



Principado de
Asturias

Consejería
de Salud

Dirección General de Salud Pública
y Atención a la Salud Mental



INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

PROTOCOLOS DE SALUD PÚBLICA

NOVIEMBRE DE 2023

**Enfermedad de declaración obligatoria a nivel estatal.
Infección de transmisión sexual, parenteral o vertical.
Produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario.**

PROTOCOLO DE INFECCIÓN POR VIH
vigilancia.sanitaria@asturias.org



RESUMEN VIH

CUADRO CLÍNICO

- Primoinfección: síndrome viral agudo de 2-3 semanas de duración, similar a un síndrome mononucleósido que puede pasar desapercibido.
- Fase intermedia o infección crónica: asintomática, aunque en algunos casos adenopatías, trombopenias y trastornos neurológicos centrales o periféricos.
- Estadio final o sida: inmunosupresión grave con aparición de enfermedades oportunistas, distintos tipos de cáncer y muerte.

AGENTE CAUSAL

- Retrovirus VIH-1 y VIH-2.

RESERVORIO

- Ser humano.

MODO DE TRANSMISIÓN

- Contacto sexual y de piel y mucosas excoriadas con fluidos corporales.
- Uso de agujas u otros materiales de inyección contaminados, también en el ámbito laboral, transfusiones.
- Transmisión vertical, también en la lactancia.

PERIODO DE INCUBACIÓN

- De 1 a 3 meses hasta la aparición de anticuerpos.
- Hasta 15 años desde la infección hasta el diagnóstico de sida.

TRANSMISIBILIDAD

- Depende de la carga viral.
- Más elevada en los primeros meses de la infección, para luego descender y volver a elevarse a medida que aumenta la inmunosupresión.

SUSCEPTIBILIDAD

- Presumiblemente general.
- Personas expuestas a material de inyección contaminado.
- Personas con prácticas sexuales de riesgo.
- La presencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) sobre todo las de tipo ulceroso aumenta la susceptibilidad.
- Existen interacciones importantes con otros agentes infecciosos, como la Hepatitis B, C y la tuberculosis.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

- El VIH y el sida se vigila con un registro autonómico.
- El VIH y el sida son Enfermedades de Declaración Obligatoria nominal a nivel estatal por sistemas especiales.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Cultura del sexo seguro y la reducción de riesgos.
- Control y tratamiento de consumo de drogas inyectables.
- Acceso a profilaxis pre-exposición y post-exposición.
- Asesoramiento en embarazo y puerperio.
- Control de las unidades transfusionales.
- Medidas adecuadas en entornos sanitarios o laborales en los que se pueda producir exposición.

Este protocolo está sujeto a revisión.



Principado de
Asturias

Consejería
de Salud

Dirección General de Salud Pública
y Atención a la Salud Mental





DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

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

Posteriormente quedó bien establecido que corresponde a la fase clínica tardía de la infección por el **virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)**. En el transcurso de unas semanas a pocos meses tras la infección por el VIH, puede aparecer un síndrome agudo, similar a una mononucleosis infecciosa, que suele autolimitarse en una o dos semanas. Posteriormente, la persona permanecerá asintomática durante años, antes de que aparezcan nuevas manifestaciones clínicas. La gravedad de las infecciones oportunistas y patología tumoral relacionada con el VIH dependerá del grado de disfunción del sistema inmunitario que va causando el virus. Se estima que, en ausencia de tratamiento, más del 90% de las personas infectadas, desarrollarán la fase de sida, cuya tasa de letalidad, si no se trata, es muy alta: en los países desarrollados, entre el 80 y el 90% de los pacientes no tratados solían morir en el término de 3 a 5 años después del diagnóstico de sida. El empleo rutinario de fármacos profilácticos para las infecciones oportunistas, y la aparición de tratamientos antirretrovirales de gran actividad a mediados de la década de 1990, han permitido diferir la progresión a la fase de sida y disminuir significativamente la mortalidad por esta causa.

La tasa de nuevos diagnósticos de VIH en España ha ido descendiendo progresiva y lentamente desde 8,58 por 100.000 habitantes en 2010 a 5,89 en 2021, siendo este dato una estimación debido a la pandemia de la COVID-19. Esta tasa es similar a la de países vecinos, aunque superior a la media de la Unión Europea.

La mayor parte de los nuevos diagnósticos son hombres, con una mediana de edad de 36 años. La vía de transmisión más frecuente es la sexual, afectando de manera muy importante a hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres que suponen más de la mitad de los nuevos diagnósticos anuales. El 36,1% de los nuevos diagnósticos de VIH se produjeron en personas originarias de otros países, fundamentalmente de América Latina. Casi la mitad de los nuevos diagnósticos (45,9%) presentaron diagnóstico tardío.

El porcentaje de personas con el VIH mayores de 50 años atendidas en hospitales ha ascendido del 12% en 2004 al 55,4% en 2019, y en este último año el 47% habían sido diagnosticadas hacía más de 15 años. La cronicidad, así como el incremento de las comorbilidades en la infección por el VIH, es actualmente uno de los desafíos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios en los países desarrollados y obliga a introducir cambios en el modelo asistencial para impulsar un envejecimiento saludable. Tanto la frecuencia como la complejidad de las comorbilidades precisan un abordaje multidisciplinar.

Agente

El agente causal, el VIH, es un retrovirus. Se reconocen dos tipos, VIH-1 y VIH-2, que son diferentes desde el punto de vista serológico y geográfico, pero tienen características epidemiológicas similares. El VIH-2 presenta una menor patogenicidad, produce una evolución más lenta de la enfermedad y su transmisión materno-infantil es menor.



Reservorio

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

Modo de transmisión

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

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

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

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

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

Periodo de incubación

Es variable. Suelen transcurrir de uno a tres meses desde la infección hasta la aparición de anticuerpos detectables, pero el lapso que va desde la infección hasta el diagnóstico de sida varía desde menos de un año a más de 15. Sin tratamiento antirretroviral efectivo, cerca de la mitad de los adultos infectados desarrollará sida 10 años después de la infección. El período de incubación en los lactantes es más breve.

Periodo de transmisibilidad

Comienza muy poco después de iniciarse la infección, y dura toda la vida. El riesgo de transmisión es alto en los primeros meses que siguen a la infección, cuando la carga viral es alta y, si no se ha realizado el diagnóstico, existen conductas de riesgo. Posteriormente desciende, para aumentar conforme se agrava la deficiencia inmunitaria y los síntomas clínicos. El riesgo de transmisión aumenta también con la presencia de otras ITS. Aunque el tratamiento antirretroviral (TAR) reduce la carga viral en la sangre y en las secreciones genitales, la posibilidad de transmisión persiste.



Susceptibilidad

Se desconoce, pero presumiblemente es general. La raza, el sexo y el embarazo al parecer no modifican la susceptibilidad a la infección por el VIH o la progresión a sida.

La presencia de otras ITS, en especial las de tipo ulceroso, incrementa la susceptibilidad, al igual que el hecho de que los varones no estén circuncidados. Las interacciones entre el VIH y otros agentes infecciosos han suscitado gran preocupación desde el punto de vista médico y de la salud pública. La principal interacción reconocida es con la tuberculosis. Las personas con una infección tuberculosa latente que también están infectadas por el VIH presentan tuberculosis manifiesta con mayor frecuencia; el riesgo de padecerla a lo largo de su vida se multiplica por 6 u 8. Dicha interacción ha originado una pandemia paralela de tuberculosis. Tanto el VIH como el VHB comparten las vías de transmisión y afectan a los mismos grupos de riesgo, por lo que la presencia de una coinfección por ambos virus puede resultar relativamente frecuente. Entre el 3% y el 5% de los pacientes infectados por el VIH, en nuestro medio, presentan infección activa por el VHB (HBsAg positivo). Igualmente, el VIH y el virus de la hepatitis C (VHC) comparten las mismas vías de transmisión.

En nuestro país, el uso de drogas por vía parenteral ha sido el principal factor de riesgo para la alta prevalencia de coinfección VHC/VIH. Esta asociación altera la historia natural del VHC ya que aumenta el riesgo de cronificación del VHC, que ocurre en el 90-95% de los pacientes infectados.

Otras interacciones adversas con la infección por el VIH son: infecciones neumocócicas, el herpes genital, la salmonelosis no causada por *S. Typhi*, el paludismo y la leishmaniasis visceral. Todas ellas pueden ver incrementada su frecuencia y severidad. Por otra parte, la tuberculosis, el paludismo y el herpes genital pueden tener un efecto sobre la infección por VIH aumentando la carga viral y produciendo un descenso de la cifra de linfocitos CD4, aunque las implicaciones clínicas a largo plazo no están claras.



VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

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

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

Definición de caso

Criterio clínico (sida)

Persona (con serología positiva) que presenta cualquiera de las afecciones clínicas incluidas en la definición europea de caso de sida, según la edad (< 15 años o ≥ 15 años): Ver listado en Anexo I.

Criterio analítico (VIH)

Niños menores de 18 meses

Resultados positivos, en dos muestras distintas (excluyendo la sangre del cordón umbilical), de al menos uno de los tres análisis siguientes:

- Detección de ácido nucleico (ARN o ADN) del VIH.
- Confirmación del VIH mediante la prueba del antígeno p24, incluido el test de neutralización, en un niño de hasta 1 mes de edad.
- Aislamiento del VIH.

A partir de 18 meses de edad

Al menos uno de los tres criterios siguientes:

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

Criterio epidemiológico

No procede.



Clasificación de los casos

Caso sospechoso: No procede.

Caso probable: No procede.

Caso confirmado:

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

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



MODO DE VIGILANCIA

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y el sida son **Enfermedades de Declaración Obligatoria** (EDO), siendo incorporado con forma de declaración por sistemas especiales en la lista de enfermedades por la Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, que modifica los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Los casos nuevos se notificarán por los circuitos habituales de notificación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria en horario de trabajo, de forma nominal, con datos identificativos del enfermo y las características clínicas y epidemiológicas de la enfermedad. Para ello se debe rellenar la encuesta disponible en el Anexo II.

El profesional sanitario que diagnostique un caso, debe notificarlo al Servicio de Vigilancia Epidemiológica (SVE) de la Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental de la Consejería de Salud, y a la Dirección de Asistencia Sanitaria y Salud Pública del área sanitaria correspondiente lo antes posible, con los datos disponibles hasta ese momento. La notificación de los casos se realizará a:

Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental.

Consejería de Salud del Principado de Asturias.

C/ Ciriaco Miguel Vigil, 9. Edificio "Buenavista". 33006 Oviedo.

Teléfonos: 985 10 65 04. 985 10 63 23 (horario de oficina). Fax: 985 10 63 20

El Servicio de Vigilancia Epidemiológica será el encargado de notificar los casos a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica por los circuitos habituales establecidos.



MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Medidas preventivas

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

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

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

Recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario

El acceso a la prueba para la detección del VIH y el asesoramiento sobre el riesgo de infección son medidas importantes para conocer el status serológico, fomentar el cambio en las conductas, y diagnosticar la infección por el VIH lo antes posible. La promoción del test del VIH, facilitando el acceso a él a todo el que lo solicite, ha de ser una prioridad. La prueba del VIH viene ofertándose en España desde finales de los años 80, en diferentes contextos y grupos de personas con riesgo de exposición.

En Asturias, la prueba del VIH se puede realizar en todos los centros sanitarios de la red pública de forma gratuita y confidencial. La prueba rápida de detección del VIH se puede realizar en Asturias de forma totalmente anónima, y sin presentar ningún tipo de documentación, en las Unidades de ITS de Oviedo y Gijón, una serie de oficinas de farmacia del Principado y el Comité Ciudadano Anti-sida de Gijón. Para más información, consultar el siguiente enlace:

<https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/prueba-rapida-de-deteccion-del-vih-en-asturias>

Respecto a las recomendaciones de la prueba del VIH en centros sanitarios, está destinada tanto a personas con clínica sospechosa de infección por VIH, como a personas asintomáticas, refieran o no prácticas de riesgo para la adquisición del VIH. En el caso de que no haya clínica, se distingue entre oferta rutinaria y oferta dirigida: esta última sigue siendo la prioritaria, y su realización debe potenciarse, ya que se destina a las personas con mayor probabilidad de infección por sus conductas o situaciones de riesgo. Además, deben tenerse en cuenta las situaciones de realización obligatoria de la prueba.

- Personas CON criterios clínicos compatibles con infección por VIH o sida: se debe realizar la prueba a aquellas personas que presentan signos y/o síntomas de infección por VIH/sida.
- Personas SIN sospecha de infección por VIH o sida: en el caso de personas sin sospecha de infección se debe distinguir entre la oferta rutinaria, la dirigida y la obligatoria.



○ **Oferta rutinaria de la prueba del VIH**

Se recomienda ofertar la prueba a:

- Población general: Personas que cumplan simultáneamente los tres criterios siguientes:
 - Ser sexualmente activas y estar entre los 20-59 años.
 - Que habiendo solicitado asistencia en un Centro de Atención Primaria se les haya indicado una extracción de sangre por cualquier motivo. Este criterio se ha seleccionado por razones de eficiencia y para facilitar la aceptabilidad.
 - Que residan en provincias cuyas tasas de nuevos diagnósticos de VIH en el grupo de edad de 20-59 años se encuentren por encima del percentil 75 en este grupo de edad, calculado durante los últimos tres años a nivel nacional. Se ha seleccionado este grupo porque el 95% de los nuevos diagnósticos notificados al Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH) en 2012 se encontraban en dicho grupo.
- Mujeres embarazadas.
- Internos en instituciones penitenciarias

○ **Oferta dirigida de la prueba del VIH**

Se ofrece la prueba a todas las personas que por su exposición al VIH o su procedencia requieran descartar una infección por VIH.

○ **Realización obligatoria de la prueba del VIH**

La realización previa de la prueba es obligatoria en los siguientes casos: donación de sangre, trasplante, injerto o implantación de órganos, estudios de donantes y usuarios relacionados con técnicas de reproducción humana asistida, y obtención y recepción de semen.

Para más información respecto a los principios básicos, recomendaciones, modo de realización y técnicas de laboratorio para el diagnóstico precoz de VIH se puede consultar la Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario del año 2014 elaborada por el Ministerio de Sanidad:

<https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GuiaRecomendacionesDiagnosticoPrecozVIH.pdf>

Profilaxis post-exposición (PPE)

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

1. **Exposición ocupacional o laboral:** Una exposición que se produce de forma accidental en el medio sanitario; aunque desde un punto de vista legal, en España, tendrá la calificación de laboral cualquier lesión o enfermedad derivada de la exposición por el trabajo enmarcada en los artículos 115 y 116 de la Ley General de la Seguridad Social, aunque no se trate de profesionales sanitarios.
2. **Exposición no ocupacional:** Es el contacto con sangre o fluidos potencialmente infecciosos fuera del ámbito laboral, como por ejemplo la exposición sexual sin protección o con fallo de la misma, la exposición parenteral en usuarios de drogas intravenosas con material contaminado, la exposición mucosa, pinchazos accidentales o mordeduras.



1. Profilaxis post-exposición ocupacional (PPEO):

El riesgo de transmisión de VIH en una exposición ocupacional existe, y difiere en función al fluido al que se exponga el profesional. Estudios prospectivos realizados en trabajadores sanitarios han estimado el riesgo medio de transmisión de VIH después de una exposición percutánea a sangre en un 0,3% (IC 95%: 0,2%-0,5%). El riesgo de transmisión después de una exposición a otros fluidos o tejidos no se ha cuantificado, pero es probable que sea considerablemente inferior al del contacto con sangre. La profilaxis post exposición es una estrategia de prevención biomédica aunque la mejor forma de prevenir la transmisión es evitar la exposición.

Estudios retrospectivos realizados en trabajadores sanitarios en Francia, Reino Unido y Estados Unidos demostraron como la administración de zidovudina (AZT) como PPEO puede reducir el riesgo de la transmisión del VIH después de una EO accidental con sangre infectada.

El trabajador debería recibir asistencia urgente, bien en su servicio de salud laboral en horario laboral y al servicio de urgencias en horario no laboral.

En heridas cutáneas y salpicaduras a piel no integra, se recomienda:

- Lavado con agua y jabón
- Dejar fluir la sangre
- Desinfectar la herida con un antiséptico (povidona yodada, gluconato de clorhexidina)
- Cubrir con un apósito impermeable.

En salpicaduras a mucosas se recomienda lavado con agua abundante o suero fisiológico. En ningún caso se aplicarán agentes cáusticos. No se recomienda “exprimir”, porque induce hiperemia, que puede aumentar el riesgo de adquirir la infección.

Recomendaciones

- Se necesitaría conocer la situación serológica frente a VIH del paciente fuente, preferiblemente en las primeras 2 horas.
- En el caso de que el paciente fuente tenga infección por el VIH conocida, es debería conocer la carga viral, el régimen de tratamiento antirretroviral (TAR), así como la historia farmacológica.
- Si no se puede conocer la situación serológica del paciente fuente, se considerará como de alto riesgo.
- La PPE debería iniciarse lo antes posible tras la EO al VIH, preferiblemente en las primeras 24 horas y siempre dentro de las primeras 72 horas.
- Se recomienda realizar PPE:
 - En las EO percutáneas a sangre con riesgo alto y muy alto.
 - En las EO percutáneas a sangre con menor riesgo o a otros fluidos corporales potencialmente infectantes aunque si la carga viral de la fuente es indetectable se puede considerar no realizarla.
 - En las EO con mucosas o con piel de alto riesgo a sangre y a otros fluidos corporales potencialmente infectantes aunque si la carga viral de la fuente es indetectable se puede considerar no realizarla.
- En las EO a fluidos corporales no infectantes no se recomienda realizar PPEO.
- LA PPEO debe interrumpirse si se confirma que el paciente fuente es VIH negativo.



2. Profilaxis post-exposición no ocupacional (PPENO):

La exposición no ocupacional (ENO) se define como el contacto por vía sexual o percutánea, de manera accidental, con sangre y/u otros fluidos biológicos potencialmente infectados de VIH fuera del ámbito ocupacional o perinatal.

El tamaño del inóculo determina la probabilidad de adquirir la enfermedad. En el VIH, una carga viral plasmática (CVP) <1500 copias/mL hace que la transmisión heterosexual sea improbable. Además, se ha observado que el riesgo de que un paciente VIH en TAR con CVP <200 copias/mL transmita la infección por el VIH en una relación sexual sin preservativo es muy cercano a cero.

Recomendaciones

- Las personas que sufren una exposición accidental deberían ser evaluadas lo antes posible para valorar si está indicada la PPENO.
- Tras la exposición accidental, las heridas y la piel expuesta debería ser lavada con agua y jabón.
- Se debería realizar PPENO lo antes posible tras la exposición, preferiblemente en las primeras 24 horas y no más tarde de las 72 horas.
- Se recomienda realizar PPENO en las exposiciones con riesgo apreciable.
- Se recomienda valorar individualmente la necesidad de PPENO en las exposiciones con riesgo bajo o mínimo. En general se recomienda iniciar PPENO 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 PPENO dado que el riesgo de transmisión es muy bajo.
- No se recomienda realizar PPENO en las exposiciones con riesgo nulo o despreciable. Recomendación fuerte, baja calidad de la evidencia La PPENO debe interrumpirse si se confirma que la persona fuente es VIH negativo.

Para más información sobre la profilaxis post-exposición, se puede consultar el “Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. (Marzo 2015)” en el siguiente enlace:

https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/PP E_23Marzo2015.pdf

Profilaxis pre-exposición (PrEP)

En los últimos años se ha observado una reducción del número de nuevas infecciones por el VIH, especialmente entre los HSH, favorecida por la implementación de la profilaxis preexposición (PrEP). No obstante, todavía se produce un significativo número de infecciones, que se podrían evitar con una óptima implementación de la PrEP. La PrEP, basada en el uso de fármacos antirretrovirales para prevenir la infección por VIH, ha mostrado su gran eficacia preventiva, seguridad y coste-efectividad en distintos grupos de población, siempre relacionada con la adherencia.

En España, esta medida preventiva se incluyó en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud en noviembre del 2019, con la combinación de FTC (200 mg) y TDF (300 mg) en un único comprimido administrado de forma diaria. También, se ha demostrado la eficacia de otras alternativas, como la pauta a demanda, u otros fármacos como TAF/FTC o Cabotegravir (CAB), aunque éstos no están disponibles



actualmente en nuestro medio. Existen numerosos ensayos clínicos en marcha que exploran nuevos fármacos o vías de administración, que podrían favorecer la adherencia y reducir los posibles efectos adversos.

La PrEP está dirigido a personas de 16 años o más, que sean HSH, personas transexuales, mujeres trabajadoras del sexo, personas que se inyectan drogas, y hombres y mujeres cis con riesgo para la adquisición del VIH.

La PrEP no consiste únicamente en la administración del fármaco, sino que debe formar parte de un programa que incluye el consejo preventivo individualizado, la evaluación de posibles efectos adversos, cribado de infecciones de transmisión sexual, detección de consumo de sustancias y actualización de la vacunación. Los estudios de cohortes y la práctica clínica refuerzan los datos de seguridad de esta medida preventiva, ya observados en los ensayos clínicos. La evidencia sobre la efectividad de la PrEP es cada vez mayor, siendo imprescindible facilitar el acceso a la PrEP a todas aquellas personas que puedan beneficiarse de esta medida preventiva.

En el siguiente documento del año 2023 publicado por GeSIDA se actualizan las recomendaciones sobre PrEP, proponiendo un seguimiento más flexible y adaptado a las características del usuario:

<https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/03/Guia-profilaxis.pdf>

Tratamiento específico

Los objetivos del TAR son conseguir la máxima y más duradera supresión de la CVP, restablecer y preservar la función inmunológica, reducir la morbilidad asociada a la replicación del VIH-1 y su efecto sobre otras comorbilidades, aumentar la supervivencia y prevenir la transmisión del VIH-1. El TAR debe iniciarse tan pronto como sea posible, y existen en la actualidad combinaciones que permiten el inicio inmediato del TAR sin esperar a ninguno de los resultados de la visita basal. La situación clínica del paciente, así como su disposición y motivación son factores críticos a la hora de decidir el momento para iniciar el TAR.

Las pautas recomendadas para el TAR inicial en el momento actual consisten en una combinación de dos o tres fármacos basados en un inhibidor de la integrasa (INI) de segunda generación (DTG o BIC). La única pauta doble recomendada en el momento actual como TAR de inicio consiste en DTG/3TC. Con estas combinaciones se consigue una CVP <50 copias/mL a las 48 semanas de tratamiento en más del 85% de los casos.

En el caso de situaciones específicas del TAR, como son el embarazo, tuberculosis, hepatopatías, interacciones farmacológicas e infección por VIH-2, se puede consultar el documento de referencia en el siguiente enlace:

https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/06/Guia_TAR_V12.pdf

Consideraciones generales de vacunación en el paciente con infección por VIH:

- Las indicaciones y las pautas de vacunación serán similares a las de la población general, especialmente en los pacientes que están recibiendo tratamiento antirretroviral y mantienen viremia del VIH indetectable y óptima situación inmunológica (recuento de linfocitos T CD4+ >500 células/mcl). Sin embargo, en los pacientes con recuentos <200 CD4+/mcl (o 14%), está contraindicada la administración de vacunas vivas atenuadas, al estar comprometida la inmunidad celular.
- En los pacientes sin TAR previo, con recuentos de CD4+ entre 200 y 350 células/mcl, en general se



recomienda la vacunación hasta que, iniciado el TAR, se logre viremia del VIH indetectable y, si es posible cierta recuperación inmunológica.

- La inmunogenicidad de las vacunas puede verse reducida si la replicación viral no está controlada con el TAR y/o si el recuento de linfocitos CD4 es bajo (<200 cél/mcl).
- La duración de la seroprotección es menor que en los individuos no inmunocomprometidos y puede requerir dosis de recuerdo, especialmente cuando la vacunación previa se administró en circunstancias que reducían su inmunogenicidad.
- En general las vacunas son bien toleradas en los pacientes con infección VIH.

Las recomendaciones de vacunación vigentes en Asturias en pacientes con infección VIH, se pueden consultar en la página web “Astursalud” en el siguiente enlace:

<https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/programa-de-vacunaciones>

Las recomendaciones del 2023 para adultos a nivel nacional pueden consultarse en la página web del Ministerio:

https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/docs/CalendarioVacunacion_GRadultos.pdf

Las vacunas recomendadas a nivel nacional en menores y adolescentes (<18 años) pueden consultarse en la página web del Ministerio:

https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/docs/CalendarioVacunacion_GRinfantil.pdf

Prevención de la transmisión vertical del VIH durante el embarazo:

Se estima que en el mundo se infectan por el virus de la inmunodeficiencia humana cada día más de 400 nuevos niños, en su mayoría por transmisión vertical (TV) del virus de la madre infectada al niño durante la gestación, parto o por la lactancia materna. Según diferentes estudios, la tasa de TV varía entre el 13-48% dependiendo del lugar de estudio y de si las madres infectadas amamantan o no a sus hijos.

En España, la adopción de medidas de profilaxis ha disminuido la tasa de TV por debajo del 1% y en la actualidad los nuevos casos de infección parecen estar relacionados, sobre todo, con fallos en la implementación de las medidas de prevención de la TV. No obstante, se recomienda a toda mujer embarazada, independientemente de sus antecedentes epidemiológicos la realización de serología frente al VIH como parte del cribado prenatal rutinario.

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.

El 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 elaborado por el grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA)/Sociedad



Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) en enero 2018 puede consultarse aquí:

https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2018/05/gesida_VIH_embarazo.pdf

Prevención de la transmisión en donaciones de sangre y órganos sólidos

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; y desde el año 2011 se acordó la implantación de cribado simultáneo mediante técnicas de amplificación de ácidos nucleicos para los virus VHC, VIH y VHB en las donaciones de sangre y componentes sanguíneos:

<https://www.sanidad.gob.es/ca/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/acuerdos/docs/genomicaViral.pdf>

Padecer sida o ser portador del VIH 1/2 supone un criterio de exclusión permanente para la donación de sangre y componentes sanguíneos según el Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión.

El riesgo de transmisión de la infección por VIH en trasplantes de órganos sólidos está bien documentado. Se debe descartar la infección por VIH en todos los donantes mediante técnicas de inmunoensayo quimioluminiscente (CLIA) que incluyen la determinación simultánea de anticuerpos (anti-VIH-1 y anti VIH-2) y del antígeno p24 del VIH-1.

Para más información sobre los criterios de selección del donante de órganos sólidos en relación a las enfermedades infecciosas, se puede consultar el siguiente enlace:

<https://www.ont.es/wp-content/uploads/2023/06/CRITER2.pdf>



BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. Red nacional de vigilancia epidemiológica. <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>.
2. Heymann, David L. Control of Communicable Diseases Manual. 19.^a ed. Washington, D.C.; WHO, 2008.
3. 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; n.º 48: pp. 46-53.
4. 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 n.º 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>.
5. GESIDA. Guía práctica para el seguimiento de la infección por VIH en la reproducción. https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2018/01/gesida_borrador_9_ene_GUIA_PRACTICA_PARA_EL_SEGUIMIENTO_DE_LA_INFECCION_POR_VIH_EN_LA_REPRODUCCION.pdf
6. Procedimientos en Microbiología Clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Diagnóstico microbiológico de la infección por el VIH. 2006. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GuiaRecomendacionesDiagnosticoPrecozVIH.pdf>.
7. Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/home.htm>.
8. Pruebas de Detección Genómica Viral en las Donaciones de Sangre. Comité Científico de Seguridad Transfusional. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ca/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/acuerdos/docs/genomicaViral.pdf>.
9. Recomendaciones CEVIHP/SEIP/AEP/SPNS para el seguimiento del paciente pediátrico infectado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Junio de 2009. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/docs/CalendarioVacunacion_GRinfantil.pdf
10. Gesida. Documento de consenso sobre el tratamiento antiretroviral en VIH. https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/02/Guia_Modificada_DocumentoDeConsensoDeGeSIDAPlanNacionalSobreElSidaRespectoAlTratamientoAntirretroviralEnAdultosInfectadosPorElVirusDeLaInmunodeficienciaHumana.pdf.



ANEXO I: LISTADO DE ENFERMEDADES INDICATIVAS DE SIDA

1. Candidiasis esofágica.
2. Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar.
3. Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar.
4. Criptococosis, extrapulmonar.
5. Herpes simple: úlcera(s) crónica(s) (más de 1 mes de duración).
6. Herpes simple bronquial, pulmonar o esofágico en un paciente de más de 1 mes de edad.
7. Criptosporidiasis, intestinal con diarrea (de más de 1 mes de duración).
8. Histoplasmosis, diseminada o extrapulmonar.
9. Isosporidiasis, intestinal con diarrea de más de 1 mes de duración.
10. Enfermedad por citomegalovirus (excluido el hígado, bazo o ganglios) en un paciente de más de 1 mes de edad.
11. Retinitis por citomegalovirus (con pérdida de visión).
12. Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*.
13. Toxoplasmosis cerebral en un paciente de más de 1 mes de edad.
14. Leucocefalopatía multifocal progresiva.
15. Enfermedad diseminada o extrapulmonar por el complejo de *Mycobacterium avium complex* o *M. kansasii*.
16. Tuberculosis extrapulmonar.
17. Enfermedad diseminada o extrapulmonar por *Mycobacterium* de otras especies o especies no identificadas.
18. Sepsis recurrente por *Salmonella* (no typhi).
19. Neumonía intersticial 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.



Principado de
Asturias

Consejería
de Salud

Dirección General de Salud Pública
y Atención a la Salud Mental





Servicio de Vigilancia Epidemiológica

Notificar a: vigilancia.sanitaria@asturias.org

Tel: 985 10 65 04 – 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20

ANEXO II: ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA

INFECCIÓN POR VIH / SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA ADQUIRIDA

Fecha encuesta	Haga clic aquí para escribir una fecha.	Encuestador	_____
Fecha primera notificación	Haga clic aquí para escribir una fecha.	Lugar de trabajo	_____
Tipo de servicio clínico inicial		Médico que notifica	_____
<input type="checkbox"/> Centro de atención primaria		<input type="checkbox"/> Consulta de planificación familiar	
<input type="checkbox"/> Centro de ITS/VIH extrahospitalario		<input type="checkbox"/> Centro de ITS/ VIH hospitalario	
<input type="checkbox"/> Consulta de atención al embarazo		<input type="checkbox"/> Centro penitenciario	
<input type="checkbox"/> Centro de atención a drogodependientes		<input type="checkbox"/> Otro:	

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos del caso _____

CIPA _____ **NIF** _____ **NHC** _____

Fecha de nacimiento _____ **Edad** _____ **Género** Varón ☐ Mujer ☐ Otro ☐

Domicilio _____ **Localidad** _____

Concejo _____ **Teléfono** _____ **Área Sanitaria** _____

País de nacimiento _____ **Año llegada a España** _____

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso (VIH) _____ Haga clic aquí para escribir una fecha. = fecha de diagnóstico de laboratorio

Estadio clínico de la infección al diagnóstico de VIH (marcar una opción)

☐ Asintomático

☐ Sintomático no SIDA

☐ SIDA

Hospitalizado ☐ Sí ☐ No **Fecha ingreso** _____ Haga clic aquí para escribir una fecha. **Hospital:** _____

Defunción ☐ Sí ☐ No **Fecha defunción** _____ Haga clic aquí para escribir una fecha.

Lugar del caso

País _____ **Comunidad autónoma** _____

Provincia _____ **Municipio** _____

Importado ☐ Sí ☐ No



DATOS DE LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio de VIH

Haga clic aquí para escribir una fecha.

Prueba

- ☐ ELISA
- ☐ W-B, IFI, etc.
- ☐ ELISA

Envío muestra al Laboratorio Nacional de Referencia ☐ No ☐ Sí N° Referencia: _____

Agente causal

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

Pruebas VIH previas

☐ Sí ☐ No

Fecha última prueba negativa

Haga clic aquí para escribir una fecha.

Primera determinación CD4 tras
diagnóstico (cel/μL)

Fecha primeros CD4

Haga clic aquí para escribir una fecha.

DATOS DEL RIESGO

Conducta sexual (marcar una de las siguientes)

- ☐ Heterosexual
- ☐ Homo/bisexual

Exposición (marcar una de las siguientes)

- ☐ Persona a persona: heterosexual
- ☐ Persona a persona: homo/bisexual
- ☐ Uso de drogas vía parenteral
- ☐ Ha recibido hemoderivados
- ☐ Ha recibido transfusiones
- ☐ Ha recibido trasplantes
- ☐ Persona a persona: madre-hijo
- ☐ Otra exposición especificada: _____

En caso de transmisión heterosexual (marcar uno de los siguientes)

- ☐ Con infectado por transfusión o hemoderivados
- ☐ Con infectado sin riesgo conocido
- ☐ Con usuarios de drogas inyectadas
- ☐ Con varones bisexuales
- ☐ Con trabajador/a de prostitución
- ☐ Con persona de país de alta prevalencia

En caso de transmisión madre- hijo (marcar una de las siguientes):

- ☐ Persona a persona: heterosexual
- ☐ Persona de país de alta prevalencia
- ☐ Uso de drogas vía parenteral
- ☐ Ha recibido transfusiones o hemoderivados
- ☐ Ha recibido trasplantes
- ☐ Otra exposición especificada:

Exposición – Número de parejas sexuales (últimos 12 meses) _____



DATOS DE LA ENFERMEDAD FINAL: SIDA

Caso SIDA

☐ Sí ☐ No

Fecha diagnóstico clínico de SIDA Haga clic aquí para escribir una fecha.

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

		Mes	Año			Mes	Año
1. Candidiasis esofágica	<input type="checkbox"/>			16. Tuberculosis diseminada o extrapulmonar	<input type="checkbox"/>		
2. Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar	<input type="checkbox"/>			17. Mycobacterium otras especies, extrapulmonar	<input type="checkbox"/>		
3. Coccidioidomicosis diseminada	<input type="checkbox"/>			18. Sepsis recurrente por Salmonella (no typhi)	<input type="checkbox"/>		
4. Criptococosis extrapulmonar	<input type="checkbox"/>			19. Neumonitis intersticial linfóide	<input type="checkbox"/>		
5. Herpes simple, úlcera crónica	<input type="checkbox"/>			20. Múltiples infecciones bacterianas recurrentes	<input type="checkbox"/>		
6. Herpes simple bronquial, pulmonar o esofágico	<input type="checkbox"/>			21. Sarcoma de Kaposi	<input type="checkbox"/>		
7. Criptosporidiasis con diarrea	<input type="checkbox"/>			22. Linfoma primario de cerebro	<input type="checkbox"/>		
8. Histoplasmosis diseminada	<input type="checkbox"/>			23. Linfoma de Burkitt o equivalente	<input type="checkbox"/>		
9. Isosporidiasis con diarrea	<input type="checkbox"/>			24. Encefalopatía por VIH	<input type="checkbox"/>		
10. Enfermedad por CMV	<input type="checkbox"/>			25. Síndrome caquético por VIH	<input type="checkbox"/>		
11. Retinitis por CMV	<input type="checkbox"/>			26. Tuberculosis pulmonar	<input type="checkbox"/>		
12. Neumonía por <i>P. jirovecii</i>	<input type="checkbox"/>			27. Neumonía bacteriana recurrente	<input type="checkbox"/>		
13. Toxoplasmosis cerebral	<input type="checkbox"/>			28. Carcinoma de cérvix invasivo	<input type="checkbox"/>		
14. Leucoencefalopatía multifocal progresiva	<input type="checkbox"/>			29. Linfoma inmunoblástico	<input type="checkbox"/>		
15. Complejo <i>M. avium</i> o <i>M. kansasii</i>	<input type="checkbox"/>						

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

Defunción

☐ Sí ☐ No

Fecha defunción Haga clic aquí para escribir una fecha.

Causa de la defunción

- ☐ Relacionada SIDA (marcar la causa principal en la página siguiente)
- ☐ Hepatopatía
- ☐ Otra causa no relacionada SIDA
- ☐ Enfermedad cardiovascular
- ☐ Tumor no diagnóstico de SIDA



Causa de la defunción relacionada con SIDA (marcar la principal)

1. Candidiasis esofágica	<input type="checkbox"/>	16. Tuberculosis diseminada o extrapulmonar	<input type="checkbox"/>
2. Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar	<input type="checkbox"/>	17. Mycobacterium otras especies, extrapulmonar	<input type="checkbox"/>
3. Coccidioidomicosis diseminada	<input type="checkbox"/>	18. Sepsis recurrente por Salmonella (no typhi)	<input type="checkbox"/>
4. Criptococosis extrapulmonar	<input type="checkbox"/>	19. Neumonitis intersticial linfóide	<input type="checkbox"/>
5. Herpes simple, úlcera crónica	<input type="checkbox"/>	20. Infecciones bacterianas múltiples recurrentes	<input type="checkbox"/>
6. Herpes simple bronquial, pulmonar o esofágico	<input type="checkbox"/>	21. Sarcoma de Kaposi	<input type="checkbox"/>
7. Criptosporidiasis con diarrea	<input type="checkbox"/>	22. Linfoma primario de cerebro	<input type="checkbox"/>
8. Histoplasmosis diseminada	<input type="checkbox"/>	23. Linfoma de Burkitt o equivalente	<input type="checkbox"/>
9. Isosporidiasis con diarrea	<input type="checkbox"/>	24. Encefalopatía por VIH	<input type="checkbox"/>
10. Enfermedad por CMV	<input type="checkbox"/>	25. Síndrome caquético por VIH	<input type="checkbox"/>
11. Retinitis por CMV	<input type="checkbox"/>	26. Tuberculosis pulmonar	<input type="checkbox"/>
12. Neumonía por <i>P. jirovecii</i>	<input type="checkbox"/>	27. Neumonía bacteriana recurrente	<input type="checkbox"/>
13. Toxoplasmosis cerebral	<input type="checkbox"/>	28. Carcinoma de cérvix invasivo	<input type="checkbox"/>
14. Leucoencefalopatía multifocal progresiva	<input type="checkbox"/>	29. Linfoma inmunoblástico	<input type="checkbox"/>
15. Complejo <i>M. avium</i> o <i>M. kansasii</i>	<input type="checkbox"/>		

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación del caso ☐ Confirmado

Criterios de clasificación del caso

Criterio clínico ☐ Sí ☐ No

Criterio epidemiológico ☐ Sí ☐ No

Criterio laboratorio ☐ Sí ☐ No

Asociado a brote ☐ Sí ☐ No

Identificador del brote:

C. Autónoma de declaración
del brote

OBSERVACIONES

Servicio de Vigilancia Epidemiológica

Notificar a: vigilancia.sanitaria@asturias.org

Tel: 985 10 65 04 - 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20