

4 COMPONENTES

Descripción general

QUÉ	1. PREVENCIÓN
QUIÉN	Médico/a de Familia, de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/Pediatras/ de Medicina Preventiva/ Enfermeras y cualquier profesional de la salud con oportunidad de desarrollar la actividad
CUÁNDO	De manera oportunista en cualquier contacto con el Sistema Sanitario
DÓNDE	AP/AH
CÓMO	Protocolos y programas establecidos y guías de practica clínica

QUÉ	2. EVALUACIÓN INICIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA
QUIÉN	Médico/a de Familia
CUÁNDO	En primera visita y de forma oportunista ante cualquier contacto con el Sistema Sanitario
DÓNDE	AP
CÓMO	Protocolos y programas establecidos y guías de practica clínica

QUÉ	3. SEGUNDA CONSULTA EN AP: DIAGNÓSTICO
QUIÉN	Médico/a de Familia
CUÁNDO	En segunda visita
DÓNDE	AP
CÓMO	Protocolos y programas establecidos y guías de practica clínica

QUÉ	4. PRIMERA CONSULTA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA: PERSONAS ADULTAS
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas
CUÁNDO	En la primera visita y de forma oportunista tras cualquier contacto con el Sistema Sanitario
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolos y programas establecidos y guías de practica clínica

QUÉ	5. PRIMERA CONSULTA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA: NIÑOS Y NIÑAS
QUIÉN	Pediatra/Enfermedades Infecciosas
CUÁNDO	En la primera visita
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolos y programas establecidos y guías de practica clínica

QUÉ	6. SEGUNDA CONSULTA EN ATENCIÓN HOSPITALARIA
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra/Enfermedades Infecciosas
CUÁNDO	En la segunda visita
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolos y programas establecidos y guías de practica clínica

QUÉ	7. REGISTROS
QUIÉN	Profesionales del Registro Andaluz de SIDA y Sistema de Información VIH/ Médico/a de Medicina Preventiva/ Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra/Enfermedades Infecciosas
CUÁNDO	En el momento del diagnóstico de infección VIH y/o caso de SIDA
DÓNDE	AP/AH/ Delegaciones Provinciales de Salud/ Consejería de Salud
CÓMO	Declaración obligatoria de VIH/SIDA al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía. Según legislación vigente

QUÉ	8. INMUNIZACIÓN DE LA PERSONA ADULTA CON INFECCIÓN VIH
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/Medicina Preventiva/ de Familia/ Enfermera
CUÁNDO	Cuando exista indicación
DÓNDE	AP/AH
CÓMO	Recomendaciones específicas y guías de práctica clínica

QUÉ	9. INMUNIZACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA CON INFECCIÓN VIH
QUIÉN	Pediatra/Enfermedades Infecciosas/ Medicina Preventiva/ de Familia/ Enfermera
CUÁNDO	Según calendario vacunal y cuando exista indicación
DÓNDE	AP/AH
CÓMO	Recomendaciones específicas y guías de práctica clínica

QUÉ	10. INMUNIZACIÓN EN LA MUJER VIH EMBARAZADA Y EN PERIODO DE LACTANCIA
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Medicina Preventiva/ de Familia/ Enfermera/ Obstetra
CUÁNDO	Cuando exista indicación
DÓNDE	AP/AH
CÓMO	Recomendaciones específicas y guías de práctica clínica

QUÉ	11. INMUNIZACIÓN DE PERSONAS VIAJERAS
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra/ de Medicina Preventiva/ de Familia/ Enfermera/Médico/a y enfermera de Sanidad Exterior
CUÁNDO	Cuando exista indicación
DÓNDE	AP/AH/Sanidad Exterior
CÓMO	Recomendaciones específicas y guías de práctica clínica

QUÉ	12. RECOMENDACIONES EN PACIENTES CON HEPATOPATÍA CRÓNICA
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Aparato Digestivo/ Hepatología/ Enfermera
CUÁNDO	Cuando exista indicación
DÓNDE	AH
CÓMO	Recomendaciones específicas y guías de práctica clínica

QUÉ	13. TRATAMIENTO Y PROFILAXIS DE INFECCIONES OPORTUNISTAS
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ de Familia/ Pediatra/ Enfermera
CUÁNDO	Cuando exista indicación
DÓNDE	AP/AH
CÓMO	Recomendaciones específicas y guías de práctica clínica

QUÉ	14. VALORACIÓN GINECOLÓGICA
------------	------------------------------------

QUIÉN	Ginecólogo/a
CUÁNDO	Al diagnóstico de infección VIH y siempre que exista indicación
DÓNDE	AH
CÓMO	Recomendaciones específicas y guías de práctica clínica

QUÉ	15. TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL (TAR) INICIAL EN PERSONAS ADULTAS
------------	---

QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas
CUÁNDO	Cuando exista indicación
DÓNDE	AH
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	16. TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL INICIAL EN NIÑAS Y NIÑOS
------------	--

QUIÉN	Pediatra
CUÁNDO	Cuando exista indicación
DÓNDE	AH
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	17. DISPENSACIÓN DEL TAR
------------	---------------------------------

QUIÉN	Farmacéutico/a de hospital
CUÁNDO	Tras la prescripción médica de AH
DÓNDE	Servicio de Farmacia Hospitalaria
CÓMO	Protocolo establecido

QUÉ	18. SEGUIMIENTO DEL TAR EN PERSONAS ADULTAS
QUIÉN	Médico de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Enfermera
CUÁNDO	En cada visita
DÓNDE	AH
CÓMO	Guías de práctica clínica y protocolo establecido

QUÉ	19. SEGUIMIENTO DEL TAR EN NIÑOS Y NIÑAS
QUIÉN	Pediatra/ Enfermera
CUÁNDO	En cada visita
DÓNDE	AH
CÓMO	Guías de práctica clínica y protocolo establecido

QUÉ	20. SEGUIMIENTO DE PACIENTES SIN TAR
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra/ Enfermera
CUÁNDO	En cada visita
DÓNDE	AH
CÓMO	Guías de práctica clínica y protocolo establecido

QUÉ	21. SIMPLIFICACIÓN DEL TAR
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra
CUÁNDO	En caso de existir indicación
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolo establecido y guías de práctica clínica

QUÉ	22. CAMBIO DEL TAR POR FRACASO
QUIÉN	Médico de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/Enfermera
CUÁNDO	En caso de fracaso terapéutico
DÓNDE	AH
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	23. PREVENCIÓN DE ALTERACIONES MORFOLÓGICAS Y METABÓLICAS SECUNDARIAS AL TAR
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra
CUÁNDO	En todas las visitas
DÓNDE	AH
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	24. TRATAMIENTO DE ALTERACIONES MORFOLÓGICAS Y METABÓLICAS SECUNDARIAS AL TAR
QUIÉN	Cirugía Plástica/ Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra
CUÁNDO	En caso de lipodistrofia y/o alteraciones metabólicas
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolo de actuación y guías de practica clínica

QUÉ	25. INGRESO HOSPITALARIO
QUIÉN	Especialista implicado en la atención al proceso que motiva la hospitalización/ Enfermera
CUÁNDO	Cuando exista indicación
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolo de actuación

QUÉ	26. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONSULTAS EXTERNAS DE HOSPITAL DE DÍA
QUIÉN	Enfermera
CUÁNDO	En cada visita
DÓNDE	AH: Consulta enfermería/Hospital de Día
CÓMO	Protocolo de actuación/Plan de Cuidados
QUÉ	27. CRITERIO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS SÓLIDOS DEPENDIENTES DE LA INFECCIÓN POR EL VIH
QUIÉN	Médicos/as responsables del programa de trasplante del Hospital de referencia/ de Medicina Interna /Enfermedades Infecciosas/ Pediatra
CUÁNDO	Enfermedad de órgano terminal
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolos de actuación y guías de práctica clínica
QUÉ	28. CONSULTA PRECONCEPCIONAL: INFORMACIÓN SOBRE CÓMO CONSEGUIR UNA GESTACIÓN SEGURA
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Unidad de Reproducción / Servicio de Obstetricia y Ginecología de zona
CUÁNDO	En caso de deseo genésico
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolos de actuación
QUÉ	29. ATENCIÓN A LOS DESEOS REPRODUCTIVOS DE LAS PAREJAS CON AL MENOS UN MIEMBRO CON INFECCIÓN VIH
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Unidad de Reproducción / Servicio de Obstetricia y Ginecología de su área / Unidad de Reproducción de Referencia Autónoma
CUÁNDO	En caso de deseo genésico
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolos de actuación y guías de práctica clínica

QUÉ	30. ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA INFECTADA POR EL VIH
QUIÉN	Médico/a de Medicina interna /Enfermedades Infecciosas/ de Obstetricia y Ginecología
CUÁNDO	En caso de embarazo
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolos de actuación y guías de práctica clínica
QUÉ	31. TAR EN EMBARAZADAS
QUIÉN	Médico/a de Medicina interna /Enfermedades infecciosas
CUÁNDO	En caso de embarazo
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolos de actuación y guías de práctica clínica
QUÉ	32. ATENCIÓN AL PARTO EN MUJER EMBARAZADA INFECTADA POR VIH
QUIÉN	Médico/a de Obstetricia y Ginecología/Anestesista/Matrona
CUÁNDO	En el parto
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolos de actuación y guías de práctica clínica
QUÉ	33. PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH: RECOMENDACIONES EN EL RECIÉN NACIDO O LA RECIÉN NACIDA
QUIÉN	Pediatra
CUÁNDO	En todo recién nacido de madre infectada por el VIH
DÓNDE	AH
CÓMO	Protocolos de actuación y guías de práctica clínica

QUÉ	34. ATENCIÓN A PERSONAS RECLUIDAS EN CENTROS PENITENCIARIOS
QUIÉN	Médicos/as de Instituciones penitenciarias/ Enfermeras de Instituciones Penitenciarias/Médico/as de Medicina Interna /Enfermedades Infecciosas/ otros médicos/as implicados en la atención al proceso que motiva la consulta
CUÁNDO	En toda persona infectada por el VIH recluida en una institución penitenciaria
DÓNDE	Institución penitenciaria/AH
CÓMO	Protocolos de actuación y guías de práctica clínica

QUÉ	35. PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN OCUPACIONAL
QUIÉN	Médico/a de Medicina Preventiva/ de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/de Familia/ del Servicio de Urgencias/ Enfermera
CUÁNDO	Tras una exposición accidental laboral
DÓNDE	AP/AH
CÓMO	Protocolos de actuación y guías de práctica clínica

QUÉ	36. PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL
QUIÉN	Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ de Medicina Preventiva/ de Familia/ del Servicio de Urgencias/ Enfermera
CUÁNDO	Tras una exposición accidental no laboral
DÓNDE	AP/AH
CÓMO	Protocolos de actuación y guías de práctica clínica



Profesionales. Actividades. Características de calidad

Médico/a de Familia/ de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatras/ de Medicina Preventiva/ Enfermeras y cualquier profesional de la salud con oportunidad de desarrollar la actividad

Actividades	Características de calidad
1º Prevención	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="383 520 1132 1579">1. Información a la población general.<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="422 560 1132 753">• Se hará siempre al recibir a una nueva persona a la que se inicia una historia clínica y de forma oportunista en aquellas personas con historia en el centro sanitario, con especial énfasis ante determinados motivos de consulta, como la presencia de infecciones de transmisión sexual, personas adolescentes y que inician relaciones sexuales.<li data-bbox="422 766 1132 857">• Considerar la atención longitudinal, característica de atención primaria, para el abordaje de estos temas, por pertenecer al plano íntimo de la persona.<li data-bbox="422 869 1132 930">• Crear un clima de confianza y utilizar preguntas abiertas, cuidando tanto la comunicación verbal como la no verbal.<li data-bbox="422 942 1132 1039">• Preguntar sobre prácticas de riesgo relacionadas con las relaciones sexuales y el consumo de drogas por vía intravenosa (Anexo 1).<li data-bbox="422 1051 1132 1112">• Investigar sobre conocimientos, creencias y experiencias sobre la infección VIH.<li data-bbox="422 1124 1132 1184">• A través de la entrevista, intentar que sea la persona quien identifique su propio riesgo de infección.<li data-bbox="422 1197 1132 1257">• Ofertar información sobre las vías de transmisión: sexual, parenteral y vertical.<li data-bbox="422 1270 1132 1330">• Dar información sobre las formas de reducir la posibilidad de infección (Anexo 2).<li data-bbox="422 1343 1132 1439">• La información y consejo debe adecuarse a las circunstancias individuales y conocimientos previos, sobre todo atendiendo a la edad y el sexo y con perspectiva de género.<li data-bbox="422 1452 1132 1579">• Los profesionales sanitarios deben normalizar la información y consejo, tratando el tema de forma similar al abordaje de cualquier otro problema de salud, con el fin de disminuir el estigma social que aún tiene la epidemia y diferenciando los

problemas que derivan directamente de la infección VIH y los que proceden del estigma social que lo acompaña.

- Si se reconocen prácticas de riesgo, debe ofertarse la realización de la prueba serológica con consentimiento del paciente y garantizando la confidencialidad.
- En mujeres embarazadas, ofertar la prueba serológica en el primer trimestre (o en la primera visita que realice la mujer, si es fuera del primer trimestre) de manera universal como cribado, sin necesidad de investigar prácticas de riesgo.
- En mujeres embarazadas con prácticas de riesgo se ofertará la realización de una segunda prueba serológica en el tercer trimestre.

2. Información a la población con especial vulnerabilidad.

- Toda la información recogida en el punto anterior, adaptada a las particularidades de cada una de las poblaciones de especial vulnerabilidad y siempre individualizando cada persona.
- Transmisión heterosexual en mujeres de la población general.
 - Sensibilizar a las mujeres a que perciban la vulnerabilidad social de las relaciones sexuales y de su propio riesgo.
 - Investigar los obstáculos personales para la puesta en práctica de medidas preventivas por actitudes derivadas de los condicionantes de género tradicionales.
 - Aprovechar las consultas de salud de las mujeres para informar y dialogar, teniendo en cuenta los condicionantes de género: planificación familiar, embarazo...
- Población adolescente.
 - Considerar especialmente las siguientes situaciones: comienzo de relaciones sexuales, falta de percepción del riesgo, frecuente cambio de pareja, asociación de consumo de alcohol y otras drogas recreativas y las relaciones sexuales.
 - Dar información y consejo que combine afectividad y sexualidad, no centrandolo la información sobre relaciones sexuales en la penetración como única opción satisfactoria.
 - Recomendar el uso de preservativos y revisar su uso correcto.
 - Aprovechar el programa Forma Joven para informar, dialogar y reflexionar para el cambio de actitudes.

- Personas que han estado o están en un centro penitenciario.
 - Recomendar la realización de la prueba con consentimiento informado, aún sin la identificación del riesgo por la propia persona.
 - Personas inmigrantes.
 - Considerar las barreras de accesibilidad al sistema sanitario.
 - Considerar la situación de vulnerabilidad socioeconómica, cultural y afectiva.
 - Mantener un alto índice de sospecha, atendiendo a las situaciones epidemiológicas que son diferentes de las de la población autóctona.
 - Considerar el país de procedencia para el abordaje de la vía de transmisión más probable.
 - Considerar los condicionantes de género, al tener, en general, modelos más tradicionales.
3. Información a la población de especial riesgo potencial.
- Toda la información recogida en el punto anterior, adaptada a las particularidades de cada una de las poblaciones de especial riesgo potencial y siempre individualizando cada persona.
 - Transmisión heterosexual.
 - Informar sobre el mayor porcentaje de casos nuevos de infección cuya vía de transmisión es la relación heterosexual, sobre todo en mujeres.
 - Ofrecer información sobre esta vía de transmisión y la manera de disminuir el riesgo (Anexos 1 y 2).
 - Es especialmente importante que, a través de la entrevista, sea la persona quien identifique su propio riesgo.
 - Investigar los obstáculos personales para la puesta en práctica de medidas preventivas por actitudes derivadas de los condicionantes sociales y culturales.
 - Transmisión homosexual.
 - Informar sobre el importante aumento en el número de nuevos casos por esta vía de transmisión.
 - Ofrecer información sobre esta vía de transmisión y la manera de disminuir el riesgo (Anexos 1 y 2).
 - La persona debe ser capaz de identificar su propio riesgo.

- Investigar los obstáculos personales para la puesta en práctica de medidas preventivas por actitudes derivadas de los condicionantes sociales y culturales.
- Consumidores de drogas por vía intravenosa (CDI)
 - Ofrecer información sobre esta vía de transmisión.
 - Informar sobre la manera de disminuir el riesgo ofertando las estrategias disponibles.
 - Informar sobre prácticas de sexo seguro y dispensación de preservativo.
 - Información sobre organizaciones de apoyo existentes en la zona y la forma de acceder a ellas.
- Trabajadores de centros sanitarios y otros profesionales de riesgo.
 - Informar sobre medidas de prevención primaria y secundaria ante una exposición accidental.

Médico/a de Familia

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">2º</p> <p>Evaluación inicial en Atención Primaria</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Historia clínica: anamnesis y exploración física. <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis: <ul style="list-style-type: none"> - Conducta o antecedentes de riesgo. - Procesos infecciosos previos y sintomatología relacionada con el VIH. - Antecedentes alérgicos y de vacunaciones previas. - Medicación concomitante. - Antecedentes personales y familiares completos. - Situación laboral y sociofamiliar. • Exploración física: <ul style="list-style-type: none"> - Valoración general, peso, talla y tensión arterial. - Examen físico completo con especial atención a: valoración de adenopatías, examen de la piel y cavidad oral y valoración de trastornos cognitivos y neurológicos. 2. Información y educación para la población de riesgo y parejas sexuales. <ul style="list-style-type: none"> • Preguntar sobre conocimientos, creencias y experiencias rela-

tivas al riesgo de adquirir la infección por VIH ya sea por vía sexual, parenteral por CDI o vertical, sin prisas y utilizando preferentemente preguntas abiertas.

- Ofrecer información concreta sobre las vías de infección: sexual, parenteral y vertical.
- Comunicar pautas para reducir la posibilidad de contraer la infección por actividad sexual:
 - Prácticas de mayor o menor riesgo.
 - Uso adecuado de métodos de barrera.
- Aclarar que el riesgo de infección está en la práctica sexual y no en la identidad sexual.
- Comunicar pautas para reducir la posibilidad de contraer la infección por adicción a drogas:
 - Asociación de drogas de uso recreativo que disminuyen la capacidad del uso adecuado de métodos preventivos.
 - Si la persona ha sido o es consumidora de drogas inyectadas facilitar la posibilidad de ser atendido en las diferentes modalidades:
 - Programas de intercambio de jeringuillas.
 - Programas de mantenimiento con metadona.
 - Programas libres de drogas.
- Información sobre cómo y dónde conseguir material preventivo y su uso correcto.
- Información y derivación a otras organizaciones de apoyo que se requieran fuera del SSPA.

3. Diagnóstico de sospecha.

4. Confirmación de diagnóstico de infección de VIH en aquellos pacientes derivados por una entidad/ONG que ha realizado una prueba de diagnóstico rápido y ha resultado positiva.

5. Petición de pruebas complementarias: serología para VIH.

- Comunicar la voluntariedad y confidencialidad de la prueba y solicitar el consentimiento informado antes y durante todo el proceso. El resultado se puede registrar en la historia.
- Preguntar sobre sus conocimientos con respecto a la prueba.
- Informar sobre los riesgos y beneficios de la misma, la demora y lo que la misma nos puede aportar incluido el periodo ventana de 3 meses.

- Solicitud de las técnicas diagnósticas para la infección por el VIH en los menores de 18 meses.
- Se solicitará serología frente VIH (disponible en todos los Centros de Salud) a:
 - Personas con comportamientos sexuales de riesgo:
 - Relaciones sexuales sin preservativo.
 - Con parejas esporádicas y diversas.
 - Con personas que ejercen la prostitución.
 - Con personas consumidoras de drogas intravenosas.
 - Con personas infectadas por VIH.
 - Embarazo.
 - Ante una exposición accidental profesional o no frente al virus.
 - Sospecha de infección aguda por el VIH.
 - Sospecha de infección crónica por VIH.
 - Ante cualquier infección de transmisión sexual (ITS) de otra etiología.
 - Ante la presencia de cualquier proceso oportunista potencialmente relacionado con la infección VIH.
 - Toda persona que voluntariamente lo solicite.
- Todo resultado positivo de la prueba de cribado del VIH requiere confirmación.

Médico/a de Familia

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">3º</p> <p>Segunda consulta en AP: diagnóstico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico de infección VIH. <ul style="list-style-type: none"> • Criterios de diagnóstico de infección VIH. <ul style="list-style-type: none"> - Mayores de 18 meses: presencia de anticuerpos frente al VIH en dos determinaciones confirmadas por Western Blot, o PCR (ARN VIH) positiva. - En menores de 18 meses: PCR (ARN VIH) positivo en dos determinaciones. • Demora inferior a 7 días en la obtención del resultado. 2. Valoración de la serología.

- Si la prueba es negativa:
 - Informar sobre el resultado negativo de la prueba y su significado, incluido el periodo ventana.
 - Preguntar sobre conocimientos adquiridos, creencias y posibilidad de cambio de actitudes, desde la última entrevista.
 - Reforzar la información y educación para la realización de medidas preventivas, según la práctica de riesgo.
 - Dar la oportunidad al paciente de expresar las dudas que pudieran generarse e informar sobre la realización de nuevas pruebas serológicas.
 - Programa de seguimiento y nueva serología si procede.
- Si la prueba es positiva:
 - Comunicar la confirmación del diagnóstico.
 - Preguntar sobre conocimientos y creencias, posibles cambios de sus prácticas de riesgo, reforzar logros y aclarar dudas.
 - Educación e información sobre medidas de prevención para pacientes y sus parejas sexuales y/o personas que comparten material de inyección.
 - Explicar el concepto de reinfección y adquisición de otras Infecciones de transmisión sexual (ITS).
 - Informar sobre la infección por el VIH en general y su situación en particular, desde el punto de vista clínico, con sus implicaciones y significado.
 - Informar sobre la utilidad del TAR, y la necesidad de acudir a un nivel especializado que le informe sobre su estado inmunológico y virológico, dando la oportunidad de expresar sus preferencias y miedos.
 - Intentar que la persona implique a sus parejas sexuales e iniciar estudios de contacto.
 - Intentar que la persona implique a sus apoyos familiares.
 - Favorecer hábitos de vida saludable: nutrición, ejercicio, sueño, abandono de hábitos tóxicos, higiene personal y doméstica, contactos con animales.
 - Proponer programa de vacunación.
 - Informar acerca de los servicios ofertados tanto desde el punto de vista clínico como social.
 - Establecer la “entrevista continuada”.
 - Valorar la necesidad de nueva cita para dar tiempo a la reflexión y asimilación de la información.

	<ul style="list-style-type: none"> - Derivación a Atención Hospitalaria. <p>3. Información y educación para la población de riesgo y parejas sexuales (Ver actividad nº 2, punto 2).</p>
--	---

Médico/a de Medicina Interna /Enfermedades Infecciosas

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">4º</p> <p>Primera consulta en Atención Hospitalaria: personas adultas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La atención a pacientes con infección VIH exige la colaboración estrecha con el médico o la médica de Atención Primaria, así como con los distintos niveles asistenciales, áreas hospitalarias (consulta externa, hospital de día, urgencias, hospitalización y farmacia hospitalaria) y diferentes especialistas con objeto de asegurar una atención integral, coordinada y continuada. <p>Asimismo se recomienda adecuar el régimen de control con su vida laboral debiendo disponerse de consultas de tarde y consultas de acto único.</p> 2. Historia clínica y exploración física. <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis: <ul style="list-style-type: none"> - Conducta de riesgo y hábitos: hábito sexual, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. - Antecedentes de transfusiones o administración de productos hemáticos. - Antecedentes de estancia en centro penitenciario, viajes previos, país de origen si extranjero, contacto con animales. - Procesos infecciosos previos y sintomatología relacionada con el VIH. - Antecedentes alérgicos. - Antecedentes de vacunaciones previas: tétanos, neumococo, gripe, hepatitis B y A, otras vacunas. - Medicación concomitante. - Antecedentes personales y familiares de enfermedades metabólicas (dislipemia, diabetes), cardiovasculares, neoplásicas y psiquiátricas. - Intentar identificar fecha de la probable de infección por el VIH y potencial fuente de contagio.

- Situación laboral y sociofamiliar: profesión, pareja estable, hijos, hermanos, vivienda habitual, apoyo familiar y otros que se consideren de interés.
 - Exploración física:
 - Valoración general, peso, talla, perímetro abdominal y tensión arterial.
 - Examen físico completo con especial atención a: valoración de adenopatías, piel (eccema seborreico, lesiones de psoriasis, sarcoma de Kaposi), examen de la cavidad oral (muguet, leucoplasia oral), genitales (condilomas, lesiones herpéticas, ulceraciones), signos clínicos de hepatopatía avanzada y valoración de trastornos cognitivos y neurológicos.
 - En varones homosexuales: inspección anal y tacto rectal.
3. Información y educación para la población de riesgo y parejas sexuales (ver actividad nº 2, punto 2).
4. Establecer grado de inmunodepresión y riesgo de progresión.
5. Pruebas complementarias:
- Si sospecha de infección aguda (riesgo alto de contagio o síntomas de primoinfección):
 - Carga viral (CV) del VIH. Tener en cuenta que la CV es positiva desde la primera semana postexposición, los síntomas aparecen a las 2 semanas y la prueba de ELISA es positiva 1-2 semanas después del inicio de los síntomas.
 - Otras pruebas complementarias en función del síndrome clínico.
 - Si infección crónica:
 - Western Blot (en caso de que sólo se disponga de un ELISA).
 - CV del VIH.
 - Subpoblaciones linfocitarias.
 - Hemograma y bioquímica que incluya: glucosa, creatinina, iones, urato, amilasa, AST, ALT, GGT, FA, bilirrubina, perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos).
 - Marcadores de hepatitis A, B, C y D si HbsAg positivo.
 - Serología toxoplasma (IgG), CMV (IgG) y lúes (VDRL o RPR).
 - Sedimento urinario.

- Parásitos en heces a varones homosexuales.
- Prueba de la tuberculina: se considera positiva una inducción ≥ 5 mm.
- Radiografía de tórax y electrocardiograma.
- Si riesgo de ITS: frotis faríngeo y frotis anal/vaginal para gonococo y *Chlamydia*.
- Prueba genotípica de resistencia al VIH.
- Determinación de antígeno de histocompatibilidad HLA-B*5701.

6. Medidas terapéuticas:

- Valorar la necesidad de iniciar TAR y quimioprofilaxis de infecciones oportunistas.
- En general, en la primera visita no se inicia TAR salvo que existan signos de infección VIH avanzada, siempre que la persona esté motivada.
- Iniciar profilaxis frente a *P. jiroveci* con TMT-SMX si signos clínicos de infección VIH avanzada que sugiera cifras de linfocitos $CD4 \leq 200$ células/ μ L.

7. A todas las mujeres se les insistirá en el uso correcto de preservativo y serán remitidas a Consulta de Ginecología y Obstetricia. (Ver actividad 14)

8. Informar y estimular la educación para la salud:

- Información sobre la naturaleza, curso y pronóstico de la infección y sobre modos de transmisión y prevención de la misma.
- Si adicción activa: proponer la posibilidad de seguir tratamientos de deshabituación.
- Información sobre la necesidad de comunicar su situación a su pareja, contactos sexuales o personas que compartan material en caso de drogadicción, con objeto de ofrecerles la realización de serología y adoptar las medidas adecuadas de prevención.
- En la mujer en edad fértil: informar sobre aspectos relacionados con el embarazo y métodos de contracepción, así como la necesidad de exámenes ginecológicos periódicos. Si ésta tiene hijos menores de edad se recomendará hacer serología VIH a los hijos.

9. Valorar la necesidad de apoyo psicológico y social.

Pediatra/Enfermedades Infecciosas

Actividades	Características de calidad
<p>5°</p> <p>Primera consulta en Atención Hospitalaria: niños y niñas</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Historia clínica:<ul style="list-style-type: none">• Antecedentes maternos: edad, fecha de diagnóstico y vía de transmisión de la infección por el VIH, situación clínico-inmunológica, coinfecciones (VHB, VHC, CMV, sífilis, virus del papiloma humano), uso de tóxicos, embarazos previos...• Antecedentes perinatales: duración de la gestación, maniobras diagnósticas invasivas durante la misma, situación inmunológica y CV de la madre, vía y duración del parto, uso de anti-retrovirales durante el embarazo, parto y período neonatal, somatometría y patología neonatales, tipo de lactancia...• Antecedentes personales: enfocados sobre todo a posibles patologías relacionadas con la infección por el VIH, desarrollo neurocognitivo, escolarización, pubertad, entorno social y vacunaciones recibidas.2. Exploración física: se incluirá una somatometría (peso, talla, perímetro craneal, situación basal de la distribución de la grasa corporal) y tensión arterial.3. Exámenes complementarios iniciales:<ul style="list-style-type: none">• Hemograma completo y bioquímica básica incluyendo: GOT, GPT, GTT, bilirrubina, FA, LDH, urea-creatinina, ionograma, glucemia, equilibrio ácido-base, ácidos láctico y pirúvico; lipasa y amilasa, estudio de lípidos (triglicéridos, colesterol HDL y LDL), proteinograma y marcadores del metabolismo del hierro.• Subpoblaciones linfocitarias.• Inmunoglobulinas.• Anticuerpos post-vacunales, si ha recibido vacunas (difteria, tétanos, tosferina, polio, hepatitis B, sarampión/rubéola/parotiditis).

- CV VIH.
 - Estudio genotípico de resistencias a antirretrovirales.
 - Determinación de antígeno de histocompatibilidad HLA-B*5701.
 - Serología de VHC y VHB, Sífilis, Toxoplasma, Virus herpes: CMV, VHS, VVZ, VEB, Papovavirus.
 - En niñas y niños inmigrantes investigar patología endémica.
 - Prueba de la tuberculina.
 - Radiografía de tórax.
 - Exámenes neuropsicológicos.
 - Fondo de ojo.
 - Estudio de proteinuria.
 - Estudio cardiológico (ecocardiografía, ECG). Especialmente en niños y niñas cuyas madres hayan estado expuestas a antirretrovirales durante el embarazo.
4. Al diagnóstico de infección por VIH en una niña o un niño, debe realizarse cribado a hermanos o hermanas, madres y padres, derivación a Atención Primaria, e iniciarse educación sanitaria sobre medidas de prevención de transmisión vertical y horizontal.

Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra/ Enfermedades Infecciosas

Actividades	Características de calidad
<p>6°</p> <p>Segunda consulta en Atención Hospitalaria</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar resultados pruebas complementarias. 2. Iniciar profilaxis primaria de neumonía por <i>P jiroveci</i> con TMT-SMX si cifras de CD4 \leq 200 células/μL. 3. Si CD4 \leq 50 células/μL: realizar fondo de ojo para descartar retinitis por CMV. 4. Valorar iniciar TAR según las recomendaciones vigentes.

5. En general se recomienda repetir las cifras de CD4 antes de iniciar el TAR debido a la variabilidad de la técnica (\pm 20%).
6. Si la serología frente al VHC es positiva, o en el caso de pacientes con inmunosupresión grave incluso si es negativa: solicitar ARN del VHC.
7. En los casos en los que el HBsAg resulta positivo o en aquellos en los que el HBcAc resulta positivo con HbsAg y antiHBs negativos: solicitar ADN del VHB.
8. En los casos en los que el HBsAg resulta positivo: estudio de VHB de la pareja y convivientes en su Centro de Salud y vacunación anti-VHB si procede.
9. Valoración en Consulta de Enfermería.
10. Información y educación para la población de riesgo y parejas sexuales (Ver actividad nº 2, punto 2).
11. Planificar revisiones sucesivas solicitando para estas: subpoblaciones linfocitarias, CV del VIH, hemograma y bioquímica como en visita anterior.
12. Indicaciones para realizar una prueba genotípica de resistencia.
 - En el momento del diagnóstico de infección por el VIH.
 - Todos los pacientes que vayan a iniciar tratamiento.
 - En la profilaxis post-exposición (al caso fuente).
 - En los pacientes tratados previamente con fracaso terapéutico.
 - Todas las mujeres embarazadas.
13. Emisión de Informe para el médico o la médica de Atención Primaria (en todas las visitas).

<p>7º</p> <p>Registros</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Orden de declaración obligatoria de VIH/SIDA (Anexo 3).2. Definición epidemiológica de caso VIH y de caso SIDA, según decisión de la Comisión de 8 de abril de 2008 (2008/426/CE) por la que se establecen las definiciones de caso para comunicar las enfermedades transmisibles a la red comunitaria de conformidad con la Decisión nº 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, (Anexo 4).<ul style="list-style-type: none">• Criterios Clínicos (SIDA): persona que presenta cualquiera de las afecciones clínicas de definición europea de casos de SIDA (Anexo 5, 6 y 7):<ul style="list-style-type: none">- Personas adultas y adolescentes a partir de los 13 años de edad (Revisión de 1993 de la definición europea de casos de SIDA).- Niñas y niños hasta 13 años de edad (Revisión de 1995 de la definición europea de casos de SIDA infantil).• Definición de caso de infección por el VIH (criterios analíticos):<ul style="list-style-type: none">- Personas adultas, adolescentes y niños o niñas mayores de 18 meses: Test para VIH-1 o VIH-2, con confirmación (WB, RNA-VIH) positivo.- Infección por VIH en niñas y niños (edad ≤ 18 meses): confirmación por cultivo viral, RNA-VIH (PCR, carga viral de VIH) o antigenemia P24 (en Andalucía ya está en desuso).3. Realizar la declaración epidemiológica como máximo a las 48 horas del diagnóstico. (Anexo 3)<ul style="list-style-type: none">• Instrumentos: los Servicios asistenciales y de epidemiología dispondrán de ejemplares de ficha de declaración de caso de infección VIH o SIDA en donde se recogerán los datos personales, los factores sociales y de riesgo, los datos de la enfermedad, datos de laboratorio y la persona que notifica el caso. En defecto de estos impresos, se comunicará directamente al Servicio de Medicina Preventiva.• En el momento de la edición de este proceso asistencial está diseñándose una aplicación informática que permita a través de la intranet hacer la declaración, evitándose tener que hacer los envíos postales de las declaraciones en papel.
----------------------------	---

4. Envío de la declaración a la Delegación Provincial de Salud: la declaración de caso VIH o SIDA, se remitirá al Servicio de Medicina Preventiva y éste, a su vez, lo enviará a la Delegación Provincial de Salud. Toda la documentación referida a casos individualizados de infección VIH o SIDA se enviará en un sobre cerrado que se adjuntará a la carta de remisión y especificando en él: “confidencial” y “Abrir sólo por D/ Dña. XX XX XX” (persona responsable técnica del mantenimiento del registro).
5. Los casos de VIH y SIDA conformarán el Sistema de Información sobre la infección por el VIH y SIDA de Andalucía.
6. Inclusión de la mortalidad en los Registros provinciales y autonómico bien por fuentes hospitalarias, provinciales o directamente del Instituto de Estadística de Andalucía.
7. Difusión de información. Elaboración de informes técnicos anuales, tanto provinciales como autonómicos. Estos estarán disponibles en la página web de la Consejería de Salud.

Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Medicina Preventiva/ de Familia/ Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>8º</p> <p>Inmunización de la persona adulta con infección VIH</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnesis <ul style="list-style-type: none"> • Recoger antecedentes documentados de vacunación (cartilla de vacunación). • Recoger antecedentes de enfermedades vacunables. • Recoger antecedentes alérgicos. • Recoger antecedentes de reacciones adversas a la vacunación. • Descartar contraindicaciones generales a las vacunas. 2. Valorar indicaciones y contraindicaciones específicas. <ul style="list-style-type: none"> • Programar calendario ajustado a los antecedentes vacunales y a su condición clínica e inmunológica. • En general, la persona infectada por VIH ha de ser inmunizado lo más pronto posible tras la infección. Cuando la inmunodepresión es grave, la respuesta a la vacunación es muy esca-

sa y las vacunas de agentes vivos están contraindicadas (varicela, triple vírica, fiebre amarilla, vacuna oral de fiebre tifoidea, BCG). En estos casos es importante vacunar, en caso de que sea necesario, a los convivientes (varicela, triple vírica, hepatitis B).

3. Programar calendario vacunal

- La vacunación en los primeros estadios de la enfermedad es más efectiva y más segura.
- Si no existen contraindicaciones, vacunar lo antes posible, y en aquellos pacientes que inicien TAR preferentemente tras 4 semanas al menos de terapia antirretroviral, para alcanzar una mejor respuesta.
- El calendario será lo más acelerado posible, pudiéndose administrar tantas vacunas diferentes como sea necesario en una misma visita.
- Se respetarán intervalos mínimos de 1 mes entre dos dosis de una misma vacuna.
- La vacuna triple vírica y antivariola se administrarán, cuando estén indicadas, el mismo día o, en su defecto, separadas al menos un mes.
- Las vacunas inactivadas pueden administrarse con cualquier intervalo de tiempo entre ellas.
- Se hará control serológico postvacunal para las vacunas administradas y se valorarán dosis de refuerzo si no hubiera existido respuesta a la pauta estándar.
- Cuando se administren vacunas inactivadas en pacientes con recuento linfocitario <500 células/ μ L, se vigilará especialmente la respuesta a la vacunación (control serológico) para valorar dosis de refuerzo.

4. Vacunas específicas

- Vacuna frente a VHB.
 - Indicada en todas las personas infectadas por VIH si la serología previa es negativa.
 - Dosis: una dosis de vacuna VHB de persona adulta a los 0-1-6 meses.
 - Hacer control serológico postvacunal a las 4-6 semanas de la última dosis.

- Pautar 2º ciclo (igual al primero) si respuesta serológica post-vacunal negativa.
- Nuevo control serológico a las 4-6 semanas del segundo ciclo. En caso de respuesta negativa se considerará al paciente como no respondedor y no se continuará la vacunación frente a VHB.
- Contraindicaciones: las de la población general. No existen contraindicaciones específicas en pacientes VIH.
- Vacuna frente a VHA.
 - Recomendada en todas las personas infectadas por VIH si no existen antecedentes de vacunación frente a VHA.
 - En mayores de 25 años hacer serología previa (IgG VHA).
 - Pautar 2 dosis (0-6 meses) en menores de 25 años (sin serología previa).
 - Pautar 2 dosis (0-6 meses) en mayores de 25 años si serología previa negativa.
 - Contraindicaciones: las de la población general. No existen contraindicaciones específicas en el paciente VIH.
- Vacuna combinada VHB+VHA.
 - En pacientes que requieren vacunación VHB y VHA, puede utilizarse la vacuna combinada A+B (3 inyecciones administradas en intervalo 0-1-6 meses).
- Vacuna frente a tétanos-difteria adulto (dT).
 - Indicada la primovacunación (3 dosis de dT adulto a los 0-1-6 ó 12 meses) en individuos no vacunados o con antecedentes inciertos. En estas personas se administrarán dosis de refuerzo de dT cada 10 años hasta alcanzar un total de 5 dosis .
 - Si existen antecedentes ciertos de primovacunación con DTP en la infancia, administrar 1 dosis de refuerzo dTpa (adulto) en lugar de 1 dosis de refuerzo dT. Puede administrarse 2 años después de la última dosis de dT en pacientes con infección VIH que tienen contacto estrecho con niñas y niños menores de 1 año y en trabajadores y trabajadoras de los servicios de salud.
 - Ante una herida tetanígena se debe administrar inmunoglobulina aunque haya recibido 5 o más dosis de vacunas con anterioridad.
 - Contraindicaciones: las de la población general. No existen contraindicaciones específicas en el paciente VIH.

- Vacuna Triple Vírica
 - Indicada en pacientes asintomáticos, con linfocitos CD4 >200 células/ μ L y si no existen antecedentes de vacunación. Las personas con síntomas clínicos de infección VIH o diagnóstico de SIDA, no deben recibir esta vacuna.
 - Contraindicada si CD4 <200 células/ μ L.
 - Vacunar también a convivientes susceptibles, salvo contraindicaciones.
 - Se administrará una dosis de vacuna. La administración de una segunda dosis debe ser evaluada individualmente, según resultados serológicos.
 - Si existe contacto de la persona con VIH con enfermos o enfermas de sarampión, en caso de contraindicación para la vacuna, se administrará inmunoglobulina inespecífica.
 - Nota: En el caso de que esté en tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas (Ig iv), aunque se espera una pobre respuesta, dado el beneficio potencial que supone, se administrará la vacuna 2 semanas antes de la siguiente dosis de la Ig iv. En este caso se administrará una segunda dosis una vez hayan transcurridos entre 3 y 11 meses de la última dosis de Ig iv (dependiendo del producto utilizado).
- Vacuna antivariela.
 - Indicada si no existen antecedentes de vacunación antivariela ni de enfermedad por VZV, y linfocitos CD4 >25%.
 - Contraindicada en los demás casos.
 - Indicada también en personas sanas que sean contactos estrechos susceptibles de un paciente VIH, salvo contraindicaciones. La transmisión del virus vacunal es muy improbable, pero si el contacto desarrolla varicela postvacunal, se ha de administrar gammaglobulina a la persona con infección VIH.
 - Pautar dos dosis separadas al menos 1 mes.
- Prevención secundaria de la varicela en paciente con infección VIH.
 - Si una persona infectada por el VIH no inmune frente a la varicela (es decir, sin antecedentes de enfermedad ni de vacunación), entra en contacto con enfermos o enfermas de varicela, se le administrará gammaglobulina inespecífica en las primeras 72 horas.
- Vacuna antigripal.
 - Indicada anualmente (vacuna inyectable), en todas las per-

	<p>sonas infectadas por VIH (también embarazadas).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pauta: 1 dosis completa anualmente en campaña (octubre). - Contraindicaciones: las de la población general. No existen contraindicaciones específicas en el paciente VIH. - No se debe utilizar la vacuna nasal en aerosol. <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna anti-neumocócica de 23 serotipos. <ul style="list-style-type: none"> - Indicada lo más pronto posible tras diagnóstico de infección VIH, si no existen antecedentes de vacunación en los últimos 5 años. - Pauta: una dosis, con revacunación a los 3-5 años. - Nota: Si al administrar la vacuna el recuento de linfocitos CD4 es <200 células/μL, se debe repetir la dosis cuando sea >200 células/μL. • Vacuna anti-meningocócica (A+C). <ul style="list-style-type: none"> - Pauta: 1 dosis. - No indicación general de uso en personas infectadas por el VIH. Indicaciones como en población general. • Vacuna frente a <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B. <ul style="list-style-type: none"> - Pauta: 1 dosis. - Indicada en todos los pacientes VIH+. Mejor respuesta si linfocitos CD4 >100/mm³. - Administrar refuerzo si el control serológico postinmunización es negativo. <p>5. Administración propiamente dicha y seguimiento (Anexo 8).</p>
--	---

Médico/a Pediatra/Enfermedades Infecciosas/ Medicina Preventiva/ de Familia/ Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>9º</p> <p>Inmunización del niño o de la niña con infección VIH</p>	<p>1. Anamnesis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recoger antecedentes documentados de vacunación (cartilla de vacunación). • Recoger antecedentes de enfermedades vacunables. • Recoger antecedentes alérgicos. • Recoger antecedentes de reacciones adversas a la vacunación. • Descartar contraindicaciones generales a las vacunas.

2. Vacunas sistemáticas.

- Las niñas y los niños con VIH deben vacunarse con las vacunas sistemáticas según el calendario vacunal, con algunas excepciones:
 - En niños o niñas con inmunodeficiencia grave (linfocitos CD4+ <15%, grado 3 de CDC) está contraindicada la vacunación Triple vírica.
 - En niñas o niños con linfocitos CD4+ <25% (grado 2 y 3 de CDC) está contraindicada la vacunación antivariela.

3. Programar calendario vacunal.

- La vacunación en los primeros estadios de la enfermedad es más efectiva y más segura.
- Si no existen contraindicaciones, vacunar lo antes posible, y en pacientes que inicien TAR preferentemente tras 4 semanas al menos de terapia antirretroviral, para alcanzar una mejor respuesta.
- El calendario será lo más acelerado posible, pudiendo administrar tantas vacunas diferentes como sea necesario en una misma visita.
- Se respetarán intervalos mínimos de 1 mes entre dos dosis de una misma vacuna.
- Cuando estén indicadas la vacuna triple vírica y antivariela se administrarán el mismo día o, en su defecto, separadas al menos un mes.
- Las vacunas inactivadas pueden administrarse con cualquier intervalo de tiempo entre ellas.
- Si es posible, se hará control serológico posvacunal para las vacunas administradas y se valorarán dosis de refuerzo si no hubiera existido respuesta a la pauta estándar.
- Cuando se administren vacunas inactivadas en pacientes con recuento linfocitario <500 células/ μ L, se vigilará especialmente la respuesta a la vacunación (control serológico) para valorar dosis de refuerzo.

4. Vacunas no sistemáticas y de virus vivos.

- Vacuna Triple Vírica
 - Indicada en pacientes sin sintomatología con linfocitos CD4 >14%, si no existen antecedentes de vacunación. En caso de contraindicación, en contactos estrechos de enfer-

mos o enfermas de sarampión se administrará inmunoglobulina.

- Vacunar también a convivientes y contactos susceptibles (sin antecedentes de vacunación ni de enfermedad), salvo contraindicaciones.
- Pauta: a partir de los 12 meses de edad, dos dosis separadas al menos 1 mes. Adelantar a los 6-9 meses de vida si existe riesgo de contagio por epidemia local de sarampión.
- Nota: En el caso de que el niño o la niña esté en tratamiento con inmunoglobulina intravenosa (Ig iv), aunque se espera una pobre respuesta, dado el beneficio potencial que supone, se administrará la vacuna 2 semanas antes de la siguiente dosis de Ig. En este caso se administrará una segunda dosis una vez hayan transcurridos entre 3 y 11 meses de la última dosis de Ig (dependiendo del producto utilizado).
- Vacuna antivaricela.
 - Indicada si no existen antecedentes de vacunación antivaricela ni de enfermedad por VVZ, y linfocitos CD4 >25% durante al menos 6 meses seguidos y grupo N1 CDC.
 - Contraindicada en los demás casos.
 - Pauta: a partir de los 12 meses de edad, 2 dosis administradas con un intervalo de 3 meses.
 - En caso de que exista contraindicación a la vacuna, se administrará profilaxis con inmunoglobulina inespecífica si existe exposición.
 - Indicada también en convivientes y contactos estrechos susceptibles (sin antecedentes de vacunación ni de enfermedad), salvo contraindicaciones.
- Vacuna antineumocócica.
 - Vacuna conjugada 7-valente.
 - Indicada en todos los niños y las niñas con infección VIH a partir de los 2 meses de edad, en la pauta indicada en la ficha técnica.
 - Primovacunación a los 2-4-6-14 meses de edad.
 - Vacuna no conjugada 23-valente.
 - Indicada a partir de los 2 años de edad, tras un intervalo de 2 meses desde la última dosis de vacuna antineumocócica conjugada.
 - Pauta: una dosis con revacunación a los 3-5 años.

- Vacuna antigripal.
 - Indicada anualmente, a partir de los 6 meses de edad, en todos los niños y las niñas con infección VIH.
 - Pauta: la misma que en la población general.
- Vacuna frente a VHA.
 - En todas las personas con infección VIH si no existen antecedentes de vacunación frente a VHA.
 - Pautar 2 dosis a partir de los 12 meses de edad (0-6 meses).
 - Contraindicaciones: las de la población general. No existen contraindicaciones específicas en el paciente VIH.
- Vacuna combinada VHB+VHA.
 - En pacientes mayores de 12 meses que requieren vacunación VHB y VHA, puede utilizarse la vacuna combinada A+B (3 inyecciones administradas en intervalo 0-1-6 meses).
- Vacuna frente al papilomavirus.
 - Hasta disponer de más información y/o hasta la elaboración de normas específicas, las indicaciones de vacunación de papilomavirus en personas con infección VIH serán las mismas que en personas no infectadas por el VIH.

5. Administración propiamente dicha y seguimiento. (Anexo 8)

6. Propuesta de calendario en anexo 9.

Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Medicina Preventiva/ de Familia/ Enfermera/ Obstetra

Actividades	Características de calidad
<p>10º</p> <p>Inmunización en la mujer VIH embarazada y en periodo de lactancia</p>	<p>1. Los criterios de vacunación se ajustarán a las recomendaciones de vacunación durante el embarazo y a las recomendaciones de vacunación en la población adulta con VIH. http://www.vacunas.org/index.php?option=com_content&task=view&id=4759&Itemid=313.</p> <p>2. Durante el 2º o 3º trimestre de embarazo están específicamente</p>

recomendadas la vacuna antitetánica (preferentemente vacuna anti-Tétanos/difteria para adultos) y de la gripe.

3. En caso de riesgo de exposición puede vacunarse durante el embarazo (en el 2º o 3º trimestre) con vacunas de virus inactivados, bacterianas o de toxoides (Hepatitis A, Hepatitis B, Meningocócica, Neumocócica, Polio inactivada).
4. Deben evitarse durante el embarazo las vacunas de virus vivos (triple vírica, varicela, fiebre amarilla, vacuna oral de fiebre tifoidea).
5. Si la madre, en contra del consejo médico, decide dar lactancia materna a su hijo, se pospondrán todas las vacunaciones por el riesgo de aumento de la carga viral que supone.
6. Administración propiamente dicha y seguimiento. (Anexo 8).

Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra/ Medicina Preventiva/ de Familia/ Enfermera/ Médico/a y Enfermera de Sanidad Exterior

Actividades	Características de calidad
<p>11º</p> <p>Inmunización de la persona viajera</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fiebre amarilla <ul style="list-style-type: none"> • Se indicará si existe alto riesgo de exposición y siempre que la persona esté asintomática y el nivel de CD4 esté por encima de 200 células/μl. Se vigilarán estrechamente los posibles efectos adversos. • Si no existe riesgo real de exposición y si la vacunación es obligatoria para entrar en el país, puede no estar justificada su administración y se proporcionará al paciente un informe donde se especifique la contraindicación. En caso de exposición real, si no se cumplen los criterios para la vacunación se aconsejará al paciente suspender el viaje. • Pauta: 1 dosis a partir de los 9 meses de edad (10 días o más antes de la exposición). 2. Rabia

	<ul style="list-style-type: none"> • Vacuna inactivada. Indicada en personas infectadas por VIH viajeras con alto riesgo de exposición. • Pauta: según ficha técnica. <p>3. Hepatitis A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Especialmente indicada si viaje a zona endémica. • Pauta: la especificada en las actividades 8 y 9 (adulto y niño respectivamente). <p>4. Fiebre tifoidea</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de que esté indicado por viaje de riesgo, se utilizará la vacuna inactivada. • Pauta: según ficha técnica. <p>5. Cólera</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el caso de viaje a zona endémica, se utilizará vacuna inactivada. • Pauta: según ficha técnica. <p>6. Quimioprofilaxis frente a paludismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mismas pautas que en población general.
--	--

Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Aparato Digestivo/Hepatología/ Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>12º</p> <p>Recomendaciones en pacientes con hepatopatía crónica</p>	<p>1. Sobre el uso de los antirretrovirales: en el momento actual no existe suficiente evidencia para contraindicar ninguno de los antirretrovirales en uso en pacientes con coinfección por VIH y VHC o VHB.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de hepatitis crónica sin insuficiencia hepatocelular se utilizarán los antirretrovirales a las dosis habituales extremando la farmacovigilancia por el mayor riesgo de toxicidad. • En caso de hepatopatía crónica con signos de insuficiencia hepatocelular se deberá ajustar la dosis de los fármacos, idealmente mediante la determinación de niveles plasmáticos.

- La hepatotoxicidad por antirretrovirales es más frecuente en pacientes coinfectados por virus hepatotropos, pese a ello el TAR tiene un efecto beneficioso tanto sobre la morbimortalidad global como sobre la morbimortalidad producida por causa hepática en pacientes con coinfección.
- Se deberán retirar los antirretrovirales en todo caso de hepatotoxicidad sintomática, en todo caso de hepatotoxicidad en el que se sospeche como mecanismo patogénico toxicidad mitocondrial o reacción de hipersensibilidad, y en todo caso de hepatitis asintomática grado IV.
- En casos de hepatitis asintomática grado III se deberá considerar individualizadamente la suspensión del TAR en función de su situación clínica, inmunológica y virológica; de los fármacos potencialmente hepatotóxicos utilizados y de la historia previa de exposición a antirretrovirales.
- En caso de hepatitis aguda grave debe interrumpirse el TAR y reintroducirlo una vez superado el problema.

2. Tratamiento de la hepatitis crónica por VHC y TAR en pacientes con coinfección.

- Siempre que sea posible, se deberá tratar la hepatitis crónica por VHC en pacientes con infección VIH, idealmente antes de comenzar el TAR.
- En personas coinfectadas por VHC y VIH el tratamiento de elección de la hepatitis crónica por VHC es la combinación de interferón pegilado con ribavirina. La duración óptima del tratamiento en pacientes con coinfección está aún por definir.
- El uso concomitante de interferón pegilado y ribavirina con los fármacos antirretrovirales puede afectar tanto a la eficacia como a la seguridad de ambos.
- No se recomienda la interrupción del TAR en pacientes con infección VIH estabilizada y buena situación inmunológica con el fin de tratar el VHC con menor riesgo de toxicidad e interacciones.
- Cuando se tratan ambas infecciones de forma simultánea, debe realizarse un seguimiento estrecho del paciente por el posible aumento de efectos adversos.
- La asociación de ribavirina con didanosina está contraindicada.
- Se evitará en la medida de lo posible el uso concomitante de ribavirina con zidovudina.

- No se considera necesaria una monitorización especial de la replicación del VIH durante el tratamiento simultáneo de la infección por VHC.
3. Tratamiento de la hepatitis crónica B en personas coinfectadas.
- Para pacientes que requieren TAR se recomienda iniciar este usando la asociación de tenofovir más emtricitabina o lamivudina como pareja de ITIAN.
 - Para pacientes que requieren tratamiento del VHB y no del VIH se recomienda adelantar el TAR o en su defecto el uso de interferon-alfa pegilado que evitaría el desarrollo de mutantes resistentes por el uso de los ITIAN sin un tercer fármaco antirretroviral.
 - En pacientes con hepatitis crónica por VHB en los que por cualquier motivo se requiera suspender lamivudina, emtricitabina o tenofovir de su TAR, se debería incluir en el tratamiento otro fármaco con actividad anti-VHB o mantener el tratamiento con los fármacos activos frente a VHB pese a que se haya desarrollado resistencia al VIH.
4. Atención a personas infectadas por el VIH con cirrosis hepática por virus hepatotropos.
- Cualquier paciente que haya sufrido un episodio de peritonitis bacteriana espontánea debe recibir profilaxis secundaria con norfloxacina 400 mg al día.
 - Pacientes con cirrosis hepática que hayan sufrido un episodio de hemorragia digestiva alta deberán recibir profilaxis primaria de peritonitis bacteriana espontánea con quinolonas. La pauta de elección es norfloxacina 400 mg cada 12 horas oral durante 7 días. En caso de requerir la vía intravenosa se puede administrar cirpofloxacina 200 mg al día u ofloxacina 400 mg al día.
 - En pacientes con sospecha clínica de cirrosis está indicada la realización de una endoscopia digestiva alta para el diagnóstico de varices esofágicas.
 - En caso de endoscopia inicial normal se recomienda la repetición de la endoscopia cada 2-3 años, ante cualquier descompensación clínica de la cirrosis o ante la presencia de signos de hipertensión portal.

- En caso de varices esofágicas grado 1 se recomienda la repetición de la endoscopia cada 1-2 años.
- En pacientes con varices esofágicas grado 2 ó 3 o con varices grado 1 en estadio C de Child se recomienda profilaxis primaria de sangrado por varices esofágicas.
- Cualquier paciente que sobreviva a una hemorragia por varices esofágicas debe recibir profilaxis secundaria de sangrado. En pacientes que no recibían profilaxis primaria pueden emplearse betabloqueantes, ligadura endoscópica con bandas o ambos. En pacientes que estaban recibiendo profilaxis primaria con betabloqueantes debe añadirse ligadura endoscópica con bandas.
- Personas infectadas por el VIH con cirrosis hepática deben seguir un programa de detección precoz de carcinoma hepatocelular consistente en la realización de una determinación de alfafetoproteína y una ecografía abdominal con periodicidad semestral.
- El tratamiento de complicaciones de la cirrosis hepática como ascitis, encefalopatía hepática, hemorragia digestiva, peritonitis bacteriana primaria y carcinoma hepatocelular, se realizarán con los mismos criterios y pautas que para pacientes no infectados por el VIH.
- En pacientes con infección VIH y enfermedad hepática terminal se seguirán los mismos criterios de indicación de trasplante empleados en personas no infectadas por el VIH. Además de estos se seguirán los criterios específicos derivados de la propia infección por el VIH, recomendados por GESIDA-GESITRA-PNS-ONT (Ver actividad 28).

Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra/ de Familia/ Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>13º</p> <p>Tratamiento y profilaxis de infecciones oportunistas</p>	<p>1. En personas adultas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento y la profilaxis de las infecciones oportunistas relacionadas con el VIH, deberá realizarse según las recomendaciones establecidas por las autoridades sanitarias y sociedades científicas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Con objeto de mantener este documento actualizado, remitimos a las guías de práctica clínica que sobre este aspecto más recientemente han sido editadas (Anexo 10). <p>2. En niñas y niños:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento y la profilaxis de las infecciones oportunistas relacionadas con el VIH, deberá realizarse según las recomendaciones establecidas por las autoridades sanitarias y sociedades científicas. • Con objeto de mantener este documento actualizado, remitimos a las guías de práctica clínica que sobre este aspecto más recientemente han sido editadas (Anexo 11).
--	--

Ginecólogo/a	
Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">14º</p> <p>Valoración ginecológica</p>	<p>1. Valoración inicial al diagnóstico de infección VIH. En la primera visita a Ginecología, a la mujer se le realizará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica ginecológica completa y detallada, incluyendo antecedentes de enfermedad cervical, ITS y parejas sexuales. • Exploración ginecológica, con examen pélvico, colposcopia y citología (triple toma de Wied). • En aquellas pacientes en las que la historia clínica y/o exploración ginecológica sugieran la presencia de una ITS, se aconseja la realización de pruebas complementarias de detección selectiva como cultivos, pruebas antigénicas o serológicas y se iniciará tratamiento empírico, según las recomendaciones y guías de práctica clínica específicas, sin esperar a los resultados confirmatorios (Anexo 12). • Prueba molecular para detección del virus papiloma humano (VPH). Se recomienda su realización en todas las pacientes. • Citación de las pacientes en un plazo inferior a un mes para informarles sobre los resultados de la citología y de otras pruebas complementarias. <p>2. Seguimiento de las pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante el primer año siguiente al diagnóstico de infección por el VIH, la citología y la colposcopia deberán repetirse dos veces. El seguimiento posterior depende de los hallazgos iniciales: <ul style="list-style-type: none"> - Si ambas pruebas son negativas, se realizarán anualmente.

- Si la citología pone de manifiesto células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), lesiones escamosas intraepiteliales (SIL) de bajo o alto grado o si la colposcopia es anormal, se realizará biopsia dirigida.
- Si la biopsia dirigida es normal, se realizará una revisión a los 6 meses y si pone de manifiesto una neoplasia intraepitelial cervical (CIN) se realizará el tratamiento de la misma de acuerdo con las guías generales de práctica clínica.
- Durante el primer año tras el diagnóstico de infección por VIH, la prueba molecular para detección del VPH, se realizará siempre conjuntamente con la citología y el seguimiento posterior depende de los resultados iniciales:
 - Si la prueba molecular es negativa, se seguirá el algoritmo de exploración ginecológica en función de los hallazgos de la citología y la colposcopia (Anexo 13).
 - Si la prueba molecular es positiva, se realizarán citología y colposcopia. Si ambas son normales, se repetirán la citología y la prueba molecular a los 6 meses. Si el VPH persiste positivo y es un genotipo de alto riesgo oncogénico (16, 18 y 31), se realizará colposcopia con evaluación cuidadosa de vagina y vulva y si es un genotipo de bajo riesgo oncogénico, se repetirán la citología y la prueba molecular a los 6 meses.

3. Manejo terapéutico de las lesiones cervicales.

- Aspectos generales: tras el diagnóstico de lesiones cervicales se seguirá el manejo terapéutico de las guías generales de práctica clínica.
- Aspectos especiales en la paciente infectada por el VIH: monitorización de su situación inmunológica y virológica (recuento de linfocitos CD4 y CV del VIH).

Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas

Actividades	Características de calidad
<p>15º</p> <p>Tratamiento anti-retroviral inicial en personas adultas</p>	<p>1. Inicio del TAR.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Previamente al inicio del TAR se le debe explicar detalladamente la necesidad de observar un riguroso cumplimiento terapéutico y asimismo informarle sobre las potenciales reacciones adversas de la pauta que se le va a prescribir.

- Respecto a qué fármacos concretos utilizar, dados los continuos cambios que sufren las recomendaciones a este respecto, lo más conveniente es seguir las guías existentes para ello, las cuales se actualizan cada poco tiempo. (Anexo 14).
 - El uso de abacavir esta contraindicado en pacientes con HLA-B*5701 positivo por alto riesgo de desarrollar una reacción de hipersensibilidad frente al fármaco.
 - Respecto a la elección del momento de inicio del TAR, dados los cambios que sufren las recomendaciones a este respecto, lo más conveniente es consultar las guías de práctica clínica sobre TAR, las cuales se actualizan cada poco tiempo. (Anexo 14).
 - Debe tenerse en cuenta antes de iniciar TAR que:
 - Debe efectuarse siempre una prueba genotípica de resistencia (ver actividad 6, punto 12). Si no puede realizarse en el momento de inicio del TAR, se aconseja congelar una muestra de suero al menos a -20° C.
 - En pacientes con infección aguda en quienes no se inicie el TAR, la indicación del mismo debe reevaluarse una vez hayan transcurridos 6 meses, cuando la infección por VIH pasa a considerarse crónica.
 - Disposición de la persona para hacer el TAR.
 - Coexistencia de otras enfermedades como coinfección por virus hepatotropos.
 - Riesgo de toxicidad.
 - En mujeres en edad reproductiva no embarazadas pero que deseen un embarazo o no utilicen métodos anticonceptivos seguros es preferible no usar efavirenz por su potencial teratogenicidad.
2. Cómo iniciar el TAR: dado los continuos cambios generados en el conocimiento del mismo, las guías y recomendaciones se encuentran en continuo cambio. Por ello al considerar qué asociaciones de fármacos utilizar recomendamos seguir las guías de TAR más actualizadas (Anexo 14).
3. Manejo de las interacciones del TAR: Es muy importante tener en cuenta las interacciones farmacológicas que se pueden producir entre fármacos antirretrovirales y otros fármacos que estas personas pueden utilizar de forma concomitante. El listado de posibles interacciones es muy amplio y se encuentra en continua revisión,

tanto por la descripción de nuevas interacciones como por la aparición de nuevos fármacos. Por ello resulta imposible mantener actualizada cualquier guía impresa. Remitimos a las guías de práctica clínica sobre TAR las cuales se actualizan cada poco tiempo (Anexos 14 y 15).

Pediatra

Actividades

Características de calidad

16°

Tratamiento anti-retroviral inicial en niños y niñas

1. El TAR se debe indicar según la edad y el estadio clínico e inmunológico de los niños y de las niñas con infección VIH. Entre ellos, el porcentaje de linfocitos CD4+ es el principal factor a tener en cuenta en las decisiones terapéuticas. (Anexo 7).
 - En menores de 12 meses, es obligado el tratamiento siempre, debido al alto riesgo de progresión a SIDA y encefalopatía.
 - En mayores de 12 meses, conociendo la edad, el porcentaje de CD4 y los valores de CV VIH se puede estimar el riesgo probable de progresión clínica a SIDA o muerte a los 6 y 12 meses (Anexo 7). Si el riesgo de progresión a SIDA en los 12 meses siguientes es >10 %, existe indicación de tratamiento.
2. Cuando iniciar el TAR. Respecto a la elección del momento del inicio del TAR, dados los cambios que sufren las recomendaciones a este respecto, lo más conveniente es consultar las guías de práctica clínica sobre TAR, las cuales se actualizan cada poco tiempo (Anexo 16).
3. Dado los continuos cambios generados en el conocimiento, las guías y recomendaciones de TAR se encuentran en continuo cambio. Por ello al considerar el momento de inicio del TAR y las asociaciones de fármacos a utilizar es conveniente consultar las guías de TAR más actualizadas (Anexo 16).
4. Manejo de las interacciones del TAR (Anexo 15).
5. El uso de abacavir se encuentra contraindicado en pacientes con positividad a HLA-B*5701 por alto riesgo de desarrollar una reacción de hipersensibilidad al fármaco.

Farmacéutico/a de hospital

Actividades	Características de calidad
17º Dispensación del TAR	<ol style="list-style-type: none">1. Información.<ul style="list-style-type: none">• Deberá existir una zona adecuada para la dispensación de la medicación a pacientes sin ingreso en centro hospitalario al objeto de facilitar la comunicación y respetar la confidencialidad.- Deberá existir un programa informático que permita realizar el registro y el seguimiento adecuado de las personas atendidas y de las dispensaciones realizadas.- Acceso a Internet para facilitar el acceso a bases de datos de información.- Registro de un informe clínico de toda persona que se encuentre en tratamiento antirretroviral. 2. Dispensación de medicación.<ul style="list-style-type: none">• La dispensación sólo podrá realizarse ante una prescripción escrita del médico o de la médica.• Los medicamentos se dispensarán preferiblemente en su envase original, y en todo caso, de forma que se garantice su correcta identificación, dosis y caducidad.• Recibirá atención personalizada por parte de un farmacéutico o una farmacéutica al menos en el inicio y cambios de tratamiento.• Se deberá asegurar la adecuación del tratamiento prescrito, así como el buen entendimiento por el paciente del tratamiento pautado.• Se deberá valorar la historia farmacoterapéutica previa, incluyendo la automedicación y el uso de medicina alternativa.• Se les deberá informar de las normas de dispensación, horarios y documentación requerida, y se facilitará un nombre y un teléfono de ayuda para consultas sobre su tratamiento, dudas de posología, intolerancias, interacciones y otros aspectos relacionados con su medicación.• Se le deberá proporcionar información oral y escrita sobre la medicación que debe tomar y el régimen posológico.• Se informará al personal de salud sobre los cambios relacionados con el conocimiento, disponibilidad y condiciones de dispensación de los fármacos.

3. Integración de la farmacéutica o del farmacéutico en el equipo asistencial
 - Deberá participar en sesiones conjuntas con el personal clínico para distintos aspectos relacionados con el tratamiento.
 - Se establecerá un modelo de informe y comunicación de farmacia con el personal clínico.
 - Se debe establecer un circuito para comunicar con el equipo asistencial las incidencias diarias detectadas.

Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">18º</p> <p>Seguimiento de TAR en personas adultas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. En general, tras el inicio de TAR se recomienda una nueva valoración a las 4 semanas de iniciarlo y posteriormente cada 3-4 meses, salvo recomendaciones especiales para evaluar la seguridad de determinados fármacos (Anexo 14) como nevirapina y tipranavir (monitorización precoz de pruebas hepáticas) y tenofovir (monitorización de pruebas de función renal). 2. Seguimiento de la persona en TAR. <ul style="list-style-type: none"> • Valoración clínica. <ul style="list-style-type: none"> - A las 4 semanas de iniciar el TAR y cada 3-4 meses a partir de entonces en pacientes estables. - En pacientes con respuesta prolongada al tratamiento, excelente cumplimiento del mismo y régimen de TAR estable se puede prolongar el intervalo entre revisiones hasta 6 meses. - La anamnesis siempre debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Síntomas e incidencias de cualquier tipo. ◦ Potenciales efectos adversos. ◦ Interacciones medicamentosas. ◦ Enfermedades concomitantes. ◦ Consumo de alcohol y sustancias tóxicas. - Exploración física: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Debe incluir, siempre: peso, presión arterial y búsqueda de lipodistrofia mediante inspección.

- Periódicamente debe hacerse una exploración completa a pacientes sin síntomas y siempre a quienes presentan síntomas.
- Valoración del cumplimiento del protocolo de vacunaciones propuesto.
- Valoración del cumplimiento del tratamiento en todas las revisiones.
 - Se fomentará de forma activa la adherencia al tratamiento, explicándole su importancia y logrando su compromiso para cumplirlo.
 - Se realizará una valoración de la adherencia al tratamiento de forma periódica, incidiendo en la detección de posibles problemas o motivos para el no cumplimiento y tomando medidas para su corrección.
 - Se deberá establecer un sistema para la detección y comunicación de pacientes con baja adherencia.
 - Los datos de adherencia deben constar en la ficha registro, y también en su historia clínica, para lo que enviarán informes de la misma al personal médico responsable.
- Pruebas complementarias
 - A las 4 semanas de iniciar el TAR y cada 3-4 meses a partir de entonces.
 - Todas las revisiones deben incluir al menos:
 - CV del VIH.
 - Recuento de linfocitos CD4+.
 - Hemograma.
 - Glucosa, creatinina, iones, urato, amilasa, AST, ALT, GGT, FA, bilirrubina, LDH y perfil lipídico completo.
 - Ácido láctico si existen síntomas de hiperlactacidemia.
 - Siempre que haya fracaso virológico al TAR debe realizarse una prueba genotípica de resistencia, mientras recibe el régimen de TAR que ha fracasado o, en su defecto, dentro de las primeras cuatro semanas tras haberlo interrumpido.

3. Manejo de las interacciones del TAR (Anexo 15).

Actividades	Características de calidad
<p>19º</p> <p>Seguimiento de la niña o del niño con TAR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión clínica a las 4 semanas de iniciar el TAR y cada 3-4 meses a partir del inicio del mismo en pacientes estables. Debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis: <ul style="list-style-type: none"> - Síntomas e incidencias de cualquier tipo. - Potenciales efectos adversos. - Interacciones medicamentosas. - Enfermedades concomitantes. - Consumo de alcohol y sustancias tóxicas: en adolescentes. • Exploración física: <ul style="list-style-type: none"> - Debe incluir siempre: peso y talla (percentiles), presión arterial, estadios de Tanner y búsqueda de lipodistrofia mediante inspección y medidas antropométricas. - Periódicamente debe hacerse una exploración completa a pacientes sin síntomas y siempre a los que los presentan. • Valoración del cumplimiento y adherencia al tratamiento en todas las revisiones. • Valoración del cumplimiento del calendario vacunal recomendado de forma individualizada (Anexo 9). • Pruebas complementarias: <ul style="list-style-type: none"> - A las 4 semanas de iniciar el TAR y cada 3-4 meses a partir de entonces. - Todas las revisiones deben incluir: <ul style="list-style-type: none"> ◦ CV del VIH. ◦ Recuento de CD4. ◦ Hemograma. ◦ Glucosa, creatinina, iones, ácido úrico, amilasa, AST, ALT, GGT, FA, bilirrubina, LDH y perfil lipídico. ◦ Ácido láctico si existen síntomas de hiperlactacidemia. • Siempre que haya fracaso virológico del TAR debe realizarse una prueba genotípica de resistencia, mientras recibe el régimen de TAR que ha fracasado o, en su defecto, dentro de las primeras cuatro semanas tras haberlo interrumpido. 2. Manejo de las interacciones del TAR (Anexo15).

Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra/ Enfermera

Actividades	Características de calidad
20° Seguimiento de la persona sin TAR	<ol style="list-style-type: none">1. Se recomienda revisión cada 12 semanas. Si se encuentra estable con cifras de CD4 elevadas y CV baja puede revisarse cada 3-6 meses.2. En cada revisión identificar signos y síntomas en relación con la infección VIH.3. Planificar en cada revisión la realización de las siguientes pruebas complementarias:<ul style="list-style-type: none">• CV del VIH.• Recuento de CD4.• Hemograma.• Glucosa, creatinina, iones, urato, amilasa, AST, ALT, GGT, FA, bilirrubina, LDH y perfil lipídico.

Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra

Actividades	Características de calidad
21° Simplificación del TAR	<ol style="list-style-type: none">1. Se define como la sustitución de una pauta que ha logrado suprimir la replicación viral por otra que pueda mantener dicha supresión y reducir la complejidad u otros inconvenientes de aquella con los siguientes objetivos:<ul style="list-style-type: none">• Reducir el número de comprimidos.• Reducir el número de tomas.• Reducir el número de fármacos.• Soslayar restricciones alimentarias.• Evitar interacciones farmacológicas.• Prevenir/reducir el riesgo de toxicidad.2. Regímenes indicados: ver recomendaciones al respecto de las guías de práctica clínica citadas en el Anexo 14.3. No se recomienda efectuar interrupciones controladas de TAR en ningún caso, pues se asocian con un mayor riesgo de progresión de la enfermedad, de complicaciones no relacionadas con el VIH y muerte.

Actividades	Características de calidad
<p>22º</p> <p>Cambio de TAR por fracaso</p>	<p>1. Cambio de TAR debido a fracaso virológico en personas adultas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición de fracaso virológico (FV). <ul style="list-style-type: none"> - Cuando no se logra disminuir la CV plasmática por debajo del límite de detectabilidad (<50 copias/mL) a los 6 meses de haber iniciado el TAR. - Cuando tras haberse logrado una CV plasmática ≤50 copias/ml, ésta vuelve a ser detectable en 2 determinaciones consecutivas. • Principios generales. <ul style="list-style-type: none"> - Ante todo FV siempre se deben investigar las causas que lo han originado (incumplimiento terapéutico, interacciones farmacológicas, otras) para intentar evitar que vuelvan a repetirse. - Se recomienda sustituir el régimen fracasado lo antes posible para evitar así la acumulación de mutaciones de resistencia y el desarrollo de fracasos inmunológico y clínico. - El objetivo terapéutico de todo cambio de régimen de TAR motivado por FV es lograr nuevamente la supresión de la replicación viral (CV indetectable). - Antes de realizar el cambio de TAR siempre debe realizarse una prueba genotípica de resistencia para construir el régimen terapéutico más eficaz posible. - Si se considera el posible uso de maraviroc u otros antagonistas de los correceptores CCR5 se deberá realizar un test de tropismo viral. - En pacientes con historia de múltiples FV y resistencias a numerosos fármacos nunca se debe añadir un único fármaco activo al régimen que fracasa. Es importante incluir, siempre que sea posible, tres fármacos activos. - Los denominados blips (elevaciones transitorias y aisladas de la CV entre 50 y 500 copias/mL de ARN-VIH) no obligan a cambiar el régimen de TAR. • Regímenes indicados: ver recomendaciones al respecto en las guías citadas en el Anexo 14. • Pacientes con multiresistencias a antirretrovirales deben evaluarse y seguirse en unidades con consultas específicas para la atención de pacientes con infección VIH.

Actividades	Características de calidad
<p>23º</p> <p>Prevención de alteraciones morfológicas y metabólicas secundarias al TAR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de las alteraciones metabólicas y morfológicas. <ul style="list-style-type: none"> • Valoración inicial al diagnóstico de infección por VIH. <ul style="list-style-type: none"> - Recogida de factores de riesgo cardiovascular (FRCV). <ul style="list-style-type: none"> ◦ Antecedentes familiares de eventos cardiovasculares precoces. ◦ Antecedentes personales de eventos cardiovasculares. ◦ Tabaco, alcohol, otras drogas. ◦ Hipertensión arterial. ◦ Diabetes mellitus. ◦ Dislipemia. - Peso/Talla/perímetro abdominal y tensión arterial. - Perfil lipídico (colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL y triglicéridos) y glucemia en ayunas de al menos 12 horas. • Valoración en cada visita de pacientes sin TAR. <ul style="list-style-type: none"> - Peso y tensión arterial. • Valoración en la visita de inicio de TAR. <ul style="list-style-type: none"> - Peso, perímetro abdominal y tensión arterial. - Perfil lipídico y glucemia. - Cálculo del riesgo cardiovascular (Anexo 17). • Valoración en cada visita de pacientes con TAR. <ul style="list-style-type: none"> - Inspección por parte del personal médico y autovaloración de las alteraciones en la distribución de la grasa corporal. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Acúmulo de grasa central: abdomen, mamas, cuello. ◦ Pérdida de grasa periférica: cara, extremidades, nalgas. ◦ Venas prominentes en extremidades, lipomas. - Peso, tensión arterial y perímetro abdominal (anual). - Perfil lipídico y glucemia. 2. Prevención de las alteraciones metabólicas y morfológicas. <ul style="list-style-type: none"> • En todas las visitas. <ul style="list-style-type: none"> - Recomendación de hábitos de vida saludables (guías de práctica clínica). <ul style="list-style-type: none"> ◦ Dieta y ejercicio. ◦ Evitar tabaco, alcohol y drogas.

- Visita de inicio de TAR.
 - Intentar evitar el uso de fármacos con peor perfil aterogénico en:
 - Pacientes con diabetes.
 - Pacientes con dislipemia.
 - Pacientes con riesgo cardiovascular elevado (Anexo 17).

Cirugía Plástica/ Médico/a de Medicina Interna/ Enfermedades Infecciosas/ Pediatra/ Endocrinología

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">24º</p> <p>Tratamiento de alteraciones metabólicas y morfológicas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manejo terapéutico de las alteraciones metabólicas. <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos generales: tras el diagnóstico de dislipemia y/o diabetes, seguir el manejo clínico y terapéutico de las guías de práctica clínica y del Proceso Asistencial Integrado Riesgo Vascular y Diabetes Mellitus tipo 2. • Aspectos especiales en pacientes con infección VIH. <ul style="list-style-type: none"> - Dislipemias. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Valorar la modificación del régimen de TAR sin comprometer la eficacia del mismo (Anexo 18). ◦ Uso de hipolipemiantes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estatinas: preferentemente atorvastatina a dosis bajas (10-20 mg/día) o pravastatina a dosis habituales. ▪ Fibratos: preferiblemente fenofibrato a dosis habituales. - Diabetes <ul style="list-style-type: none"> ◦ Valorar la modificación del régimen de TAR sin comprometer la eficacia del mismo (Anexo 18). 2. Manejo terapéutico de las alteraciones morfológicas. <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos generales: tras el diagnóstico de síndrome de lipodistrofia insistir en los hábitos higiénico-dietéticos. <ul style="list-style-type: none"> - Valorar la modificación del régimen de TAR sin comprometer la eficacia del mismo (Anexo 18). • Cirugía Plástica y Reparadora. <ul style="list-style-type: none"> - Lipoatrofia facial:

- Valorar el tratamiento por parte de Cirugía Plástica y Reparadora con rellenos o implantes en todos aquellos casos en que la lipoatrofia sea evidente o tenga repercusión psicológica.
- La indicación y selección de las personas tributarias de cirugía reparadora será realizada por la médica o el médico responsable.
- El diagnóstico y método de selección será por inspección.
- Se procurará máxima estabilidad desde el punto de vista de la infección VIH.
- Se descartarán todas las personas con criterios de exclusión de cirugía mayor ambulatoria (CMA) a nivel facial: enfermedades sistémicas activas o no compensadas, infección en el área del implante (incluida infección dental), diabetes descompensada y embarazo.
- Modo: por propuesta de asistencia al Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora de referencia tras selección por parte de las unidades de Enfermedades Infecciosas o Servicios de Medicina Interna.
- Manera aconsejable de actuación por parte de los Servicios de Cirugía Plástica y Reparadora:
 - Primera consulta (estándar):
 - * Evaluación de la persona.
 - * Explicación de la técnica a emplear
 - * Firma del consentimiento informado.
 - * Petición del preoperatorio.
 - * Inscripción en el registro de demanda quirúrgica con prioridad “normal”.
 - Programación de cirugía (2 semanas previas).
 - Cirugía: CMA.
 - * Se aconseja realización de fotografías previas.
 - * Inclusión en el registro andaluz de implantes.
 - * Tratamiento con analgésicos menores.
 - * Profilaxis antibiótica.
 - * Remitir informe a su médico o médica responsable y/o Centro de Salud.
 - Revisiones:
 - * Al mes.

	<ul style="list-style-type: none"> * Al 4º mes. Valorar en este momento la necesidad de ajuste de dosis del implante. * A los 10-12 meses: alta de cirugía plástica. <p>- Lipoacúmulo:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Estará indicada cirugía reparadora en pacientes con lipoacúmulos antiestéticos, dolorosos o que alteren de forma significativa la calidad de vida. o Modo: se seguirá el mismo procedimiento que en los casos de lipoatrofia facial. <p>3. Valorar consulta con Psiquiatría/Psicología en casos de importante repercusión psicológica.</p> <p>4. Si se encuentra en tratamiento sustitutivo con metadona se requerirá la emisión por el Centro Provincial de Drogodependencias de un informe de la situación de deshabitación.</p>
--	--

Especialista implicado/a en la atención al proceso que motiva la hospitalización/ Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>25º</p> <p>Ingreso hospitalario</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Será hospitalizada toda persona con infección VIH que por el nivel de cuidados que precise cualquier enfermedad que complique su evolución, relacionada o no con el VIH, requiera atención en régimen de hospitalización. 2. El proceso de hospitalización se realizará según las normas administrativas establecidas por el SSPA para tramitación de ingreso hospitalario en cada centro. 3. Se aplicarán medidas de seguridad para la identificación inequívoca de pacientes. <ul style="list-style-type: none"> • Mediante brazalete identificativo con, al menos dos códigos de identificación diferentes, siendo uno de ellos el NUHSA de forma que nos permita conocer en todo momento datos de filiación y de usuario del sistema.

	<ul style="list-style-type: none"> • Se asegurará que antes de realizar pruebas diagnósticas o administrar medicamentos o componentes sanguíneos, se dispone de alguna de estas formas de identificación. <ol style="list-style-type: none"> 4. El área de hospitalización de la persona con infección VIH será la misma que la establecida en cada centro para la atención de la población general según la patología que presente. 5. Plan de acogida en planta de hospitalización. 6. Aplicación del Plan de Cuidados estandarizado de Enfermería. (Anexo 19) 7. Plan de atención médica. 8. Información y educación para la salud. 9. Realización de informes al alta. 10. Asegurar la continuidad asistencial.
--	---

Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">26°</p> <p>Cuidados de enfermería en consultas externas de hospital de día</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primera consulta. <ul style="list-style-type: none"> • Valoración inicial e Información. <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de entrevista de escucha activa y consejo asistido, aportando información sobre la infección VIH en general y su situación particular y consejos sobre cuidados generales y específicos. - Facilitar un número de teléfono de contacto. - Información a la pareja, con el consentimiento de la persona afectada. • Educación sanitaria y medidas de prevención. <ul style="list-style-type: none"> - Responder a sus demandas, miedos y preocupaciones. - Valoración del apoyo familiar y social.

- Extracción y realización de pruebas analíticas según los protocolos establecidos.
- Facilitar la coordinación temporal de las exploraciones complementarias.
- Realización de la prueba de tuberculina.

2. Segunda consulta.

- Técnicas de entrevista de escucha activa y consejo asistido, mostrando un especial interés por su estado anímico y el grado de información asimilado.
- Refuerzo de la educación sanitaria y prevención.
- Explicar correctamente las características posológicas, conservación y efectos secundarios más relevantes del TAR prescrito.

3. Seguimiento.

- Organización de las consultas, comprobando las distintas pruebas solicitadas y realizadas.
- Recepción de pacientes según el protocolo establecido.
- Extracción de analítica, colaboración en otras pruebas diagnósticas según los protocolos establecidos y actividad propia de enfermería.
- Refuerzo de la educación sanitaria y prevención.
- Control, vigilancia, información y adhesión al TAR y sus posibles efectos adversos.
- Seguimiento de parejas de pacientes con infección VIH, con realización periódica de técnicas de cribado.
- Información en los cambios de tratamiento.
- Orientación de los problemas derivados de la situación social o personal, en conexión con otros dispositivos de atención.
- Informarle sobre las pruebas complementarias solicitadas.
- Coordinación con profesionales de Enfermería de hospitalización en los casos de personas con infección VIH con ingreso y diagnóstico reciente.
- Administración de tratamientos por vía parenteral según los protocolos establecidos.
- Cuidado de reservorios y dispositivos intravasculares.

4. Consulta telefónica a demanda según protocolo establecido.

5. Registro de todas las actividades realizadas en la Historia Clínica.

Médicos/as responsables del programa de trasplante del hospital de referencia/ de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Pediatra

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="233 265 278 293">27°</p> <p data-bbox="155 334 340 524">Criterio de trasplante de órganos sólidos dependientes de la infección por el VIH</p>	<ol data-bbox="383 265 1128 1102" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="383 265 1128 338">1. Pacientes con infección VIH sin criterios de TAR. <ul data-bbox="422 305 902 338" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="422 305 902 338">• Cifra de linfocitos CD4 >350 células/μL. <li data-bbox="383 374 1128 720">2. Pacientes con infección VIH con criterios de TAR. <ul data-bbox="422 414 1128 720" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="422 414 1128 511">• No haber tenido infección oportunista definitiva de SIDA salvo tuberculosis, candidiasis esofágica o neumonía por <i>Pneumocystis jiroveci</i>. <li data-bbox="422 520 1128 616">• Tener una cifra de linfocitos CD4 >200 células/μL o, en el caso del trasplante hepático, tener una cifra de linfocitos CD4 >100 célula/μL. <li data-bbox="422 626 1128 720">• Tener una CV del VIH plasmática indetectable en el momento del trasplante o tener opciones terapéuticas para la infección por el VIH efectivas y duraderas para el período postrasplante. <li data-bbox="383 757 1128 1102">3. Criterios generales y relacionados con la conducta de riesgo. <ul data-bbox="422 797 1128 1102" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="422 797 1128 869">• Abstinencia de drogas (heroína, cocaína) durante al menos 2 años. <li data-bbox="422 879 1025 911">• No consumo de alcohol durante al menos 6 meses. <li data-bbox="422 920 947 953">• Evaluación psicológica/psiquiátrica favorable. <li data-bbox="422 962 1128 1035">• Comprender la técnica y las obligaciones que el trasplante de órgano sólido comporta. <li data-bbox="422 1044 716 1077">• Tener estabilidad social. <li data-bbox="422 1086 832 1102">• En mujeres, no estar embarazada.

Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ Unidad de Reproducción / Servicio de Obstetricia y Ginecología de zona

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="233 1350 278 1377">28°</p> <p data-bbox="155 1417 355 1576">Consulta preconcepcional: información sobre cómo conseguir una gestación segura</p>	<ol data-bbox="383 1350 1128 1548" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="383 1350 1128 1417">1. Se deberá informar sobre el riesgo de transmisión vertical y a la pareja, así como del momento más adecuado de buscar la gestación. <li data-bbox="383 1454 1128 1548">2. Comunicar pautas para reducir la posibilidad de contraer la infección por actividad sexual con deseos reproductivos (autoinseminación, relaciones sexuales en días programados, reproducción asistida).

3. Seleccionar método anticonceptivo seguro, incluyendo siempre un método de barrera mientras se obtiene un estado óptimo para la gestación.
4. Identificar, controlar y registrar posibles riesgos de la gestación.
5. Consejo para evitar el consumo de alcohol, drogas o tabaco.
6. Informar a la mujer sobre transmisión vertical, estrategias de prevención y posibles riesgos de TAR durante el embarazo.
7. Evitar en pacientes con deseo reproductivo antirretrovirales teratógenos.
8. Evaluar profilaxis de enfermedades oportunistas y vacunas.
9. Evaluar posibles efectos adversos del TAR durante el embarazo.
10. Cribado de ITS y citología si no se hubiera realizado previamente.
11. Todas las pacientes infectadas por el VIH con deseos reproductivos deberán programar el embarazo cuando su situación inmunológica sea estable y la CV indetectable.
12. Recomendar profilaxis con ácido fólico y yodo cuando deseen quedar embarazadas.
13. Información y derivación a otros servicios o unidades (Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas de su zona y U. Reproducción / Servicio de Obstetricia y Ginecología de su zona) a través de su Servicio de Atención a la Ciudadanía.

Médico/a de Medicina interna /Enfermedades Infecciosas/ Unidad de Reproducción/ Sº de Obstetricia y Ginecología de su área/ Unidad de Reproducción de Referencia Autónoma

Actividades	Características de calidad
<p>29º</p> <p>Atención a los deseos reproductivos de las parejas con al menos un miembro con infección VIH</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antes de la remisión a la Unidad de Reproducción / Sº de Obstetricia y Ginecología de su área deberán ser evaluados o evaluadas por su médico o médica de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas. <ul style="list-style-type: none"> • En caso de ser varón seropositivo al VIH y mujer seronegativa al VIH. <ul style="list-style-type: none"> - Emisión de informe que acredite un seguimiento correcto y una buena adherencia al tratamiento, conteniendo la evolución de la enfermedad y de la CV del VIH actual y de los últimos 12 meses.

- Estudio serológico/virológico VHB, VHC, sífilis, CMV reciente (<6 meses).
- En caso de coinfección por VHC: informe sobre la evolución de la enfermedad y tratamiento de la misma. Tener en cuenta que pacientes que han recibido ribavirina deberán esperar 6 meses antes de empezar el tratamiento de reproducción asistida (RA).
- En caso de ser varón seronegativo y mujer seropositiva al VIH, se deberá realizar a la mujer:
 - Emisión de informe que acredite un seguimiento correcto y una buena adherencia al tratamiento, conteniendo la evolución de la enfermedad, la recomendación sobre el TAR que deberá seguir en el caso de quedar embarazada, el recuento de linfocitos CD4+ y de la CV del VIH actuales y de los últimos 12 meses. Solo se incluirán mujeres con linfocitos CD4 > 200 células/ μ L y CV del VIH indetectable si realiza TAR.
 - En caso de que la mujer no se encuentre recibiendo TAR por situación clínico-inmunológica estable, se emitirá un informe en el que se indique el régimen de TAR que deberá seguir en el caso de iniciar el proceso de RA.
 - Si la mujer se encuentra en tratamiento sustitutivo con metadona se requerirá la emisión por el Centro Provincial de Drogodependencias de un informe de la situación de deshabitación de la paciente.
 - En caso de antecedentes psiquiátricos, informe del servicio de psiquiatría donde no se contraíndique la gestación.
 - Estudio serológico/virológico VHB, VHC, sífilis, CMV reciente (<6 meses).
 - En caso de coinfección por VHC: informe sobre la evolución de la enfermedad (incluyendo evolución de ARN-VHC en los 12 meses anteriores) y tratamiento de la misma.
 - Tener en cuenta que mujeres que han recibido ribavirina deberán esperar 6 meses antes de empezar el tratamiento de RA.
 - Sólo se iniciarán estas técnicas de RA en caso de que la CV del VIH de la mujer sea inferior a 375.000 UI/ml (1.000.000 copias /ml). Si es superior, se podría replantear la RA tras un tratamiento anti-VHC efectivo.

2. Primera consulta en la Unidad de Reproducción / Sº de Obstetricia y Ginecología de su área.

- Se realizará un estudio básico de esterilidad según “Guía de Reproducción Humana Asistida en el SAS” ([http:// www.sas.junta-andalucia.es/principal/](http://www.sas.junta-andalucia.es/principal/)).
 - Se realizará un estudio serológico/virológico del miembro sano de la pareja que incluya VIH, VHB, VHC, Sífilis, CMV, Toxoplasma y Rubéola (<6 meses de antigüedad).
 - Se vacunará según recomendaciones (ver actividades 8 y 10).
 - Se determinará la opción reproductiva a seguir.
 - Se explicará la técnica de autoinseminación si está indicada (Anexo 20).
 - Se informará de los requisitos generales y criterios de aplicación de inseminación artificial y de aplicación de microinyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) según la guía del SAS (Anexo 21).
 - Se derivará con el informe correspondiente a:
 - Unidad de Reproducción de referencia para técnicas básicas (IAC) en caso de mujer seropositiva y varón seronegativo e indicación de IAC.
 - Unidad de Reproducción de referencia autonómica en caso de mujer seropositiva y varón seronegativo e indicación fertilización in vitro (FIV)/ICSI.
 - Unidad de Reproducción de referencia autonómica en caso de mujer seronegativa y varón seropositivo.
 - Los centros correspondientes y mapa de derivación se encuentran en el anexo III y IV de la “Guía de Reproducción Humana Asistida en el SAS”. (<http://www.sas.junta-andalucia.es/principal/>).
 - Inscribir en la lista de espera con la fecha del inicio del estudio básico de esterilidad.
 - Es obligatorio registrar a la paciente en el "Registro de Reproducción Humana Asistida SAS/SSPA" (intranet del SAS).
3. En la Unidad de Reproducción de referencia autonómica se evaluará la historia clínica de la pareja/paciente, para su inclusión en programa de RA tras lo cual se procederá a:
- Devolver el expediente por contraindicación o estudio incompleto.
 - Citar en consulta de la Unidad de Reproducción/S. Obstetricia y Ginecología de referencia provincial.
 - Citar para lavado seminal y crioconservación de semen.

4. En el anexo 22 se detallan las distintas actividades a desarrollar en cada una de las consultas en las distintas Unidades de Reproducción.

Médico/a de Medicina interna /Enfermedades Infecciosas/ de Obstetricia y Ginecología

Actividades	Características de calidad
<p>30º</p> <p>Atención a la mujer embarazada infectada por el VIH</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico de embarazo. <ul style="list-style-type: none"> • Realización de test de gestación. • Valoración de resultado. • Informar a la paciente sobre riesgos del embarazo y transmisión vertical (TV) valorando el grado de aceptación. • Estrategia de captación activa para asegurar su incorporación al proceso de embarazo, parto y puerperio normal. • Reforzar consejo para eliminar drogas, tabaco y alcohol. 2. Atención al embarazo no deseado. <ul style="list-style-type: none"> • Información sobre TV e IVE y derivación para valoración de IVE. 3. Atención al embarazo. <ul style="list-style-type: none"> • Primera consulta prenatal. <ul style="list-style-type: none"> - Según lo establecido en el Proceso asistencial de Embarazo, Parto y Puerperio normal. http:// www.juntadeandalucia.es/salud/procesos/documentos. - Captación precoz antes de las 8 semanas. - Valorar, identificar y registrar posibles riesgos (enfermedades asociadas). - Seguimiento en unidad de embarazo de alto riesgo. - Seguimiento por equipo multidisciplinar (médicos o médicas de familia, obstetra, de Enfermedades Infecciosas /Medicina Interna y Psiquiatra o de drogodependencias si lo precisara. - Información a la gestante sobre TV y estrategias de prevención (riesgos-beneficios), insistiendo en la importancia de la adherencia al tratamiento.

- Cribado de ITS especialmente clamidias, gonococia y vaginosis bacteriana que pueden aumentar la CV en tracto genital, hepatitis C y citomegalivirus.
- Reforzar profilaxis con ácido fólico y yodo.
- Citología cervical.
- Diagnóstico prenatal.
 - Según Proceso Asistencial de Embarazo, Parto y Puerperio normal.
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/procesos/documentos>.
 - Si se precisaran técnicas invasoras (biopsia corial, amniocentesis o funiculocentesis) valorar riesgos-beneficios pues se desconoce el riesgo de TV (transmisión vertical). Se debe realizar en condiciones óptimas: CV indetectable, con TAR, evitando paso transplacentario y eludiendo la biopsia corial por el mayor riesgo teórico de transmisión.
- Consultas prenatales
 - Controles según Proceso Asistencial de Embarazo, Parto y Puerperio normal.
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/procesos/documentos>.
 - Valorar, identificar y registrar posibles riesgos (enfermedades asociadas).
 - Realizar cribado de ITS a las 28 semanas especialmente clamidias, tricomonas, gonococia y vaginosis bacteriana.
 - Vigilar toxicidad de antirretrovirales, sobre todo la toxicidad hepática que puede tener síntomas similares a los de la preeclampsia o la colestasis intrahepática del embarazo.
 - Vigilar tolerancia a la glucosa en mujeres que toman inhibidores de las proteasas.
 - Prevención de la prematuridad y vigilancia de posibles retrasos del crecimiento intrauterino (ecografía y doppler periódico a partir de la veintava semana) en mujeres con TAR.
 - Controles seriados de proteinuria y TA materna.
 - Vigilar posibles interacciones medicamentosas de TAR con los fármacos habitualmente prescritos durante el embarazo. (Anexo 15).
 - TAR durante el embarazo (Ver actividad 31).

Actividades	Características de calidad
<p>31°</p> <p>TAR en embarazadas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indicación: <ul style="list-style-type: none"> • En toda mujer gestante, con independencia de cual sea su situación clínica, inmunológica o virológica se debe recomendar iniciar TAR ya que el objetivo del mismo es evitar la transmisión materno-fetal del VIH. • Antes de iniciar TAR debe hacerse siempre una prueba genotípica de resistencia. 2. Elección del régimen: <ul style="list-style-type: none"> • Deben tenerse en cuenta los conocimientos sobre eficacia, seguridad y farmacocinética de los distintos antirretrovirales durante la gestación. Por ello se recomienda consultar las guías de práctica clínica específicas al respecto. (http:// AIDS.info.nih.gov). • En el momento de la edición de este documento se encuentran formalmente contraindicados: efavirenz y la asociación didanosina + estavudina, y se desaconseja iniciar tratamiento con nevirapina, si la cifra de linfocitos CD4+ es ≥ 250 células/μL). • En el momento de la edición de este documento se considera que siempre que sea posible, zidovudina debería ser uno de los componentes del TAR. 3. Tener en cuenta que: <ul style="list-style-type: none"> • Los cambios fisiológicos debidos a la adaptación materna al embarazo pueden confundirse con efectos tóxicos del TAR (anemia, trombopenia, etc.). • Tras el parto se puede suspender el TAR si no existe indicación para continuarlo.

Actividades	Características de calidad
<p>32°</p> <p>Atención al parto en mujer embarazada infectada por VIH</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vía del parto (Anexo 23). <ul style="list-style-type: none"> • Considerar parto vaginal si CV indetectable a las 36 semanas. • Recomendar cesárea: 1. si CV detectable a las 36 semanas; 2. Si la gestante no ha realizado TAR o CV desconocida; 3 no aceptación de parto vaginal por parte de la paciente. • Se realizará cesárea intraparto: 1. si amniorrexis prolongada; 2. previsión de parto prolongado; 3. monitorización patológica. • La decisión debe ser tomada de acuerdo con la paciente tras ser informada. 2. Atención al parto. <ul style="list-style-type: none"> • En el parto vaginal se deben mantener las membranas íntegras el máximo tiempo posible. • No deben ser usados electrodos en la calota fetal, ni realizar pH fetales intraparto. • Se deben evitar los partos instrumentales. • Se debe cortar el cordón lo antes posible y bañar inmediatamente al RN. • La cesárea programada se debe realizar a las 38 semanas. 3. TAR durante el parto. <ul style="list-style-type: none"> • Zidovudina iv. Según el protocolo PACTG-076. Desde el inicio del parto, administración iv de zidovudina, 2mgrs/Kg de peso la primera hora, seguida de infusión continua de 1 mg/hora/Kg de peso hasta el nacimiento. En las cesáreas programadas iniciar la infusión 3 horas antes de la intervención y continuarla hasta cortar el cordón. • La paciente debe continuar con TAR durante el parto. • Si la paciente no ha recibido TAR durante el embarazo se recomienda hacerlo durante el parto con ZDV iv, con o sin 3TC oral, añadiendo nevirapina en casos de cifras de linfocitos CD4+ <250 células/μL. 4. Coinfección por virus de Hepatitis C: En madres coinfectadas por el VHC la tasa de TV del VHC asciende hasta un 15%. La vía de TV de VHC puede ser transplacentaria o en el parto. El ries-

go se relaciona con la viremia materna y en algunos estudios se encuentra asociación con la instrumentación del parto. Existen evidencias de que la cesárea podría reducir los casos de transmisión. El control del VIH con TAR parece estar asociado a una reducción de la tasa de transmisión del VHC.

5. Cuidados postparto.

- Contraindicar lactancia.
- No utilizar ergotónicos en mujeres con TAR.
- Continuar con TAR hasta nueva valoración por el médico o la médica de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas.
- Información sobre programas de planificación familiar.
- Evaluar, identificar mujeres que precisan apoyo social.

Pediatra

Actividades

33º

Prevención de la transmisión vertical de VIH: recomendaciones en el recién nacido o la recién nacida

Características de calidad

1. Prevención con medicación antirretroviral (Anexo 24).

- Situaciones de bajo riesgo de TV de VIH.
 - Se trata de recién nacidos o recién nacidas de madres que han recibido TAR durante el embarazo, zidovudina intraparto y parto correcto (cesárea si CV detectable al final del embarazo). En estos casos se administrará al niño o a la niña zidovudina oral durante 4 semanas.
- Situaciones de alto riesgo de TV de VIH.
 - Cuando no se da alguna de las circunstancias anteriores.
 - En estas ocasiones se recomienda administrar a la recién nacida o al recién nacido TAR con 3 fármacos durante 4 semanas.
 - Los efectos a largo plazo de la exposición a antirretrovirales durante el embarazo y el periodo neonatal no son del todo bien conocidos, por lo que se recomienda que los lactantes deban ser controlados exhaustivamente durante los primeros años de vida.

2. Otras actuaciones:

- Lactancia materna: es una contraindicación absoluta en nuestro medio.

- Revisar el estado de infección materna por VHB-VHC, y grupo TORCH, así como en el niño o en la niña.
- Ecocardiografía si antirretrovirales durante embarazo.
- Fondo de ojo si situación de alto riesgo (Anexo 24).
- Investigar drogas de abuso en orina si sospecha o certeza de uso de tóxicos en la madre.
- Completar estudio en la pareja y resto de la descendencia si no se había realizado previamente.
- Apoyo psicológico, sobre todo si diagnóstico reciente de la infección VIH.

3. Diagnóstico.

- Debe realizarse durante las primeras semanas de vida para iniciar precozmente el TAR. La serología habitualmente utilizada para el diagnóstico de la infección VIH no es útil en el recién nacido o la recién nacida, ya que la presencia de anticuerpos anti-VIH traducen el paso transplacentario de los anticuerpos de origen materno.
- La realización de pruebas virológicas específicas es obligatoria para descartar la infección por el VIH en estos casos.
- Se recomienda realizar una determinación de ARN-VIH al nacer (antes de las 48 horas de vida, para diferenciar la infección intraútero de la infección intraparto), a las 2-3 semanas, 6-12 semanas y en ocasiones especiales (situaciones de alto riesgo de TV) a los 3-6 meses.
- Si las determinaciones de ARN del VIH, realizadas según se ha indicado, resultan negativas podrá informarse a la familia que la infección por el VIH se ha descartado, quedando pendiente únicamente la negativización de la serología de origen materno que ocurre en torno a los 18 meses de vida.
- La persistencia de anticuerpos positivos más allá de los 18-24 meses, debe hacer pensar en infección por VIH en la niña o en el niño, precisando confirmación mediante tests serológicos y virológicos.
- Para el diagnóstico definitivo de la infección se requieren al menos 2 pruebas serológicas y virológicas positivas de 2 muestras distintas de sangre (excluyendo como muestra la sangre procedente de cordón).

Médicos/as de Instituciones Penitenciarias/ Enfermeras de Instituciones Penitenciarias/ Médico/a de Medicina Interna /Enfermedades Infecciosas/ otros/as médicos/as implicados/as en la atención al proceso que motiva la consulta

Actividades	Características de calidad
<p>34º</p> <p>Atención a personas reclusas en centros penitenciarios</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar un programa de colaboración entre los servicios médicos de Instituciones Penitenciarias y las Unidades de Medicina Interna /Enfermedades Infecciosas de los hospitales de referencia para el desplazamiento de especialistas de estas unidades para consultoría en los centros penitenciarios, cuya ventaja sería: <ul style="list-style-type: none"> • Evitar los desplazamientos de pacientes a consultas externas. • Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales. • Posibilitar el seguimiento continuado de los procesos. • Optimizar los criterios de derivación a urgencias de los pacientes. • Posibilitar los ingresos programados. 2. Elaboración de un programa de consultas telefónicas rápidas de los servicios médicos de Instituciones Penitenciarias con las unidades de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas de los hospitales de referencia. 3. Instaurar la figura del o de la profesional referente para la infección VIH en los centros penitenciarios que sería el encargado de coordinarse con los especialistas hospitalarios.

Médico de Medicina Preventiva/ de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ de Familia/ del Servicio de Urgencias/ Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>35º</p> <p>Profilaxis postexposición ocupacional (PPE)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamiento adecuado de la herida percutánea y de las salpicaduras a mucosas y piel (Anexo 25). 2. Comunicar al mando inmediato la ocurrencia de un accidente de trabajo con riesgo biológico, con carácter inmediato, según lo establecido en el procedimiento 004 de prevención de riesgos laborales del SAS. 3. Derivar al trabajador de forma inmediata a Vigilancia de la Salud o al SCCU/DCCU si es fuera del horario de aquella (Anexo 25).

4. Evaluación del riesgo de la exposición biológica para determinar la necesidad o no de PPE. Se realizará siguiendo las recomendaciones europeas de manejo y seguimiento de las exposiciones ocupacionales a agentes biológicos¹ (Anexo 25).
5. Determinación del estado serológico de la fuente respecto al VIH. En caso de fuente con serología desconocida, debe autorizar la realización de la prueba de VIH-rapid en las primeras 2 horas postexposición, que se confirmará posteriormente con las pruebas tradicionales (Elisa y Western-Blott).
6. Valorar indicación y contraindicación de la PPE-VIH (Anexo 25).
7. Registro del accidente.
 - Deberá tratarse con la máxima confidencialidad, tanto para el caso fuente como el expuesto.
 - Debe recogerse en la Historia Clínica:
 - Fecha y hora de la exposición.
 - Detalles del accidente: dónde y cómo; localización anatómica exacta de la exposición, tipo de lesión (si la hubo).
 - Detalles de la exposición: tipo y cantidad de fluido o material, severidad de la exposición.
 - Detalles de la fuente: estatus VIH, VHB, VHC.
 - Detalles de la persona expuesta: vacunación VHB y respuesta.
 - Datos de la persona accidentada: embarazo/lactancia; antecedentes (enfermedad renal, enfermedad hepática, diabetes, trastornos psiquiátricos), alergias, tratamientos.
8. Cuando esté indicada, iniciar la PPE-VIH (Anexos 25 y 26) antes de las 72 horas postexposición, idealmente en las primeras 2 horas.
9. Seguimiento serológico de la exposición.
 - Serología VIH: basal (lo antes posible), a las 6 semanas, a los 3 meses y a los 6 meses, o si se manifiesten síntomas o signos sospechosos de infección aguda.
 - Cuando la fuente esté coinfectada VIH-VHC se prolongará el seguimiento a 1 año (control serológico adicional a los 12 meses postexposición).

¹ Document from the European Project on "Standardization of the management of occupational exposure to HIV/blood-borne infections and evaluation of post-exposure prophylaxis in Europe." FUNDING: European Commission, Directorate-General Health Care and Consumer Protection. Unit F4. Project number SI2.322294Recommendations for Post-Exposure Prophylaxis against HIV infection in Health Care Workers in Europe. March 2002.

10. Seguimiento de los efectos adversos de la PPE-VIH. El control de la toxicidad de los antirretrovirales incluye hemograma, ALT, AST, glucosa, urea, creatinina, amilasa y otras determinaciones que se decidan individualmente al inicio, a los 15 días y al final del tratamiento. Se anotarán en la historia de exposición biológica la aparición de efectos adversos.
11. La elección del TAR en la PPE debe individualizarse en cada caso. Si no se dispone de información respecto a la historia de TAR de la fuente y su perfil de resistencia, debemos iniciar un TAR según las recomendaciones realizadas al respecto por organismos nacionales e internacionales (Anexo 26).
12. Consejo tras exposición: abstenerse de donar sangre, plasma, tejidos, órganos o semen, utilizar preservativo en las relaciones sexuales, no compartir agujas, y evitar comportamientos de riesgo, ofrecer apoyo psicológico si necesario e informar sobre signos y síntomas de la infección aguda VIH y los efectos adversos de la profilaxis.
13. Derivación a especialista en el manejo de VIH siempre que se detecte seroconversión.

Médico/a de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas/ de Medicina Preventiva/ de Familia/ del Servicio de Urgencias/ Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>36°</p> <p>Profilaxis postexposición no ocupacional (nPPE)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La exposición no ocupacional al VIH se define como cualquier contacto directo percutáneo, mucoso o intravenoso con fluidos biológicos potencialmente infecciosos, que ocurre fuera del ámbito laboral o perinatal. <ul style="list-style-type: none"> • El riesgo de transmisión VIH tras exposición no ocupacional puede ser similar o mayor al de la exposición ocupacional. • Factores que incrementan el riesgo de exposición: exposición a gran cantidad de fluido biológico, exposición a fluidos biológicos de un caso fuente con infección VIH avanzada, lesión percutánea profunda, presencia de ITSs en caso fuente o expuesto, violación y fuente con coinfección por y VHC. 2. Valoración del riesgo según vía de transmisión y según fluido corporal implicado. (Anexo 27)

3. Registro del accidente.

- Deberá tratarse con la máxima confidencialidad, tanto para el caso fuente como el expuesto.
- Debe recogerse en la Historia Clínica:
 - Fecha y hora de la exposición.
 - Detalles del accidente: dónde y cómo; localización anatómica exacta de la exposición, tipo de lesión (si la hubo).
 - Detalles de la exposición: tipo y cantidad de fluido o material, severidad de la exposición.
 - Detalles de la fuente: estatus VIH, VHB, VHC.
 - Detalles de la persona expuesta: vacunación VHB y respuesta.
 - Datos del accidentado: embarazo/lactancia; antecedentes (enf. renal, enf. hepática, diabetes, trastornos psiquiátricos), alergias, tratamiento.

4. Indicación de TAR.

- Iniciar TAR en todas las exposiciones de riesgo con fuente VIH positiva conocida o sospechada. La nPPE debe iniciarse inmediatamente (preferentemente en las primeras 2 horas, y en todo caso antes de las 72 horas tras la exposición) y continuarse durante 1 mes.
- Requisitos para iniciar nPPE: riesgo apreciable, inicio en las primeras 72 horas, ausencia de contraindicaciones, exposición excepcional del expuesto al riesgo, garantía de seguimiento clínico y analítico.
- La nPPE debe utilizarse sólo para exposiciones esporádicas o poco frecuentes. No debe utilizarse para exposiciones frecuentes o recurrentes; en estos casos, son más apropiadas las intervenciones que tienen por objeto reducir el riesgo.
- Es importante no retrasar su inicio en ningún caso indicado. Es preferible cambiar fármacos cuando sea necesario, a retrasar su inicio. Si el caso fuente sospechoso resulta finalmente no estar infectado por el VIH, debe suspenderse la profilaxis.
- Se hará un seguimiento el tiempo prescrito del tratamiento profiláctico, para evitar en lo posible el abandono por efectos adversos.
- La elección del TAR en la nPPE debe individualizarse en cada caso. Si no se dispone de información respecto a la historia de TAR de la fuente y su perfil de resistencia, debemos iniciar un TAR según las recomendaciones realizadas al respecto por organismos nacionales e internacionales (Anexo 26).

5. Consejo postexposición a todos los expuestos y fuentes positivas.
 - La nPPE no es tan efectiva como la prevención primaria (evitar exposiciones de riesgo).
 - Informar sobre prácticas sexuales y comportamientos más seguros.
 - Abstenerse de donar sangre, plasma, tejidos, órganos o semen.
 - Utilizar preservativo en las relaciones sexuales, no compartir agujas, y evitar comportamientos de riesgo.
 - Ofrecer apoyo psicológico si es necesario.
 - Informar sobre signos y síntomas de la infección aguda VIH y los efectos adversos de la profilaxis.
6. Seguimiento serológico de la exposición:
 - Serología VIH: basal (lo antes posible), a las 6 semanas, a los 3 meses y a los 6 meses, o si se manifiestan síntomas o signos sospechosos de infección aguda.
 - Cuando la fuente esté coinfectada VIH-VHC se prolongará el seguimiento a 1 año (control serológico adicional a los 12 meses postexposición).
7. Seguimiento de los efectos adversos de la PPE-VIH. El control de la toxicidad de los antirretrovirales incluye hemograma, ALT, AST, glucosa, urea, creatinina, amilasa y otras determinaciones que se decidan individualmente al inicio, a los 15 días y al final del tratamiento. Se anotarán en la historia de exposición biológica la aparición de efectos adversos.
8. Consideraciones especiales.
 - Si existe riesgo de embarazo, valorar anticoncepción poscoital, teniendo en cuenta las posibles interacciones con el uso concomitante de nPPE.
 - El embarazo no contraindica la profilaxis, pero debe evitarse el uso de efavirenz o la combinación de didanosina y estavudina en la mujer embarazada.
 - Ofrecer también nPPE a niños o niñas con exposición, ajustando las dosis.
 - Ofrecer también nPPE a consumidores o consumidoras de drogas intravenosas, en caso de exposiciones de alto riesgo.
 - El uso de nevirapina no está indicado en nPPE por su toxicidad.



Recursos. Características generales. Requisitos

RECURSOS	CARACTERÍSTICAS GENERALES	REQUISITOS
Papelería <ul style="list-style-type: none">- Cuestionarios de información y educación para la salud- Listado de organizaciones sanitarias, sociales y de ayuda- Documentos de registros de cita- Documento de Historia Clínica y exploraciones complementarias- Guías de práctica clínica- Procedimientos de prevención de riesgos laborales del SAS. Documento de notificación de accidente laboral (procedimiento 004).	<ul style="list-style-type: none">- Cuestionarios estandarizados para el proceso en los que se detallen los ítems necesarios para esta actividad- Actualización anual- Registro normalizado del centro, cita accesible y demora inferior a 30 días- Documentos normalizados del centro- Guías de práctica clínica para:<ul style="list-style-type: none">• Hábitos de vida saludables• Profilaxis de la infección por el VIH• Profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas• Tratamiento antirretroviral de personas adultas, embarazadas y niños o niñas• Profilaxis post-exposición accidental• Calendario vacunal• Diagnóstico y tratamiento de comorbilidades y situaciones especiales	
Dotación estructural <ul style="list-style-type: none">- Consulta médica- Consulta de Enfermería- Sala de espera- Hospital de Día médico	<ul style="list-style-type: none">- Dotación estándar- Dotación estándar- Despacho médico con dotación estándar, ordenador y teléfono con línea exterior- Sala de exploración con camilla, lavabo y mueble para instrumental y material fungible- Despacho de administrativo/Enfermería con mesa, silla, ordenador, teléfono con línea exterior	

<ul style="list-style-type: none"> - Unidad de hospitalización 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de tratamiento con tumbonas/camillas y dotación estándar de cuidados hospitalarios de pacientes - Despacho médico con mesa, sillas, negatoscopio, ordenador, teléfono con línea exterior - Dotación estándar de área de hospitalización para cuidados de pacientes con patología médica y aislamientos respiratorios - Ambiente confortable en todos los espacios 	
<p>Instrumental</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esfigmomanómetro - Oftalmoscopio/ otoscopio - Linterna/lámpara - Tallímetro y peso - Cinta métrica - Pulsioxímetro - Electrocardiógrafo 	<ul style="list-style-type: none"> - Estándar - Estándar - Estándar - Estándares - Flexible - Portátil - Portátil 	
<p>Material fungible</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guantes desechables - Guantes estériles - Gafas de protección - Depresores - Hisopos para la toma de muestras bacteriológicas - Tuberculina - Contenedores de residuos biológicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Estándares (diversas tallas) - Estándares (diversas tallas) - Herméticas para protección de mucosas oculares - Estándares - Estándares - RT-23(estándar) - Impermeables, imperforables y de boca ancha - Disponibilidad continuada desde almacén 	
<p>Personal</p> <ul style="list-style-type: none"> - F.E. de Medicina Interna-Enfermedades Infecciosas 	<ul style="list-style-type: none"> - Competencias en enfermedades infecciosas 	

- Pediatría	- Competencias en enfermedades infecciosas y en evaluación de la maduración infantil	
- Médico de Familia	- Formación continuada en infección por VIH en las áreas de prevalencia elevada	
- F. de Centros Penitenciarios	- Formación continuada en infección por VIH	
- F. de CPD/CCD	- Formación continuada en infección por VIH	
- F. de Medicina Preventiva y Salud Pública	- Formación estándar	
- Enfermeras	- Formación continuada en infección VIH y técnica de entrevista clínica y en “counseling” para la infección por el VIH	
- Farmacéutica/o	- Formación continuada en infección VIH y tratamiento antirretroviral: técnicas de dispensación, evaluación cumplimiento, interacciones, efectos adversos	
- F.E. de Ginecología/Tocología	- Formación estándar y en profilaxis de la transmisión vertical	
- Personal administrativo	- Formación estándar	
- F.E. de Microbiología, Inmunología, Bioquímica, Hematología, Radiología, Cirugía Plástica, Aparato Digestivo, Neumología, F.E. de Anatomía Patológica Medicina del Trabajo	- Formación estándar	
- Facultativos de Unidad de Reproducción	- Formación estándar	
- Trabajadores Sociales	- Formación estándar	
Medicación		
- Antirretrovirales	- Recomendados por las guías de práctica clínica - Disponibilidad en los servicios de Farmacia Hospitalaria - Accesibilidad	

- Medicación para quimioprofilaxis	- Disponibilidad en farmacias	
- Vacunas e inmunoglobulinas	- Disponibilidad en centros sanitarios	
- Antimicrobianos	- Estándares y disponibles en las farmacias	

Unidades de soporte

UNIDADES DE SOPORTE	ENTRADAS
Microbiología	- Serología del VIH: ELISA y Western blot - Determinación de ARN-VIH, ARN-VHC y DNA-VHB - Estudios de resistencias del VIH - Estudios serológicos y microbiológicos estándares
Farmacia	- Fármacos antirretrovirales - Medicación y vacunas para la profilaxis y el tratamiento de eventos asociados al VIH - Medicación para el tratamiento de procesos intercurrentes en pacientes con infección VIH
Inmunología	- Subpoblaciones linfocitarias - Determinación de HLA*B5701
Hematología	- Técnicas estándares de estudio de enfermedades hematológicas asociadas
Bioquímica	- Estudios bioquímicos estándares
Servicio de Ginecología y Obstetricia	- Recursos estándares para la valoración ginecológica de mujeres infectadas por el VIH - Recursos estándares para la atención del embarazo de una mujer infectada por el VIH
Unidad de Reproducción	- Recursos estándares para la reproducción asistida de parejas serodiscordantes
Servicio de Cirugía Plástica	- Recursos estándares para la reparación plástica de lipodistrofia
Radiodiagnóstico	- Estudios radiológicos estándares para el diagnóstico de procesos asociados a la infección VIH
Medicina Preventiva y Salud Pública/ Epidemiología/ SVEA	- Circuito de Declaración de casos de SIDA - Circuito de Declaración de Infección VIH

	<ul style="list-style-type: none"> - Circuito de Declaración de Enfermedades de Declaración Obligatoria - Vacunaciones
Medicina Preventiva y Salud Pública / Médico del Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Salud laboral: accidentes laborales con líquidos biológicos
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> - F.E. de Medicina Interna-Enfermedades Infecciosas - F.E. de Pediatría con competencias en enfermedades infecciosas y en evaluación de la maduración infantil - F.E. en Obstetricia y Ginecología - F.E. en Cirugía Plástica - F.E. Unidad de Reproducción - Médico/a de Familia con formación continuada en infección por el VIH - F. de Instituciones penitenciarias con formación continuada en infección por el VIH - F.E. Medicina Preventiva y Salud Pública - Enfermería con formación continuada en técnicas de entrevista clínica y en “counseling” para la infección por el VIH - Resto de especialistas descritos o descritas en la sección de “personal” en los “recursos” dentro del apartado de “Componentes del proceso”
Dirección General de Salud Pública	<ul style="list-style-type: none"> - Listado de organizaciones sanitarias, sociales y de ayuda
Plan Nacional sobre el SIDA Sociedades Científicas	<ul style="list-style-type: none"> - Guías de práctica clínica para: <ul style="list-style-type: none"> • Hábitos de vida saludables • Profilaxis de la infección por el VIH • Profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas • Tratamiento antirretroviral de adultos, embarazadas y niñas o niños • Profilaxis post-exposición accidental • Calendario vacunal • Diagnóstico y tratamiento de comorbilidades y situaciones especiales
Almacén	<ul style="list-style-type: none"> - Papelería, dotación estructural, instrumental y material fungible descritos en los apartados correspondientes a los “recursos” en el apartado de “componentes del proceso”