# INFORMACION CLINICO • TERAPEUTICA

COMITE DE EVALUACION CLINICO Y TERAPEUTICA

**Coordinador:** Carlos R. Pacheco, **Secretario:** Guillermo S. Díaz Mejía, **Vocales:** José Luis Arredondo, Aquiles R. Ayala Ruíz, Carlos Campillo Serrano, Mariano Hernández Goribar, Enrique Hong Chong, Carlos Lavalle Montalvo, Alberto Lifshitz Guinzberg, Juan Maldonado, Marco A. Martínez Rios, Miguel Angel Montoya Cabrera, Fernando Quijano Pitman, José Rojas Dosal, Alejandro Ruíz Argüelles, Ricardo Sánchez Martínez, Miguel Tanimoto, Alejandro Treviño Becerra, Juan Somolinos Palencia, Roberto Uribe Elías, Juan Urrusti Sánz.

# SIDA

## 1. Introducción

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV) y sus consecuencias tardías, como son el "Complejo-Sintomático relacionado al SIDA" y SIDA, son eventos que ocurren y ocurrirán en un número cada vez mayor de pacientes de grupos, cada vez menos identificables con facilidad. A pesar de los esfuerzos para controlar la epidemia, en el mejor de los casos, la velocidad de crecimiento disminuirá pero no es posible realísticamente hacer que desaparezca. Por lo anterior es claro que pacientes infectados y/o enfermos que están siendo atendidos en diversos centros de atención médica y por personal con preparación desde pasantes de medicina hasta médicos con sub-especialidades, cotidianamente presentarán diferentes problemas frecuentemente nuevos o desconocidos. Esta situación ha ocasionado que los pacientes con HIV-SIDA no sean atendidos o se les proporcionen indicaciones inadecuadas. Si a esto agregamos que existen médicos y hospitales que se niegan a aceptar y atender pacientes con HIV-SIDA por conceptos erróneos que únicamente se explican por ignorancia y prejuicios, resulta evidente la necesidad de contar con una guía práctica que señale con claridad qué es lo que debe hacer el médico en las situaciones más frecuentes.

Debe quedar claro que el médico que sospecha o diagnostica a un paciente con infección por HIV deberá ser responsable de su manejo: esta guía indica qué hacer en cada situación, y sólo en circunstancias particulares deberá enviarse a otro Centro y únicamente para su mejor atención y no sólo para evadir la responsabilidad.

Es conveniente enfatizar en nombre de los autores de esta guía que no existe ningún argumento válido que justifique a médicos que trabajan en instituciones del Sector Salud y a los propios servicios de atención el negar la atención al paciente con HIV-SIDA. Simultánemante, deberán darse todas las facilidades para que todos los trabajadores de la salud dispongan del equipo necesario para realizar su trabajo con el menor riesgo posible.

## 2. Determinando el riesgo

*Entrevista inicial*

En la actualidad durante la elaboración de la historia clínica es indispensable considerar la posibilidad de que cualquier paciente se encuentre infectado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV).

Debido a que la gran mayoría de los pacientes infectados se encuentran asintomáticos y a que el diagnóstico temprano es importante, debemos hacer un esfuerzo interrogando los siguientes puntos:

1. Historia de relaciones homosexuales o bisexuales.
2. Historia de múltiples parejas sexuales.
3. Historia de transfusión de sangre o sus derivados (plasma, factores de coagulación, paquete globular, plaquetas, etc.) después de 1983. Es importante señalar que la gama globulina comercial NO representa riesgos.
4. Historia de donación remunerada de sangre o plasma.
5. Historia de relaciones sexuales con personas infectadas por HIV.
6. Hijos menores de dos años producto de madres infectadas con HIV.

7. Prostitutas, prostitutos y sus parejas.
8. Hemofílicos.
9. Usuarios de drogas intravenosas.

Si el paciente tiene alguno de estos antecedentes se deberá investigar la posiblidad de infección realizando:

Búsqueda de anticuerpos anti-HIV con pruebas como

. *ELISA*
. *Hemaglutinación*
. *Inmunofluorescencia*
. *Otras técnicas*

Estos exámenes pueden efectuarse en la mayoría de los hospitales de concentración, en Centros de Información (CONASIDA) y laboratorios privados.

### 3. ¿Qué hacer con un paciente con resultado positivo?

Inicialmente deberá valorarse de manera completa la situación clínica del paciente:

En el caso del paciente asintomático deberá repetirse el estudio de anticuerpos y en caso de ser positivo nuevamente, el resultado deberá ser confirmado con una prueba de inmunoelectrotransferencia *(Western blot)*. En el caso de que el paciente tenga datos clínicos relacionados con la infección por HIV (ver adelante), deberá repetirse la determinación de anticuerpos y, dependiendo de las facilidades, se pedirá una prueba de inmunoelectrotransferencia *(Western blot)*, aunque en este caso NO es indispensable.

#### A) ¿Cuándo sospechar un falso positivo?

En caso de tener un resultado negativo en la segunda prueba o en la inmunoelectrotransferencia, si el paciente no tiene ningún factor de riesgo y se encuentra asintomático, deberá considerarse como una falsa positiva el primer resultado y así se le informará al paciente. En caso de que en la misma situación el paciente tenga antecedentes de riesgo o síntomas relacionados, deberá repetirse la búsqueda de anticuerpos a los tres meses.

#### B) ¿Qué hacer con un verdadero positivo?

Se considerará como paciente seropositivo aquel que presente:

- Dos resultados de anticuerpos positivos y prueba confirmatoria positiva, incluyendo pacientes asintomáticos que niegan factores de riesgo, o
- Dos resultados de anticuerpos positivos en un paciente con cuadro clínico sugestivo de infección por HIV (ver adelante). En esta situación NO es indispensable confirmar con *Western blot*, o
- Dos resultados de anticuerpos positivos y un *Western blot* negativo o indeterminado; deberá considerarse posiblemente infectado y así se informará, recomendándose repetir la prueba confirmatoria tres meses después.

#### C) Comunicándole el resultado al paciente

Al notificar el resultado, la información deberá ser:

- Personal
- Privada
- Confidencial
- Con información simple y concreta sobre la infección por HIV
- De acuerdo con el nivel de comprensión del paciente
- Considerar siempre la necesidad de apoyo psicológico

### 4. Evaluación clínica del paciente con infección por HIV

En el estudio inicial deberá ponerse particular atención a los siguientes puntos durante la evaluación clínica (Cuadros I, II y III).

### 5. Cómo diferenciar al paciente seropositivo asintomático de aquel que tiene SIDA

#### A) ¿Quién tiene infección por HIV asintomática?

Pacientes con serología confirmatoria positiva sin datos clínicos (ver Cuadros I y II).

**Cuadro I.** HISTORIA CLINICA

| | |
|---|---|
| Antecedentes | Historia de enfermedades de transmisión sexual, alergias a medicamentos |
| Sintomas generales | Fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso |
| Gastrointestinales | Disfagia, diarrea |
| Cavidad oral | Candidiasis, gingivitis, leucoplaquia pilosa, lesiones violáceas (Sarcoma de Kaposi) |
| Dermatológico | Herpes zoster, exantemas, lesiones violáceas (Sarcoma de Kaposi), candidiasis ungueal |
| Respiratorio | Tos, disnea |
| Sistema Nervioso | Deterioro mental (memoria, conducta, juicio, lenguaje, concentración), cefalea, convulsiones |
| Genitales | Ulceras crónicas o recurrentes, condilomas múltiples recurrentes, candidiasis vaginal recurrente |

**Cuadro II.** EXAMEN FISICO

HABITUS EXTERIOR
Caquexia, variaciones recientes de peso corporal, temperatura y frecuencia respiratoria

REGIONES GANGLIONARES

INSPECCIONAR CAVIDAD ORAL

Candidiasis oral, leucoplaquia pilosa (placas blanquecinas no desprendibles en le borde lateral de la lengua), Sarcoma de Kaposi, retracción gingival, úlceras orales (herpes simple)

EXAMEN DETALLADO DE LA PIEL (incluyendo región perianal)
- Dermatitis seborreica
- Foliculitis
- Resequedad y descamación fina
- Herpes simplex y varicela-zoster
- Molusco contagioso
- Sarcoma de Kaposi
- Infecciones por hongos

EXAMEN DEL OJO
Agudeza visual y Fundoscopía (retinitis por CMV)

EXAMEN DE TORAX
Auscultar y practicar radiografía

EXAMEN NEUROLOGICO
Estado mental, marcha, datos de focalización, signos meningeos

**Cuadro III.** LABORATORIO

Los exámenes indispensables en le paciente infectado por HIV son:
- Biometría Hemática completa:

leucopenia (<4,000 leucocitos/mm$^3$)
linfopenia (<1,500 linfocitos/mm$^3$)
trombocitopenia (<150,000 plaquetas/mm3)
anemia (<12 gHb)
- VDRL
- Química Sanguínea: Urea y creatinina
- Proteínas totales y albúmina
- P P D

## B) ¿Quién tiene SIDA?

Es recomendación de este Comité utilizar la definición de Caracas, porque consideramos que es la adecuada para nuestro país.

### B1) Definición de Caracas

Esta definición requiere de:
- Una prueba de HIV positiva
- Ausencia de cáncer
- Ausencia de otra causa de inmunosupresión
- Una puntuación MAYOR O IGUAL a 10 de acuerdo a la escala siguiente:

| | |
|---|---|
| 1) Sarcoma de Kaposi | 10 puntos |
| 2) Tb extrapulmonar o pulmonar no cavitada | 10 puntos |
| 3) Candidiasis oral o leucoplaquia pilosa | 5 puntos |
| 4) Tb pulmonar cavitada inespecífica | 5 puntos |
| 5) Herpes zoster en menores de 60 años de edad | 5 puntos |
| 6) Disfunción del SNC | 5 puntos |
| 7) Diarrea de un mes o más de duración | 2 puntos |
| 8) Fiebre de un mes o más de duración | 2 puntos |
| 9) Caquexia o pérdida de más de 10% del peso corporal | 2 puntos |
| 10) Astenia de un mes o más de duración | 2 puntos |
| 11) Dermatitis persistente | 2 puntos |
| 12) Anemia, linfopenia o trombocitopenia | 2 puntos |
| 13) Tos persistente o cualquier neumonía excepto Tb | 2 puntos |
| 14) Linfadenopatía mayor o igual a un cm en dos sitios no inguinales de un mes o más de duración | 2 puntos |

**Ejemplos**

a) Paciente con tuberculosis miliar y candidiasis oral con prueba negativa para HIV: no tiene SIDA

b) Paciente con disfunción del SNC (Cuadro II), diarrea de más de un mes de duración y candidiasis bucal con resultado positivo por HIV: sí tiene SIDA.

**B2) Cuando se cuente con la infraestructura necesaria para realizar diagnósticos etiológicos, se puede utilizar la definición de los Centros de Control de las Enfermedades (Ver anexo).**

## C) ¿Quién tiene infección sintomática por HIV y no reúne criterios para el diagnóstico de SIDA?

Todos los pacientes con serología positiva que no entren en las categorías a) y b) se consideran como casos con infección sintomática por HIV

### 6. Recomendaciones preventivas generales para el paciente con infección por HIV

A todos aquellos pacientes con infección por HIV, el médico tratante deberá instruirles sobre las siguientes medidas, procurando ser lo más claro posible:
a) Sexo seguro y/o uso de condón
b) NO donar sangre, semen, ni órganos para transplante

c) NO compartir objetos potencialmente contaminados con sangre (agujas, jeringas, cepillo de dientes, navajas) y en general, objetos punzocortantes de uso personal
d) Evitar embarazo
e) Las madres infectadas por HIV no deberán amamantar a su hijo
f) Se recomienda que el paciente informe de su estado al personal que lo atiende cuando se le realicen procedimientos dentales, extracción de sangre, estudios invasivos o cirugías
g) NO es conveniente estar en contacto con pacientes enfermos con padecimientos contagiosos, por ejemplo, varicela y tuberculosis
h) Deberá evitarse el contacto o la convivencia con animales

**7. Tratamiento específico de la infección por HIV**

El manejo del paciente con infección por HIV es complejo y requiere del uso de combinaciones de medicamentos potencialmente tóxicos, por lo que se recomienda sea realizado por médicos con experiencia. El estudio de subpoblaciones de linfocitos CD4 y CD8 es costoso, pero de gran utilidad para tomar decisiones terapéuticas.

**A) Infección por HIV asintomática**

El criterio para iniciar tratamiento con Zidovudina (Retrovir, AZT) en este grupo, se basa en el estudio de subpoblaciones de linfocitos (CD4, CD8, Relación, etc.).

**A1) Cuenta de más de 500 linfocitos CD4:**

- NO requiere medicamentos
- Sólo vigilancia clínica
- Repetir conteo de linfocitos CD 4 cada seis meses

**A2) Cuenta menor de 500 linfocitos CD4 y mayor de 200 linfocitos CD4:**

- Iniciar Zidovudina (Retrovir, AZT) 500 mg (V.O. 100 mg cada cuatro horas respetando el sueño).
- Isoniacida (Erbazid, Rimifón), 300 mg al día, asociado con piridoxina, 10 mg/día, por un año.
- Vigilar mielotoxicidad por Zidovudina (Retrovir, AZT), mediante biometría hemática completa, cada cuatro semanas.

**A3) Cuenta menor de 200 linfocitos CD4:**

Lo incluido en el inciso A2 añadiendo:

- Profilaxis contra *Pneumocystis carinii* con:
  Dapsona (Dapsone) 100 mg tres veces por semana o
  Trimetroprim/Sulfametoxazol (Bactrim F, Septrin F) una tableta tres veces por semana o
  Pentamidina (Pentacarinat) 300 mg nebulizada cada cuatro semanas
- Profilaxis antimicótica
  Itraconazol (Sporanox) 200 mg V.O., cada 24 horas o
  Fluconazol (Diflucán) 100 mg V.O., cada 24 horas

**B) Paciente con infección sintomática**

Aquellos pacientes con síntomas menores, que no reúnan los criterios del diagnóstico de SIDA, deberán manejarse de acuerdo a sus problemas específicos, y el uso de Zidovudina (Retrovir, AZT) y profilaxis, deberá establecerse de acuerdo a la cuenta de linfocitos CD4, como se señala en los párrafos anteriores.

**C) Paciente con SIDA**

- No es necesario el conteo de linfocitos
- Iniciar Zidovudina (Retrovir, AZT), a la misma dosis
- Añadir profilaxis contra tuberculosis, contra *Pneumocystis carinii* y contra hongos, a las dosis recomendadas en el inciso A3
- Vigilar biometría hemática cada 4 semanas

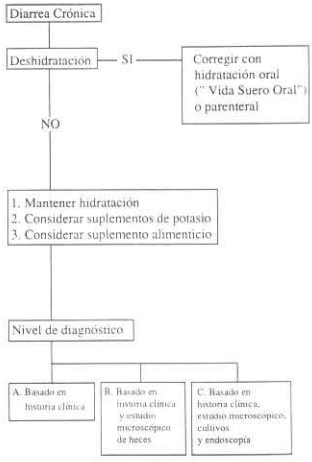
**8. Orientación diagnóstica y terapéutica de los problemas más frecuentes en pacientes con infección por HIV**

A• Diarrea
B• Desgaste
C• Infección de vías respiratorias bajas
D• Problemas mucocutáneos
E• Afección neurológica
F• Neoplasias oportunistas (sarcoma de Kaposi y linfoma no Hodgkin)
G• Linfadenopatía

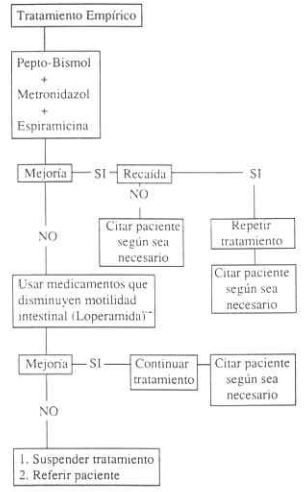
**Anotaciones**

1.1. De no poder referir a un paciente seropositivo a HIV con meningitis, inicie tratamiento para criptococosis (1.8) o antifímicos (1.10) en bases epidemiológicas.
1.2. Tinta china positiva, tratamiento para criptococosis (1.8), citoquímico compatible: xantocrómico, celularidad con mononucleares, proteínas elevadas e hipoglucorraquia, o BAAR y/o evidencia de TB pulmonar y extrapulmonar, tratamiento antifímico (1.10).
1.3. Etiología definida: tratamiento criptococosis (1.8),

**8A1** DIARREA CRONICA




**8A2** DIAGNOSTICO DE DIARREA CRONICA BASADO EN HISTORIA CLINICA




toxoplasmosis (1.9), tuberculosis (1.10), neurosífilis (VDRL positivo en suero y LCR) (1.7).

1.4. Complejo demencia-SIDA, infección documentada por HIV y presencia de nuevo déficit neurológico presente por un mes o más en las esferas:

a. Cognitiva: defectos de atención, concentración, proceso de información, abstracción, razonamiento, memoria, aprendizaje o lenguaje, que comprometa el desempeño de actividades de trabajo o la vida diaria.

b. Motora: anormalidad en la función motora verificable por el observador, lentitud para movimientos rápidos, marcha anormal, incoordinación de las extremidades, hiperreflexia, hipertonía o debilidad.

c Conductual: cambios en motivación, control emocional o conducta social, apatía, irritabilidad, conducta inapropiada, desinhibición, sin depresión de conciencia para establecer estos criterios.

1.5. Mielopatía asociada a HIV. Definición: anormalidad adquirida en la función neurológica de las extremidades inferiores en desproporción con las superiores.

Síntomas: debilidad, incoordinación, incontinencia urinaria.

Exploración física: paraparesia, espasticidad, hiperreflexia, signo de Babinski con o sin pérdida sensorial en pacientes sin demencia.

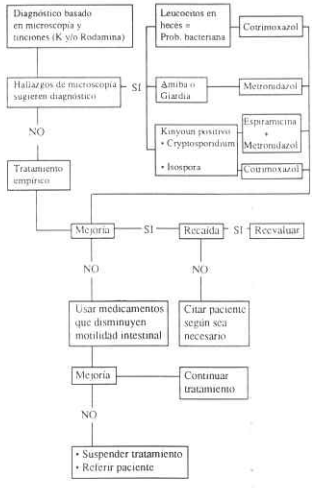
**Tratamientos**

1.6. Crisis convulsiva de nuevo inicio: difenilhidantoína sódica vía oral, 300 a 400 mg diarios o fenobarbital, 100 a 200 mg diarios vía oral.

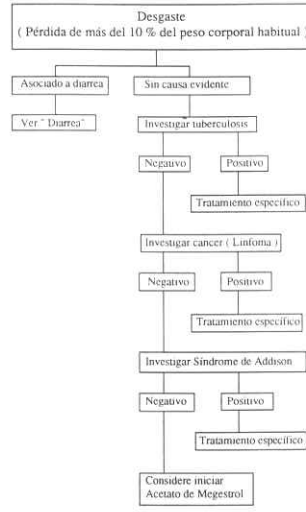
1.7. Neurosífilis: penicilina G cristalina, 4 millones de unidades endovenosa cada cuatro horas por 10 días o penicilina procaína, 2.4 millones de unidades diarias intramuscular más probenecid, 500 mg cada seis horas durante 10 días.

1.8. Meningitis por criptococo: anfotericina-B, 0.7 mg/kg diarios endovenosa los primeros siete días para continuar con la misma dosis tres veces por semana por un total de 10 semanas o fluconazol (Diflucán), 400 mg diarios por vía oral por 10 semanas o intraconazol

**8A.3** DIAGNOSTICO DE DIARREA CRONICA BASADO EN HISTORIA CLINICA Y ESTUDIO MICROSCOPICO DE HECES




**8B** DESGASTE




(Sporanox), 400 mg diarios por vía oral por 10 semanas. Valorar respuesta con punción lumbar semanal: dos o más líquidos negativos en cultivo después de ocho semanas indican pasar profilaxis secundaria (para evitar recaídas) con fluconazol, 200 mg diarios por vía oral por tiempo indefinido.

1.9. Toxoplasmosis cerebral: primetamina (Daraprim, tab. 25 mg), 100 mg vía oral inicial y continuar con 25 a 50 mg diarios más sulfadiazina, 100 mg/kg diarios, 6 a 8 gr divididos en tomas cada cuatro horas. Como alternativa a sulfadiazina puede emplearse clindamicina (Dalacín C), 600 a 900 mg cada seis horas, IV u oral. Se suplementa con ácido folínico (Leucovorín), 3 mg intramuscular tres veces por semana. La mejoría clínica y de imagen aparecen en 10 a 14 días de inicio de tratamiento. Si hay respuesta pasar a profilaxis secundaria con pirimetamina, 25 mg diarios más clindamicina, 600 mg diarios por tiempo indefinido. Administrar dexametasona o prednisona en las primera semanas en casos con efecto de masa importante.

1.10. Meningitis tuberculosa: Isoniacida, 300 mg diarios, piridoxina, 300 mg diarios, rifampicina, 600 mg diarios, etambutol, 15 mg/kg diarios divididos en tres dosis por vía oral. Tres drogas de seis a nueve meses.

## 9. Condiciones que requieren hospitalizar o referir al paciente

A continuación se contemplan las tres alternativas que existen ante un paciente con sospecha de infección por HIV-SIDA:

A) Si el paciente se encuentra asintomático o presenta molestias menores se le deberá manejar en **consulta externa.**

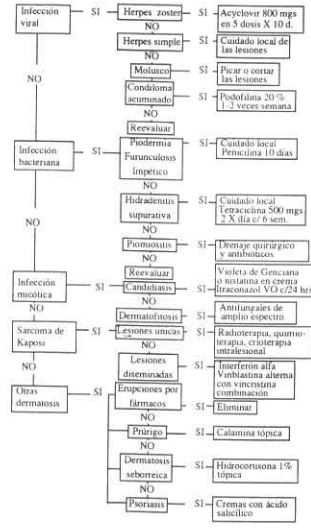
B) Si el paciente presenta síntomas que son potencialmente graves, pero no requieren hospitalización (esofagitis, diarrea aguda o crónica sin deshidratación o desequilibrio hidroelectrolítico, tos crónica, déficit visual, Sarcoma de Kaposi y neuropatía periférica), se deberá manejar en **consulta externa por especialistas.**

C) Si el paciente presenta síntomas que obligan a hospita-

## 8C INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS BAJAS

* Dosis = 20 mg/kg/d de TMP dividido en 4 tomas.
(Bactrim f : TMP = Mp = 160 m / SMX = 800 mg).

## 8D PROBLEMAS MUCOCUTANEOS




lizarlo (cefalea, fiebre, edema cerebral, fiebre continua y desgaste, diarrea grave, desnutrición severa o neumonía con insuficiencia respiratoria), se deberá **internar.**

La estancia en el hospital NO deberá ser mayor al tiempo que se requiera para controlar los síntomas que la hicieron necesaria. Es fundamental considerar que el hospital NO debe convertirse en el lugar a donde lleguen a morir estos pacientes, por lo que la decisión de internar pacientes en los que se han agotado los recursos terapéuticos es en extremo delicada. Deberá discutirse con el paciente y sus allegados la conveniencia de que fallezca en un ambiente que facilite la expresión de afectos, condición que difícilmente cumple un hospital.

Es muy importante enfatizar, que una vez agotados los esfuerzos terapéuticos, el médico deberá procurar que el sufrimiento sea el menor posible, utilizando juiciosamente tranquilizantes y analgésicos.

### 10. Precauciones durante la atención del paciente

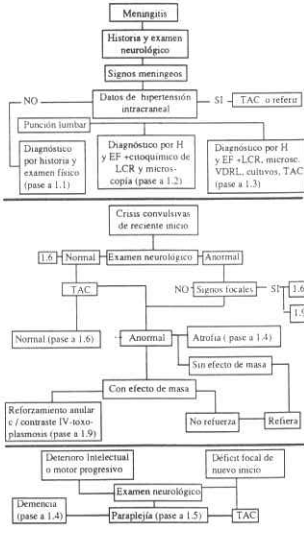
#### A) Precauciones universales

El fundamento de "Precauciones Universales", es que TODOS LOS PACIENTES DEBERAN SER CONSIDERADOS COMO POTENCIALMENTE INFECTANTES DE HIV Y OTROS AGENTES INFECCIOSOS TRANSMITIDOS POR SANGRE.

LOS LIQUIDOS CONSIDERADOS DE ALTO RIESGO SON:

- Sangre
- Líquido amniótico
- Líquido pericárdico
- Líquido peritoneal
- Líquido pleural
- Líquido sinovial
- Líquido cefalorraquídeo
- Semen
- Secreciones vaginales

**8E** AFECCION NEUROLOGICA




La saliva, sudor, heces, lágrima, orina, vómito y secreciones bronquiales NO se consideran de alto riesgo.

Las recomendaciones resultantes de "Precauciones Universales" son:

*Lavado de manos:*

Siempre antes y después de tener contacto con pacientes.

*Guantes:*

Siempre que exista posibilidad de contacto con líquidos de alto riesgo. En intervenciones quirúrgicas deberá usarse doble guante.

*Batas:*

Bata así como otro tipo de protección (delantales y/o ropa impermeable) deberán usarse cuando exista posibilidad de contaminar la ropa con líquidos de alto riesgo.

*Máscara o lentes:*

Deberán usarse siempre que exista la posibilidad de salpicaduras.

*Precauciones para prevenir heridas punzocortantes:*
(Esta es la causa más frecuente de infección nosocomial por HIV)

- Las agujas y otros instrumentos cortantes deberán ser desechados en recipientes no perforables.
- NUNCA deberá recolocarse el capuchón de la aguja. Si es indispensable, hacerlo con una sola mano.
- Los recipientes para objetos punzocortantes deberán ser fácilmente accesibles en todos los servicios.

*Esterilización:*

- TODOS los instrumentos deben ser limpiados antes de esterilizar. Los procesos de esterilización (autoclave, gas, calor seco, etc.) deberán ser monitorizados.

*Contaminación ambiental:*

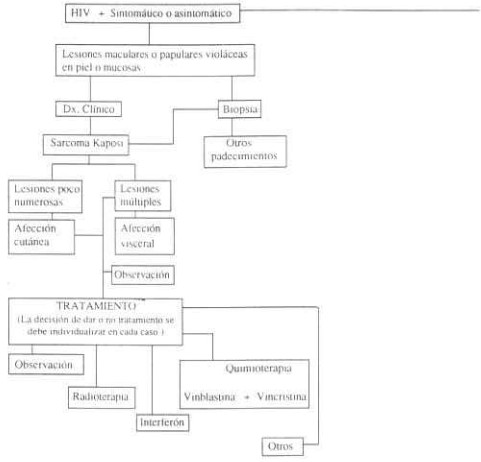
- Las superficies contaminadas deberán ser limpiadas y luego desinfectadas con solución de hipoclorito de sodio (blanqueador casero) en dilución de: 1:10 a 1:100, dependiendo de la cantidad y características de la contaminación.

**B) Precauciones ante infecciones concurrentes con riesgo de transmisión nosocomial.**

Debe recordarse que la condición de inmunosupresión que ocurre en pacientes con SIDA, frecuentemente facilita la presencia de infecciones de alto riesgo de transmisión nosocomial, como las que se enumeran junto con el tipo de aislamiento que deberá instituirse:

| INFECCION | AISLAMIENTO ADICIONAL (aparte de precauciones universales) |
|---|---|
| PULMONAR | |
| *M. tuberculosis* | Respiratorio |
| CUTANEA | |
| Herpes zoster | Contacto/respiratorio |
| *Herpes simplex* | Contacto |
| *S. aureus* | Contacto |
| *T. pallidum* | Contacto |
| GASTROINTESTINAL | |
| Criptosporidia | Entérico |
| Salmonella | Entérico |
| Shigella | Entérico |
| DISEMINADO | |
| Citomegalovirus | Ninguno |
| Virus Epstein-Barr | Ninguno |
| Hepatitis B | Ninguno |

**8F** NEOPLASIAS OPORTUNISTAS
( SARCOMA DE KAPOSI Y LINFOMA NO HODGKIN )




## C) ¿Qué hacer en caso de accidente?

Si ha ocurrido una herida punzocortante, con sangre infectada por HIV o líquidos de alto riesgo (o potencialmente infectantes), el trabajador de la salud deberá observar las siguientes medidas:

- Suspender inmediatamente la actividad
- Exprimir la herida para que sangre
- Lavar con abundante agua y jabón
- Acudir de inmediato al servicio responsable del hospital, donde este accidente ocurra, para que:

Se tomen muestras para detección de HIV.
Se recomienden precauciones ante la posibilidad de infección.
Se considere la posibilidad de iniciar Zidovudina (Retrovir, AZT) profiláctico.

Recuerde que el riesgo de infección, aunque es muy bajo (menos de 1%), es posible. En caso de duda, envíe al trabajador a evaluación médica y apoyo psicológico, a nivel de atención adecuado.

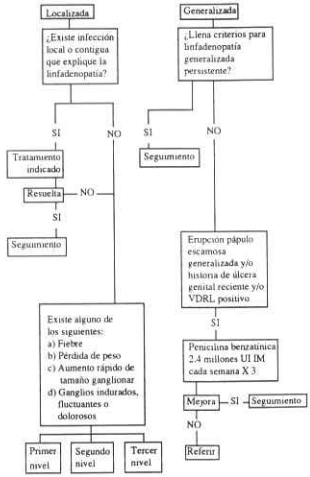
## Anexo

*Definición de los Centers for Disease Control (CDC) Atlanta, Georgia, E.U.A.*

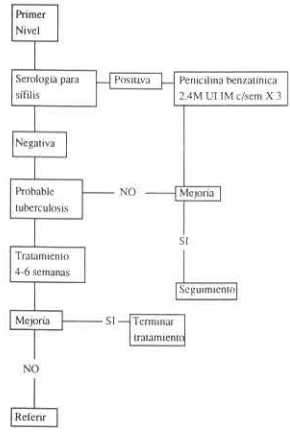
### 1. HIV POSITIVO, NEGATIVO O DESCONOCIDO

Uno o más de los siguientes diagnósticos comprobados por microscopía o cultivo:

- Neumonía por *Pneumocystis carinii*
- Candidasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar
- Infección extrapulmonar por *M. kañsasii* o complejo *M. avium intracelulare*
- Infección por *Herpes simplex* causante de bronquitis, esofagitis o úlcera mucocutánea con más de un mes de duración
- Infección por Citomegalovirus de un órgano interno, que no sea el hígado
- Toxoplasmosis en un órgano interno
- Criptosporidiasis con diarrea de más de un mes de duración






- Estrongiloidosis extraintestinal
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Sarcoma de Kaposi en menores de 60 años
- Linfoma primario cerebral
- Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide

## 2. HIV POSITIVO

**A) Uno o más de los siguientes diagnósticos comprobados por microscopía o cultivo.**

- Sarcoma de Kaposi a cualquier edad
- Linfoma primario cerebral a cualquier edad
- Linfoma no Hodgkin de células de cualquiera de los siguientes tipos:

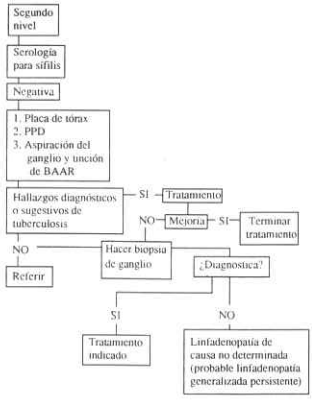
Linfocitos pequeños no hendidos (tipo Burkitt), o sarcoma inmunoblástico (linfoma de células grandes, linfoma histiocítico difuso, linfoma indiferenciado, sarcoma de células reticulares o linfoma de alto grado de malignidad)

- Complejo demencial por HIV
- Síndrome de desgaste
- Tuberculosis extrapulmonar o diseminada, o algún otro tipo de infección por micobacterias que no sea lepra
- Histoplasmosis extrapulmonar o diseminada
- Isosporidiasis con diarrea de más de un mes de duración
- Nocardiosis
- Septicemia por salmonella
- Dos o más infecciones bacterianas en los dos años anteriores, en menores de 13 años que no tengan predisposición: septicemia, neumonía, meningitis o absceso cerebral, causadas por legionella, hemophilus, estreptococo (incluyendo neumococo) o alguna otra bacteria piógena.

**B) Uno o más de los siguientes diagnósticos comprobados por microscopía o cultivo**

- Neumonía por *P. carinii*
- Toxoplasmosis en un órgano interno
- Infección por micobacterias extrapulmonar o diseminada

**8G3** LINFADENOPATIA ( SEGUNDO NIVEL )




(bacilos ácido alcohol resistentes de especie indeterminada)

- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Sarcoma de Kaposi
- Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide en menores de 13 años.

Esta guía no es ni pretende ser un tratado sobre SIDA. Intenta dar solamente los lineamientos generales para el manejo y tratamiento de los pacientes.

Todas las enfermedades y especialmente el SIDA son eventos complejos y siempre cambiantes por lo que insistimos en la imperiosa necesidad de contar con información lo más actualizada posible en beneficio último de los pacientes.

CONASIDA agradecerá cualquier sugerencia que haga a esta guía más eficiente en los propósitos que la originaron.


CONASIDA
Comercio y Administración 35
Col. Copilco Universidad
México 04360, D. F.

Secretario de Salud
**Jesús Kumate Rodríguez**
Subsecretario de Coordinación, Coordinador General de ConaSida
**Jaime Sepúlveda Amor**
Director General
**Samuel Ponce de León Rosales**
COMITE DE ASPECTOS CLINICOS
**Guillermo Ruíz Palacios**
**Patricia Volkow Fernández**
**Carlos del Río Chiriboga**
**Edgardo Reyes García**
**José Ignacio Santos Preciado**
**Javier Romo García**



**Agradecimientos**

Dr. Javier Báez Villaseñor Moreno (CONASIDA)
Dr. Eduardo Sada Díaz (I.N.E.R.)
Dr. José Luis Soto Hernández (I.N.N.N.)
Dr. Luis E. Soto Ramírez (CONASIDA)

Escena de la búsqueda de oro (A)

Tomado de: *The Opening of the World,* David Divine