

# PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y ALERTA DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Actualizado a diciembre de 2024



PROTOCOLOS DE  
VIGILANCIA Y  
RESPUESTA EN  
SALUD PÚBLICA

**Autoría:**

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA). Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo.

**Tabla de actualizaciones:**

<b>Fecha actualización</b>	<b>Epígrafe Modificado</b>	<b>Descripción de la modificación</b>
20/03/2024	<b>Susceptibilidad</b>	Actualización de los datos.
20/05/2024	<b>Criterios para la declaración de casos de VIH/SIDA en RedAlerta</b>	Se añade al protocolo.
20/03/2024	<b>Declaración de la enfermedad</b>	Actualización de la Orden.
20/03/2024	<b>Notificación de casos</b>	Actualización de criterios.
20/03/2024	<b>Promover la cultura del sexo seguro</b>	Recomendación de solicitud de pruebas de cribado.
20/03/2024	<b>Oferta dirigida de la prueba del VIH</b>	Se incorporaron factores de riesgo.
20/03/2024	<b>Prevención de la transmisión vertical</b>	Recomendación de la administración de antirretrovirales.
20/03/2024	<b>Medidas preventivas en la donación de sangre u otros órganos</b>	Actualización de técnica (CLIA) de 4ª generación.
20/03/2024	<b>Vacunación</b>	Actualización.
16/05/2024	<b>Oportunidades perdidas</b>	Se añade epígrafe.
20/03/2024	<b>Profilaxis preexposición</b>	Actualización de criterios.
20/03/2024	<b>Profilaxis postexposición</b>	Actualización de las recomendaciones profilaxis.
20/03/2024	<b>Tratamiento específico del caso con infección por VIH</b>	Se incorpora esquema terapéutico general.
20/03/2024	<b>Estudio y control de los contactos sexuales</b>	Se incorporan las actuaciones a seguir.



## CONTENIDO

<b>1. DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD .....</b>	<b>5</b>
1.1. INTRODUCCIÓN .....	5
1.2. AGENTE .....	5
1.3. RESERVORIO .....	5
1.4. MODO DE TRANSMISIÓN .....	6
1.5. PERÍODO DE INCUBACIÓN .....	6
1.6. PERIODO DE TRANSMISIBILIDAD.....	7
1.7. SUSCEPTIBILIDAD.....	7
<b>2. VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD .....</b>	<b>8</b>
2.1. OBJETIVOS .....	8
2.2. CRITERIOS PARA LA DECLARACIÓN DE CASOS DE VIH / SIDA EN RED ALERTA .....	8
2.3. DEFINICIÓN DE LOS CASOS.....	9
2.4. CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS.....	10
<b>3. DEFINICIÓN DE ALERTA.....</b>	<b>11</b>
<b>4. MODO DE VIGILANCIA .....</b>	<b>11</b>
4.1. EN ESPAÑA .....	11
4.2. EN ANDALUCÍA.....	11
4.2.1. Declaración de la enfermedad.....	11
4.2.2. Notificación de casos .....	11
4.2.2. Notificación de alerta por brote o cluster .....	12
<b>5. MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA .....</b>	<b>14</b>
5.1. ORGANIZACIÓN DE RECURSOS PARA LA INTERVENCIÓN ANTE LA ALERTA .....	14
5.2. MEDIDAS PREVENTIVAS.....	14
5.2.1. Promover la cultura del sexo seguro .....	14
5.2.2. Programas de prevención sobre consumo de drogas inyectadas .....	14
5.2.3. Amplia accesibilidad a la prueba para la detección del VIH .....	14
5.2.4. Oferta dirigida de la prueba del VIH.....	15
5.2.5. Prevención de la transmisión vertical.....	15
5.2.6. Medidas preventivas en la donación de sangre u órganos .....	16
5.2.7. Medidas preventivas en el ámbito sanitario.....	16
5.2.8. Vacunación .....	17
5.3. OPORTUNIDADES PERDIDAS .....	17
5.4. PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN (PREP) .....	17
5.5. PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN (PPE) .....	20
5.6. TRATAMIENTO ESPECÍFICO DEL CASO CON INFECCIÓN POR VIH.....	23
5.7. ESTUDIO Y CONTROL DE LOS CONTACTOS SEXUALES .....	24

<b>6. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>25</b>
<b>ANEXO I. Listado de enfermedades indicativas de SIDA .....</b>	<b>31</b>
<b>ANEXO II. Condiciones indicadoras de infección por VIH.....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXO III. Recomendaciones generales de la profilaxis postexposición ocupacional frente al VIH</b>	<b>34</b>
<b>ANEXO IV. Recomendaciones generales de la profilaxis postexposición no ocupacional frente al VIH .....</b>	<b>35</b>
<b>ANEXO V. Encuesta epidemiológica de los casos de infección por VIH/SIDA.....</b>	<b>36</b>

# 1. DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

## 1.1. INTRODUCCIÓN

La infección por el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) es una infección producida por un retrovirus, el cual causa la pérdida de inmunidad celular a expensas de una depleción progresiva de los linfocitos T CD4+, con la consiguiente merma en la respuesta inmunológica. Se diferencia del SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) en que esta última constituye la fase más avanzada de la infección por VIH, estando caracterizada tanto por el desarrollo de múltiples infecciones oportunistas como de ciertos tipos de tumores.

Según datos de la OMS, se estima que a finales del año 2022 unos 39 millones de personas vivían con VIH en todo el mundo, con 1,5 millones de niños afectados de entre 0 a 14 años. En lo que respecta a la región Europea, en este periodo existían unos 3 millones de personas viviendo con la enfermedad, de los cuales el 72% conocía su estado, el 63% estaban recibiendo tratamiento y el 60% permanecían con carga viral indetectable.

Respecto a la clínica, en el transcurso de unas semanas a pocos meses tras la adquisición de la infección puede aparecer un síndrome agudo (similar a una mononucleosis infecciosa) que suele ser autolimitado, con una duración de una a dos semanas. Posteriormente, la persona se mantendrá asintomática durante meses o años, antes de que aparezcan nuevas manifestaciones clínicas. Se estima que más del 90% de las personas infectadas desarrollarán la fase de SIDA sin un tratamiento adecuado. En los países de altos ingresos, entre el 80-90% de los pacientes que no recibían tratamiento fallecían en torno a los 5 años tras el diagnóstico de SIDA. La mortalidad por esta causa ha disminuido drásticamente gracias al diagnóstico precoz de la infección, la aparición de tratamientos antirretrovirales de gran actividad a mediados de la década de 1990, y al uso rutinario de fármacos profilácticos para las infecciones oportunistas, entre otros.

## 1.2. AGENTE

El VIH es un retrovirus, del que se reconocen dos tipos (VIH-1 y VIH-2), siendo el tipo VIH-1 el más frecuente a nivel mundial y en nuestro entorno, teniendo comportamiento diferentes desde el punto de vista serológico y geográfico. El VIH-2 presenta una menor patogenicidad, produce una evolución más lenta de la enfermedad y su transmisión materno infantil es menor.

## 1.3. RESERVORIO

El reservorio es el ser humano. Estudios moleculares sugieren que el VIH podría haber evolucionado a partir de virus de los chimpancés (lentivirus), pasando a la especie humana posiblemente a través del consumo de carne de caza, mordeduras o sacrificio de animales.

## 1.4. MODO DE TRANSMISIÓN

Para que se produzca la infección es necesario que el VIH penetre en el organismo y entre en contacto con la sangre y/o mucosas de la persona. Los fluidos corporales con suficiente concentración del virus como para que este pueda ser transmitido fácilmente son sangre, leche materna, semen y secreciones vaginales, por lo que los mecanismos de transmisión fundamentales pueden ser la vía sexual, sanguínea y vertical de madre a hijo/a. A pesar de ello, el virus también ha conseguido aislarse en otros fluidos corporales como el LCR y los líquidos sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico y amniótico, por lo que deben ser considerados como fluidos potencialmente infecciosos. También se consideran potencialmente infecciosos los tejidos, órganos, cultivos celulares y los concentrados de virus de laboratorio.

En la vía sexual, se transmite por relaciones sexuales con penetración sin preservativo. La penetración anal es la práctica de mayor riesgo, seguida de la vaginal. El riesgo de transmisión por prácticas de sexo oral se considera muy bajo. La presencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) aumenta el riesgo de contraer infección por VIH, sobre todo si son de tipo ulceroso.

La vía sanguínea comprende la exposición a jeringas, agujas u otros materiales de inyección o cortante que hayan estado en contacto con sangre infectada, adquiriendo este mecanismo gran importancia en determinados colectivos como el personal sanitario o los usuarios de drogas inyectadas con prácticas no seguras. El intercambio de instrumentos punzantes no esterilizados (como los utilizados para tatuajes, piercings...) supone también un riesgo. La recepción de sangre u otros hemoderivados, tejidos y órganos a partir de una fuente seropositiva podría considerarse otra fuente potencial de contagio, si bien las técnicas de laboratorio llevadas a cabo en los centros donde se realizan estos procedimientos hacen que esta vía de transmisión sea muy poco frecuente.

En el caso de la vía madre-hijo (transmisión vertical), cuando la mujer tiene infección por VIH, la transmisión del virus se puede producir durante el embarazo, el parto o la lactancia. 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%.

No se consideran infecciosos el sudor, el esputo, la orina, las heces, el vómito, las secreciones nasales, la saliva ni las lágrimas (siempre y cuando ninguno de ellos contenga restos hemáticos visibles). Tampoco hay evidencia de transmisión del virus por picadura de insectos.

## 1.5. PERÍODO DE INCUBACIÓN

El período de incubación para la primoinfección, que es sintomática en el 40-90% de los casos, es de 2 a 4 semanas, pudiendo prolongarse hasta 10 semanas. El tiempo de aparición de anticuerpos detectables en sangre es variable, con un 95% de pacientes con seroconversión a los 90 días. El tiempo que transcurre desde la adquisición de la infección hasta el diagnóstico de SIDA varía entre menos de un año hasta más de 15, con una

media de 10 años en ausencia de tratamiento antirretroviral efectivo. El VIH puede progresar muy rápidamente en los lactantes, siendo en ellos el periodo de incubación más corto.

## 1.6. PERIODO DE TRANSMISIBILIDAD

Se inicia poco después de la adquisición de la infección y puede durar toda la vida en ausencia de tratamiento. En general, cuanto mayor es la carga viral, más probable es que se produzca la transmisión para una misma exposición, por lo que el riesgo es alto en el caso de la primoinfección sintomática y conforme se agrava la deficiencia inmunitaria y los síntomas clínicos. El riesgo de transmisión aumenta también con la presencia de otras ITS, sobre todo si son tipo ulceroso (sífilis y herpes genital, predominantemente). Hay evidencias contundentes de que las personas que viven con el VIH con una carga viral indetectable no pueden transmitir el VIH mediante el intercambio sexual.

## 1.7. SUSCEPTIBILIDAD

Se desconoce, pero presumiblemente es general, aunque hay determinados factores y circunstancias que aumentan la susceptibilidad. La transmisión sexual del VIH es relativamente ineficaz, pero existen factores biológicos y conductuales que aumentan el riesgo en cada contacto, como la coexistencia de otras enfermedades de transmisión sexual (sobre todo las que cursan con úlceras genitales), el hecho de que los varones no estén circuncidados, o el tipo de práctica sexual.

El VIH puede interactuar con otras infecciones. 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. Actualmente, el 4% de los pacientes infectados por el VIH presentan infección activa por el VHB (HBsAg positivo) en nuestro medio.

El VIH y el virus de la hepatitis C (VHC) también 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 en el pasado, que en el año 2008 era del 40,2%, disminuyendo drásticamente hasta ser del 1,7% en el año 2023.

Otras infecciones que pueden dar lugar a 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 en pacientes VIH+. 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

### 2.1. OBJETIVOS

La vigilancia del VIH/SIDA debe tener como objetivos fundamentales:

1. Cuantificar los nuevos diagnósticos de infección por 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.

### 2.2. CRITERIOS PARA LA DECLARACIÓN DE CASOS DE VIH / SIDA EN RED ALERTA

Desde enero de 2023 se han establecido los siguientes criterios que se deberán seguir para efectuar la declaración de casos de VIH o SIDA:

1. Se declararán los casos incidentes (casos nuevos) de **VIH**, cuyo **1º test positivo sea en Andalucía, sin diagnóstico previo** en otro lugar. Se excluyen los casos que ya hayan sido diagnosticados fuera del territorio de la comunidad andaluza.
2. Se declaran todos los casos de **SIDA** diagnosticados por **1ª vez en Andalucía, independientemente** del origen del 1º test positivo a VIH (dentro o fuera de Andalucía), y de la fecha de este. En caso de desconocer la fecha del primer diagnóstico de VIH en su totalidad, y conocer solo el año del mismo, será válida la fecha 01/01/XXXX. Además, se deberá actualizar el estadio de infección VIH/SIDA. En Europa, se define caso SIDA; persona que cumple con al menos una de las enfermedades indicativas de SIDA. ([Anexo I](#)).
3. Los **casos prevalentes** se podrán declarar en Red Alerta, siempre cumpliendo: 1º test positivo en **Andalucía** (criterio 1) y que la fecha de dicha prueba **sea posterior al 01/01/2013**. En estas situaciones, se asignará como fecha del caso la fecha del primer test positivo.
4. En la ficha de declaración de caso de VIH, cuando no se disponga de información sobre el **municipio** de residencia, se cumplimentará con el municipio donde se realizó la prueba.
5. Se complementará la información de los casos de VIH/SIDA declarados en Red Alerta en un **plazo recomendable de 7 días** desde la fecha de declaración. A partir de esta fecha desde Epidemiología de AP se podrá contactar con el paciente para iniciar el estudio de contactos.
6. Las variables que se necesitan estén cumplimentadas de forma prioritaria:
  - Fecha 1º test positivo
  - Estadios Clínico VIH/SIDA
  - CD4/microlitro
  - Carga viral: copias/ml
  - Grupo de riesgo

- Ha estado el paciente en profilaxis pre-exposición (PreP)
- Realización del estudio de contactos
- Oportunidades perdidas

### 2.3. DEFINICIÓN DE LOS CASOS

#### CRITERIOS CLÍNICOS (SIDA):

Persona que presenta cualquiera de las afecciones clínicas incluidas en la definición europea de casos de SIDA ([Anexo I](#)) para:

- Adultos y adolescentes a partir de los 15 años de edad.
- Niños menores de 15 años de edad.

#### CRITERIOS ANALÍTICOS (VIH):

- Para adultos, adolescentes y niños a partir de 18 meses de edad se deberá presentar al menos uno de los siguientes:
  - Resultado positivo en 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 en dos pruebas de detección de anticuerpos por enzimoanálisis (EIA) confirmadas por un resultado positivo de otro EIA.
  - Al menos 2 resultados positivos a partir de 2 muestras distintas en una de las siguientes técnicas:
    - 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.
- Para niños de hasta 18 meses de edad se deberán presentar al menos 2 resultados positivos a partir de 2 muestras distintas (con exclusión de la sangre del cordón umbilical) en una de las siguientes técnicas:
  - 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 a partir de 1 mes de vida.
  - Aislamiento del VIH.

**CRITERIOS EPIDEMIOLÓGICOS:** antecedentes de contacto directo persona-persona o de exposición a una misma fuente en tiempo y lugar.

## 2.4. 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 infección por el VIH.
- SIDA: persona que satisface los criterios analíticos de infección por el VIH además de algún criterio clínico de SIDA.

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 de haber realizado profilaxis post-exposición) tras una exposición de riesgo.

### 3. DEFINICIÓN DE ALERTA

Se considera alerta en Salud Pública un brote epidémico o una agrupación inusual de casos de esta enfermedad que cumplan criterios de caso confirmado y epidemiológico.

### 4. MODO DE VIGILANCIA

#### 4.1. EN ESPAÑA

El Real Decreto 2210/1995 por el que se crea la RENAVE, en su Capítulo I, artículo 4, contempla, aparte del Sistema básico de vigilancia integrado por la notificación obligatoria de enfermedades, la notificación de situaciones epidemiológicas y brotes y la información microbiológica, la existencia de sistemas específicos de vigilancia basados en registros de casos, que es aplicable a la vigilancia del SIDA y de la infección por el VIH.

Todos los nuevos diagnósticos de infección por VIH o de SIDA que cumplan los criterios de caso confirmado se deberán notificar a las autoridades de salud pública de las comunidades autónomas. Éstas notificarán los casos con periodicidad anual al CNE, que será el responsable de la elaboración y publicación de los informes correspondientes a cada actualización, así como del envío de los datos nacionales al ECDC con la periodicidad establecida.

#### 4.2. EN ANDALUCÍA

##### 4.2.1. Declaración de la enfermedad

Según la Orden de 12 de noviembre de 2015, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996 a partir de la cual se desarrolla el sistema de vigilancia epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria, un caso de VIH/SIDA se considera de declaración ordinaria. Se considera alerta en Salud Pública un brote epidémico o agrupación inusual de casos de esta enfermedad.

##### 4.2.2. Notificación de casos

La declaración del caso se efectuará en horario laboral por parte del personal médico que haya solicitado la prueba, tenga conocimiento del resultado positivo o que realiza el seguimiento especialmente para los casos de SIDA, comunicándolo y preferentemente en el mismo día de su confirmación diagnóstica, o como máximo dentro de las 48 horas desde la detección del mismo.

La declaración se hará a través del aplicativo RedAlerta del SVEA con los datos disponibles en el momento del diagnóstico, actualizándose posteriormente con la información clínica, epidemiológica y de laboratorio que se recoja en la ficha. **Desde enero de 2023 se han establecido los siguientes criterios que se deberán seguir para efectuar la declaración de casos de VIH o SIDA.** ([2.2 Criterios para la declaración de casos de VIH/SIDA en Red Alerta](#)).

El personal médico con ejercicio privado o el personal médico de instituciones penitenciarias, comunicarán los casos a la **Sección de Epidemiología de la Delegación Territorial de Salud correspondiente** o a Epidemiología de Atención Primaria del Distrito Sanitario o Área de Gestión Sanitaria (cuando así esté establecido en el circuito) que corresponda para llevar a cabo su registro en el aplicativo.

La comunidad autónoma notificará los casos a la RENAVE-CNE. La notificación se hará de forma individualizada y con periodicidad anual. La información de la enfermedad se consolidará una vez al año, para lo cual la comunidad autónoma completará los datos de los casos durante el primer semestre del año siguiente.

#### 4.2.2. Notificación de alerta por brote o cluster

La sospecha de alerta por brote o cluster se debe investigar y comunicar de manera urgente a SVEA.

##### **En días laborables, en horario de 8:00 a 15:00 horas:**

Si la detección de la sospecha de la alerta se produce en Atención Primaria la notificación se efectuará a Epidemiología de Atención Primaria (EAP) del Distrito Sanitario o Área de Gestión Sanitaria. Si se produce en Atención Hospitalaria se realizará a Medicina Preventiva (MP), que contactará con EAP del Distrito Sanitario correspondiente.

##### **Entre las 15.00 y las 8:00 horas del día siguiente, los fines de semana y festivos:**

La comunicación se realizará a la Centro de Emergencias Sanitarias 061 (CES 061), utilizando el número de teléfono 902.220.061. Tras esto, la CES 061 avisará a través del teléfono provincial de alertas a Epidemiología.

El personal médico con ejercicio privado, lo comunicará a la Sección de Epidemiología de la Delegación Territorial correspondiente.

Acto seguido, EAP o Medicina Preventiva procederán a la declaración de la alerta con los datos disponibles hasta el momento, debiendo ser esta información actualizada de forma periódica.

La declaración de alerta por brote no sustituye la declaración de cada caso.

En caso de alerta por brote, la unidad de SVEA correspondiente adjuntará en la ficha de RedAlerta el informe final del brote dentro de los 40 días desde la fecha de aparición de la alerta y en todo caso antes de los 60 días.

Todo brote debe ser declarado urgentemente a las autoridades sanitarias locales. Las autoridades autonómicas enviarán a nivel central el informe de brote en un plazo máximo de 3 meses desde su finalización.

Si se sospecha un brote supracomunitario o cuando la magnitud del brote o el patrón de difusión requieran medidas de coordinación nacional, el Servicio de Vigilancia de la comunidad autónoma lo comunicará de forma urgente al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad y al Centro Nacional de Epidemiología.

El CCAES valorará junto con la/s CCAA afectada/s las medidas a tomar y si fuera necesario su notificación al Sistema de Alerta y Respuesta Rápida de Unión Europea y a la OMS de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

## 5. MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

### 5.1. ORGANIZACIÓN DE RECURSOS PARA LA INTERVENCIÓN ANTE LA ALERTA

La declaración de alerta implica una intervención inmediata.

Tras la sospecha de alerta, EAP o Epidemiología en el Equipo de Alerta Provincial, cuando la alerta se declare fuera del horario laboral, deben iniciar la intervención, que se detalla en el punto descrito posteriormente.

Desde la Delegación Provincial se garantizará la realización de la intervención por las unidades implicadas.

### 5.2. MEDIDAS PREVENTIVAS

#### 5.2.1. Promover la cultura del sexo seguro

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.

**Es importante recomendar a las personas sexualmente activas que soliciten pruebas de cribado de ITS en caso de conductas de riesgo y/o clínica compatible para la instauración inmediata de tratamiento y puesta en marcha del estudio de contactos.**

#### 5.2.2. Programas de prevención sobre consumo de drogas inyectadas

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 jeringuillas, así como los que enseñan métodos de descontaminación a quienes utilizan agujas.

#### 5.2.3. Amplia accesibilidad a la prueba para la detección del VIH

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 su acceso a todo el que lo solicite, ha de ser una prioridad. En Andalucía y el resto de España, la prueba del VIH se puede realizar en todos los centros sanitarios de la red pública de forma gratuita y confidencial.

#### 5.2.4. Oferta dirigida de la prueba del VIH

Es necesaria la realización de la prueba, por indicación médica, a personas con sospecha de primoinfección por VIH, a aquellas que presenten alguna de las patologías que se encuentran definidas como “condición indicadora”, según la OMS<sup>1</sup> (Anexo 2), a mujeres embarazadas o que deseen estarlo, a personas procedentes de países con alta prevalencia de infección (>1%), así como sus parejas sexuales, y/o a aquellas que personas con los siguientes factores de riesgo:

1. Todas las personas de 16 años o más que la soliciten tras una exposición de riesgo al VIH.
2. Mujeres embarazadas o que deseen estarlo. En Andalucía, el cribado de la infección por VIH forma parte de las pruebas que se ofertan en el programa de control durante el embarazo.
3. Contactos sexuales de personas infectadas por el VIH sin uso de medidas de protección.
4. Personas con múltiples contactos sexuales, así como estos últimos en caso de ser conocidos.
5. Personas que deseen dejar de utilizar métodos de barrera con sus parejas estables.
6. Personas con una nueva una pareja sexual en los últimos 12 meses
7. Personas que han tenido una exposición de riesgo al VIH de forma accidental, ya sea de carácter ocupacional o no.
8. Víctimas de agresiones sexuales.
9. Personas afectadas por otras ITS.
10. Personas con tuberculosis u otra afección que pudiera sugerir inmunodepresión.
11. Personas que comparten o han compartido en el pasado material para la inyección de drogas por vía parenteral (jeringuillas, agujas, cucharas, filtros, etc), así como sus parejas sexuales.
12. Personas que ejercen la prostitución y aquellas que son usuarias de la misma, así como sus parejas sexuales.
13. Internos en instituciones penitenciarias.
14. Personas procedentes de países con alta prevalencia de infección (>1%), así como sus parejas sexuales en caso de que no se haya hecho uso de las medidas de protección.

#### 5.2.5. Prevención de la transmisión vertical

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.

---

<sup>1</sup>OMS, ECDC. Enfermedades indicadoras de infección por VIH, Guía para la realización de la prueba del VIH a adultos en entornos sanitarios. HIV in Europe. 2012.

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. Se deberá considerar la administración de antirretrovirales intraparto en caso de que no se tenga constancia de la toma del tratamiento frente al VIH o la adherencia a este no haya sido la correcta durante las últimas 4 semanas de gestación y la carga viral plasmática de la madre sea detectable ( $\geq 50$  copias/mL) o desconocida.

#### 5.2.6. Medidas preventivas en la donación de sangre u órganos

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. 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 seropositivas y/o con prácticas de riesgo para la infección por VIH 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, siendo obligatoria la realización de técnicas de inmunoensayo quimioluminiscente (CLIA) de 4ª generación que incluyan la determinación simultánea de anticuerpos y del antígeno p24 del VIH. En los potenciales donantes de alto riesgo con serología negativa estaría indicada la detección del ácido nucleico para disminuir el periodo ventana.

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, VHB y VHC.

#### 5.2.7. Medidas preventivas en el ámbito sanitario

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.

### 5.2.8. Vacunación

Dado el compromiso del sistema inmunológico que comporta la infección por el VIH y la progresión de la enfermedad, la vacunación es fundamental para evitar el desarrollo de enfermedades inmunoprevenibles como la hepatitis B o la enfermedad meningocócica. La inmunización en pacientes VIH+ se atenderá a lo establecido en las recomendaciones elaboradas por la SPNS en colaboración con las sociedades científicas correspondientes, debiendo ser estas revisadas y actualizadas periódicamente. Las vacunas recomendadas tanto en niños como en adultos infectados por el VIH en España según las directrices de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS pueden consultarse en la última actualización del documento de “Vacunación en pacientes de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones” del año 2018 elaborado por el Grupo de Trabajo de vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones, la cual se encuentra disponible en:

[https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/riesgo/docs/VacGruposRiesgo\\_todas\\_las\\_edades.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/riesgo/docs/VacGruposRiesgo_todas_las_edades.pdf).

Así mismo, en la web de Andavac (<https://www.andavac.es/>) se pueden consultar los protocolos actualizados de vacunación según el tipo de patógeno. En líneas generales, los pacientes con infección por VIH en Andalucía tendrán indicación de recibir las vacunas contempladas en el calendario de vacunación sistemática como el resto de la población, además de aquellas que se encuentren recomendadas por pertenencia a un grupo de riesgo (como aquellas frente a la varicela zóster o a la infección MPOX etc.). Para ello, se deberá tener en cuenta el estado inmunológico del paciente antes de su administración, prestando especial atención al recuento de linfocitos T CD4+, estando contraindicadas las vacunas vivas atenuadas como la triple vírica o la de la varicela cuando este se sitúa por debajo de 200 cél/ $\mu$ L

## 5.3. OPORTUNIDADES PERDIDAS

Las oportunidades perdidas para el diagnóstico de VIH se definen como aquellos contactos asistenciales en cualquiera de los niveles de asistencia sanitaria, en cuya historia clínica queda reflejada una condición indicadora de VIH ([Anexo II](#)) o de SIDA ([Anexo I](#)), o bien un factor de riesgo (para los cuales se debería haber solicitado una prueba diagnóstica de VIH).

## 5.4. PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN (PREP)

La PrEP es una medida de prevención primaria consistente en la administración de fármacos antirretrovirales a personas vulnerables a adquirir la infección por el VIH con el objetivo de prevenir ésta. Se ha mostrado como una herramienta eficaz en la disminución de la incidencia de nuevas infecciones por VIH entre los individuos subsidiarios de recibirla cuando se sigue correctamente. Así mismo, gracias a ella se promueve del diagnóstico temprano de la infección por VIH así como el de otras ITS en poblaciones con mayor riesgo de padecerlas, además del tratamiento precoz en los casos positivos detectados.

En España, la PrEP se incluyó como prestación farmacéutica dentro de la cartera de servicios del SNS en septiembre de 2019. Actualmente, se estima que existen algo más de 18.000 personas usuarias de PrEP en nuestro país. La medicación utilizada para la misma es de dispensación hospitalaria a través de los Servicios de Farmacia de los hospitales, si bien también puede ser facilitada a los diversos centros asistenciales que cuenten con la autorización de las Comunidades Autónomas. La prescripción de la PrEP debe ser realizada siempre por un médico especialista en la materia con suficiente experiencia en el manejo y control del VIH y otras ITS.

La condición indispensable para la recepción de la PrEP será tener una edad mayor o igual a 16 años y no haber sido diagnosticado previamente de VIH, por lo que antes de iniciar la pauta de profilaxis deberá descartarse siempre una infección por VIH mediante serología de cuarta generación junto con la carga viral si existe sospecha de infección aguda. Además de ello, se deberán cumplir unos requisitos que reflejen cierto grado de vulnerabilidad frente a la infección. Actualmente, los criterios que debe reunir una persona para ser susceptible de recibir PrEP en nuestro país son los siguientes:

- HSH y personas transgénero que presenten al menos 2 de los siguientes:
  - Más de 10 parejas sexuales diferentes en el último año.
  - Práctica de sexo anal sin preservativo en el último año.
  - Uso de drogas relacionado con el mantenimiento de las relaciones sexuales (chemsex) no acompañado de preservativo en el último año.
  - Administración de profilaxis postexposición (PPE) en varias ocasiones en el último año.
  - Al menos una ITS bacteriana en el último año.
- Mujeres en situación de prostitución que refieran un uso no habitual del preservativo.
- Mujeres y hombres cisgénero que refieran un uso inconsistente del preservativo y presenten al menos 2 de los mismos criterios referidos para HSH y personas transgénero.
- Personas usuarias de drogas inyectadas con prácticas de inyección no seguras, que refieran un uso inconsistente del preservativo y presenten al menos 2 de los mismos criterios referidos para HSH y personas transgénero.

Otros criterios no obligatorios pero que deberían tenerse en cuenta a la hora de prescribir PrEP a un paciente podrían ser la infección crónica por el VHC, las parejas sexuales de personas VIH+ con carga viral detectable (por no haber iniciado tratamiento o haberlo hecho recientemente) o la voluntad futura de abandono de las medidas de protección de barrera.

Las pautas disponibles en España en el momento actual para la PrEP son:

- Un comprimido coformulado de tenofovir disoproxilo fumarato (TDF) 300 mg y emtricitabina (FTC) 200 mg en pauta diaria. Esta constituye la pauta de elección.

- Pauta a demanda consistente en la toma de 2 comprimidos coformulados de TDF/FTC juntos entre las 24 y 2 horas previas a la relación sexual sin protección, seguidos de un comprimido cada 24 horas hasta 48 horas después de la última relación sexual de riesgo. Esta última pauta únicamente está demostrada en HSH cisgénero, por lo que no debería indicarse a otros usuarios. Aunque no está aprobada por el EMA, la OMS lo contempla como una alternativa en determinadas condiciones, pudiendo ser útil especialmente en usuarios en los que la dosis de fármaco debe verse limitada, como los pacientes con insuficiencia renal. La pauta a demanda está contraindicada en personas con infección crónica por el VHB.

Antes del comienzo de la PrEP deberá realizarse una valoración individualizada del paciente susceptible de recibirla, la cual debe incluir aspectos clínicos, analíticos y consejo asistido. Los objetivos de esta primera visita deberán ser excluir el diagnóstico de VIH, valorar el riesgo de infección y descartar causas que contraindiquen o limiten el uso de PrEP, así como ofrecer una evaluación de otros aspectos relacionados con la salud sexual. La PrEP no deberá iniciarse hasta pasadas al menos 3 semanas de haber descartado el diagnóstico de VIH. Tras esta primera visita y una vez decidida la administración de la PrEP, se llevarán a cabo controles de seguimiento periódicos con los objetivos de evaluar la tolerancia de la profilaxis y su nivel de adherencia, valorar su eficacia en la prevención de la infección por VIH mediante serologías, descartar otras ITS concomitantes y analizar posibles cambios en los hábitos sexuales del usuario que pudieran comportar la finalización de las indicaciones que motivaron la pauta (p.e. interrupción del riesgo con reanudación del uso del preservativo en las prácticas sexuales). Es fundamental que en cada contacto asistencial con el usuario de PrEP se le insista sobre la necesidad de continuar adecuadamente con la pauta establecida, ya que su uso incorrecto puede no solo conducir a la infección por VIH, sino también al desarrollo de resistencias a los antirretrovirales, interacciones farmacológicas con otros medicamentos o complicaciones clínicas no deseadas derivadas de su acción. Además, se deberá seguir fomentando el empleo de métodos de barrera durante las relaciones sexuales como único modo de prevención del resto de ITS.

La monitorización y evaluación de los usuarios de PrEP será efectuada a través del Sistema de Información de los programas de PrEP (SIPrEP), corriendo estas a cargo del Centro Nacional de Epidemiología a través de la Unidad de Vigilancia en VIH y Conductas de Riesgo junto con la Unidad de Coordinación de la cohorte de la Red de Investigación en SIDA (CoRIS). El SIPrEP tiene la finalidad de ofrecer información sobre el uso de PrEP tanto a los usuarios de la misma como a las personas interesadas en ella, además de recoger datos clínicos, epidemiológicos y conductuales de las personas que se encuentran tomando la profilaxis para llevar a cabo la monitorización de la implementación, desarrollo y funcionamiento de los programas públicos de PrEP en España. El análisis de la información recogida se realizará mediante un informe anual de monitorización de programas de PrEP, elaborado por la Unidad de Vigilancia del VIH y publicado por el Plan Nacional de SIDA (PNS).

## 5.5. PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN (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. Se aconseja en personas con una exposición de riesgo al VIH esporádica y excepcional.

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 ambos tipos de 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 en detalle:

**PPEO:** se estima que el riesgo de infección por VIH a partir de una exposición percutánea con sangre infectada es aproximadamente del 0,3% (IC95% = 0,2-0,5%). Tras 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%. La SPNS emite periódicamente recomendaciones elaboradas por grupos de expertos sobre las indicaciones, combinaciones de elección y pautas de la profilaxis, pudiendo consultarse las más recientes (año 2015) en:

[https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/PPE\\_23Marzo2015.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/PPE_23Marzo2015.pdf).

Estas se resumen en los siguientes puntos (para más información consultar el [Anexo III](#)):

- Los servicios sanitarios deben disponer de un manual escrito sobre las actuaciones y derivaciones a seguir en el caso de una posible exposición al VIH, con disponibilidad de diagnóstico serológico rápido y con accesibilidad las 24 horas a los fármacos utilizados en la PPE.
- Tras la exposición de riesgo, las heridas y las zonas de piel expuesta deben ser lavadas con agua y jabón (lavado profuso con agua en el caso de mucosas y/o conjuntivas oculares). En caso de pinchazos, NUNCA debe exprimirse la zona para evitar la hiperemia reactiva.
- Antes de indicar la PPE, se necesita conocer la situación serológica frente al VIH del paciente fuente y del profesional expuesto, así como las características de la exposición accidental. Los resultados de la fuente se deberían conocer preferiblemente en las primeras 2 horas.
- En el caso de que el paciente fuente tenga infección por VIH conocida, es fundamental conocer la carga viral, el régimen de tratamiento antirretroviral (TAR) en caso de que lo esté recibiendo, así como la historia farmacológica y los motivos de cambio de pauta (resistencias, intolerancia o toxicidad). Si se sospecha que

el paciente fuente pudiera tener resistencia a uno o varios fármacos, la profilaxis debe incluir medicamentos sin resistencia cruzada.

- Si no se puede conocer la situación serológica del paciente fuente (p.e. no se encuentra ingresado, no dispone de resultados de laboratorio previos y no es posible su localización y contacto), se considerará como de alto riesgo.
- La PPE ha de iniciarse lo antes posible tras la exposición de riesgo, preferiblemente en las primeras 4 horas y siempre dentro de las primeras 72 horas (más allá de este periodo de tiempo no se recomienda el inicio de la PPE). Se recomienda una pauta convencional con tres fármacos antirretrovirales, consistiendo generalmente en la combinación de 2 inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos/nucleótidos asociados a un tercer fármaco de otra familia. La duración de la misma será de 4 semanas.
- En las exposiciones percutáneas a sangre con riesgo alto y muy alto (grandes volúmenes de sangre y con carga viral elevada) se recomienda realizar PPE.
- En las exposiciones percutáneas a sangre con menor riesgo o a otros fluidos corporales potencialmente infectantes, se recomienda realizar PPE, aunque si la carga viral de la fuente es indetectable se puede considerar no realizarla.
- En las exposiciones con mucosas o con piel no íntegra a sangre y otros fluidos corporales potencialmente infectantes, se recomienda realizar PPE, aunque si la carga viral de la fuente es indetectable se puede considerar no realizarla.
- En las exposiciones a fluidos corporales no infectantes no se recomienda realizar PPE.
- La PPE debe interrumpirse si se confirma que el paciente fuente es VIH negativo.
- 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 horas posteriores por un experto en infección por 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 mismo, así como serología para VIH, VHB y VHC (estos en caso de fuente infectada o con sospecha) en los 1,5; 3; y 6 meses 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 personas que se inyectan 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 (0,8-3%) se encuentra en las relaciones sexuales sin protección en las que hay recepción anal con eyaculación y el intercambio de jeringuillas o agujas usadas a partir de una fuente positiva para VIH. Con un menor porcentaje de riesgo (0,05-0,8%) le siguen en orden descendente los siguientes tipos de relaciones sexuales sin protección:

1. Recepción vaginal con eyaculación.
2. Recepción anal sin eyaculación.
3. Recepción vaginal sin eyaculación.
4. Penetración anal con o sin eyaculación.
5. Penetración vaginal con o sin eyaculación.

Las relaciones sexuales orogenitales receptivas e insertivas tienen un riesgo menor (0,01-0,05% en caso de que el estado serológico de la fuente sea positivo o desconocido), aunque el riesgo asciende si se acompañan de eyaculación (0,05-0,8% en caso de que la fuente sea VIH positiva). 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. Al igual que ocurre con la PPEO, la SPNS emite periódicamente recomendaciones elaboradas por grupos de expertos sobre las indicaciones, combinaciones de elección y pautas de la PPENO, pudiendo consultarse las más recientes (año 2015) en:

[https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/PPE\\_23Marzo2015.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/PPE_23Marzo2015.pdf).

Estas se resumen en los siguientes puntos (para más información consultar el [Anexo IV](#)):

- La PPENO debe individualizarse y llevarse a cabo en el marco de una intervención médica integral y lo antes posible después de haberse producido la exposición accidental. 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.
- Al igual que sucede con la PPEO, en la PPENO la pauta debe iniciarse lo antes posible tras la exposición de riesgo, preferiblemente en las primeras 4 horas y siempre dentro de las primeras 72 horas (más allá de este periodo de tiempo no se recomienda el inicio de la PPENO). Los fármacos a emplear, su duración y el seguimiento de los pacientes será igual que en la PPEO.
- La PPENO debe recomendarse en las exposiciones con riesgo apreciable. En general, se recomienda iniciarla cuando la fuente sea VIH positiva con carga viral detectable o desconocida, o si su estado serológico es desconocido pero hay asociados factores de riesgo.
- Se puede considerar no realizar PPENO si la fuente es VIH positiva pero con carga viral indetectable o si su estado serológico es desconocido pero no se acompaña de factores de riesgo.
- No se recomienda realizar PPENO en las exposiciones con riesgo nulo o despreciable.
- La PPENO debe interrumpirse si se confirma que la fuente es VIH negativa.
- En caso de exposición sexual debe valorarse también el riesgo de ITS y embarazo.

## 5.6. TRATAMIENTO ESPECÍFICO DEL CASO CON INFECCIÓN POR VIH

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 con el fin de conseguir una respuesta óptima al tratamiento y un perfil de tolerancia aceptable. Al tratarse el VIH de una enfermedad crónica, el TAR deberá ser administrado de por vida una vez se conozca el diagnóstico de la infección. El TAR se basará en una combinación de varios fármacos que pueden dar lugar a la aparición de resistencias si se utilizan incorrectamente, por lo que el cumplimiento estricto de la pauta 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 T CD4+, de la carga viral en plasma, del estado clínico del enfermo y del estudio genotípico de resistencias. Una vez tomada la decisión de iniciarlo, éste deberá ser llevado a cabo de forma ininterrumpida con un régimen óptimo para lograr la supresión del virus. En términos generales el esquema terapéutico inicial deberá consistir en una combinación de 2 o 3 fármacos, de entre los cuales uno será preferentemente un inhibidor de la integrasa (INI) de segunda generación con alta barrera genética, como dolutegravir o bictegravir. Actualmente, se recomiendan como pautas preferentes de TAR de inicio las siguientes combinaciones:

- **BIC/FTC/TAF** (bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida). Nombre comercial Biktarvy®.
- **DTG/ABC/3TC** (dolutegravir/abacavir/lamivudina). Nombre comercial Triumeq®.
- **DTG+FTC/TAF** (dolutegravir+emtricitabina/tenofovir alafenamida). Nombre comercial Tri-Zevuvir®.
- **DTG/3TC** (dolutegravir/lamivudina). Nombre comercial Dovato®.

Con estas combinaciones se consigue una carga viral indetectable (< 50 copias/mL) a las 48 semanas de tratamiento en más del 85% de los pacientes. En el caso de niños, adolescentes, embarazadas, diagnóstico de tuberculosis, coinfección por VHB o VHC o personas con antecedente de haber recibido PrEP con anterioridad habrá que utilizar regímenes específicos.

Además de la instauración de TAR cuando sea pertinente, se recomienda así mismo la profilaxis primaria/secundaria, diagnóstico y tratamiento de posibles infecciones oportunistas en el momento del diagnóstico de VIH debido a la elevada morbilidad que suponen para estos pacientes. Para ello, se recurrirá a las guías de práctica clínica más actualizadas sobre el tema. Dada la elevada prevalencia de algunas de estas infecciones oportunistas en pacientes VIH+ en nuestro país como la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* o la tuberculosis (32,4% y 16,3%, respectivamente para el periodo 2013-2022), se recuerda la importancia de:

1. Administrar quimioprofilaxis primaria con cotrimoxazol para la prevención de la neumonía por *P. jirovecii* ante un paciente con VIH y un recuento de linfocitos T CD4+ por debajo de 200 células/μL o del 14%; candidiasis orofaríngea previa u otra enfermedad definitiva de SIDA.
2. Realización del test de la tuberculina o IGRA en toda persona con diagnóstico de infección de VIH, así como una adecuada anamnesis acompañada de pruebas complementarias adicionales (p.e. radiografía o

TAC de tórax) para descartar una posible tuberculosis activa. Si este diagnóstico se confirmase, habría que administrar tratamiento antituberculoso lo antes posible de acuerdo a los estándares señalados en la normativa nacional. Si no existe enfermedad activa pero sí infección tuberculosa latente y hay indicación de quimioprofilaxis, ésta deberá 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.

Para la prevención y tratamiento del resto de infecciones oportunistas, se seguirán las pautas y recomendaciones marcadas por los diferentes comités y sociedades a nivel nacional e internacional.

## 5.7. ESTUDIO Y CONTROL DE LOS CONTACTOS SEXUALES

Ante la detección de un caso con infección por VIH, los profesionales de Salud Pública que integran la red de vigilancia deberán ponerse en contacto con el mismo con el fin de realizar una encuesta epidemiológica (disponible para su descarga en la propia ficha del evento de “Infección por VIH y SIDA” de RedAlerta, así como en el Anexo V al final del presente protocolo) para evaluar los posibles factores de riesgo implicados en el mecanismo de transmisión, así como una búsqueda activa de contactos sexuales para el diagnóstico precoz de casos secundarios y administración de profilaxis antirretroviral postexposición si se considerara precisa en aquellos contactos susceptibles.

Para establecer el periodo de tiempo que se tendrá que tener en cuenta a la hora de realizar la búsqueda de contactos, se atenderá a la fecha de inicio de la infección:

- Si es conocida (el comienzo de la sintomatología se encuentra reflejada en la anamnesis o el propio paciente la refiere tras su localización y contacto), se recogerán todos los contactos sexuales desde los 3 meses precedentes a dicha fecha.
- Si es incierta o desconocida (no figura fecha de síntomas en anamnesis, el paciente no la recuerda o se trata de un caso asintomático), se recogerán todos los contactos sexuales desde la última serología negativa disponible. Como alternativa, se hará una búsqueda retrospectiva en la vida sexual del caso en la medida que sea posible.

El estudio de contactos sexuales se llevará a cabo, en caso de ser posible, en un plazo máximo de 7 días desde la declaración del caso primario, debiendo durante el transcurso de este comunicarles su exposición de riesgo y, en caso de obtener su consentimiento, concertar una cita con médico referente de Atención Primaria para el despistaje de pruebas de VIH y otras ITS. Para más información al respecto, se recomienda consultar el documento de apoyo “**Estudio de contactos ante casos de VIH y otras ITS en Andalucía**” disponible en: [https://juntadeandalucia.es/sites/default/files/inline-files/2022/10/20220909\\_DOCUMENTO%20APOYO%20%20ESTUDIO%20DE%20CONTACTOS%20ITS%20v1.pdf](https://juntadeandalucia.es/sites/default/files/inline-files/2022/10/20220909_DOCUMENTO%20APOYO%20%20ESTUDIO%20DE%20CONTACTOS%20ITS%20v1.pdf)

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Protocolo de vigilancia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE); 2016. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/VIH/pdfs%20y%20protocolo/Protocolo%20de%20Vigilancia%20de%20Infecci%C3%B3n%20por%20el%20Virus%20de%20la%20Inmunodeficiencia%20Humana.pdf>
- Heymann, David L. Control of Communicable Diseases Manual. 19ª ed. Washington, D.C.; WHO, 2008.
- Southwick F. Enfermedades Infecciosas. 2ª edición. México: McGraw Hill; 2009. Disponible en: <http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/19264.pdf>
- Esbjörnsson J, Månsson F, Kvist A, da Silva ZJ, Andersson S, Fenyö EM, et al. Long-term follow-up of HIV-2-related AIDS and mortality in Guinea-Bissau: a prospective open cohort study. Lancet HIV [Internet]. 2019;6(1):e25-31. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s2352-3018\(18\)30254-6](http://dx.doi.org/10.1016/s2352-3018(18)30254-6)
- Heeney JL, Dalgleish AG, Weiss RA. Origins of HIV and the evolution of resistance to AIDS. Science [Internet]. 2006;313(5786):462-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1123016>
- Ministerio de Sanidad - Áreas - Enfermedades Transmisibles - SIDA [Internet]. [citado 5 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/SIDA/queesSIDAVih.htm>
- Acute and early HIV infection: Clinical manifestations and diagnosis [Internet]. UpToDate; 2023 [citado 23 de febrero de 2024]; Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/acute-and-early-hiv-infection-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=VIH%20epidemiologia&source=search\\_result&selectedTitle=5~150&usage\\_type=default&display\\_rank=5](https://www.uptodate.com/contents/acute-and-early-hiv-infection-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=VIH%20epidemiologia&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5)
- The natural history and clinical features of HIV infection in adults and adolescents [Internet]. UpToDate; 2023 [citado 23 de febrero de 2024]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/the-natural-history-and-clinical-features-of-hiv-infection-in-adults-and-adolescents?search=VIH%20epidemiologia&source=search\\_result&selectedTitle=9~150&usage\\_type=default&display\\_rank=9](https://www.uptodate.com/contents/the-natural-history-and-clinical-features-of-hiv-infection-in-adults-and-adolescents?search=VIH%20epidemiologia&source=search_result&selectedTitle=9~150&usage_type=default&display_rank=9)
- HIV data and statistics [Internet]. World Health Organization (WHO); 2023 [citado 23 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/strategic-information/hiv-data-and-statistics>
- Del Río C, Curran JW, Baden LR, Barouch DH. Epidemiología y prevención del SIDA y de la infección por el VIH, incluyendo la profilaxis postexposición y el desarrollo de vacunas contra el VIH. En: Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. 9o edición. Elsevier España; 2020.

- Cómo proteger a los demás. Vivir con el VIH [Internet]. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC); 2022 [citado 23 de febrero de 2024]. Disponible en:  
<https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/livingwithhiv/protecting-others.html>
- Encuesta Hospitalaria de pacientes con infección por el VIH. Resultados 2023. Análisis de la evolución 2008-2023. Centro Nacional de Epidemiología - Instituto de Salud Carlos III / División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Madrid; 2023. Disponible en:  
[https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/VIH/informes%20encuesta%20hospitalaria%20anteriores/Informe%20Encuesta%20hospitalaria\\_2008\\_2023.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/VIH/informes%20encuesta%20hospitalaria%20anteriores/Informe%20Encuesta%20hospitalaria_2008_2023.pdf)
- 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. Disponible en:  
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32002D0253>
- 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. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32003D0534>
- 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/doue/2012/262/L00001-00057.pdf>
- Decisión de Ejecución (UE) 2018/945 de la Comisión, de 22 de junio de 2018, sobre enfermedades transmisibles y problemas sanitarios especiales relacionados que deben estar sujetos a vigilancia epidemiológica, así como las definiciones de casos pertinentes. Diario Oficial de la Unión Europea 2018; L 170/1, 06/07/2018. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2018/170/L00001-00074.pdf>

- ORDEN de 12 de noviembre de 2015, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria. Disponible en:  
[https://juntadeandalucia.es/boja/2015/228/BOJA15-228-00005-19570-01\\_00080483.pdf](https://juntadeandalucia.es/boja/2015/228/BOJA15-228-00005-19570-01_00080483.pdf)
- ORDEN de 13 de marzo de 2009, por la que se crean ficheros con datos de carácter personal en el ámbito de la Secretaría General de Salud Pública y Participación. Disponible en:  
<http://juntadeandalucia.es/boja/2009/64/d28.pdf>
- Procedimientos en Microbiología Clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Diagnóstico microbiológico de la infección por el VIH; 2014. Disponible en: <https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia6b.pdf>
- Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Plan Nacional sobre SIDA. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en:  
<https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GuiaRecomendacionesDiagnosticoPrecozVIH.pdf>
- Guía para la realización de pruebas rápidas del VIH en entornos comunitarios. Plan Nacional sobre el SIDA. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019. Disponible en:  
[https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/realizacionPrsRapidasyIH\\_Accesible.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/realizacionPrsRapidasyIH_Accesible.pdf)
- Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida. España 2008-2012. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en:  
<https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PMS200812.pdf>
- Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. Disponible en:  
[https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013\\_2016.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013_2016.pdf)
- Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS en España. 2021-2030. Ministerio de Sanidad; 2023. Disponible en:  
[https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planNalSida/Plan\\_de\\_Prevencion\\_y\\_Control1.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planNalSida/Plan_de_Prevencion_y_Control1.pdf)
- La realización de pruebas de diagnóstico rápido de VIH y otras ITS en el ámbito comunitario en España: marco normativo y situación actual. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Ministerio de Sanidad; 2021. Disponible en:  
[https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/ITS/Informe\\_Legislacion\\_Puebas\\_Rapidas\\_VIH\\_e\\_ITS\\_en\\_Espana\\_2021.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/ITS/Informe_Legislacion_Puebas_Rapidas_VIH_e_ITS_en_Espana_2021.pdf)

- Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto (Actualización de 2023). Grupo de expertos de la División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis (DCVIHT), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Grupo de Estudio de SIDA (GeSIDA) y Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP); 2023. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Documento\\_de\\_consenso\\_para\\_el\\_seguimiento\\_de\\_la\\_infeccion\\_por\\_el\\_VIH\\_en\\_relacion\\_con\\_la\\_reproduccion\\_embarazo\\_parto\\_y\\_profilaxis\\_de\\_la\\_transmision\\_vertical\\_del\\_nino\\_expuesto.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Documento_de_consenso_para_el_seguimiento_de_la_infeccion_por_el_VIH_en_relacion_con_la_reproduccion_embarazo_parto_y_profilaxis_de_la_transmision_vertical_del_nino_expuesto.pdf)
- Acuerdos sobre Pruebas de Detección Genómica Viral en las Donaciones de Sangre. Comité Científico para la Seguridad Transfusional (CCST). Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/acuerdos/docs/genomicaViral.pdf>
- Documento de Consenso del Grupo de Estudio de la Infección en el Trasplante (GESITRA) perteneciente a la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) y la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) sobre los Criterios de Selección del Donante de Órganos Sólidos en Relación a las Enfermedades Infecciosas. Grupo de Estudio de la Infección en el Trasplante (GESITRA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) y la Organización Nacional de Trasplantes (ONT); 2019. Disponible en: <https://www.ont.es/wp-content/uploads/2023/06/CRITER2.pdf>
- Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones (Actualización de 2018). Grupo de trabajo de vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/riesgo/docs/VacGruposRiesgo\\_todas\\_las\\_edades.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/riesgo/docs/VacGruposRiesgo_todas_las_edades.pdf)
- Recomendaciones CEVIHP/SEIP/AEP/SPNS para el seguimiento del paciente pediátrico infectado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/recoSeguimientoPediaticoVIHJunio09.pdf>
- Vacunación en niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Manual de inmunizaciones en línea de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP); 2024. Disponible en: <https://vacunasaep.org/print/documentos/manual/cap-15>

- Manual para implementación de un Programa de Profilaxis Preexposición al VIH en España (Actualización diciembre 2021). Grupo de Trabajo de PrEP. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad; 2021. Disponible en:  
[https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/PrEP/Manual\\_PrEP\\_FINAL.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/PrEP/Manual_PrEP_FINAL.pdf)
- Recomendaciones sobre la profilaxis pre-exposición para la prevención de la infección por VIH en España (Actualización enero 2023). Grupo de Estudio de SIDA de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (GeSIDA-SEIMC); 2023. Disponible en:  
<https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/03/Guia-profilaxis.pdf>
- Sistema de información de programas de Profilaxis Pre-exposición al VIH en España (SIPrEP). Informe de resultados noviembre 2019 - mayo 2023. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad; 2023. Disponible en:  
[https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/PrEP/Informe\\_SIPrEP\\_nov\\_19\\_mayo\\_23.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/PrEP/Informe_SIPrEP_nov_19_mayo_23.pdf)
- Protocolo de Investigación del Sistema de Información de Programas de Profilaxis Pre-exposición al VIH en España. Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad; 2020. Disponible en:  
[https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/PrEP/ANEXO\\_FINAL\\_SiPREp1.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/PrEP/ANEXO_FINAL_SiPREp1.pdf)
- Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños (Actualización marzo 2015). Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (SPNS), Grupo de Estudio de SIDA (GeSIDA), Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST), Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH), Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT), Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública (SESLAP), Asociación Nacional de Médicos del Trabajo en el Ámbito Sanitario (ANMTAS), Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP), Sociedad Española de Medicina de urgencias y Emergencias (SEMES), Grupo de Estudio de Hepatitis Víricas-SEIMC (GEHEP) y Federación Española de la Enfermería del Trabajo (FEDEET); 2015. Disponible en:  
[https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/PPE\\_23Marzo2015.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/PPE_23Marzo2015.pdf)
- Documento de consenso de GeSIDA/División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2023). Grupo de Estudio de SIDA de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (GeSIDA-SEIMC), División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis (DCVIHT) del Ministerio de Sanidad; 2023. Disponible en:  
[https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/06/Guia\\_TAR\\_V12.pdf](https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/06/Guia_TAR_V12.pdf)

- Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España 2022: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de SIDA. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III/División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Madrid; 2023. Disponible en:  
[https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Informe\\_VIH\\_SIDA\\_2023.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Informe_VIH_SIDA_2023.pdf)
- Documento de prevención y tratamiento de infecciones oportunistas y otras coinfecciones en pacientes con infección por VIH (Actualización de 2021). Grupo de Estudio de SIDA de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (GeSIDA-SEIMC); 2022. Disponible en:  
[https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2022/03/GUIA\\_PREVENCION\\_INFECCIONES\\_OPORTUNISTAS.pdf](https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2022/03/GUIA_PREVENCION_INFECCIONES_OPORTUNISTAS.pdf)
- Estudio de contactos ante casos de VIH y otras ITS en Andalucía. Documento de apoyo a la red de Vigilancia en Salud Pública (Actualización de 2022). Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Consejería de Salud y Consumo. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica (DGSPyOF); 2022. Disponible en:  
[https://juntadeandalucia.es/sites/default/files/inline-files/2022/10/20220909\\_DOCUMENTO%20APOYO%20%20ESTUDIO%20DE%20CONTACTOS%20ITS%20v1.pdf](https://juntadeandalucia.es/sites/default/files/inline-files/2022/10/20220909_DOCUMENTO%20APOYO%20%20ESTUDIO%20DE%20CONTACTOS%20ITS%20v1.pdf)

## ANEXO I. Listado de enfermedades indicativas de SIDA

1. Candidiasis esofágica.
2. Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar.
3. Coccidioidomycosis 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. Leucoencefalopatía 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 linfoide (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

**Fuente:** Protocolo de vigilancia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE); 2016.

## ANEXO II. Condiciones indicadoras de infección por VIH

- Enfermedades que se encuentran ligadas con mayor probabilidad a la infección por VIH, o en las que no diagnosticar el VIH podría tener consecuencias negativas para el pronóstico del paciente:
  - Enfermedades asociadas a una prevalencia de VIH no diagnosticado >0,1%:
    - Infección de transmisión sexual
    - Linfoma maligno
    - Cáncer/Displasia anal
    - Displasia cervical
    - Herpes zóster
    - Hepatitis B o C (aguda o crónica)
    - Síndrome mononucleósico
    - Trombocitopenia o leucocitopenia idiopática que dure más de 4 semanas
    - Dermatitis seborreica/exantema
    - Enfermedad neumocócica invasiva
    - Fiebre sin causa aparente
    - Candidemia
    - Leishmaniasis visceral
- Otras enfermedades posiblemente asociadas a una prevalencia de VIH no diagnosticado > 0,1%:
  - Cáncer de pulmón primario
  - Meningitis linfocítica
  - Leucoplasia vellosa oral
  - Psoriasis grave o atípica
  - Síndrome de Guillain-Barré
  - Mononeuritis
  - Demencia subcortical
  - Enfermedad del tipo esclerosis múltiple
  - Neuropatía periférica
  - Pérdida de peso injustificada
  - Linfadenopatía idiopática
  - Candidiasis bucal idiopática
  - Diarrea crónica idiopática
  - Insuficiencia renal crónica idiopática
  - Hepatitis A
  - Neumonía de adquisición en la comunidad
  - Candidiasis

- Condiciones en las que la no identificación de la presencia de la infección por VIH puede tener consecuencias negativas importantes para el manejo clínico de la persona a pesar de que la prevalencia estimada del VIH es probablemente inferior al 0,1%:
  - Enfermedades que requieren tratamiento inmunosupresor agresivo:
    - Cáncer
    - Trasplante
    - Enfermedad autoinmune tratada con terapia inmunosupresora
  - Lesión cerebral primaria ocupante de espacio
  - Púrpura trombocitopénica idiopática
- Enfermedades definitorias de SIDA (ver anexo I)

**Fuente:** OMS, ECDC. Enfermedades indicadoras de infección por VIH, Guía para la realización de la prueba del VIH a adultos en entornos sanitarios. HIV in Europe. 2012.

## ANEXO III. Recomendaciones generales de la profilaxis postexposición ocupacional frente al VIH

Tipo de exposición	Tipo de material	RECOMENDACIÓN
Percutánea	Sangre*	Recomendar PPE Recomendar PPE Recomendar PPE ‡‡
	Riesgo muy alto Riesgo alto Riesgo no alto	
	Líquido que contiene sangre, otros líquidos potencialmente infectantes # o tejidos	Recomendar PPE ‡‡
	Otros líquidos corporales no infectantes	No recomendar PPE
Mucosas	Sangre	Valorar individualmente φφ
	Líquido que contiene sangre, otros líquidos infecciosos # o tejidos	Valorar individualmente φφ
	Otros líquidos corporales	No recomendar PPE
Piel alto riesgo&	Sangre	Valorar individualmente φφ
	Líquido que contiene sangre, otros líquidos potencialmente infectantes # o tejidos	Valorar individualmente φφ
	Otros líquidos corporales no infectantes	No recomendar PPE

\*: Riesgo muy alto se define como accidente con gran volumen de sangre (pinchazo profundo con aguja utilizada en acceso vascular del paciente) y con carga viral VIH elevada.

Riesgo alto se define como accidente con alto volumen de sangre ó accidente con sangre que contiene carga viral VIH elevada

Riesgo no alto: aquel accidente en el que no se da exposición a gran volumen de sangre ni a sangre con carga viral VIH elevada (pinchazo con aguja de sutura de paciente con carga viral baja o indetectable)

#: incluye semen, secreciones vaginales, LCR y líquidos sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico y amniótico.

&: Contactos cutáneos de alto riesgo cuando se trata de líquidos con carga viral VIH elevada, el contacto es muy prolongado, el área es extensa ó hay zonas de piel no íntegra.

‡‡: Cuando la carga viral es indetectable se puede considerar no realizar PPE porque el riesgo de transmisión es muy bajo.

φφ: Valorar individualmente cada caso. En general recomendar PPE. Cuando la carga viral es indetectable se puede considerar no realizar PPE porque el riesgo de transmisión es muy bajo.

**Fuente:** Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Grupo de expertos SPNS, GeSIDA, SEMST, SEMPSPH, AEEMT, SESLAP, ANMTAS, SEIP, SEMES, GEHEP y FEDEET; 2015.

## ANEXO IV. Recomendaciones generales de la profilaxis postexposición no ocupacional frente al VIH

Tipo de exposición	Riesgo de transmisión según Fuente	Recomendación
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Relación sexual anal o vaginal, receptiva o insertiva, sin preservativo o mal uso del mismo.</li> <li>■ Compartir jeringuillas o agujas con UDVP</li> <li>■ Pinchazo percutáneo con exposición a sangre u otros fluidos potencialmente infectantes (1)</li> <li>■ Mordeduras humanas con solución de continuidad en la piel y presencia de</li> </ul>	<p>Exposiciones con riesgo de transmisión apreciable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ VIH positivo con CVP detectable o desconocida (3)</li> <li>■ VIH desconocido con factores de riesgo (4)</li> </ul> <p>.....</p> <p>Exposiciones con riesgo de transmisión bajo o mínimo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ VIH positivo con CVP indetectable</li> <li>■ VIH desconocido sin factores de riesgo</li> </ul>	<p>Recomendar PPE</p> <p>.....</p> <p>Valorar individualmente (5)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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</li> <li>■ Exposición de otras mucosas o de piel no intacta a sangre u otros fluidos potencialmente infectantes (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Exposiciones con riesgo de transmisión bajo o mínimo</li> <li>■ VIH positivo con CVP detectable, indetectable o desconocida</li> <li>■ VIH desconocido con factores de riesgo</li> <li>■ VIH desconocido sin factores de riesgo</li> </ul>	<p>Valorar individualmente (5)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cualquier tipo de exposición con fluidos no infectantes (2)</li> <li>■ 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</li> </ul>	<p>Exposiciones con riesgo de transmisión despreciable o nulo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ VIH positivo con CVP detectable o indetectable y VIH desconocido con o sin factores de riesgo</li> </ul>	<p>PPE no recomendada</p>

- 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.

**Fuente:** Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Grupo de expertos SPNS, GeSIDA, SEMST, SEMPSPH, AEEMT, SESLAP, ANMTAS, SEIP, SEMES, GEHEP y FEDEET; 2015.

## ANEXO V. Encuesta epidemiológica de los casos de infección por VIH/SIDA

Nota. Si la información de la encuesta ya se encuentra recogida correctamente en la ficha de Red Alerta sólo es necesario recoger información con respecto a los antecedentes de exposición u otro dato adicional que resulte de interés debiendo colgar esta información en Red Alerta como “Encuesta” o “Informe Preliminar/Provisional”.

DATOS DECLARANTE:	
Centro/Unidad:	
Municipio:	Provincia:
Distrito:	Hospital:
Persona que realiza la encuesta:	Teléfono:
Fecha de realización de la encuesta:	
EVENTO DECLARADO:	
ID caso RedAlerta:	
Fecha declaración:	Fecha caso*:
<i>*Como fecha del caso se considera la fecha del primer diagnóstico del caso.</i>	
CASO DE VIH	Fecha de primer diagnóstico:
CASO DE SIDA	Fecha de primer diagnóstico
Tipo/Motivo: <input type="checkbox"/> Infección por VIH <input type="checkbox"/> Caso de SIDA <input type="checkbox"/> Actualización	
Estadio clínico: <input type="checkbox"/> Primoinfección <input type="checkbox"/> Infección asintomática (Estadio A) <input type="checkbox"/> Infección sintomática sin criterio SIDA (Estadio B) <input type="checkbox"/> Caso de SIDA (Estadio C)	
Evolución:	
EN CASO DE DEFUNCIÓN:	
Fecha de defunción:	Fallecimiento relacionado con SIDA: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Causas relacionadas con SIDA:	
Causas no relacionadas con SIDA:	
Fue Hospitalizado:	Hospital:

**DATOS PERSONALES**

**Apellido 1:** \_\_\_\_\_ **Apellido 2:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Sexo:**  V  M  Otro  Desconocido **Edad al diagnóstico:** años ó meses  
**F. nacimiento:** \_\_\_\_\_ **DNI:** \_\_\_\_\_ **NUHSA:** \_\_\_\_\_  
**NUSS:** \_\_\_\_\_  
**Nivel de estudios:** \_\_\_\_\_ **Situación laboral:** \_\_\_\_\_  
*(se utilizarán los mismos valores de la Encuesta Nacional de Salud)*  
**País de origen/nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Año de llegada a España:** \_\_\_\_\_  
**RESIDENCIA HABITUAL AL DIAGNÓSTICO DE VIH:**  
**País, si no es España:** \_\_\_\_\_  
**Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Localidad:** \_\_\_\_\_  
**Provincia:** \_\_\_\_\_ **ZBS:** \_\_\_\_\_ **Distrito:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**RESIDENCIA HABITUAL AL DIAGNÓSTICO DE SIDA:**  
**País, si no es España:** \_\_\_\_\_  
**Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Localidad:** \_\_\_\_\_  
**Provincia:** \_\_\_\_\_ **ZBS:** \_\_\_\_\_ **Distrito:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**DATOS DE LABORATORIO**

**Fecha del primer test confirmado positivo a VIH:**  
*(si sólo se conoce el año: 01/01/AAAA)*  
**Tipo viral positivo:**  VIH 1  VIH 2  AMBOS  
**Fecha del último test negativo a VIH:**  
*(si sólo se conoce el año: 01/01/AAAA)*  
**Determinación más próxima al diagnóstico de VIH:**  
**CD4/microlitro VIH:** \_\_\_\_\_ **Carga viral: copias/mL VIH:** \_\_\_\_\_

**Determinación más próxima al diagnóstico de SIDA:**

**CD4/microlitro VIH:** \_\_\_\_\_ **Carga viral: copias/mL VIH:** \_\_\_\_\_

**TIPO DE SERVICIO QUE PRESCRIBIÓ INICIALMENTE EL TEST:**

**especificar:**

**Otro (especificar):**

**MECANISMO DE TRANSMISIÓN**

*(Se marcarán todos los que procedan, obligatorio al menos uno)*

ADVP

Hombres que practican sexo con hombres

Relaciones heterosexuales

Relaciones sexuales desconocidas

Ha recibido hemoderivados por coagulopatías u otros antes de 1986

Ha recibido transfusión o componentes de sangre contaminada por VIH

Centro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Madre-hijo, con madre seropositiva por:

Otro mecanismo:

Tatuaje piercing o procedimiento similar

Pinchazo o contacto accidental con sangre infectada

Otro (especificar): \_\_\_\_\_

Nosocomial

Mecanismo desconocido

**OPORTUNIDADES PERDIDAS**

**Oportunidades perdidas:**  Si  No **Enfermedad indicadora VIH:**  Si  No **Especificar VIH:** \_\_\_\_\_

**Nº de oportunidades perdidas:** \_\_\_\_\_ **Enfermedad indicadora de SIDA:**  Si  No **Especificar SIDA:** \_\_\_\_\_

**Factores de riesgo:**  Si  No **Especificar factor de riesgo:** \_\_\_\_\_

**Otras oportunidades:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DEL RIESGO DE TRANSMISIÓN SEXUAL:**

**Identidad de género:**  cisgénero  transgénero  otras  desconocido

**SITUACIÓN ESPECIAL:**

Embarazada  Migrante  Interno en prisión  Residente en institución cerrada  Trabajador/a sexual

Persona sintecho  Violencia de género  Agresión sexual  Ninguna conocida  Otra problemática social

**EL RIESGO DE TRANSMISIÓN SEXUAL SE ATRIBUYE CON PERSONA QUE ES:**

Usuaría de drogas inyectables  Receptora de transfusión con infección VIH  Tratada con hemoderivados

Relaciones bisexuales  Relaciones sexuales a cambio de dinero  Originaria de país de alta prevalencia

Persona infectada sin riesgo conocido  Otra información: \_\_\_\_\_

SI HA RECIBIDO TRANSFUSIÓN O COMPONENTE DE SANGRE CONTAMINADA CON VIH:			
<b>País de la transfusión:</b>	<b>Fecha transfusión:</b>		
<b>Comunidad autónoma:</b>	<b>Hospital transfusión:</b>		
TRANSMISIÓN MADRE-HIJO CON MADRE SEROPOSITIVA			
<b>Información complementaria transmisión madre-hijo:</b>			
<b><u>DATOS DE LA MADRE:</u></b>			
<b>Nombre:</b>	<b>Apellido 1:</b>	<b>Apellido 2:</b>	
<b>NUHSA:</b>	<b>NUSS:</b>	<b>NIF/NIE/Pasaporte:</b>	
<b>Nº NIF/NIE/Pasaporte:</b>	<b>País de nacimiento materno:</b>		
<b><u>INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA TRANSMISIÓN MADRE-HIJO:</u></b>			
<input type="checkbox"/> Madre usuaria de drogas con material o sustancia contaminada			
<input type="checkbox"/> Madre con antecedentes de relaciones heterosexuales de riesgo (ver apartado anterior)			
<input type="checkbox"/> Madre con otros tipos de exposición al VIH      especificar:			
<input type="checkbox"/> Receptora hemoderivados/transfusión sanguínea			
<input type="checkbox"/> Originaria de país de alta prevalencia			
<input type="checkbox"/> Madre diagnosticada de VIH o SIDA con factores de riesgo desconocidos			
<input type="checkbox"/> Profilaxis en embarazadas			
<b>Ha estado en prisión:</b>			
ESTADIO CLÍNICO EN EL MOMENTO DE LA DECLARACIÓN (CDC:, 1993)			
<i>(Campo obligatorio sólo se cumplimenta cuando entra en el sistema el caso)</i>			
<input type="checkbox"/> Primoinfección			
<input type="checkbox"/> Infección asintomática (Estadio A)			
<input type="checkbox"/> Infección sintomática sin criterios de SIDA (Estadio B)			
<input type="checkbox"/> Caso de SIDA (Estadio C)			
COINFECCIONES			
<input type="checkbox"/> Sífilis	Fecha:	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	Fecha:
<input type="checkbox"/> Gonococia	Fecha:	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	Fecha:
<input type="checkbox"/> Otras ITS	Fecha:	<input type="checkbox"/> Leishmania	Fecha:
<input type="checkbox"/> Candidiasis	Fecha:	<input type="checkbox"/> Otras	Fecha:
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	Fecha:		

**ENFERMEDADES INDICATIVAS DE SIDA (Listado del protocolo del Registro Nacional de SIDA).**

Campo obligatorio en el diagnóstico SIDA, al menos una enfermedad indicativa y la fecha de notificación de la misma. Esta fecha será la fecha de diagnóstico de SIDA.

- |  |        |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> Candidiasis esofágica                                 | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar            | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Coccidioidomicosis diseminada                         | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Criptococosis extrapulmonar                           | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Herpes simple monocutáneo crónico                     | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Herpes simple bronquial, pulmonar, esofágico          | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Criptosporidiasis con diarrea de más de 1 mes         | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Histoplasmosis diseminada                             | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Isosporidiasis con diarrea                            | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad por citomegalovirus                        | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Retinitis por citomegalovirus                         | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>            | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis cerebral                                | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Leucoencefalopatía multifocal progresiva              | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Complejo <i>M. avium</i> o <i>M. kansasii</i>         | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis extrapulmonar o diseminada               | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> <i>Mycobacterium</i> de otras especies, extrapulmonar | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Septicemia por <i>Salmonella</i>                      | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Neumonitis intersticial linfoide*                     | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Múltiples infecciones bacterianas recurrentes         | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi                                     | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Linfoma primario de cerebro                           | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Linfoma de Burkitt (o equivalente)**                  | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Linfoma inmunoblástico (o equivalente)**              | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Encefalopatía por VIH                                 | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Síndrome caquético por VIH                            | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis pulmonar***                              | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Neumonía bacteriana recurrente                        | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Cáncer invasivo de cuello de útero***                 | Fecha: |

\*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. Tuberculosis pulmonar en adultos o adolescentes. Neumonía bacteriana recurrente, dos o más episodios en 12 meses.

**TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PREVIO AL SIDA**

Está recibiendo tratamiento antirretroviral SIDA  Si  No

Fecha de inicio de tratamiento antirretroviral SIDA:

Si notifica inicialmente como SIDA, ha recibido antirretroviral previo  Si  No

**DECLARACIÓN DE FALLECIMIENTO**

Evento defunción:

**Fecha:**



**Junta de Andalucía**  
Consejería de Salud y Consumo