su médico de familia, quien en un período de 15 días garantizará concluir su estudio.
- El médico de familia indicará otra muestra (segunda extracción de sangre) que se

nombrará “muestra de verificación” y se enviará de forma inmediata al laboratorio SUMA que corresponde para ese policlínico. La toma de esta muestra puede realizarse en el laboratorio clínico del policlínico o en el propio laboratorio SUMA donde se procesó la reactiva.

- Si resulta positiva nuevamente se remite a interconsulta con gastroenterología donde se indica estudio de ADN HVB y se envía al laboratorio regional de biología molecular para su estudio.
- Una vez concluido el estudio, el gastroenterólogo define la conducta a seguir con la gestante según protocolo.
- Se reflejará en todos los documentos (H.C. de la gestante y su carnet obstétrico) la positividad al HBsAg. Este último lo presentará la embarazada en el momento del parto en el hospital para garantizar la vacunación en las primeras 24 horas y administración de gammaglobulina hiperinmune B.

6.4.8. MANEJO DE LA GESTANTE CON HEPATITIS B EN LOS DIFERENTES ESCENARIOS

Medidas pre-concepcionales para la paciente con hepatitis B que desea quedar embarazada⁴⁷

- Las mujeres infectadas con virus de la hepatitis B deben consultar al especialista en gastroenterología que le corresponde por su área de salud para evaluar estado de su enfermedad y discutir el mejor momento para la concepción del embarazo.
- En las mujeres que planean quedar embarazadas en un futuro próximo, pero no muestran características de fibrosis hepática avanzada (F3 o F4, utilizando métodos no invasivos), la opción más racional es aplazar el tratamiento hasta el nacimiento del niño.
- Sin embargo, en las mujeres con fibrosis avanzada del hígado que planean un embarazo en un futuro próximo, el tratamiento más adecuado es PegIFNa-2A en el período de la pre-concepción (es la responsabilidad del médico informar a los pacientes la necesidad de usar anticonceptivos eficaces durante la terapia)².

⁴⁷ STREBA, Letícia Adela Maria, et al. Current Management Strategies in Hepatitis B During Pregnancy. En Advances in Treatment of Hepatitis C and B. InTech, 2017.

- Mujeres con contraindicaciones a PegIFNa-2A deben ser tratadas con Tenofovir.

Gestante con hepatitis B y que se encuentra con terapia antiviral

- No existe contraindicación para continuar el curso del embarazo.
- Se recomienda tratar con Tenofovir (300 mg) una tableta por día.

Gestante con HBsAg positivo en la pesquisa prenatal de hepatitis B

- No existe contraindicación para continuar el curso del embarazo.
- Se realiza el ensayo HBsAg confirmatorio y si da positivo se remite al gastroenterólogo del área correspondiente, donde se indica PCR (ADN-VHB), ecografía abdominal, pruebas de función hepática (ALAT, ASAT, GGT, FA, colesterol, glicemia, PT, albumina, coagulograma).
- Si el resultado del ADN-VHB >2000 UI/ml se indica terapia antiviral durante el embarazo en las semanas de la 28-32 con el objetivo de disminuir la transmisión perinatal.
- El tratamiento indicado es Tenofovir (300 mg) una tableta por día.

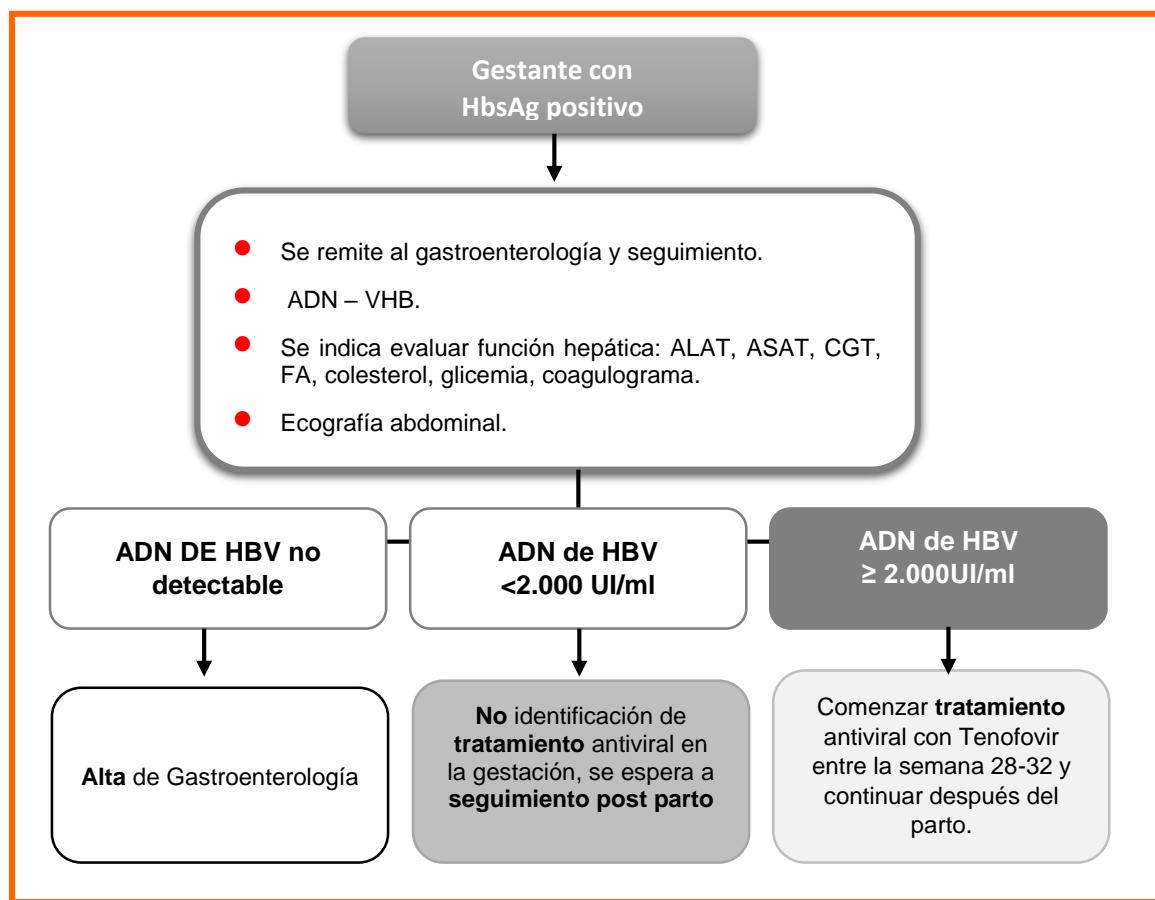
6.4.8.2. Conducta a seguir en gestantes con hepatitis B⁴⁸

- En gestantes con hepatitis B diagnosticada antes del embarazo y recibiendo tratamiento con PegIFNa-2A, sustituir por Tenofovir.
- Las gestantes diagnosticadas con hepatitis B durante la atención prenatal:
 - Tratamiento antiviral con Tenofovir, comenzar entre 28-32 semanas de gestación y continuar después del parto.
- La cesárea no se indica debido a los datos insuficientes sobre su beneficio.
- A los hijos de mujeres HBsAg positivas se les aplicará inmunoprofilaxis con: vacunación de HBV + gammaglobulina de la hepatitis B.

⁴⁸ Chappell CA, Scarsi KK, Kirby BJ, et al. [Ledipasvir plus sofosbuvir in pregnant women with hepatitis C virus infection: a phase 1 pharmacokinetic study](#). *Lancet Microbe*. 2020;1(5):e200–08. doi:10.1016/S2666-5247(20)30062-8.

- A los recién nacidos de madres con HBsAg positivo se les realizará HBsAg a los 18 meses de edad, independientemente de haber recibido profilaxis.
- No se contraindica la lactancia materna. Estos antivirales se excretan mínimamente en la leche materna y es improbable que provoquen toxicidad significativa.

Figura 4. Manejo de la gestante con HBsAg positivo detectada en la atención prenatal.



6.4.9. MANEJO DE HIJOS DE MADRES CON HBsAg POSITIVO

El objetivo del seguimiento hijos de madres con HBsAg positivo es identificar los niños infectados y viabilizar su vinculación a los servicios de gastroenterología donde serán estudiados, seguidos y tratados en aras de prevenir las complicaciones fundamentales de la hepatitis B: la cirrosis hepática y el carcinomahepatocelular.

Los/as niños/as de madres HBsAg positivo reciben un esquema de vacunación

diferenciado. Al completar su esquema de vacunación se les realiza seguimiento serológico (HBsAg y Anti HBc) posterior a la última dosis de la vacuna contra la hepatitis B, a los 18 meses de edad en el Instituto de Pedro Kouri (IPK) (figura 5).

Si el resultado es negativo se le realiza antiHBs y si es $\geq 10\text{mUI/ml}$ se considera inmunizado y se da el alta. En caso de un niño con antiHBs $<10\text{mUI/ml}$, se les repite esquema de vacunación y al mes de finalizar se repite nuevamente la serología con Anti Hbs y si da $\geq 10\text{mUI/ml}$, se le da el alta. En caso de ser HBsAg positivo se le realiza ADN para confirmar el diagnóstico, una vez confirmado se deriva al gastroenterólogo para seguimiento y tratamiento según se requiera.

6.4.10. MANEJO DE LA GESTANTE CON HEPATITIS C⁴⁹

Realizar a toda gestante determinación de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (anti VHC) al inicio del embarazo. Toda mujer en edad reproductiva con infección conocida por el VHC se recomienda la terapia antiviral antes de considerar el embarazo para reducir el riesgo de transmisión futura a la descendencia.

No existen ensayos clínicos a gran escala que evalúen la seguridad de los agentes antivirales de acción directa (ADD) durante el embarazo. En pequeños estudios se comprobó su eficacia, lográndose una respuesta virológica sostenida (RVS) de 100% y no se reportó problema de seguridad alguno en las mujeres, ni en sus bebés.

A pesar de la falta de una recomendación en el tratamiento se puede considerar durante el embarazo, de forma individual, después de un análisis médico-embarazada sobre los posibles riesgos y beneficios. No hay datos disponibles sobre el uso de regímenes terapéuticos con antivirales pangenotípicos durante el embarazo.

Se recomienda en la mujer embarazada con infección por el VHC el monitoreo con enzimas y pruebas de funcionamiento hepático. La carga viral debe hacerse al inicio

⁴⁹ Yattoo GN. [Treatment of chronic hepatitis C with ledipasvir/sofosbuvir combination during pregnancy \[Abstract\]](#). Hepatol Int. 2018;12(Suppl. 2):S292-S293.

de la gestación. Estos estudios para evaluar la severidad de la enfermedad hepática y la transmisión madre a hijo.

Como factores predictivos de riesgo específicos para la transmisión madre-hijo solo se conoce que la supresión de la replicación viral en la madre con coinfección VIH/VHC disminuye la posibilidad de transmisión. La alta carga viral del VHC constituye un factor de riesgo para la transmisión. El modo del parto no constituye un factor de riesgo.

La infección crónica por el VHC no parece tener efectos negativos sobre el embarazo. No existe contraindicación para la lactancia materna en la mujer con infección crónica por el VHC.

6.4.11. PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO DE DONANTES DE SANGRE POSITIVOS A LOS VIRUS DE LAS HEPATITIS B Y C.

- El director del Banco de Sangre es responsable del cumplimiento de las indicaciones para la comunicación y registro de los donantes positivos a los virus de hepatitis B o C.
- En la consulta médica previa a la donación, se informará de forma detallada acerca de las pruebas diagnósticas para enfermedades infecciosas a la que será sometido, y se le advertirá que de resultar positivo será notificado para estudio y definir conducta:
 - En la historia clínica del donante se reflejará su teléfono, y nombre del área de salud para favorecer la celeridad de la notificación de donantes positivos.
 - El banco de sangre registrará de manera permanente los donantes positivos a hepatitis B y C en un sistema de base de datos.
 - Los resultados positivos los enviará utilizando el correo electrónico semanalmente a los centros o unidades municipales de higiene y epidemiología para que éstos los hagan llegar a los policlínicos correspondientes.
 - Los donantes positivos residentes en otras provincias serán informados a los CPHEM en un período no superior a una semana, para que sean localizados de inmediato en sus áreas de salud a través de la enfermera especializada de ITS-VIH-sida.

- La enfermera especializada en ITS-VIH/sida de cada área de salud recibirá el listado de los donantes reactivos a través del epidemiólogo del área o del jefe de programa municipal, para localizar al donante.
- La enfermera especializada en ITS-VIH/sida notificará al EBS para su conocimiento.
- El EBS es responsable de remitir al paciente al especialista de gastroenterología que atiende hepatitis en su territorio para estudio. Si es confirmado como Hepatitis B o C se procede según lo establecido para estos casos.
- El gastroenterólogo enviará retroalimentación del estudio al EBS.
- El médico de familia dispensarizará a los donantes de sangre como casos de hepatitis viral aguda o crónica B y C y les dará seguimiento según grupo dispensarial.
- A los donantes de sangre que resulten positivos no se les permitirá realizar nuevas donaciones.
- Una vez estudiado el donante, el jefe del programa provincial y del municipio envían conclusiones del caso al banco de sangre correspondiente para que registre el caso y sea excluido del potencial de donantes.
- Cuando el donante estudiado resulte negativo el jefe del programa provincial y del municipio informan al banco de sangre con un resumen anexo del especialista de gastroenterología donde se certifique por estudios de ADN-VHBo ARN-VHC según corresponda que puede ser evaluada por el banco su inclusión nuevamente en el potencial de donantes.
- Los estudios de donantes reactivos deben ser concluidos en un periodo menor de tres meses.

6.4.12. PROCEDIMIENTO ANTE LA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL A LOS VHB Y VHC⁵⁰

- El director del banco de sangre es responsable del cumplimiento de las indicaciones para la comunicación y registro de los donantes positivos a los virus

⁵⁰ Polo R, Aguirrebengoa K, Vives N, coordinadores. Recomendaciones del SPNS, GESIDA, CEESCAT, SEIP Y AEP sobre profilaxis post exposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños. [internet] [Citado 29 de noviembre de 2018]- Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PPE_14-01-08.pdf.

de hepatitis B o C.

- En la consulta médica previa a la donación, se informará de forma detallada acerca de las pruebas diagnósticas para enfermedades infecciosas a la que será sometido, y se le advertirá que de resultar positivo será notificado para estudio y definir conducta.
- En la historia clínica del donante se reflejará su teléfono, y nombre del área de salud para favorecer la celeridad de la notificación de donantes positivos.
- El banco de sangre registrará de manera permanente los donantes positivos a hepatitis B y C en un sistema de base de datos.
- Los resultados positivos los enviará utilizando el correo electrónico semanalmente a los centros o unidades municipales de higiene y epidemiología para que éstos los hagan llegar a los Policlínicos correspondientes.
- Los donantes positivos residentes en otras provincias serán informados a los CPHEM en un período no superior a una semana, para que sean localizados de inmediato en sus áreas de salud a través de la enfermera especializada de ITS-VIH-sida.
- La enfermera especializada en ITS-VIH/sida de cada área de salud recibirá el listado de los donantes reactivos a través del epidemiólogo del área o del jefe de programa municipal, para localizar al donante.
- La enfermera especializada en ITS-VIH/sida notificará al EBS para su conocimiento.
- El EBS es responsable de remitir al paciente al especialista de gastroenterología que atiende hepatitis en su territorio para estudio. Si es confirmado como hepatitis B o C ,se procede según lo establecido para estos casos.
- El gastroenterólogo enviará retroalimentación del estudio al EBS.
- El médico de familia dispensarizará a los donantes de sangre como casos de hepatitis viral aguda o crónica B y C y les dará seguimiento según grupo dispensarial.
- A los donantes de sangre que resulten positivos no se les permitirá realizar nuevas donaciones.
- Una vez estudiado el donante, el jefe del programa provincial y del municipio envían conclusiones del caso al banco de sangre correspondiente para que

registre el caso y sea excluido del potencial de donantes.

-
- Cuando el donante estudiado resulte negativo el jefe del programa provincial y del municipio informan al banco de sangre con un resumen anexo del especialista de gastroenterología donde se certifique por estudios de ADN-VHB o ARN-VHC según corresponda que puede ser evaluada por el banco su inclusión nuevamente en el potencial de donantes.
- Los estudios de donantes reactivos deben ser concluidos en un periodo menor de tres meses.

6.4.13. PROCEDIMIENTO ANTE LA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL A LOS VHB Y VHC³⁵

Exposición de riesgo no ocupacional: Es el contacto de membranas mucosas, piel no intacta o exposición percutánea por herida con objeto corto punzante, sangre o fluidos potencialmente infecciosos fuera del ámbito laboral, como la exposición sexual sin protección o con fallo de la misma, incluyendo la violencia sexual, la exposición parenteral en personas que se inyectan drogas (PID) o en personas que acceden a la aplicación de tatuajes o piercings(perforaciones corporales) con material no estéril o reusado, la exposición de mucosas, pinchazos accidentales o mordeduras.

Exposición de riesgo ocupacional: Es el contacto de membranas mucosas, piel no intacta o exposición percutánea por herida con objeto corto punzante por parte de un trabajador por causa o con ocasión o a consecuencia de la realización de un trabajo u oficio, con fluidos potencialmente infectantes (sangre, líquido cefalorraquídeo, líquido sinovial, líquido pleural, líquido peritoneal, líquido pericardio, líquido amniótico, semen y secreciones vaginales o cualquier secreción visiblemente contaminada con sangre, y que puede suponer un riesgo de infección a través del mismo).

Grupos ocupacionales a riesgo para el VHB: Personas pertenecientes al sector salud: (laboratorio, patología, cirugía, banco de sangre, hemodiálisis, morgue, atención de emergencias médicas, paramédicos y odontología, salas de cirugía, entre otros):

- Trabajadores que manejan patógenos en laboratorios de investigación.

- Trabajadores sexuales.
- Personas que laboran en instituciones con población cautiva (por ejemplo: cárceles, personas con deficiencia cognitiva, y que provengan de zonas endémicas para HB).
- Trabajadores que viajan a áreas endémicas sin adecuada protección.
- Servicios funerarios.
- Personas que laboran en sitios de procedimientos estéticos y no asociados al cuidado de la salud tales como *piercing*, tatuajes, entre otros.
- Personas que manipulan cadáveres (en medicina legal, fiscalía o similares).
- Personas que realizan el aseo en hoteles o similares (desecho inadecuado de objetos corto punzantes).
- Recolectores de basura y recicladores.

Fuentes para VHB y sobrevivencia fuera del huésped⁵¹: Sangre y varios fluidos corporales como semen, secreciones vaginales, saliva, leche materna, calostro y líquidos corporales tales como cefalorraquídeo, pleural, pericárdico, peritoneal, ascítico, amniótico o sinovial; también por tejidos u órganos no fijados pero contaminados. La orina no es infecciosa para VHB a menos que esté contaminada con sangre. Las concentraciones del virus varían de alta en sangre y en secreciones de heridas, moderada en semen y fluido vaginal, y bajas en saliva. Sobre vive en sangre seca durante largos periodos, incluso semanas (en promedio 10 días), en superficies ambientales es estable hasta siete días a 25° C. Dado que permanece hasta una semana en superficie inanimada, se puede esparcir fácilmente si se comparten objetos como toallas, cuchillas, navajas, cepillos de dientes y elementos corto-punzantes; los títulos de virus pueden ser altos aun cuando la sangre no sea visible.

Grupos ocupacionales a riesgo para el VHC: Trabajadores de la salud incluyendo a

⁵¹ Schillie S, Murphy TV, Sawyer M, Ly K, Hughes E, Jiles R, de Perio MA, et al. CDC guidance for evaluating health-care personnel for hepatitis B virus protection and for administering postexposure management. MMWR Recomm Rep. 2013 Diciembre [Citado 28 Mar 2019]; 62(10): [aprox. 18 p]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24352112>

profesionales de la medicina, odontología, enfermería, personal de laboratorio, de bancos de sangre, personal de ambulancias, personal de limpieza, lavandería y mantenimiento en instituciones prestadoras de servicios de salud; personal de prisiones, trabajadores sexuales, personal que hace tatuajes y *piercings*, personas que manipulan cadáveres, recolectores de basura y recicladores, personas que realizan el aseo en hoteles o similares (desecho inadecuado de objetos cortopunzantes).

Fuentes para VHC y sobrevivencia fuera del huésped: Sangre, productos sanguíneos y fluidos corporales, tejidos o equipos contaminados con sangre infectada por el VHC.

El VHC es relativamente inestable, se han descrito tiempos variables de su supervivencia fuera del huésped a temperatura ambiente que van entre 16 horas, hasta tres o varias semanas.

6.4.13.1. Medidas ante un caso de exposición a VHB- VHC^{35, 36}

- Indagar información de la persona expuesta:
 - * Edad
 - * antecedentes patológicos
 - * si es gestante o no
 - * las características de la fuente (conocido, desconocido frente al VHB y VHC, tratamiento que recibe)
 - * mecanismo de exposición
 - * datos del tipo de fluido de contacto
 - * antecedentes de vacunación de la persona expuesta
 - * respuesta inmunológica a la vacunación
 - * tiempo de evolución de la exposición en horas y minutos.
- Para tomar la decisión de inicio de la profilaxis se deben tener en cuenta aspectos relevantes relacionados con las características de la fuente:
 - * tipo de mecanismo de exposición;
 - * fluidos a que ha sido expuesta la persona;
 - * antecedentes de vacunación de la fuente; y
 - * tiempo transcurrido desde la exposición de riesgo.

- En lo que respecta al VHB habrá que conocer el estado de la fuente y el estado de inmunidad del sujeto expuesto y vacunar o utilizar gammaglobulina anti-VHBe en caso necesario.
- En los pacientes no inmunizados frente al VHB o que desconozcan su estado inmunológico, la decisión de vacunar no debe demorarse hasta disponer de la serología anti-HBs.
- El VHC no se transmite de manera eficaz a través de exposición laboral, la incidencia media de seroconversión después de un contacto con sangre de un paciente VHC positivo es de 1,8% y es muy rara la transmisión a través de las membranas mucosas. El VHB, si se transmite con frecuencia si el trabajador expuesto no está vacunado.
- Cada vez se describen con mayor frecuencia casos de transmisión de VHC tras relaciones sexuales, sobre todo en HSH. Además, no existe una profilaxis efectiva frente al VHC, pues la cinética viral demuestra que para que el tratamiento sea eficaz debe haber ya una infección establecida. Por eso es importante el seguimiento de estos pacientes para poder diagnosticar cuanto antes una posible infección aguda por el VHC en cuyo caso el tratamiento puede ser más eficaz.

Recomendaciones

1. En el caso del VHB la actuación depende de la situación tanto del paciente fuente como de la persona expuesta.
2. Si la pauta de vacunación VHB es correcta (que posea las tres dosis de vacunas), no debe efectuarse seguimiento. En estos casos debe realizarse estudio serológico frente al VHB al inicio y a los 6 meses.
3. En cuanto al VHC, realizar en el momento de la exposición o accidente los AcVHC para conocer el estado serológico previo al accidente o exposición- Repetir en el caso de hepatitis C a los 3m y 6m si da negativo se da negativo se da alta. En caso de aparición de síntomas de hepatitis viral C aguda se le realiza estudios de ARN-VHC.
4. Para HVC en estos momentos no se dispone de ninguna medida eficaz de prevención, por lo que las recomendaciones deben ir dirigidas a un diagnóstico precoz de una posible infección aguda en las personas expuestas, para poderla cuanto antes.

Profilaxis post exposición de la hepatitis B³⁵

- La decisión de aplicar o no profilaxis para hepatitis B, debe basarse en la certeza o no de vacunación previa y en el nivel de títulos de anticuerpos adecuados para hepatitis B superiores a 10 UI/ml en la persona expuesta.
- El no acceso inmediato a dicha medición o la ausencia de información sobre el esquema de vacunación, no deben retrasar el inicio de la profilaxis contra VHB.
 1. Vacuna contra hepatitis B
 - * Idealmente se debe iniciar durante las 72 horas post-exposición.
 - * El esquema recomendado en estas directrices es 0, 1 y 6 meses, aunque hay esquemas rápidos de 0-1-2meses, muy recomendados en personas pertenecientes a poblaciones clave.
 2. Gammaglobulina anti-hepatitis-B (HBIG)
 - * Se puede aplicar de manera simultánea con la vacuna, aunque en sitios diferentes de inyección.
 - * Esta se debe iniciar preferiblemente en las primeras 24 horas post-exposición.
 - * Aplicadas dentro de este tiempo han mostrado ser 70% a 90% efectivas para prevenir la infección por hepatitis B, sin embargo, puede aplicarse hasta un plazo máximo de 7 días después de exposiciones percutáneas y hasta 14 días después de exposiciones sexuales.
 - * En todos los casos se recomienda realizar una prueba de línea base (idealmente anti-HBc o en su defecto HBsAg) para infección por el VHB, lo más pronto posible después de la exposición, para determinar si la persona expuesta se encontraba infectada antes de la exposición. La no disponibilidad de estas pruebas no debe retardar el inicio de la profilaxis post-exposición.

Tabla 4. Recomendaciones para la profilaxis post- exposición de hepatitis B.

Fuentes	No vacunado	Vacunado
HBsAg positivo	HBIG una vez de inmediato. Iniciar esquema de vacunación.	Analizar para anti-HBs. Si los títulos son inadecuados, administrar HBIG y una dosis de refuerzo de vacunaHB.
Fuente conocida	Iniciar esquema de vacunación.	Someter a la fuente a análisis para HBsAg solo si la persona expuesta no respondió a la vacuna, si la fuente es HBsAg positivo, administrar HBIG y 1 dosis de refuerzo de vacuna HB.
Alto riesgo		
HBsAg positivo		
Fuente conocida		
Bajo riesgo	Iniciar esquema de vacunación.	No se requiere nada
HBsAg positivo		
Fuente desconocida	Iniciar esquema de vacunación.	No se requiere nada

6..4.13.3. Seguimiento de los casos expuestos³⁶

- En todos los casos de exposición ocupacional o no ocupacional, con o sin profilaxis post exposición administrada, se debe instaurar un plan deseguimiento clínico y de laboratorio, información y apoyo psicológico, al respecto de su exposición a la Hepatitis B y la Hepatitis C.
- El seguimiento de las personas expuestas es de seis meses. La única excepción es la realización de una nueva serología para VIH a las 48 semanas, en el caso de sufrir una infección por el VHC, tras la exposición a una fuente coinfectada por el VIH-VHC.

6.4.13.4. Indicaciones para la obtención, transporte y almacenamiento de las muestras

- Recolectar sangre total en vacutainer de tapa morada o en su defecto en tubo estéril con anticoagulante EDTA al 10 % (150µL /10mL sangre total), la cual se puede almacenar a una temperatura entre 2°C y 25°C durante un máximo de 24 horas antes de la centrifugación. Después de la centrifugación, transfiera 2ml de plasma a un tubo de polipropileno estéril. Las muestras de plasma conservado en EDTA se pueden almacenar:
 - A 4°C (muestra para VHC) y entre 25°C y 30°C (muestra para VHB) durante un máximo de 72 horas.
 - Entre 2°C y 8°C durante 7 días como máximo (muestra para VHB).
 - Entre -20°C y -80°C durante un máximo de 6 semanas (muestra para VHB y VHC).
 - Las muestras de suero y plasma conservado en EDTA se pueden congelar y descongelar hasta 5 veces sin que haya una pérdida del ARN o ADN de los virus B y C.

La sangre total debe transportarse a una temperatura comprendida entre 2°C y 25°C y procesarse dentro de las 24 horas siguientes a su extracción. El suero y plasma conservado en EDTA pueden transportarse a una temperatura comprendida entre 2°C y 8°C o congelarse a una temperatura entre -20°C y -80°C.

El laboratorio de biología molecular no se responsabiliza con los resultados sino se cumplen las normas expuestas.

Se llenará y enviará el modelo de indicación correspondiente.

6.4.14. PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

Los indicadores contenidos en el plan de M&E son:

- Porcentaje de embarazadas con AgsHB (antígeno de superficie de hepatitis B) realizado. Se mide con periodicidad anual.
- Porcentaje de niños/as de madres con antígeno de superficie de hepatitis B positivo estudiados a los 18 meses de edad, Se mide con periodicidad anual.

- Porcentaje de personas pertenecientes a población seleccionada que se han realizado HBsAg. Se mide con periodicidad anual.
- Porcentaje de personas pertenecientes a grupos clave que se han realizado AcHVC. Se mide con periodicidad anual.
- Porcentaje de personas con hepatitis B crónica que reciben tratamiento según protocolos vigente. Se mide con periodicidad anual.
- Porcentaje de pacientes con hepatitis B crónica en tratamiento que alcanzan supresión viral. Se mide con periodicidad anual.
- Porcentaje de personas con hepatitis C crónica que reciben tratamiento según protocolos vigente. Se mide con periodicidad anual.
- Porcentaje de pacientes con hepatitis C crónica en tratamiento que logran curación. Se mide con periodicidad anual.

Los mismos se medirán en el área de salud, municipios, provincia y nacionalmente y sus resultados serán utilizados para el análisis del cuadro de salud a cada nivel.

La fuente oficial para obtener los datos para los indicadores de impacto del plan de monitoreo y evaluación son el registro de casos de hepatitis de las consultas especializadas provinciales y el registro de casos del instituto de gastroenterología, así como los partes y reportes periódicos de provincias y los registros de pruebas serológicas de hepatitis que se realizan en la red de laboratorios SUMA.

6.4.15. CONTROL DE CALIDAD DEL DIAGNÓSTICO MOLECULAR DE LOS VIRUS DE LAS HEPATITIS B Y C.

Teniendo en cuenta la descentralización del diagnóstico molecular de la hepatitis B y C a los laboratorios regionales (CPHEM La Habana, Villa Clara y Santiago de Cuba), el Instituto de Gastroenterología (IGE), Hospital Hermanos Ameijeiras e IPK, que ya cuentan con la tecnología; y la posibilidad de la realización del diagnóstico molecular en otros laboratorios de la red que cuentan con equipamiento, se impone la realización de un Control de Calidad por el Laboratorio Nacional de Referencia de Hepatitis virales del IPK, que permita evaluar los resultados y emitir consideraciones al respecto.

6.4.15.1. Plan de Control de Calidad de los laboratorios de la red

- Se realizará en el Laboratorio Nacional de Referencia de hepatitis virales, IPK.
- Cada laboratorio enviará trimestralmente del 2% al 10% de las muestras positivas y el 2% de las muestras negativas (no detectables) a carga viral del VHB y VHC obtenidas en el periodo. (este valor puede cambiar acorde con el número de muestras que procese cada laboratorio en específico).

Las muestras irán acompañadas de una información básica (laboratorio que realizó el diagnóstico, estuche utilizado, valor de la carga viral, nombres y apellidos del paciente, edad, sexo, color de la piel, grupo de riesgo, si está en terapia antiviral y régimen que utiliza) con el objetivo de garantizar un adecuado análisis.

Bibliografía consultada

Ministerio de Salud Pública. Sistema de vigilancia integrado de hepatitis en los servicios de hemodiálisis. Indicaciones. La Habana. MINSAP, 2017.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Directrices para la atención y el tratamiento de las personas diagnosticadas de infección crónica por el virus de la hepatitis C. Washington, D.C.: OPS; 2018.

Rodríguez M, et al. Documento de consenso de la Asociación Espanola ~ para el Estudio del Hígado sobre el tratamiento de la infección por el virus de la hepatitis B (2020). Gastroenterol Hepatol. [internet] 2020. [Citado: agosto 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.03.011>

Álvarez F, Cuarterolo ML, Clocca M. Hepatitis B crónica en pediatría tratar o no tratar, esa es la pregunta. Arch Argent. Pediatr, 2021; 119(2):e117-e120.

Zapata R, Mezzano G, F Soza A, Gómez F, Izquierdo G, Zamora F, Muñoz MP y Peña A. Orientación técnica: manejo y tratamiento de la infección por virus de la hepatitis B (VHB). Chile, 3ra Edición, 2021.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Directrices para la atención y el tratamiento de las personas diagnosticadas de infección crónica por el virus de la hepatitis C. Washington, D.C.: OPS; 2018.

Macías J, Camacho A, Von Wichmann MA, López-Cortés LF, Ortega E, Tural C, et al. Liver stiffness measurement versus liver biopsy to predict survival and decom pensations of cirrhosis among HIV/HCV- coinfectados patients. AIDS 2013; 27: 2541-2549.

Berenguer J, Alvarez-Pellicer J, Martín PM, López-Aldeguer J, Von-Wichmann MA, Quereda C, et al. Sustained virological response to interferon plus ribavirin reduces liver-related complications and mortality in patients coinfected with human immunodeficiency virus and hepatitis C virus. Hepatology 2009; 50: 407-413.

Ferrante ND, Lo Rev. Epidemiology, natural history, and treatment of hepatitis delta virus Infection in HIV/hepatitis B virus coinfection. Curr HIV/AIDS Rep. 2020; 17:405-414.

European Association for the Study of the Liver; EASL Clinical Practice Guidelines on hepatitis E virus infection. J Hepatol. 2018; 68 (6): 1256-1271. doi:10.1016/j.jhep.2018.03.005

Schillie S, Wester C, Osborne M, Wesolowski L, Ryerson AB. CDC recommendations for hepatitis C screening among adults - United States, 2020. MMWR Recomm Rep. 2020;69(2):1-17.

EMA. Harvoni summary of product characteristics. Londres: EMA; 2017.

FDA. Sovaldi prescribing information. Silver Spring (MD), EE. UU: FDA, 2017.

Álvarez F, Cuarterolo ML, Ciocca M. Hepatitis C: ¿un virus que podríamos erradicar? Arch Argent Pediatr 2021;119(3):208-212.

STREBA, Letitia Adela Maria, et al. Current Management Strategies in Hepatitis B During Pregnancy. En Advances in Treatment of Hepatitis C and B. InTech, 2017.

Chappell CA, Scarsi KK, Kirby BJ, et al. Ledipasvir plus sofosbuvir in pregnant women with hepatitis C virus infection: a phase 1 pharmacokinetic study. Lancet Microbe. 2020;1(5):e200–08. doi:10.1016/S2666-5247(20)30062-8.

Yattoo GN. Treatment of chronic hepatitis C with ledipasvir/sofosbuvir combination during pregnancy [Abstract]. Hepatol Int. 2018;12 (Suppl. 2):S292-S293.

Polo R, Aguirre bengoa K, Vives N, coordinadores. Recomendaciones del SPNS, GESIDA, CEESCAT, SEIP Y AEP sobre profilaxis post exposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños. [internet] [Citado 29 de noviembre de 2018]- Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PPE_14-01-08.pdf.

Schillie S, Murphy TV, Sawyer M, Ly K, Hughes E, Jiles R, de Perio MA, et al. CDC guidance for evaluating health-care personnel for hepatitis B virus protection and for administering postexposure management. MMWR Recomm Rep. 2013 Diciembre [Citado 28 Mar 2019]; 62(10): [aprox. 18 p]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24352112>