

Protocolo de vigilancia epidemiológica de la Infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-SIDA).

1. Descripción de la enfermedad.

Introducción.

El término **síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA)** designa a un síndrome clínico grave, y fue utilizado por primera vez en 1981 para englobar a un conjunto de enfermedades relacionadas con la pérdida de la inmunidad celular en adultos que no mostraban una causa evidente para tal deficiencia.

Posteriormente quedó bien establecido que corresponde a la fase clínica tardía de la **infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)**.

En el transcurso de unas semanas a pocos meses tras la infección por el VIH, puede aparecer un síndrome agudo, similar a una mononucleosis infecciosa, que suele autolimitarse en una o dos semanas. Posteriormente, la persona permanecerá asintomática durante años, antes de que aparezcan nuevas manifestaciones clínicas.

La gravedad de las infecciones oportunistas y patología tumoral relacionada con el VIH dependerá del grado de disfunción del sistema inmunitario que va causando el virus.

Se estima que, en ausencia de tratamiento, más del 90% de las personas infectadas, desarrollarán la fase de sida, cuya tasa de letalidad, si no se trata, es muy alta: en los países desarrollados, entre el 80 y el 90% de los pacientes no tratados solían morir en el término de 3 a 5 años después del diagnóstico de sida.

El empleo rutinario de fármacos profilácticos para las infecciones oportunistas, y aparición de tratamientos antirretrovirales de gran actividad a mediados de la década de 1990, han permitido diferir la progresión a la fase de sida y disminuir significativamente la mortalidad por esta causa.

Agente.

El agente causal, el VIH, es un retrovirus.

Se reconocen dos tipos, VIH-1 y VIH-2, que son diferentes desde el punto de vista serológico y geográfico, pero tienen características epidemiológicas similares.

El VIH-2 presenta una menor patogenicidad, produce una evolución más lenta de la enfermedad y su transmisión maternoinfantil es menor.

Reservorio.

El reservorio es el ser humano.

Se piensa que el VIH evolucionó a partir de virus de los chimpancés, pasando a la especie humana probablemente a través de mordeduras, sacrificio de animales, o consumo de carne de caza.

Modo de transmisión.

La transmisión se produce de persona a persona por contacto sexual (heterosexual u homosexual) sin protección. El riesgo de transmisión sexual del VIH es menor que para la mayoría de otros agentes patógenos que se transmiten por esta vía. Sin embargo, la presencia de una infección de transmisión sexual (ITS) concomitante, en particular de tipo ulceroso, puede facilitar la transmisión del VIH. Factores determinantes de esta transmisión son las modalidades y la prevalencia de comportamientos de riesgo, tales como las relaciones sexuales sin protección con varios compañeros sexuales, ya sean concurrentes o consecutivos. El riesgo de transmisión por prácticas de sexo oral no se puede cuantificar con facilidad, aunque se piensa que es muy bajo.

Otros modos de transmisión descritos son:

- por el contacto directo de la piel excoriada o las mucosas con líquidos corporales, como sangre, líquido cefalorraquídeo o semen;
- por el uso compartido de agujas, jeringas y otro material de inyección contaminado por el virus, entre usuarios de drogas intravenosas;
- por transfusión de sangre infectada o sus derivados.

El VIH también puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, parto o lactancia (transmisión vertical). Sin la existencia de medidas preventivas, el riesgo de transmisión del virus de madres seropositivas a sus hijos es, en ausencia de lactancia, aproximadamente del 25%, y en presencia de ella, del 35%.

La exposición ocupacional del personal sanitario a sangre infectada por accidentes con agujas u otros objetos punzantes es otro mecanismo descrito, aunque la tasa de seroconversión (menor del 0,5%) es mucho más baja que para otros virus como el de la hepatitis B (VHB) que es el 25%.

Si bien es posible la presencia del virus en la saliva, lágrimas, orina y secreciones bronquiales, no se han notificado casos por el contacto con tales secreciones. Ningún estudio de laboratorio o epidemiológico indica que se haya producido la transmisión por la picadura de insectos.

Periodo de incubación.

Es variable. Suelen transcurrir de uno a tres meses desde la infección hasta la aparición de anticuerpos detectables, pero el lapso que va desde la infección hasta el diagnóstico de sida varía desde menos de un año a más de 15.

Sin tratamiento antirretroviral efectivo, cerca de la mitad de los adultos infectados desarrollará sida 10 años después de la infección.

El período de incubación en los lactantes es más breve.

Período de transmisibilidad.

Comienza muy poco después de iniciarse la infección, y dura toda la vida.

El riesgo de transmisión es alto en los primeros meses que siguen a la infección, cuando la carga viral es alta y, si no se ha realizado el diagnóstico, las conductas de riesgo que llevaron a contraer el virus continúan.

Posteriormente desciende, para aumentar conforme se agrava la deficiencia inmunitaria y los síntomas clínicos.

El riesgo de transmisión aumenta también con la presencia de otras ITS. Aunque el tratamiento antirretroviral (TAR) reduce la carga viral en la sangre y en las secreciones genitales, la posibilidad de transmisión persiste.

Susceptibilidad.

Se desconoce, pero presumiblemente es general.

La raza, el sexo y el embarazo al parecer no modifican la susceptibilidad a la infección por el VIH o la progresión a sida.

La presencia de otras ITS, en especial las de tipo ulceroso, incrementa la susceptibilidad, al igual que el hecho de que los varones no estén circuncidados.

Las interacciones entre el VIH y otros agentes infecciosos han suscitado gran preocupación desde el punto de vista médico y de la salud pública. La principal interacción reconocida es con la tuberculosis. Las personas con una infección tuberculosa latente que también están infectadas por el VIH presentan tuberculosis manifiesta con mayor frecuencia; el riesgo de padecerla a lo largo de su vida se multiplica por 6 u 8. Dicha interacción ha originado una pandemia paralela de tuberculosis.

Tanto el VIH como el VHB comparten las vías de transmisión y afectan a los mismos grupos de riesgo, por lo que la presencia de una coinfección por ambos virus puede resultar relativamente frecuente. Entre el 3% y el 5% de los pacientes infectados por el VIH, en nuestro medio, presentan infección activa por el VHB (HBsAg positivo).

Igualmente, el VIH y el virus de la hepatitis C (VHC) comparten las mismas vías de transmisión. En nuestro país, la drogadicción por vía parenteral ha sido el principal factor de riesgo para la alta prevalencia de coinfección VHC/VIH. Esta asociación altera la historia natural del VHC ya que aumenta el riesgo de cronificación del VHC, que ocurre en el 90-95% de los pacientes infectados.

Otras interacciones adversas con la infección por el VIH son: infecciones neumocócicas, el herpes genital, la salmonelosis no causada por *S. Typhi*, el paludismo y la leishmaniasis visceral. Todas ellas pueden ver incrementada su frecuencia y severidad.

Por otra parte, la tuberculosis, el paludismo y el herpes genital pueden tener un efecto sobre la infección por VIH aumentando la carga viral y produciendo un descenso de la cifra de linfocitos CD4, aunque las implicaciones clínicas a largo plazo no están claras.

2. Vigilancia de la enfermedad.

Objetivos.

1. Cuantificar los nuevos diagnósticos de infección por el VIH y de sida, así como su evolución temporal.
2. Describir las características epidemiológicas de las personas recientemente diagnosticadas de infección por VIH y de sida.
3. Contribuir a la vigilancia epidemiológica internacional de la infección por el VIH.

Definición de los casos.

Criterio clínico (SIDA):

Persona que presenta cualquiera de las afecciones clínicas incluidas en la definición europea de caso de SIDA, indicadas a continuación, para:

- Adultos y adolescentes ≥ 15 años.
- Niños < 15 años de edad.

Listado de enfermedades indicativas de SIDA.

1. Candidiasis esofágica.
2. Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar.
3. Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar.
4. Criptococosis, extrapulmonar.
5. Herpes simple: úlcera(s) crónica(s) (más de 1 mes de duración).
6. Herpes simple bronquial, pulmonar o esofágico en un paciente de más de 1 mes de edad.
7. Criptosporidiasis, intestinal con diarrea (de más de 1 mes de duración).
8. Histoplasmosis, diseminada o extrapulmonar.
9. Isosporidiasis, intestinal con diarrea de más de 1 mes de duración.
10. Enfermedad por citomegalovirus (excluido el hígado, bazo o ganglios) en un paciente de más de 1 mes de edad.
11. Retinitis por citomegalovirus (con pérdida de visión)
12. Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*.
13. Toxoplasmosis cerebral en un paciente de más de 1 mes de edad.
14. Leucocefalopatía multifocal progresiva.
15. Enfermedad diseminada o extrapulmonar por el complejo de *Mycobacterium avium* complex o *M. kansasii*.
16. Tuberculosis extrapulmonar.
17. Enfermedad diseminada o extrapulmonar por *Mycobacterium* de otras especies o especies no identificadas.
18. Sepsis recurrente por *Salmonella* (no typhi)
19. Neumonía intersticial linfóide (menos de 15 años de edad)*.
20. Infecciones bacterianas, múltiples o recurrentes (menos de 15 años de edad)*.
21. Sarcoma de Kaposi.
22. Linfoma primario de cerebro.
23. Linfoma de Burkitt (o equivalente)**
24. Encefalopatía relacionada con el VIH.
25. Síndrome caquético debido al VIH.
26. Tuberculosis pulmonar en adultos o adolescentes.***
27. Neumonía bacteriana recurrente, dos o más episodios en 12 meses.***
28. Carcinoma de cérvix invasivo.***
29. Linfoma inmunoblástico (o equivalente)**

*Aplicables sólo a personas con menos de 15 años de edad en el momento del diagnóstico.

** Por adecuación al listado de enfermedades del Centro Europeo para el control y la Prevención de Enfermedades (ECDC), la categoría "Linfoma no Hodgkin", como era recogido hasta ahora, se subdivide en Linfoma de Burkitt (o equivalente) y Linfoma inmunoblástico (o equivalente)

***Aplicable sólo a personas con 15 o más años de edad en el momento del diagnóstico. Nuevas patologías añadidas a la definición de Sida en 1993.

Criterio analítico (VIH):

Adultos, adolescentes y niños mayores de 18 meses:

Al menos uno de los tres criterios siguientes:

- Resultado positivo a una prueba de cribado de anticuerpos anti-VIH o a una prueba de detección combinada (anticuerpo anti-VIH y antígeno p24 del VIH) confirmado por una prueba de anticuerpos más específica (por ejemplo, inmunotransferencia).
- Resultado positivo a dos pruebas de detección de anticuerpos por enzoinmunoanálisis (EIA) confirmadas por un resultado positivo de otro EIA.
- Resultados positivos, en dos muestras distintas, de al menos uno de los tres análisis siguientes:
- Detección de ácido nucleico (ARN o ADN) del VIH
- Confirmación del VIH mediante la prueba del antígeno p24, incluido el test de neutralización
- Aislamiento del VIH

Niños de hasta 18 meses

- Resultados positivos, en dos muestras distintas (excluyendo la sangre del cordón umbilical), de al menos uno de los tres análisis siguientes:
- Detección de ácido nucleico (ARN o ADN) del VIH
- Confirmación del VIH mediante la prueba del antígeno p24, incluido el test de neutralización, en un niño de hasta 1 mes de edad
- Aislamiento del VIH

Criterio epidemiológico: No procede

Clasificación de los casos.

Caso sospechoso: No procede.

Caso probable: No procede.

Caso confirmado:

- **Infección por el VIH:** persona que satisface los criterios analíticos de la infección por el VIH
- **SIDA:** persona que satisface los criterios clínicos del SIDA y los criterios analíticos de infección por el VIH.

Las diferentes guías europeas consideran que un resultado negativo en análisis de cribado excluye la infección por VIH, salvo exposición reciente a la infección y/o primoinfección. Teniendo en cuenta las características de las técnicas de cribado actuales, se considera que no existe infección por VIH si el EIA es negativo a las 6 semanas (en el caso de pruebas de 4ª generación) o a los 3 meses (en el caso de pruebas de 3ª generación o si se ha realizado profilaxis post-exposición) tras una exposición de riesgo.

3. Modo de vigilancia.

Tanto la **infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)**, como el **síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA)** son entidades de declaración individualizada. La vigilancia global de la infección por VIH y su evolución, se realizará de manera unificada, incluyendo la declaración de diagnóstico de infección por VIH, del diagnóstico de caso de sida y muerte del caso (relacionada y no relacionada con VIH), como “eventos a declarar”, en la evolución de la infección.

3.1. Notificación y registro de casos.

Todos los casos que cumplan los criterios de caso “confirmado”, tanto de nuevos diagnósticos de infección por VIH como de caso de SIDA así como el fallecimiento del paciente, han de ser notificados de manera sistemática por el procedimiento habitual, por el profesional que lo conozca, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada.

La Dirección de Salud de Área investigará todos los casos detectados, recogiendo la información de forma individualizada según el conjunto de variables especificadas en la encuesta epidemiológica (anexo I) y cualquier otra información de interés relativa al caso, procediendo a la carga de todos los datos en el aplicativo informático de gestión del Sistema EDO. Se cumplimentará la encuesta epidemiológica con los datos disponibles referidos específicamente al evento notificado (momento de la historia natural de la enfermedad en el que se encuentre el paciente: infección por VIH y/o caso de sida y/o fallecimiento). En todo caso, los datos sobre el riesgo se referirán siempre al momento de adquisición de la infección. Todo ello teniendo en cuenta los criterios para cumplimentación de variables indicados en el anexo II.

Todos los profesionales, centros, servicios y unidades del Sistema Sanitario Público, prestarán a la Dirección de Salud la colaboración necesaria que esta solicite, a tales fines.

La información del caso puede ser actualizada después de la declaración inicial y se hará una consolidación anual de la información. La Subdirección de Epidemiología será la encargada de notificar el caso a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

3.2. Actividades complementarias de vigilancia.

La vigilancia de la infección por VIH-Sida se completará con la realización de búsqueda activa de casos, mensual y anualmente.

Búsqueda activa retrospectiva mensual: En la primera semana de cada mes, la Dirección de Salud de Área realizará las siguientes búsquedas activas de posibles casos no declarados:

- Diagnósticos de infección por VIH: realizados en los servicios de microbiología (directamente o a través del SIM)
- Casos de sida: diagnosticados, tratados o atendidos en los servicios clínicos de los hospitales de su demarcación territorial.

Los casos detectados por búsqueda activa serán gestionados directamente por la Dirección de Salud del Área, a efectos de investigación, validación y carga de datos en REVISA.

Búsqueda activa retrospectiva anual: A fin de detectar casos no notificados, la Subdirección de Epidemiología realizará las siguientes búsquedas activas con periodicidad anual:

- Diagnósticos de infección por VIH: en los servicios de microbiología (directamente o a través del SIM).
- Casos de Sida: en los registros hospitalarios (CMBD) de los hospitales de la Comunidad Autónoma, seleccionando los ingresos hospitalarios que hayan tenido diagnósticos relacionados con la infección por VIH-Sida.

Los casos detectados por búsqueda activa serán asignados desde la Subdirección de Epidemiología a la correspondiente Dirección de Salud del Área, a efectos de investigación, validación y carga de datos en REVISA.

4. Medidas de salud pública.

Medidas preventivas.

Es necesario promover la cultura del sexo seguro y la reducción de riesgos entre la población. Para ello, es primordial la información sobre la infección por el VIH, sus mecanismos de transmisión, y las medidas de prevención, de manera que puedan identificarse adecuadamente las situaciones y las conductas relacionadas con el riesgo de infección.

Se ha demostrado que los condones de látex con lubricantes hidrófilos, tanto para el hombre como para la mujer, disminuyen el riesgo de transmisión sexual. Por ello, es necesario promocionar actitudes favorables hacia el preservativo para extender su uso. Se debe utilizar un preservativo o condón de látex cada vez que la persona tenga contacto sexual vaginal, anal u oral teniendo en cuenta que la colocación y manipulación de este debe ser correcta.

La prevención y el tratamiento del consumo de drogas inyectadas reducen la transmisión del VIH. Se ha demostrado la eficacia de los programas de intercambio de jeringuilla, así como los que enseñan métodos de descontaminación a quienes utilizan agujas.

El acceso a la prueba para la detección del VIH y el asesoramiento sobre el riesgo de infección son medidas importantes para conocer el status serológico, fomentar el cambio en las conductas, y diagnosticar la infección por el VIH lo antes posible. La promoción del test del VIH, facilitando el acceso a él a todo el que lo solicite, ha de ser una prioridad. En España, la prueba del VIH se puede realizar en todos los centros sanitarios de la red pública de forma gratuita y confidencial. Existen centros en algunas ciudades, generalmente centros de ITS o gestionados por ONGs, en los que la prueba se realiza, si se desea, de forma totalmente anónima, y sin presentar ningún tipo de documentación.

En la actualidad, la SPNS recomienda la **realización de la prueba a cualquier persona que pueda estar infectada con el VIH por haber tenido prácticas de riesgo**, es decir, exposición a la infección a través del sexo o de la sangre. Las situaciones en las que se recomienda son las siguientes: a) estar embarazada o querer estarlo; b) haber tenido relaciones sexuales con penetración sin preservativo con una persona infectada con VIH; c) haber tenido relaciones sexuales con penetración, y sin preservativo, con una o diversas parejas de las que se desconocía si estaban infectadas o no; d) presentar signos o síntomas indicativos de infección por VIH o enfermedad característica de sida; e) haber compartido material para inyectarse drogas (jeringuillas, agujas, cucharas, filtros...); f) haber padecido alguna infección de transmisión sexual; g) tener una pareja estable y querer dejar de usar el preservativo en sus relaciones sexuales con ella; h) haber tenido relaciones sexuales sin protección con nativos de países de alta prevalencia de VIH.

Bajo la dirección de la Secretaria del Plan Nacional del Sida (SPNS) se revisan y actualizan los aspectos de la política de realización de la prueba, a los que estas recomendaciones han de adaptarse; estos documentos están disponibles en la web del PNS, en los enlaces:

- <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/home.htm>

- <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/pruebaVIH/campanaPromoPrueba.htm>

Para una correcta **prevención de la transmisión vertical** de la infección por el VIH es imprescindible el conocimiento de la situación de infección por parte de la mujer embarazada; por ello se recomendará a toda mujer embarazada, independientemente de sus antecedentes epidemiológicos, la realización de la serología frente al VIH como parte del cribaje prenatal rutinario. Este test deberá realizarse siempre de forma voluntaria, garantizando la confidencialidad de los resultados. A las mujeres que resulten positivas se les ofrecerá un régimen antirretroviral para reducir el riesgo de que su hijo se infecte, independientemente de otras recomendaciones que reducen el riesgo de transmisión, como es la cesárea electiva y la supresión de la lactancia materna. En aquellos partos en los que no exista constancia de ningún tipo de control médico durante el embarazo debe contemplarse la realización de test de diagnóstico rápido, voluntario y confidencial, con el fin de poder instaurar inmediatamente las medidas profilácticas al recién nacido y el tratamiento adecuado de la infección en la madre.

Todas las unidades de sangre que se donen serán examinadas, y solamente se utilizará la sangre que muestre resultados negativos para el VIH. En España, desde el año 2006, se han introducido técnicas de amplificación de ácidos nucleicos en las pruebas de cribado de la infección VIH en las donaciones de sangre y componentes sanguíneos.

<http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/acuerdos/docs/genomicaViral.pdf>

Los médicos deben cumplir estrictamente las indicaciones clínicas para transfusiones. Se utilizarán solamente los productos de factores de coagulación que hayan sido controlados y tratados para inactivar el VIH. Las personas con prácticas de riesgo para la infección no deben donar plasma, sangre, órganos para trasplante, tejidos o células, incluyendo el semen para inseminación artificial. Las organizaciones que recogen sangre, plasma u otros órganos (incluidos los bancos de semen, leche o huesos) deben transmitir a los posibles donantes dicha recomendación y someterlos a los cribajes pertinentes.

El VIH entra dentro del cribado serológico previo a la donación de órganos. En los donantes vivos debe realizarse un cribado serológico 3 meses antes y otro en el momento de la donación. Adicionalmente se realizará la correspondiente educación higiénico-sanitaria para evitar todas aquellas actividades con riesgo de infección por VIH, VHC y VHB.

<http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/infecciondonante.pdf>

Se tomarán medidas estrictas para la manipulación, empleo y eliminación de jeringas y otros instrumentos cortantes. El **personal sanitario debe seguir medidas de precaución universales**, con todos los pacientes, y utilizar guantes de látex, protectores oculares y otro equipo de protección personal cuando exista la posibilidad de entrar en contacto con cualquier líquido corporal de aquellos; si se produjeran manchas o salpicaduras el personal sanitario debe lavarse inmediatamente con agua y jabón.

Es importante recomendar a las personas sexualmente activas que soliciten tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual de inmediato.

En España, la **vacunación en niños infectados por el VIH** se atenderá a lo establecido en las recomendaciones elaboradas por la SPNS en colaboración con las sociedades científicas correspondientes, y disponibles en:

<http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/recoSeguimientoPediaticoVIHJunio09.pdf>

Las actualmente en vigor (última actualización, 2009) se resumen en los siguientes puntos:

- a) El niño infectado por el VIH debe recibir las vacunas del calendario sistemático infantil con algunas consideraciones que se señalan en las normas
- b) Las vacunas de microorganismos vivos o atenuados (triple vírica y varicela) sólo están indicadas si el niño tiene CD4 >15%.
- c) Se recomienda la vacunación anual frente a gripe en niños infectados por el VIH a partir de los 6 meses de edad.
- d) El niño infectado por el VIH debe ser inmunizado frente a neumococo con los dos tipos de vacunas, inicialmente con la vacuna conjugada y a partir de los 2 años con la vacuna polisacárida.
- e) En caso de exposición de niños infectados por el VIH con inmunodepresión grave (CD4 <15%), a sarampión o varicela e independientemente de su estado vacunal, debe iniciarse inmunoprofilaxis pasiva con inmunoglobulinas.

Las **vacunas recomendadas en adultos infectados por el VIH** pueden consultarse en la página web del MSSSI:

<http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/recoVacunasAdultos.pdf>

Profilaxis post-exposición (PPE).

La PPE es una medida de prevención secundaria para evitar la infección por el VIH cuando la prevención primaria ha fallado y se ha producido una exposición de riesgo.

Independientemente de las recomendaciones generales indicadas a continuación, la PPE se realizará según lo establecido en los documentos de consenso sobre las indicaciones, combinaciones de elección y pautas de la profilaxis, elaboradas por grupos de expertos, que la SPNS emite periódicamente. El actual (año 2015), está disponibles en:

- <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/recomendaciones.htm>.

Existen dos tipos de PPE: la **ocupacional (PPEO)**, que se produce de forma accidental en el medio sanitario, y la **no ocupacional (PPENO)**, que se produce de manera accidental por vía sexual o sanguínea fuera del ámbito sanitario. El fundamento para la recomendación de la profilaxis es el mismo, pero existen importantes diferencias entre ellas: la PPEO se realiza en el medio hospitalario, donde generalmente la situación de la persona fuente es conocida o puede serlo, la práctica asistencial está bien establecida y existen recomendaciones y registros en la mayoría de países desarrollados, mientras que en el caso de la PPENO pueden no darse estas circunstancias. A continuación se describen ambas con más detalle.

PPEO: el riesgo de infección por VIH a partir de una exposición percutánea con sangre infectada oscila entre el 0,24 y el 0,5%. En la exposición de mucosas, el riesgo es más bajo, 0,09%, y todavía es menor cuando el contacto es con piel no intacta. No existen estudios comparativos, (sólo sobre modelos animales y estudios de caso-control), que permitan establecer recomendaciones definitivas sobre el momento de inicio de la PPEO, duración, tipo de fármacos, sus combinaciones y su duración. Conviene recordar que ninguna pauta será eficaz al 100%.

En general, las recomendaciones se resumen en los siguientes puntos:

- Los servicios sanitarios deben disponer de un manual escrito sobre las actuaciones y derivaciones a seguir en el caso de exposición al VIH, profesional o no, con disponibilidad de diagnóstico serológico rápido y con accesibilidad de 24 horas a los fármacos utilizados en la PPE
- Se debe valorar el caso fuente (VIH confirmado o sospechoso), el estado serológico de la persona expuesta y las características de la exposición para indicar la PPE
- La administración de PPE debe iniciarse lo antes posible, mejor en las primeras cuatro horas, y hasta las 72 horas. Pasado este plazo, no se recomienda su inicio. Su duración será de 4 semanas
- Cuando esté indicada la PPE se recomienda una pauta convencional con tres fármacos antirretroviral (verlas pautas específicas en el documento original)
- Si se sospecha que el virus del caso índice puede tener resistencia a uno o varios fármacos, la profilaxis debe incluir medicamentos sin resistencia cruzada
- En caso de duda sobre la indicación de la PPE, se recomienda administrar la primera dosis de forma inmediata y valorar su continuidad en las 24 h posteriores por un experto en infección VIH. El seguimiento debe incluir la revaloración de la indicación a las 24-72 horas del inicio del TAR y control del cumplimiento y tolerabilidad del TAR, así como serología al VIH, VHB y VHC (estos en caso de fuente infectada o con sospecha) en los meses 1, 3 y 6 tras la exposición.

PPENO: Aunque la PPE no garantiza que la infección no se produzca, la indicación se basa en estudios observacionales realizados tras exposición sexual al VIH en hombres con prácticas homosexuales, en mujeres víctimas de una agresión sexual y en inyectores de drogas; igualmente existen algunos casos individuales que demuestran la eficacia de la PPE tras transfusión sanguínea e inseminación. El mayor riesgo de transmisión del VIH está en la penetración anal receptiva no protegida (0,5-3%) con varón infectado por VIH y el intercambio de jeringuillas (0,67%); la punción percutánea con aguja usada por persona infectada por VIH

(0,3%), la relación vaginal receptiva (0,05-0,8), y la vaginal o anal insertiva (0,05-0,065). La relación oro-genital receptiva e insertiva tiene un riesgo menor (0,005- 0,01).

Dado que es esencial instaurar la PPENO tan pronto sea posible tras la exposición, debe informarse a profesionales y usuarios potenciales sobre este aspecto, así como sobre la disponibilidad de la PPENO en hospitales públicos.

En general, las recomendaciones se resumen en los siguientes puntos:

- La PPENO debe individualizarse y llevarse a cabo en el marco de una intervención médica integral. La actuación médica no debe ceñirse exclusivamente a valorar la indicación de PPE con fármacos, sino que debe contemplar la oferta de la prueba para el VIH, educación sanitaria para la reducción del riesgo de adquisición del VIH, valoración del riesgo de transmisión de otras infecciones y seguimiento clínico.
- Los fármacos a emplear, su duración y el seguimiento de los pacientes será igual que en la PPEO
- En caso de exposición sexual debe valorarse el riesgo de ITS y embarazo.
- La PPENO debe recomendarse en las situaciones establecidas en la tabla 1 si se dan las siguientes condiciones:
 - instauración precoz (similar a la PPEO),
 - ausencia de contraindicaciones para tomar fármacos antirretrovirales,
 - exposición excepcional,
 - garantía de seguimiento clínico y analítico del paciente.

Tabla 1: Recomendaciones de PPENO.

Tipo de exposición	Riesgo de transmisión según Fuente	Recomendación
• Relación sexual anal o vaginal, receptiva o insertiva, sin preservativo o mal uso del mismo • Compartir jeringuillas o agujas con UDVP • Pinchazo percutáneo con exposición a sangre u otros fluidos potencialmente infectantes (1) • Mordeduras humanas con solución de continuidad en la piel y presencia de sangre	Exposiciones con riesgo de transmisión apreciable: • VIH positivo con CVP detectable o desconocida (3) • VIH desconocido con factores de riesgo (4) Exposiciones con riesgo de transmisión bajo o mínimo: • VIH positivo con CVP indetectable • VIH desconocido sin factores de riesgo	Recomendar PPE Valorar individualmente (5)
• Relación sexual orogenital (pene, vagina, ano), receptiva o insertiva, con o sin eyaculación, sin preservativo u otro método de barrera o mal uso del mismo • Exposición de otras mucosas o de piel no intacta a sangre u otros fluidos potencialmente infectantes (1)	Exposiciones con riesgo de transmisión bajo o mínimo: • VIH positivo con CVP detectable, indetectable o desconocida • VIH desconocido con factores de riesgo • VIH desconocido sin factores de riesgo	Valorar individualmente (5)
• Cualquier tipo de exposición con fluidos no infectantes (2) • Exposiciones sobre piel intacta: Mordeduras sin rotura de piel ni sangrado. Pinchazo o erosión superficial con agujas u otros objetos punzantes o cortantes abandonadas que no han estado en contacto reciente con sangre. Besos. Reanimación boca a boca sin lesiones cutáneomucosas. Caricias. Masturbación sin rotura de piel ni exposición a sangre. Relación sexual con uso adecuado del preservativo	Exposiciones con riesgo de transmisión despreciable o nulo: • VIH positivo con CVP detectable o indetectable y VIH desconocido con o sin factores de riesgo	PPE no recomendada

(1) Sangre, fluidos que contengan sangre visible, semen, secreciones vaginales, líquidos cefalorraquídeo, pleural pericárdico, peritoneal, sinovial, amniótico, y leche humana

(2) Orina, heces, saliva, vómitos, secreciones nasales, lágrimas, sudor y esputo, si no contienen sangre visible

(3) Cuanto mayor sea la CVP mayor es el riesgo de transmisión

(4) HSH, UDVP, trabajador del sexo, agresor sexual, antecedentes de ingreso en centros penitenciarios y natural de un país con una prevalencia de VIH superior al 1% (Haití, Bahamas, Jamaica, Belice, Trinidad y Tobago, Estonia, Rusia, Tailandia y África subsahariana)

(5) Valorar individualmente cada caso. En general se recomienda iniciar PPE si la fuente es VIH + con CVP detectable o desconocida, o si es VIH desconocido con factores de riesgo. Si la fuente es VIH + con CVP indetectable o si es VIH desconocido sin factores de riesgo, se puede considerar no realizar PPE dado que el riesgo de transmisión es muy bajo.

Tratamiento específico.

Al igual que con la PPE, independientemente de las recomendaciones generales indicadas a continuación, el tratamiento se realizará según lo establecido en los documentos de consenso elaborados por grupos de expertos, que la SPNS emite periódicamente; los actuales (año 2016) para adultos y para niños y adolescentes, están disponibles respectivamente en:

http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/RecomendacionesTARGesidaPNS_enero2016.pdf

http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/GuiasTAR_octubre2015completasFinal13_10_15.pdf

El diagnóstico de la infección por VIH y el consiguiente seguimiento médico ha de hacerse lo antes posible.

Deben consultarse las fuentes más actualizadas de información en cuanto a medicamentos, esquemas terapéuticos y dosis apropiadas. Además de la instauración de tratamiento anti-retroviral (TAR) cuando sea pertinente, se recomienda el uso profiláctico de trimetoprim-sulfametoxazol por vía oral para prevenir la neumonía por *P. jirovecii*.

En toda persona infectada por el VIH deben efectuarse la prueba de Mantoux y estudios para diagnosticar tuberculosis activa. Si este diagnóstico se confirma, hay que administrar tratamiento antituberculoso de acuerdo a los estándares señalados en la normativa nacional. Si no existe enfermedad activa pero sí infección tuberculosa latente y hay indicación de profilaxis, ésta debe instaurarse durante el periodo de tiempo recomendado; dicha actuación es aún más necesaria en el caso de que el paciente hubiera estado expuesto a la infección por *M. tuberculosis* en fecha reciente.

El VIH debe tratarse como una enfermedad crónica. El TAR es complejo y se basa en una combinación de varios fármacos. Si se utilizan incorrectamente, aparecerán resistencias rápidamente. Los fármacos pueden producir efectos secundarios, y han de tomarse de por vida. El cumplimiento estricto es imprescindible para que el TAR sea eficaz. Aun siéndolo, no supone la curación, pero logra suprimir la replicación viral. La decisión de iniciar o cambiar el TAR dependerá de la cifra de linfocitos CD4, de la carga viral en plasma, y del estado clínico del enfermo. Una vez tomada la decisión de iniciarlo, debe ser intensivo con un régimen óptimo para lograr la supresión del virus.

En términos generales el esquema terapéutico debe incluir 2 inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido o nucleótido y un tercer fármaco (inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido, inhibidor de la proteasa potenciado o inhibidor de la integrasa).

En el caso de adolescentes y embarazadas hay que utilizar regímenes específicos.

Bibliografía.

- Heymann, David L. Control of Communicable Diseases Manual. 19ª ed. Washington, D.C.; WHO, 2008.
- Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del SIDA. Revisión de 1993 de la definición europea de casos de SIDA. *AIDS Surveillance in Europe*, informe trimestral 1993; nº 37: pp. 23-28.
- Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del SIDA. Revisión de 1995 de la definición europea de casos de SIDA infantil. *HIV/AIDS Surveillance in Europe*, informe trimestral 1995; nº 48: pp. 46-53.
- Decisión de la Comisión de 19 de marzo de 2002 (2002/253/CE) por la que se establecen las definiciones de los casos para comunicar las enfermedades transmisibles a la red comunitaria, de conformidad con la Decisión nº 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo. Diario Oficial de las Comunidades Europeas 2002; L 86/44-62, 3/4/2002.
- Decisión de la Comisión de 17 de julio de 2003 (2003/534/CE) por la que se modifica la Decisión nº 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo y la Decisión 2000/96/CE por lo que se refiere a las enfermedades transmisibles mencionadas en estas decisiones, y se modifica la Decisión 2002/253/CE por lo que respecta a las definiciones de casos para las enfermedades transmisibles Diario Oficial de las Comunidades Europeas 2003; L 184/35-39, 23/7/2003.
- Decisión de Ejecución de la Comisión de 8 de agosto de 2012 que modifica la Decisión 2002/253/CE, por la que se establecen las definiciones de los casos para comunicar las enfermedades transmisibles a la red comunitaria de conformidad con la Decisión nº 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo. Diario Oficial de la Unión Europea 2012; L 262/1, 27/9/2012. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/2012/262/L00001-00057.pdf>
- Procedimientos en Microbiología Clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Diagnóstico microbiológico de la infección por el VIH. 2006. Disponible en: <http://www.seimc.org/documentos/protocolos/microbiologia/>
- Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida. España 2008-2012. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PMS200812.pdf>
- Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/home.htm>
- Pruebas de Detección Genómica Viral en las Donaciones de Sangre. Comité Científico de Seguridad Transfusional. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/acuerdos/docs/genomicaViral.pdf>
- Criterios de Selección del Donante de Órganos Respecto a la Transmisión de Infecciones. Organización Nacional de Trasplantes. 2ª Edición. 2004. Noviembre 2004. Disponible en: <http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/infecciondonante.pdf>
- Vacunación en adultos. Recomendaciones Año 2004: Ministerio de Sanidad y Consumo. Septiembre 2004. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/recoVacunasAdultos.pdf>
- Recomendaciones y documentos de consenso del Plan Nacional de Sida (actualización enero 2016). Disponibles en: <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/home.htm>

Anexo I. Modelo de encuesta.

Encuesta epidemiológica de Infección por VIH-SIDA.

Identificación del caso y de la declaración: A cumplimentar por la Subdirección de Epidemiología:

Comunidad Autónoma declarante: **EXTREMADURA** N° Identificador del caso:

Fecha de la primera declaración del caso¹: ____/____/____

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: _____

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): ____/____/____

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐ Desconocido ☐

Lugar de residencia: País: _____ C. Autónoma: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

País de nacimiento: _____ Año de llegada a España (en inmigrantes): ____

Nacionalidad (País): _____

DATOS DE LA ENFERMEDAD (INFECCIÓN VIH)

Fecha del caso (Fecha de infección VIH)² (dd/mm/aaaa): ____/____/____

Edad del caso al diagnóstico de VIH en años: _____, Edad en meses en menores de 2 años: _____

Estadio clínico de la infección al diagnóstico de VIH (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Primoinfección ☐ Asintomático ☐ Sintomático no SIDA ☐ SIDA

Lugar del caso³: País: _____ C. Autónoma: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

Importado⁴: Sí ☐ No ☐

DATOS DE LABORATORIO

Servicio que solicita la prueba (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Centro penitenciario ☐ Centro de atención a drogodependientes

☐ Centro de atención primaria ☐ Consulta de planificación familiar

☐ Centro extrahospitalario de ITS/VIH ☐ Centro hospitalario de ITS/VIH

☐ Consulta de atención al embarazo ☐ Otro servicio hospitalario

☐ Otros: _____

Fecha de diagnóstico de laboratorio (VIH) (dd/mm/aaaa): ____/____/____

Agente causal⁵: ☐ Virus de la inmunodeficiencia humana

Otro detalle: ☐ VIH-1 ☐ VIH-2 ☐ VIH-1 y VIH-2

Pruebas de VIH previas: Sí ☐ No ☐

Fecha última prueba negativa (dd/mm/aaaa): ____/____/____

Primera determinación CD4 tras diagnóstico⁶: ☐☐☐☐ (indicar la determinación en células/ μ L)

Fecha primeros CD4 (dd/mm/aaaa): ____/____/____

¹ Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).

² Fecha del caso: Se considera que es la fecha de diagnóstico de laboratorio de VIH

³ Lugar del caso (país, CA, prov, mun): Se considera que es el lugar de residencia.

⁴ Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.

⁵ Agente causal: Siempre debe haberse confirmado la infección VIH por laboratorio en el paciente.

⁶ Primera determinación CD4 tras diagnóstico: Corresponde a la determinación en células/ μ L.

DATOS DEL RIESGO

FPP: Conducta sexual (marcar uno): ☐ Heterosexual ☐ Homo/bisexual

Exposición (marcar uno de los siguientes): ☐ Perona-Persona (P_P): Transmisión Homo/bisexual

☐ Uso de drogas por vía parenteral

☐ Ha recibido hemoderivados

☐ Ha recibido transfusiones

☐ Ha recibido trasplantes

☐ P_P: Transmisión Heterosexual

☐ P_P: Transmisión Madre-Hijo

☐ Otra exposición: _____

Exp. en caso de P_P heterosexual (marcar uno): ☐ Con infectado por transfusión o hemod.

☐ Con infectado sin riesgo conocido

☐ Con usuarios de drogas inyectadas

☐ Con varones bisexuales

☐ Con trabajador/a de prostitución

☐ Con persona de país de alta prevalencia

Exp. en caso de P_P Madre-hijo, datos de la Madre (uno): ☐ Uso de drogas por vía parenteral

☐ P_P: Transmisión Heterosexual

☐ Persona de país de alta prevalencia

☐ Ha recibido transfusiones o hemod.

☐ Ha recibido trasplantes

☐ Otra exposición: _____

DATOS DE LA ENFERMEDAD FINAL: SIDA

Caso de SIDA⁷: Sí ☐ No ☐ Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa): ____/____/____

Fecha de diagnóstico clínico (SIDA)⁸ (dd/mm/aaaa): ____/____/____

Edad al diagnóstico de Sida en años⁹: _____, Edad en meses en menores de 2 años: _____

Manifestación clínica: enfermedad indicativa de SIDA (hasta 3 de las siguientes opciones):

☐ 01-Candidiasis esofágica

☐ 02-Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar

☐ 03-Coccidiomicosis diseminada

☐ 04-Criptococosis extrapulmonar

☐ 05-Herpes simple, úlcera crónica

☐ 06-Herpes simple bronquial, pulmonar o esofágico

☐ 07-Criptosporidiasis con diarrea

☐ 08-Histoplasmosis diseminada

☐ 09-Isosporidiasis con diarrea

☐ 10-Enfermedad por citomegalovirus

☐ 11-Retinitis por citomegalovirus

☐ 12-Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*

☐ 13-Toxoplasmosis cerebral

☐ 14-Leucoencefalopatía multifocal progresiva

☐ 15-Complejo *Mycobacterium avium* o *kansasii*

☐ 16-Tuberculosis diseminada o extrapulmonar

☐ 17-Mycobacterium otras especies, extrapulmonar

☐ 18-Sepsis recurrente por Salmonella (no typhi)

☐ 19-Neumonitis intersticial linfóide

☐ 20-Múltiples infecciones bacterianas recurrentes

☐ 21-Sarcoma de Kaposi

☐ 22-Linfoma primario de cerebro

☐ 23-Linfoma de Burkitt o equivalente

☐ 24-Encefalopatía por VIH

☐ 25-Síndrome caquético por VIH

☐ 26-Tuberculosis pulmonar

☐ 27-Neumonía bacteriana recurrente

☐ 28-Carcinoma de cérvix invasivo

☐ 29-Linfoma inmunoblástico o equivalente

Tratamiento antirretroviral previo: Sí ☐ No ☐

⁷ Caso de SIDA: Si no es diagnóstico de SIDA en el momento del diagnóstico de VIH, pero lo fuera posteriormente, informar el hecho y la fecha a la Subdirección de Epidemiología.

⁸ Fecha de diagnóstico clínico (SIDA): Fecha que corresponde a la primera enfermedad definitoria de SIDA

⁹ Edad en el momento del diagnóstico clínico de la primera enfermedad definitoria de SIDA

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

Defunción¹⁰: Sí ☐ No ☐ Fecha de defunción: ____/____/____

Causa de la defunción (marcar una de las siguientes):

- ☐ Relacionada SIDA ☐ Enfermedad cardiovascular
☐ Hepatopatía ☐ Tumor no diagnóstico de SIDA
☐ Otra causa no relacionada SIDA: _____

Causa de la defunción Relacionada con SIDA¹¹ (marcar el principal de las siguientes opciones):

- | | |
|---|---|
| ☐ 01-Candidiasis esofágica | ☐ 16-Tuberculosis diseminada o extrapulmonar |
| ☐ 02-Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar | ☐ 17-Mycobacterium otras especies, extrapulmonar |
| ☐ 03-Coccidiomicosis diseminada | ☐ 18-Sepsis recurrente por Salmonella (no typhi) |
| ☐ 04-Criptococosis extrapulmonar | ☐ 19-Neumonitis intersticial linfóide |
| ☐ 05-Herpes simple, úlcera crónica | ☐ 20-Múltiples infecciones bacterianas recurrentes |
| ☐ 06-Herpes simple bronquial, pulmonar o esofágico | ☐ 21-Sarcoma de Kaposi |
| ☐ 07-Criptosporidiasis con diarrea | ☐ 22-Linfoma primario de cerebro |
| ☐ 08-Histoplasmosis diseminada | ☐ 23-Linfoma de Burkitt o equivalente |
| ☐ 09-Isosporidiasis con diarrea | ☐ 24-Encefalopatía por VIH |
| ☐ 10-Enfermedad por citomegalovirus | ☐ 25-Síndrome caquético por VIH |
| ☐ 11-Retinitis por citomegalovirus | ☐ 26-Tuberculosis pulmonar |
| ☐ 12-Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> | ☐ 27-Neumonía bacteriana recurrente |
| ☐ 13-Toxoplasmosis cerebral | ☐ 28-Carcinoma de cérvix invasivo |
| ☐ 14-Leucoencefalopatía multifocal progresiva | ☐ 29-Linfoma inmunoblástico o equivalente |
| ☐ 15-Complejo <i>Mycobacterium avium</i> o <i>kansasii</i> | |

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación del caso¹²:

☐ Confirmado

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico Sí ☐ No ☐

Criterio de laboratorio¹³ Sí ☐ No ☐

Asociado: A brote: Sí ☐ No ☐ Identificador del brote: _____

C. Autónoma de declaración del brote¹⁴: _____

OBSERVACIONES¹⁵

Fecha de cumplimentación: ____/____/____

Firma:

Persona que cumplimenta la ficha: _____

¹⁰ Defunción: Si está vivo, y falleciera posteriormente, notificar informar el hecho como "evento fallecimiento". En caso de fallecimiento, rellenar las variables correspondientes en este apartado.

¹¹ Marcar sólo en caso de Muerte relacionada con sida.

¹² El caso de VIH por definición ha de ser confirmado.

¹³ El caso de VIH ha de tener siempre criterio de laboratorio.

¹⁴ C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

¹⁵ Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta

Anexo II. Criterios de cumplimentación de las variables de la encuesta.

1.- Datos del paciente:

Como el resto de EDO's, las variables de persona serán las que se recogen en la base poblacional de "CIVITAS", correspondientes a las de la "tarjeta sanitaria" del paciente. En aquellos casos en los que el paciente no aparezca recogido en "CIVITAS" se cumplimentarán estas variables según los siguientes criterios:

Variables "Apellido 1", "Apellido 2" y "Nombre":

Esencial a efectos de identificación. Poner apellidos y nombre completos, sin abreviaturas.

Variable "sexo":

Es importante definir el sexo **biológico**. De forma general se indicará si la persona pertenece al sexo masculino o femenino. Si no es posible conocer el sexo de la persona ni deducirlo por el nombre, se indicará "Desconocido".

Las personas que cambian su sexo fenotípico mediante operaciones y fármacos deben indicarse en el apartado "observaciones".

Variable "fecha nacimiento":

Es importante para la identificación de la persona y para conocer la fecha de incidencia de la "infección VIH" y del "caso de sida". Si se desconoce, puede calcularse a partir de la edad en el momento de la notificación.

Todas las fechas deben registrarse de la siguiente forma: Día/Mes/Año con todos sus dígitos. Ej. 25 de Mayo de 1933: 25/05/1933.

Variables "lugar de residencia":

Útil para identificar los casos registrados residentes fuera del área de diagnóstico, efectuar el seguimiento de casos y es fundamental para calcular tasas de incidencia y variaciones de la misma por áreas de salud. La dirección a registrar debe ser la de **residencia habitual** que en general corresponde a la que consta en la "tarjeta sanitaria".

Variables "país de nacimiento", "año llegada a España" y "nacionalidad":

Su utilidad se basa en identificar los casos registrados que puedan haberse infectado en el extranjero. Ha de tenerse en cuenta que no siempre se corresponde el país del nacimiento con la nacionalidad (pasaporte) de la persona.

2.- Datos de la enfermedad (evento "infección VIH"):

Variables "fecha del caso (fecha de infección VIH)":

Se considera que es la fecha del primer diagnóstico de laboratorio de la infección VIH (el primer análisis VIH positivo).

Debe cumplimentar siempre, aunque la declaración del caso corresponda al evento "caso de sida", mediante la correspondiente búsqueda en la historia clínica, registros de laboratorio (CORNALVO), etc. Se considera la fecha de "incidencia de la infección".

Variable "edad del caso al diagnóstico de VIH":

Edad en el momento del primer diagnóstico de laboratorio de la infección VIH, calculada a partir de la fecha de nacimiento hasta la variable anterior "fecha del caso".

Variable “estadio clínico de la infección al diagnóstico VIH”:

Se refiere a la situación clínica del paciente respecto a la enfermedad de sida en la fecha del primer diagnóstico de laboratorio de infección VIH. Permite conocer el “retraso diagnóstico”, ya que lo ideal sería que todos los casos de infección VIH se detectaran en un estadio de “primoinfección”.

- **Primoinfección:** se conoce el momento de la infección VIH y que el diagnóstico de laboratorio se ha realizado inmediatamente después de adquirida esta. Puede deducirse si se ha producido seroconversión, o si tiene documentado el contacto de riesgo reciente.
- **Asintomático:** En el momento del primer resultado de laboratorio positivo a VIH, no presentaba síntomas o enfermedades relacionados con la infección VIH (inmunodepresión).
- **Sintomático no SIDA:** En el momento del primer resultado de laboratorio positivo a VIH, presentaba síntomas o enfermedades relacionados con la infección VIH (inmunodepresión) pero aún No presentaba enfermedad indicativa de sida.
- **SIDA:** En el momento del primer resultado de laboratorio positivo a VIH, ya presentaba una enfermedad indicativa de sida (ya era “caso de sida”).

Variable “lugar del caso”:

Se considera que es el lugar donde se ha adquirido la infección por VIH. No tiene por qué ser el lugar de residencia actual o habitual. Por ej: un residente en España puede haberse infectado en Tailandia.

Variable “importado”:

Se refiere a si la infección del VIH se ha adquirido dentro o fuera de España; si el lugar del caso es España marcar “NO”, si es fuera de España marcar “SI”.

- Para los **extranjeros**, se estimará según la fecha de la infección (del primer análisis positivo) y la fecha de llegada a España (debe haberse infectado antes de llegar a España).
- Para los **nacionales**, se indicará como importado aquellos en los que conste que la infección se adquirió fuera del territorio español. Por ej: un residente en España infectado en Tailandia.

Variable “servicio que solicita la prueba”:

Se refiere al centro o servicio que solicitó la primera prueba con resultado positivo a VIH.

Variable “fecha de diagnóstico de laboratorio (VIH)”:

Se refiere a la fecha de primer diagnóstico de laboratorio de la infección VIH (el primer análisis VIH positivo), por lo que debe coincidir con la anterior variable “fecha del caso”.

Debe cumplimentar siempre, aunque la declaración del caso corresponda al evento “caso de sida”, mediante la correspondiente búsqueda en la historia clínica, registros de laboratorio (CORNALVO), etc.

Variable “agente causal”:

Al ser una EDO que sólo contempla casos “confirmado” siempre debe cumplimentarse “Virus de la inmunodeficiencia humana”.

Variable “otro detalle”:

Se refiere al tipo de virus VIH detectado en los diferentes análisis. Siempre debe haber detectado un tipo de virus al tratarse de casos “confirmados”. Indicar la opción que proceda, marcar sólo una opción (si se marca “ambos”, no marcar “1” ni “2”.

Variable “pruebas de VIH previas a la prueba”:

Se refiere a la existencia de análisis anteriores de infección VIH con resultado negativo. Ha de cumplimentarse siempre, tras la correspondiente búsqueda en la historia clínica, registros de laboratorio (CORNALVO), etc.

Variable “fecha última prueba negativo”:

Si existen pruebas de infección VIH anteriores con resultado negativo, indicar la fecha de realización de la última que dio resultado negativo para VIH, tras la correspondiente búsqueda en la historia clínica, registros de laboratorio (CORNALVO), consulta al clínico, etc. Obligatoria si se ha indicado “SI” en la anterior.

Variable “primera determinación de CD4 tras el diagnóstico”:

Corresponde a la primera determinación en células/ μ L tras el primer resultado positivo de infección VIH (tras el diagnóstico de la infección). Indicar el nivel de CD4.

Variable “fecha primeros CD4”:

Fecha de la primera determinación de CD4 tras el primer resultado positivo de infección VIH (tras el diagnóstico de la infección). Obligatoria si se ha indicado nivel de CD4 en la anterior.

4.- Datos del riesgo:

Variable “conducta sexual”:

Se refiere a la conducta sexual del paciente, independientemente de cual haya sido la posible exposición (ejemplo: el hecho de que la conducta sexual sea Homo/bisexual, no obliga a que la “exposición” haya de ser Homo/bisexual, puede ser UDIs, transfusión...).

Variable “Exposición”:

Se refiere a la exposición que pueda haber sido el mecanismo de transmisión más probable, de entre los que se citan.

Cuando se notifique un evento “caso de sida”, es necesario tener en cuenta que estos datos sobre el riesgo se refieren siempre al momento de adquisición de la infección (del primer diagnóstico de infección VIH).

Si con la información disponible no puede marcarse ninguna opción, se dejará en blanco.

Esta variable es independiente de lo indicado en la variable “conducta sexual”.

Variable “Exp. En caso de P P heterosexual”:

En caso de haber marcado como “exposición” la casilla “P_P: Transmisión Heterosexual”, indicar la característica de la relación heterosexual.

Si con la información disponible no puede marcarse ninguna opción, se dejará en blanco.

Variable “Exp. en caso de P P Madre-hijo, datos de la Madre”:

En caso de haber marcado como “exposición” la casilla “P_P: Transmisión Madre-hijo”, indicar la característica de la madre del caso (lógicamente el caso debe ser un niño infectado por su madre, pero esta variable se refiere a la madre, no al “caso-niño”).

Si con la información disponible no puede marcarse ninguna opción, se dejará en blanco.

5.- Datos de la enfermedad final (evento “caso de Sida”):

Variable “caso de SIDA”:

- Si se notifica un evento “infección VIH” SIN criterios de “caso de Sida”, se marcará la casilla “NO”, y no se cumplimentarán el resto de variables de este apartado.
- Si se notifica un evento “caso de Sida” (con enfermedad indicativa) se marcará la casilla “SI” y es obligatorio cumplimentar el resto de variables de este apartado.

Variable “Fecha de inicio de síntomas”:

Es la fecha de inicio de síntomas de la primera enfermedad indicativa de Sida que ha motivado el diagnóstico de “caso de Sida”.

Variable “Fecha de diagnóstico clínico (SIDA)”:

Es la fecha del diagnóstico de “caso de Sida”. Esto implica que se ha diagnosticado una enfermedad indicativa y que también se tiene un resultado de laboratorio positivo a VIH, por lo que la fecha de diagnóstico clínico de “caso de Sida” NO puede ser anterior a la de diagnóstico de la “infección VIH”.

Variable “Edad al diagnóstico de Sida”:

Edad en el momento del diagnóstico de caso de Sida. Se calcula sobre la fecha de nacimiento y la fecha de diagnóstico clínico de Sida.

Variable “Manifestación clínica: enfermedad indicativa de SIDA”:

Para catalogar un paciente como “caso de sida” es condición indispensable que presente infección VIH y además alguna enfermedad indicativa de Sida de las indicadas en esta variable (**obligatoria**). Marcar un máximo de 3, teniendo preferencia las que primero se presentaron tras el diagnóstico de la infección VIH (tras el primer análisis de infección VIH positivo).

Variable “Tratamiento antiretroviral previo”:

Se refiere a si el paciente estuvo con tratamiento antiretroviral tras el diagnóstico de la infección VIH y antes de diagnosticarle “caso de Sida” (antes del diagnóstico de la enfermedad indicativa de Sida).

6.- Datos de la defunción:

Si este evento fuera la primera y única notificación del caso, se recabarán en lo posible y se añadirán todos los datos disponibles, específicamente las fechas de diagnóstico de la infección VIH y/o del caso de sida, y la enfermedad indicativa de sida.

Variable “Defunción”:

Si o NO según proceda.

Variable “fecha de defunción”:

Indicar la del certificado de defunción.

Variable “Causa de la defunción”:

Marcar la que proceda. Si se marca causa “relacionada con Sida”, es obligatorio cumplimentar la siguiente variable.

Variable “Causa de defunción Relacionada con Sida”:

Marcar la que corresponda. Obligatoria si se ha marcado antes “Relacionada con sida”.

7.- Categorización del caso:

Variable “Clasificación del caso”:

Al ser una EDO que sólo contempla casos “confirmado” siempre debe cumplimentarse ésta.

Variable “Criterio clínico”:

Si se trata de un caso de nueva “infección VIH”, que NO es “caso de Sida” se indicará “NO” en el criterio clínico.

Si se trata de un “caso de Sida”, debe indicarse “SI”, pues el caso debe presentar clínica obligatoriamente (enfermedad indicativa).

Variable “Criterio de laboratorio”:

Al ser una EDO que sólo contempla casos “confirmado” de la infección VIH, siempre debe indicarse “SI”, pues tanto para considerar “infección VIH” como “caso de Sida” ha de existir criterio de laboratorio.

8.- Observaciones:

Variable “Observaciones”:

Indicar todo aquello que pueda considerarse útil.