

Norma Técnica de Salud N° 097 - MINSA/DGSP-V.02

R. M. - N° 962 - 2014/MINSA

Ministerio de Salud
Av. Salaverry 801 - Jesús María
Teléfono 315-6600
www.minsa.gob.pe

“Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)”

Lima - Perú
2015





Norma Técnica de Salud N° 097 - MINSA/DGSP-V.02

**"NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO
CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA
HUMANA (VIH)"**

Versión 02.

R. M. – N° 962 - 2014/MINSA

Dirección General de Salud de las Personas

**Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de
ITS, VIH/SIDA y Hepatitis**

Ministerio de Salud

**Lima – Perú
2015**





MINISTERIO DE SALUD

Aníbal Velásquez Valdivia

Ministro de Salud

Percy Luis Minaya León

Vice Ministro de Salud Pública

Silvia Ynés Ruiz Zarate

Secretario General

Dalia Miroslava Suarez Salazar

Jefa de Gabinete de Asesores

Dra. Nora Reyes Puma de Comesaña

Directora General de la Dirección General de Salud de las Personas

Dr. Carlos Manuel Benites Villafane

Coordinador Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y
Control de ITS, VIH/SIDA y Hepatitis.





PARTICIPARON EN LA FORMULACIÓN DE LA NORMA:

Ministerio de Salud
Dr. Carlos Manuel Benites Villafane.
Dr. Rubén Darío Vásquez Becerra.
Dra. Lisset Garcia Fernández.

Equipo Técnico Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control ITS, VIH/SIDA

Dr. Juan Manuel Nunura Reyes.
Dr. José Luis Calderón Yberico.
Dr. José Pajuelo Cuba.
Lic. Tania Rengifo Nakama.
Lic. Emilio Olortegui Arango.
Lic. Byelca Huamán Zevallos.
Q.F. Estela Muñoz Zumaeta.
Q.F. Haydée Bertha Lapa Barzola.
Lic. Patricia Ruiz Pizarro.
Lic. Lucila Tejada Huertas.
Sr. Víctor Valle Villanueva.
Sr. Christian Huarachi Muñoz.
Sra. Paola Landeo Arauzo.

Comité de Expertos en la Atención del Adulto con infección por el VIH

Dra. Frine Samalvides Cuba.	Hospital Nacional Cayetano Heredia.
Dr. Juan Echevarría Zárate.	Hospital Nacional Cayetano Heredia.
Dra. Sofía del Carmen González Collantes.	Centro Médico Naval.
Dr. Jorge Arévalo Abanto.	Hospital Nacional Dos de Mayo.
Dr. Víctor Manuel Chávez Pérez.	Hospital Nacional Dos de Mayo.
Dra. María Luisa Castañeda Núñez.	Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
Dr. Luis Cuellar Ponce de León.	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
Dra. Patricia Reneé Gonzáles Talledo.	Hospital Nacional María Auxiliadora
Dr. Eduardo Sánchez Vergaray.	Hospital Nacional Hipólito Unanue.
Dr. Carlos Manuel Benites Villafane	Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
Dra. Iveth Pinedo Ramírez.	Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
Dra. María Dedios Alegría.	Hospital Santa Rosa.





**Coordinadores Regionales de las Estrategias Sanitarias de prevención y control ITS,
VIH/SIDA de DISAs, DIRESAs y GERESAs:**

Coordinador Regional ES ITS, VIH/SIDA	Región
Lic. Roxana Cubas Saldarriaga.	Amazonas
Lic. Gisell Espinoza Castromonte.	Ancash
Lic. Marcelino Flores Miranda.	Apurímac
Dra. Maria Amparo Ortega Menis.	Arequipa
Lic. Rayda Guillen Alca.	Ayacucho
Lic. Gretty Marilú Leiva Chávez.	Cajamarca
Lic. Maritza Irene Castro Huajardo.	Cusco
Lic. Oscar Luis Chagua Pariona.	Huancavelica
Lic. Ernesto Robles Ramírez.	Huánuco
Lic. Elizabeth Curitumay Yanqui.	Ica
Lic. Geovanna Camavilca Chirinos.	Junín
Lic. Jessy Cruzado Oyarce.	La Libertad
Lic. Rebeca Cumpa Suyón.	Lambayeque
Dr. Jorge Alcántara Chávez.	Callao
Lic. Luis Rios Olivos.	Lima Ciudad
Lic. Flor Domínguez Rosales	Lima Este
Dra. Magaly Robles Benítez	Lima Sur
Lic. María Zenaida Herrera Grandez	Loreto
Lic. Melissa Sue Vilca García	Madre de Dios
Lic. Juana Vilma Quispe Meza	Moquegua
Lic. María Ponce Facundo	Pasco
Lic. Lidia Tintaya Avendaño	Piura
Lic. Luz Valdivia Ccalla	Puno
Lic. Janelly Medina Osorio	Lima Región
Lic. Carina Guerrero Bardales	San Martín
Lic. Gloria Monroy Cárdenas	Tacna
Lic. Hayli Ocampo Prado	Tumbes
Lic. Sofía Huamaní García	Ucayali





PARTICIPARON EN LA REVISIÓN TÉCNICA FINAL:

Dr. Luis Robles Guerrero
Dr. Luis Miguel León García.
Dr. Carlos Manuel Benites Villafane.
Dr. Rubén Darío Vasquez Becerra.
Dra. Lisset García Fernández.
Dr. Ángel Gonzales Vivanco.
Lic. Emilio Olortegui Arango.

Si por algún acto involuntario en la presente lista se omitió a alguna Institución/persona que contribuyó en la elaboración o revisión del presente documento, ofrecemos de antemano nuestras más sinceras disculpas.



Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

I. FINALIDAD

Reducir la transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el Perú, a través del fortalecimiento de las intervenciones preventivas y la atención integral del adulto con infección por VIH en los establecimientos de salud.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Estandarizar los procedimientos para la atención integral del adulto con infección por VIH en los servicios de salud a nivel nacional.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1. Brindar a los equipos multidisciplinarios las pautas para la atención integral del paciente adulto con infección por VIH, orientadas al diagnóstico y manejo oportuno.
- 2.2.2. Fortalecer las intervenciones preventivas como la consejería y el tamizaje oportuno.
- 2.2.3. Actualizar los criterios de inicio del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) del adulto con infección por VIH y estandarizar los esquemas de tratamiento a utilizar.
- 2.2.4. Detectar y manejar oportunamente los casos de falla virológica, para reducir el riesgo de resistencia a los antirretrovirales.
- 2.2.5. Fortalecer el sistema de información, a través de la vigilancia y notificación de los casos y eventos relacionados con la atención integral del adulto infectado con el VIH.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos prestadores de servicios de salud públicos: Establecimientos de salud del Ministerio de Salud a cargo del Instituto de Gestión de Servicios de Salud – IGSS, de las DISAs, de los Gobiernos Regionales (Direcciones Regionales de Salud – DIRESA, Gerencias Regionales de Salud – GERESA, o las que hagan sus veces en el ámbito regional), de los Gobiernos Locales, del Seguro Social de Salud - EsSalud, de las Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, del Ministerio Público y de los establecimientos de salud privados en todo el país.

IV. BASE LEGAL

- **Ley N° 26626**, Ley que encarga al Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual.
- **Ley N° 26842**, Ley General de Salud.
- **Ley N° 28243**, Ley que amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual.
- **Ley N° 28983**, Ley de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres.
- **Ley N° 29459**, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- **Ley N° 29783**, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- **Decreto Supremo N° 023-2005-SA**, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- **Decreto Supremo N° 013-2006-SA**, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- **Decreto Supremo N° 016-2009-SA**, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud-PEAS.
- **Decreto Supremo N° 008-2010-SA**, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- **Decreto Supremo N° 014-2011-SA**, que aprueba el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos.
- **Decreto Supremo N° 016-2011-SA**, que aprueba el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- **Decreto Supremo N° 005-2012-TR**, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29783,

Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- **Decreto Supremo N° 013-2014-SA**, que aprueba las Disposiciones referidas al Sistema Peruano de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.
- **Decreto Supremo N° 020-2014-SA**, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal de Salud.
- **Resolución Ministerial N° 1753-2002-SA/DM**, que aprueba la Nueva Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos (SISMED) y sus modificatorias.
- **Resolución Ministerial N° 1328-2003 SA/DM**, que aprueba la Norma Técnica N° 003-MINSA/DGSP- V 01 Norma Técnica para el Sistema de Articulación de Servicios de Consejeros Educadores de Pares para Personas que viven con VIH/SIDA.
- **Resolución Ministerial N° 1233-2003-SA/DM**, que constituye el Comité de Expertos en Atención Integral del Adulto con Infección por VIH.
- **Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA**, que aprueba el documento denominado Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.
- **Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA**, que aprueba la NTS N° 018-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- **Resolución Ministerial N° 367-2005/MINSA**, que aprueba la modificatoria de la Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos – SISMED.
- **Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA**, que aprueba la NTS N° 047-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud.
- **Resolución Ministerial N° 552-2007/MINSA**, que aprueba la Norma Técnica de Salud Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitarias para los Establecimientos del Sector Salud.
- **Resolución Ministerial N° 480-2008/MINSA**, que aprueba la NTS N° 068-MINSA/DGSP-V.1, Norma Técnica de Salud que establece el Listado de Enfermedades Profesionales.
- **Resolución Ministerial N° 013-2009/MINSA**, que aprueba el Manual de Buenas Prácticas de Dispensación.
- **Resolución Ministerial N° 263-2009/MINSA**, que aprueba la NTS N° 077-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú y su modificatoria aprobada con RM N° 084-2012/MINSA.

- **Resolución Ministerial N° 264-2009/MINSA**, que aprueba el Documento Técnico Consejería en ITS/VIH y SIDA.
- **Resolución Ministerial N° 436-2009/MINSA**, que aprueba la Directiva Administrativa N° 153-MINSA/OGEI V.01, Directiva Administrativa para el Sistema de Monitoreo y Evaluación Integral de Indicadores-SMEii de la ESN PyC ITS/VIH-SIDA y la ESN PCT.
- **Resolución Ministerial N° 768-2010/MINSA**, que aprueba el Documento Técnico Plan Nacional de Prevención VHB, VIH y TB por Riesgo Ocupacional en Trabajadores de Salud 2010-2015.
- **Resolución Ministerial N° 312-2011/MINSA**, que aprueba el Documento Técnico Protocolos de Exámenes Médicos Ocupacionales y Guías de Exámenes Obligatorios por Actividad.
- **Resolución Ministerial N° 369-2011/MINSA**, que aprueba el Listado de Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos Estratégicos y de Soporte Utilizados en las Intervenciones Sanitarias definidas por la Dirección General de Salud de las Personas.
- **Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA**, que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- **Resolución Ministerial N° 540-2011/MINSA**, que aprueba la NTS N° 091-MINSA/DIGEMID V.01 Norma Técnica de Salud para la Utilización de Medicamentos No Considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales.
- **Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA**, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud: Categoría de Establecimientos del Sector Salud.
- **Resolución Ministerial N° 566-2011/MINSA**, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 092-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hepatitis Viral B en el Perú.
- **Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA**, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 046 – MINSA/DGE.V1 Directiva Sanitaria que establece la Notificación y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública.
- **Resolución Ministerial N° 525-2012/MINSA**, que aprueba la reestructuración de las estrategias sanitarias nacionales.
- **Resolución Ministerial N° 599-2012/MINSA**, que aprueba el Documento Técnico Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud.
- **Resolución Ministerial N° 050-2013/TR**, que aprueba los formatos referenciales que contemplan la información mínima que deben contener los registros obligatorios del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- **Resolución Ministerial N° 567-2013/MINSA**, que aprueba la Norma Técnica de Salud

N° 102-MINSA/DGSP-V 01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral y Tratamiento Antirretroviral de los Niños, Niñas y Adolescentes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

- **Resolución Ministerial N° 715-2013/MINSA**, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 104 – MINSA/DGSP – V 01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis.
- **Resolución Ministerial N° 619 - 2014/MINSA**, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 108 – MINSA/DGSP – V 01 Norma Técnica de Salud para la prevención de la transmisión madre – niño del VIH y la sífilis.

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

- 5.1.1 **Abandono al TARGA.-** Es la condición en la que el paciente no concurre a recibir tratamiento por más de 30 días consecutivos o cuando el paciente es transferido a otro establecimiento de salud sin confirmación de recepción.
- 5.1.2 **Accidente laboral.-** Es cualquier situación en la que un personal de la salud se expone a fluidos potencialmente contaminados en: mucosas, piel no intacta o heridas por material médico quirúrgico, durante cualquier procedimiento médico o durante los procesos de traslado y eliminación de material médico quirúrgico contaminado.
- 5.1.3 **Adherencia al tratamiento.-** Grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a la toma adecuada de los medicamentos antirretrovirales, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios de estilos de vida, en concordancia con las recomendaciones del personal de salud.
- 5.1.4 **Agente de soporte comunitario.-** Es un miembro de la comunidad, familiar, voluntario o cuidador que brinda al paciente acompañamiento, soporte emocional, supervisión y apoyo para fortalecer la adherencia al tratamiento, colaborar en la educación sanitaria, entre otras actividades.
- 5.1.5 **Atención integral.-** Es la atención a las personas con infección por VIH, de acuerdo a sus expectativas y necesidades de salud, para mejorar su calidad de vida.
- 5.1.6 **Carga viral (CV).-** Recuento del número de copias replicadas del VIH circulando en plasma sanguíneo. Se mide en número de copias por mililitro de plasma (copias/mL).
- 5.1.7 **Caso fuente.-** Paciente con infección por VIH del que procede algún fluido al que está expuesto el personal de salud en caso de un accidente laboral.

- 5.1.8 **Caso de co-infección TB/VIH.-** Es aquella persona que presenta de manera simultánea los diagnósticos de tuberculosis (TB) e infección por VIH.
- 5.1.9 **Centro de Referencia de ITS/VIH/SIDA (CERITS).-** Son servicios de salud que brindan atención médica periódica y se ubican en hospitales o centros de salud, cuentan con recursos capacitados para el manejo clínico, diagnóstico de laboratorio y consejería, disponen de infraestructura adecuada, equipamiento de laboratorio, insumos y medicamentos específicos. Ofertan el diagnóstico y tratamiento gratuito de ITS a población general y poblaciones vulnerables.
- 5.1.10 **Contrarreferencia.-** Es un proceso administrativo asistencial por el cual el establecimiento de salud de destino de una referencia devuelve la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente al establecimiento de salud de origen de la referencia.
- 5.1.11 **Consejero educador de pares (CEP).-** Persona que vive con el VIH/SIDA, que ha sido seleccionada, capacitada y entrenada en consejería para brindar soporte psicosocial, apoyo emocional y educación en salud a otra persona recién diagnosticada con infección por el VIH y que es atendida en los establecimientos de salud.
- 5.1.12 **Comité de expertos en atención integral del adulto infectado por VIH/SIDA.-** Comité que se encarga de dar asistencia técnica en el manejo de los pacientes con infección por VIH, siendo responsables de definir el uso de antirretrovirales para los esquemas de rescate, según pruebas de genotipificación.
- 5.1.13 **Dispensación.-** Acto profesional del químico farmacéutico de proporcionar uno o más productos farmacéuticos a un paciente o usuario, en atención a la presentación de una receta elaborada por un profesional autorizado. En este acto debe informar y orientar al paciente sobre el uso adecuado del producto farmacéutico, reacciones adversas, interacciones medicamentosas y las condiciones de conservación del producto o dispositivo.
- 5.1.14 **Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) para VIH.-** Es una prueba de tamizaje de laboratorio que identifica la presencia de anticuerpos contra el VIH.
- 5.1.15 **Esquema de primera línea.-** Es un tratamiento indicado a todo paciente sin experiencia previa al tratamiento antirretroviral.
- 5.1.16 **Esquema de rescate.-** Es un tratamiento destinado a pacientes que fracasaron al esquema de primera línea. Debe ser elaborado en base a la genotipificación y la opinión del Comité de Expertos en Atención Integral del Adulto con Infección por VIH.
- 5.1.17 **Establecimiento de salud que brinda TARGA.-** Es aquel establecimiento de salud que cuenta con un equipo multidisciplinario capacitado para la atención integral de la persona con infección por VIH.

- 5.1.18 **Exposición ocupacional al VIH.-** Acto en el cual un personal de salud, durante su jornada laboral, se expone a sangre, tejidos o fluidos potencialmente contaminados con VIH a través de una lesión percutánea (pinchazo o corte), o de mucosas o piel.
- 5.1.19 **Exposición no ocupacional al VIH.-** Acto en el cual una persona se expone a fluidos potencialmente contaminados con VIH fuera de situaciones ocupacionales.
- 5.1.20 **Farmacovigilancia.-** Es la actividad relacionada con la detección, evaluación, comprensión y prevención de los eventos adversos o cualquier otro posible problema relacionado a ellos.
- 5.1.21 **Farmacovigilancia intensiva.-** Consiste en obtener información de sospechas de reacciones adversas a productos farmacéuticos de manera sistemática, generalmente con respecto a un determinado producto farmacéutico (o grupos de productos farmacéuticos), o a una determinada enfermedad durante un tiempo específico. Permite estimar la cantidad de veces que se produce una reacción adversa y determinar la incidencia de ésta.
- 5.1.22 **Incidente adverso a dispositivos médicos (IADM).-** Cualquier evento no deseado que causa un daño al paciente, usuario, operario u otros, o que supone un riesgo de daño, que puede o no estar asociado causalmente con uno o más dispositivos médicos. Está relacionado con la identidad, calidad, durabilidad y seguridad de los mismos. Incluye errores, eventos adversos prevenibles y riesgos.
- 5.1.23 **Infección aguda por el VIH.-** Es la etapa que ocurre inmediatamente luego de la infección por el VIH, y que se caracteriza por una alta carga viral y anticuerpos contra el VIH no detectables. En esta etapa se pueden presentar síntomas o no.
- 5.1.24 **Infección confirmada por VIH.-** Es la persona que presenta dos pruebas de tamizaje reactivas (inmunoensayo enzimático rápido o de laboratorio) y una prueba confirmatoria positiva.
- 5.1.25 **Interacciones medicamentosas.-** Efectos producidos cuando la acción diagnóstica, preventiva o terapéutica de un principio activo es modificada en el organismo por otro agente exógeno o interactuante. Este puede ser otro principio activo simultáneamente administrado, una sustancia presente en la dieta o en el ambiente que rodea al organismo.
- 5.1.26 **Paciente antes tratado.-** Paciente con antecedente de exposición a antirretrovirales o a un esquema de tratamiento antirretroviral.
- 5.1.27 **Paciente derivado.-** Es todo paciente referido a otro establecimiento de salud para la continuación del TARGA.

- 5.1.28 **Paciente enrolado.**- Es todo paciente que ingresa por primera vez al TARGA en un determinado establecimiento del ámbito nacional. Un paciente puede ser enrolado una sola vez.
- 5.1.29 **Paciente en tratamiento.**- Es todo paciente que está actualmente recibiendo el TARGA.
- 5.1.30 **Paciente Nuevo.**- Paciente que no ha recibido anteriormente antirretrovirales o un esquema de tratamiento antirretroviral.
- 5.1.31 **Pareja serodiscordante.**- Es aquella pareja en la cual uno de los miembros de ésta tiene la infección por VIH y el otro(a) no la tiene.
- 5.1.32 **Profilaxis post-exposición al VIH (PPE).**- Es la administración de antirretrovirales para disminuir la transmisión del VIH luego de una exposición ocupacional o no ocupacional al VIH.
- 5.1.33 **Pruebas confirmatorias de VIH.**- Son las pruebas que identifican la presencia de anticuerpos específicos contra el VIH, tal como inmunoelectrotransferencia o Western Blot (WB), inmunofluorescencia indirecta (IFI), radioinmunoprecipitación (RIPA) e Inmunoblot con antígenos recombinantes (LIA). Las pruebas para detección del ARN del VIH-1 serán consideradas como confirmatorias en escenarios como la infección aguda por el VIH.
- 5.1.34 **Prueba de determinación del alelo HLA – B*5701.**- Prueba molecular que detecta la presencia del haplotipo HLA-B*5701, que está vinculada a la hipersensibilidad al antirretroviral abacavir. Si una persona tiene resultados positivos en esta prueba no debe usar abacavir.
- 5.1.35 **Prueba de genotipificación del VIH-1.**- Es la identificación de mutaciones del VIH-1 asociadas con la resistencia a medicamentos antirretrovirales mediante secuenciamiento genético.
- 5.1.36 **Prueba de tamizaje para VIH.**- Son todas aquellas pruebas que permiten detectar anticuerpos contra el VIH. Son pruebas de tamizaje el ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) para VIH y las pruebas rápidas para VIH. También existen pruebas de tamizaje que detectan la presencia de anticuerpos y antígenos contra el VIH.
- 5.1.37 **Prueba de tropismo.**- Prueba genotípica o fenotípica para determinar si el VIH utiliza el correceptor CCR5 en la segunda fase de unión del virus a los linfocitos T CD4. Si el virus utiliza únicamente el correceptor CCR5, está indicado el uso de antirretrovirales como el maraviroc.

- 5.1.38 **Prueba rápida para VIH.**- Es una prueba de tamizaje (inmunoensayo enzimático rápido) para la detección rápida de anticuerpos contra el VIH en muestras como sangre capilar, suero, entre otras. También existen pruebas rápidas que detectan la presencia de anticuerpos y antígenos contra el VIH.
- 5.1.39 **Recuento de linfocitos CD4.**- Medición de linfocitos que tienen el marcador de superficie CD4 presentes en sangre total y que constituye la principal célula blanco del VIH. Se mide por número de células por microlitro (células/ μ L).
- 5.1.40 **Reacción adversa a medicamentos (RAM).**- Es cualquier reacción nociva y no intencionada que aparece tras el uso de un medicamento o producto farmacéutico en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas.
- 5.1.41 **Reacción adversa leve.**- Reacción que se presenta con signos y síntomas fácilmente tolerados. No necesitan tratamiento ni prolongan la hospitalización y pueden o no requerir de la suspensión del producto farmacéutico. Se considera una reacción no seria.
- 5.1.42 **Reacción adversa moderada.**- Reacción que interfiere con las actividades sin amenazar directamente la vida del paciente, requiere de tratamiento farmacológico y pueden o no requerir la suspensión del producto farmacéutico causante de la reacción adversa. Se considera una reacción no seria.
- 5.1.43 **Reacción adversa grave.**- Cualquier ocurrencia médica que se presente con la administración de cualquier dosis de un producto farmacéutico que ocasione uno o más de los siguientes supuestos: Pone en peligro la vida o causa la muerte del paciente, hace necesario hospitalizar o prolongar la estancia hospitalaria, es causa de invalidez o de incapacidad permanente o significativa, es causa de alteraciones o malformaciones en el recién nacido, contribuye directa o indirectamente a la muerte del paciente.
- 5.1.44 **Referencia.**- Es un proceso administrativo asistencial por el cual un establecimiento de salud transfiere, transitoria o definitivamente, la responsabilidad de la atención de salud de un paciente a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.
- 5.1.45 **Seguimiento farmacoterapéutico.**- Acto profesional en el que el profesional químico farmacéutico orienta y supervisa al paciente en relación al cumplimiento de su farmacoterapia mediante intervenciones farmacéuticas dirigidas a prevenir, identificar y resolver los problemas relacionados con los medicamentos.
- 5.1.46 **Síndrome de Reconstitución Inmune.**- Es el conjunto de signos y síntomas por un empeoramiento paradójico de infecciones pre-existentes o un desenmascaramiento de infecciones subclínicas asociadas al VIH que se presentan luego del inicio del TARGA.

- 5.1.47 **Sospecha de reacción adversa.**- Cualquier manifestación clínica no deseada que dé indicio o apariencia de tener una relación causal con uno o más productos farmacéuticos.
- 5.1.48 **Tecnovigilancia.**- Conjunto de procedimientos encaminados a la prevención, detección, investigación, evaluación y difusión de información sobre incidentes adversos o potencialmente adversos relacionados a dispositivos médicos, mediante su uso que pueda generar algún daño al paciente, usuario, o al ambiente que lo rodea.
- 5.1.49 **Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA).**- Es la combinación de tres o más medicamentos antirretrovirales que permite la disminución de la carga viral en sangre hasta niveles indetectables, conduciendo a la recuperación de las personas con infección por VIH.
- 5.1.50 **Tuberculosis sensible.**- Es aquella tuberculosis causada por el *Mycobacterium tuberculosis* que es sensible a todos los medicamentos anti-TB de primera línea.
- 5.1.51 **Tuberculosis MDR.**- Es aquella tuberculosis causada por el *M. tuberculosis* con resistencia simultánea a isoniácida y rifampicina detectada a través de pruebas de sensibilidad rápidas o convencionales.
- 5.1.52 **Tuberculosis XDR.**- Es aquella tuberculosis causada por el *M. tuberculosis* con resistencia simultánea a isoniácida, rifampicina, una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea (amikacina, kanamicina o capreomicina) detectada a través de pruebas moleculares o convencionales.
- 5.1.53 **Unidad de atención médica periódica (UAMP).**- Son servicios de salud que brindan atención médica periódica y se ubican en hospitales o centros de salud, cuentan con recursos capacitados para el manejo clínico, diagnóstico de laboratorio y consejería, disponen de infraestructura adecuada, equipamiento de laboratorio, insumos y medicamentos específicos. Ofertan el diagnóstico y tratamiento gratuito de ITS a población general y poblaciones vulnerables. A diferencia de los centros de referencia, en estos establecimientos no se realiza cultivos para diagnóstico de gonococo.

5.2. DEL DIAGNÓSTICO, DEFINICIÓN Y NOTIFICACIÓN DE CASO DE INFECCIÓN POR VIH

- 5.2.1. La confidencialidad de los resultados de las pruebas para el diagnóstico de infección por VIH es obligatoria.
- 5.2.2. El diagnóstico, para efectos de iniciar la atención integral del paciente, deberá realizarse de acuerdo a uno de los siguientes criterios:

Tabla 1: Diagnóstico de Infección VIH para inicio de atención

*Prueba rápida 1 reactiva	Prueba de tamizaje** reactiva	Prueba de tamizaje** reactiva
MAS	MAS	MAS
Prueba rápida 2 reactiva	Prueba confirmatoria positiva	Síntomas de enfermedad avanzada (SIDA)

* Las pruebas rápidas 1 y 2, deberán utilizar preparaciones de antígenos diferentes

** Se consideran pruebas de tamizaje la prueba rápida y el ELISA

- 5.2.3. El diagnóstico de infección confirmada por VIH se establecerá mediante dos pruebas de tamizaje reactivas más una prueba confirmatoria positiva, siguiendo el flujograma establecido en el Anexo 1.
- 5.2.4. La clasificación clínica de la infección por VIH se realizará según la clasificación vigente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Anexo 2).
- 5.2.5. La notificación de todos los casos de infección por VIH es obligatoria en el Perú. La definición de caso de infección por VIH y casos de SIDA para efectos de notificación, se realizará de acuerdo a lo establecido por la Dirección General de Epidemiología, según normatividad vigente.

5.3. DE LA ATENCIÓN DEL ADULTO CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH

- 5.3.1. La atención del adulto con diagnóstico de infección por VIH, debe estar a cargo del equipo multidisciplinario.
- 5.3.2. La evaluación médica inicial debe incluir una anamnesis adecuada, el examen físico completo, priorizando la búsqueda de signos de inmunosupresión y enfermedades oportunistas (Anexo 3).
- 5.3.3. Durante la evaluación médica inicial y para complementar los hallazgos del examen físico, se deberá solicitar exámenes de laboratorio y evaluaciones, según se detalla en

el Anexo 4 y que permitan:

- Evaluar las funciones hematológica, hepática y renal.
- Descartar las enfermedades más frecuentemente asociadas al VIH.

5.4. DE LA ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH

5.4.1. El equipo multidisciplinario estará constituido por personal de salud del establecimiento que brinda atención integral de adulto con infección por VIH. De acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento y disponibilidad de personal, se diferencian: equipo multidisciplinario básico y equipo multidisciplinario ampliado.

5.4.2. El equipo multidisciplinario básico se encarga de la atención de pacientes con VIH en el primer nivel de atención. Estará conformado por:

- Un médico,
- Un licenciado en enfermería o licenciado en obstetricia,
- Un químico-farmacéutico o técnico en farmacia, y
- Un tecnólogo médico, biólogo o técnico de laboratorio.

5.4.3. El equipo multidisciplinario ampliado se encarga de la atención de pacientes con VIH a partir del segundo nivel de atención. Estará conformado por:

- Un médico especialista en enfermedades infecciosas o médico no especialista capacitado,
- Un licenciado en enfermería,
- Un licenciado en obstetricia,
- Un psicólogo,
- Un asistente social,
- Un químico-farmacéutico, y
- Un tecnólogo médico o biólogo.
- Además un ginecólogo, un pediatra, un nutricionista, y otros de acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento.

1.1.4. El abordaje multidisciplinario permite potenciar las diferentes capacidades de los profesionales del equipo para brindar una atención integral y de calidad a los pacientes con infección por VIH.

5.4.5. Los establecimientos de salud deberán fomentar la consejería, a través del trabajo colaborativo con consejeros educadores de pares (CEP), según lo dispuesto en la

normatividad vigente, con el objetivo de dar soporte emocional al paciente recién infectado por el VIH, fortalecer la adherencia al TARGA y contribuir al seguimiento de los pacientes con infección VIH.

5.4.6. Son responsabilidades del médico

- Liderar el equipo multidisciplinario.
- Realizar la evaluación médica inicial completa del paciente y determinar el estadio de la infección por VIH según los criterios establecidos en la presente Norma Técnica de Salud (Anexo 2)
- Evaluar los criterios y definir el momento de inicio de TARGA, teniendo en consideración la evaluación del equipo multidisciplinario.
- Manejar adecuadamente las enfermedades oportunistas del paciente con infección por VIH.
- Realizar las evaluaciones médicas de control y seguimiento en pacientes con VIH con y sin TARGA.
- Manejar adecuadamente y notificar las RAM e IADM en pacientes con infección VIH (Anexos 5 y 6).
- Realizar el cambio del tratamiento antirretroviral ante la presencia de RAMs y/o falla terapéutica al TARGA según los criterios establecidos en la presente Norma Técnica de Salud.
- Referir para consultas con otras especialidades que requiera el paciente adulto infectado con VIH.
- Participar en la elaboración de la programación y el requerimiento de antirretrovirales y otros medicamentos e insumos para la atención integral de la PVVS.

5.4.7. Son responsabilidades del licenciado en enfermería

- Brindar educación sanitaria y orientación al paciente, familia y agente de soporte.
- Aplicación del proceso de atención de enfermería.
- Brindar consejería en prevención positiva y soporte, orientando al paciente adulto infectado con VIH sobre el uso correcto y consistente del preservativo.
- Inscribir al paciente en el Libro de Registros y Seguimiento de Pacientes en TARGA.
- Monitoreo de la administración de antirretrovirales.

- Monitorear el cumplimiento de la terapia preventiva con isoniacida o con trimetoprim/sulfametoxazol (TMP/SMX) en el paciente con VIH.
- Verificar el cumplimiento del tratamiento de enfermedades oportunistas.
- Coordinar con la Estrategia de Inmunizaciones la administración de las vacunas indicadas en los PVVS.
- Identificar oportunamente y notificar signos y síntomas de RAM e IADM en pacientes con infección VIH (Anexos 5 y 6).
- Llenar del Protocolo de Entrevista de Enfermería (Anexo 7) y seguimiento de la adherencia al TARGA (Anexo 8).
- Realizar el reporte mensual de pacientes VIH en TARGA en coordinación con miembros del equipo multidisciplinario.
- Coordinar oportunamente las referencias y contrarreferencias de los pacientes con Infección por VIH con y sin TARGA.
- Participar en la elaboración de la programación y el requerimiento de antirretrovirales y otros medicamentos e insumos para la atención integral de la PVVS.

5.4.8. Son responsabilidades del Licenciado en Obstetricia

- Orientar a la mujer en edad fértil con infección por VIH sobre planificación familiar y el uso correcto y consistente del preservativo.
- Realizar actividades de prevención y detección oportuna del cáncer de cuello uterino en la mujer con infección por VIH.
- Brindar educación sanitaria y orientación a la gestante con infección por VIH.
- Realizar el seguimiento y monitoreo clínico de la gestante con infección por VIH en coordinación con el médico responsable de TARGA del establecimiento.
- Coordinar con la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva y el Servicio de Ginecología del establecimiento para la culminación del parto según lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Madre – Niño del VIH y la Sífilis vigente.
- Realizar el registro de la gestante con infección por VIH en los formatos y registros determinados según Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Madre – Niño del VIH y la Sífilis vigente.

5.4.9. Son responsabilidades del Psicólogo

- Evaluar los aspectos psicológicos más importantes de los pacientes con VIH.
- Brindar consejería pos-test, manejando el proceso inicial del paciente con VIH recién diagnosticado.
- Identificar los factores de riesgo para mala adherencia, así como problemas de adicción o abuso de sustancias en el adulto con infección por VIH.
- Abordar aspectos relacionados a la sexualidad de los pacientes con VIH.
- Implementar la intervención psicológica con énfasis en el desarrollo de las siguientes conductas: conocimiento emocional de sí mismo, autoestima, independencia, relaciones interpersonales, responsabilidad social y solución de problemas, flexibilidad, tolerancia a la tensión, control de impulso, optimismo.
- Realizar el informe psicológico (Anexo 9).

5.4.10. Son responsabilidades del Asistente Social

- Garantizar la atención social del paciente con VIH.
- Ofrecer, y coordinar con la persona responsable, la afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS) en los establecimientos de salud de MINSA.
- Realizar el estudio socioeconómico y tratamiento social del paciente con VIH con respecto a su entorno familiar y social (Anexo 10).
- Realizar entrevistas y visitas domiciliarias.
- Realizar atención personalizada a través de la consejería manteniendo el principio de confidencialidad.
- Identificar al agente de soporte personal.
- Movilizar redes de soporte social para el paciente con VIH.
- Asesorar los grupos de ayuda mutua donde existan.
- Realizar el informe de visitas domiciliarias (Anexo 11) y referencia social.

5.4.11. Son responsabilidades del Químico-farmacéutico

- Dispensar y monitorizar la dispensación adecuada de los productos sanitarios indicados para la atención integral del paciente con infección por VIH.
- Verificar y controlar que la atención de las recetas de medicamentos prescritos se efectúe conforme al Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos actualmente vigente.

- Solicitar, almacenar, custodiar, dispensar y controlar los antirretrovirales y otros productos sanitarios indicados para la atención integral del paciente con infección por VIH.
- Supervisar que las condiciones de almacenamiento de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos o productos sanitarios utilizados en la atención de pacientes con VIH garanticen su conservación, estabilidad y calidad.
- Identificar oportunamente y notificar signos y síntomas de RAM e IADM en pacientes con infección VIH.
- Identificar y notificar las sospechas de RAM a medicamentos antirretrovirales e IADM graves (Anexos 5 y 6). En caso de las RAM o IADM graves debe enviar un informe de investigación (Anexo 12) en los plazos establecidos y en los formatos autorizados.
- Recopilar y validar todas las notificaciones de RAM o IADM, registradas en la base de datos. Asimismo debe enviar las notificaciones a la DISA/DIRESA/GERESA en los plazos establecidos y en los formatos autorizados (Anexos 5, 6 y 12).
- Brindar seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes con infección por VIH con el objetivo de optimizar la adherencia terapéutica y evaluación exhaustiva de las condiciones de uso.
- Cumplir las buenas prácticas de almacenamiento, dispensación, seguimiento farmacoterapéutico y farmacovigilancia, y de ser el caso la distribución y transporte de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos o productos sanitarios utilizados en la atención de pacientes con VIH.
- Elaborar y presentar trimestralmente el requerimiento de medicamentos antirretrovirales e insumos médicos de acuerdo a los formatos y periodos establecidos por la Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud, en coordinación con la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS VIH/SIDA (ES PC ITS VIH/SIDA) del nivel local o regional, según corresponda.

5.5. DEL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INFECCIÓN VIH

- 5.5.1. La evaluación inicial, la definición del ingreso al TARGA y el seguimiento serán realizados en los institutos especializados, hospitales, centros de salud y otras instituciones que tengan el equipo multidisciplinario para la atención integral del paciente con VIH.
- 5.5.2. Si el paciente no cumple criterios para el inicio de TARGA, deberá ser evaluado por el equipo multidisciplinario (médico, enfermero y psicólogo), a los tres meses de la consulta inicial y posteriormente una evaluación periódica cada 6 meses.
- 5.5.3. Es responsabilidad del Equipo Multidisciplinario hacer el seguimiento de los pacientes que no cumplen criterios para el inicio del TARGA, a fin de asegurar la continuidad de su atención en el establecimiento.
- 5.5.4. El médico del equipo multidisciplinario es quien lidera el manejo y seguimiento del paciente. Además es el encargado de iniciar, suspender o modificar el esquema de TARGA del paciente.

5.6. DE LA GRATUIDAD EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH

- 5.6.1. La atención integral de las personas con infección por VIH se cubrirá según lo estipulado en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- 5.6.2. El tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) para las personas con infección por VIH, así como las pruebas de monitoreo (CD4 y carga viral) son totalmente gratuitos en los establecimientos de salud reconocidos por el Ministerio de Salud.
- 5.6.3. Todo paciente con infección por el VIH debe ser incluido al Seguro Integral de Salud del MINSA, siempre que no sea beneficiario de otras Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) como EsSalud, Sanidad de Fuerzas Armadas, Policía Nacional y otras.
- 5.6.4. Las vacunas (Tabla 2) y los medicamentos para el tratamiento y la prevención de tuberculosis e infecciones oportunistas son gratuitos para el paciente con infección por VIH.

5.7. DE LA CULTURA, DEL RESPETO Y TRATO DIGNO

- 5.7.1. Todo establecimiento de salud que atienda personas viviendo con VIH/SIDA e ITS debe promover una cultura de respeto a los derechos humanos con enfoque de género para eliminar el estigma y la discriminación asociada a la infección.
- 5.7.2. La persona con infección VIH no podrá ser excluida de la atención en cualquier servicio de los establecimientos de salud públicos o privados.
- 5.7.3. En comunidades indígenas amazónicas y altoandinas, las estrategias de prevención, tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con infección por VIH deberán adecuarse al contexto sociocultural de éstas comunidades, a través de un enfoque de interculturalidad y respeto a los derechos humanos.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. DE LA PREVENCIÓN

6.1.1. De la consejería y tamizaje de pruebas para VIH

- La consejería en ITS y VIH debe estar orientada a la búsqueda de cambios de comportamiento y conductas sexuales de riesgo, además de facilitar el acceso a la prueba de tamizaje para VIH.
- La prueba de tamizaje para VIH es voluntaria y con consejería previa.
- El proceso de la consejería individual o de la información grupal se realizará de acuerdo al Documento Técnico de Consejería en ITS/VIH y SIDA vigente.
- La consejería pre test y el tamizaje, además de otros servicios de salud, podrán ser ofertados en lugares de alta concentración de población de riesgo de VIH para un diagnóstico precoz y oportuno.
- La consejería post test en casos de VIH reactivos deberá ser derivada a establecimientos de salud que cuenten con equipos multidisciplinarios para la atención de VIH.
- Se debe ofertar y realizar pruebas de tamizaje de VIH voluntaria e informada, en toda persona con diagnóstico de tuberculosis (TB) pulmonar o extrapulmonar, Hepatitis B, sífilis y otras infecciones de transmisión sexual.

6.1.2. Del uso de condón

- El condón masculino y femenino reducen el riesgo de transmisión de las ITS y el VIH; por lo que, previa consejería en adultos sexualmente activos, se ofertará su entrega según normatividad vigente.

- Se entregarán 20 condones masculinos y 10 condones femeninos por mes a las personas viviendo con VIH/SIDA, de acuerdo a normatividad vigente.

6.1.3. Del manejo de las infecciones de transmisión sexual (ITS)

- A toda persona con infección por VIH se le brindará atención para diagnóstico y tratamiento adecuado de infecciones de transmisión sexual (ITS) asociadas en todos los establecimientos de salud y en los Centros de Referencia de ITS (CERITS) y Unidades de Atención Médico Periódica (UAMP) de acuerdo a la normatividad vigente.

6.1.4. De la terapia con isoniácida para la prevención de tuberculosis (TPI)

- Todas las personas infectadas por VIH deben recibir consejería sobre TB. La consejería debe incluir información sobre los riesgos de adquirir TB, estrategias para reducir la exposición, manifestaciones clínicas de la TB y el riesgo de transmitir la TB.
- La administración de TPI debe iniciarse inmediatamente después de realizado el diagnóstico de infección por VIH y de haber descartado TB activa pulmonar o extrapulmonar.
- Se administrará isoniácida 5 mg/kg/día, no debiendo exceder los 300 mg diarios (tres tabletas de isoniácida 100 mg), más piridoxina 50 mg/día, VO durante 9 meses.

6.1.5. De la terapia preventiva con trimetoprim/sulfametoxazol (TMP/SMX)

- El objetivo principal de iniciar profilaxis con TMP/SMX es prevenir el desarrollo de neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, toxoplasmosis y diarrea por coccidias.
- Se debe iniciar terapia preventiva con TMP/SMX en todos los pacientes en estadio clínico 3 y 4 de la OMS o con CD4 <200 células/ μ L.
- Las dosis para profilaxis con TMP/SMX es 01 tableta de 160/800 mg vía oral (VO) cada 24 horas.
- Si el paciente es alérgico a TMP/SMX se debe intentar la desensibilización en el tercer nivel de atención (Anexo 13), caso contrario administrar dapsona 100 mg VO cada 24 horas.
- Se debe discontinuar la terapia preventiva con TMP/SMX cuando, luego de iniciado el TARGA, el recuento de linfocitos CD4 sea mayor de 200 células/ μ L en dos controles consecutivos.

6.1.6. De las vacunaciones para adultos con infección por VIH

- Las personas con diagnóstico de infección por VIH deberán ser inmunizadas según el siguiente esquema:

Tabla 2: Vacunación en el paciente adulto con infección por VIH

Vacuna	Dosis	Refuerzo
Anti diftrotétano (dT)	0.5 mL IM, 3 dosis (0,2,6 meses)	Cada 10 años.
Hepatitis B	40 µg/2mL IM, 3 dosis (0,1,2 meses)	Se deberá solicitar dosaje de anti-HBsAg a los 30 días luego de culminada la vacunación. Si anti-HBsAg es < 10 UI, aplicar una dosis adicional.
Influenza Estacional (vacuna inactiva)	0.5 mL IM	Anualmente.

- En los pacientes cuyo recuento de linfocitos CD4 sea ≤ 200 células/ μ L, están contraindicadas las vacunas que contengan agentes vivos atenuados, tales como la vacuna contra la fiebre amarilla, la vacuna contra sarampión y la vacuna contra varicela.

6.2. DE LA RECUPERACIÓN

6.2.1. Del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA)

- Toda persona con diagnóstico de infección por VIH será evaluada por el equipo multidisciplinario previo a su ingreso al TARGA.
- El ingreso al TARGA es voluntario, y se realiza previo consentimiento informado. Este proceso consiste en la explicación detallada de los riesgos y beneficios del tratamiento, así como de los derechos y obligaciones como paciente. Debe documentarse a través de la Hoja de Consentimiento Informado (Anexo 14), la cual será firmada por el médico tratante y el paciente. En casos de pacientes con signos aparentes de alguna incapacidad prevista en los artículos 43 y 44 del Código Civil, en tanto no se designe a su curador, el consentimiento podrá ser firmado en forma excluyente y en el siguiente orden: a) El o la cónyuge o concubina, con reconocimiento judicial o Notarial de Unión de Hecho; b) Padres; c) Descendientes mayores de edad, prefiriéndose del más próximo al más remoto y en igualdad de grado al más idóneo; d) Hermanos.
- Todo paciente con criterio de inicio de TARGA debe contar con la hoja de evaluación clínica para ingreso al TARGA, Hoja I (Anexo 15).

- Se iniciará TARGA en las personas que cumplan con alguno de los siguientes criterios:
- Toda persona con infección por el VIH que presente síntomas relacionados a inmunosupresión (estadios clínicos 2, 3 y 4 de la clasificación de la OMS 2007, Anexo 2).
- Toda persona con infección por el VIH que presente un recuento de linfocitos T CD4 ≤ 500 células/ μ L, independientemente de la presencia de síntomas.
- Toda persona con infección por el VIH, independientemente de la presencia de síntomas y del recuento de linfocitos T CD4, que presente alguna de las siguientes condiciones:
 - Nefropatía relacionada al VIH.
 - Deterioro neuro-cognitivo asociado a VIH.
 - Neoplasias no relacionadas al VIH que necesiten quimioterapia o radioterapia.
 - Coinfección con hepatitis B crónica que requiera tratamiento.
 - Coinfección hepatitis C crónica que requiera tratamiento.
 - Enfermedades autoinmunitarias relacionadas a VIH.
 - Gestación.
- Toda persona con infección aguda por el VIH, que presente síntomas.
- En una pareja serodiscordante estable, para disminuir el riesgo de transmisión sexual, se deberá iniciar el TARGA al miembro de la pareja con infección VIH, independientemente de sus síntomas o su recuento de linfocitos CD4.
- Otros casos que necesiten tratamiento antirretroviral, de acuerdo al criterio del médico tratante, previa consulta y aprobación del Comité de Expertos en Atención Integral del Adulto con Infección por VIH mediante comunicación por correo electrónico.
- Previo al inicio de TARGA todos los pacientes deberán contar con las siguientes evaluaciones básicas, con una antigüedad no mayor a tres meses.
 - Evaluación por el equipo multidisciplinario: evaluación médica, entrevista de enfermería, informe social e informe psicológico.
 - Recuento de linfocitos T CD4.
 - Carga viral.
 - Pruebas de laboratorio básicas: Hemograma completo, transaminasa

glutámico pirúvica (TGP), glucosa en ayunas, creatinina sérica, examen de orina, perfil lipídico y test de embarazo en mujeres en edad fértil.

- Detección de enteroparásitos: examen seriado de heces para descartar coccidias y otros parásitos intestinales.
- Detección de otras ITS: antígeno de superficie y anticuerpo core para virus de la hepatitis B, anticuerpos para virus de la hepatitis C y pruebas para el diagnóstico de sífilis (RPR, VDRL o pruebas rápidas).
- Radiografía de tórax.
- Dos baciloscopías en esputo para descarte de TB pulmonar.
- Los esquemas de tratamiento antirretroviral para pacientes nuevos, están basados en la combinación de dos medicamentos inhibidores nucleósidos/nucleótidos de la transcriptasa reversa (INTR) más un medicamento inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa (INNTR).
- Los esquemas de tratamiento antirretroviral de elección y alternativos son:

TABLA 3: Esquemas de tratamiento antirretroviral en adultos con infección por VIH

Esquema de elección	Dosificación	Observaciones
Tenofovir / Emtricitabina / Efavirenz (TDF/FTC/EFV)	1 tableta de Tenofovir 300 mg / Emtricitabina 200 mg / Efavirenz 600 mg, en dosis fija combinada (DFC), cada 24 horas (al acostarse).	
Esquemas alternativos	Dosificación	Observaciones
Tenofovir / Emtricitabina + Efavirenz (TDF/FTC+EFV)	1 tableta de Tenofovir 300 mg / Emtricitabina 200 mg (DFC), MAS 1 tableta de Efavirenz 600 mg juntas cada 24 horas (al acostarse)	Se utilizará este esquema, cuando no se cuente con la presentación en dosis fija combinada
Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz (TDF+3TC+EFV)	1 tableta de Tenofovir 300 mg MAS 2 tabletas de Lamivudina 150 mg MAS 1 tableta de Efavirenz 600 mg juntas cada 24 horas (al acostarse).	Se utilizará este esquema, cuando no se cuente con la presentación en dosis fija combinada.

Esquema de elección	Dosificación	Observaciones
Abacavir / Lamivudina + Efavirenz (ABC/3TC+EFV)	1 tableta de Abacavir 600 mg / Lamivudina 300 mg (DFC) cada 24 horas MAS 1 tableta de Efavirenz 600 mg cada 24 horas (al acostarse).	Solamente en pacientes con CV < 100 000 copias/mL, con examen de HLAB*5701 negativo y que tengan contraindicación para el uso del esquema de elección.
Abacavir + Lamivudina + Efavirenz (ABC+3TC+EFV)	1 tableta de Abacavir 300 mg cada 12 horas MAS 1 tableta de Lamivudina 150 mg cada 12 horas MAS 1 tableta de Efavirenz 600 mg cada 24 horas (al acostarse).	Solamente en pacientes con CV < 100 000 copias/mL, con examen de HLAB*5701 negativo, que tengan contraindicación para el uso del esquema de elección y en ausencia de dosis fija combinada ABC/3TC.
Zidovudina / Lamivudina + Efavirenz (AZT/3TC+EFV)	1 tableta de Zidovudina 300 mg / Lamivudina 150 mg (DFC) cada 12 horas MAS 1 tableta de Efavirenz 600 mg cada 24 horas (al acostarse).	Para pacientes que tienen alguna contraindicación para el uso de Tenofovir o Abacavir.

- Si el uso de los INNTR está contraindicado, o se presentan eventos adversos severos relacionados a su uso, serán reemplazados por un inhibidor de la proteasa (Lopinavir 200 mg / ritonavir 50 mg (DFC) 2 tabletas cada 12 horas, o Atazanavir 300 mg / ritonavir 100mg (DFC) 1 tableta cada 24 horas, ó 1 tableta de Atazanavir 300 mg más 1 tableta de Ritonavir 100 mg cada 24 horas).
- El esquema Zidovudina/Lamivudina/Nevirapina (AZT/3TC/NVP) (DFC) como esquema de inicio será utilizado solamente en casos en los que los esquemas alternativos tengan contraindicación para su uso.
- No se deberá iniciar esquemas de tratamiento que incluyan Estavudina (d4T) o Didanosina (ddI). En pacientes que vienen recibiendo dichos medicamentos se deberá cambiar a medicamentos y esquemas indicados en la presente norma técnica de manera progresiva.
- Otros medicamentos requeridos para esquemas de primera línea deberán ser evaluados y autorizados por el Comité de Expertos.

- En pacientes antes tratados o que abandonaron el TARGA, se deberá reiniciar el último esquema TARGA que el paciente estuvo recibiendo y realizar un control virológico al tercer mes de tratamiento. De no obtener supresión virológica se deberá realizar la prueba de genotipificación correspondiente.
- En pacientes con falla virológica, los medicamentos disponibles como parte del esquema de rescate son Atazanavir, Lopinavir, Darunavir, Raltegravir, Etravirina y Maraviroc, los cuales se elegirán de acuerdo al resultado de la prueba de genotipificación para VIH.
- Para el uso de medicamentos como Darunavir, Raltegravir, Etravirina y Maraviroc, se requiere la autorización del Comité de Expertos en Atención Integral del adulto con Infección por VIH.
- Cuando se considere el uso de Abacavir se deberá contar previamente con un resultado de la prueba de HLA *5701 negativo, la cual se solicitará al INS.
- Para el uso de Maraviroc se deberá contar previamente con una prueba de tropismo que indique la presencia del co-receptor CCR5, la cual se solicitará al INS.

6.2.1. Del monitoreo del paciente con VIH en TARGA

- Luego del inicio del TARGA el paciente será evaluado por el médico del Equipo Multidisciplinario cada dos semanas en el primer mes, luego cada mes durante el primer año y cada dos meses a partir del segundo año. Esta frecuencia de controles puede variar según la evolución clínica y la adherencia del paciente.
- En cada una de las evaluaciones se realizará la correspondiente entrega de antirretrovirales, otros medicamentos y condones, la cual se controlará mediante la tarjeta de control de asistencia y administración de TARGA y profilaxis (Anexo 16).
- Una vez iniciado el tratamiento, se controlará la carga viral al tercer mes, al sexto mes y posteriormente el control será cada seis meses.
- La monitorización del recuento de linfocitos T CD4 se realizará cada seis meses.
- La periodicidad de las evaluaciones y exámenes auxiliares se realizará según lo descrito en el Anexo 4 de la presente NTS.
- Se considerará falla virológica cuando se presente una de las siguientes condiciones:
 - No se logra suprimir los niveles plasmáticos de CV a menos de 40 copias/mL (indetectable) a los seis meses de iniciado el TARGA (resistencia transmitida).

- Los niveles plasmáticos de CV, que han estado previamente indetectables, presenten valores mayores de 40 copias/mL en dos mediciones efectuadas con un intervalo de cuatro semanas (resistencia adquirida).
- Ante una situación de falla virológica al tratamiento, y cuando se tengan CV mayores de 1000 copias/mL, se solicitará la prueba de genotipificación para determinar la conducta terapéutica a seguir, según flujograma (Anexo 17).
- Las solicitudes de genotipificación del VIH se realizarán llenando el formato electrónico para la prueba de genotipificación, disponible en la página web del INS (<https://www.netlab.ins.gob.pe>), por parte del médico tratante. Como requisito para dicha solicitud, el paciente deberá cumplir con la definición de falla virológica al TARGA y contar con dos resultados de carga viral detectables, siendo el último de ellos necesariamente mayor de 1000 copias/mL.
- Una vez obtenido el resultado de la prueba de genotipificación, el médico tratante enviará el Expediente Técnico para consultas y cambio de esquemas de tratamiento antirretroviral (Anexo 18) al Comité de Expertos mediante comunicación por correo electrónico para su evaluación respectiva.
- El nuevo esquema de tratamiento definido según genotipificación por el Comité de Expertos en Atención Integral del Adulto con Infección por VIH deberá tener por lo menos dos drogas plenamente activas.

6.2.3. De la adherencia al TARGA

- Para favorecer la adherencia al TARGA se debe tener en consideración lo siguiente:
 - El equipo multidisciplinario evaluará la adherencia cada vez que el paciente acuda al establecimiento de salud, para lo cual utilizará el formato descrito en el Anexo 8.
 - El equipo multidisciplinario identificará los pacientes con factores de riesgo para una mala adherencia para realizar un trabajo preventivo a través de consejería de soporte y evaluación psicológica.
 - Las líneas de acción de la adherencia al TARGA son la consejería, educación para el tratamiento y participación social.
 - La intervención de los consejeros debe ser permanente en la educación del paciente y la familia.

6.2.4. De los procedimientos para la notificación de las Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM)

- Antes de iniciar el TARGA, el médico tratante debe explicar al paciente las posibles reacciones adversas a los medicamentos que tomará con el fin de que este pueda participar en el reconocimiento precoz de los mismos y su manejo.
- Todos los profesionales de salud integrantes del equipo multidisciplinario están obligados a reportar todas las sospechas de reacción adversa, tanto de antirretrovirales como de cualquier otra medicación que el paciente con VIH esté tomando, además de los IADM, siguiendo el flujograma presentado en el Anexo 6. Las notificaciones se envían como informe al órgano competente en materia de farmacovigilancia y tecnovigilancia correspondiente a su ámbito asistencial mediante el formato autorizado (Anexos 5 y 12).
- La notificación de las reacciones adversas e incidentes adversos graves o inesperados deben ser notificados dentro de las 24 horas de conocido el evento y si es leve o moderado en un plazo no mayor de 72 horas (Anexo 6).
- El Comité de Farmacovigilancia del establecimiento debe proporcionar asesoría y orientación sobre la evaluación de causalidad y otros asuntos técnicos.
- En caso de una reacción adversa grave se debe alcanzar el Informe de Investigación de Sospecha de Reacción Adversa Grave (Anexo 12).

6.2.5. Del manejo de las Infecciones Oportunistas

- El enfoque diagnóstico y terapéutico de las principales infecciones oportunistas en los pacientes con infección por el VIH deberá realizarse de acuerdo a lo descrito en el Anexo 19 de la presente norma técnica.

6.2.7. De la co-infección con tuberculosis (TB)

- A toda persona con infección por el VIH debe descartarse tuberculosis pulmonar activa mediante evaluación médica y exámenes auxiliares, que debe incluir por lo menos: radiografía de pulmones, dos baciloscopías, prueba de tuberculina (PPD) y si presenta síntomas respiratorios compatibles con TB o se detecta lesión en placa de pulmones: cultivo en medio líquido (MODS o sistema BACTEC) y prueba molecular de diagnóstico de TB (PCR en tiempo real automatizado).
- El estudio de TB extrapulmonar debe ser indicado por el médico tratante de acuerdo a su sospecha clínica.
- Si se descarta tuberculosis activa el paciente debe recibir terapia preventiva con isoniácida o esquemas alternativos, como se dispone en el numeral 6.2.1, independiente de su CD₄, y el antecedente de haber padecido tuberculosis.

- El manejo integral del paciente VIH coinfectado con TB se realizará en conjunto entre la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ES PCT) y la ES PC ITS VIH/SIDA.
- Para el tratamiento de la tuberculosis en el paciente con VIH y tuberculosis activa se debe tener en cuenta las siguientes disposiciones:
- A todo paciente con TB pulmonar o extrapulmonar y coinfección con VIH se debe realizar una prueba de cultivo convencional y pruebas de sensibilidad rápida a isoniácida y rifampicina, teniendo en consideración lo siguiente:
 - a. Si el frotis de esputo inicial es positivo de una o más cruces debe hacerse la prueba de molecular de sondas de ADN.
 - b. Si el frotis de esputo inicial es negativo debe hacerse la prueba rápida MODS, de no disponer de la prueba MODS, en el cultivo de esputo positivo debe hacerse la prueba molecular de sondas de ADN.
 - c. Para los casos de TB extrapulmonar debe procederse a cultivo y, en los que resulten positivos, debe hacerse la prueba molecular de sondas de ADN.
 - d. Todo paciente con TB y VIH que tenga un resultado de prueba de sensibilidad rápida resistente a isoniácida o rifampicina debe contar con una prueba convencional a todos los medicamentos de primera y segunda línea por el Instituto Nacional de Salud.
- En todos los casos nuevos y sin otros factores de riesgo de TB resistente iniciará tratamiento con el esquema para TB sensible: Dos meses diarios (de lunes a sábado) de isoniácida, rifampicina, etambutol y pirazinamida (primera fase), seguidos de 7 meses diarios de isoniácida y rifampicina a la misma dosis que en la primera fase, haciendo un total de 9 meses de tratamiento.
- En los casos de TB extrapulmonar que comprometa el sistema nervioso central o el sistema osteoarticular, la segunda fase se deberá ampliar a 10 meses, haciendo un total de 12 meses de tratamiento.
- Si el médico tratante de VIH solicita evaluación y modificación del esquema de tratamiento antituberculosis, presentará el expediente al respectivo Comité Regional Evaluación de Retratamientos (CRER) quienes deberán resolver la consulta o en su defecto derivarlos al Comité Nacional de Evaluación de Retratamientos (CNER) de la ESN PCT, según lo dispuesto en la NTS de Atención Integral de personas afectadas con TB vigente.
- Para los casos de coinfección TB resistente a medicamentos y VIH se seguirán los procesos de atención integral dispuestos en la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Personas Afectadas por TB.

- Para el tratamiento del VIH en pacientes con coinfección TB y VIH se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:
 - Si el paciente ya recibe TARGA antes del diagnóstico de TB, debe continuar con el TARGA.
 - La modificación del esquema TARGA o del esquema anti-TB, por interacción de los medicamentos, deberá ser dispuesto por el médico del equipo multidisciplinario de la ES PC ITS VIH/SIDA en coordinación con el médico de la ES PCTB en el tercer nivel de atención.
 - En los pacientes con coinfección TB/VIH que iniciaron tratamiento antituberculosis y tienen un recuento de CD₄ menor de 50 células/μL, el TARGA se debe iniciar dentro de las primeras dos semanas de iniciado el tratamiento antituberculosis.
 - En los pacientes con coinfección TB/VIH que iniciaron tratamiento antituberculosis y tienen un recuento de CD₄ mayor de 50 células/μL, el TARGA se debe iniciar dentro de las primeras ocho semanas de iniciado el tratamiento antituberculosis.
- El esquema de antirretrovirales para paciente coinfectado con TB, será el mismo esquema de elección que utilizan los pacientes con infección por VIH sin TB (TDF/FTC/EFV).
- En caso de contraindicación para el uso del esquema de elección, el caso debe ser evaluado por el Comité de Expertos en Atención Integral del Adulto con Infección por VIH.
- En los pacientes con coinfección TB/VIH se realizará control mensual por el equipo multidisciplinario de la ES PC ITS VIH/SIDA.
- Se realizarán reuniones de coordinación entre los representantes de los comités de expertos de ambas estrategias (ES PCT y la ES PC ITS VIH/SIDA), para el análisis de la información de los casos.
- En los pacientes con coinfección TB/VIH que inician tratamiento antirretroviral es importante considerar el síndrome de reconstitución inmune, ante lo cual es necesario referir al paciente a un establecimiento que cuente con un equipo multidisciplinario ampliado para evaluación y manejo especializados.

6.2.7. De la coinfección con virus de la Hepatitis B (VHB)

- Antes de iniciar el tratamiento antirretroviral, todos los pacientes reactivos al antígeno de superficie para VHB deben contar con el estudio serológico completo para hepatitis B y determinación del DNA viral del VHB que determine el nivel de replicación viral.

- Los esquemas propuestos para el tratamiento de la coinfección VIH y VHB deben incluir regímenes que contengan necesariamente Tenofovir (TDF) y Lamivudina (3TC) o Tenofovir y Emtricitabina (FTC), por su acción tanto frente a VIH como frente al VHB.
- El esquema de antirretrovirales para el tratamiento de la coinfección VIH-VHB será el mismo esquema de elección que utilizan los pacientes con infección por VIH sin co-infección con VHB (TDF/FTC/EFV).
- Si el uso de los INNTR está contraindicado o se presentan eventos adversos clínicamente significativos relacionados a su uso, éstos serán reemplazados por un inhibidor de la proteasa (Lopinavir 200 mg / ritonavir 50 mg (DFC) 2 tabletas cada 12 horas, o Atazanavir 300 mg / ritonavir 100mg (DFC) 1 tableta cada 24 horas, ó 1 tableta de Atazanavir 300 mg más 1 tableta de Ritonavir 100 mg cada 24 horas).

6.3. DE LAS PERSONAS CON EXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL AL VIH

- 6.3.1 La exposición no ocupacional incluye casos de violencia sexual y exposición sexual de alto riesgo (sexo sin preservativo, sexo con trabajadores/as sexuales).
- 6.3.2 En todo caso de violencia sexual, la víctima debe recibir previamente atención médico legal y por el médico ginecólogo.
- 6.3.3 En todo caso de violencia sexual se debe considerar al caso fuente como de alto riesgo de tener infección por VIH.
- 6.3.4 En estos casos se debe ofrecer las siguientes pruebas de laboratorio para establecer ausencia de condiciones pre-existentes: serología para sífilis, hepatitis B, hepatitis C y VIH; prueba de embarazo; cultivo de muestra de secreción cervical para gonococo.
- 6.3.5 Se debe ofrecer anticoncepción de emergencia, de acuerdo a la norma técnica de salud correspondiente.
- 6.3.6 Se debe ofrecer protección contra ITS: En mayores de 17 años administrar: Ciprofloxacino 500 mg VO dosis única + Azitromicina 2 g VO dosis única + Penicilina benzatínica 2.4 millones de UI IM en dosis única. En gestantes y menores de 17 años se debe reemplazar ciprofloxacino por ceftriaxona 250 mg IM, en dosis única.
- 6.3.7 Se debe ofrecer profilaxis para infección por virus de la hepatitis B, administrando una dosis IM de vacuna en el deltoides y completar el esquema posteriormente (1 y 6 meses). Asimismo se debe administrar una dosis única IM de inmunoglobulina humana contra la hepatitis B, 0.6 mL por Kg de peso, de preferencia dentro de las primeras 48 horas de ocurrida la agresión sexual. En casos de pacientes que refieran tener las tres dosis de la vacuna contra el virus de la hepatitis B se aplicará una dosis de refuerzo.

6.3.8 Se debe ofrecer profilaxis post exposición (PPE) para VIH lo antes posible y dentro de las 72 horas post exposición, utilizando los siguientes esquemas de antirretrovirales:

TABLA 4: Profilaxis post-exposición en la exposición no ocupacional al VIH

Esquema de Elección	Dosificación	Observaciones
Tenofovir 300mg / Emtricitabina 300 mg + Lopinavir 200 mg / ritonavir 50 mg (TDF/FTC+LPV/r)	1 tableta de Tenofovir 300 mg / Emtricitabina 300mg (DFC) cada 24 horas MAS 2 tabletas de Lopinavir 200 mg / ritonavir 50 mg (DFC) cada 12 horas por un periodo de 4 semanas.	
Esquema Alternativo	Dosificación	Observaciones
Tenofovir 300 mg + Lamivudina 150 mg + Lopinavir 200 mg / ritonavir 50 mg (TDF+3TC+LPV/r)	1 tableta de Tenofovir 300 mg cada 24 horas MAS 1 tableta de Lamivudina 150 mg cada 12 horas MAS 2 tabletas de Lopinavir 200 mg / ritonavir 50 mg (DFC) cada 12 horas por un periodo de 4 semanas.	Se utilizará este esquema, cuando no se cuente con la presentación en dosis fija combinada.

- 6.3.9 Para el seguimiento de las personas expuestas se debe realizar pruebas de tamizaje para VIH a las 6 semanas, a los 3 meses y a los 6 meses post exposición), tamizaje para Hepatitis B (antígeno de superficie para virus de la hepatitis B y anticuerpos contra hepatitis C a los 3 meses post exposición) y tamizaje para sífilis (RPR o VDRL) a las 6 semanas post exposición.
- 6.3.10 En casos de exposición no ocupacional al VIH, sin reporte de violencia sexual, la atención debe brindarse de la misma forma que la exposición con violencia.

6.4. DE LAS PERSONAS CON EXPOSICIÓN OCUPACIONAL AL VIH

- 6.4.1. Cuando exista una posibilidad de exposición ocupacional al VIH en los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, el personal deberá recibir educación e información sobre los modos de transmisión y las medidas para evitar la exposición y la infección.
- 6.4.2. En los casos de exposición ocupacional al VIH, el personal responsable deberá registrar y notificar el caso mediante el Sistema Informático de Accidentes de Trabajo, Incidentes Peligrosos y Enfermedades Ocupacionales. Este aplicativo electrónico

está a disposición de los usuarios de los establecimientos de salud en el portal institucional del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo de acuerdo a normatividad vigente de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- 6.4.3. El establecimiento de salud o servicio médico de apoyo deberá adoptar las siguientes medidas para la prevención de la exposición ocupacional al VIH y otros agentes infecciosos:
- Precauciones universales, precauciones estándar y procedimientos de trabajo.
 - Vacunación mínimamente para tétanos, difteria y hepatitis B.
 - Uso de dispositivos de bioseguridad, agujas seguras y contenedores para residuos punzocortantes.
 - Gestión de residuos bio-contaminados.
- 6.4.4. Cuando ocurre accidente ocupacional con exposición a sangre o fluidos corporales en lesiones percutáneas o en piel no intacta, el personal de salud expuesto debe lavarse con agua y jabón sin restregar el sitio de exposición, permitiendo fluir la sangre libremente durante 2 a 3 minutos.
- 6.4.5. En todo caso de accidente ocupacional se le debe realizar al personal de salud expuesto una prueba de tamizaje para VIH basal. Posteriormente se realizarán serologías para VIH a las 6 semanas, a los 3 meses y a los 6 meses post exposición.
- 6.4.6. En todo caso de potencial exposición ocupacional al VIH se deberá identificar al caso fuente y verificar su estado serológico para VIH para indicar la profilaxis post-exposición (Tabla 5).
- 6.4.7. Si el caso fuente no cuenta con serología para VIH se deberá realizar una prueba rápida para VIH. Si la serología para VIH del caso fuente es desconocida (ya sea porque no se pueda ubicar al paciente, fallecimiento del caso o el accidente ocurrió con un dispositivo de procedencia desconocida) se deberá evaluar la severidad del accidente ocupacional para la indicación de profilaxis post exposición (Tabla 5).
- 6.4.8. Se considerará accidente ocupacional severo:
- Lesión producida por aguja hueca
 - Herida profunda
 - Sangre visible en el dispositivo
 - Aguja utilizada en arteria o vena del caso fuente
 - Salpicadura de gran volumen de líquidos (LCR, líquido sinovial, líquido pleural, líquido peritoneal, líquido pericárdico o líquido amniótico) o sangre que entren en contacto con las mucosas o piel no intacta.
- 6.4.9. La profilaxis post exposición (PPE) para VIH se debe iniciar lo antes posible y dentro de las 72 horas post exposición.

6.4.10. Las indicaciones de profilaxis post exposición se resumen en la siguiente tabla.

TABLA 5: Profilaxis post-exposición en la exposición ocupacional al VIH

Caso fuente	Esquema de profilaxis post exposición	Dosificación
VIH positivo	TDF+3TC+LPV/r	1 tableta de Tenofovir 300 mg cada 24 horas MAS 1 tableta de Lamivudina 150 mg cada 12 horas MAS 2 tabletas de Lopinavir 200 mg / ritonavir 50 mg (DFC) cada 12 horas por un periodo de 4 semanas
	TDF/FTC+LPV/r	1 tableta de Tenofovir 300 mg / Emtricitabina 300mg (DFC) cada 24 horas MAS 2 tabletas de Lopinavir 200 mg / ritonavir 50 mg (DFC) cada 12 horas por un periodo de 4 semanas
Serología desconocida*	TDF+3TC	1 tableta de Tenofovir 300 mg cada 24 horas MAS 1 tableta de Lamivudina 150 mg cada 12 horas por un periodo de 4 semanas
	TDF/FTC	1 tableta de Tenofovir 300 mg / Emtricitabina 300mg (DFC) cada 24 horas por un periodo de 4 semanas
VIH negativo	No indicar profilaxis post-exposición	

*Indicar profilaxis solo si:
Accidente ocupacional severo o
El caso fuente tiene factores de riesgo para VIH
El accidente ocupacional ocurrió en un servicio donde se atienden pacientes con infección por VIH

6.5. DEL REGISTRO Y NOTIFICACIÓN

- 6.5.1. La infección por el VIH y los casos de SIDA son objeto de notificación obligatoria. El personal de salud responsable de la atención del paciente será el encargado de la notificación de los casos y el llenado de la ficha en coordinación con el responsable de la ES ITS VIH/SIDA, quien a su vez coordinará con el responsable de la Dirección de Epidemiología correspondiente, o quien haga sus veces,, el flujo de esta información se hará a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA. La ficha de notificación es la indicada por la Dirección General de Epidemiología.
- 6.5.2. Los resultados de las pruebas de ELISA para VIH, de las pruebas confirmatorias (IFI, Western Blot), de las pruebas de monitoreo: recuento de CD4 y CV, de genotipificación, estudio de HLA B*5701 y Prueba de Tropismo para el VIH que emita

el INS, deberán ser registrados en el sistema NETLAB de acuerdo a los procedimientos vigentes determinados por el INS.

- 6.5.3. El responsable de la atención de la ES PC ITS VIH/SIDA en cada establecimiento de salud contará con código de usuario y clave de acceso al NETLAB para obtener información de los resultados de sus pacientes. El acceso a estos resultados por el personal de salud de los establecimientos se sujetará a las medidas de seguridad dispuestas por el INS en coordinación con la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS VIH/SIDA (ESNPC ITS VIH/SIDA).
- 6.5.4. Los formatos de registro de información de la ES PC ITS VIH/SIDA serán consolidados en un expediente que deberá ser manejado por la enfermera del Equipo Multidisciplinario, quien se encargará de proteger la confidencialidad de los mismos.
- 6.5.5. El expediente que contiene los formatos de registro de la información no reemplazará a la historia clínica, que es el único documento médico y legal donde se registra la atención del paciente.
- 6.5.6. El establecimiento de salud a través del responsable de la ES PC ITS VIH/SIDA debe remitir mensualmente el consolidado del monitoreo de casos de pacientes con VIH en TARGA que se atienden en el establecimiento de salud según el formato establecido para tal fin.
- 6.5.7. El establecimientos de salud, a través de su responsable de farmacia y en coordinación con el responsable de la ES PC ITS VIH/SIDA, deben remitir mensualmente a la Dirección de Medicamentos de la DIRESA/GERESA, o quien haga sus veces, el consumo de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios usados en la atención de los pacientes con VIH, a través del informe de consumo integrado, el mismo que debe guardar relación con los casos atendidos durante el mes.
- 6.5.8. El establecimiento de salud a través de su responsable de farmacia y en coordinación con el responsable de la ES PC ITS VIH/SIDA, debe remitir a la Dirección de Medicamentos de la DIRESA/GERESA o quien haga sus veces, todos los reportes de RAM e IADM registrados.
- 6.5.9. Respecto a la notificación de accidentes laborales, todo personal de salud que tuviera un accidente laboral con probable exposición al VIH, debe informar al jefe inmediato y ser derivado con la ficha completa de notificación del caso al responsable de la Dirección de Epidemiología, o quien haga sus veces, y al responsable de la ES PC ITS VIH/SIDA, para su notificación y manejo inmediato. Una copia de la ficha será incluida en la Historia Clínica. El accidente debe ser reportado por el médico responsable de la atención utilizando un formulario establecido por la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA), con copia a la Oficina de Personal.

6.6. DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- 6.6.1. Todo establecimiento de salud identificará las necesidades de referencia de un paciente con resultados de pruebas de tamizaje reactivos, con diagnóstico confirmado de VIH o con un cuadro clínico compatible a infección por VIH.
- 6.6.2. La referencia de una paciente a otro establecimiento de salud deben ser realizadas mediante el formato de derivación indicado en el Anexo 20.
- 6.6.3. Todo establecimiento de salud monitoreará la llegada del paciente al establecimiento de destino. En el documento de referencia se adjuntará el resultado de la prueba rápida, prueba de ELISA para VIH del establecimiento de salud y la prueba confirmatoria (si hubieran estos resultados). Todo el proceso de referencia se realizará según la NTS N° 018- MINS/DGSP- V.01. "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud".

6.7. DE LA PROMOCIÓN

- 6.7.1. El personal de salud deberá de promocionar, a través de las actividades rutinarias de su ámbito de trabajo, prácticas saludables en salud sexual y reproductiva y promocionar el tamizaje para VIH voluntario.
- 6.7.2. La Dirección General de Promoción de la Salud a través de sus Direcciones Ejecutivas promoverá dentro de sus funciones la difusión de prácticas saludables en salud sexual y reproductiva así como de información sobre infecciones de transmisión sexual a la población general.
- 6.7.3. Las organizaciones de base comunitaria y los grupos organizados de afectados por VIH promoverán la difusión de prácticas de autocuidado a la población afectada por el VIH. Además deberán fortalecer la información sobre los deberes y derechos ciudadanos que los asisten para minimizar el impacto de los efectos de la epidemia en su calidad de vida, pudiendo gestionar alianzas estratégicas con el Ministerio de Salud.
- 6.7.4. Los mensajes que se impartan, a través de los medios de comunicación disponible, deberán tener contenidos concretos, de fácil entendimiento para su aplicación práctica y con enfoque de comunicación intercultural, y estarán referidos a la manera de prevenir la infección del VIH, el acceso al diagnóstico, evitar el estigma y la discriminación, el acceso oportuno al tratamiento antirretroviral y saber a dónde acudir en caso se necesite atención médica.
- 6.7.5. Los familiares de las personas afectadas por el VIH, realizarán el soporte emocional, afectivo y social necesario para una adecuada repuesta del equipo multidisciplinario.

6.8. DE LAS INSTANCIAS INVOLUCRADAS

6.8.1. Dirección General de Salud de las Personas a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS VIH/SIDA

Le corresponde:

- Definir los criterios de estimación de casos para la atención de las personas viviendo con VIH/SIDA.
- Definir los criterios de estimación de los productos farmacéuticos usados en la atención de las personas viviendo con VIH/SIDA.
- Definir el listado de productos farmacéuticos estratégicos y de soporte necesarios para la atención de la ESN PC ITS VIH/SIDA en coordinación con la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID).
- Brindar la asistencia técnica a los Establecimientos de Salud a cargo del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las DISAS/DIRESAS/GERESAS o las que hagan sus veces durante el proceso de programación de casos para la atención de pacientes en TARGA y enfermedades oportunistas.
- Realizar la investigación operacional para el seguimiento y monitoreo de las intervenciones sanitarias en el ámbito nacional, regional y local.
- Monitorear y evaluar en forma periódica los resultados de la información operacional para el mejoramiento de las intervenciones sanitarias.
- Difundir y realizar el seguimiento para el cumplimiento de la presente norma a nivel nacional.

6.8.2. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID) a través de la Dirección de Acceso y Uso de Medicamentos

Le corresponde

- Normar, conducir, monitorear, vigilar, supervisar y evaluar a nivel nacional el sistema de suministro de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, los mismos que incluyen medicamentos e insumos relacionados a la atención de las PVVS.
- Desarrollar acciones para la prevención, detección, registro, notificación, evaluación, verificación e información de los eventos adversos relacionados y ocasionados por los productos farmacéuticos y dispositivos médicos que se usan en la atención integral del adulto con infección por VIH.
- Evaluar la causalidad, frecuencia de aparición y gravedad de los RAM e IADM a fin de contribuir al uso seguro y racional de los mismos.

- Promover las buenas prácticas de prescripción, dispensación de medicamentos y farmacovigilancia contemplados en la presente Norma.
- Normar, promover, monitorear, vigilar y evaluar la atención farmacéutica y el uso racional de medicamentos.

6.8.3. Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (DARES)

Le corresponde

- Coordinar, supervisar y consolidar la estimación de necesidades, de requerimientos de compras y distribución, y programar el abastecimiento de los medicamentos antirretrovirales en coordinación con los órganos del Ministerio de Salud, los Establecimientos de Salud a cargo del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las DISAS/DIRESAS/GERESAS y otras entidades o establecimientos de salud que integren la red asistencial de salud pública a nivel nacional.
- Efectuar los procesos de adquisición de medicamentos antirretrovirales, de acuerdo a la programación y requerimientos, en concordancia al marco legal vigente y con la oportunidad, calidad y precios adecuados.
- Recibir, almacenar, custodiar y distribuir los medicamentos antirretrovirales aplicando las buenas prácticas correspondientes.
- Efectuar el seguimiento del abastecimiento de medicamentos antirretrovirales, así como de la redistribución de los mismos, informando sobre su cumplimiento a las instancias correspondientes.
- Administrar los recursos asignados en el marco de la normatividad del proceso presupuestario o por encargo de otras entidades públicas vinculadas al Sector Salud.
- Evaluar la programación, adquisición, almacenamiento y distribución de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de suministro centralizado para prevenir el desabastecimiento o sobre stocks, así como disponer oportunamente las transferencias o canjes.

6.8.4. Instituto Nacional de Salud (INS) y redes de laboratorios del MINSA

Le corresponde

- Coordinar, organizar y asistir técnicamente a la red de laboratorios de los Establecimientos de Salud a cargo del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las DISAS/DIRESAS/GERESAS o las que haga sus veces, hospitales e institutos especializados, para una gestión adecuada de los insumos, recursos humanos, infraestructura, transporte para la toma y procesamiento de

muestras para las pruebas confirmatorias, pruebas de monitoreo (CD4 y CV), genotipificación y otras requeridas en la atención integral de pacientes con VIH.

- Realizar las pruebas confirmatorias para VIH, de monitoreo de CD4, de Carga viral, la prueba de genotipificación, la Prueba de Tropismo y la prueba de HLA B *5701 para los casos autorizados por el Comité de Expertos, según corresponda.

6.8.5. Instituto de Gestión de Servicios de Salud y Direcciones de Salud / Direcciones Regionales de Salud

Les corresponde:

- El Instituto de Gestión de Servicios de Salud y la DISA/DIRESA/GERESA a través de los responsables de la ES PC ITS VIH/SIDA, quedan encargadas de la definición y ejecución de la meta de pacientes esperados para el periodo de programación establecido.
- El Instituto de Gestión de Servicios de Salud y la DISA/DIRESA/GERESA a través de su Dirección de Medicamentos y Jefes de Farmacia es responsable de la gestión del sistema de suministros, programación y distribución de productos farmacéuticos y afines usados en la atención de la ES PC ITS VIH/SIDA en todos los establecimientos de salud de su jurisdicción.
- El Instituto de Gestión de Servicios de Salud y la DISA/DIRESA/GERESA a través de su Dirección de Medicamentos o quien haga sus veces y Jefes de Farmacia es responsable de garantizar que las notificaciones de sospecha de reacciones adversas a medicamentos y de incidentes adversos a dispositivos médicos usados en la atención de pacientes con infección por VIH, sean remitidas al Centro Nacional de Farmacovigilancia en los plazos establecidos para su respectiva evaluación y categorización.
- La Dirección Ejecutiva de Medicamentos o quien haga sus veces es responsable de tomar medidas que optimicen la disponibilidad de productos farmacéuticos y afines usados en la atención de pacientes adultos con infección por VIH, así como de realizar la atención farmacéutica, farmacovigilancia intensiva en los establecimientos de salud que brinden TARGA y la tecnovigilancia de los dispositivos médicos utilizados en la atención de pacientes adultos con infección por VIH.
- El Instituto de Gestión de Servicios de Salud y la DISA/DIRESA/GERESA a través de los responsables de la ES PC ITS VIH/SIDA, quedan encargadas de la difusión, capacitación, cumplimiento y sostenibilidad de la citada Norma Técnica, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

- El Instituto de Gestión de Servicios de Salud y la DISA/DIRESA/GERESA, deberán implementar estrategias para facilitar el acceso a las pruebas de tamizaje para VIH.
- El Instituto de Gestión de Servicios de Salud y la DISA/DIRESA/GERESA, deberá hacer un análisis de las necesidades de descentralización de la oferta de atención integral con el objetivo de mejorar el acceso de estos servicios a la población de su jurisdicción.

6.8.6. Los Establecimientos de Salud

- El establecimiento de salud a través de los encargados de farmacia y en coordinación con el responsable de la ES PC ITS VIH/SIDA, deben elaborar de manera adecuada y oportuna el requerimiento de los productos farmacéuticos y afines usados en la atención integral de pacientes con infección por VIH y remitirlo a la Red, Instituto de Gestión de Servicios de Salud/DISAs/DIRESAs/GERESAs, o quien haga sus veces en la región, para su atención.
- El establecimiento de salud a través de su responsable de farmacia, es responsable del almacenamiento, dispensación y seguimiento fármaco terapéutico de los productos fármaco terapéuticos y afines usados en la atención integral de pacientes con infección por VIH.
- El establecimiento de salud a través de su Comité de Farmacovigilancia y jefe de farmacia, es responsable de implementar y desarrollar actividades de farmacovigilancia intensiva en pacientes con TARGA.
- El establecimiento de salud a través del encargado de farmacia, es responsable de comunicar al Instituto de Gestión de Servicios de Salud o DISA o DIRESA o GERESA las notificaciones de las sospechas de las reacciones adversas, si estas son graves dentro de las 24 horas de conocido el evento y si son leves y moderadas en un plazo de 72 horas.
- Si los servicios de farmacia o laboratorio del establecimiento no contaran con horario de atención las 24 horas del día, deberá garantizarse un stock básico mínimo de medicamentos, insumos y reactivos de laboratorio (pruebas rápidas de VIH y antirretrovirales) para la prevención de la transmisión vertical del VIH según escenarios y normatividad vigente, para la profilaxis post exposición ocupacional y no ocupacional al VIH, el cual será inventariado y repuesto oportunamente por el responsable de farmacia o laboratorio. Los medicamentos e insumos se dejarán en el servicio de emergencia bajo responsabilidad del jefe de guardia.

- Los establecimientos de salud, deberán implementar estrategias para facilitar el acceso a las pruebas de tamizaje para VIH.
- El establecimiento de salud a través del responsable de laboratorio, y en coordinación con la ES PC ITS VIH/SIDA, son los responsables de la toma y envío de muestras requeridas para la atención de pacientes adultos con infección por VIH al laboratorio referencial o al INS según corresponda.

6.9. DE LOS COMPONENTES

6.9.1. COMPONENTE DE PRESTACIÓN

Los Establecimientos de Salud, públicos y privados, organizarán según la categoría y el nivel de complejidad al que correspondan, las atenciones necesarias para el cumplimiento de la presente Norma Técnica en Salud, en:

- Atenciones de Internamiento.
- Atenciones de Consulta Externa.
- Atenciones Extramurales o Comunitarias.

6.9.2. COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN

Los Establecimientos de Salud, públicos y privados, según la categoría y el nivel de complejidad al que correspondan, para el cumplimiento de la presente Norma Técnica en Salud, deberán prever para las atenciones de internamiento, consulta externa, emergencia y atenciones extramurales, los aspectos necesarios en:

1. Organización de los Servicios para la atención.
2. Recursos Humanos.
3. Instrumentos de Registro de Información.
4. Materiales e Insumos.
5. Equipos e Instrumentos médicos.
6. Productos farmacéuticos y dispositivos médicos.
7. Referencia y Contra referencia.

6.9.3. COMPONENTE DE GESTIÓN

Los Establecimientos de Salud, públicos y privados, según la categoría y el nivel de complejidad al que correspondan, para el cumplimiento de la presente Norma Técnica en Salud, deberán prever las acciones pertinentes en relación a la planificación, organización, dirección y control, que aseguren la prestación de las atenciones necesarias.

Con relación a la información a usarse con fines de control, se considerarán los indicadores descritos en el Anexo 21 de la presente NTS.

6.9.4. COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO

Los establecimientos de salud, públicos y privados, según la categoría a la que correspondan y el nivel de complejidad, para el cumplimiento de la presente Norma Técnica de Salud, deberán prever el financiamiento necesario que asegure la prestación de las atenciones dispuestas.

El Ministerio de Salud dispondrá las acciones necesarias para asegurar el financiamiento de las atenciones de las personas con infección por VIH o con exposición ocupacional y no ocupacional al VIH, de acuerdo a lo dispuesto en la presente Norma Técnica de Salud.

El financiamiento de las intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas con infección por VIH se cubrirá según lo estipulado en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), a través del programa presupuestal 016 TB/VIH del Presupuesto por Resultados (PpR).

El Seguro Integral de Salud garantizará el financiamiento de las atenciones dispuestas en la presente Norma Técnica de Salud, para la población que le corresponde esta modalidad de aseguramiento público en salud.

El Seguro Social de Salud – EsSalud, garantizará el financiamiento de las atenciones dispuestas en la presente Norma Técnica de Salud, para la población que le corresponde asegurar, así como a sus derechohabientes.

Los Seguros Privados de salud, garantizarán el financiamiento de las atenciones dispuestas en la presente Norma Técnica de Salud, para los asegurados, en los planes de cobertura correspondientes.

VII. RESPONSABILIDADES

7.1. NIVEL NACIONAL

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud de las Personas y de la ESN PC ITS VIH/SIDA, es responsable de la difusión de la presente Norma Técnica de Salud hasta el nivel regional, así como de brindar la asistencia técnica para su aplicación, y de supervisar su cumplimiento.

Asimismo, el Ministerio de Salud, a través del Instituto Nacional de Salud, la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, la Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (DARES) y la Dirección General de Epidemiología, es responsable de cumplir lo dispuesto en la presente Norma Técnica de Salud, según corresponda.

7.2. NIVEL REGIONAL

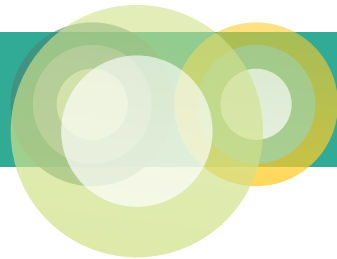
El Jefe del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, los Directores Generales de las Direcciones de Salud, de las Direcciones Regionales de Salud, o la que haga sus veces en el ámbito regional, son responsables de la difusión de la presente Norma Técnica de Salud, así como de su implementación, capacitación, y supervisión, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

7.3. NIVEL LOCAL

Los Directores de los Hospitales e Institutos a nivel nacional, y los directores o jefes de los establecimientos de salud, son responsables de la implementación de la presente Norma Técnica de Salud.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

- 8.1. La implementación de la presente NTS se realizará en forma progresiva teniendo en consideración los recursos y capacidades del sistema de salud en sus diferentes niveles.
- 8.2. La presente NTS deberá ser revisada cada 2 años por la ESN PC ITS VIH/SIDA de acuerdo al avance y evidencia mundial, y fortalecida según fuera el caso.



IX. ANEXOS

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- ANEXO 1 FLUJOGRAMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DE LA INFECCIÓN POR VIH.
- ANEXO 2 CLASIFICACIÓN CLÍNICA E INMUNOLÓGICA DE LA INFECCIÓN POR EL VIH. OMS 2007.
- ANEXO 3 ASPECTOS PRIORIZADOS EN LA ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR VIH.
- ANEXO 4 FRECUENCIA DE CONTROL POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH.
- ANEXO 5 FICHA DE REPORTE DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL.
- ANEXO 6 FLUJOGRAMA DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL.
- ANEXO 7 PROTOCOLO DE ENTREVISTA DE ENFERMERÍA.
- ANEXO 8 CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TARGA.
- ANEXO 9 INFORME PSICOLÓGICO.
- ANEXO 10 ESTUDIO SOCIAL.
- ANEXO 11 FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA.
- ANEXO 12 INFORME DE INVESTIGACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA GRAVE.
- ANEXO 13 PROTOCOLO SUGERIDO DE DESENSIBILIZACIÓN AL TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOL.
- ANEXO 14 HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN EL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIH.
- ANEXO 15 HOJA DE EVALUACIÓN CLÍNICA PARA INGRESO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE PERSONAS CON INFECCIÓN POR VIH.
- ANEXO 16 TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE TARGA Y PROFILAXIS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH.

- ANEXO 17 FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE LA PRUEBA DE GENOTIPIFICACIÓN PARA VIH Y CAMBIO DE ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL.
- ANEXO 18 EXPEDIENTE TÉCNICO PARA CONSULTA Y CAMBIO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.
- ANEXO 19 ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES OPORTUNISTAS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH.
- ANEXO 20 FORMATO DE DERIVACIÓN DE PERSONAS CON INFECCIÓN POR VIH.
- ANEXO 21 INDICADORES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA INFECCIÓN POR EL VIH.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

3TC: Lamivudina.

ABC: Abacavir.

ASP: Agente de soporte personal.

AZT: Zidovudina.

CD4: Linfocitos T con marcador CD4.

CMV: Citomegalovirus.

CNF: Centro Nacional de Farmacovigilancia.

CV: Carga viral.

DARES: Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud.

DDI: Didanosina.

D4T: Estavudina.

DHL: Deshidrogenasa láctica.

DGSP: Dirección General de Salud de las Personas.

DIGEMID: Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.

DIREMID: Dirección Regional de Medicamentos.

EFV: Efavirenz.

ELISA: Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas.

ESN PCTB: Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis.

ES PC ITS VIH/SIDA: Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA.

ESN PC ITS VIH/SIDA: Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA.

EO: Enfermedades oportunistas.

EV: vía endovenosa.

FTC: Emtricitabina.

HRZE: Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol. (Medicamentos Antituberculosis).

IADM: Incidente adverso a dispositivos médicos.

INTR: Inhibidor nucleósido de la transcriptasa reversa.

INNTR: Inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa.

IFI: Inmunofluorescencia indirecta.

IM: Vía Intramuscular.

INS: Instituto Nacional de Salud.

IP: Inhibidor de proteasa.

ITS: Infecciones de transmisión sexual.

LCR: Líquido cefalorraquídeo.

LGP: Linfadenopatía generalizada persistente.

LIA: Inmunoensayo en línea.

LPV/rtv: Lopinavir/ritonavir.

MINSA: Ministerio de Salud.

NETLAB: Sistema de información de pruebas de laboratorio del Instituto Nacional de Salud.

NVP: Nevirapina.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PCR: Reacción en cadena de la polimerasa.

PEP: Promotor Educador de Pares.

PPD: Derivado proteínico purificado.

PPE: Profilaxis post exposición.

PRS: Prueba Rápida para Sífilis.

RAM: Reacción adversa a los medicamentos.

RPR: Reagina Plasmática Rápida.

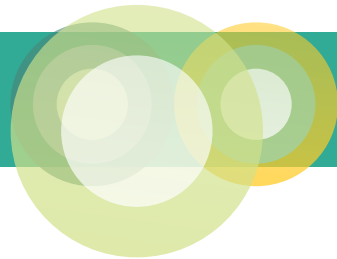
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

TARGA: Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad.

TB: Tuberculosis

TDF: Tenofovir.

TGO: Transaminasa glutámico oxalacética.



TGP: Transaminasa glutámico pirúvica.

TMP-SMX: Trimetoprim–Sulfametoxazol.

TPI: Terapia Preventiva con Isoniazida.

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory.

VHB: Virus de la Hepatitis B.

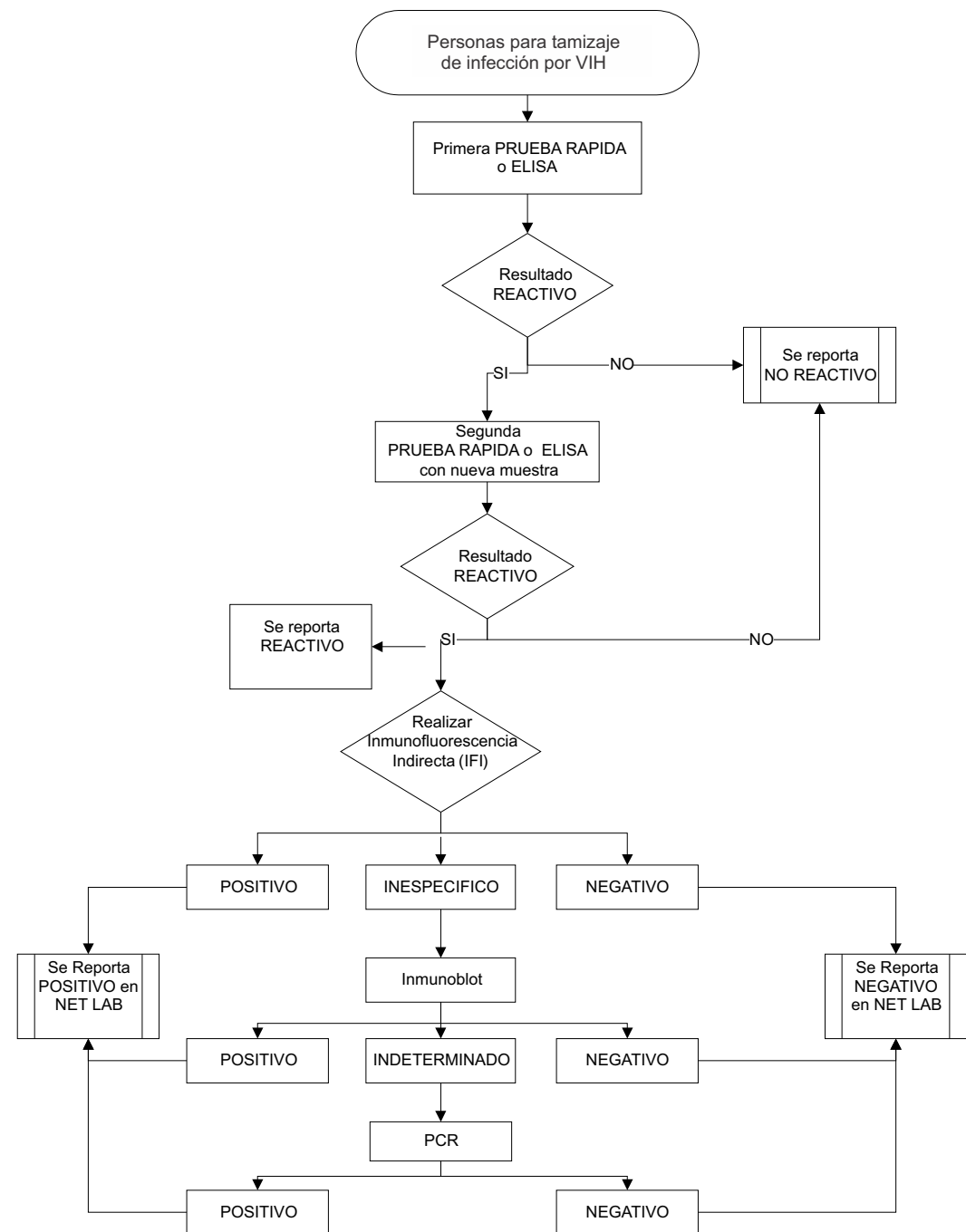
VHC: Virus de la Hepatitis C.

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.

VO: Via oral.

ANEXOS

ANEXO 1:
FLUJOGRAMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO
DE LA INFECCIÓN POR VIH



ANEXO 2:
CLASIFICACIÓN CLÍNICA E INMUNOLÓGICA DE LA
INFECCIÓN POR EL VIH. OMS 2007

Síntomas asociados a la infección por el VIH	Estadio Clínico
Asintomático	1
Síntomas leves	2
Síntomas graves	3
Síntomas avanzados	4

CLASIFICACION CLINICA DE LA INFECCION POR EL VIH EN ADULTOS Y ADOLESCENTES CON INFECCION POR EL VIH CONFIRMADA. OMS 2007

ESTADIO CLÍNICO 1

Asintomático.
Linfadenopatía generalizada persistente.

ESTADIO CLÍNICO 2

Pérdida moderada de peso idiopática* (menos de 10% del peso corporal presumido o medido)**
Infecciones recurrentes de las vías respiratorias (sinusitis, amigdalitis, faringitis, otitis media).
Herpes zóster.
Queilitis angular.
Úlceras orales recurrentes.
Erupciones papulares pruriginosas.
Dermatitis seborreica.
Onicomycosis.

ESTADIO CLÍNICO 3

Pérdida grave de peso idiopática (más de 10% del peso corporal presumido o medido)
Diarrea crónica idiopática durante más de un mes
Fiebre persistente idiopática (mayor de 37,5° C, intermitente o constante, durante más de un mes).
Candidiasis oral persistente.
Leucoplasia oral vellosa.
Tuberculosis pulmonar.
Infecciones bacterianas graves (como neumonía, empiema, piomiositis, osteomielitis, artritis, meningitis, bacteriemia).
Estomatitis, gingivitis o periodontitis ulcerativa necrotizante aguda.
Anemia (< 8 g/dl), neutropenia (< 0,5 x 10⁹/l) y/o trombocitopenia crónica (< 50 x 10⁹/l) idiopática.

ESTADIO CLÍNICO 4***

Síndrome de consunción por VIH.
Neumonía por Pneumocystis.
Neumonía bacteriana grave recurrente.
Infección crónica por herpes simple (orolabial, genital o anorrectal de más de un mes de duración, 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).
Toxoplasmosis del sistema nervioso central.
Encefalopatía por VIH.
Criptococosis extrapulmonar (incluyendo meningitis).
Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas.
Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
Criptosporidiasis crónica.
Isosporiasis crónica.
Micosis sistémica (histoplasmosis extrapulmonar, coccidioidomicosis).
Septicemia recurrente (incluyendo por Salmonella no tifoidea).
Linfoma (cerebral o de células B, no Hodgkin).
Carcinoma cervical invasivo.
Leishmaniosis atípica diseminada.
Nefropatía sintomática asociada al VIH o miocardiopatía asociada al VIH.

* Idiopática se refiere a la condición que no puede ser explicada por otra causa.

** En la evaluación del peso en la embarazada se debe considerar la ganancia de peso esperada.

*** En las clasificaciones regionales también pueden incluirse algunas afecciones adicionales específicas (como la reactivación de la tripanosomiasis americana [meningoencefalitis o miocarditis] en la Región de las Américas, la penicilliosis en Asia y la fístula rectovaginal asociada al VIH en África).

ANEXO 3

ASPECTOS PRIORIZADOS EN LA ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR VIH

Revisión de órganos y sistemas para detectar signos y síntomas relacionados al VIH:

Constitucionales: Preguntar por fatiga en el último mes calificándola como leve (no interfiere con la mayoría de las actividades diarias), moderada (interfiere con las actividades diarias) o severa (limita o impide las actividades diarias); fiebre y/o sudoración nocturna, especificando severidad, duración y patrón presentación; y pérdida de peso, definiendo si fue intencional o no, y si la pérdida representa más del 10% del peso basal.

Dermatológicos: Preguntar por prurito, erupciones o lesiones en piel.

Gastrointestinales: Preguntar por odinofagia (dolor al tragar alimentos), sugestivo de esofagitis; diarrea, estableciendo frecuencia, carácter de las deposiciones, duración y presencia de moco o sangre; dolor abdominal; Problemas rectales; e Intolerancia a alimentos, especialmente a productos lácteos.

Cabeza y cuello: Preguntar por la presencia de lesiones de boca (lesiones orales nuevas, úlceras que no sanan) alteraciones del gusto, sangrado, sensibilidad o dolor de encías; Síntomas asociados a los senos paranasales, que ocurren frecuentemente en pacientes con VIH; cambios visuales (en pacientes severamente inmunocomprometidos, la presencia alteraciones del campo visual podrían ser signos de infección por citomegalovirus).

Neurológicos: Preguntar por confusión o pérdida de memoria (La presencia de periodos de confusión podrían indicar la presencia de una lesión o infección del sistema nervioso central, demencia asociada a VIH, una reacción a una droga, o un disturbio metabólico); dolor de cabeza, caracterizando el carácter, determinando su inicio, e identificando los factores que lo exacerban y alivian); parestesias (Neuropatías pueden aparecer tempranamente o tardíamente en la infección por VIH y pueden asociarse al uso de didanosina o estavudina. Los pacientes típicamente describen ardor y sensación de adormecimiento más frecuentemente localizado en los miembros inferiores).

Psiquiátricos: Busque evidencias de depresión/ansiedad, preguntando acerca de su estado de ánimo, cambios en el sueño o el apetito, cambios en la libido, y pregunte específicamente acerca de ansiedad; evalúe los cambios sugerentes a manía o desórdenes bipolares e ideación suicida; y explore posible consumo de drogas (El uso de drogas, incluyendo el alcohol, dificultará la adherencia a tratamientos y el seguimiento de las recomendaciones preventivas).

Pulmonares: Pregunte por tos, determinando desde cuándo está presente (La tuberculosis es frecuente en nuestro medio y se presenta en etapas tempranas de la enfermedad); y disnea, determinando severidad, duración y si existe progresión.

Historia de alergias: Anote reacciones adversas previas a medicamentos, sustancia de contraste, comidas o alérgenos del ambiente, ya que el trimetoprim-sulfametoxazol es un medicamento comúnmente usado. Indague acerca de uso previo y en particular acerca de reacciones adversas.

Historia relacionada a la infección por VIH: Trate de determinar cuándo se transmitió el VIH al paciente. Algunos de los pacientes pueden recordar haber tenido un episodio febril con linfadenopatía, malestar, a veces exantema, dolor de garganta etc., lo que podría representar infección aguda por VIH. Determinar la fecha de transmisión provee información pronóstica útil. Pregunte cuándo tuvo el paciente la prueba positiva por primera vez y qué factores lo llevaron a realizarla, si alguna vez se realizó un recuento de linfocitos CD4 y si ha tenido infecciones oportunistas o cáncer. Determine si el paciente ha recibido algún tratamiento antirretroviral previo.

Historia de enfermedades infecciosas: Es necesario hacer una detallada historia de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo historia de uretritis o cervicitis, úlcera genital, verruga genital. Aquellos pacientes con historia de sífilis deben ser consultados, acerca de fecha de diagnóstico, estadio de la infección y tratamiento recibido. Esta información ayudará a evaluar si es necesario tratamiento posterior. Debe preguntarse acerca de historia previa de hepatitis y tuberculosis incluyendo posibles contactos.

Viajes: Preguntar por la totalidad de lugares de residencia previa o que hayan sido visitados por el paciente, con especial énfasis en zonas tropicales, ya que puede ser el único indicio de exposición a enfermedades infecciosas.

Mascotas y/o otros animales en casa: Importante detallar la presencia de animales domésticos debido al riesgo de adquirir nuevas infecciones (por ejemplo, angiomatosis bacilar, toxoplasmosis).

Medicamentos: Hacer una lista detallada de medicinas que el paciente este recibiendo. Esto es especialmente importante debido a la posibilidad de interacciones entre ellas y con antirretrovirales.

Vacunas: Consultar sobre el tipo, número de dosis y fecha de aplicación de vacunas recibidas por el paciente.

Examen Físico:

Se debe realizar un examen físico completo, como en cualquier paciente, pero con énfasis en las siguientes áreas.

ÁREA	BUSCAR
Funciones vitales y peso.	Fiebre, polípnea, taquicardia, pérdida de peso
Piel	Erupciones, xerosis, seborrea, psoriasis, foliculitis. Sarcoma de Kaposi: lesión violácea, no dolorosa, a veces nodular. Úlceras o vesículas pueden representar infecciones por Herpes simple o Herpes zóster. Cicatrices por Herpes zóster. Buscar petequias (trombocitopenia asociada a VIH). Acarosis, onicomicosis, dermatomicosis.
Cabeza y cuello	Examinar exhaustivamente campos visuales por confrontación especialmente si el paciente se queja de problemas visuales o neurológicos. Examinar el fondo de ojo, buscar exudados, hemorragias, etc. Los exudados algodonosos son frecuentes en pacientes con VIH. Examinar los senos paranasales: buscar dolorabilidad, secreción purulenta. Examinar la boca buscar candidiasis (eritematosa, pseudomembranosa o muguet, atrófica, y queilitis angular); leucoplasia vellosa, lesiones ulcerativas o lesiones sospechosas de Sarcoma de Kaposi, aftas orales y enfermedad periodontal.
Sistema linfático	Describir localización y tamaño de ganglios linfáticos anormales. Las adenopatías crónicas se asocian a infección por VIH pero pueden ser manifestaciones de otras infecciones o cáncer.
Sistema genitourinario	Examinar la zona genital y rectal en busca de condilomas, lesiones de Sarcoma de Kaposi, lesiones ulcerativas (herpes), secreción uretral, descenso vaginal. Todas las mujeres deben recibir un examen ginecológico completo que incluya toma de muestra para Papanicolaou. Este último debe hacerse anualmente.
Sistema nervioso	Se requiere un examen neurológico completo que sirva como basal. Además incluir un examen del estado mental (cognitivo) del paciente.

ANEXO 4

Pre-TARGA	SEGUIMIENTO																		
	PRIMER AÑO										SEGUNDO AÑO y EN ADELANTE								
	15d	30d	2m	3m	4m	5m	6m	7m	8m	9m	10m	11m	12m	2m	4m	6m	8m	10m	12m
Control por EMD																			
Evaluación Médica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación por Enfermería	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación por Obstetrícia**	X	X					X						X						X
Evaluación por Psicología*	X						X						X						X
Evaluación por Trabajadora Social*	X						X						X						X
Control Laboratorial																			
Recuento de Linfocitos T CD4	X						X						X			X			X
Carga Viral (CV)	X			X			X						X			X			X
Hemograma completo	X		X	X			X						X			X			X
Transaminasas (TGP)	X	X		X			X						X			X			X
Glucosa en ayunas	X	X	X	X			X						X			X			X
Creatinina sérica	X	X	X	X			X						X			X			X
Urea	X	X	X	X			X						X			X			X
Perfil lipídico	X												X			X			X
Examen de orina	X	X	X	X			X						X			X			X
Baciloscopia en esputo (2)*	X																		
Radiografía de tórax*	X																		
Antígeno de superficie VHB	X																		
Anti core VHB	X																		
Anti – VHC	X																		
Test de embarazo en MEF	X																		
Citología vaginal				X									X						X
* Se debe reducir los intervalos de evaluación según necesidades identificadas en el paciente.																			
** Solamente en Mujeres en Edad Fértil																			
VHB: Virus de la hepatitis B. Anti:VHC: Anticuerpos contra el virus de la hepatitis C.																			

**** Solamente en Mujeres en Edad Fértil**
VHB: Virus de la hepatitis B. Anti-VHC: Anticuerpos contra el virus de la hepatitis C.

FICHA DE REPORTE DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL

				Ministerio de Salud		Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas		CONFIDENCIAL		PERUANO DE FARMACOVIGILANCIA									
A. DATOS DEL PACIENTE																			
Nombres o iniciales:																			
Edad:		Sexo		? F ? M		Peso(Kg):		Historia Clínica y/o DNI:											
Establecimiento:																			
Diagnóstico Principal: CIE10:																			
A. REACCIONESADVERSASSOSPECHADAS(S)Ud. desea notificar un error de medicación, problema de calidad u otro puede utilizar este formato)																			
Describir la reacción adversa						Fecha de inicio de RAM: __/__/__													
						Fecha final de la RAM : __/__/__													
						Gravedad de la RAM(Marcar con X)													
						? Leve ? Moderada ? Grave													
						Solo para RAM grave (Marcar con X)													
						? Muerte. Fecha __/__/__													
						? Puso en grave riesgo la vida del paciente													
						? Produjo o prolongó su hospitalización													
						? Produjo discapacidad/incapacidad													
						? Produjo anomalía congénita													
						Desenlace(Marcar con X)													
						? Recuperado ? Recuperado con secuela													
						? No recuperado ? Mortal ? Desconocido													
Resultados relevantes de exámenes de laboratorio (incluir fechas):																			
Otros datos importantes de la historia clínica, incluyendo condiciones médicas preexistentes, patologías concomitantes (ejemplo alergias, embarazo, consumo de alcohol, tabaco, disfunción renal/hepática, etc.)																			
A. MEDICAMENTO(S)SOSPECHOSO(S)																			
Nombre comercial o genérico		Laboratorio		Lote		Dosis/frecuencia		Vía de Adm.		Fecha inicio		Fecha final		Motivo de prescripción					
Suspensión(Marcar con X)				Si		No		No aplica		Re exposición(Marcar con X)				Si		No		No aplica	
(1) ¿Desapareció la reacción al suspender el medicamento?										(1).¿Reapareció la reacción al administrar nuevamente el medicamento?									
(2)¿Desapareció la reacción al disminuir la dosis?										(2).¿El paciente ha presentado anteriormente la reacción al medicamento?									
El paciente recibió tratamiento para la reacción ? Si ? No														Especifique:					
El paciente requirió cambio de esquema de tratamiento ? Si ? No														Especifique:					
En caso de sospecha de problemas de calidad indicar: N° Registro Sanitario:														Fecha de vencimiento __/__/__.					
A. MEDICAMENTOSCONCOMITANTESUTILIZADOS EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES(excluirmedicamentos para tratar la reacción adversa)																			
Nombre comercial o genérico		Dosis/frecuencia		Vía de Adm.		Fecha inicio		Fecha final		Motivo de prescripción									
A. DATOS DEL NOTIFICADOR																			
Nombres y apellidos:																			
Teléfono:				Correo electrónico:															
Profesión:				Fecha de notificación __/__/__.						N° Notificación:									

Nota: En caso de reacciones adversas graves el Comité de Farmacovigilancia deberá complementar la información mediante el "Informe de investigación de sospecha de reacción adversa grave"
 "Este documento es válido sólo para el Sistema Nacional de Farmacovigilancia, no tiene implicancias Judiciales ni de otro tipo"

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL

1.

Notifique aunque Ud. no tenga la certeza de que el medicamento causó la reacción adversa. La sospecha de una asociación es razón suficiente para notificar.
2.

Notifique todas las reacciones adversas esperadas o conocidas, inesperadas o desconocidas, leves, moderadas o graves relacionados con medicamentos, agentes de diagnóstico, radiofármacos, gases medicinales, plantas medicinales, biológicos, vacunas entre otros.
3.

No deje de notificar por desconocer una parte de la información solicitada.
4.

Si la información solicitada no está disponible, colocar "Desconocido".
5.

En caso de embarazo, indicar el número de semanas de gestación al momento de la reacción adversa.
6.

Utilice un formato por paciente.
7.

En caso de no contar con el espacio suficiente para el registro de la información, utilice hojas adicionales.

A. DATOS DEL PACIENTE

Nombres o iniciales: Registrar los nombres o iniciales del paciente.

Edad: Expresarlo en números e indicar si son años, meses o días. En caso el dato no esté disponible se podrá colocar fecha de nacimiento (Día/Mes/Año) o grupo etáreo

Sexo: Marcar con una "X" la opción que corresponda

Peso: Expresarlo en Kg. Ejemplo 50.500 Kg

Historia Clínica y/o DNI: Si se conoce colocarlo.

Establecimiento: Indicar el nombre completo del establecimiento (hospital, centro de salud, puesto de salud, farmacia/botica u otra institución).donde se detecta la RAM

Diagnóstico principal y CIE10: Indicar la enfermedad de base del paciente (Ejemplo: Cáncer, Enfermedad de Alzheimer, etc.) y su respectivo código CIE10 (clasificación internacional de enfermedades).

B. REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS

El formato también puede ser utilizado para notificar errores de medicación, problemas de calidad u otros (Por ejemplo: falta de efectividad).

Reacción adversa: Describa detalladamente la(s) reacción(es) adversa(s) incluyendo localización e intensidad y toda la información clínica relevante (estado clínico previo a la reacción, signos y/o síntomas reportados, diagnóstico diferencial para la reacción. rAsimismo, indicar la fecha final y desenlace de la(s) reacción(es) adversa(s). En el caso de disminuir la dosis indicar la nueva dosis administrada.

Fecha de inicio de RAM: Indicar la fecha (Día/Mes/año) exacta en la cual inició la reacción adversa. En caso de existir otras reacciones adversas a medicamentos, escriba la fecha de inicio de cada una de ellas cuando describa la reacción adversa.

Gravedad de la RAM: Marcar con "X" la gravedad de la reacción.Si la reacción adversa es grave marcar con una "X" la(s) opción(es) que apliquen.

Desenlace: Marcar con una "X" la opción que corresponda.

Resultados relevantes de exámenes de laboratorio (incluir fechas): Resultados de pruebas de laboratorio usadas en el diagnóstico de la reacción y si están disponible los niveles de medicamento antes y después de la reacción (si corresponde).

Otros datos importantes de la historia clínica: Indicar condiciones médicas previas de importancia así como patologías concomitantes (por ejemplo Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, disfunción renal/hepática, etc.) u otras condiciones en el paciente (por ejemplo, alergias, embarazo, consumo de tabaco, alcohol, etc.)

C. MEDICAMENTO(S) SOSPECHOSO(S)

Nombre comercial o genérico: Colocar el nombre comercial o genérico indicado en el rotulado del medicamento administrado, incluyendo la concentración y forma farmacéutica (por ejemplo Amoxicilina 500mg tableta).Si el medicamento es genérico, no deje de mencionar el nombre del laboratorio fabricante.

Laboratorio: Colocar el nombre del laboratorio fabricante o del titular del registro sanitario.

Lote: Registrar las letras y/o números que indica el "lote" en el envase del producto.

Dosis/frecuencia: Indicar la dosis en cantidad y unidades de medida suministrada y los intervalos de administración del medicamento (por ejemplo: 20 mg cada 12 horas).

Vía de administración: Describa la vía de administración del medicamento (por ejemplo VO, IM, IV).

Fecha inicio y final: Indicarla fecha (Día/Mes/Año) en que inició y finalizó o se suspendió el tratamiento con el medicamento.En caso de que el tratamiento continúe al momento de la notificación, colocar la palabra "Continúa".

Motivo de prescripción: Describa la indicación por el cual el medicamento fue prescrito o usado en el paciente.

Para conocer el efecto de la suspensión y re-exposición indicar con una "X" la información solicitada: Si, No o Noaplica cuando se desconozca tal información o no se realizó suspensión y/o re-exposición.

El paciente recibió tratamiento para la reacción. Indicar si la reacción requirió tratamiento (farmacológico, quirúrgico, etc.) y de ser positivo, especificar el tratamiento.

En caso de sospecha de problemas de calidad: Completar la información solicitada.

D. MEDICAMENTOS CONCOMITANTES UTILIZADOS EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES

Registrar los medicamentos utilizados en los 3 últimos meses antes de la aparición de la reacción. Considerar los productos farmacéuticos prescritos o automedicados. Excluir los medicamentos usados para tratar la reacción. En el caso de anomalías congénitas, indicar todos los medicamentos utilizados hasta un mes antes de la gestación.

E. DATOS DEL NOTIFICADOR

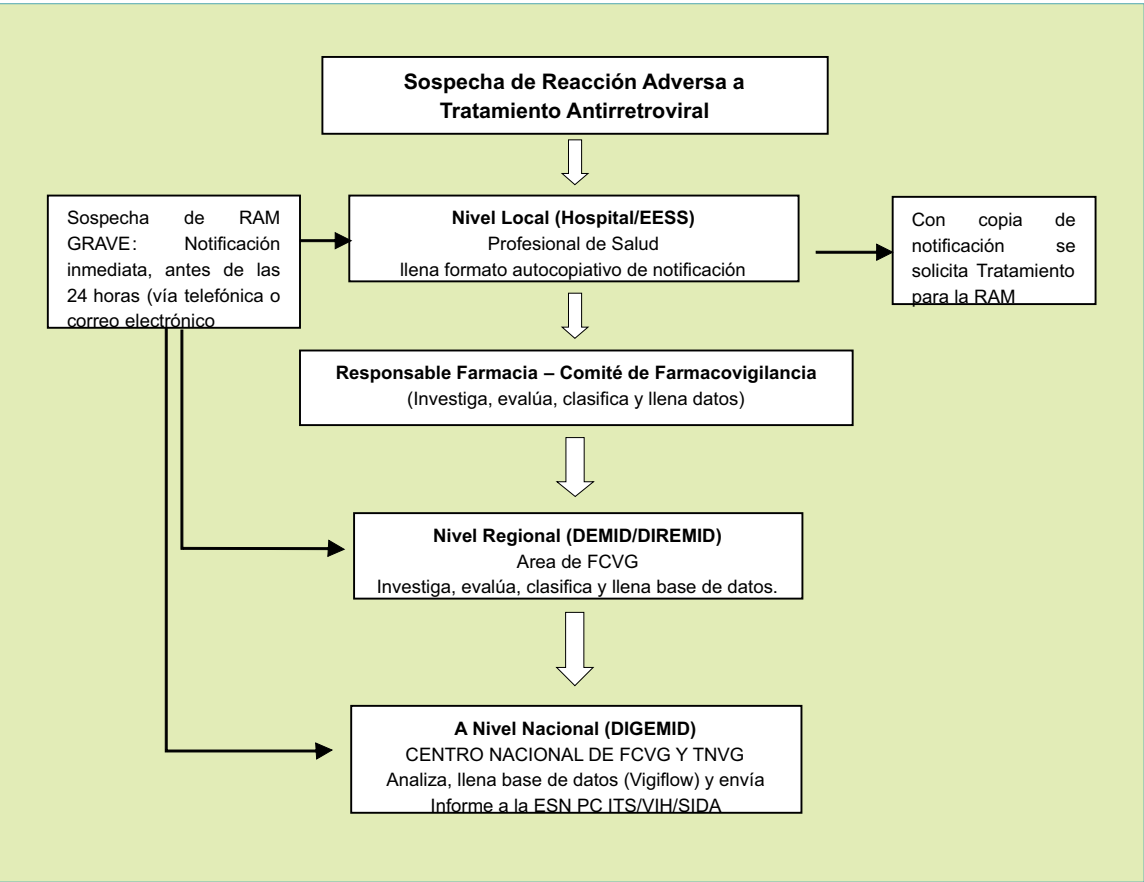
Nombres y apellidos, profesión, teléfono, correo electrónico (de contacto de la persona): Su objetivo es para solicitar información adicional y/o para canalizar una respuesta del caso notificado si es necesario.

Fecha de notificación: Indicar la fecha (Día/Mes/Año) en que se completó el formato.

Nº notificación: Este casillero será para uso exclusivo del Centro de Referencia Regional o Institucional de Farmacovigilancia

ANEXO 6

FLUJOGRAMA DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL



ANEXO 7

PROTOCOLO DE ENTREVISTA DE ENFERMERÍA

FECHA:N° DE CASO:.....H.C.:.....

A.- DATOS DE FILIACIÓN:

NOMBRES Y APELLIDOS:.....
FECHA Y LUGAR DE NAC:...../...../..... EDAD:.....ESTADO CIVIL:.....DNI:.....
GRADO DE INSTRUCCIÓN:..... OCUPACIÓN:
DIRECCIÓN:..... TELÉFONOS:
AGENTE DE SOPORTE:.....
PARENTESCO:.....

B.- DATOS PERSONALES:

ENFERMEDADES ANTERIORES:
.....
ENFERMEDADES ACTUALES Y/O ASOCIADAS:
.....
HÁBITOS NOCIVOS: (+=Leve; ++=Moderado; +++=Severo):
- ALCOHOL:.....- TABACO:.....
- DROGAS:.....- TIPO DE DROGA:.....
INMUNIZACIONES:
.....
RECIBIÓ TPI: SI NO TERMINÓ: SI NO
RECIBIÓ TPC: SI NO OBSERVACIONES:.....

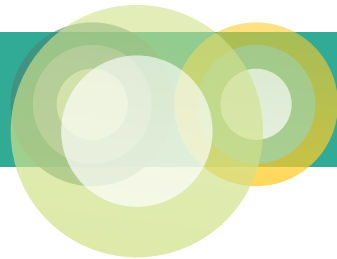
C.- ANTECEDENTES FAMILIARES: ENFERMEDADES ANTERIORES Y/O ACTUALES:

01 2 % 4 %3 #/	ENFERMEDAD	AÑO

.....

FIRMA

E: $< 30\%$



ANEXO 9

INFORME PSICOLÓGICO

I Datos Generales

H. C:.....

Nombres / Apellidos:

.....

Fecha de Evaluación: / /

II Motivo de evaluación

.....

.....

III Observación durante la evaluación:

.....

IV Antecedentes de importancia: (Datos de enfermedad oportunista, fecha, datos relevantes de la historia personal y familiar)

.....

.....

V Resultados de evaluación

.....

Área Intelectual (Impresión de CI, nivel de atención, orientación, lenguaje)

.....

Área personalidad (manejo de impulsos, área afectiva, área social, ajuste y adaptación psicosexualidad, modo de afronte, tolerancia a la frustración.

.....

.....

VI Conclusión Diagnóstica

.....

.....

.....

VII Sugerencias o recomendaciones

.....

.....

.....

Usar lenguaje claro para ser leído

.....

ANEXO 10

ESTUDIO SOCIAL

Nº HC Hosp.:Nº HC CS: Nº Código:

I.- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1.1. Apellidos y nombres:

1.2. Edad:.....1.3. Sexo: M() F() 1. 4. DNI.....

1.5. Tipo de población: PG () HSH () TS () BS()

1.6.Fecha de nacimiento:..../.../.....

1.7. Lugar:.....

1.8. Grado de instrucción: Analfabeto() Prim() Sec () Sup tec () Sup Univ ()

1.9. Estado civil: Soltero() Casado() Conviviente() Separado () Divorciado ()

Viudo ()

1.10.Ocupación:.....Horario.....

1.11. Condición laboral: Estable: () Contratado () Independiente ()

Desempleado () Eventual ()

1.12. Domicilio actual.....

1.13. Distrito: Referencia.....

Tiempo de residencia:

Teléfono de casa..... teléfono celular..1...../...2.....

1.14. Agente de Soporte Personal:

1.15. Parentesco.....Teléfono:.....

Ocupación.....Domicilio.....

II- GRUPO FAMILIAR

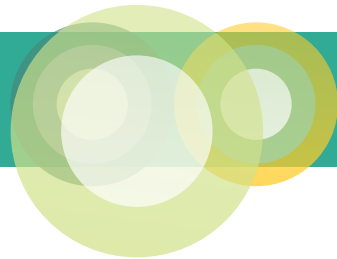
	Apellidos y Nombres Parent	Edad		Estado Civil	Grado Instrucción	Ocup	Cond. Lab	Ingresos	Observa- ciones
		Sexo							
		M	F						

2.1. Tipo de familia:2.1.1. Nuclear () 2.1.2. Extensa ()

2.2. Tipo de hogar: 2.2.1 Completa () 2.2.2. Incompleta ()

Que familiares están informados sobre su diagnóstico:

.....



III- FACTORES DE RIESGO SOCIAL PARA LA ADHERENCIA

- 3.1-Conflictos familiares () 3.2-Separación marital ()
- 3.3-Muerte del familiar ()
- 3.4-Enfermedad o accidente () 3.5-Problemas sexuales () 3.6- Divorcio ()
- 3.7- Embarazo () 3.8-Violación () 3.9-Problemas laborales ()
- 3.10-Infidelidad conyugal () 3.11-Conflictos extra familiares ()
- 3.12-Enfermedad grave del familiar () 3.13-Cambio de nivel de vida () 3.14-Problemas judiciales ()
- 3.15- Problemas económicos ()
- Observaciones

IV- VIVIENDA

- 4.1. Ubicación:4.1.1. Zona urbana () 4.1.2. Urbano marginal ()
- 4.1.3. Rural ()
- 4.2. Tipo: 4.2.1.Independiente () 4.2.2Conjunto habitac. ()
- 4.2.3. Quinta o callejón ()
- 4.3 Tenencia:4.3.1 Propia () 4.3.2 Alquilada () 4.3.3 Invasión ()
- 4.3.4. Alojado ()
- 4.4 Serv, básicos: 4.4.1.Alumbrado eléctrico() 4.4.2.Agua () 4.4.3.Desagüe()
- 4.5 Material de construcción:
- 4.5.1 Noble () 4.5.2 Rústico () 4.5.3 Mixto () 4.5.4 Otros ()
- 4.6. N° de habitaciones:
- 4.6.1. N° de dormitorios..... 4.6.2. N° de camas.....Observaciones:.....

V- SITUACIÓN ECONÓMICA

- 5.1 Miembros económicamente activos: Pac.() Padre() Madre() Hermanos() Esposo o conv. () Hijos () Otros ():.....
- 5.2 Ingreso mensual familiar.....
- N° de integrantes de la vivienda.....
- 5.3 Apoyo:Familiar () Especificar:.....
- Social() Especificar.....

VI- PARTICIPACIÓN EN SU COMUNIDAD:

- ReligiónIglesia/Parroquia()
- Club deportivo u otro () Organización Comunal () GAM ()
- Otros ().....

VII- PRE DIAGNÓSTICO SOCIAL: Adjuntar el genograma y ecomapa

VIII- DIAGNÓSTICO SOCIAL:

.....

X- PLAN DE ACCIÓN:

.....

ANEXO 11

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

I.-DATOS PERSONALES

- 1.1. Nombre y Apellidos.....
- 1.2. Edad
- 1.3. Dirección.....
- Referencia
- 1.4. Historia Clínica.....
- 1.5. N° Código Único.....

II.-MOTIVO

- 2.1.Verificación de domicilio () 2.2.Verificación socio-económica ()
- 2.3.Abandono de tratamiento () 2.4. Dinámica familiar ()
- 2.5. Constatar diagnostico social() 2.6. Constatar ASP ()
- 2.7. Informe Social () 2.8. Seguimiento de tratamiento social ()
- 2.9. Otros ().....

III.-RESULTADO DE LA VISITA

- Ubicación
- Material de construcción
- Moblaje, enseres
- N°de ambientes.....especificar.....
- Limpieza, orden, ventilación iluminación
-
- Dormitorio del paciente
- Presencia de animales (aves, animales de corral)dentro de la vivienda)
-

IV.-DINÁMICA FAMILIAR

- N° de hogares que conforman la vivienda.....
- Conocimiento de los familiares respecto al VIH
- Relación afectiva y de apoyo de la familia.....
- Conflictos socio-familiar que enfrenta la familia.....
- Quienes pueden ser los agentes de soporte personal

V.-SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

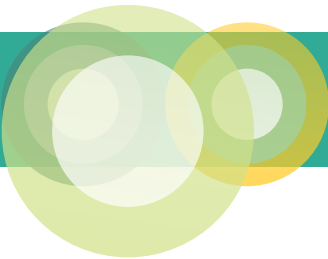
.....

VI.-OTRAS OBSERVACIONES O SUGERENCIAS Si existiese alguna indicación o aspecto a cumplir por parte del personal del Hospital de referencia o del Centro de Salud, en función del paciente, ASP, familia.

.....

FECHA:

.....
Lic.Trabajo Social
CTSP



ANEXO 12

INFORME DE INVESTIGACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA GRAVE

Establecimiento de salud:.....

Fecha de notificación:.....

Fuente de información:.....

Profesional notificador() Historia clínica () Parientes ()

Otros:.....

Nombre del paciente:

Edad:Sexo.....Peso:.....Talla:.....

Reacción Adversa Medicamentosa

.....

.....

Antecedentes del caso:

.....

.....

.....

Descripción del caso:

.....

.....

.....

.....

Acciones:

.....

.....

.....

Conclusión:

.....

.....

.....

Firma y sello de los miembros de la comisión:

ANEXO 13

PROTOCOLO SUGERIDO DE DESENSIBILIZACIÓN AL TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOL

Hora	Dosis de (TMP/SMX)	Volumen a administrar en mL
0	0,004/0,02	Obtener 0,5 mL de jarabe* + 9,5 mL H2O (Sol 1) Obtener 1 mL de Sol 1 + 9 mL H2O (Sol 2) Obtener 1 mL de Sol 2 + 9 mL H2O (Sol 3) Obtener 1 mL de Sol 3 + 9 mL H2O (Sol 4) Tomar: 10 mL de Sol 4
1	0,04/0,2	Tomar: 10 mL de Sol 3
2	0,4/2	Tomar: 10 mL de Sol 2
3	4/20	Tomar: 10 mL de Sol 1
4	40/200	Tomar: 5 mL de jarabe*
5	80/400	Tomar: 20 mL de jarabe*

*Jarabe contiene trimetoprim 40 mg y sulfametoxazol 200 mg/5 mL

Tomado de: Martin Lasso B. Diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas en el paciente adulto con infección VIH/SIDA. Rev Chil Infect 2011; 28(5):440 - 460

ANEXO 15

HOJA DE EVALUACIÓN CLÍNICA PARA INGRESO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE PERSONAS CON INFECCIÓN POR VIH

Dejo constancia que se me ha explicado del contenido de este CONSENTIMIENTO INFORMADO, que he tenido la oportunidad de recibir respuesta a mis preguntas, que he decidido recibir el TARGA, cumplir con la toma de los medicamentos en sus respectivos horarios y colaborar para mi adecuado control. Asimismo declaro no encontrarme recibiendo TARGA en otra institución del Perú o del extranjero.

Fecha y firma

DATOS GENERALES																	
Fecha				Nombre del establecimiento de Salud						D.N.I		HC					
/ /																	
Apellido Paterno				Apellido Materno		Nombres						Grado de Instrucción					
Fecha Nacimiento		Edad		Sexo		Lugar de Nacimiento		Lugar de Procedencia		Teléfonos							
/ /				M F													
ANTECEDENTES																	
Elisa Reactivo		IFI / WB positivo		Grupo poblacional				Forma de transmisión									
/ /		/ /		HSH		TS FD		PPL PG		Heterosexual		Homosexual TV Otra :					
ITS (Describir)				Alcohol		Tabaco		Drogas		Comorbilidades							
SI NO				SI NO		SI NO		HTA DM		ERC EHC		Otra:					
ENFERMEDADES/INFECCIONES OPORTUNISTAS																	
Enfermedad				Fecha de Dx.		Activa		Tratamiento recibido									
						SI NO											
TERAPIA PREVENTIVA																	
TPC		NO SI		Fecha de Inicio				Observaciones:									
TPI		NO SI		Fecha de Inicio				Observaciones:									
EXAMEN FISICO																	
Peso (Kg.)		Talla (cm.)		Examen físico													
				N A		Describir:											
EXAMENES AUXILIARES (Últimos tres meses)																	
HTO/Hb.		Leucocitos		Neutrofilos		Plaquetas		Glucosa		Creatinina		TGP		COLES.TOTAL		TRIGLICERIDOS	
HBsAg		Anti HVC		RPR		BK		RX TORAX		CD4/Carga Viral				Fecha		Otros	
+ -		+ -		+ -		+ -		N A		/							
ESTADÍO SIDA : ☐ SI ☐ NO																	
CRITERIOS DE INICIO TARGA (marcar lo (s) que corresponda)																	
Estadio Clínico (2,3,4 OMS 2006)								Co infección VIH/VHB									
CD4 < 500								Co infección VIH/VHC									
Gestación								Enf. Autoinmunitarias relacionadas a VIH									
Nefropatía Asociada a VIH								Edad mayor de 55 años									
Deterioro neurocognitivo asociado VIH								Paciente VIH + y pareja serodiscordante									
Neoplasia no asociada a VIH								Infección Aguda Sintomática									
ANTECEDENTE DE USO DE ARV :																	
NO		SI		Lugar				Esquema				Periodo					
EVALUACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO																	
FECHA								Observaciones									
EVALUACION MEDICA																	
EVALUACION POR ENFERMERIA																	
EVALUACION POR PSICOLOGIA																	
EVALUACION POR SERVICIO SOCIAL																	
ESQUEMA ARV INDICADO :																	
Firma v Sello del Médico Tratante																	

TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE TARGAY PROFILAXIS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH

TARIETA DE CONTROL DE ASISTENCIA PARA ADMINISTRACION DE TARGA Y QUIMIOPROFILAXIS EN PACIENTES CON VIH														
DIRECCION DE SALUD: ESTABLECIMIENTO DE SALUD: NOMBRES Y APELLIDOS EDAD: DIRECCION: CODIGO UNICO SEXO: M: F: DISTRITO Nº DE CASO: Nº DE H CLINICA: DNI: F. INGRESO A TARGA : TELEFONO:														
FECHA DE ATENCION ANTIRRETROVIRALES Nº MEDICAMENTOS ENTREGADOS Nº DOSIS TOTAL/DIA Nº MEDICAMENTOS ENTREGADOS Nº DOSIS TOTAL/DIA Nº MEDICAMENTOS ENTREGADOS Nº DOSIS TOTAL/DIA Nº MEDICAMENTOS ENTREGADOS Nº DOSIS TOTAL/DIA Nº MEDICAMENTOS ENTREGADOS Nº DOSIS TOTAL/DIA Nº MEDICAMENTOS ENTREGADOS Nº DOSIS TOTAL/DIA Nº MEDICAMENTOS ENTREGADOS Nº DOSIS TOTAL/DIA % ADHERENCIA TERAPIA PREVENTIVA TMP/SMX TPI (INH) % ADHERENCIA PESO DEL PACIENTE RECuento de CD4 (cel/ml) CARGA VIRAL (copias/ml) OBSERVACIONES														

INSTRUCTIVO

TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE TARGA Y PROFILAXIS

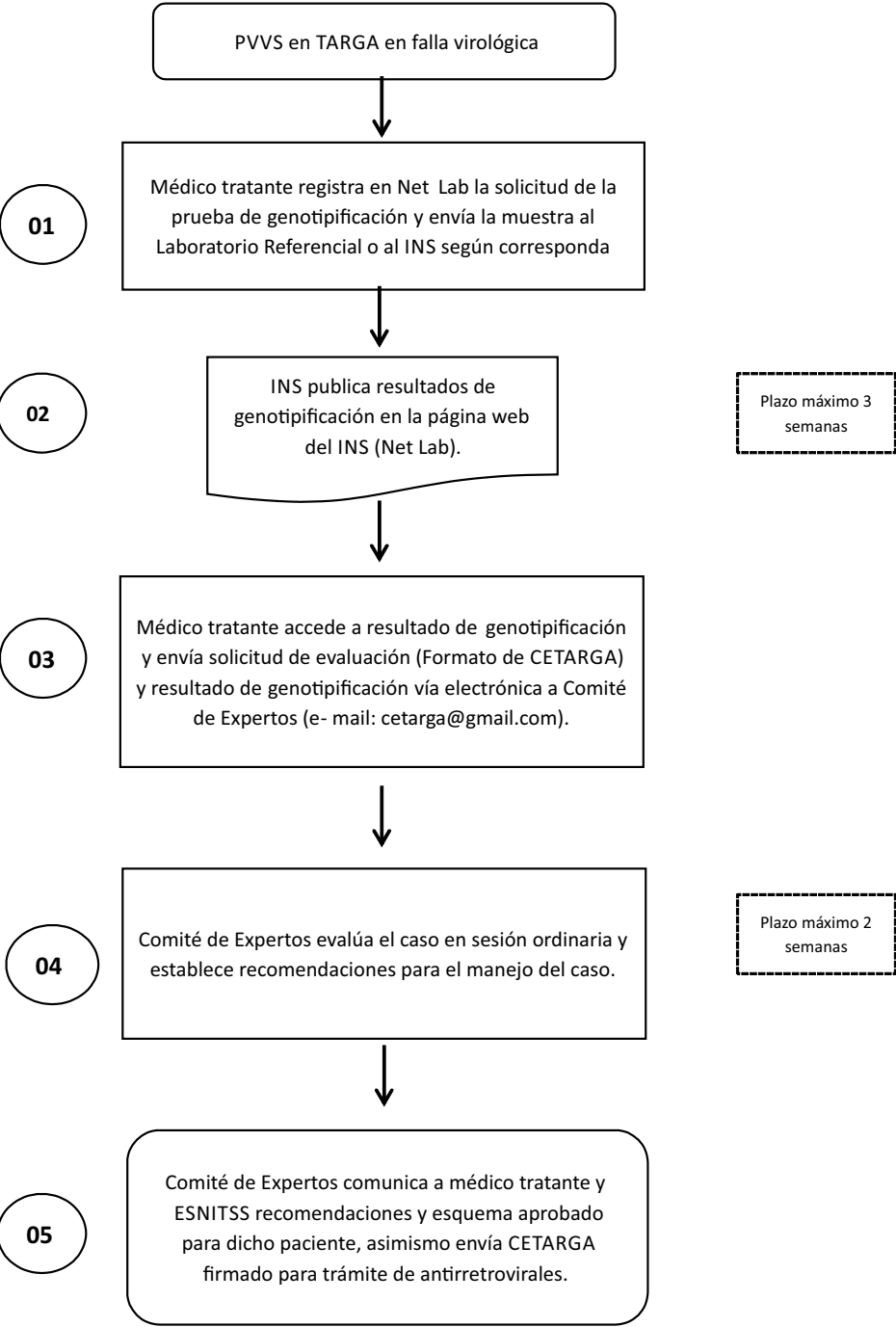
Esta tarjeta debe ser llenada por el personal de enfermería de la ES ITS VIH/SIDA del establecimiento de salud donde se administra TARGA y TPI y que atiende PVVS:

1. En la parte superior deberá: Anotar el nombre de la Dirección de Salud, nombre del puesto de salud, centro de salud, hospital u otra institución público o privada notificante. Registrar el nombre completo del paciente, su edad en años y/o meses, el sexo al que corresponde, el número de caso de enrolamiento al que corresponde según Libro de Registro de PVVS, el número de historia clínica, DNI correspondiente, la fecha en la que ingresó a TARGA y su dirección completa, distrito al que pertenece y teléfono correspondientes para su ubicación (idealmente número de celular).
2. Ítem Código Único, se colocará en forma secuencial, la primera letra del primer apellido, primera letra de segundo apellido, primera letra de primer nombre, primera letra de segundo nombre y la fecha de nacimiento, comenzando por el día, mes y año correspondiente. Ejemplo: Paciente José María Pérez Martel, con fecha de nacimiento 7 de mayo de 1974, por lo que su código único sería: PMJM07051974.
3. Ítem: Fecha de Atención: Colocar la fecha de atención correspondiente en cada columna según citas del paciente.
4. Ítem: Antirretrovirales (ARVs): Colocar en el espacio en blanco el ARV correspondiente o los ARVs juntos si su forma de presentación es de Dosis Fija Combinada. Ej. AZT en caso de fármaco solo o AZT/3TC para medicación combinada.
5. En los Ítems Nro. de Medicamentos entregados y Nro. de Dosis Total/día. Colocar primero el número de tabletas entregadas y en dosis total/día, colocar la dosis total en miligramos que el paciente recibe por día, Ej. 60 Tabletas de AZT/3TC, siendo la dosis total por día de 600mg/300mg de AZT y 3TC respectivamente.
6. En Ítem Quimioprofilaxis, colocar el N° de Medicamentos entregados y la dosis total/día de TMP/SMX para la Terapia Preventiva con TMP/SMX o de Isoniacida (INH) para Terapia Preventiva con Isoniacida (TPI) respectivamente.
7. En el Ítem % de Adherencia colocar el porcentaje de adherencia tanto para antirretrovirales como para quimioprofilaxis.
8. Peso del paciente. Colocar el peso del paciente en Kg. en cada control del paciente.
9. Recuento de CD4. Colocar el valor y la fecha de resultado del número total de linfocitos T CD4 que el paciente registra,
10. Carga viral. Colocar el valor y la fecha de resultado de número de copias por mililitro que el paciente registra. En el caso de que sea indetectable colocar dicha palabra, seguido de la fecha de resultado.

En observaciones, se debe colocar la firma y/o iniciales de la persona que realiza el registro en la Tarjeta de Control.

ANEXO 17

FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE LA PRUEBA DE GENOTIPIFICACIÓN PARA VIH Y CAMBIO DE ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL



ANEXO 18

EXPEDIENTE TÉCNICO PARA CONSULTAS Y CAMBIO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

I. DATOS GENERALES

Fecha	CS	Hosp.	Nombre del Establecimiento de Salud	Nº de Orden base TARGA
/ /				
Apellidos y Nombres			Nro HC	
DNI				
Edad	Sexo	Código único		
	M F			

II. HISTORIA DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS (EO):

Nº	EO	Fecha Diagnóstico	Evolución
1		/ /	
2		/ /	
3			

III. BREVE DESCRIPCIÓN HISTÓRICA DE LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

IV. HOJA DE CONTROLES INMUNOLÓGICO, VIROLÓGICO Y OTROS

EXÁMENES/FECHAS	BASAL	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º
CD4									
CARGA VIRAL									
PESO IMC									

V. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL RECIBIDO ANTERIORMENTE:

Nombre genérico (único o combinado)	Fecha de inicio	Fecha término	Dosis Diaria	Adherencia (%)	Efectos adversos o intolerancia

Firma y sello del médico tratante _____

ANEXO 19

ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES OPORTUNISTAS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH

ENFERMEDAD OPORTUNISTA Y CUADRO CLÍNICO GENERAL	AGENTES ETIOLÓGICOS IMPLICADOS	PRUEBAS DIAGNOSTICAS	MANEJO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	PROFILAXIS SECUNDARIA
Diarrea crónica sin agente etiológico identificado Presencia de tres o más deposiciones por día, de consistencia líquida y con una duración mayor a un mes.	Coccideos, <i>Giardialamblia</i> , <i>Clostridiumdifficile</i> y <i>Entamoebahistolytica</i>	Dos muestras de heces para examen parasitológico, coprocultivo, y toxina para <i>C. difficile</i> . Colonoscopias, biopsias y coloraciones especiales si no hay respuesta a último esquema de tratamiento.	1. Mantener hidratación del paciente con fluidoterapia oral o endovenosa. 2. Administrar tratamiento empírico: Si no recibe profilaxis regular con Trimetoprim – Sulfametoxazol (TMP/SMX), iniciar tratamiento para isosporidiasis y bacterias enteropatógenas susceptibles. Si el paciente recibe profilaxis regular con TMP/SMX, o si no hay respuesta al 5º día, iniciar tratamiento con metronidazol 500 mg VO cada 8 horas por 10 días. 3. Si no hay respuesta al 5º día del segundo esquema, iniciar tratamiento con ciprofloxacina 500 mg VO cada 12 horas por 5 días. 4. Si no hay respuesta a este último esquema, completar 10 días de tratamiento, adicionar sintomáticos (loperamida) y realizar estudios invasivos.	TMP/SMX 160/800 mg VO cada 24 horas hasta que conteo de linfocitos CD4 sea mayor de 200 cel./ml.
Microsporidiosis	<i>E. cuniculi</i> , <i>E. hellem</i> , <i>E. intestinalis</i> , <i>E. bienewsi</i> , <i>T. haminis</i> , <i>T. anthrophophtera</i> , <i>Pleistophorasp</i> , <i>P. ronneafel</i> , <i>V. corneae</i> , <i>Microsporidiumsp</i> , <i>N. ocularum</i> , <i>A. connori</i> , <i>A. vesicularumy A. algerae</i>	Examen de heces en fresco. Coloración de Kinyoun o Ziehl-Neelsen modificado.	Albendazol 400 mg VO cada 12 horas por 4 semanas	TMP/SMX 160/800 mg 2 tabletas VO cada 12 horas hasta que conteo de linfocitos CD4 sea mayor de 200 cel./ml por más de 6 meses
Isosporiasis (cistoisporiasis)	<i>Cystoisospora belli</i>	Examen de heces con tinciones ácidas de Kinyoun o Ziehl-Neelsen modificado y mediante microscopia de fluorescencia	1. TMP/SMX 160/800 mg VO cada 6 horas por 10 días, luego TMP/SMX 160/800 mg VO cada 12 horas por 3 semanas	TMP/SMX 160/800 mg VO cada 8 horas hasta que conteo de linfocitos CD4 sea mayor de 200 cel./ml.
Criptosporidiasis	<i>Cryptosporidiumparvum</i>	Examen de heces con tinciones ácidas de Kinyoun o Ziehl-Neelsen modificado y mediante microscopia de fluorescencia	Nitazoxanida 500 mg VO cada 12 horas por 14 días Iniciar u optimizar TARGA	
Disfagia u odinofagia Presencia de dificultad o dolor al deglutir.	<i>Candidaalbicans</i> , virus del herpes simple y citomegalovirus (CMV). Otras causas: idiopático.	Considerar la endoscopia para biopsia y cultivo de tejido si no hay respuesta al tratamiento empírico inicial para candidiasis	1. Iniciar tratamiento con fluconazol 150 mg VO o 200 mg IV cada 24 horas por 2 a 3 semanas 2. <i>Terapia alternativa:</i> Anfotericina B desoxicolato 0.6 mg/Kg IV cada 24 horas o Anfotericina B liposomal 3-4 mg/Kg IV cada 24 horas. 3. Si hay respuesta clínica en 7 días, no es necesaria la evaluación endoscópica. 4. Si se considera esofagitis por herpes o CMV remitirse al tratamiento específico para estas infecciones. 5. En casos de esofagitis por úlcera idiopática usar cursos cortos de prednisona 40 mg VO por día, durante 4 semanas disminuyendo 10 mg de prednisona cada semana. Posteriormente hacer descenso progresivo de dosis.	
Pneumocistosis: Tos seca más disnea progresiva.	<i>Pneumocystisjirovecii</i>	Coloración metenamina de plata en muestras de esputo o lavado bronquioalveolar	1. <i>Tratamiento de casos leves a moderados:</i> TMP/SMX) 160mg/800mg, 2 tabletas, cada 8 horas por 21 días. 2. <i>Tratamiento de casos severos:</i> (pO2 < de 70 mm Hg o gradiente alveolo-arterial > 35 mmHg) Además de lo indicado para casos leves, indicar Prednisona 40 mg VO cada 12 horas en los primeros 5 días, luego reducir la dosis a la mitad los 5 días siguientes, luego reducir la dosis a la cuarta parte los últimos 11 días. Brindar soporte oxigenatorio o ventilatorio. <i>Alternativa:</i> Dexametasona IV, (según equivalencia). 1. <i>En pacientes alérgicos a las sulfas:</i> Dapsona 100 mg VO cada 24 horas por 21 días o Primaquina 30 mg VO cada 24 horas + Clindamicina 300 mg VO cada 6 horas (o Clindamicina 600 mg IV cada 6 horas) por 21 días	TMP/SMX 160/800 mg VO cada 24 horas hasta que conteo de linfocitos CD4 se mayor de 200 cel/ml
Tuberculosis pulmonar Tos productiva por más de 15 días, baja ponderal, fiebre	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Exámenes directos con tinción Ziehl-Neelsen y cultivos rápidos o normales para mycobacterias de esputo o fluidos corporales	Ver numeral 6.2.7	

ENFERMEDAD OPORTUNISTA Y CUADRO CLÍNICO GENERAL	AGENTES ETIOLÓGICOS IMPLICADOS	PRUEBAS DIAGNOSTICAS	MANEJO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	PROFILAXIS SECUNDARIA
Neumonía Bacteriana Fiebre alta más tos productiva – purulenta.	<i>S. pneumoniae</i> y <i>Haemophilussp.</i> Menos frecuente <i>L. pneumophila</i> , <i>M. pneumoniae</i> y <i>Chlamydophilasp</i>	Gram y cultivo de esputo	1. <i>Tratamiento ambulatorio:</i> Amoxicilina 1 g VO cada 8 horas, o Amoxicilina/Ácido Clavulánico 500/125 mg VO cada 8 horas + Claritromicina 500 mg VO cada 8 horas por 7 días. 2. <i>Tratamiento en hospitalización:</i> Ceftriaxona 2 g, IV, cada 24 horas + Claritromicina 500 mg VO cada 8 horas por 7 días	
Encefalitis por toxoplasma Cefalea, trastorno progresivo de nivel de conciencia, focalización neurológica.	<i>Toxoplasma gondii</i>	TAC con y sin contraste o RMN cerebral.	Se deberá usar cualquiera de los siguientes esquemas: 1. Pirimetamina 200 mg VO dosis de ataque, luego 75 mg VO cada 24 horas (si peso =60Kg) o 50 mg VO cada 24 horas (si peso <60Kg) + Clindamicina 600 mg IV o VO cada 6 horas + ácido folínico 15 mg VO cada 24 horas por 8 semanas 2. TMP 5 mg/kg/dosis /SMX 25 mg/kg/dosis IV o VO cada 12 horas por 8 semanas 3. TMP 5 mg/kg/dosis /SMX 25 mg/kg/dosis IV o VO cada 12 horas, más Clindamicina 600 mg IV o VO cada 6 horas, por 8 semanas. Está indicado el uso de corticosteroides sólo si existe edema o efecto de masa significativo	TMP/SMX 160/800 mg VO cada 24 horas hasta que conteo de linfocitos CD4 se mayor de 200 cel/ml
Neurocriptococosis Cefalea intensa, signos de hipertensión endocraneana, trastorno progresivo del nivel de la conciencia	<i>Cryptococcusneoformans</i>	Examen directo y tinta china de LCR. Cultivo para hongos o Latex para criptococo en LCR.	1. <i>Tratamiento de inducción:</i> Anfotericina B liposomal 3-4 mg/Kg IV cada 24 horas por 2 semanas. <i>Alternativa:</i> Anfotericina B deoxicolato 0.7 a 1 mg/kg/día por 2 semanas (Fase de inducción). 1. <i>Tratamiento de consolidación:</i> Fluconazol 450 mg VO por 8 semanas 2. Para la hipertensión endocraneana se recomienda punciones lumbares repetidas hasta que la presión de apertura esté dentro del rango normal. 3. Iniciar TARGA, después de 4 semanas de iniciado antifúngicos y dentro de la fase de consolidación	Fluconazol 150 mg VO diario. Se puede suspender luego de un año, siempre y cuando el conteo de linfocitos CD4 sea mayor de 200 cel/ml
Meningitis bacteriana Cefalea más trastorno progresivo del nivel de la conciencia	<i>S. pneumoniae</i>	Examen directo, tinción de Gram y cultivo para gérmenes comunes de LCR	1. Ceftriaxona 2 g IV cada 12 horas por 14 días	
Infecciones por Virus del Herpes Simple <i>Herpes orolabial</i> <i>Herpes genital</i> <i>Herpes mucocutáneo severo</i>	<i>Virus del Herpes Simple (VHS)</i>	En caso que el diagnóstico clínico sea difícil: Cultivo viral, reacción en cadena de polimerasa (PCR) del ADN VHS y detección del antígeno VHS.	1. <i>Herpes orolabial:</i> Aciclovir 400mg VO cada 8 horas por 5 a 10 días. 2. <i>Herpes genital:</i> Aciclovir 400mg VO cada 8 horas por 5 a 14 días. 3. <i>Herpes mucocutáneo severo:</i> Aciclovir 5 mg/Kg IV cada 8 horas hasta evidenciar regresión de las lesiones. Luego continuar con Aciclovir 400mg VO cada 8 horas hasta que las lesiones estén completamente resueltas.	

ENFERMEDAD OPORTUNISTA Y CUADRO CLÍNICO GENERAL	AGENTES ETIOLÓGICOS IMPLICADOS	PRUEBAS DIAGNOSTICAS	MANEJO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	PROFILAXIS SECUNDARIA
Neurosífilis Cefalea más trastorno progresivo del nivel de la conciencia y/o focalización neurológica.	Treponema pallidum	Estudio de LCR que incluya VDRL y FTAabs. Realizar estudio de LCR cada 6 meses luego de iniciado el tratamiento.	Penicilina G sódica: 3 a 4 millones UI, IV cada 4 horas, por 14 días, seguido de Penicilina Benzatínica 2,4 millones UI IM cada semana por 3 semanas. Si el conteo celular del LCR no se normaliza entre los 18-24 meses y no se observa la disminución <4 veces del título de la serología, dar un segundo curso de tratamiento En caso de antecedentes a alergia a penicilina la desensibilización es el manejo de elección Si no se puede realizar desensibilización, indicar Ceftriaxona 2g IV cada 24 horas por 14 días	
Enfermedad por Citomegalovirus (CMV) Retinitis por CMV: Pérdida progresiva de la agudeza visual más dolor ocular. Esofagitis: Disfagia u odinofagia que no responden al tratamiento empírico inicial. Colitis por CMV: Diarrea crónica que no responde a tratamiento empírico inicial.	Citomegalovirus	Fondo de ojo en caso de problemas visuales. Biopsia de úlceras observadas en endoscopia o colonoscopia en caso de esofagitis o colitis para histopatología. PCR para detección de viremia, antígeno para CMV o cultivo de fluidos o tejido para CMV.	1. Retinitis por CMV: Ganciclovir 5 mg/kg IV cada 12 horas durante 21 días o valganciclovir 900 mg VO cada 12 horas por 21 días. 2. Esofagitis o colitis por CMV: Ganciclovir 5 mg/kg IV cada 12 horas, pudiendo rotar a valganciclovir 900 mg VO cada 12 horas, una vez que el paciente pueda tolerar la VO. Duración total de tratamiento: 21 a 42 días o hasta la resolución de las lesiones.	
Infecciones por Virus del Herpes Zoster Varicela: Lesiones cutáneas con distribución central, las cuales evolucionan en máculas, vesículas, pústulas y costras. Además se presenta fiebre, cefalea y malestar. Herpes zoster: Lesiones cutáneas que siguiendo el trayecto de uno o más dermatomas, generalmente con dolor prodrómico.	Virus Varicela-Zoster	En caso que el diagnóstico clínico sea difícil: hisopado de las lesiones recientes o biopsia de tejido (lesiones mucocutáneas) o muestra de LCR (en caso de encefalitis) para cultivo viral, detección directa de antígenos por fluorescencia o PCR.	1. Varicela primaria: Valaciclovir 1 g VO cada 8 horas. En casos complicados Aciclovir 10 – 15 mg/Kg IV cada 8 horas por 7 a 10 días. 2. Dermatóma localizado: Valaciclovir 1 g VO cada 8 horas. En casos complicados (lesiones extensas con compromiso visceral) Aciclovir 10 – 15 mg/Kg IV cada 8 horas por 7 a 10 días, luego continuar con terapia oral hasta la resolución de las lesiones.	
Sarcoma de Kaposi Lesiones cutáneas o en mucosas, violáceas, infiltrativas y de rápida diseminación.	Virus Herpes Humano tipo 8	Biopsia y estudio anatomopatológico	Iniciar u optimizar el TARGA y referir al paciente para tratamiento oncológico.	

ANEXO 20

FORMATO DE DERIVACIÓN DE PERSONAS CON INFECCIÓN POR VIH

DEL C.S. () C.M.I. () HOSP. () EsSalud () OTRO () : _____

AL C.S. () C.M.I. () HOSP. () EsSalud () OTRO () : _____

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE: _____

CÓDIGO DEL PACIENTE (Sólo pacientes del MINSA)

SEXO _____ EDAD _____ DNI: _____

DIRECCIÓN: _____ DISTRITO: _____

- I. MOTIVOS DE LA DERIVACIÓN:
- 1.- SEGUIMIENTO Y ADMINISTRACIÓN DE TTO ()

2.- REQUIERE EVALUACIÓN ESPECIALIZADA ()

3.- INGRESA O SALE DE ESSALUD ()

5.- OTROS (Especifique): _____ ()

II. RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA:

FECHA DE DIAGNÓSTICO: _____ Adjuntar copias de los exámenes):

ELISA VIH ____ / ____ / ____ Prueba Confirmatoria (IFI o WB) ____ / ____ / ____

HISTORIA DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS (EO)

Nº	EO	Fecha de Inicio	Fecha Término	Terapéutica	Evolución

Si continua la EO colocar "CONT" en fecha término

QUIMIOPROFILAXIS

Nº	Quimioprofilaxis	Fecha de Inicio	Fecha Término	Observaciones
1	Cotrimoxazol (TMP/SMX)			
2	Isoniacida (INH)			

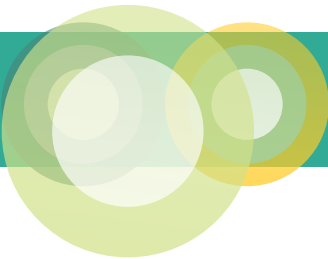
LABORATORIO

	FECHA (del último resultado)	RESULTADOS
Serología para Sífilis		
BK esputo		
Radiografía Tórax		

Valores de CD4 y Carga Viral (CV)

	BASAL	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º
FECHAS										
CD4										
CV										

D



TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL RECIBIDO				
Esquema de tratamiento	Fecha de inicio	Fecha término	Efectos adversos	Observaciones

OTROS DE IMPORTANCIA

III. ATENCIÓN INTEGRAL (para establecimientos de salud del MINSA)

INFORME DE ENFERMERÍA:

Diagnóstico de Enfermería: _____

Conclusiones/Recomendaciones: _____

INFORME PSICOLÓGICO:

Diagnóstico Psicológico: _____

Conclusiones/Recomendaciones: _____

ESTUDIO SOCIAL:

Diagnóstico Social: _____

Conclusiones/Recomendaciones: _____

COMENTARIOS ADICIONALES: _____

*Adjuntar copia de la Hoja I.

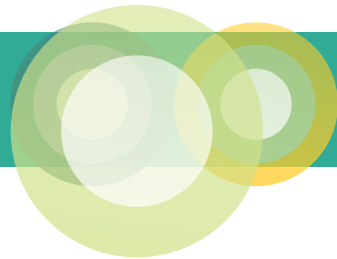
Firma y sello del responsable del establecimiento que deriva

Firma y sello del responsable del establecimiento que recibe

Fecha de recepción: ____/____/____
(Día/mes/año)

ANEXO 21
INDICADORES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA INFECCIÓN POR EL VIH

N°	INDICADOR	UTILIDAD	FORMULA DE CALCULO	FUENTE PRIMARIA DE INFORMACION	FRECUENCIA DE REPORTE	META
1	N° de PVVS diagnosticadas con la infección	Mide el número de personas que han sido diagnosticadas con VIH en el establecimiento de salud	Numerador: Número de personas que han sido diagnosticados con la infección de VIH y notificados en el servicio a diciembre del año evaluado (dato acumulativo) Denominador: No aplica	Ficha de notificación de VIH/SIDA- Oficina de Epidemiología	Anual	No aplica
2	% de PVVS incorporadas en los servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH	Mide la proporción de personas que reciben servicios de atención al VIH (medida como que hayan tenido al menos un recuento de linfocitos CD4, o una carga viral durante el periodo de análisis)	Numerador: Número de personas con VIH que tuvieron un recuento de linfocitos CD4 o una CV a diciembre del año evaluado (dato acumulativo) Denominador: Indicador 1	Net Lab	Anual	>90%
3	% de PVVS diagnosticados que se mantienen en seguimiento	Mide el número y porcentaje de personas con infección por el VIH que se mantienen en los servicios de salud	Numerador: Número de personas con VIH en servicios de atención que tuvieron dos o más CD4 o CV en los últimos 12 meses. Denominador: Indicador 1	Libro de seguimiento de pacientes con Infección por VIH, HIS, Historia Clínica	Anual	>75%
4	% de PVVS en TARGA	Mide el progreso en la provisión de TARGA a las personas que llegan a los establecimientos de salud	Numerador: Número de personas con VIH que se encuentran actualmente en tratamiento a diciembre del año evaluado. (dato acumulativo). Denominador: Indicador 1	Libro de seguimiento de pacientes con infección por VIH	Anual	>65%
5	% de PVVS en TARGA con supresión virológica	Mide la proporción estimada de PVVS que alcanzó supresión virológica (carga viral < 40 copias/mL luego de 6 meses de TARGA)	Numerador: Número de personas con VIH a diciembre del año evaluado (dato acumulativo) y que cuentan con carga viral < 40 copias/mL en los últimos 12 meses. Denominador: Indicador 1	Libro de seguimiento de pacientes con infección por VIH	Anual	>60%



N°	INDICADOR	UTILIDAD	FORMULA DE CALCULO	FUENTE PRIMARIA DE INFORMACION	FRECUENCIA DE REPORTE	META
6	% de Sobrevida de pacientes con infección VIH al TARGA	Mide el número y porcentaje de personas con infección por VIH, que se encuentran en TARGA y que siguen con vida 12 meses después de iniciado el tratamiento	Numerador: Número de PVVS (adultos y niños) en TARGA que siguen con vida 12 meses después de iniciado el tratamiento antirretroviral en el año evaluado Denominador: Número de PVVS (adultos y niños) que iniciaron TARGA en los últimos 12 meses.	Libro de seguimiento de pacientes con infección por VIH	Anual	90%
7	N° de personas con Infección VIH que abandonan TARGA	Mide el número y porcentaje de personas con infección VIH que abandonaron el TARGA en el último año.	Numerador: Número de PVVS (adultos y niños) en TARGA que abandonaron el tratamiento por un periodo mayor a 30 días contados a partir del día de su cita de control. Denominador: Número de PVVS (adultos y niños) que iniciaron TARGA en los últimos 12 meses.	Libro de seguimiento de pacientes con infección por VIH	Mensual	<10%
8	N° de personas con infección VIH que inician profilaxis con INH	Mide el número y porcentaje de PVVS con o sin TARGA que han iniciado profilaxis con INH en el establecimiento de salud	Numerador: Número de PVVS (adultos y niños) con y sin TARGA que han iniciado profilaxis con INH y que al mes de reporte continúan tomando INH. Denominador: Número de PVVS (adultos y niños) con indicación para inicio de profilaxis con INH	Libro de seguimiento de pacientes con infección por VIH	Mensual	> 80%
9	N° de personas con Infección VIH con diagnóstico nuevo de TB	Mide el número total de personas con infección VIH a las cuales se diagnosticó TB en el periodo de reporte.	Numerador: Número de PVVS (adultos y niños) que fueron diagnosticados de TB en los últimos 30 días. Denominador: No aplica	Libro de seguimiento de pacientes con infección por VIH	Mensual	< 20%
10	N° de personas con Infección VIH con diagnóstico nuevo de VHB crónica	Mide el número total de personas con infección VIH a las cuales se diagnosticó Hepatitis B crónica en el periodo de reporte	Numerador: Número de PVVS (adultos y niños) que fueron diagnosticados de hepatitis B crónica en los últimos 30 días. Denominador: No aplica	Libro de seguimiento de pacientes con infección por VIH	Mensual	No aplica
11	N° de personas con infección VIH y con diagnóstico de VHB crónica en tratamiento	Mide el número de personas con infección VIH y con diagnóstico de VHB crónica que vienen recibiendo tratamiento para ambas infecciones.	Numerador: Número de PVVS (adultos y niños) que fueron diagnosticados de hepatitis B crónica en los últimos 30 días y que iniciaron tratamiento para ambas infecciones. Denominador: No aplica	Libro de seguimiento de pacientes con infección por VIH	Mensual	No aplica

X BIBLIOGRAFIA.

- 1) Boyd MA, Hill MA. Clinical Management of Treatment-Experienced, HIV/AIDS Patients in the Combination Antiretroviral Therapy Era. Pharmacoeconomics. 2010;28Suppl 1:17-34.
- 2) Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. Recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Mayo 2014. Available at http://www.aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adult_oi.pdf
- 3) Centers for Disease Control and Prevention. Revised Surveillance Case Definitions for HIV Infection Among Adults, Adolescents, and Children Aged <18 Months and for HIV Infection and AIDS Among Children Aged 18 Months to <13 Years — United States, 2008.
- 4) Centers for Disease Control and Prevention. Updated U.S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations for Postexposure Prophylaxis. Infection Control and Hospital Epidemiology Jun 2013. [Stable URL: http://www.jstor.org/stable/10.1086/672271](http://www.jstor.org/stable/10.1086/672271)
- 5) Centers for Disease Control and Prevention. Vaccines that might be indicated for adults based on medical and other indications. Unites States. 2014. <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/adult/adult-schedule.pdf>
- 6) Croxtall JD, Keam SJ. Raltegravir: A Review of its Use in the Management of HIV Infection in Treatment-Experienced Patients. Drugs 2009; 69 (8): 1059-1075.
- 7) Croxtall JD, Scott LJ. Raltegravir: In Treatment-Naive Patients with HIV-1 Infection. Drugs 2010; 70 (5): 631-642.
- 8) Dedicoat M, Livesley N. Tratamiento de la encefalitis toxoplásmica en individuos con infección por VIH (especialmente en ámbitos de bajos recursos) (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 9) Department of Health and Human Services (HHS) - Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC). Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. 2014 Available at <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf>
- 10) Dianne C et al Lipid profiles in HIV-infected adults receiving atazanavir and atazanavir/ritonavir: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J AntimicrobChemother 2010; 65: 1878–1888

- 11) European AIDS Clinical Society (EACS) Guidelines. Version 7.0. October 2013.
- 12) Fullerton DS, Watson MJ, Anderson D, Witek J, Martin SC, Mrus JM. Pharmacoeconomics of etravirine. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2010 Oct;10(5):485-495
- 13) Fullerton DS, Smets E, De La Rosa G, Mrus JM. Pharmacoeconomics of darunavir. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2011 Feb;11(1):27-39.
- 14) Gutiérrez J, Gotuzzo E. Co- infección VIH y Tuberculosis. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/tropicales/telemedicinatarga/REVISION%20DE%20TEMAS/VIH-TB%20modificado.pdf>
- 15) Khan, Minion, Pai, Royce, Burman, Harries, Menzies Treatment of Active Tuberculosis in HIV-Coinfected Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis *Clinical Infectious Diseases* 2010; 50(9):1288–1299
- 16) Lan W et al. British HIV Association guidelines for the treatment of HIV-1-positive adults with antiretroviral therapy 2012 (Updated November 2013)
- 17) Lin D, Li WK, Rieder MJ. Cotrimoxazol para la profilaxis o el tratamiento de las infecciones oportunistas por VIH/SIDA en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad al Cotrimoxazol (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 18) Mauskopf J, Annemans L, Hill AM, Smets E. A review of economic evaluations of darunavir boosted by low-dose ritonavir in treatment-experienced persons living with HIV infection. *Pharmacoeconomics.* 2010;28Suppl 1:1-16.
- 19) Ministério da Saúde do Brasil. Secretária de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Adultos Vivendo com HIV/AIDS. Brasília - 2013.
- 20) Ministerio de Salud de Perú. NTS N° 104 – MINSA/DGSP. V.01. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis. 2013.
- 21) Ministerio de Salud del Perú. NT N° 003 – MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica para la Articulación de Servicios de Consejeros Educadores de Pares para personas que viven con VIH/SIDA.
- 22) Ministerio de Salud del Perú. NTS N° 080 – MINSA/DGSP V. 03. Norma Técnica de Salud que estable el Esquema de Vacunación Nacional. 2013
- 23) Ministerio de Salud del Perú. RM 526 – 2011/MINSA. Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- 24) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Recomendaciones del Grupo de Estudio del Sida (GESIDA)/ Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Enero 2014. <https://www.seimc.org/contenidos/gruposdeestudio/gesida/dcientificos/documentos/2014/gesida-guiasclinicas-2014-tar.pdf>
- 25) Moeremans K, Hemmett L, Hjelmgren J, Allegri G, Smets E. Cost effectiveness of darunavir/ritonavir 600/100 mg bid in treatment-experienced, lopinavir-naive, protease inhibitor-resistant, HIV-infected adults in Belgium, Italy, Sweden and the UK. *Pharmacoeconomics.* 2010;28 Suppl 1:147-67.
- 26) Njei B et al. Optimal timing for antiretroviral therapy initiation in patients with HIV infection and concurrent cryptococcal meningitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2. Art. No.: CD009012. DOI: 10.1002/14651858.CD009012.pub2
- 27) Organización Mundial de la Salud. Consolidated Guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and prevention HIV Infection. Recommendations for a Public Health Approach. June 2013.
- 28) Organización Mundial de la Salud. WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2007. Available at <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hivstaging/en/index.html>.
- 29) Organización Panamericana de la Salud "Definición de la OMS de caso de infección por el VIH a efectos de vigilancia y revisión de la estadificación clínica y de la clasificación inmunológica de la enfermedad relacionada con el VIH en adultos y niños". Washington, D.C.: OPS, © 2012
- 30) Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. Profilaxis post exposición ocupacional y no ocupacional al VIH, virus de la hepatitis B y C, y normas de bioseguridad. 3ra Edición. 2011.
- 31) Organización Panamericana de la Salud. Guía Clínica. Co-infección de TB/VIH. 2010.
- 32) Palacios Muñoz, De la Fuente Aguado, MurillasAngoitic, Nogueira Coitod, Santos González, Sífilis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana *EnfermInfeccMicrobiolClin.* 2006;24(Supl. 2):34-9
- 33) Panamá, Ministerio de Salud Guía para la atención Nutricional de las personas con VIH / MINSA, OPS/OMS, INCAP, CSS, 2007.
- 34) Ramkumar K, Neamati N. Raltegravir: The evidence of its therapeutic value in HIV-1 infection. *CoreEvid.* 2010 J
- 35) SoumyaSwaminathan, C. Padmapriyadarsini, and G. Narendran HIV-Associated Tuberculosis: Clinical Update *Clinical Infectious Diseases* 2010; 50(10):1377–1386
- 36) Stellbrink HJ. Etravirine (TMC-125): The evidence for its place in the treatment of HIV-1 infection. 2010 Jun 15; 4:149-58.
- 37) Tang M et al HIV-1 Antiretroviral Resistance. *Scientific Principles and Clinical Applications. Drugs* 2012; 72 (9).
- 38) TB/HIV. Research Priorities in Resource-Limited Settings. Report of an Expert Consultation. 14 - 15 February 2005. Geneva, Switzerland. WHO/HTM/TB/2005.355. WHO/HIV/2005.03



- 39) The Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. International Standards Tuberculosis Care, 2006.
- 40) Thompson M, et al. Recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel. Journal of American Medical Association. July 25, 2012—Vol 308, No. 4
- 41) World Health Organization. HIV DRUG RESISTANCE EARLY WARNING INDICATORS World Health Organization indicators to monitor HIV drug resistance prevention at antiretroviral treatment sites. June 2010 Update.

