

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE MUJERES Y HOMBRES ADULTOS CON VIH

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-765-15

CSG
CONSEJO DE SALUBRIDAD
GENERAL



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIO SOCIAL DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

DIF
Nacional



Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**, "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. El personal de salud que participó en su integración han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer niveles, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

En la integración de esta Guía de Práctica Clínica se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Intervenciones de enfermería para la atención de mujeres y hombres adultos con VIH** . México: Secretaría de Salud; **5 de octubre de 2015**

Esta guía puede ser descargada de Internet en:

<http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

CIE- 10: B24X ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACIÓN.

GPC: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE MUJERES Y HOMBRES ADULTOS CON VIH

COORDINACIÓN, AUTORÍA Y VALIDACIÓN 2015

COORDINACIÓN:

Lic. Ana Belem López Morales	Lic. Enfermería Lic. Psicopedagogía	IMSS	Coordinadora de Programas de Enfermería Coordinación Técnica de Excelencia Clínica
------------------------------	--	------	---

AUTORÍA:

M.E. Virginia Orozco Olvera	Maestría en Educación Licenciatura en Enfermería y Obstetricia	IMSS	Jefe de Enfermeras Hospital de Infectología CM La Raza	Asociación Nacional de Infectología en Enfermería
M.A. María Leonor Rodríguez Saldivar	Maestría en Administración Licenciatura en Enfermería	IMSS	Subjefe de Enfermeras UMAE Hospital de Especialidades CMN Noreste	Colegio de Enfermeros de Monterrey Asociación de Enfermeras en Terapia Intensiva
M.E Omar Nicolás Delgado Marcial	Maestría en Educación Licenciatura en Enfermería	IMSS	Enfermero Jefe de Piso UMAE Hospital de Especialidades CMN Occidente	Colegio de Enfermeras de Jalisco
Lic. Alejandrina Parra Ortiz	Licenciatura en Enfermería	IMSS	Subjefe de Enfermería UMAE Hospital de Especialidades, Mérida	Sociedad Yucateca de Enfermeras Especialistas en Cuidados Intensivo
Lic. Rebeca Martínez Ravelo	Licenciatura en Enfermería	IMSS	Enfermera Jefe de Piso Hospital de Infectología CMN La Raza	

VALIDACIÓN:

Guía de Práctica Clínica

Mtra. Ana Josefina Hernández Gómez	Maestría en Enfermería	IMSS	Enfermera Jefe de piso Hospital General de Zona No. 15 "Dr. José Zertuche Ibarra". Reynosa Tamaulipas	Integrante del Colegio de Enfermería del Nuevo Santander, Reynosa
Dr. Enrique Alcalá martínez	Epidemiología	IMSS	Jefe de Epidemiología y Medicina Preventiva Hospital de Infectología CMN La Raza	
Dr. Jesús Gaytan Martínez	Medicina Interna Infectología	IMSS	Jefe de Servicio de Infectología de Adultos Hospital de Infectología CMN La Raza	
Dr. Juan Bernardo Bruce Diemon Hernández	Pediatría Infectología	IMSS	Jefe de Servicio de Infectología de Pediatría Hospital de Infectología CMN La Raza	
M.E. Claudia Alarcón Morales	Maestría en Educación Licenciatura en Enfermería	IMSS	Subjefe de Enfermeras Hospital de Infectología CMN La Raza	

ÍNDICE

1.	Clasificación.....	5
2.	Preguntas a Responder	6
3.	Aspectos Generales.....	7
3.1.	Justificación.....	7
3.2.	Objetivo.....	8
3.3.	Definición.....	9
4.	Evidencias y Recomendaciones	10
4.1.	Acciones de enfermería para la detección oportuna del VIH en mujeres y hombres adultos.	11
4.2.	Intervenciones de enfermería para el manejo de efectos adversos de los medicamentos antirretrovirales en mujeres y hombres con VIH.....	13
4.3.	Intervenciones de enfermería para la prevención de infecciones asociadas a la atención médica de mujeres y hombres con VIH.....	22
4.4.	Intervenciones para afrontar de forma eficaz el diagnóstico y tratamiento de VIH.....	25
4.5.	Intervenciones para fomentar la adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres y hombres adultos con VIH.....	28
4.6.	Intervenciones de enfermería de educación para la salud para fomentar el autocuidado de mujeres y hombres adultos con VIH	35
5.	Anexos	40
5.1.	Protocolo de Búsqueda.....	40
5.1.1.	<i>Estrategia de búsqueda</i>	40
5.1.1.1.	Primera Etapa.....	40
5.1.1.2.	Segunda Etapa.....	42
5.1.1.3.	Tercera Etapa	42
5.2.	Escalas de Gradación	43
5.3.	Cuadros o figuras.....	47
5.4.	Diagramas de Flujo.....	50
5.5.	Listado de Recursos	51
5.5.1.	<i>Tabla de Medicamentos</i>	51
5.6.	Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica.....	57
6.	Glosario	60
7.	Bibliografía	63
8.	Agradecimientos	66
9.	Comité Académico	67
10.	Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador	68
11.	Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	69

1. CLASIFICACIÓN

CATÁLOGO MAESTRO: IMSS-765-15

Profesionales de la salud	Maestría en Educación y Administración, Licenciados en Enfermería,, Especialistas en Administración de los Servicios de Enfermería, Especialistas en Cuidados Intensivos
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: B24X Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), sin otra especificación.
Categoría de GPC	Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención
Usuarios potenciales	Enfermeras Jefes de Piso, Enfermeras Especialistas, Enfermeras Generales, Auxiliares de Enfermería y Personal de Enfermería en Formación
Tipo de organización desarrolladora	Instituto Mexicano del Seguro Social
Población blanco	Mujeres y hombres adultos con diagnóstico de Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Dirección de Prestaciones Medicas
Intervenciones y actividades consideradas	Intervenciones de enfermería para la atención hospitalaria del paciente adulto con VIH, Intervenciones de enfermería para la prevención de infecciones intrahospitalarias, intervenciones de enfermería para fomentar la adherencia terapéutica, intervenciones de enfermería para promover el autocuidado.
Impacto esperado en salud	Otorgar atención integral segura y libre de riesgos Disminución de la morbilidad y mortalidad asociada al VIH Lograr adherencia al tratamiento Crear una cultura de Autocuidado que disminuya los ingresos hospitalarios y la presencia de infecciones secundarias al VIH Mejorar la calidad de vida de mujeres y hombres que viven con VIH
Metodología¹	Adopción o elaboración de la Guía de Práctica Clínica: de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados, o estudios observacionales publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionarán las fuentes con mayor puntaje obtenido en la evaluación de su metodología y las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
Método de integración	Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: 30 Guías seleccionadas: 6 Revisiones sistemáticas: 10 Ensayos clínicos aleatorizados: 0 Estudios observacionales: 8 Otras fuentes seleccionadas: 6
Método de validación	Validación por pares clínicos Validación del protocolo de búsqueda: Instituto Mexicano del Seguro Social Validación de la guía: Instituto Mexicano del Seguro Social
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro	IMSS-765-15
Actualización	Fecha de publicación: 5 de octubre de 2015. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía se puede contactar al CENETEC-Salud a través de su portal <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Cuáles son las acciones de enfermería efectivas para la detección del VIH en mujeres y hombres adultos?
2. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para el tratamiento de los efectos secundarios de los medicamentos antirretrovirales que puedan presentar mujeres y hombres adultos con VIH?
3. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para prevenir y reducir del riesgo de infección nosocomial en mujeres y hombres adultos inmunodeprimidos por VIH?
4. En mujeres y hombres adultos que viven con VIH ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para ayudarlo a afrontar en forma eficaz el diagnóstico y tratamiento de VIH?
5. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para fomentar la adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres y hombres adultos que viven con VIH?
6. ¿Cuáles son las intervenciones de educación para la salud para fomentar el autocuidado de mujeres y hombres adultos con VIH?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1. Justificación

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), puede considerarse una enfermedad crónica, debido a la amplia gama de medicamentos innovadores, así como el incremento del acceso universal a la prevención y el tratamiento antirretroviral. La infección por VIH es causada por un lentivirus que se ha acondicionado a infectar linfocitos CD4 en los que lleva a cabo su replicación. Este linfotropismo, lleva a una inmunosupresión en el hospedero aunado a otros mecanismos de interferencia con el sistema inmunitario.

De acuerdo con ONUSIDA, en el 2012 se estima que 35.3 millones de personas viven con VIH. En ese mismo año se registraron 2.3 millones de nuevos casos de infección, con una mortalidad de 1.6 millones relacionados con el SIDA, destinándose 18.9 millones de dólares anuales al tratamiento. Los efectos económicos de la estructura de la morbi-mortalidad son considerables.

En México la infección por VIH es considerada como una de las cinco patologías de alto impacto económico y social, en el 2012 CENSIDA notificó 159,411 casos de SIDA y 42,920 casos que continúan como seropositivos al VIH; entre 2008 y 2011 se muestra una importante reducción de alrededor del 12% en la tasa de mortalidad bruta asociada a VIH/SIDA. No obstante lo anterior, el gasto en salud es el reflejo de una serie de cambios demográficos y epidemiológicos en los últimos 25 años, los procesos infecciosos y deficiencias nutricionales se ven ahora reemplazadas por enfermedades crónicas (caso VIH), lesiones y padecimientos psiquiátricos (Zambrana M, 2008).

En este sentido, es necesario acelerar acciones que nos permitan contribuir como profesionales de enfermería desde el ámbito de competencia a: prevenir nuevos casos de infección a través de estrategias de educación para la salud, considerando que la mayor proporción de casos se encuentra en el grupo económicamente activo de 25 a 29 años (Zambrana M, 2008), con un impacto social y económico importante para la sociedad, así mismo a mantener y disminuir la tasa de mortalidad relacionada con VIH/SIDA, a través de la promoción de la prueba diagnóstica, lo que podría modificar significativamente la epidemia del VIH (Dilerina, 2010), fomentar el autocuidado y una cultura de corresponsabilidad para lograr la adherencia al tratamiento indicado, también es necesario mejorar la calidad de vida y de salud de las personas que viven con VIH, a través de desplegar acciones para proteger los derechos humanos, reducir la estigmatización y la discriminación, la desigualdad y la violencia de género (UNESCO, 2012), condiciones que impiden las estrategias eficaces de la lucha contra el VIH; si además, con las intervenciones y recomendaciones implícitas en la presente guía de práctica clínica de enfermería para la atención del adulto con VIH, se logra influir de forma positiva para disminuir el ingreso hospitalario de las y los pacientes, a través de la prevención y el control de riesgo de infecciones y la progresión hacia el SIDA, entonces se habrá logrado el objetivo de proporcionar atención integral con responsabilidades compartidas con el equipo multidisciplinario, con trato digno y enfoque intercultural; que permitirá la inclusión de la persona con VIH a todos los ámbitos de su vida y sociedad.

3.2. Objetivo

La Guía de Práctica Clínica **Intervenciones de enfermería para la atención de mujeres y hombres adultos con VIH** forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **primer, segundo o tercer nivel** de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Identificar las intervenciones de enfermería más efectivas para la detección oportuna del VIH en mujeres y hombres adultos.
- Determinar las intervenciones de enfermería basadas en evidencia científica, para prevenir y reducir el riesgo de infecciones en mujeres y hombres adultos con VIH, en el ámbito hospitalario.
- Establecer las intervenciones para ayudar a mujeres y hombres adultos con VIH a afrontar en forma eficaz el cambio en el estado de salud.
- Establecer las intervenciones de enfermería para fomentar la adherencia a los medicamentos antirretrovirales en mujeres y hombres con diagnóstico de VIH.
- Establecer las intervenciones de educación para la salud y fomentar el auto cuidado de mujeres y hombres que viven con VIH.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3. Definición

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH): La infección por el VIH es una infección de transmisión sexual producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que destruye y disminuye el sistema inmunológico del organismo, por lo que este no puede defenderse adecuadamente de otras infecciones.

Es una infección de progresión lenta en la cual las manifestaciones clínicas son inespecíficas, donde el estadio final (Ver tabla 1), es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES


Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y/o Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la(s) escala(s): **NICE, GRADE, IDSA, DHHS, Y CDC**

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

Evidencia	
Recomendación	
Punto de buena práctica	

En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del/la primer(a) autor(a) y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de “BRADEN” tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	la Shekelle <i>Matheson S, 2007</i>


4.1. Acciones de enfermería para la detección oportuna del VIH en mujeres y hombres adultos.





EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La realización de pruebas rápidas es considerada una estrategia efectiva para reducir la transmisión a través de la detección oportuna del VIH, sobre todo cuando el resultado de una prueba rápida conduce a la persona a obtener un resultado con prueba confirmatoria.	4 NICE <i>Aguilar H, Rodríguez V, 2013</i>
	Las pruebas rápidas son aquellas que no requieren de equipo de laboratorio especializado, detectan anticuerpos contra el VIH. Se realizan con gotas de sangre total por punción de una zona con gran irrigación (dedos de la mano) o con saliva, los resultados se obtienen en pocos minutos y su eficacia es similar a las realizadas por métodos convencionales.	4 NICE <i>Aguilar H, Rodríguez V, 2013</i>
	Las pruebas rápidas posibilitan la detección en etapa temprana y la atención médica oportuna. Permite que la persona con VIH sea canalizada a un centro de atención especializado, donde se le brinde el tratamiento adecuado, así como las intervenciones que garanticen una atención de calidad.	4 NICE <i>Aguilar H, Rodríguez V, 2013</i>
	En la actualidad existe una gran variedad de marcas de pruebas rápida y aunque tienen principios similares para detectar anticuerpos del VIH, cada una de ellas tiene sus especificaciones de aplicación, por lo que se sugiere que el personal encargado de realizar la prueba revise detenidamente las indicaciones del fabricante y su correcto manejo.	4 NICE <i>Aguilar H, Rodríguez V, 2013</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar el estado óptimo del empaque, no se deberá utilizar si está dañado o roto. • Verificar la vigencia de la prueba. No utilizar la prueba ni el diluyente después de la fecha de caducidad. • Realizar la prueba inmediatamente después de haberla sacado de su empaque. • Es muy importante no comer ni fumar en el área donde se realiza la prueba. 	D NICE <i>Aguilar H, Rodríguez V, 2013</i>

R	Las personas encargadas de la realización de la prueba, necesariamente deberán cuidar al máximo las condiciones higiénicas tales como lavarse las manos antes y después de realizar la prueba así como usar guantes.	D NICE <i>Aguilar H, Rodríguez V, 2013</i>
E	El cuidado higiénico del sitio donde se realiza la prueba, es fundamental para dar un servicio digno y evitar que el polvo interfiera en el procedimiento de la prueba.	4 NICE <i>Aguilar H, Rodríguez V, 2013</i>
R	La toma de la muestra deberá realizarse en un lugar privado, de ser posible cerrado, en el cual sólo deberán estar la persona usuaria y la persona consejera que realiza la prueba, quien debe considerar la situación emocional de la persona usuaria, evitando realizar comentarios o expresiones que incrementen el grado de angustia por el que atraviesa y favorecer una ambiente cordial y empático.	D NICE <i>Aguilar H, Rodríguez V, 2013</i>
R	Obtener el consentimiento informado en el que la persona usuaria, que acepta realizarse la prueba rápida de detección del VIH manifiesta por escrito su decisión.	D NICE <i>Aguilar H, Rodríguez V, 2013</i>
R	Se recomienda no realizar la prueba de detección del VIH a una persona que se encuentra bajo el efecto de cualquier droga o alcohol, que le impidan tomar una decisión consciente e informada.	D NICE <i>Aguilar H, Rodríguez V, 2013</i>
E	La realización de pruebas rápidas de detección de VIH con consejería, es una estrategia de gran alcance para contribuir a reducir el número de infecciones, por ser una manera fácil y rápida para que las personas usuarias inicien el proceso para conocer su estatus respecto al VIH, constituye una herramienta de gran utilidad porque no requiere de laboratorios, es económica y los resultados se obtienen en un tiempo máximo de 20 minutos.	4 NICE <i>Aguilar H, Rodríguez V, 2013</i>
R	Para dar un resultado confiable, es muy importante que el resultado se lea dentro del período de tiempo de 10 a 20 minutos.	D NICE <i>Aguilar H, Rodríguez V, 2013</i>

	Todas las muestras y los insumos que se utilizan, se deberán manejar como si fueran capaces de transmitir algún agente infeccioso.	D NICE <i>Aguilar H, Rodríguez V, 2013</i>
	A todo paciente diagnosticado con VIH se realizará una historia clínica completa que debe incluir una evaluación psicológica y psiquiátrica, riesgo cardiovascular, vacunaciones, viajes, hábitos sexuales, salud sexual de la pareja, uso de drogas y tóxicos, y una evaluación farmacológica exhaustiva para prevenir o detectar posibles interacciones entre los fármacos utilizados para tratar las comorbilidades y el tratamiento antirretroviral.	II IDSA <i>Berenger et al, 2015</i>
	En las mujeres, es conveniente investigar aspectos relacionados con el deseo reproductivo, anticoncepción y otros aspectos ginecológicos específicos.	II IDSA <i>Berenger et al, 2015</i>
	Se debe realizar un examen físico general que incluya piel, orofaringe, corazón, pulmón, abdomen, ganglios linfáticos periféricos, músculo-esquelético, neurológicos con evaluación neurocognitiva, y anogenital. Esta evaluación se repetirá con periodicidad anual y/o siempre que la situación clínica del paciente lo requiera.	II IDSA <i>Berenger et al, 2015</i>
	Se debe realizar historia clínica, evaluación farmacológica y examen físico a todo paciente infectado por el VIH, que se repetirá con periodicidad anual.	A IDSA <i>Berenger et al, 2015</i>
	Evaluar al paciente utilizando el sistema de valoración por patrones funcionales de salud. (Ver tabla 2)	Punto de buena practica









4.2. Intervenciones de enfermería para el manejo de efectos adversos de los medicamentos antirretrovirales en mujeres y hombres con VIH.

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Los medicamentos contra el VIH ayudan a las personas infectadas por el VIH a tener una vida más	4 NICE

	larga y saludable. La meta del tratamiento de la infección por el VIH es reducir la concentración del virus en el cuerpo de una persona y evitar la destrucción del sistema inmunitario.	<i>Carter, 2010</i>
	Los efectos adversos de los fármacos antirretrovirales pueden ser inmediatos (a corto plazo) o tardíos (a largo plazo). Los efectos inmediatos se producen en los primeros días o semanas de tratamiento, mientras que los tardíos aparecen al cabo de meses	II IDSA <i>Berenger et al, 2015</i>
	Los efectos adversos inmediatos están bien definidos, en algunos casos pueden anticiparse y suelen ser fáciles de controlar. Afectan principalmente a la esfera digestiva, cutánea, o neuropsicológica y su incidencia y factores asociados son muy importantes.	II IDSA <i>Berenger et al, 2015</i>
	<p>Algunos efectos de los medicamentos contra el VIH aparecen meses o aun años después de haber comenzado a tomarlos y continúan por largo tiempo. Entre los ejemplos de los efectos secundarios a largo plazo están:</p> <p>1. Efectos habituales o a corto plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diarrea • Sensación de náuseas o vómitos • Dolor de cabeza • Estado de ánimo y problemas del sueño • Exantema cutáneo (<i>rash</i>) • Problemas sexuales • Cansancio • Fiebre • Dolor muscular • Mareo ocasional <p>2. A largo plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas renales • Lipodistrofia • Cambios metabólicos • Problemas hepáticos • Neuropatía periférica • Hiperlipidemia • Osteoporosis <p>3. Raros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas óseos • Acidosis láctica • Pancreatitis 	4 NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, 2015</i> <i>Carter, 2010</i>
	Infórmate al paciente y familiar sobre cualquier efecto secundario que pueda llegar a presentar informando	D NICE <i>IDSA, 2015</i>

	no reducir, omitir, ni suspender los medicamentos contra el VIH a menos que se lo indique su médico tratante.	<i>Carter, 2010</i>
	Se debe explicar al paciente cómo tomar correctamente una pauta de tratamiento antirretroviral y la posibilidad de que ocurran determinados efectos adversos inmediatos.	A IDSA <i>Berenger et al, 2015</i>
	Al iniciar un régimen de tratamiento antirretroviral se debe explicar qué actitud debe tomar la y el paciente si ocurre un determinado efecto adverso y, en cualquier caso, se debe facilitar la posibilidad de comunicación directa con el médico.	A IDSA <i>Berenger et al, 2015</i>
	Los efectos adversos inmediatos leves se pueden tratar sintomáticamente valorando la evolución de la tolerabilidad del paciente.	A IDSA <i>Berenger et al, 2015</i>
	Si el efecto adverso tiene gran intensidad o duración prolongada o no es asumible por el paciente, se debe cambiar el o los fármacos antirretrovirales potencialmente implicados.	A IDSA <i>Berenger et al, 2015</i>
	Evaluar al paciente utilizando el sistema de valoración por patrones funcionales de salud para identificar efectos secundarios a la medicación.	Punto de buena practica
	Los Inhibidores de la transcriptasa reversa, análogos de nucleótidos (ITRAN) producen efectos tales como: náusea, vómito, hepatitis, acidosis láctica con esteatosis hepática, lipoatrofia, miopatía y neuropatía periférica	II IDSA <i>Soto L et al, 2012</i>
	Los Inhibidores de la transcriptasa reversa, no nucleósidos (NN) producen efectos tales como: exantema y hepatitis	II IDSA <i>Soto L et al, 2012</i>
	Los Inhibidores de la proteasa (IP) producen los siguientes efectos: intolerancia gastrointestinal, resistencia a insulina, hiperglicemia, dm de reciente inicio, dislipidemia, lipodistrofia, aumento de riesgo de	II IDSA <i>Soto L et al, 2012</i>

	sangrado en hemofílicos, hepatitis, osteonecrosis, osteopenia/ osteoporosis. Múltiples interacciones farmacológicas	
	La diarrea es un efecto secundario que pueden provocar la mayoría de los fármacos antirretrovirales. En el caso de algunos fármacos, la diarrea desaparece tras las primeras semanas o meses de tratamiento. Sin embargo, para determinadas personas, se convierte en una reacción permanente frente a algún fármaco en particular.	4 NICE <i>Carter, 2010</i>
	Los cambios en la dieta tienen poco efecto sobre la diarrea relacionada con los inhibidores de la proteasa u otros fármacos. No obstante, se dispone de gran variedad de tratamientos para ayudar a controlar la diarrea, en particular el antidiarreico loperamida.	4 NICE <i>Carter, 2010</i>
	Orientar al paciente que siga comiendo y bebiendo aunque tenga diarrea causada por la medicación.	D NICE <i>Carter, 2010</i>
	Las náuseas y los vómitos tienden a ser peores en las primeras semanas de tratamiento antirretroviral y, a menudo, disminuyen o desaparecen por completo con el tiempo.	4 NICE <i>Carter, 2010</i>
	Sugerir realizar comidas pequeñas y frecuentes a lo largo del día, en lugar de dos o tres comidas grandes.	D NICE <i>Carter, 2010</i>
	Sugerir no ingerir alimentos sólidos y líquidos en la misma comida. Procurar espaciarlos al menos una hora.	D NICE <i>Carter, 2010</i>
	Sugerir evitar comidas aceitosas, grasas, frito o picante.	D NICE <i>Carter, 2010</i>





	La ingestión de alimentos salados puede ayudar a reducir las náuseas.	D NICE <i>Carter, 2010</i>
	Recomendar no acostarse como mínimo hasta una hora después de comer.	D NICE <i>Carter, 2010</i>
	Sugerir comer alimentos fríos o a temperatura ambiente. La comida caliente puede empeorar las náuseas.	D NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, 2015</i> <i>Carter, 2010</i>
	El dolor de cabeza es un efecto secundario de muchos fármacos antirretrovirales. En la mayor parte de los casos, éste es leve y disminuye o desaparece por completo pasadas unas semanas de tratamiento con el fármaco.	4 NICE <i>Ribera E, 2011</i>
	Emplear analgésicos como el paracetamol, para aliviar este síntoma.	D NICE <i>Ribera E, 2011</i>
	Se ha manifestado hepatotoxicidad en personas infectadas por el VIH tratadas con tres clases de medicamentos contra ese virus, a saber, inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos (NRTI), inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos (NNRTI) e inhibidores de la proteasa (PI). (Ver tabla 3)	4 NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
	Los signos y síntomas de hepatotoxicidad varían según el grado de lesión del hígado. Los síntomas de lesión del hígado comprenden los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Náusea • Vómito • Dolor abdominal • Inapetencia • Diarrea • Sensación de cansancio o debilidad • Ictericia (coloración amarillenta de la piel y los ojos) • Hepatomegalia (aumento del volumen del hígado). 	4 NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
		D

	Debe someterse con frecuencia a pruebas funcionales hepáticas, especialmente al comenzar a tomar el régimen de tratamiento contra el VIH por primera vez.	NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
R	Identificar a través de la valoración la presencia de cualquier síntoma de hepatotoxicidad, para notificar de forma inmediata al médico tratante.	D NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
E	El tratamiento con inhibidores de la proteasa (PI) del VIH y la infección por el virus de la hepatitis C aumentan el riesgo de hiperglucemia y diabetes en las personas infectados por el VIH. El riesgo de manifestación de hiperglucemia es aproximadamente igual con todos los inhibidores de la proteasa.	4 NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
E	Los síntomas más comunes de la hiperglucemia son aumento de la frecuencia de micción, sed o hambre excesiva y pérdida de peso de origen desconocido.	4 NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
R	Identificar de manera oportuna a través de la valoración algún síntoma de hiperglucemia, así como otros factores de riesgo de hiperglucemia o diabetes que pueda tener el paciente para la notificación inmediata al médico tratante.	D NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
R	Realizar prueba de glucosa sanguínea en ayunas para medir la concentración de glucosa en la sangre en las y los pacientes con tratamientos con inhibidores de proteasa.	D NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
E	Algunos inhibidores de la proteasa pueden elevar las concentraciones de lípidos (grasa) en la sangre.	4 NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
R	Solicitar un perfil de lípidos cuando se comience con el tratamiento antirretroviral. Una vez que se determinen las concentraciones de lípidos de referencia, se deben vigilar cada 3 a 4 meses, o por lo menos una vez al año.	D NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>


R	Interconsultar a un dietista para establecer un régimen de alimentación con poca grasa y controlar el peso.	D NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
E	Los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos (NRTI) pueden causar hiperlactatemia al alterar la función de las mitocondrias. Esto se conoce con el nombre de toxicidad mitocondrial. Cuando el funcionamiento de las mitocondrias no es eficiente, se produce lactato en exceso.	4 NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
E	Las y los pacientes infectados por el VIH que toman ribavirina para la infección por el virus de la hepatitis C también pueden estar expuestos a un mayor riesgo de manifestación de acidosis láctica.	4 NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
E	Los signos y síntomas de hiperlactatemia grave y acidosis láctica son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Náusea persistente, vómito y dolor abdominal • Cansancio de origen desconocido • Dificultad para respirar • Respiración acelerada • Aumento del tamaño o sensibilidad del hígado • Manos y pies fríos o azulados • Anomalía de los latidos del corazón • Adelgazamiento 	4 NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
R	Identificar de manera oportuna a través de la valoración algún signo o síntoma de hiperlactatemia, así como otros factores de riesgo de hiperglucemia o diabetes que pueda tener el paciente para la notificación inmediata al médico tratante.	D NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
R	Verificar la solicitud de <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas funcionales hepáticas • Concentración de electrolitos • Concentración de pH sanguíneo 	D NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
R	Las y los pacientes no debe suspender ninguno de los medicamentos antirretrovirales sin consultar al médico.	D NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
E	Las pruebas existentes indican que la lipodistrofia	3

	está vinculada al uso de inhibidores de la transcriptasa inversa análogo de los nucleósidos (NRTI, siglas en inglés) y de inhibidores de la proteasa al mismo tiempo.	NICE <i>Castelar L et al, 2012</i>
R	El personal de enfermería puede actuar en la identificación precoz de las alteraciones, además de suministrar orientaciones y apoyo a las y los pacientes acometidos por los cambios en la imagen corporal.	C NICE <i>Castelar L et al, 2012</i>
E	La duración y gravedad de la infección por el VIH cuánto más tiempo haya estado infectada una persona y más grave sea la infección, mayor será el riesgo de lipodistrofia.	4 NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
E	El estado de salud del sistema inmunitario antes de comenzar a administrar los medicamentos contra el VIH y su grado de recuperación después de administrarlos también son factores de riesgo para presentar lipodistrofia.	4 NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
R	Identificar de manera oportuna a través de la valoración algún signo o síntoma de lipodistrofia, así como otros factores de riesgo de hiperglucemia o diabetes que pueda tener el paciente para la notificación inmediata al médico tratante.	D NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
R	Medir el contorno de los brazos, los muslos, la cintura, las caderas y el cuello antes de comenzar cualquier medicamento antirretroviral y luego periódicamente durante el tratamiento.	D NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
R	Establecer un régimen de alimentación y ejercicio. Los cambios de su régimen de alimentación y ejercicio pueden ayudarle a fortalecer los músculos y a reducir la acumulación de grasa.	D NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
E	Los medicamentos antirretrovirales pueden causar efectos secundarios negativos que pueden aumentar su riesgo de osteopenia y osteoporosis.	4 NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>





	<p>Los síntomas de la osteonecrosis son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor en la región afectada del cuerpo • Ángulo limitado de movimiento, rigidez de las articulaciones • Espasmos musculares • Lesión progresiva de los huesos antes de su colapso 	<p>4 NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i></p>
	<p>Identificar de manera oportuna a través de la valoración algún signo o síntoma de lipodistrofia, así como otros factores de riesgo de hiperglucemia o diabetes que pueda tener el paciente para la notificación inmediata al médico tratante.</p>	<p>D NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i></p>
	<p>Administrar Medicamentos prescritos para aliviar el dolor.</p>	<p>D NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i></p>
	<p>Orientar sobre el uso de dispositivos de ayuda. Un bastón, unas muletas o un caminador pueden disminuir el dolor de los huesos y reducir los riesgos de caídas.</p>	<p>D NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i></p>
	<p>Los medicamentos antirretrovirales pueden causar efectos secundarios negativos que pueden aumentar su riesgo de osteopenia y osteoporosis. Esos efectos secundarios son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lipodistrofia • Hiperlipidemia 	<p>4 NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i></p>
	<p>Se recomiendan el consumo de suplementos de calcio y vitamina D para las personas.</p>	<p>D NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i></p>
	<p>Recomendar el consumo de una cantidad suficiente de calcio y vitamina D en la alimentación. Los alimentos ricos en calcio incluyen leche descremada, yogur y verduras de hoja. Los suplementos de calcio con vitamina D son otra fuente de calcio. Los adultos deben consumir de 1.000 a 1.500 mg de calcio todos los días.</p>	<p>D NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i></p>
	<p>Orientar hacer ejercicio con soporte de peso, caminar, trotar, jugar tenis, bailar ya que otras actividades de esa naturaleza fortalecen los huesos.</p>	<p>D NICE <i>Efectos secundarios de los</i></p>

		<i>medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
	Orientar sobre no beber alcohol ni fumar en exceso. Estos patrones de comportamiento aceleran la pérdida de hueso.	D NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
	Evitar las caídas, ya que las fracturas de los huesos aumentan su riesgo de osteonecrosis.	D NICE <i>Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH, AIDS, 2015</i>
	La erupción cutánea puede ocurrir con medicamentos de cualquiera de las tres clases principales de antirretrovirales, inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos (NNRTI), inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos (NRTI) e inhibidores de la proteasa (PI). (Ver tabla 3)	4 NICE <i>Ribera E, 2011</i>
	La erupción cutánea grave que puede ocurrir con el uso de medicamentos contra el VIH se manifiesta como el síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica, que son dos formas diferentes de la misma clase de erupción. La última difiere de la primera en el grado de lesión de la piel. La necrólisis epidérmica tóxica cubre por lo menos 30% de la piel del cuerpo. Ambas son afecciones graves que deben recibir tratamiento médico.	D NICE <i>Ribera E, 2011</i>

4.3. Intervenciones de enfermería para la prevención de infecciones asociadas a la atención médica de mujeres y hombres con VIH

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Hay procesos de atención médica en los que la condición clínica del paciente o la interacción simultánea de muchas personas con el individuo, aumenta la posibilidad de errores y riesgos; tal es el caso de las y los pacientes Inmunosuprimidos con VIH.	4 NICE <i>Villarreal P. et al 2011</i>

	<p>Las y los pacientes con VIH que se presentan en el medio hospitalario muestran los síntomas o signos de inmunodeficiencia en estadio 1, 2 y 3 (candidiasis, diarrea, infecciones herpéticas frecuentes y adenopatías inespecíficas) o inmunodeficiencias graves en estadio 4 (infecciones o tumores oportunistas), por lo que están más susceptibles y expuestos a riesgos de infección nosocomial debido a la inmunosupresión que presentan.</p>	<p>Baja Calidad GRADE OMS, 2010</p>
	<p>Los estados inmunológicos del paciente en el momento de la exposición a un agente infeccioso, la interacción entre los patógenos, y los factores de virulencia intrínsecos al agente son predictores importantes de resultado de un individuo. Los factores del huésped tales como extremos de la edad y la enfermedad subyacente (por ejemplo, VIH / SIDA), puede aumentar la susceptibilidad a la infección.</p>	<p>IB CDC <i>Siegel J et al, 2007.</i></p>
	<p>Las manos de los trabajadores de la salud son el vehículo más importante para la transmisión de microorganismos multiresistentes y de infecciones hospitalarias a las y los pacientes ingresados a los centros sanitarios.</p>	<p>IB CDC <i>Siegel J et al, 2007.</i></p>
	<p>Aplicar estrategias emitidas a nivel internacional y fomentar acciones e intervenciones específicas que tengan efectos directos sobre las infecciones nosocomiales y la seguridad de las y los pacientes; tales como, la higiene de las manos en la atención sanitaria, a fin de minimizar los riesgos a los que se expone al paciente con VIH.</p>	<p>IB CDC <i>Siegel J et al, 2007.</i></p>
	<p>Crear un entorno de protección para las y los pacientes, a través de la aplicación de las precauciones estándar y precauciones basadas en la transmisión, para prevenir la transferencia de agentes infecciosos.</p>	<p>IB CDC <i>Siegel J et al, 2007.</i></p>
	<p>Las precauciones estándar están destinadas a aplicarse al cuidado las y los pacientes en todos los establecimientos de salud, independientemente de la presencia sospechosa o confirmada de un agente infeccioso, garantizando que el personal de salud no transmite agentes infecciosos a las y los pacientes a través de sus manos o a través de equipos utilizados durante la atención.</p>	<p>IB CDC <i>Siegel J et al, 2007.</i></p>




	Las precauciones estándar se basan en el principio de que toda la sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones, pueden contener agentes infecciosos transmisibles.	IB CDC <i>Siegel J et al, 2007.</i>
	Aplicar las precauciones estándar en todos las y los pacientes durante la atención en unidades médicas, las cuales incluyen el siguiente conjunto de prácticas de prevención de infecciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lavado de manos. ▪ Uso de bata de aislamiento. ▪ Uso de guantes. ▪ Uso de mascarilla. 	IB CDC <i>Siegel J et al, 2007.</i>
	Aplicar medidas de control de código fuente de tales como: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cubrir la boca/nariz con un pañuelo desechable al toser. ▪ Desechar los utensilios utilizados en forma inmediata, de forma tal que no queden expuestos al medio ambiente. ▪ Potenciar el uso de máscaras N95 en la persona que tose. ▪ Realizar la técnica de lavado de manos indispensable después del contacto con secreciones respiratorias. 	IB CDC <i>Siegel J et al, 2007.</i>
	Dado que el agente de infección a menudo no se conoce en el momento de la admisión del paciente en un centro de salud, las precauciones basadas en la transmisión se utilizan empíricamente, de acuerdo con el cuadro clínico y los agentes etiológicos probables en el momento, posteriormente deben modificarse cuando se identifica el patógeno o la etiología infecciosa transmisible se descarta.	IB CDC <i>Siegel J et al, 2007.</i>
	La transmisión por contacto se divide en dos subgrupos: <ul style="list-style-type: none"> • Contacto directo (se produce cuando los microorganismos son transferidos de una persona infectada a otra persona sin un objeto intermedio contaminado). • Contacto indirecto (implica la transferencia de un agente infeccioso a través de un objeto intermedio contaminado o persona). 	IA CDC <i>Siegel J et al, 2007.</i>
	Aplicar precauciones basadas en la transmisión por	IA






	contacto: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar higiene de manos. ▪ Usar guantes desechables no estériles, ante el riesgo de contacto con sangre u otros fluidos corporales que contienen sangre de un paciente. ▪ Realizar limpieza y desinfección de dispositivos utilizados por el paciente. ▪ Utilizar batas de aislamiento como equipos de protección personal. 	CDC <i>Siegel J et al, 2007.</i>
--	--	--

4.4. Intervenciones para afrontar de forma eficaz el diagnóstico y tratamiento de VIH



EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	El recibir el diagnóstico de VIH hace que la reacción sea de confusión y de incredulidad, así como también de temor, miedo, culpa, rabia, dolor y angustia por no saber que va a suceder.	4 NICE <i>Valdez et al, 2011</i>
	Detectar y tratar precozmente los trastornos psiquiátricos y psicológicos.	Fuerte GRADE <i>Polo et al, 2015</i>
	Las personas que viven con el VIH se enfrentan a un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, psicológicos y económicos que constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental.	3 NICE <i>Meza, 2011</i>
	Intervenciones psicológicas, particularmente las que incorporan técnicas cognitivo-conductuales (reestructuración cognitiva y técnicas de manejo del estrés), han mostrado ser efectivas tanto para disminuir la sintomatología depresiva y ansiedad, como para mejorar el afrontamiento a los estresores asociados a la infección por VIH.	Fuerte GRADE <i>Polo et al, 2015</i>
	La presencia de problemas emocionales en las personas con VIH/SIDA se explica por la psicopatología previa de los afectados, por la dificultad para adaptarse a una enfermedad que impone importantes restricciones en la vida del enfermo, como consecuencia de la misma enfermedad y de su tratamiento y como consecuencia del estigma social de la enfermedad.	3 NICE <i>Meza, 2011</i>

	<p>El apoyo psicológico puede ser realizado por diferentes profesionales de la salud y debe realizarse desde el momento del diagnóstico. La comunicación para que sea efectiva debe cumplir los principios generales de una “buena comunicación”.</p>	<p>Alta calidad GRADE <i>Polo et al, 2015</i></p>
	<p>Se recomienda que en la atención al paciente recién diagnosticado con el VIH se incluya la atención psicológica, en la que los principios fundamentales sean la escucha y apoyo, la confidencialidad, la psicoeducación, la coordinación y adaptación en los distintos contextos asistenciales.</p>	<p>Fuerte GRADE <i>Polo et al, 2015</i></p>
	<p>Las primeras reacciones ante el VIH suelen ser: negación, abatimiento, agitación, miedo, enojo y desapego, por lo que es tan importante aprender a enfrentar de manera positiva y efectiva el impacto de conocer y aceptar la realidad.</p>	<p>4 NICE <i>Valdez et al, 2011</i></p>
	<p>Las repercusiones psico-sociales que padecen las personas con VIH son tan variadas y complejas. Estas personas generalmente sufren reacciones por parte de la sociedad que favorecen o acentúan los problemas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sentimientos de confusión, miedo, rabia, angustia, tristeza, culpabilidad y baja estima. b) Aislamiento y soledad. c) Rechazo familiar y amigos. d) Pérdida de empleo. e) Pérdida del estatus social. 	<p>4 NICE <i>Valdez et al, 2011</i></p>
	<p>Referir a las personas con VIH con psiquiatras, psicólogos/as y trabajadores sociales para ser valoradas, a fin de detectar las necesidades individuales e intervenir de manera oportuna y no esperar que llegue a necesidades extremas.</p>	<p>Fuerte GRADE <i>Polo et al, 2015</i></p>
	<p>Tomar en cuenta los principios fundamentales de la atención psicoemocional (escucha y apoyo, confidencialidad, psicoeducación, coordinación y adaptación en los distintos contextos asistenciales).</p>	<p>Fuerte GRADE <i>Polo et al, 2015</i></p>
	<p>Incorporar a la atención algunas estrategias necesarias para ayudar a mejorar el aspecto emocional de las personas con VIH, como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Fomentar la capacidad de decidir sobre su propia 	<p>D NICE <i>Valdez et al, 2011</i></p>


	<p>salud.</p> <p>b) Ayudar a analizar sobre los hechos reales, sentimientos y valores.</p> <p>c) Motivar hacia una conducta positiva, tener expectativas en la vida.</p> <p>d) Promover actitudes positivas como optimismo, confianza, ganas de luchar y de vivir.</p> <p>e) Organizar grupos de compañía.</p>	
	Desde el enfoque cultural está demostrado que a menor grado de instrucción, mayor empleo del afrontamiento emocional no funcional, es decir que la respuesta ante el agente estresante es la manifestación de sus sentimientos de forma incertiva e impulsiva.	<p>2++ NICE</p> <p><i>Dugarte J., 2008</i></p>
	Las y los pacientes que tienen una relación de pareja estable tienen mayor calidad de vida en funcionamiento del rol, el cual influye de manera positiva en la mayoría de las demás dimensiones de la calidad de vida.	<p>2++ NICE</p> <p><i>Dugarte J., 2008</i></p>
	Las estrategias de afrontamiento más utilizadas son: <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de apoyo religioso • Negación • Indefensión • Afrontamiento directo y reevaluación • Afrontamiento emocional funcional 	<p>2++ NICE</p> <p><i>Dugarte J., 2008</i></p>
	Un estudio correlacional demuestra que de las técnicas de afrontamiento las que se relacionan de forma directa y positiva con los niveles de CD4 son la búsqueda de apoyo religioso y el afrontamiento directo y reevaluación.	<p>2++ NICE</p> <p><i>Dugarte J., 2008</i></p>
	Varias investigaciones han determinado que altos niveles de depresión disminuyen la función inmune, aceleran la progresión de la enfermedad, incrementan la discapacidad y disminuyen la supervivencia, concluyendo, aunque con reserva, que existe una relación entre factores psicológicos y la disminución de linfocitos en personas infectadas por VIH que padecen depresión; pacientes con VIH/SIDA con un nivel medio de carga viral presentan rasgos de ansiedad, en comparación con pacientes con carga viral baja.	<p>3 NICE</p> <p><i>Meza, 2011</i></p>
	La dimensión de la calidad de vida que se correlaciona	<p>2++ NICE</p>




	de manera directa y positiva con los niveles directos de CD4 es la energía/fatiga.	<i>Dugarte J., 2008</i>
	La psicoterapia ha demostrado ser útil para el abordaje del trastorno adaptativo.	Fuerte GRADE <i>Polo, et al, 2015</i>
	Se recomienda la realización de talleres que traten el tema de afrontamiento para las y los pacientes seropositivos.	B NICE <i>Dugarte J., 2008</i>
	Se sugiere la conformación de grupos de apoyo donde se fomenten estrategias de afrontamiento funcionales que se correlacionen con los niveles de CD4.	B NICE <i>Dugarte J., 2008</i>
	Diferenciar entre el duelo y trastorno adaptativo, debido al distinto abordaje terapéutico, siendo el área de salud mental quien lo realice.	Fuerte GRADE <i>Polo, et al, 2015</i>
	Incluir la interculturalidad (proceso que incluye respeto, diálogo horizontal, comprensión y sinergia) como parte esencial de la práctica profesional de enfermería.	Punto de buena práctica

4.5. Intervenciones para fomentar la adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres y hombres adultos con VIH

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La adherencia es la principal condición para el éxito del tratamiento antirretroviral, entendiéndose por tal la capacidad del paciente de comprometerse e involucrarse el inicio y control del tratamiento antirretroviral que le permita mantener un cumplimiento riguroso del tratamiento.	II IDSA <i>Arteta Z et al,2011</i>
	El «apego» o la «adherencia» se refieren al grado de cumplimiento de la persona a las indicaciones médicas, incluyendo las terapias prescritas, la asistencia a sus citas de seguimiento, las	III DHHS

	recomendaciones dietéticas y de ejercicio físico, etc.	<i>Calva M, Pavía R et al, 2014</i>
	El éxito de la terapia antirretroviral radica en la adherencia al mismo, siendo el factor más importante a nivel individual (la edad, el sexo, la raza, el nivel cultural y la situación económica) para asegurar una adecuada respuesta al tratamiento antirretroviral.	3 NICE <i>Hernández G, 2013</i> I IDSA <i>Berenger et al, 2015</i>
	Existen múltiples factores asociados a una baja adherencia en el tratamiento antirretroviral, como son las características y actitudes propias del paciente, del personal de salud y del tratamiento antirretroviral. Condiciones como contar con bajos ingresos, falta de acceso al transporte, el género, el estigma y la discriminación continúan siendo barreras en la atención.	III DHHS <i>Calva M, Pavia T et al, 2014</i>
	La inequidad de género, relacionada con cuestiones culturales y económicas, es una barrera importante en el acceso y adherencia de las mujeres al tratamiento antirretroviral.	III DHHS <i>Calva M, Pavia T et al, 2014</i>
	Los factores relacionados al tratamiento que afectan la adherencia son: <ul style="list-style-type: none"> • Número de pastillas. • Frecuencia de dosificación. • Restricciones alimentarias. • Efectos adversos. • Interacciones farmacológicas. • Afectación del estilo de vida 	III DHHS <i>Calva M, Pavia T et al, 2014</i>
	Una mayor desinformación en temas de salud sexual y reproductiva, menor independencia económica, mayor estigma social para mujeres que viven con VIH y otras formas de violencia de género se traducen en obstáculos durante el tratamiento.	III DHHS <i>Calva M, Pavia T et al, 2014</i>


	Los factores asociados a no adherencia son: consumo de sustancias psicoactivas (ilícitas y alcohol), depresión, efectos adversos, bajo nivel de educación, poca confianza en los beneficios del tratamiento, mayor número de comprimidos y de dosis.	III IDSA <i>Arteta Z et al,2011</i>
	Evaluar los posibles factores de riesgo para conseguir una adherencia óptima al tratamiento para planificar intervenciones específicas para cada paciente que generalmente serán de carácter multifactorial y multidisciplinar.	A IDSA <i>Berenger et al,2015</i>
	Una buena adherencia requiere de: <ul style="list-style-type: none"> • Información • Consentimiento informado • Horarios adecuados • Compromiso consigo mismo • Estrategias recordatorias • Consejería 	4 NICE <i>RVG + Red Venezonala de Gente Positiva, 2008</i>
	Se recomienda preparar al paciente antes de iniciar el tratamiento antirretroviral, así mismo, conviene identificar y corregir las causas que puedan dificultar su adherencia correcta. Si el paciente no está preparado, es mejor retrasar el inicio del tratamiento antirretroviral.	A IDSA <i>Berenger et al,2015</i>
	Ofrecer información detallada, soporte y accesibilidad cuando se inicie el tratamiento antirretroviral. Las y los pacientes adherentes tienen un riesgo inferior de infecciones oportunistas y, en consecuencia de ser hospitalizados.	A IDSA <i>Berenger et al,2015</i>

	<p>Para favorecer la adherencia al tratamiento antirretroviral, es muy importante que el paciente reciba y entienda la información sobre la infección por el VIH/SIDA y el tratamiento específico prescrito.</p>	<p style="text-align: center;">C DHHS</p> <p><i>Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents, 2014</i></p>
	<p>Deben tomarse en cuenta los siguientes factores que pueden afectar la adherencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel de educación • Cambios relacionados con la edad (pérdida de la visión, deterioro cognitivo, etc.) • Estado psicosocial (depresión, situación de calle, falta de apoyo social, estrés, demencia o psicosis) • Abuso de sustancias (en particular en aquellos con recaída reciente) • Estigma • Dificultad para la toma de medicamentos • Esquemas complejos (dosis frecuentes, que requieren alimentos específicos) • Efectos adversos ocasionados por el esquema • Fatiga al tratamiento • Inadecuada relación médico-paciente • Desconocimiento de la enfermedad • Falsas creencias sobre la enfermedad y el tratamiento • Estadío clínico avanzado • Estado emocional deprimido • Viajes y desplazamientos • Problemas para recordar los horarios y dosis de los medicamentos • Horario de ingesta que interfiere con el sueño, reuniones, comidas, trabajo, etc. • Dificultades para deglutir (número y tamaño de las pastillas) • Imposibilidad de mantener la privacidad al momento de la ingesta • Falta de compromiso con la propia salud • Deficiencia en los servicios de salud o inadecuada disponibilidad y abasto de los medicamentos 	<p style="text-align: center;">C DHHS</p> <p><i>Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents, 2014</i></p>
	<p>Un elemento clave para lograr una buena adherencia</p>	<p style="text-align: center;">3 NICE</p>



	<p>es que los horarios establecidos para la ingesta de los medicamentos antirretrovirales se adecuen a la rutina y realidad de las personas. Lo anterior permitirá llevar una vida cotidiana con las menores alteraciones posibles y conservar una buena calidad de vida. Es preciso informar que al menos se debe tomar el 95% de la dosis mensual de los medicamentos para que estos sean efectivos para controlar la replicación del VIH.</p>	<i>Hernández G, 2013</i>
	<p>La adherencia del paciente al tratamiento antirretroviral tiene una relación muy importante con la supresión de la Carga Viral, la reducción de la frecuencia de falla terapéutica, el incremento en la sobrevida y mejora de la calidad de vida. La adherencia se relaciona con las características del paciente, el esquema antirretroviral que recibe, la relación médico-paciente y su entorno familiar.</p>	<p>III DHHS <i>Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents, 2014</i></p>
	<p>La no adherencia incrementa la resistencia, las complicaciones y las hospitalizaciones.</p>	<p>3 NICE <i>Hernández G, 2013</i></p>
	<p>El incumplimiento en el tratamiento es la causa más importante del fracaso terapéutico y de selección de cepas de resistentes, con el consecuente perjuicio para el paciente y potencial riesgo de transmisión de resistencia.</p>	<p>AII IDSA <i>Arteta Z et al, 2011</i></p>
	<p>Identificar las características del paciente, de su entorno familiar y social que puedan atentar contra una adecuada adherencia y diseñar estrategias de apoyo interdisciplinarias (psicología, psiquiatría, asistente social, grupos de apoyo).</p>	<p>AII IDSA <i>Arteta Z et al, 2011</i></p>
	<p>Intervenciones potencialmente eficaces dirigidos al paciente para mejorar el apego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar y mejorar la relación y la comunicación entre pacientes y profesionales de la salud. • Retroalimentar el buen cumplimiento compartiendo con la persona la mejora de los indicadores (carga viral y conteo de células CD4). • Informar detalladamente sobre riesgos y beneficios del tratamiento. • Asociar la toma de medicamentos con actividades cotidianas. • Adoptar técnicas especiales de ayuda para el cumplimiento (diarios de medicación, alarmas, mensajes electrónicos, etc.). 	<p>III HHS <i>Calva M, Pavia T et al, 2014</i></p>






	<ul style="list-style-type: none"> • Proveer información detallada de las consecuencias médicas del incumplimiento. 	
	Implementar un taller de adherencia en cada unidad médica.	Punto de buena práctica
	Las actitudes y creencias del paciente respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial son factores determinantes a la hora de aceptar el tratamiento propuesto y cumplirlo de forma correcta.	3 NICE <i>Knobel et al, 2008</i>
	Se han identificado varios factores asociados con deficiente adherencia, entre los que destacan la mala relación médico-paciente, falta de apoyo social, complejidad del tratamiento, efectos secundarios y temor acerca de la aparición de alteraciones metabólicas y morfológicas.	I IDSA <i>Berenger et al, 2015</i>
	Infundir confianza y establecer un diálogo fluido para informar al paciente y que éste a su vez comprenda los beneficios de la medicación, así como la importancia de tomarla regularmente, en los horarios indicados y sin interrupciones; sin dejar de conocer los efectos secundarios y tóxicos.	D NICE <i>Arteta Z et al, 2011</i>
	Las estrategias de intervención individualizadas, basadas en estrategias psicoeducativas y de asesoramiento personal, con capacidad para adaptar el esquema del tratamiento antirretroviral a los hábitos de vida diaria del paciente, y proporcionando estrategias de resolución de problemas han determinado ser eficaces para incrementar la adherencia al tratamiento y mejorar la respuesta al mismo.	2++ NICE <i>Knobel et al, 2008</i>
	Informar al paciente acerca de su enfermedad y tratamiento, es importante que comprenda la relación riesgo-beneficio y se sienta motivado para que cumplan con el tratamiento de forma adecuada.	A IDSA <i>Berenger et al, 2015</i>
	Crear medidas preventivas y de educación para el auto cuidado, dirigido a mejorar la calidad de vida de las y los pacientes con VIH, tomando como base el comportamiento de adherencia al tratamiento antirretroviral.	C NICE <i>Hernández G, 2013</i>
	Las intervenciones potencialmente eficaces de enfoque social y educativo para mejorar el apego: <ul style="list-style-type: none"> • Buscar alianzas con familiares y compañeras/os. • Acercar a las y los pacientes con organizaciones 	III HHS <i>Calva M, Pavia T et al, 2014</i>

	<p>civiles o comunitarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proveer educación médica a la persona con explicaciones claras, precisas y comprensibles. • Sensibilizar y concientizar a las comunidades sobre el estigma y la discriminación relacionados con el VIH. 	
E	<p>Los factores de carácter psicológico juegan un papel clave en el cumplimiento del tratamiento antirretroviral. La ansiedad, la depresión y el estrés dificultan la consecución de una adherencia adecuada.</p>	<p>3 NICE <i>Knobel et al, 2008</i></p>
R	<p>Considerar la intervención psicológica y psiquiátrica como parte importante de la asistencia integral, dada la elevada prevalencia de ansiedad, depresión y estrés en las y los pacientes con infección por VIH.</p>	<p>C NICE <i>Knobel et al, 2008</i></p>
R	<p>Sugerir contar con un sistema o red de apoyo que le recuerde al paciente tomar sus antirretrovirales. Esta red de apoyo, por ejemplo, es similar a lo que se denomina “pareja de tratamiento” (amiga/o, hermano/a, pareja, etc.), donde cada miembro que se elija deberá recordarle diariamente al paciente que debe tomar sus medicamentos a través de llamadas telefónicas o mensajes orales o envío de textos por el celular.</p>	<p>D NICE <i>RVG + Red Venezonala de Gente Positiva, 2008</i></p>
E	<p>Algunas técnicas efectivas para determinar la adherencia a los antirretrovirales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia a las citas. • Recuento de la medicación sobrante. • Evolución clínica y datos analíticos 	<p>III HHS <i>Calva M, Pavia T et al, 2014</i></p>
E	<p>Se ha visto que las y los pacientes que sufren fatiga, confusión, pérdida del gusto o náuseas son lo que tienen una peor adherencia al tratamiento antirretroviral.</p>	<p>II IDSA <i>Berenger et al,2015</i></p>
R	<p>Monitorizar la adherencia por un equipo multidisciplinario, implicando al médico, enfermera y profesionales de apoyo psicológico.</p>	<p>A IDSA <i>Berenger et al,2015</i></p>
R	<p>Realizar un seguimiento periódico de la adherencia al tratamiento antirretroviral para identificar individualmente la falta de cumplimiento.</p>	<p>A IDSA <i>Berenger et al,2015</i></p>

	Una vez iniciado el tratamiento antirretroviral se recomienda efectuar un primer control a las 2-4 semanas para comprobar la adherencia y eventualmente corregirla	A IDSA <i>Berenger et al,2015</i>
---	--	---

4.6. Intervenciones de enfermería de educación para la salud para fomentar el autocuidado de mujeres y hombres adultos con VIH

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	La consejería es un mecanismo para establecer una relación de participación y apoyo, para promover la reducción de prácticas de riesgo, la importancia del tratamiento oportuno y su adherencia a él, del cual depende tanto la esperanza, como la calidad de vida.	4 NICE <i>Aguilar H, Rodríguez V, 2013</i>
	<p>La consejería debe ser:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cara a cara. Debe realizarse en persona, para facilitar la interacción. 2. Confidencial. Se requiere de un espacio físico que permita la confidencialidad para que la persona usuaria pueda expresar sus emociones. Además, lo que se hable durante la sesión no debe comentarse a otras personas. 3. NO directiva. La persona consejera debe conducir la sesión de forma sutil, buscando conocer la demanda real de la persona usuaria, favoreciendo un ambiente que facilite el diálogo entre ambas. 4. Sin juicios. La persona consejera no debe juzgar, es necesario evitar enjuiciar, etiquetar y regañar a la persona usuaria, lo que permitirá crear una atmósfera de cordialidad, entendimiento y respeto. 5. Focalizada. Se trabaja un solo tema con el fin de identificar la problemática. 	4 NICE <i>Aguilar H, Rodríguez V, 2013</i>

	<p>6. Informativa. Se debe proporcionar información veraz, clara y suficiente, de acuerdo a la necesidad y conocimientos de la persona usuaria.</p> <p>7. Con tiempo acotado. La consejería no debe exceder de 45 minutos.</p> <p>8. Profesional. La consejería no deberá confundirse con una charla de amigos.</p>	
	La consejería no es una sesión de psicoterapia, más bien debe entenderse como una sesión de asesoría para la toma de decisiones informadas sobre un aspecto específico.	<p>4 NICE <i>Aguilar H, Rodríguez V, 2013</i></p>
	<p>Las recomendaciones generales de consejería son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparación para un tratamiento farmacológico prolongado, adherencia, efectos adversos. • Educación sobre prácticas sexuales, uso correcto y consistente del condón, métodos de control de la natalidad, prevención de transmisión sexual y vertical. • Control de adicciones y rehabilitación. • Dieta, ejercicio, suplementos nutricionales. • Soporte familiar, social, psicológico y/o psiquiátrico (individual o de grupo). • Educación en la salud, VIH/ITS y estrategias de apego. • Seguimiento del individuo con infección por VIH. • Inmunización y profilaxis de infecciones oportunistas 	<p>A IDSA <i>Soto L et al, 2012</i></p>
	La mayor parte de la población adolescente y joven tienen insuficiente información sobre formas de transmisión y protección al VIH con predominio en los contextos de mayor marginalidad y pobreza.	<p>3 NICE <i>Caballero H, 2009</i></p>
	Estudios sobre salud sexual y reproductiva demostraron renuencia o negación para el uso del condón sobretodo en poblaciones con menor desarrollo económico.	<p>3 NICE <i>Caballero H, 2009</i></p>
	Orientar sobre valores y actitudes tradicionales en la cultura preventiva del VIH/SIDA para mejorar el desarrollo a la difusión de mensajes biomédicos enfocados a la adopción de prácticas seguras como el uso de condón.	<p>C NICE <i>Caballero H, 2009</i> Firme GRADE <i>OMS, 2013</i></p>
	Para mantener la salud y una buena calidad de vida,	<p>4</p>

	es necesario además de los cuidados personales, acudir a los controles médicos, realizar los análisis de control y cumplir con el tratamiento indicado.	NICE <i>Valdez et al, 2011</i>
E	Las medidas del autocuidado se establecen para adquirir y mantener una buena calidad de vida, que deben ser aplicadas adecuadamente tanto por las personas con VIH así como por el entorno familiar y social.	4 NICE <i>Valdez et al, 2011</i>
R	Se recomienda modificar los hábitos de conducta de riesgo para obtener un estilo de vida saludable.	Fuerte GRADE <i>Polo et al, 2015</i>
E	Por su complejidad y diversidad de presentación las personas con VIH están sometidas a tratamientos complejos que necesariamente para lograr el éxito deseado debe ir acompañados de hábitos saludables que ayudaran a mejorar la calidad de vida, disminuir la morbilidad y aumentar la sobrevida.	4 NICE <i>Valdez et al, 2011</i>
R	Reforzar el conocimiento del cuidado personal promoviendo lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación adecuada y balanceada • Cuidar la higiene personal • Realizar ejercicio diario • Cumplir con un buen descanso nocturno • Evitar excesos de bebidas alcohólicas 	D NICE <i>Valdez et al, 2011</i>
E	Los hábitos y conductas de riesgo que perjudican la salud e interfieren en el tratamiento del paciente con VIH son: <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de tabaco, alcohol y drogas • La práctica de deportes peligrosos. 	4 NICE <i>Valdez et al, 2011</i>
R	Orientar sobre acciones tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Realizar ejercicios de relajación • Consumir alimentos y bebidas saludables • Consumir dieta de alto contenido proteico y calórico • Vigilar la aparición de infecciones 	D NICE <i>Valdez et al, 2011</i>
E	La ingesta excesiva del consumo de alcohol puede dañar el hígado lugar donde se metabolizan los fármacos y puede ser incompatible con los antirretrovirales,	4 NICE <i>Valdez et al, 2011</i>
R	Orientar y crear conciencia en el paciente sobre las repercusiones que tiene el consumo de bebidas alcohólicas con la terapia antirretroviral.	D NICE <i>Valdez et al, 2011</i>

E	El ejercicio físico tiene efecto relajante y estimulante, mejora la calidad de vida y ayuda a mantener del estado físico, siempre y cuando no cause fatiga, debilidad o mareo.	4 NICE <i>Valdez et al, 2011</i>
R	Se recomienda realizar deporte de tipo aeróbico (nadar, correr, bailar o hacer ciclismo).	D NICE <i>Valdez et al, 2011</i>
E	La alimentación saludable favorece la calidad de vida, una inadecuada nutrición es el mayor problema en la infección por VIH.	4 NICE <i>Valdez et al, 2011</i>
R	Recordar el valor de comer de manera saludable, ordenadamente, en cantidad suficiente y adecuada, considerando las exigencias de alimentación relacionado con su tratamiento.	D NICE <i>Valdez et al, 2011</i>
R	Fomentar que la persona se alimente en periodos regulares. Lo ideal es hacer tres comidas principales y tres pequeñas colaciones entre ellas.	D NICE <i>Valdez et al, 2011</i>
E	La higiene bucal y el cuidado dental previenen infecciones de la boca, facilita la masticación, estimula el apetito y mejora la nutrición.	4 NICE <i>Valdez et al, 2011</i>
R	Realizar prácticas higiénicas imprescindibles para conseguir mantener hábitos higiénicos que permitan protegerse de posibles infecciones.	D NICE <i>Valdez et al, 2011</i>
E	Las evaluaciones de seguimiento son útiles para vigilar la evolución de la infección por VIH, complicaciones y respuesta al tratamiento así como profundizar sobre estilo de vida, brindar asesoría sobre prácticas higienico-dietéticas, incentivar la adherencia, promover la reducción de prácticas de riesgo y continuar las actividades de prevención primaria y secundaria.	II IDSA <i>Antinori, 2011</i>
R	Considerar la referencia a centros de atención	B IDSA

	especializados para su abordaje multidisciplinario	<i>Antinori, 2011</i>
	Un apego adecuado al tratamiento antirretroviral mejora la calidad de vida e incrementa la supervivencia del paciente.	III IDSA <i>Antinori, 2011</i>
	Establecer una comunicación efectiva entre el paciente y personal de salud que responda a todas las inquietudes respecto al tratamiento.	A IDSA <i>Antinori, 2011</i>
	Involucrar a personas del medio familiar y social que apoyen el tratamiento y fomenten el autocuidado del paciente.	Punto de buena práctica
	Buscar ayuda por medio de grupos de apoyo.	Punto de buena práctica
	Educar sobre prácticas sexuales, uso correcto y consistente del condón, métodos de control de la natalidad, prevención de transmisión sexual y vertical	Punto de buena práctica

5. ANEXOS

5.1. Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos acerca de la temática **HIV**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **inglés y español**.
- Documentos publicados los últimos los últimos **10 años**.
- Documentos enfocados **atención al VIH, intervenciones de Enfermería en el paciente con VIH**.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

5.1.1. Estrategia de búsqueda

5.1.1.1. Primera Etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema HIV Infections en PubMed. Las búsquedas se limitaron a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el (los) término(s) **complications, diagnosis, epidemiology, immunology, mortality, nursing, prevention and control, psychology, therapy, virology**. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio **25** resultados, de los cuales se utilizaron **5** documentos en la elaboración de la guía.

BÚSQUEDA	RESULTADO
("HIV Infections/complications"[Mesh] OR "HIV Infections/diagnosis"[Mesh] OR "HIV Infections/epidemiology"[Mesh] OR "HIV Infections/immunology"[Mesh] OR "HIV Infections/mortality"[Mesh] OR "HIV Infections/nursing"[Mesh] OR "HIV Infections/prevention and control"[Mesh] OR "HIV Infections/psychology"[Mesh] OR "HIV Infections/therapy"[Mesh] OR "HIV Infections/virology"[Mesh]) AND (Practice Guideline[ptyp] AND "2009/04/11"[PDat] : "2014/04/09"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND "adult"[MeSH Terms])	25 Utilizados 6

Algoritmo de búsqueda:

1. HIV Infections [Mesh]
2. complications"[Mesh]
3. diagnosis"[Mesh]
4. epidemiology"[Mesh]
5. immunology"[Mesh]
6. mortality"[Mesh]
7. nursing"[Mesh]
8. prevention and control"[Mesh]
9. psychology"[Mesh]
- 10.therapy"[Mesh]
- 11.virology"[Mesh]
- 12.Practice Guideline[ptyp]
- 13."2009/04/11"[PDat] : "2014/04/09"[PDat]
- 14."humans"[MeSH Terms]
- 15.English[lang]
- 16.Spanish[lang]
- 17.adult"[MeSH Terms]
- 18.#1/#2 OR #3
- 19.#3 OR #4
- 20.#4 OR #5
- 21.#5 OR #6
- 22.#7 OR #8
- 23.#8 OR #9
- 24.#9 OR #10
- 25.#10 OR #11
- 26.#11 AND #12
- 27.#12 AND #13
- 28.#13 AND # 14
- 29.#14 AND #15
- 30.#15 AND #16
- 31.#16 AND #17

5.1.1.2. Segunda Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en **CUIDEN** con el término VIH. Se obtuvieron 12 resultados de los cuales se utilizaron **7** documentos en la elaboración de la guía.

5.1.1.3. Tercera Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron documentos publicados en los últimos 10 años con el término **VIH**. A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

SITIOS WEB	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
Lilacs	21	9
Gobierno de Chile. Ministerio de Salud	2	2
Guía salud	0	0
Fisterra	5	2
Center for Disease Control	2	2
OMS	8	2
Total	38	17

5.2. Escalas de Gradación

NIVELES DE EVIDENCIA PARA ESTUDIOS DE TERAPIA POR NICE**

NIVEL DE EVIDENCIA	INTERPRETACIÓN
1++	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con alto riesgo de sesgos*
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo*
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertas/os

*Los estudios con un nivel de evidencia con signos “-“ no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación,. Adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

**National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods-Chapter 7: Reviewing and grading the evidence. London: NICE update March 2005.The guidelines manual 2009.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIOS DE TERAPIA (NICE)

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
A	Al menos un meta-análisis, o un EC con asignación aleatoria categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población blanco; o una RS o un EC con asignación aleatoria o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población blanco y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o evidencia que pueda extrapolarse de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
D	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o consenso formal
D(BPP)	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía

Niveles de Evidencia, para estudios de Diagnóstico Oxford Centre for Evidence-based Medicine (OCEBM) 2009*

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	DIAGNÓSTICO
A	1a	Revisiones Sistemáticas de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad**, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y en diferentes centros clínicos
	1b	Estudios de cohortes que validen la calidad de una prueba específica, con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico o probado en un centro clínico
	1c	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico
B	2a	Revisiones sistemáticas de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad
	2b	Estudios exploratorios que, a través de una regresión logística, determinan factores significativos, y validados con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de categorización del diagnóstico
	3a	Revisiones sistemáticas con homogeneidad de estudios 3b y de mejor calidad
C	3b	Comparación enmascarada y objetiva de un espectro de una cohorte de pacientes que podría normalmente ser examinado para un determinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio. Estudios no consecutivos o sin la aplicación de un estándar de referencia
	4	Estudio de casos y controles, con escasos o sin estándares de referencia independiente, los estándares de referencia no son objetivos, cegados o independientes, o las pruebas positivas y negativas son verificadas usando estándares de referencia diferentes.
D	5	Opinión de expertas/os sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"

*Adaptado de Oxford Centre for Evidence-based Medicine (OCEBM) Centre for Evidence Based Medicine-Levels of Evidence (March 1009). Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?oO1025>. Visitado 28 agosto 2014

**Estudios con homogeneidad : se refiere a que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección

Criterios de la Infectious Diseases Society of America (IDSA)

Grado de evidencia	Tipo de diseño de investigación
I	Datos obtenidos a partir de uno o más ensayos clínicos aleatorizados con resultados clínicos o de laboratorio
II	Uno o más ensayos no aleatorizados o datos observacionales de cohortes
III	Opinión de expertos
Grado de recomendación	Fortalezas de las recomendaciones
A	Se ofrece siempre
B	Se ofrece en general
C	Se ofrece de manera opcional

Sistema de CDC / HICPAC para categorizar recomendaciones

Categoría IA	Altamente recomendada para la aplicación y el fuerte apoyo de los estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos bien diseñados.
Categoría IB	Altamente recomendada para la ejecución y el apoyo de algunos estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos y una sólida justificación teórica.
Categoría IC	Necesarios para la ejecución, según lo dispuesto por la reglamentación federal y / o estatal o estándar.
Categoría II	sugerida para la ejecución y el apoyo de los estudios clínicos o epidemiológicos sugestivos o una justificación teórica
No hay recomendaciones	Prácticas para el cual la evidencia es insuficiente o inexistente existe consenso en cuanto a la eficacia.

Escala de graduación para recomendaciones propuesta por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos (DHHS por sus siglas en inglés) utilizadas en la guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH, 2014	
Fuerza de la Recomendación	Calidad de la evidencia para la recomendación
A: Recomendación fuerte para el enunciado	I: Uno o más ensayos clínicos aleatorizados con resultados clínicos o de laboratorio adecuadamente validados
B: Recomendación moderada para el enunciado	II: Uno o más ensayos clínicos no aleatorizados, con diseño adecuado o estudios de cohorte observacionales con desenlaces clínicos a largo plazo
C: Recomendación opcional para el enunciado	III: Opinión de personal experto

Escala de clasificación según los criterios GRADE

Calidad de la evidencia científica	
Alta	Un estudio incluyendo meta-análisis y la revisión sistemática, que cumple con los criterios específicos de un estudio bien diseñado
Moderada	Un estudio incluyendo meta-análisis y la revisión sistemática, que no cumple o no está claro que cumpla al menos de uno los criterios específicos de un estudio bien diseñado. Se incluyen los estudios cuasi-experimentales
Baja	Un estudio (incluyendo el meta-análisis y la revisión sistemática) que tiene en su diseño al menos un defecto fatal o no cumple (o no está claro que cumpla) al menos uno de los criterios específicos de estudio bien diseñado, aunque no presenta “errores fatales” o una acumulación de defectos menores que hagan que los resultados del estudio no permitan elaborar las recomendaciones. se incluyen estudios observacionales
Muy baja	Estudios con datos confusos o imprecisos y existe al menos una posibilidad de sesgos

Estimación del grado de la recomendación	
Fuerte	Calidad de la evidencia alta
Débil	Calidad de la evidencia moderada o alta
Basado en el consenso	Calidad de la evidencia baja. Muy baja o ausente.

5.3. Cuadros o figuras

Tabla 1 Estadíos clínicos de la enfermedad del VIH en adultos y adolescentes

Estadío clínico 1	
<ul style="list-style-type: none"> • Asintomático • Linfadenopatía persistente generalizada 	
Estadío clínico 2	
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida moderada de peso de causa desconocida (menos del 10% peso corporal presumido o medido) • Infecciones recurrentes de las vías respiratorias (sinusitis, amigdalitis, faringitis, otitis media) • Herpes zoster • Queratitis angular • Erupciones pruriginosas papulares • Dermatitis seborreica • Infecciones fúngicas ungueales 	
Estadío clínico 3	
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida grave de peso de causa desconocida (más del 10% del peso corporal presumido o medido) • Diarrea crónica de causa desconocida durante más de 1 mes • Fiebre persistente de causa desconocida (intermitente o constante durante más de un mes) • Candidiasis oral persistente • Leucoplasia oral vellosa • Tuberculosis pulmonar • Infecciones bacterianas graves (neumonía, meningitis, empiema, piomiositis, osteomielitis, artritis, bacteriemia, enfermedad pélvica inflamatoria grave) • Estomatitis aguda necrotizante, gingivitis o periodontitis • Anemia sin explicación (menos de 8 g/dL), neutropenia (menos de 0.5 x 10⁹/l) y/o trombocitopenia crónica (menos de 50 x 10⁹/l) 	
Estadío clínico 4	
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de consunción por VIH • Neumonía por <i>Pneumocystis</i> • Neumonía bacteriana grave recurrente • Infección crónica por herpes simple (orolabial, genital o anorrectal durante más de 1 mes, o visceral de cualquier duración) • Candidiasis esofágica (o candidiasis de la tráquea, los bronquios o los pulmones) • Tuberculosis extrapulmonar • Sarcoma de Kaposi • Infección por citomegalovirus (retinitis o infección de otros órganos, no incluye ganglios, hígado o bazo) • Toxoplasmosis del sistema nervioso central • Encefalopatía por VIH 	<ul style="list-style-type: none"> • Criptococosis extrapulmonar, incluida la meningitis • Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas • Leucoencefalopatía multifocal progresiva • Criptosporidiasis crónica • Isosporiasis crónica • Micosis sistémica (histoplasmosis, coccidioidomicosis) • Septicemia recurrente (incluida <i>Salmonella</i> no tifoidea) • Linfoma (cerebral o de células B, no-Hodgkin) • Carcinoma cervical invasivo • Leishmaniasis atípica diseminada • Nefropatía asociada al VIH sintomática o miocardiopatía asociada al VIH

Fuente: Guía de tratamiento antirretroviral en adultos. Estado Plurinacional de Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Servicios de Salud. Programa Nacional ITS/VIH/SIDA. 2009

Tabla 2 Patrones funcionales de salud

Patrones funcionales de salud	
PATRON FUNCIONAL	VALORA
Patrón 1: Percepción - manejo de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Como percibe el individuo la salud y el bienestar. • Como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación • La adherencia a las prácticas terapéuticas. • Incluye prácticas preventivas (hábitos higiénicos, vacunaciones....)
Patrón 2: Nutricional - metabólico	<ul style="list-style-type: none"> • Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas • Horarios de comida. Preferencias y suplementos. • Problemas en su ingesta. • Altura, peso y temperatura. • Condiciones de piel, mucosas y membranas.
Patrón 3: Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> • Describe las funciones excretoras intestinal, urinaria y de la piel.
Patrón 4: Actividad - ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> • El patrón de ejercicio • La actividad • Tiempo libre y recreo • Los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria (higiene, compra, comer, mantenimiento del hogar, etc.) • La capacidad funcional • El tipo, cantidad y calidad del ejercicio. • Las actividades de tiempo libre
Patrón 5: Sueño - descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Describe la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día • La percepción de cantidad y calidad del sueño – descanso • La percepción del nivel de energía. • Las ayudas para dormir (medicamentos, rutinas, etc.)
Patrón 6: Cognitivo - perceptual	<ul style="list-style-type: none"> • Patrones sensorio- perceptuales y cognitivos • Nivel de conciencia • Conciencia de la realidad • Adecuación de los órganos de los sentidos • Compensación o prótesis • Percepción del dolor y tratamiento • Lenguaje • Ayudas para la comunicación • Memoria • Juicio, comprensión de ideas • Toma de decisiones
Patrón 7: Autopercepción - auto concepto	<ul style="list-style-type: none"> • Auto concepto y percepciones de uno mismo. • Actitudes a cerca de uno mismo. • Percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas. • Imagen corporal, social. • Identidad. • Sentido general de valía. • Patrón emocional. • Patrón de postura corporal y movimiento • Contacto visual, Patrones de voz y conversación.
Patrón 8: Rol - relaciones	<ul style="list-style-type: none"> • El patrón de compromisos de rol y relaciones (las relaciones de las personas con los demás) • La percepción de los roles más importantes (el papel que ocupan en la familia, sociedad.) • Responsabilidades en su situación actual. • Satisfacción o alteraciones en: familia, trabajo, relaciones sociales

Patrón 9: Sexualidad - reproducción	<ul style="list-style-type: none"> • Los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad • Alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales • Seguridad en las relaciones sexuales. • Patrón reproductivo • Pre menopausia y posmenopausia • Problemas percibidos por la persona.
Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés	<ul style="list-style-type: none"> • Las formas o estrategias de afrontamiento general de la persona. • Las respuestas habituales que manifiesta el individuo en situaciones que le estresan y forma de controlar el estrés. • La capacidad de adaptación a los cambios. • El soporte individual y familiar con que cuenta el individuo. • La percepción de habilidades para controlar o dirigir situaciones estresantes.
Patrón 11: Valores - creencias	<ul style="list-style-type: none"> • Los patrones de valores y creencias que guían las elecciones o decisiones. • Lo que se considera correcto, apropiado; Bien y mal, bueno y malo. • Lo que es percibido como importante en la vida. • Las percepciones de conflicto en valores, creencias o expectativas relativas a la salud. • Las decisiones a cerca de: tratamientos, prioridades de salud, vida o muerte. • Las prácticas religiosas.

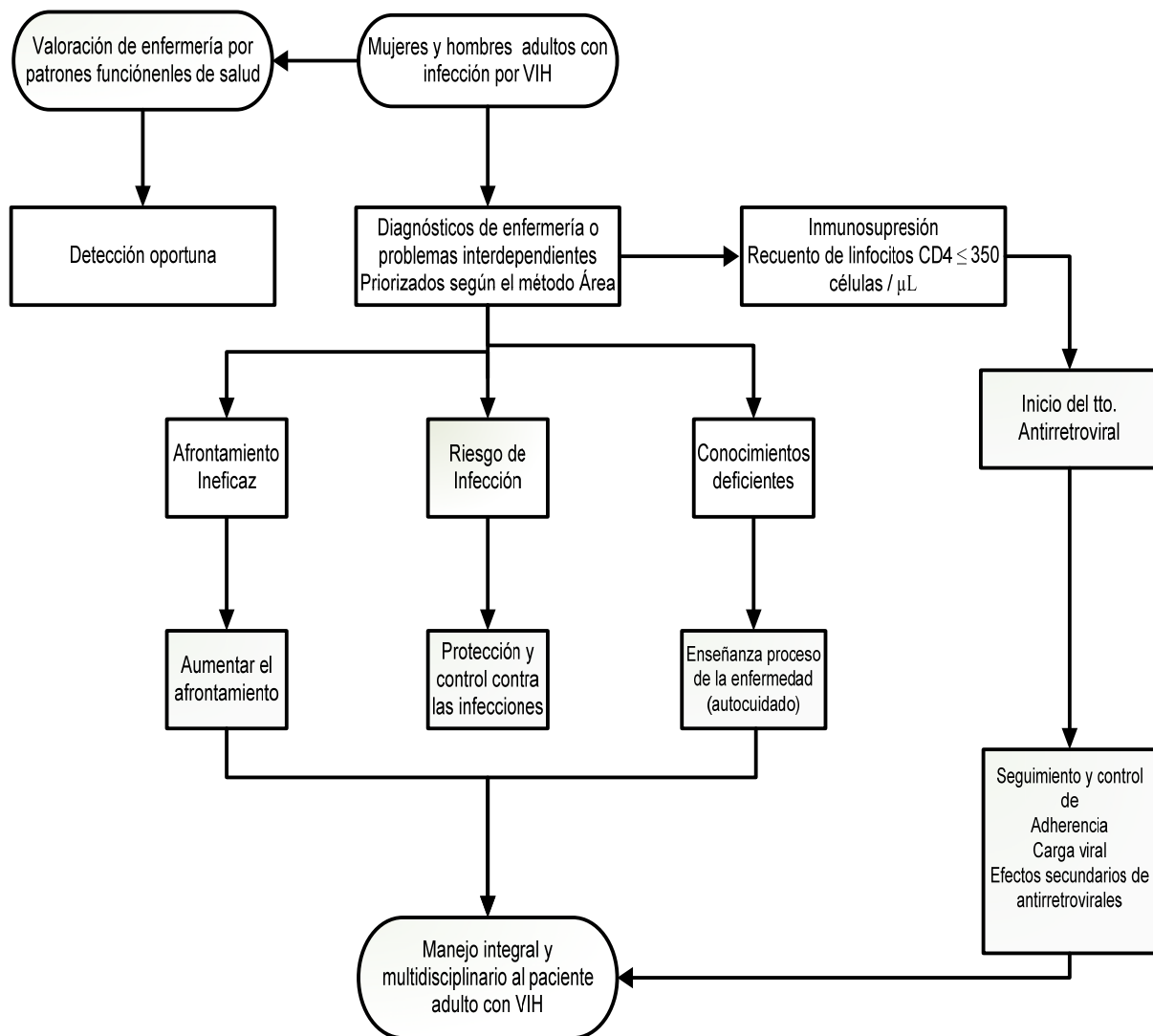
Fuente: Alvarez S JL, Del Castillo A F, Fernandez F Delia, Muñoz M M. Manual de valoración de patrones funcionales, 2010

Tabla 3 Clasificación de los medicamentos antirretrovirales

Categoría	Siglas	Medicamentos
Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos	(NRTI)	Abacavir (ABC) Didanosina (ddI) Emtricitabina (FTC) Lamivudina (3TC) Estavudina (d4T) Tenofovir (TDF) Zidovudina (ZDV)
inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos	(NNRTI)	Efavirenz (EFV) Nevirapina (NVP) Etravirina (ETV)
inhibidores de la proteasa	(PI)	Atazanavir (ATV) Darunavir (DRV) Fosamprenavir (FPV) Indinavir (IDV) Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) Ritonavir (RTV) Saquinavir (SQV) Tipranavir (TPV)
Inhibidores de la entrada	IE	T-20 Enfuvirtida Maraviroc (MVC)
Inhibidores de la integrasa	II	Raltegravir (RAL)

Fuente: Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH, 5ª México 2012

5.4. Diagramas de Flujo



Fuente: Elaborado por el grupo desarrollador

5.5. Listado de Recursos

5.5.1. Tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento del **VIH** del **Cuadro Básico de IMSS** y del **Cuadro Básico Sectorial**

Cuadro Básico de Medicamentos					
Clave	Principio activo	Presentación	Precauciones	Efectos adversos	Interacciones
010.000.4273.00	Abacavir (ABC)	TABLETAS conteniendo 300 mg de abacavir Solución oral conteniendo 20 mg por mililitro y con sabor artificial agregado	Lactancia, insuficiencia hepática, obesidad	Fiebre, rash, fatiga, náusea, vómito, diarrea, hipotensión, acidosis láctica, esteatosis hepática	Con alcohol disminuye su eliminación, aumentando su concentración plasmática.
010.000.4368.00	Abacavir-lamivudina-zidovudina	TABLETA Cada tableta contiene: Sulfato de abacavir Equivalente a 300 mg de abacavir. Lamivudina 150 mg Zidovudina 300 mg	Hipersensibilidad a los fármacos, neutropenia, anemia, insuficiencia hepática, embarazo	Náusea, vómito, diarrea, anemia, neutropenia, trombocitopenia, leucopenia, hipoplasia medular, elevación de enzimas hepáticas, elevación de la amilasa sérica, hepatomegalia con esteatosis, elevación de bilirrubinas, acidosis láctica, mialgias, miopatía, cefalea, parestesias, neuropatía periférica, insomnio, pérdida de la agudeza mental, convulsiones, ansiedad, depresión, rash, alopecia, pigmentación de piel y uñas, prurito, diaforesis, fiebre, fatiga, alteraciones en el gusto y ginecomastia.	Con la ingestión de alcohol se altera su metabolismo, con metadona disminuye su efecto terapéutico y con la ribavirina antagoniza su actividad antiviral.
010.000.4371.00	Abacavir-lamivudina	TABLETA Cada tableta contiene: Sulfato de abacavir equivalente a 600 mg de abacavir Lamivudina 300 mg	El tratamiento con Abacavir, Lamivudina debe ser suspendido en cualquier paciente que desarrolle hallazgos clínicos o de laboratorio que sugieran acidosis láctica o hepatotoxicidad (que puede incluir hepatomegalia y esteatosis, aún en ausencia de elevaciones notables en los niveles de aminotransferasa).	Con abacavir: erupción cutánea (sin síntomas sistémicos), hiperlactemia. Con lamivudina: alopecia, artralgia, miopatías, hiperlactemia	El abacavir y la lamivudina no son metabolizados significativamente por las enzimas del citocromo P450 ni tampoco inhiben o inducen este sistema enzimático. Por lo tanto, hay poco potencial de interacciones con productos antirretrovirales tales como inhibidores de la proteasa, análogos no nucleósidos y otros medicamentos metabolizados por las enzimas del citocromo P

Cuadro Básico de Medicamentos					
Clave	Principio activo	Presentación	Precauciones	Efectos adversos	Interacciones
010.000.4266.00	Atazanavir (ATV)	CÁPSULA Cada cápsula contiene: Sulfato de atazanavir equivalente a 300 mg de atazanavir.	Hipersensibilidad al fármaco.	Cefalea, insomnio, síntomas neurolépticos periféricos, dolor abdominal, diarrea, dispepsia, náusea, vómito, ictericia, astenia.	Con rifampicina disminuye sus concentraciones plasmáticas; cisaprida, lovastatina y simvastatina, aumentan sus efectos adversos al combinarse con atazanavir.
010.000.4267.00		CÁPSULA Cada cápsula contiene: Sulfato de atazanavir equivalente a 200 mg de atazanavir.			
010.000.4289.00	Darunavir (DRV)	TABLETA Cada tableta contiene: Etanolato de darunavir equivalente a 600 mg de darunavir	No debe ser coadministrador con medicamentos que sean altamente dependientes de CYP3A4 para la depuración por aumento en las concentraciones plasmáticas que se asocien con reacciones adversas graves que pongan en riesgo la vida (margen terapéutico estrecho), como astemizol, terfenadina, midazolam, triazolam, cisaprida, pimozida y los alcaloides del "ergot" (ergotamina, dihidroergotamina, ergonovina y metilergonovina).	Dolor de cabeza, diarrea, vómito, náuseas, dolor abdominal, constipación, hipertrigliceridemia.	La co-administración de darunavir y ritonavir y los medicamentos metabolizados principalmente por el CYP3A4, aumentan su concentración plasmática, prolongando su efecto terapéutico y aumentando las reacciones adversas.
010.000.5321.00	Didanosina (ddl)	CÁPSULA CON GRÁNULOS CON CAPA ENTÉRICA Cada cápsula con gránulos con capa entérica contiene: Didanosina 200 mg	Insuficiencia hepática o renal, alteraciones de la coagulación, úlcera gastroduodenal, menores de 10 años, lactancia	Neuropatía periférica, mareo, dolor abdominal, estreñimiento, hepatitis, pancreatitis.	Interfiere en el efecto de los anticonceptivos hormonales y de heparina. Con anticonvulsivantes disminuyen la concentración plasmática de doxiciclina. Antiácidos y sustancias que contengan calcio, hierro o magnesio disminuyen su absorción intestinal.
010.000.5322.00		CÁPSULA CON GRÁNULOS CON CAPA ENTÉRICA Cada cápsula con gránulos con capa entérica contiene: Didanosina 250 mg			
010.000.5323.00		CÁPSULA CON GRÁNULOS CON CAPA ENTÉRICA Cada cápsula con gránulos con capa entérica contiene: Didanosina 400 mg			

Cuadro Básico de Medicamentos

Clave	Principio activo	Presentación	Precauciones	Efectos adversos	Interacciones
010.000.4269.00	Enfuvirtida (T20)	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada frasco ampula con liofilizado contiene: Enfuvirtida 108 mg Envase con 60 frascos ampula con liofilizado y 60 frascos ampula con 1.1 ml de agua inyectable. Envase con 60 jeringas de 3 ml, 60 jeringas de 1 ml y 180 toallitas humedecidas con alcohol.	Hipersensibilidad al fármaco.	Cefalea, neuropatía periférica, mareos, insomnio, depresión, ansiedad, tos, adelgazamiento, anorexia, sinusitis, candidiasis oral, herpes simple, astenia, prurito, mialgias, sudoración nocturna, estreñimiento.	Ninguna de importancia clínica.
010.000.4269.01					
010.000.5293.00	Estavudina (d4T)	CÁPSULA Cada cápsula contiene: Estavudina 15 mg	Enfermedad hepática o renal, alcoholismo.	Astenia, trastornos gastrointestinales, cefalea e insomnio, neuropatía periférica, artralgia, mialgia y reacciones de hipersensibilidad, anemia y pancreatitis.	Debe evitarse su asociación con fármacos que pueden producir neuropatía periférica, como la didanosina y la zalcitabina
010.000.5294.00		CÁPSULA Cada cápsula contiene: Estavudina 40 mg			
010.000.5275.00	Etravirina (ETR)	TABLETA Cada tableta contiene: Etravirina 100 mg Envase con 120 tabletas.	Lesiones dérmicas por reacciones de rascado de suaves a moderadas	Náusea, lesiones dérmicas por reacciones de rascado, diarrea, dolor abdominal, vómito, fatiga, neuropatía periférica, dolor de cabeza, hipertensión	Coadministración de etravirina con drogas que inducen o inhiben CYP3A4, CYP2C9 y CYP2C19 pueden alterar los efectos terapéuticos o aumentar las reacciones adversas de etravirina
010.000.4278.00	Fosamprenavir (fAMP)	TABLETA RECUBIERTA Cada tableta recubierta contiene: Fosamprenavir cálcico equivalente a 700 mg de fosamprenavir	Hipersensibilidad al fármaco.	Náusea, vómito, diarrea, cefaleas exantema.	No se debe administrar fosamprenavir concurrentemente con medicamentos con ventanas terapéuticas estrechas y sean sustratos del citocromo p450 3 ^a 4(CYP 3 ^a 4). La co-administración puede causar inhibición competitiva del metabolismo de estos medicamentos y crear potencial de eventos adversos: Terfenadina, cisaprida, pimozida, triazolam, midazolam, ergotamina, dihidroergotamina, ergonovina y metilergonovina.

Cuadro Básico de Medicamentos

Clave	Principio activo	Presentación	Precauciones	Efectos adversos	Interacciones
010.000.5279.00	Indinavir (IDV)	CÁPSULA Cada cápsula contiene: Sulfato de indinavir equivalente a 400 mg de indinavir.	Lactancia.	Astenia, fatiga, dolor abdominal, regurgitación, diarrea, sequedad de la piel, prurito, erupción cutánea, alteraciones en el sentido del gusto, hiperbilirrubinemia y nefrolitiasis.	Rifabutin, ketoconazol, rifampicina, terfenadina y cisaprida alteran su biotransformación
010.000.5282.00 010.000.5282.01	Lamivudina (LMV)	TABLETA Cada tableta contiene: Lamivudina 150 mg	Pancreatitis y daño renal	Cefalea, neuropatía periférica, parestesias, tos, vértigo, insomnio y depresión. Náusea, diarrea, vómito, dolor abdominal, dispepsia y pancreatitis. Neutropenia, anemia y trombocitopenia. Alopecia	Didanosina, pentamidina y zalcitabina pueden incrementar el riesgo de pancreatitis. El trimetoprima- sulfametoxazol puede aumentar sus efectos adversos.
010.000.4271.00		SOLUCIÓN Cada 100 ml contienen: Lamivudina 1 g			
010.000.4268.00	Lamivudina zidovudina	/ TABLETA Cada tableta contiene: Lamivudina 150 mg Zidovudina 300 mg	Depresión hematopoyética ó disminución de la función renal; no administrar en pacientes con pérdida de peso (< 50 kg.), con depuración de creatinina < 50 ml/min, con datos sugestivos de acidosis láctica o hepatotoxicidad.	Cefalea, náusea, mialgias, vómito, anorexia, hiperglucemia, pancreatitis. La zidovudina incluye neutropenia, anemia severa y trombocitopenia; su uso prolongado se asocia con miopatía sintomática.	Aciclovir, interferón alfa, supresores de médula ósea y agentes citotóxicos, pueden aumentar el efecto tóxico de zidovudina.
010.000.5276.00	Lopinavir-ritonavir (LPV/r)	SOLUCION Cada 100 ml contienen: Lopinavir 8.0 g Ritonavir 2.0 g	No administrar conjuntamente con benzodicepinas, derivados de ergotamina, neurolépticos, medicamentos que actúan sobre la motilidad intestinal, ni con antihistamínicos	Diarrea, parestesias peribucales, disgeusia, náusea, cefalea, mialgias, insomnio, rash.	Aumenta la concentración plasmática con los inhibidores de la fosfodiesterasa, bloqueadores de los canales de calcio, estatinas e inmunosupresores. La administración concomitante con fármacos que inducen el CYP3A reduce sus efectos terapéuticos.
010.000.5288.00		Tableta Cada tableta contiene: Lopinavir 200 mg Ritonavir 50 mg			
010.000.5286.00		TABLETA Cada tableta contiene: Lopinavir			

Cuadro Básico de Medicamentos

Clave	Principio activo	Presentación	Precauciones	Efectos adversos	Interacciones
010.000.5324.00	Maraviroc (MVC)	TABLETA Cada tableta contiene: Maraviroc 150 mg	Maraviroc sólo debe ser utilizado cuando sea detectable el tropismo VIH-1 CCR5. Administrar con precaución en pacientes con riesgo aumentado de padecimientos cardiovasculares, insuficiencia renal, hipotensión ortostática o uso concomitante con medicamentos que producen hipotensión arterial.	Dispepsia, disgeusia y exantema	Los medicamentos que inducen la CYP3A4 pueden disminuir las concentraciones de maraviroc y reducir sus efectos terapéuticos. En sentido contrario, la coadministración de maraviroc con medicamentos que inhiben a la CYP3A4 puede incrementar sus concentraciones plasmáticas. Se recomienda ajuste de dosis cuando se coadministra con los inhibidores o inductores de la CYP3A4.
010.000.5325.00		TABLETA Cada tableta contiene: Maraviroc 300 mg			
010.000.5259.00	Nevirapina (NVP)	SUSPENSION Cada 100 mililitros contienen: Nevirapina hemihidratada equivalente a 1 g de nevirapina	No utilizar con rifampicina y ketoconazol	Erupciones cutáneas, estomatitis ulcerosa, hepatitis, fiebre, mialgias, fatiga, somnolencia, náuseas, sudoración, síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica.	Disminuye la concentración plasmática de indinavir, ritonavir, saquinavir y anticonceptivos orales por inducción enzimática
010.000.5296.00		TABLETA Cada tableta contiene: Nevirapina 200 mg			
010.000.5296.01					
010.000.5280.00	Raltegravir (RAL)	COMPRIMIDO Cada comprimido contiene: Raltegravir potásico equivalente a 400 mg de raltegravir	Insuficiencia hepática preexistente, lactancia y embarazo, menores de 16 años y adultos mayores.	Diarrea, náusea, cefalea. Aumento de enzimas hepáticas principalmente en pacientes con antecedente de hepatitis crónica B ó C. Osteonecrosis (dolor y rigidez articular y dificultad a los movimientos). Síndrome de reactivación inmunitaria a patógenos oportunistas asintomáticos o residuales (<i>Pneumocystis carinii</i> , citomegalovirus). Miopatía y Rabdomiolisis. Aumento del riesgo de cáncer.	Con rifampicina, fenitoína y fenobarbital, disminuyen las concentraciones plasmáticas de raltegravir. Con atazanavir aumentan sus concentraciones plasmáticas.
010.000.5281.00	Ritonavir (RTV)	CÁPSULA Cada cápsula contiene Ritonavir 100 mg	Insuficiencia hepática, insuficiencia renal, hemofilia tipo A ó B.	Astenia, cefalea, dolor abdominal, anorexia, diarrea, náusea, vómito, hipotensión, parestesias, rash y disgeusia.	Debe de vigilarse el uso concomitante con: opiáceos, antimicóticos, antagonistas del calcio, hipolipemiantes, macrólidos y antidepressivos tricíclicos, debido a efectos tóxicos o interacciones metabólicas.

Cuadro Básico de Medicamentos

Clave	Principio activo	Presentación	Precauciones	Efectos adversos	Interacciones
010.000.5290.00	Saquinavir (SQV)	COMPRIMIDO Cada comprimido contiene: Mesilato de saquinavir equivalente a 500 mg de saquinavir	Diabetes mellitus, hemofilia, insuficiencia hepática e insuficiencia renal, en menores de 16 años y mayores de 60 años.	Astenia, prurito, mareo, cefalea, náusea, vomito, flatulencia, dolor abdominal, constipación, fatiga, depresión, ansiedad, ulceración de la mucosa bucal, diarrea, artralgias y neuropatía periférica.	La rifampicina, midazolam y la rifabutina, efavirenz, pueden disminuir las concentraciones del saquinavir. Aumenta las concentraciones de indinavir, nelfinavir, ritonavir, clindamicina, sildenafil, terfenadina. Con antimicóticos, anticonvulsivantes, antagonistas del calcio, se pueden
010.000.4277.00	Tenofovir disoproxil fumarato (TDF)	TABLETA RECUBIERTA Cada tableta recubierta contiene: Tenofovir disoproxil fumarato	Falla renal, disfunción hepática, hepatitis.	Náusea, diarrea, astenia, vómito, flatulencia, mareo, rash, acidosis láctica, esteatosis hepática, hepatotoxicidad, hepatomegalia, falla renal, pancreatitis, osteomalacia.	Puede incrementar su toxicidad con atazanavir, emtricitabina, análogos nucleósidos solos o en combinación con otros antirretrovirales
010.000.4274.00	Tipranavir (TPV)	CÁPSULA Cada cápsula contiene: Tipranavir 250 mg	Hipersensibilidad al fármaco, insuficiencia hepática	Diarrea, náusea, fatiga, cefalea y vómito	El tipranavir coadministrado con dosis bajas de ritonavir, no se recomienda su uso con: Inhibidores de proteasa (amprenavir, lopinavir, saquinavir); Inhibidores de HMG-CoA Reductasa (simvastatina y lovastatina); Inhibidores de fosfodiesterasa, PDE5 (sildenafil, vardenafil o tadalafil); Anticonceptivos orales y estrógenos; Analgésicos narcóticos (metadona, meperidina), Inductores de la isoenzima CYP (Rifabutina); Inhibidores de la isoenzima CYP (Claritromicina); Otros agentes: disulfiram, metronidazol, rifampicina, teofilina, desipramina, loperamida.
010.000.5274.00	Zidovudina (ZDV)	CÁPSULA Cada cápsula contiene: Zidovudina 250 mg	Depresión hematopoyética.	Cefalea, fiebre, náusea, vómito, síndrome pseudogripal, ansiedad, anemia, neutropenia y leucopenia	Diazepam, ácido acetilsalicílico, naproxeno, isoprinosina y clofibrato, disminuyen su biotransformación.
010.000.5273.00		SOLUCIÓN ORAL Cada 100 ml contienen: Zidovudina 1 g			

5.6. Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica

Diagnóstico(s) Clínico(s):	Enfermedad por virus de la Inmunodeficiencia Humana		
CIE-9-MC / CIE-10	B24X Enfermedad por virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), sin otra especificación.		
Código del CMGPC:	Intervenciones de enfermería para la atención de mujeres y hombres adultos con VIH		
TÍTULO DE LA GPC			
			Calificación de las recomendaciones
POBLACIÓN BLANCO	USUARIOS DE LA GUÍA	NIVEL DE ATENCIÓN	
Mujeres y Hombres Adultos con diagnóstico de Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana	Enfermeras Jefes de Piso, Enfermeras Especialistas, Enfermeras Generales, Auxiliares de Enfermería y Personal de Enfermería en Formación	Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención	(Cumplida: SI=1, NO=0, No Aplica=NA)
DETECCIÓN			
Cuidar al máximo las condiciones higiénicas tales como lavarse las manos antes y después de realizar la prueba así como usar guantes (observable).			
Obtener el consentimiento informado en el que la persona usuaria, que acepta realizarse la prueba rápida de detección del VIH manifiesta por escrito su decisión.			
Realizar lectura dentro del período de tiempo de 10 a 20 minutos (observable).			
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL TRATAMIENTO DE EFECTOS SECUNDARIOS DE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES			
Informar al paciente y familiar sobre cualquier efecto secundario que pueda llegar a presentar informando no reducir, omitir, ni suspender los medicamentos contra el VIH a menos que se lo indique su médico tratante.			
Orientar al paciente que siga comiendo y bebiendo aunque tenga diarrea causada por la medicación			
Identificar a través de la valoración la presencia de cualquier síntoma de hepatotoxicidad, para notificar de forma inmediata al médico tratante.			
Identificar de manera oportuna a través de la valoración algún síntoma de hiperglucemia, así como otros factores de riesgo de hiperglucemia o diabetes que pueda tener el paciente para la notificación inmediata al médico tratante.			
Realizar prueba de glucosa sanguínea en ayunas para medir la concentración de glucosa en la sangre en pacientes con tratamientos con inhibidores de proteasa			
Medir el contorno de los brazos, los muslos, la cintura, las caderas y el cuello antes de comenzar cualquier medicamento antirretroviral y luego periódicamente durante el tratamiento.			
Orientar sobre no beber alcohol ni fumar en exceso. Estos patrones de comportamiento aceleran la pérdida de hueso.			
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN MÉDICA DE MUJERES Y HOMBRES CON VIH			
Aplicar las precauciones estándar en todas las y los pacientes durante la atención en unidades médicas, las cuales incluyen el siguiente conjunto de prácticas de prevención			

de infecciones:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lavado de manos. ▪ Uso de bata de aislamiento. ▪ Uso de guantes. ▪ Uso de mascarilla. 	
Aplicar medidas de control de código fuente de tos tales como:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cubrir la boca/nariz con un pañuelo desechable al toser. ▪ Desechar los utensilios utilizados en forma inmediata, de forma tal que no queden expuestos al medio ambiente. ▪ Potenciar el uso de máscaras N95 en la persona que tose. ▪ Realizar la técnica de lavado de manos indispensable después del contacto con secreciones respiratorias. 	
Aplicar precauciones basadas en la transmisión por contacto:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar higiene de manos. ▪ Usar guantes desechables no estériles, ante el riesgo de contacto con sangre u otros fluidos corporales que contienen sangre de un paciente. ▪ Realizar limpieza y desinfección de dispositivos utilizados por el paciente. ▪ Utilizar batas de aislamiento como equipos de protección personal. 	
INTERVENCIONES PARA AFRONTAR DE FORMA EFICAZ EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VIH	
Se recomienda que en la atención al paciente recién diagnosticado con el VIH se incluya la atención psicológica, en la que los principios fundamentales sean la escucha y apoyo, la confidencialidad, la psicoeducación, la coordinación y adaptación en los distintos contextos asistenciales.	
Referir a las personas con VIH con psiquiatras, psicólogos/as y trabajadores sociales para ser valoradas, a fin de detectar las necesidades individuales e intervenir de manera oportuna y no esperar que llegue a necesidades extremas.	
INTERVENCIONES PARA FOMENTAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN MUJERES Y HOMBRES CON VIH	
Evaluar los posibles factores de riesgo para conseguir una adherencia óptima al tratamiento para planificar intervenciones específicas para cada paciente que generalmente serán de carácter multifactorial y multidisciplinar.	
Ofrecer información detallada, soporte y accesibilidad cuando se inicie el tratamiento antirretroviral. Las y los pacientes adherentes tienen un riesgo inferior de infecciones oportunistas y, en consecuencia de ser hospitalizados.	
Sugerir contar con un sistema o red de apoyo que le recuerde al paciente tomar sus antirretrovirales	
Monitorizar la adherencia por un equipo multidisciplinario, implicando al médico, enfermera y profesionales de apoyo psicológico.	
Realizar un seguimiento periódico de la adherencia al tratamiento antirretroviral no sólo con visitas domiciliarias para identificar individualmente la falta de cumplimiento.	
INTERVENCIONES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA FOMENTAR EL AUTOCUIDADO	
Reforzar el conocimiento del cuidado personal promoviendo lo siguiente:	
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación adecuada y balanceada • Cuidar la higiene personal • Realizar ejercicio diario • Cumplir con un buen descanso nocturno • Evitar excesos de bebidas alcohólicas 	
Recordar el valor de comer de manera saludable, ordenadamente, en cantidad suficiente y adecuada, considerando las exigencias de alimentación relacionado con su	

tratamiento	
Realizar prácticas higiénicas imprescindibles para conseguir mantener hábitos higiénicos que permitan protegerse de posibles infecciones.	
Establecer una comunicación efectiva entre el paciente y personal de salud que responda a todas las inquietudes respecto al tratamiento.	
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
Total de recomendaciones cumplidas (1)	
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)	
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)	

6. GLOSARIO

Abandono de Tratamiento. Suspensión voluntaria del tratamiento antirretroviral por iniciativa del paciente.

Adherencia o apego: Se define como la capacidad de un individuo para cumplir con las indicaciones médicas.

Adherencia al tratamiento antirretroviral. La capacidad del paciente para implicarse correctamente en la elección, inicio y cumplimiento del mismo, a fin de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral. (Bibliografía Documento de consenso de GESIDA/PNS sobre el tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Afrontamiento ineficaz: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

ARV: (Antirretroviral) medicamento que impide la multiplicación y el crecimiento de los virus como el VIH en la sangre.

Asesoría: conjunto de actividades confidenciales que buscan la adecuada preparación de una persona con respecto a sus conocimientos, prácticas y conductas de riesgo y de protección, antes y después de la realización de pruebas diagnósticas, que le permitan al asesorado la toma de decisiones informadas relacionadas con esas pruebas.

Autocuidado: Es la incorporación a nuestros hábitos de vida, conductas que permitan mejorar y mantener un buen estado de salud. Son actividades simples y rutinarias que mejorarán la calidad de vida y complementarán los tratamientos médicos.

Carga viral. Medición de la concentración de RNA viral en plasma.

Célula CD4: es un tipo de glóbulo blanco que trabaja en conjunto con otras células del sistema inmunológico para combatir distintas enfermedades y defender al organismo.

Conocimientos deficientes: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico

Cryptosporidium parvum: es un parásito intracelular obligado, monoxeno, con varias especies. Es un patógeno emergente e importante agente etiológico no viral de diarrea en humanos y animales a nivel mundial.

Cyclospora cayetanensis: un protista del filo Apicomplexa que causa la enfermedad de ciclosporiasis en los seres humanos y tal vez en otros primates. Es un coccidio formador de quistes, que causa una diarrea auto-limitante.

Efectos adversos: se refiere a efectos negativos o no deseados de un medicamento, tales como: dolor de cabeza, estomago, nauseas, coloración rojiza de la piel o daño al hígado.

Sistema inmunológico: es el mecanismo de defensa del cuerpo contra las infecciones. Las células CD4 forman parte del sistema inmunológico.

Epidemia: Ocurre cuando una enfermedad infecciosa afecta a un gran número de personas de una población.

Estrés: (del inglés *stress*, 'tensión') es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.

Factor de riesgo. Conducta o condición que expone a las personas al contacto con el VIH.

Fiebre: temperatura corporal central elevada al menos 0,8 a 1,1 °C por encima de la temperatura normal del individuo (>38°C).

Hipertermia: temperatura corporal por encima de 40 °C con piel enrojecida o caliente, incremento de la frecuencia respiratoria y taquicardia.

Indefensión: Falta de defensa, situación en que se encuentra quien esta indefenso.

Instrucción: es un término con origen en el latín *instructio* que hace referencia a la acción de instruir (enseñar, adoctrinar, comunicar conocimientos, dar a conocer el estado de algo). La instrucción es el caudal de conocimientos adquiridos y el curso que sigue un proceso que se está instruyendo.

Isospora belli: Protozoo del Phylum Apicomplexa, es parásito intracelular obligado de intestino delgado, causante de diarrea en sujetos inmunocomprometidos. Tiene su hábitat en células epiteliales intestino delgado. Su desarrollo es intracelular.

Infecciones oportunistas. Enfermedades causadas por varios microorganismos, algunos de los cuales no causan enfermedad en personas con un sistema inmunitario sano. Las personas con infección por el VIH presentan infecciones oportunistas por virus, bacterias, parásitos y hongos afectando a diferentes órganos y sistemas.

Inhibidores de la proteasa (IPs). Medicamentos que inhiben a la enzima proteasa del virus, con lo que evitan su multiplicación. En particular, impiden que la proteasa separe las bandas largas de proteína vírica para formar las proteínas activas del VIH más pequeñas que constituyen el virión, convirtiéndolo en una partícula infectante para otras células.

Inhibidores de la Transcriptasa Reversa (Inversa) Análogos de Nucleósidos (ITRAN, NRTI). Compuestos suprimen la duplicación de los retrovirus al inactivar la enzima transcriptasa reversa (inversa). Los análogos de los nucleósidos causan terminación prematura de la cadena de ADN proviral.

Inhibidores de la Transcriptasa Inversa Análogos No Nucleósidos, (ITRnAN, NNRTI). Grupo de compuestos de diversa estructura que se unen al sitio catalítico de la transcriptasa reversa del VIH-1.

Riesgo de infección: Riesgo de ser invadido por organismos patógenos

Salmonella: Bacteria gramnegativa. La *Salmonella typhi* es una bacteria que se transmite por medio de alimentos o agua contaminados con materia fecal y orina de personas portadoras. Es resistente a bajas temperaturas lo que le permite transmitirse a través de alimentos conservados a bajas temperaturas.

Shigella: Bacilo gramnegativo que mide de 1 a 3 micras, se presenta solo o en parejas, y es responsable del 30 a 50% de las diarreas con sangre. Es de la familia de los Enterobacteriaceae, tiene cuatro especies: *Dysenteriae*, *Flexneri*, *Boydii* y *Sonnei*.

SIDA: Es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, que es la etapa avanzada de la infección por VIH, donde aparecen las enfermedades marcadoras ya sean las infecciones oportunistas y cánceres (Sarcoma de Kaposi, linfomas, etc.).

VIH: Es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, un virus que disminuye las defensas de nuestro organismo, dejándonos expuestos a adquirir cualquier enfermedad.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar H, Rodríguez V. Guía para la realización de pruebas rápidas de detección del VIH con consejería. Fundación Mexicana para la salud A.C. Mexico 2013. Disponible en www.funsalud.org.mx
2. Alvarez S JL, Del Castillo A F, Fernandez F Delia, Muñoz M M. Manual de valoración de patrones funcionales, 2010
3. Antinori A, Marcotullio S, Ammassari A, Andreoni M et al. Italian guidelines for the use of antiretroviral agents and the diagnostic-clinical management of HIV-1 infected persons. Update 2011 Rev. New microbiologica. 2012;35:113-159,
4. Arteta Z, Cabrera S, Chiparelli H, Dutra A, Mancilla M, Mogadsy C. Guías para el diagnóstico, monitorización y tratamiento antirretroviral. Organización Panamericana de la salud. Uruguay 2011.
5. Berenger J, Polo R, Rivero A. et al Documento de consenso de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (Actualización enero 2015)
6. Caballero H A. Et al. Conocimientos sobre el VIH/sida en jóvenes de familias jornaleras migrantes indígenas en C olima y Nayarit. Revista Med. Instituto Mexicano del Seguro Social 2009; 47 (1)
7. Calva M, Pavia r et al. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. Centro Nacional para la prevención y control del VIH y SIDA, México 2014. Disponible en www.salud.gob.mx/conasida
8. Carter Michael. Efectos secundarios. Departamento de salud del reino unido. 2010
9. Castelar Tsuda Luciana, Machado da Silva Mariana, Artioli Machado Alcyone, Morais Fernández Ana Paula Alteraciones corporales: terapia antirretroviral y síndrome de la lipodistrofia en personas que viven con VIH/SIDA. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2012; 20(5):[07 pantallas]
10. CENSIDA/Secretaría de Salud 2012, el VIH/SIDA en México 2012:15-17.
11. Dilerina D., et. al., La importancia del diagnóstico temprano en la supervivencia de los pacientes HIV positivos. Artículo Especial Medicina, Buenos Aires 2010: 454.

12. Dugarte R J, Oxford L M. Estrategias de afrontamiento en pacientes seropositivos, calidad de vida y su relación con el estadiaje de esta patología. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología. 2008; 5(1)
13. Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH 2015. Disponible en <https://infosida.nih.gov/> <https://infosida.nih.gov/education-materials/factsheets/22/63/medicamentos-contr-el-vih-y-sus-efectos-secundarios#>
14. Gómez MC. Intervención de la enfermera gestora de casos durante el ingreso hospitalario de pacientes con infección de VIH. Rev Esp Salud Pública 2011; 85(3): 237-244.
15. RVG + Red Venezonala de Gente Positiva. Guía práctica. Logrando la adherencia a los medicamentos antirretrovirales para personas que viven con VIH. Venezuela 2008
16. Hernández G A J, Rodríguez T, Duran T, Vázquez L, Gutiérrez G, Gracia G N. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2013; 21 (2): 85-90
17. Knobel F H, Polo R R , Escobar R I. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. 2008
18. Meza-Rodríguez Ma. del Pilar, Mancilla-Ramírez Javier, Sánchez-Bravo Claudia, Figuero-Damián Ricardo, Contreras-Maldonado Lilia Estrella, Carreño-Meléndez Jorge. Respuesta psicológica en la infección por virus de inmunodeficiencia humana. Perinatol Reprod Hum 2011; 25 (4): 236-240
19. ONUSIDA. Disponible en: http://www.onusida-latina.org/es/america_latina.html consultado (23-10-2012)
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes: recomendaciones para un enfoque de salud pública .2010.
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH. 2013
22. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services (DHHS), 2014.
23. Polo R, Blanch J, Locutura J. Documento de consenso sobre las alteraciones psiquiátricas y psicológicas en adultos y niños con infección por el VIH. Grupo de expertos de la secretaria del plan nacional sobre el sida (SPNS), sociedad española de psiquiatría (SEP), grupo de estudio de sida (GESIDA) y sociedad española de infectología pediátrica (SEIP). 2015

24. Ribera E, Tuset M, Martín M, Del Cacho E. Características de los fármacos antirretrovirales. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;29(5):362–391
25. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>
26. Soto R LE, Quiroz LA, Hernandez T G, et al Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida 5ª edición, 2012.
27. UNESCO. Estrategia de la UNESCO sobre el VIH y el SIDA. Febrero de 2012:10.
28. Valdez C MR, Samudio T, Ovelar P, López G et al. Guía de Autocuidado para Personas Viviendo con el VIH/SIDA. PRONASIDA 2010 – 2011
29. Villarreal P JZ, Gómez A D, Bosques P F J. Errar es humano. *Medicina Universitaria* 2011; 13(51):69-71
30. Zambrana M., et. al., Gasto Hospitalario de cinco patologías de alto impacto económico. *Rev. Med. Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2008: 44.

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades del **Instituto del Seguro Social** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Instituto del Seguro Social**, y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades del Instituto Mexicano del seguro Social que participó en los procesos de **validación**, su valiosa colaboración en esta guía.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria Coordinación Técnica Coordinación de UMAE	de	Excelencia	Clínica.
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero Coordinación Técnica Coordinación de UMAE	de	Excelencia	Clínica.

9. COMITÉ ACADÉMICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

Dr. Jaime Antonio Zaldívar Cervera	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniestra Osorio	Coordinador Técnico de Excelencia Clínica
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Adolfin Bergés García	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Socorro Azarell Anzurez Gutiérrez	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

DIRECTORIO SECTORIAL

DIRECTORIO DEL CENTRO DESARROLLADOR

Secretaría de Salud

Dra. Mercedes Juan
Secretaria de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Javier Dávila Torres
Director de Prestaciones Médicas

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. José Antonio González Anaya
Directora General

Dr. José de Jesús González Izquierdo
Titular de la Unidad de Atención Médica

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Lic. José Reyes Baeza Terrazas
Director General

Dr. Jaime Antonio Zaldivar Cervera
Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Lic. Laura Vargas Carrillo
Titular del Organismo SNDIF

Dr. Arturo Viniegra Osorio
Coordinador Técnico de Excelencia Clínica

Petróleos Mexicanos

Dr. Emilio Ricardo Lozoya Austín
Director General

Secretaría de Marina Armada de México

Almte. Vidal Francisco Soberón Sanz
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

Gral. Salvador Cienfuegos Zepeda
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Leobardo Ruíz Pérez
Secretario del Consejo de Salubridad General

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

	Dr. Eduardo González Pier	Presidente
	Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dr. Pablo Antonio Kuri Morales	Titular
	Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos	Titular
	Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas	Titular
	Comisionado Nacional de Protección Social en Salud Dra. María de las Nieves García Fernández	Titular
	Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Salud Dr. Leobardo Carlos Ruíz Pérez	Titular
	Secretario del Consejo de Salubridad General General de Brigada M. C. Daniel Gutiérrez Rodríguez	Titular
	Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional Contraalmirante SSN, M.C. Pediatra Rafael Ortega Sánchez	Titular
	Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México Dr. Javier Dávila Torres	Titular
	Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social Dr. Rafael Manuel Navarro Meneses	Titular
	Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Dr. Marco Antonio Navarrete Prida	Titular
	Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos Lic. Mariela Amalia Padilla Hernández	Titular
	Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Dr. Ricardo Camacho Sanciprián	Titular
	Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Dr. José Meljem Moctezuma	Titular
	Comisionado Nacional de Arbitraje Médico Dr. Sebastián García Saisó	Titular
	Director General de Calidad y Educación en Salud Dra. Laura Elena Gloria Hernández	Titular
	Directora General de Evaluación del Desempeño Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular
	Director General de Información en Salud M en A María Luisa González Rétiz	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
	Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud Dr. Jaime Agustín González Álvarez	Titular 2015-2016
	Secretario de Salud y Director General del Organismo Público Descentralizado de Salud de Jalisco Dr. Jesús Zacarías Villareal Pérez	Titular 2015-2016
	Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Nuevo León Dr. Jorge Eduardo Mendoza Mezquita	Titular 2015-2016
	Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Yucatán Dr. Enrique Luis Graue Wiechers	Titular
	Presidente de la Academia Nacional de Medicina Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Titular
	Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía Lic. José Ignacio Campillo García	Titular
	Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. M. en C. Víctor Manuel García Acosta	Asesor Permanente
	Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C. Dr. Francisco Hernández Torres	Asesor Permanente
	Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C. Lic. Alejandro Alfonso Díaz	Asesor Permanente
	Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C. Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
	Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud M. en C. Julio César Ballesteros del Olmo	Invitado
	Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría Dr. Jesús Ojino Sosa García	Secretario Técnico
	Director de Integración de Guías de Práctica Clínica, CENETEC-Salud	