

**I ACTUALIZACIÓN EN INFECCIÓN POR VIH PARA
MÉDICOS RESIDENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA,
HOSPITALARIA Y FARMACÉUTICOS DE LAS
ISLAS BALEARES.**

PROYECTO ReVIHsion BALEARES 2023.

PREVENCIÓN DE INFECCIONES OPORTUNISTAS

Luisa Martín

Medicina Interna Infecciosas
Hospital Universitario Son Espases

INFECCIONES OPORTUNISTAS

INFECCIÓN OPORTUNISTA

Infección que se produce con más frecuencia o con mayor gravedad como consecuencia de una inmunodepresión severa debida a la infección por VIH

Infecciones oportunistas más frecuentes en nuestro medio:

TBC

Neumonía por *P. jirovecci*

Candidiasis esofágica

Otras infecciones más frecuentes en nuestros pacientes:

Herpes Zoster

Neumonía neumocócica

INFECCIONES OPORTUNISTAS

INFECCIÓN OPORTUNISTA

Reactivación de una infección latente adquirida años antes

Es la causa mas frecuente

TBC, Toxoplasmosis, CMV, VEB, VVZ, Herpes simple

Infecciones de novo

TBC, Cryptosporidium, MAI, Criptococosis

CLASIFICACIÓN

Categorías clínicas			
Categorías inmunológicas	A	B	C
	Infección aguda asintomática o LPG	Infección sintomática no A no C	Procesos incluidos en la definición de SIDA
1	A1	B1	C1
2	A2	B2	C2
3	A3	B3	C3



Categoría 1: CD4 > 500cel/ul (>29%)

Categoría 2: CD4 200-499cel/ul (14-28%)

Categoría 3: CD4 < 200cel/ul (<14%)

Todas las categorías son excluyentes y el paciente debe clasificarse en la más avanzada posible

CLASIFICACIÓN

Candidiasis of bronchi, trachea, or lungs
Candidiasis of esophagus
Cervical cancer, invasive[†]
Coccidioidomycosis, disseminated or extrapulmonary
Cryptococcosis, extrapulmonary
Cryptosporidiosis, chronic intestinal (>1 month's duration)
Cytomegalovirus disease (other than liver, spleen, or nodes), onset at age >1 month
Cytomegalovirus retinitis (with loss of vision)
Encephalopathy attributed to HIV[§]
Herpes simplex: chronic ulcers (>1 month's duration) or bronchitis, pneumonitis, or esophagitis (onset at age >1 month)
Histoplasmosis, disseminated or extrapulmonary
Isosporiasis, chronic intestinal (>1 month's duration)
Kaposi sarcoma
Lymphoma, Burkitt (or equivalent term)
Lymphoma, immunoblastic (or equivalent term)
Lymphoma, primary, of brain
Mycobacterium avium complex or *Mycobacterium kansasii*, disseminated or extrapulmonary
Mycobacterium tuberculosis of any site, pulmonary[†], disseminated, or extrapulmonary
Mycobacterium, other species or unidentified species, disseminated or extrapulmonary
Pneumocystis jirovecii (previously known as "*Pneumocystis carinii*") pneumonia
Pneumonia, recurrent[†]
Progressive multifocal leukoencephalopathy
Salmonella septicemia, recurrent
Toxoplasmosis of brain, onset at age >1 month
Wasting syndrome attributed to HIV[§]

Enfermedades
definitivas del
sida

PROFILAXIS INFECCIONES OPORTUNISTAS

PROFILAXIS PRIMARIA Y SECUNDARIA

La instauración frente a infecciones oportunistas fue un avance muy importante

Disminución de la mortalidad de nuestros paciente

INFECCIONES POR PARÁSITOS

TOXOPLASMA GONDII

Reactivación CD4 <100 células/ μ l

Serología IgG anti-toxoplasma

Profilaxis primaria: Ig G positiva con CD4 <100 células/ μ l

De elección: Trimetoprim-sulfametoxazol (160/800mg)/día VO. (3 veces/semana)

Alternativa:

- Dapsona 50 mg/día + Pirimetamina 75mg/sem + ac. folínico VO

- Atovaquona susp.1500 mg/día VO

- Atovacuona susp.1500 mg/día + Pirimetamina 25 mg/día+ ac. folínico

Suspender:

- CV indetectable y CD4 >200 cél/ μ l (durante 3meses)

- CD4 entre 100-200 cél/ μ l y CV indetectable en los últimos 3-6 meses

Profilaxis secundaria: Paciente asintomático, CD4+ > 200 cél/ μ l más de 6 meses y CV indetectable

- Pirimetamina + ac folínico + Clindamicina VO

- Trimetoprim-sulfametoxazol (160/800mg)/12h VO

- Atovacuona susp + Pirimetamina + ac. folínico VO

INFECCIONES POR PARÁSITOS

LEISHMANIA spp.

No existe profilaxis primaria

No hay recomendación segura sobre la retirada de profilaxis secundaria

Profilaxis secundaria: hasta $CD4 > 200-350 \text{ células}/\mu\text{l}$, durante > 3 meses y CV indetectable, y ausencia de recidivas en los últimos 6 meses

De elección: Anfotericina B liposomal 4mg/kg cada 2-4 semanas

INFECCIONES POR HONGOS

PNEUMOCYSTIS JIROVECI

Profilaxis primaria: CD4 < 200 células/ μ l o muguet recidivante o con una enfermedad definitoria de sida

De elección: Trimetoprim-sulfametoxazol (160/800mg)/día VO. (3 veces/semana)

Alternativa:

- Dapsona 100 mg/día VO
 - Clindamicina 300 mg/8 horas VO con Primaquina 15 mg al día
 - Atovacuona 1500 mg/día VO
- Si IgG toxoplasma (+) añadir pirimetamina con ac folínico

Suspender: CD4+ >200 células/ μ l y CV indetectable más 3 meses

Profilaxis secundaria: igual que en la primaria

INFECCIONES POR HONGOS

CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS

Tratamiento anticipado: cribado Ag Cryptococo en sangre CD4 < 100 cél / μ

Si positivo descartar infección SNC (punción lumbar) y pulmonar

Inducción: fluconazol 800mg/24h VO 2 sem

Consolidación fluconazol 400mg/24h VO 8 sem

Profilaxis secundaria:

Fluconazol 200mg/24h VO

Suspender: CD4 > 100/ μ l y CV indetectable más de 3 meses

siempre que se haya completado al menos un año de tratamiento con azoles antes de suspenderlos

INFECCIONES POR VIRUS

CITOMEGALOVIRUS

PCR negativa en suero no excluye enfermedad

PCR positiva en suero tampoco indica afectación de órgano diana

Profilaxis primaria: punto controvertido

no está demostrada la utilidad del tratamiento preventivo durante 2 semanas, antes de iniciar TAR, en aquellos pacientes con linfocitos CD4 < 50 células/ μ l con CV CMV positiva

Profilaxis secundaria:

- Retinitis: Valganciclovir 900 mg/día VO

- No indicada en otras localizaciones

Suspender: CD4 > 100/ μ l al menos 3-6 meses y lesiones inactivas en fondo de ojo

INFECCIONES POR MICOBACTERIAS

MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

Cribado de infección tuberculosa latente (quantiferon)

Descartada infección activa

Tratamiento tuberculosis latente con isoniacida durante 6-9 meses

MYCOBACTERIUM AVIUM COMPLEX

Profilaxis primaria: no indicada si se inicia TARV

Pacientes con CD4+ <50 cél/ μ l que mantienen viremia detectable

-Azitromicina 1.200 mg/sem VO

- Claritromicina 500 mg/12 h VO

Profilaxis secundaria:

- Claritromicina 500 mg/12 h VO + Etambutol 15-20 mg/kg/24 h VO

Suspender: Pacientes asintomáticos para MAC, CD4 > 100 cél/ μ l con CV VIH

indetectable más de 6 meses y tratamiento de MAC > 12 meses

INFECCIONES POR BACTERIAS

SALMONELLA

Profilaxis secundaria: La utilidad de la profilaxis secundaria no está bien establecida. Debe valorarse el riesgo- beneficio de su uso

Considerarse Bacteriemia recurrente

Gastroenteritis recurrente con diarrea grave (con o sin bacteriemia), en aquellos con CD4 <200 células/ μ l

- Ciprofloxacino 500-750 mg/24h VO

Suspender: resolución de la infección y CV suprimida y CD4 >200 células/ μ l

INFECCIONES IMPORTADAS

En determinados pacientes:

- Malaria
- *Trypanosoma cruzi*
- *Strongyloides stercoralis*
- Esquistosomiasis
- *Histoplasma capsulatum*

VACUNACIÓN

La respuesta a las vacunas mejor en pacientes con ≥ 3 meses de TARV

Se prefiere esperar a vacunar al inicio de TARV

Evaluar el balance riesgo-beneficio

Las vacunas inactivadas son seguras

las vacunas atenuadas triple vírica y varicela

contraindicadas CD4 < 200 células/ μ l

VACUNACIÓN

Neumococo:

Prevenir +Pneumo23 a las 8 sem
Dosis recuerdo: Pneumo23 a los 5 años

Gripe: anual

VHB:

Doble dosis (40 μ g)
0-1-2-6 meses
AcHBs postvacunal

VPH:

\leq 26 años
Vacuna cuadrivalente
Tres dosis
(0-1-6 meses)

VHZ:

Dos dosis
separadas 2 meses

VHA:

Dos dosis (0-6 meses)
CD4>350 $\text{cél}/\mu\text{l}$
Tres dosis (0-1-6 meses)
CD4<350 $\text{cél}/\mu\text{l}$
Ig G postvacunal

Meningococo
SARS-CoV-2
Triple virica
Difteria-Tetanos-Tosferina
Monkeypox