



Resolución Ministerial

Lima, 10 de DICIEMBRE del 2020

Visto, el Expediente N° 20-074534-001, que contiene el Informe N° 075-2020-DPVIH/DGIESP/MINSA de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública; y, el Informe N° 1265-2020-OGAJ/MINSA de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral 1 del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, señala que el Ministerio de Salud es competente en la salud de las personas;

Que, el artículo 4 del citado Decreto Legislativo dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, los literales b) y h) del artículo 5 del acotado Decreto Legislativo, modificado por el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de la política nacional y políticas sectoriales de salud;





Que, el artículo 63 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-SA, establece que la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, competente para dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas de salud pública en materia de prevención y control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis, entre otras; asimismo, según lo dispuesto en el literal b) del artículo 64 del mencionado Reglamento, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública tiene la función de proponer, evaluar y supervisar la implementación de políticas, normas, lineamientos y otros documentos normativos materia de intervenciones estratégicas en salud pública;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 215-2018/MINSA, se aprueba la NTS N° 097-MINSA/DGSP-V.03 "Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)";



Que, de acuerdo a lo señalado en el documento del visto y con el objeto de actualizar la citada NTS N° 097-MINSA/DGSP-V.03, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, en el marco de sus competencias, propone la aprobación de la Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), cuya finalidad es contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad en adultos que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como en la mejora de su calidad de vida; siendo necesario derogar la Resolución Ministerial N° 215-2018/MINSA;



Estando a lo propuesto por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, de la Secretaria General, del Viceministro de Salud Pública y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud, y por el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades; y, el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado mediante los Decretos Supremos N° 011-2017-SA y N° 032-2017-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la NTS N° **169** -MINSA/2020/DGIESP "Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)", que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Derogar la Resolución Ministerial N° 215-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 097-MINSA/DGSP-V.03 "Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)".





Resolución Ministerial

Lima, 10 de DICIEMBRE del 2020

Artículo 3.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial y su Anexo en el portal institucional del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



PILAR ELENA MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud



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

I. FINALIDAD

Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad en adultos que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como en la mejora de su calidad de vida.

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Estandarizar los procedimientos para la Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en los establecimientos de salud del territorio nacional.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Establecer los procesos de tamizaje, diagnóstico precoz y simplificado, tratamiento oportuno, monitoreo y seguimiento en los adultos con infección por VIH.
- 2.2.2 Actualizar los criterios de inicio del Tratamiento Antirretroviral (TAR) del adulto con infección por VIH y estandarizar los esquemas de tratamiento para reducir el riesgo de falla terapéutica y resistencia a los antirretrovirales.
- 2.2.3 Facilitar el acceso a medicamentos antirretrovirales en dosis fija combinada, así como al tratamiento para enfermedades oportunistas.
- 2.2.4 Establecer las pautas para la referencia y contrarreferencia para los adultos con infección por VIH, así como el seguimiento y acompañamiento de los casos.
- 2.2.5 Fortalecer el suministro oportuno de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, de insumos y reactivos de laboratorio, así como los flujos de las muestras biológicas para el diagnóstico y monitoreo de los casos, asegurando sus resultados oportunos para el manejo integral.
- 2.2.6 Fortalecer el sistema de registro e información, evaluación y seguimiento de las actividades que se realizan para brindar la atención integral a los adultos con infección por VIH.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas (establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo) a cargo del Ministerio de Salud, Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), Gerencias Regionales de Salud (GERESA), Seguro Social de Salud (EsSalud), Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, Instituto Nacional Penitenciario (INPE); así como en las instituciones privadas o mixtas 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 la Inmunodeficiencia Humana, el SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual.
- **Ley N° 26842**, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- **Ley N° 27867**, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, y sus modificatorias.
- **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 mujeres y hombres.
- **Ley N° 29414**, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- **Ley N° 29459**, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- **Ley N° 29733**, Ley de Protección de Datos Personales, y su modificatoria.
- **Ley N° 30024**, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, y su modificatoria.
- **Ley N° 30885**, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).
- **Ley N° 30895**, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- **Decreto Legislativo N° 1161**, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- **Decreto Supremo N° 004-97-SA**, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 26626, referido al logro de objetivos del Plan Nacional CONTRASIDA.
- **Decreto Supremo N° 016-2009-SA**, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- **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, y sus modificatorias.
- **Decreto Supremo N° 007-2012-SA**, que autoriza al Seguro Integral de Salud la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- **Decreto Supremo N° 003-2013-JUS**, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su modificatoria.
- **Decreto Supremo N° 027-2015-SA**, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, y su modificatoria.
- **Decreto Supremo N° 035-2015-SA**, que aprueba el Plan Estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual - ITS y el VIH (PEM ITS-VIH) 2015-2019.



NTS N° 169 -MINSAL/2020/DGIESP
"NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)"

- **Decreto Supremo N° 008-2017-SA**, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- **Decreto Supremo N° 001-2018-MIMP**, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1297, Decreto Legislativo para la Protección de las niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos.
- **Decreto Supremo N° 002-2020-SA**, que reglamenta la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N° 1346 que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del Seguro Integral de Salud (SIS).
- **Resolución Ministerial N° 164-2009/MINSA**, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 020-MINSA/DGSP-V01 "Directiva Sanitaria para la Implementación del tamizaje de prueba rápida para VIH en mujeres en edad fértil en los Servicios de Planificación Familiar".
- **Resolución Ministerial N° 242-2009/MINSA**, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 022-MINSA/DGPS-V01 "Directiva Sanitaria para la Distribución del Condón Masculino a usuarios/as en Servicios de Salud".
- **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.
- **Resolución Ministerial N° 264-2009/MINSA**, que aprueba el Documento Técnico: Consejería en ITS/VIH y SIDA.
- **Resolución Ministerial N° 540-2011/MINSA**, que aprueba la Norma Técnica de Salud 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", y su modificatoria.
- **Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA**, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03, Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud", y su modificatoria.
- **Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA**, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01, que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, y su modificatoria.
- **Resolución Ministerial N° 715-2013/MINSA**, que aprueba la NTS N° 104-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas afectadas por Tuberculosis", y su modificatoria.
- **Resolución Ministerial N° 117-2015/MINSA**, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 115-MINSA/DGE-V.01, "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú".
- **Resolución Ministerial N° 539-2016/MINSA**, que aprueba la NTS N° 123-MINSA/DIGEMID-V.01, "Norma Técnica de Salud que regula las actividades de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios".
- **Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA**, que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- **Resolución Ministerial N° 1012-2016/MINSA**, que aprueba la NTS N° 129-MINSA/2016/DGIESP, "Norma Técnica de Salud para la Prevención y el Control de



la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en Pueblos Indígenas Amazónicos, con pertinencia intercultural", y su modificatoria.

- **Resolución Ministerial N° 366-2017/MINSA**, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú".
- **Resolución Ministerial N° 597-2017/MINSA**, que aprueba la conformación del Comité de Expertos de la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
- **Resolución Ministerial N° 1069-2017/MINSA**, que aprueba Directiva Administrativa N° 242-MINSA/2017/DGAIN "Directiva Administrativa que establece la Cartera de Atención de Salud en los establecimientos de salud del primer nivel de atención".
- **Resolución Ministerial N° 116-2018/MINSA**, que aprueba la Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios – SISMED", y sus modificatorias.
- **Resolución Ministerial N° 719-2018/MINSA**, que aprueba la NTS N° 141-MINSA/2018/DGIESP: "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación".
- **Resolución Ministerial N° 895-2018/MINSA**, que aprueba la NTS N° 143-MINSA/2018/DGIESP: "Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control de la Coinfección de la Tuberculosis y el Virus de Inmunodeficiencia Humana en el Perú".
- **Resolución Ministerial N° 1330-2018/MINSA**, que aprueba la NTS N° 146-MINSA/2018/DGIESP "Norma Técnica de Salud para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hepatitis Viral B en el Perú".
- **Resolución Ministerial N° 1361-2018/MINSA**, que aprueba el "Documento Técnico: Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud", y sus modificatorias.
- **Resolución Ministerial N° 227-2019/MINSA**, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 083-MINSA/2019/DGIESP: "Directiva Sanitaria para el Uso del Kit de para la Atención de Casos de Violencia Sexual".
- **Resolución Ministerial N° 670-2019/MINSA**, que aprueba el "Documento Técnico: Petitorio Nacional Único de Dispositivos Médicos Esenciales para el Sector Salud".
- **Resolución Ministerial N° 030-2020/MINSA**, que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)".
- **Resolución Ministerial N° 193-2020/MINSA**, que aprueba el "Documento Técnico: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú", y sus modificatorias.
- **Resolución Directoral N° 144-2016-DIGEMID-DG-MINSA**, que aprueba el Formato de Notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos u otros productos farmacéuticos por los profesionales de la salud.



V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Abandono al tratamiento antirretroviral (TAR):** Es la condición en la que el paciente no concurre a recibir tratamiento por más de treinta (30) días consecutivos, tiempo que también se considera cuando el paciente es referido a otro establecimiento de salud y no se confirma su recepción.
- **Adherencia al tratamiento:** Es el comportamiento de una persona con VIH que 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 la salud.
- **Agente comunitario de salud (ACS):** Es la persona elegida y/o reconocida por su comunidad, que realiza acciones voluntarias de promoción de la salud y prevención de enfermedades, en coordinación con el personal de la salud y otras instituciones locales y regionales, ejerciendo la representatividad de su comunidad a través de la participación ciudadana, cumpliendo de esa manera el rol articulador entre la comunidad y las autoridades.
- **Agente de Soporte Personal (ASP):** Es un miembro del entorno personal del paciente, pudiendo ser un familiar o amigo cercano, elegido por el paciente, que le brinda acompañamiento, soporte emocional y apoyo para fortalecer la adherencia al tratamiento, entre otras actividades.
- **Atención integral en salud:** Se entiende a las intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, provistas de manera integral, integrada y continua por el establecimiento de salud o la red de salud, con calidad y equidad, teniendo como eje de intervención a la persona, familia y comunidad.
- **Carga viral (CV):** Cantidad de VIH circulando en plasma sanguíneo. Se mide en número de copias de ARN por mililitro de plasma (copias/ml).
- **Caso de co-infección TB/VIH:** Es aquella persona que presenta de manera simultánea los diagnósticos de tuberculosis (TB) e infección por VIH.
- **Caso fuente:** Paciente con infección por VIH del que procede algún fluido al que está expuesto el personal de la salud en caso de un accidente laboral.
- **Comité de expertos en atención integral del adulto con VIH/SIDA:** Comité adscrito a la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis (DPVIH) encargado de dar asistencia técnica en el manejo de pacientes con infección por VIH, siendo responsables de recomendar el uso de antirretrovirales especiales para esquemas de segunda línea, según pruebas de genotipificación y casos especiales.
- **Consejería en ITS, VIH/SIDA:** Es un proceso de diálogo e interacción, dinámico y confidencial, entre el consejero y la persona que recibe la consejería. Es un tipo especial de acercamiento humano, empatía y confianza mutua orientada a ofrecer soporte emocional, información y educación sobre el cuidado de la salud.
- **Contrarreferencia:** Es un proceso administrativo asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario, al establecimiento de salud



de origen de la referencia o del ámbito de donde procede el paciente, porque cuentan con la capacidad de manejar o monitorizar el problema de salud integralmente.

- **Curso de Vida:** Comprende la sucesión de eventos que ocurren a lo largo de la existencia de las personas y la población, los cuales interactúan para influir en su salud desde la preconcepción hasta la muerte.
- **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.
- **Dosis Fija Combinada (DFC):** Combinación de dos o más medicamentos en una sola presentación comercial, sea en tabletas o cápsulas.
- **Educador de Pares:** Son personas de la población clave, Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH), trans femininas, trabajadores o trabajadoras sexuales (TS), personas que viven con el VIH/SIDA (PVV) y personas privadas de la libertad (PPL), seleccionados y capacitados para brindar apoyo emocional, educación en salud y acompañamiento a sus pares, en los establecimientos de salud y a nivel comunitario, para la prevención y atención integral de las ITS/VIH/SIDA.
- **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 (ELISA de tercera generación) o antígenos y anticuerpos del VIH (ELISA de cuarta generación).
- **Esquema de primera línea:** Es el tratamiento antirretroviral estandarizado indicado a todo paciente sin experiencia previa de tratamiento.
- **Esquema de segunda línea:** Es el tratamiento antirretroviral destinado a pacientes que fracasaron al esquema de primera línea. Debe ser elaborado en base a resultados de genotipificación.
- **Establecimiento de salud que brinda TAR:** Establecimientos de salud que cumplen criterios de evaluación para ingresar y/o brindar atención integral a personas viviendo con VIH al TAR. Estos pueden ser institutos especializados de salud, hospitales, Centros Especializados de Referencia de ITS (CERITS), Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP), centros y puestos de salud en general.
- **Exposición no ocupacional al VIH:** Acto en el cual una persona se expone a fluidos potencialmente contaminados con VIH, fuera de situaciones ocupacionales.
- **Exposición ocupacional al VIH:** Acto en el cual un personal de la salud, durante su jornada laboral, se expone a sangre, tejidos o fluidos potencialmente contaminados con VIH a través de una lesión percutánea (punzante o cortante), o de mucosas.
- **Farmacovigilancia:** Es la actividad relacionada con la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos de los medicamentos, o cualquier otro posible problema relacionado con ellos.



- **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 esta.
- **Fracaso virológico:** Se denomina así a la incapacidad de lograr o mantener la supresión virológica ante una indicación terapéutica. Se considerará fracaso virológico cuando no se logra suprimir los niveles plasmáticos de CV a menos de 1000 copias/ml a los 6 meses de iniciado el TAR (resistencia transmitida), o los niveles plasmáticos de CV que han estado previamente indetectables, presenten valores mayores de 1000 copias/ml en dos mediciones efectuadas con un intervalo de cuatro semanas, mientras el paciente está tomando TAR (resistencia adquirida).
- **Incidente adverso:** 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 un dispositivo médico. Está relacionado con la identidad, calidad, durabilidad y seguridad de los mismos. Incluye errores, eventos adversos prevenibles y riesgos.
- **Infección aguda por el VIH:** Es la etapa que ocurre inmediatamente después de la infección por el VIH, y se caracteriza por una alta carga viral y anticuerpos contra el VIH no detectables. En esta etapa se pueden presentar síntomas o no.
- **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, o una sustancia presente en la dieta o en el ambiente que rodea al organismo.
- **Organización de Base Comunitaria:** Son grupos comunitarios que realizan incidencia en la localidad a la que pertenecen. De acuerdo a sus capacidades, pueden brindar actividades educativas a las poblaciones a quienes dirigen sus programas de información, prevención y tamizaje de VIH, entre otros.
- **Paciente antes tratado:** Paciente con VIH con antecedente de haber sido tratado con medicamentos antirretrovirales o con un esquema de tratamiento antirretroviral.
- **Paciente derivado:** Es todo paciente con VIH enviado a otro establecimiento de salud para la continuación del TAR.
- **Paciente enrolado:** Es todo paciente con VIH que inicia terapia antirretroviral e ingresa por primera vez al sistema de registro del Ministerio de Salud, en establecimientos públicos o privados del ámbito nacional. Un paciente sólo puede ser enrolado una vez.
- **Paciente en tratamiento:** Es todo paciente con VIH que está actualmente recibiendo TAR.
- **Paciente nuevo:** Paciente con VIH que no ha recibido anteriormente antirretrovirales o un esquema de tratamiento antirretroviral.
- **Pareja serodiscordante:** Es aquella pareja en la cual uno de los miembros tiene la infección por VIH y el otro no la tiene.



- **Persona con infección confirmada por VIH:** Es la persona que presenta dos pruebas de tamizaje reactivas (prueba rápida para VIH y/o ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas - ELISA para VIH) y una prueba confirmatoria positiva.
- **Profilaxis post-exposición al VIH (PPE):** Es la administración de antirretrovirales para disminuir el riesgo de transmisión del VIH luego de una exposición ocupacional o no ocupacional al virus.
- **Prueba de determinación del alelo HLA – B*5701:** Prueba molecular que detecta la presencia del haplotipo HLA-B*5701, que está vinculado a la hipersensibilidad al antirretroviral abacavir. Si una persona tiene resultados positivos en esta prueba, no debe recibir abacavir como parte del TAR.
- **Prueba de genotipificación del VIH-1:** Es la prueba que identifica mutaciones del VIH-1, asociadas con la resistencia a medicamentos antirretrovirales mediante secuenciamiento genético.
- **Prueba de tamizaje para VIH:** Son todas aquellas pruebas que permiten detectar anticuerpos contra el VIH. Son pruebas de tamizaje: las pruebas rápidas para VIH, el ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) para VIH y la quimioluminiscencia para VIH. También existen pruebas de tamizaje que detectan la presencia de anticuerpos y antígenos contra el VIH (ELISA de cuarta generación).
- **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 antagonistas del correceptor CCR5, caso contrario se desaconseja su uso.
- **Prueba rápida (PR) para VIH:** Es una prueba de tamizaje (Prueba inmunocromatográfica) para la detección rápida de anticuerpos contra el VIH (Prueba rápida de tercera generación), en muestras como sangre capilar o venosa, suero o plasma. También existen pruebas rápidas que detectan la presencia de antígenos y anticuerpos contra el VIH (Prueba rápida de cuarta generación).
- **Pruebas confirmatorias de VIH:** Son las pruebas realizadas en sangre o plasma, que identifican la presencia de anticuerpos específicos contra el VIH o la detección directa del virus o alguno de sus componentes. Para efectos de la presente norma, se considerarán pruebas confirmatorias, la Inmunofluorescencia indirecta (IFI), Inmunoblot y la carga viral para VIH.
- **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, tratamiento o para modificar funciones fisiológicas.
- **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.



- **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.
- **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.
- **Recuento de linfocitos T CD4:** Medición de linfocitos T que tienen el marcador de superficie CD4 presentes en sangre total, y que constituye la principal célula blanco del VIH. Se mide en número de células por microlitro (células/ μ L).
- **Referencia:** Es un proceso administrativo-asistencial mediante el cual el personal de un establecimiento de salud transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutoria, debido a sus limitaciones operativas.
- **Retención al TAR:** Es el indicador que permite identificar cuántas personas con VIH inician y continúan con el tratamiento antirretroviral después de un periodo de evaluación, sea después de un año, dos o cinco años.
- **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 TAR.
- **Supresión Viroológica:** Reducción de la carga viral de VIH a un nivel indetectable (< 50 copias/ml) de una persona que toma el tratamiento antirretroviral.
- **Tratamiento Antirretroviral (TAR):** 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 inmune de las personas con infección por VIH.
- **Tuberculosis sensible:** Es aquella tuberculosis causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, que es sensible a todos los medicamentos anti-TB de primera línea.
- **Tuberculosis multidrogorresistente (MDR):** Es aquella tuberculosis causada por el *M. tuberculosis* con resistencia simultánea a Isoniacida y Rifampicina, detectada a través de pruebas de sensibilidad rápidas o convencionales.
- **Tuberculosis extremadamente resistente (XDR):** Es aquella tuberculosis causada por el *M. tuberculosis* con resistencia simultánea a Isoniacida, Rifampicina, una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea, detectada a través de pruebas rápidas moleculares o convencionales.
- **Vinculación:** Proceso mediante el cual el personal de la salud y/o educador de pares y/o agente comunitario de salud y/o agentes de medicina tradicional y/o agente de soporte personal, realiza el acompañamiento de la persona identificada con



resultado reactivo de VIH en actividades intra o extramurales, hacia los establecimientos de salud que brindan atención integral en ITS y VIH.

- **Viremia persistente de bajo nivel:** Es la presencia de CV de 200 – 1000 copias/ml, en dos determinaciones separadas por 3 meses. Se asocia a un mayor riesgo de fracaso virológico y selección de mutaciones de resistencia.

5.2. DE LA CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN SALUD

Los resultados de las pruebas diagnósticas de VIH/SIDA y la información sobre la causa cierta o probable de transmisión son de carácter confidencial. Asimismo, los resultados de VIH/SIDA e información relacionada sólo podrán ser solicitados por el Ministerio Público o el Poder Judicial. El diagnóstico de infección por VIH de una persona solo podrá ser revelada a un tercero con autorización expresa y por escrito de la misma.

5.3. DE LA ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA PERSONA CON INFECCIÓN POR VIH

- a. El diagnóstico y tratamiento del VIH es gratuito para los pacientes en todos los establecimientos de salud públicos de todo el país. El Estado garantiza el ejercicio de este derecho.
- b. Toda persona recién diagnosticada con VIH debe recibir la consejería post test que incluya el soporte emocional y se debe asegurar su vinculación a un establecimiento de salud que brinde TAR.
- c. La atención del adulto con diagnóstico de infección por VIH debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario capacitado y entrenado del establecimiento de salud.
- d. El médico infectólogo o médico cirujano capacitado del equipo multidisciplinario es el encargado de realizar la evaluación clínica, el inicio del tratamiento antirretroviral y el seguimiento de los casos, de acuerdo a los criterios definidos en la presente Norma Técnica de Salud.
- e. En los establecimientos del primer nivel de atención se puede ofrecer el TAR a personas con diagnóstico de VIH, cumpliendo con criterios mínimos que incluyan recurso humano (médico cirujano y otros profesionales de salud) capacitado y entrenado, infraestructura adecuada, equipamiento, medicamentos, insumos básicos de laboratorio y registros de atención, según capacidad resolutive.
- f. Es responsabilidad del equipo multidisciplinario hacer el seguimiento de los pacientes con infección por VIH con y sin TAR, a fin de asegurar la continuidad de su atención en el establecimiento de salud.
- g. Los educadores de pares apoyan al equipo multidisciplinario en la consejería de soporte para fortalecer la adherencia, en la vinculación y el seguimiento de los casos.



5.4. DE LA CULTURA DEL RESPETO Y TRATO DIGNO

- a. Todo establecimiento de salud que atienda a PVV debe promover la cultura de respeto a los derechos humanos con enfoque de género, para eliminar el estigma y la discriminación asociada a la infección.
- b. Ninguna persona con infección por VIH podrá ser excluida de la atención en cualquier servicio de los establecimientos de salud públicos o privados, sin embargo, debe asegurarse la confidencialidad del diagnóstico en todos los servicios a los que el paciente acceda.



- c. 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 estas comunidades, a través de un enfoque de interculturalidad y respeto a los derechos humanos.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

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

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

El equipo multidisciplinario se encarga de la atención de pacientes con VIH y está conformado por un médico infectólogo o médico cirujano capacitado, un licenciado en enfermería, un licenciado en obstetricia, un químico-farmacéutico y un tecnólogo médico o biólogo. De acuerdo a la disponibilidad de recursos humanos en el establecimiento de salud, se debe incorporar a un licenciado en psicología, un licenciado en trabajo social, un nutricionista y otros profesionales que sean necesarios.

En los establecimientos del primer nivel de atención en los que sea necesario ofrecer al TAR, el equipo multidisciplinario está conformado por un médico cirujano, otros profesionales de la salud y personal técnico capacitado, de acuerdo a la disponibilidad de recursos humanos.

La evaluación por el equipo multidisciplinario incluye la evaluación médica, evaluación por enfermería, evaluación psicológica e informe social (Anexo 3). Se realizan otras evaluaciones según indicación médica y según cada caso.

A continuación, se describen las responsabilidades de los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario en los establecimientos de salud:

6.1.1 Son responsabilidades del médico infectólogo o médico cirujano capacitado

- Realizar la evaluación médica inicial para determinar el estadio de la infección por VIH según los criterios establecidos en la presente Norma Técnica de Salud. (Anexo 1, "*Clasificación clínica e inmunológica de la infección por el VIH*". OMS 2007).
- Indicar oportunamente el inicio de TAR y el esquema correspondiente según Anexo 3, "*Hoja de evaluación integral para ingreso al tratamiento antirretroviral de adultos con infección por el VIH*".
- Indicar el inicio de la terapia preventiva para tuberculosis (TPTB), terapia preventiva con trimetoprim/sulfametoxazol (TMP/SMX) y las inmunizaciones que correspondan en el paciente con VIH de acuerdo a las recomendaciones descritas en la presente Norma Técnica de Salud.
- Diagnosticar y tratar las enfermedades oportunistas del paciente con infección por VIH.
- Realizar las evaluaciones médicas de control y seguimiento en pacientes con VIH en TAR.



- Verificar la respuesta al TAR en los pacientes con VIH a través de controles de carga viral, teniendo como objetivo la supresión virológica sostenida.
- Identificar y notificar las RAM en pacientes con infección por VIH (Anexo 5).
- Realizar el cambio del tratamiento antirretroviral ante la presencia de RAM y/o falla terapéutica al TAR, según los criterios establecidos en la presente Norma Técnica de Salud.
- Solicitar interconsultas con otras especialidades que requiera el paciente adulto 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 PVV.

6.1.2 Son responsabilidades del licenciado en enfermería

- Brindar educación sanitaria y orientación al paciente, familia y agente de soporte personal.
- Realizar la Entrevista de Enfermería (Anexo 3, "Hoja de evaluación integral para ingreso al tratamiento antirretroviral de adultos con infección por el VIH").
- Brindar consejería de soporte, promoviendo la adherencia al TAR y la búsqueda de que el paciente logre la supresión virológica.
- Brindar consejería en prevención de ITS, orientando a la persona con VIH sobre el uso correcto y consistente del condón.
- Brindar orientación y consejería sobre la atención integral del paciente con VIH.
- Coordinar con el servicio de inmunizaciones, la administración oportuna de las vacunas indicadas en los pacientes con VIH.
- Monitorear la administración de la terapia preventiva para tuberculosis y la terapia preventiva con trimetoprim/sulfametoxazol (TMP/SMX) en el paciente con VIH.
- Verificar el cumplimiento del tratamiento para enfermedades oportunistas.
- Inscribir al paciente en el registro de seguimiento de pacientes establecido por la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis (DPVIH).
- Identificar oportunamente y notificar signos y síntomas de RAM en pacientes con infección por VIH y comunicarlas al médico tratante (Anexo 5, "Flujograma de notificación de sospecha de reacción adversa a medicamento antirretroviral").
- Monitorear la administración de medicamentos antirretrovirales (Anexo 6, "Tarjeta de administración de TAR y terapia preventiva en pacientes con VIH").
- Coordinar el proceso de atención del paciente adulto con infección por VIH (antes y durante la terapia antirretroviral) y su evaluación por todo el equipo multidisciplinario.
- Monitorear los casos de pacientes en abandono al TAR y promover su retención con apoyo de los vinculadores.
- Realizar el reporte mensual de pacientes con VIH en TAR, en coordinación con miembros del equipo multidisciplinario.
- Coordinar oportunamente las referencias y contrarreferencias o derivaciones de los pacientes con infección por VIH con y sin TAR (Anexo 7, "Formato de derivación de personas 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 PVV.



A. LUCCHETTI



6.1.3 Son responsabilidades del obstetra

- Orientar a la mujer con VIH en edad fértil y sus parejas sobre la prevención de embarazos no deseados, planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos.
- Realizar la evaluación de obstetricia (Anexo 3, "Hoja de evaluación integral para ingreso al tratamiento antirretroviral de adultos con infección por el VIH").
- Brindar atención en planificación familiar a la mujer con VIH en edad fértil y su pareja según normatividad vigente, respetando sus derechos sexuales y reproductivos para la libre e informada elección de acuerdo a la opción reproductiva de las parejas usuarias.
- Coordinar con los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva del establecimiento de salud y asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos para la atención de la mujer con VIH en edad fértil y sus parejas, en los servicios de atención integral de PVV.
- Realizar actividades de prevención y detección oportuna del cáncer de cuello uterino y cáncer de mama en la mujer con VIH, de acuerdo a las normas y recomendaciones vigentes, y en coordinación con el médico tratante.
- Brindar orientación y consejería a la mujer con VIH sobre su sexualidad en el periodo del climaterio para mejorar su calidad de vida.
- Brindar consejería en prevención y soporte, orientando a la mujer en edad fértil y gestante con VIH y sus parejas sobre el uso correcto y consistente del condón.
- Brindar educación sanitaria y orientación a la mujer con VIH y gestante con VIH, así como a sus parejas enfatizando en la prevención de infecciones de transmisión sexual, identificando signos y síntomas de ITS para que reciban tratamiento de acuerdo a las normas vigentes.
- Orientar a la gestante sobre la culminación del parto de acuerdo a la Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, sífilis y hepatitis B vigente.
- Realizar el seguimiento y monitoreo clínico de la gestante con VIH en coordinación con el médico responsable de TAR del establecimiento de salud.
- Coordinar con los servicios de Salud Sexual y Reproductiva del establecimiento de salud y con el Departamento de Gineco-obstetricia del establecimiento de salud, la implementación del protocolo para la culminación del parto, según lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis y hepatitis B vigente.
- Realizar el registro y notificación de la gestante con infección por VIH en los formatos y registros oficiales, según lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis y hepatitis B vigente.
- Participar en el seguimiento activo de la gestante con VIH en la comunidad, con la finalidad de disminuir los abandonos de TAR para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH.
- Brindar orientación y consejería sobre la atención integral de salud sexual y reproductiva a la mujer con VIH de acuerdo a la normatividad vigente.



6.1.4 Son responsabilidades del licenciado en psicología

- Brindar consejería pos-test, manejando el impacto emocional del paciente con VIH recién diagnosticado.
- Evaluar los aspectos psicológicos más importantes de los pacientes con VIH: cognitivos, afectivos, conductuales, sexuales, psicopatológicos, entre otros, y coordinar con el médico tratante respecto a sus intervenciones.



- Identificar los factores de riesgo que afecten la adherencia, así como problemas de adicción o abuso de alcohol y otras sustancias en el adulto con infección por VIH, y coordinar las intervenciones con el médico tratante.
- Identificar y, de ser necesario, entrevistar al agente de soporte.
- Realizar la evaluación psicológica de acuerdo al Anexo 3 "*Hoja de evaluación integral para ingreso al tratamiento antirretroviral de adultos con infección por el VIH*", comunicar al equipo multidisciplinario en los casos necesarios y archivar en el expediente TAR.
- Elaborar un plan de intervención, seguimiento y referencia para los casos necesarios.
- Implementar la intervención psicológica con énfasis en el desarrollo de las siguientes conductas: conocimiento emocional de sí mismo, autoestima, independencia, relaciones interpersonales, responsabilidad y solución de problemas, tolerancia a la frustración, control del impulso y optimismo.

6.1.5 Son responsabilidades del licenciado en trabajo social

- Coordinar el apoyo social en salud para el paciente con VIH.
- Orientar al paciente y/o coordinar con las instituciones responsables para el acceso del paciente al Seguro Integral de Salud (SIS) u otros sistemas de aseguramiento, según corresponda.
- Realizar el estudio socioeconómico y tratamiento social del paciente con VIH, con respecto a su entorno familiar y social (Anexo 3 "*Hoja de evaluación integral para ingreso al tratamiento antirretroviral de adultos con infección por el VIH*").
- Realizar las entrevistas y visitas domiciliarias de seguimiento de acuerdo a la problemática del paciente y su familia.
- Movilizar redes de soporte social para el paciente con VIH.
- Identificar y coordinar con instituciones y/o servicios, el soporte social del paciente con VIH, tales como albergues, programas sociales, soporte alimentario, entre otros.
- Realizar el informe de visitas domiciliarias y referencia social, las que deben ser archivadas en el expediente TAR.

6.1.6 Son responsabilidades del químico-farmacéutico

- Dispensar los productos farmacéuticos y, cuando corresponda, los dispositivos médicos indicados para la atención integral del paciente con infección por VIH, cumpliendo las buenas prácticas de dispensación.
- Verifica y controla que la atención de las recetas de productos farmacéuticos prescritos se efectúe conforme a la normativa vigente.
- Participar en la determinación de la cantidad de productos necesarios para lograr la atención eficiente y continua del adulto, en forma conjunta con el coordinador de la estrategia sanitaria de prevención y control de VIH/ITS/Hepatitis del establecimiento de salud.
- Gestionar el almacenamiento de los productos y proponer planes de mejora para asegurar y garantizar el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA).
- Identificar oportunamente y notificar signos y síntomas de RAM e Incidente Adverso a Dispositivo Médico (IADM) en pacientes con infección por VIH, y las coordina con el médico tratante.



- En caso de las RAM o IADM graves, enviar un informe de investigación en los plazos establecidos y en los formatos autorizados por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID).
- Recopilar y validar todas las notificaciones de RAM o IADM registradas en la base de datos. Así mismo, enviar las notificaciones a la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS), DIRESA o GERESA correspondiente, en los plazos establecidos y en los formatos autorizados según Anexo 5 "Flujograma de Notificación de Sospecha de Reacción Adversa a Medicamento Antirretroviral".
- 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, programar y presentar trimestralmente el requerimiento de productos farmacéuticos y dispositivos médicos, de acuerdo a los formatos y periodos establecidos por el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES), en coordinación con la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de VIH/ITS/Hepatitis del nivel local o regional o la que haga sus veces, según corresponda.
- Realiza el análisis, monitoreo y evaluación de la disponibilidad de los medicamentos antirretrovirales, considerando la necesidad según el número de casos, incluso de los establecimientos de salud de la red, de corresponder.

6.1.7 Son responsabilidades del profesional de laboratorio

- Realizar y/o supervisar la realización de las pruebas de laboratorio relacionadas al diagnóstico y monitoreo del VIH.
- Coordinar con el equipo multidisciplinario la atención de las pruebas de laboratorio para el diagnóstico y monitoreo de VIH.
- Brindar asistencia técnica en el manejo de pruebas de laboratorio según su nivel de complejidad al equipo multidisciplinario.
- Coordinar la programación de pruebas de laboratorio para la atención de las PVV.
- Contar con los registros actualizados relacionados a gestión de calidad en el laboratorio.
- Emitir el reporte mensual del total de pacientes y pruebas de diagnóstico y monitoreo realizadas en el laboratorio.
- Participar en la elaboración de programación de requerimiento de insumos, reactivos de laboratorio, mantenimiento preventivo y correctivo de equipos de laboratorio.
- Brindar orientación de soporte sobre el manejo de muestras y pruebas de laboratorio a los pacientes.
- Brindar información actualizada sobre el stock de insumos relacionados a laboratorio.



- Cumplir con las normas de bioseguridad para laboratorio según su complejidad.

6.2. DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Corresponde a la Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) o quien haga sus veces:

- a. Realizar la asistencia técnica ante los gobiernos regionales y locales para la formulación y/o la implementación de políticas, así como la programación presupuestal en acciones que promuevan una sexualidad saludable y la prevención del VIH.
- b. Promover la articulación intersectorial e interinstitucional, para el desarrollo de actividades conjuntas que promuevan la salud sexual responsable y la prevención del VIH.
- c. Promover, a través de las actividades intra y extra murales, prácticas en salud sexual y reproductiva, así como el tamizaje voluntario para VIH.
- d. Fomentar el autocuidado en la población, a través de acciones educativas en prácticas de salud sexual y reproductiva, dando énfasis a la población ubicada en la jurisdicción de distritos priorizados por riesgo de VIH, ITS, y embarazo en adolescentes.
- e. Organizar la participación comunitaria, a través de las organizaciones sociales de base, voluntarios en salud y los grupos organizados de PVV, promoviendo la difusión de prácticas de cuidado y autocuidado en la población afectada por el VIH.
- f. Fortalecer actividades educativas que consideren los deberes y derechos de las personas con VIH, capacitando al personal de la salud con el objetivo de disminuir el estigma y discriminación en los establecimientos de salud y la comunidad.
- g. Elaborar mensajes para educar e informar a la población sobre la salud sexual y la problemática del VIH, con enfoque de género e interculturalidad. Los mensajes deben incluir medidas preventivas del VIH, el acceso voluntario al tamizaje, evitar el estigma y la discriminación, el acceso oportuno al tratamiento, la adherencia al tratamiento antirretroviral y lugares de atención médica. La difusión de mensajes debe ser coordinada con la Oficina de Comunicaciones del nivel regional o local de acuerdo al público objetivo.

6.3. DE LA PREVENCIÓN

6.3.1 De la consejería en VIH

- a. La consejería en VIH es una actividad que permite al paciente la identificación y vinculación a los servicios de atención en sus diferentes momentos de abordaje: antes de la prueba, después de la prueba y de soporte a la PVV.
- b. La consejería pre-test debe ser brindada por personal de la salud o consejeros de pares capacitados a través de información grupal, tales como: charlas educativas o sesiones informativas, videos informativos, fichas de autoevaluación de riesgo u otras herramientas disponibles, todas acompañadas de material impreso.
- c. Los pacientes que requieran de una consejería individual, seguirán las pautas contenidas en el Documento Técnico: Consejería en ITS/VIH y SIDA vigente.



- d. El personal de salud del establecimiento, debe fomentar y realizar la consejería y prueba de tamizaje para VIH en los contactos de pacientes con diagnóstico de VIH u otras ITS.

6.3.2 Del tamizaje y pruebas confirmatorias para VIH

a. Las pruebas de tamizaje para VIH

- En este tipo de pruebas se encuentra el ELISA, quimioluminiscencia y las pruebas rápidas (PR), los resultados deben informarse como reactivo o no reactivo, según corresponda y dentro de los plazos establecidos para cada tipo de prueba.
- Todo establecimiento de salud dispondrá de pruebas rápidas (PR) para el diagnóstico de VIH, para ser utilizadas en la población que lo requiera.
- Se debe ofertar y realizar pruebas de tamizaje para VIH en forma voluntaria e informada, especialmente a toda persona con diagnóstico de tuberculosis (TB) pulmonar o extrapulmonar, Hepatitis B, Hepatitis C, Sífilis u otras ITS.
- Dada la voluntariedad de las pruebas de tamizaje para VIH, previo al tamizaje, el paciente debe firmar el consentimiento informado respectivo.
- Las pruebas rápidas para VIH pueden ser realizadas por toda persona entrenada, que incluye: personal de la salud, educador de pares o miembros de la sociedad civil u otras instituciones en general, las que están obligadas a reportar a los establecimientos de salud de su jurisdicción.
- El personal de la salud y/o personal entrenado realiza los tamizajes con prueba rápida de VIH en los diferentes servicios de atención a los pacientes, que incluyen: consultorios externos, emergencia, hospitalización, entre otros; así como también como parte de las actividades de las brigadas itinerantes, campañas, espacios de interacción, reuniones de organizaciones de base comunitaria u otra actividad extramural.
- Toda persona con sospecha o diagnóstico de VIH identificada en instituciones públicas y privadas debe ser referida y vinculada a un servicio o establecimiento de salud que brinde TAR.
- En concordancia con el objetivo de expandir las pruebas de tamizaje, se explorarán estrategias innovadoras para alcanzar a poblaciones con limitado acceso a los servicios de salud tradicionales.

b. Pruebas confirmatorias para VIH

- En este tipo de pruebas se encuentran la detección de carga viral y la Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) o Inmunoblot; estas se procesan en el Laboratorio de Referencia Nacional, en los laboratorios de referencia regional o en establecimientos de salud capacitados por el Instituto Nacional de Salud (INS).
- Las pruebas confirmatorias se informan como positivas, negativas o indeterminadas para el caso de IFI e Inmunoblot, y de manera cuantitativa para la carga viral.
- La utilidad y aplicación de las pruebas confirmatorias en casos de resultados indeterminados de las pruebas de tamizaje deben ser determinados por el Instituto Nacional de Salud.
- Se deben asegurar los mecanismos de protección de datos personales de salud de los pacientes de quienes se remiten muestras para las pruebas confirmatorias, pruebas de monitoreo (CD4 y CV),



genotipificación y otras requeridas en la atención integral de pacientes con VIH.

6.3.3 Del proceso de vinculación en las PVV

- a. La vinculación a los servicios de salud es una estrategia de acompañamiento para las personas que reciben un diagnóstico de VIH, con el fin de que la persona pueda acceder a los servicios de salud de forma adecuada y oportuna, para salvaguardar su vida, mejorar o mantener la calidad de la misma y/o prevenir nuevas infecciones.
- b. El proceso de vinculación inicia desde el momento en que la persona recibe su diagnóstico de VIH, usualmente durante alguna actividad extramural del establecimiento de salud, hasta lograr su atención en el establecimiento de salud que brinda TAR, y puede ser realizado por el personal de salud o de la comunidad.
- c. Durante el proceso de vinculación, se deben fortalecer dos aspectos en el cuidado de las PVV:
 - Durante el diagnóstico: Proveer información sobre el significado de las pruebas de diagnóstico de VIH, que se aplican en los establecimientos de salud, durante las actividades extramurales (campañas de salud) o a través de las brigadas itinerantes y la oferta móvil.
 - Durante el seguimiento: Proveer información respecto a los establecimientos de salud que brindan TAR y acompañarlos durante su adaptación al TAR, identificando barreras y facilitando la solución de las mismas.
- d. El proceso de vinculación no es indefinido, siendo responsabilidad del personal de salud el seguimiento del paciente identificado hasta un máximo de 30 días o 03 consultas médicas, posterior a lo cual la retención al TAR estará bajo la responsabilidad del establecimiento de salud y del paciente.

6.3.4 Del uso de condón en PVV

El personal de la salud debe promover el uso adecuado y consistente del condón en adultos sexualmente activos a través de sesiones demostrativas.

Se entrega la cantidad de veinte (20) condones masculinos y diez (10) condones femeninos por mes a las PVV, previa consejería, según lo establecido en la Directiva Sanitaria para la distribución del condón masculino a usuarios en servicios de salud y en la Norma Técnica de Salud para el manejo de infecciones de transmisión sexual en el Perú vigentes.

6.3.5 Del manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Toda persona con infección por VIH debe recibir atención para diagnóstico y tratamiento adecuado de ITS (incluyendo las 4C: Consejería, Condones, Tratamiento de Contactos y Cumplimiento de Tratamiento), la cual podrá brindarse en todos los establecimientos de salud y en los Centros de Referencia de ITS (CERITS) y Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP) de acuerdo a la normatividad vigente.

6.3.6 De la Terapia Preventiva para Tuberculosis (TP TB)

Todas las PVV deben recibir consejería sobre TB. La consejería debe incluir información sobre los riesgos de adquirir TB, estrategias para reducir la exposición y transmisión, y manifestaciones clínicas de la TB.



La administración de TP TB debe iniciarse inmediatamente después de realizado el diagnóstico de infección por VIH y de haber descartado TB activa. El inicio y seguimiento se realizarán en los servicios de VIH.

Los esquemas aprobados para el tratamiento de tuberculosis latente en pacientes con VIH, debido a su efectividad, tolerabilidad y menos efectos adversos, se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 1: Esquemas de terapia preventiva para tuberculosis

Esquemas de tratamiento	Dosis en función del peso corporal	Dosis máxima diaria
Rifapentina más Isoniacida semanal durante 3 meses (12 dosis)	Isoniacida: Adultos = 15 mg/kg Rifapentina: >50 Kg: 900 mg 32.1-50 kg: 750 mg 25 – 32 kg: 600 mg	Isoniacida 300 mg Rifapentina 900 mg.
Isoniacida diaria durante 6 meses	Adultos = 5 mg/kg	300 mg
Isoniacida más Rifampicina diaria durante 3 meses	Isoniacida Adultos = 5 mg/kg Rifampicina Adultos = 10 mg/kg	Isoniacida 300 mg Rifampicina 600 mg
Rifampicina diaria por 4 meses	Adultos y niños = 10 a 20 mg/kg/día	600 mg.

- a. Adicionalmente, se indicará piridoxina 50 mg/día, vía oral durante los meses de tratamiento preventivo con Isoniacida.
- b. La elección del esquema de terapia preventiva dependerá de su disponibilidad por parte del Ministerio de Salud.
- c. Los esquemas de TP TB que incluyan rifampicina o rifapentina no podrán ser administrados conjuntamente con un esquema de tratamiento antirretroviral que incluya a un inhibidor de proteasa (Lopinavir, atazanavir, darunavir, ritonavir). En estos casos considerar el uso de isoniacida sola como TP TB.
- d. Se preferirán esquemas de TP TB en Dosis Fija Combinada (DFC).

6.3.7 De la terapia preventiva con Trimetoprim/Sulfametoxazol (TMP/SMX)

- a. El objetivo principal de iniciar profilaxis con TMP/SMX es prevenir el desarrollo de la neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, toxoplasmosis y diarrea por *coccidias*.
- b. Se debe iniciar terapia preventiva con TMP/SMX en todos los pacientes en estadio clínico 3 y 4 de la OMS o con recuentos de CD4 <200 células/ μ L.
- c. La dosis para profilaxis con TMP/SMX es 01 tableta de 160/800 mg vía oral (VO), diaria.



- d. Si el paciente es alérgico a TMP/SMX se debe intentar la desensibilización en el tercer nivel de atención. Caso contrario administrar dapsona 100 mg VO cada 24 horas.
- e. Se debe discontinuar la terapia preventiva con TMP/SMX cuando, luego de iniciado el TAR, el recuento de linfocitos CD4 sea mayor de 200 células/ μ L en dos controles consecutivos.

6.3.8 De la vacunación para adultos con infección por VIH

Las personas con diagnóstico de infección por VIH deben ser vacunadas, en coordinación con el servicio de Inmunizaciones, 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	La dosis recomendada es de 40 μ g, por lo que se debe colocar una dosis de 20 μ g/mL (1 frasco ampolla) IM en cada hombro. Repetir la dosis al 1er y 2do mes de la dosis inicial. (Esquema 0, 1, 2 meses)	Si está disponible, se deberá solicitar dosaje de anti-HBsAg a los 30 días luego de culminada la vacunación. Si el anti-HBsAg es <10 UI, aplicar una dosis adicional. Además, se deberá agregar una dosis adicional, cuando el paciente, supere las 200 cel/ μ L en el recuento de CD4.
Influenza (vacuna inactiva)	0.5 mL IM	Anualmente.
Neumococo *(Polisacárido neumocócico 13v)	0.5 mL IM	Revacunación cada 5 años.

**Se actualizará en base al esquema nacional de vacunación vigente*

En caso de requerir alguna otra vacuna no señalada en el cuadro previo, se debe tener en cuenta que en los pacientes cuyo recuento de linfocitos CD4 sea <200 células/ μ L, están contraindicadas las vacunas que contengan agentes virus vivos atenuados, tales como la vacuna contra la fiebre amarilla, la vacuna contra sarampión y la vacuna contra la varicela.

6.3.9 De la prevención en la mujer con VIH

Todo establecimiento de salud que atiende a mujeres que viven con VIH debe priorizar y facilitar los siguientes servicios, según su nivel de complejidad.

- a. Brindar educación sanitaria y orientación respecto a su condición de salud y sus derechos sexuales y reproductivos, garantizando un trato digno y favoreciendo la confidencialidad de su diagnóstico.
- b. Ofrecer consejería en prevención y soporte, principalmente en adolescentes y mujeres jóvenes.
- c. Brindar orientación sobre planificación familiar, uso de métodos anticonceptivos, prevención de embarazos no deseados y el uso correcto y



consistente del condón, tanto a la mujer con VIH en edad fértil y a su pareja o parejas.

- d. Asegurar procesos de acuerdo a normatividad vigente, cuando las usuarias y sus parejas decidan un método definitivo (ligadura de trompas o vasectomía).
- e. Orientar a la mujer con VIH y su pareja que deseen tener hijos sobre los riesgos y beneficios de acuerdo a la Norma Técnica de Salud de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, Sífilis y VHB vigente.
- f. Brindar orientación y consejería en salud sexual y reproductiva a la mujer con VIH, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva.
- g. Ofrecer una evaluación periódica para la detección temprana y oportuna del cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, de acuerdo a las normas y recomendaciones vigentes. (Anexo 10)
- h. Orientar sobre la prevención, detección y atención de otras ITS.
- i. Orientar sobre la prevención y riesgos en el periodo de climaterio.
- j. Realizar una búsqueda activa para identificar casos de violencia contra la mujer (física, psicológica, social u otras), brindar orientación y referir a un centro de atención especializado, de ser necesario.
- k. Considerar las condicionantes sociales de la mujer con VIH para brindar las facilidades necesarias que les permita acudir a sus citas médicas con sus hijos pequeños.
- l. Derivar oportunamente a las instancias legales pertinentes, los casos de situaciones sociales, económicas, laborales, conyugales que puedan comprometer la adherencia al TAR.

6.4. DEL DIAGNÓSTICO Y DEFINICIÓN DE CASO DE INFECCIÓN POR VIH

Para efectos de iniciar tempranamente el proceso de atención integral del paciente con infección por VIH, el diagnóstico inicial debe realizarse a través del uso de pruebas rápidas, de acuerdo al flujograma descrito en el Anexo 2, "*Flujograma de diagnóstico de infección por VIH en adultos*".

Se considera como paciente con infección por VIH, a aquella persona en quien se presente alguno de los siguientes supuestos:

- a. Dos pruebas rápidas de detección de anticuerpos para VIH (tercera generación) de diferentes fabricantes, con resultados reactivos.
- b. Una prueba rápida de detección de anticuerpos para VIH (tercera generación) y una prueba rápida de detección de anticuerpos y antígeno para VIH (cuarta generación), con resultados reactivos.
- c. Una prueba rápida para VIH (tercera o cuarta generación) y un ELISA para VIH con resultados reactivos.
- d. Una prueba rápida para VIH (tercera o cuarta generación) con resultado reactivo y una prueba confirmatoria (Carga viral, IFI o Inmunoblot) positiva.

Una vez definido el caso, se debe iniciar todo el proceso de atención y evaluaciones necesarias para el ingreso temprano al TAR.



Todos los casos identificados deben de contar con pruebas de confirmación (Carga viral, IFI o Inmunoblot) sin que estos resultados retrasen el inicio temprano del tratamiento cuando se considere pertinente.

Los pacientes con resultados reactivos a las pruebas de tamizaje de VIH de Laboratorios y Bancos de Sangre públicos y privados, deben referirse a los servicios de prevención y control de VIH/SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis del establecimiento de salud que brindan atención a pacientes con infección por VIH, garantizándose su vinculación para su evaluación e inicio de TAR según corresponda.

La clasificación clínica e inmunológica de la infección por VIH, se realizará según lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Anexo 1 "Clasificación Clínica e Inmunológica de la infección por el VIH. OMS 2007).

6.5. DE LA RECUPERACIÓN

6.5.1 Del Tratamiento Antirretroviral (TAR)

- a. El inicio del TAR debe realizarse dentro del plazo más corto posible. De no haber completado la evaluación del equipo multidisciplinario, estas se completarán posterior al inicio del TAR.
- b. La evaluación médica para el inicio del TAR debe incluir una anamnesis adecuada y examen físico completo, priorizando la búsqueda de signos de inmunosupresión y la presencia de enfermedades oportunistas.
- c. La indicación de inicio de TAR, en toda persona con infección por VIH, es independiente del estadio clínico y/o su recuento de linfocitos T CD4 y carga viral.
- d. Todos los pacientes deben contar con los siguientes exámenes auxiliares básicos para el inicio de TAR:
 - Pruebas de laboratorio básicas: Hemograma completo, transaminasa glutámico pirúvica (TGP), glucosa en ayunas, creatinina sérica. En las mujeres en edad fértil además realizar test de embarazo.
 - Radiografía de tórax.
 - Dos (2) baciloscopías en esputo para descarte de TB pulmonar, en pacientes sintomáticos respiratorios.
 - Detección de otras ITS: antígeno de superficie y anti core total para virus de la hepatitis B, anticuerpos para virus de la hepatitis C y pruebas para el diagnóstico de sífilis (prueba rápida, RPR o VDRL).
 - Recuento basal de linfocitos T CD4 y carga viral (CV), según Anexo 4, "Orden de laboratorio para pruebas de CD4 Y CV", sin embargo, no se requieren los resultados para el inicio del TAR.
- e. El ingreso al TAR es voluntario, y se realizará previa información al paciente sobre los beneficios y riesgos del tratamiento, de los riesgos de no recibir oportunamente el tratamiento antirretroviral; así como de los derechos y obligaciones que tiene como paciente. El consentimiento del paciente de iniciar tratamiento se documenta a través de la "Hoja de Consentimiento Informado para el Inicio del Tratamiento Antirretroviral en el Adulto con VIH" descrito en el Anexo 9, el cual será firmado por el paciente y el médico tratante.
- f. En casos de pacientes con signos aparentes de alguna incapacidad prevista en los artículos 43 y 44 del Código Civil, sobre incapacidad absoluta e incapacidad relativa, respectivamente, en tanto no se designe a su



- representante, el consentimiento podrá ser otorgado 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) descendientes mayores de edad; c) padres; d) hermanos; prefiriéndose el más próximo al más distante, y en igualdad de grado al más idóneo.
- g. Los esquemas de tratamiento antirretroviral para pacientes nuevos están basados en la combinación de **dos (2) medicamentos** inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR), **más un tercer medicamento**, el cual debe elegirse de acuerdo a la evaluación individual de los pacientes.
- h. El esquema de primera línea de elección para pacientes adultos con infección por VIH, sin antecedentes de uso de antirretrovirales será:

Tabla 3: Esquema de Primera Línea para el Tratamiento Antirretroviral de la infección por VIH.

Esquema de elección	Dosis
Tenofovir 300mg/Lamivudina 300mg /Dolutegravir 50mg	1 Tableta en DFC cada 24 horas

DFC: Dosis Fija Combinada.

- i. En pacientes con cualquier grado de insuficiencia renal, se debe vigilar estrechamente la función renal y evitar medicamentos nefrotóxicos. En pacientes con alteración del filtrado glomerular (Depuración de creatinina < 50%) no se debe usar co-formulaciones que contengan Tenofovir dentro del esquema. En estos casos se deben utilizar los medicamentos por separado y realizar los ajustes de la dosis correspondiente, según la función renal establecida.
- j. Si el uso del esquema de elección está contraindicado o si se presentan eventos adversos relacionados al uso de Dolutegravir, el esquema alternativo será:

Esquema	Dosis
Tenofovir 300mg/Lamivudina 300mg /Efavirenz 400mg o Tenofovir 300mg/Emtricitabina 200mg /Efavirenz 600mg	1 Tableta en DFC cada 24 horas



- k. Si el uso de Tenofovir (TDF) está contraindicado, este será reemplazado por Abacavir (ABC). Se preferirán esquemas en DFC.
- l. Cuando se considere el uso de Abacavir, se recomienda contar previamente con un resultado de la prueba de HLA *5701 negativo, la cual se solicita al Instituto Nacional de Salud (INS). A pesar de un resultado negativo, es preciso informar al paciente la posible aparición de una reacción de hipersensibilidad al Abacavir, que en promedio aparece a los nueve días de la exposición al medicamento y se caracteriza por la presencia de fiebre, exantema, náuseas,



vómitos, mialgias, diarreas, dolor abdominal y, si no es reconocido a tiempo, puede evolucionar al shock, distrés respiratorio y eventualmente la muerte; por lo que, debe indicarse al paciente la necesidad de acudir rápidamente al establecimiento de salud para su suspensión. En pacientes con reacción previa de hipersensibilidad a Abacavir, este no debe volver a usarse por el riesgo de reacciones potencialmente fatales.

- m. Abacavir solo puede usarse como esquema de primera línea en pacientes con carga viral menor de 100,000 copias/ml. Solamente cuando esté asociado a Dolutegravir como parte del esquema puede usarse en pacientes con carga viral mayor de 100,000 copias/ml.
- n. En pacientes antes tratados o que abandonaron el TAR, se deberá reiniciar el último esquema TAR que el paciente estuvo recibiendo y realizar un control virológico a las 6 a 8 semanas de tratamiento. De no obtener supresión virológica, se solicitará un nuevo control virológico a las 4 semanas y de persistir la carga viral mayor de 1000 copias/ml, se solicitará la prueba de genotipificación.
- o. En el caso del manejo de mujeres con VIH, considerar las interacciones con los anticonceptivos antes de iniciar o cambiar un esquema de TAR. La gestante con VIH debe ser atendida de manera integral de acuerdo a lo dispuesto en las normas vigentes, asegurando el seguimiento individualizado y monitoreo clínico.

6.5.2 Terapia antirretroviral para pacientes que fallan a esquemas de primera línea

- a. En pacientes con fracaso virológico a esquemas de primera línea, y en los que se sospeche resistencia viral, se solicitará una prueba de genotipificación a través de la página web del Instituto Nacional de Salud <https://www.netlab.ins.gob.pe/FrmNewLogin.aspx>. El establecimiento de salud solicitante enviará la muestra al INS para que según el resultado pueda definirse el esquema de segunda línea a utilizar (Anexo 11: "Flujograma del procedimiento para solicitud de la prueba de genotipificación para VIH y cambio de esquema antirretroviral").
- b. El Comité de Expertos en Atención Integral del Adulto con VIH/SIDA, o quien haga sus veces brindará asistencia técnica para el manejo de los pacientes con infección por VIH que requieran el uso de antirretrovirales de segunda línea, según pruebas de genotipificación y casos especiales.
- c. Los medicamentos disponibles como parte de los esquemas de segunda línea, de rescate o para casos especiales son Ritonavir (como potenciador), Lopinavir/ritonavir, Darunavir, Atazanavir, Etravirina, Doravirina, Rilpivirina, Raltegravir, Dolutegravir, Zidovudina y Maraviroc.
- d. Para el uso de Maraviroc se debe contar con una prueba de tropismo para el co-receptor CCR5 (Prueba de Tropismo) positiva, la cual se solicitará al INS.
- e. Los esquemas de segunda línea **recomendados**, se resumen en la tabla 4.
- f. La elección del esquema de segunda línea dependerá de la evaluación individual de cada paciente, donde se valorará el uso previo de antirretrovirales, presencia de mutaciones de resistencia en los resultados de genotipificación y presencia de co-morbilidades.
- g. Para la elaboración de esquemas de tratamiento antirretroviral se deberá evitar el uso de esquemas y/o combinaciones de antirretrovirales no recomendados, según Anexo 14 "Esquemas y combinaciones de antirretrovirales no recomendados".



Tabla 4: Esquemas de segunda línea recomendados

Esquemas Tripes	Fuente
TDF/FTC (o TDF+3TC) + DRV/rtv (o DRV + rtv)	Estudio ODIN, TITAN
TDF/FTC (o TDF+3TC) + RAL	Estudio BENCHMARK – 1, BENCHMARK – 2
TDF/FTC (o TDF+3TC) + ETV	Estudio TMC125-C227
TDF/FTC (o TDF+3TC) + ATV/rtv	Estudio 045
TDF/FTC (o TDF+3TC) + LPV/rtv	Estudio M05 – 730
DRV/r + RAL + ETV	Estudio TRIO
TDF/FTC (o TDF+3TC) + DTG	Estudio DAWNING, para pacientes que fallan a ABC/3TC o AZT/3TC + EFV
AZT/3TC + DTG	OMS 2019
Esquemas Duales	
LPV/rtv + RAL	Estudio SECOND LINE, EARNEST, A5373 SELECT STUDY

- h. Otros esquemas de segunda línea que no se encuentren detallados en la tabla 4 o aquellos esquemas que incluyan antirretrovirales como Etravirina, Darunavir, Rilpivirina, Doravirina y Maraviroc, requieren para su uso la aprobación del Comité de Expertos en atención integral del Adulto con VIH/SIDA, o quien haga sus veces.

6.5.3 Del monitoreo del paciente con VIH en TAR

- a. Luego del inicio del TAR y para fortalecer la adherencia al TAR, el paciente debe ser evaluado por el médico tratante mensualmente los primeros tres meses y luego cada tres meses hasta el segundo año, y cada seis meses a partir del tercer año. Esta frecuencia de controles puede variar según indicación clínica y adherencia del paciente al TAR.
- b. En cada una de las visitas, se realizará las evaluaciones clínicas que incluyan la evaluación de posibles eventos adversos, adherencia y tolerancia al TAR, presencia de infecciones oportunistas u otras co-morbilidades. Así mismo se realiza la correspondiente entrega de antirretrovirales, otros medicamentos requeridos según evaluación y la provisión de condones, los cuales se controlan mediante la tarjeta de control de asistencia y administración de TAR y profilaxis (Anexo 6, "Tarjeta de Administración de TAR y Terapia Preventiva en pacientes con VIH").



- c. **El Recuento de linfocitos CD4** se debe solicitar luego del diagnóstico de infección por VIH en el paciente, con la finalidad de determinar el estadio de la infección y para el manejo clínico. Posteriormente, su control será cada seis meses el primer año y luego anualmente. En PVV en TAR y que durante sus controles presenten un recuento de CD4 mayor a 500 cel/ul, y que cuenten con cargas virales suprimidas en dos determinaciones consecutivas, el recuento de CD4 debe ser realizado opcionalmente y de acuerdo a indicación médica. La frecuencia de su medición se detalla en el Anexo 10 "Frecuencia de exámenes de monitoreo en pacientes con VIH".
- d. **El Monitoreo de la carga viral** es el marcador principal de la efectividad del tratamiento. Una vez iniciado el TAR, se realizará un control al 3er mes y luego cada 6 meses durante el primer año, y luego anualmente. La frecuencia de su medición se detalla en el Anexo 10 "Frecuencia de exámenes de monitoreo en pacientes con VIH".
- e. Se solicitarán cargas virales adicionales por indicación médica en pacientes con sospecha de fracaso virológico, a las ocho (8) semanas de la primera carga viral detectable, así mismo se debe solicitar una carga viral adicional a las ocho (8) semanas de haber realizado un cambio en el esquema de TAR, sea cual fuese su causa.
- f. Se considerará fracaso virológico cuando se presente una de las siguientes condiciones:
- No se logra suprimir los niveles plasmáticos de CV a menos de 1000 copias/ml a los 6 meses de iniciado el TAR (resistencia transmitida).
 - Los niveles plasmáticos de CV, que han estado previamente indetectables, presenten valores mayores de 1000 copias/ml en dos mediciones efectuadas con un intervalo de 6-8 semanas (resistencia adquirida).
- g. Ante una situación de fracaso virológico al tratamiento, en aquellos pacientes que presenten valores de CV > 1000 copias/ml, se solicitará la prueba de genotipificación para determinar la conducta terapéutica a seguir, según flujograma del Anexo 11, "Flujograma del procedimiento para solicitud de la prueba de Genotipificación para VIH y cambio de esquema antirretroviral".
- h. Las solicitudes de genotipificación del VIH se realizan 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.
- i. Existen pacientes con infección por VIH, que pese al TAR, presentan cargas virales detectables, pero de bajo nivel (viremias persistentes de bajo nivel: Dos cargas virales entre 200 – 1000 copias/ml, separados por 6-8 semanas), la conducta clínica se resume en la siguiente tabla:



Tabla 5: Conducta ante viremia persistente de bajo nivel.

Carga viral persistente entre 200-1000 copias/ml (Alto riesgo de acumulación de mutaciones de resistencia)	En el caso de viremias entre 200-500 copias/ml realizar evaluación del caso a través de junta médica o consulta al Comité de Expertos en atención integral del adulto con VIH.
	En caso de viremias entre 500-1000 copias/ml, solicitar genotipo proviral, coordinando con el área de genotipaje del INS.



- j. Existen también pacientes con episodios **aislados y transitorios** de viremia de bajo grado (entre 50-1000 copias/ml), conocidos como blips, los cuales significan sólo una variación de laboratorio o escapes de replicación viral, por lo que se debe fortalecer la adherencia del paciente al tratamiento, y así evitar la necesidad del cambio de TAR.
- k. Una vez obtenido el resultado de la prueba de genotipificación, el médico tratante enviará el expediente técnico al Comité de Expertos en Atención Integral del Adulto con VIH/SIDA, o quien haga sus veces, para consultas y cambio de esquemas de tratamiento antirretroviral (Anexo 12, "*Expediente técnico para consultas y cambio de esquema de tratamiento antirretroviral*") mediante comunicación por correo electrónico para su evaluación respectiva.
- l. El nuevo esquema de tratamiento definido según genotipificación y/o a sugerencia del Comité de Expertos en Atención Integral del Adulto con VIH/SIDA, deberá tener por lo menos dos (2) drogas plenamente activas.
- m. La periodicidad de las evaluaciones y exámenes auxiliares requeridos para el monitoreo de pacientes con VIH en TAR, se realizará según lo descrito en el Anexo 10, "*Frecuencia de exámenes de monitoreo en pacientes con VIH*" de la presente Norma Técnica de Salud.

6.5.4 De la adherencia al TAR

Para favorecer la adherencia al TAR se debe tener en consideración lo siguiente:

- a. Adecuar la toma de medicamentos a la rutina del paciente, con la cual se comprometa (considerar su tolerancia al número, tamaño y frecuencia de toma de pastillas, horario establecido, entre otros).
- b. Las líneas de acción de la adherencia al TAR son la consejería y educación para el tratamiento, las cuales deben incluir el uso de refuerzos positivos.
- c. El equipo multidisciplinario debe identificar a los pacientes con factores de riesgo para una mala adherencia, con la finalidad de realizar un trabajo preventivo a través de la consejería de soporte e intervención psicológica. Entre los principales factores de riesgo se encuentra la violencia (familiar y sexual), uso y consumo de alcohol y otras sustancias y problemas de la salud mental y psicológica (depresión, conductas autodestructivas, ansiedad, etc.)
- d. Se promoverá el uso de herramientas que contribuyan al seguimiento y monitoreo de pacientes con TAR, por ejemplo, pastilleros, mensajes de texto personalizados, correos electrónicos, alarmas, calendarios, entre otros.
- e. Otras medidas incluyen visitas domiciliarias, sesiones grupales, e intervenciones con familiares o en grupo.
- f. La intervención de los educadores de pares debe ser permanente y contribuir a la retención del paciente al TAR, aplicando las herramientas antes descritas.
- g. El equipo multidisciplinario realizará la búsqueda continua de pacientes en TAR que no acudan a los servicios de salud, con el objetivo de reincorporarlos a la atención. Cuando se cuente con la participación de los vinculadores, estos también participarán en dicha búsqueda.

6.5.5 De la descentralización de servicios con TAR

Las DIRIS/DIRESA/GERESA deben identificar establecimientos del primer nivel de atención para implementar la oferta de tratamiento antirretroviral para personas viviendo con VIH, en lugares con alta concentración de casos, así como en zonas de difícil acceso geográfico.



Las DIRIS/DIRESA/GERESA promoverán la desconcentración de PVV en TAR desde los establecimientos de salud con mayor complejidad hacia establecimientos de salud del primer nivel de atención que cuenten con recurso humano capacitado y entrenado, infraestructura adecuada, equipamiento, insumos, registros de atención y flujos de atención definidos.

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

- a. Antes de iniciar el TAR, el médico tratante debe explicar al paciente las posibles reacciones adversas a los medicamentos que tomará, con el fin de que pueda participar en el reconocimiento precoz de los mismos y su manejo.
- b. Todos los profesionales de la 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 Incidentes Adversos a Dispositivos Médicos (IADM). Las notificaciones se envían como informe al órgano competente en materia de farmacovigilancia y tecnovigilancia correspondiente a su ámbito asistencial, mediante el formato autorizado y según lo descrito en el Anexo 5, "Flujograma de notificación de sospecha de reacción adversa a medicamento antirretroviral".
- c. 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.
- d. El Comité de Farmacovigilancia del establecimiento de salud debe proporcionar asesoría y orientación sobre la evaluación de causalidad y otros asuntos técnicos.
- e. En caso de una reacción adversa grave, se debe alcanzar el Informe de Investigación de Sospecha de Reacción Adversa Grave al Comité de Farmacovigilancia correspondiente.

6.5.7 Del manejo de las infecciones oportunistas

El enfoque terapéutico de las principales infecciones oportunistas se detalla en el Anexo 8 "Enfoque diagnóstico y terapéutico de las principales infecciones oportunistas en pacientes con VIH/SIDA".

6.5.8 De la co-infección con tuberculosis (TB)

En relación al diagnóstico de la Tuberculosis en una persona con VIH:

- a. Se debe descartar tuberculosis activa a toda persona con VIH antes de iniciar TAR, mediante evaluación médica y exámenes auxiliares, que debe incluir por lo menos: dos baciloscopias y una radiografía de tórax. Si presentan síntomas compatibles con TB o síntomas respiratorios o se detecta lesión en la radiografía de tórax se solicitará la prueba molecular de diagnóstico de TB (PCR en tiempo real automatizado) y/o cultivo.
- b. Si se descarta tuberculosis activa, el paciente debe recibir terapia preventiva para tuberculosis, como se dispone en el numeral 6.3.6 de la presente Norma Técnica de Salud, independiente del recuento de CD4, y el antecedente de haber padecido tuberculosis.
- c. A todo paciente con diagnóstico de TB pulmonar o extrapulmonar y co-infección con VIH, se le debe realizar una prueba de cultivo convencional y pruebas de sensibilidad rápida a isoniacida y rifampicina, teniendo en consideración lo siguiente:



NTS N° 169 -MINSAL/2020/DGIESP
"NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)"

- Si el frotis de esputo inicial es positivo en una o más cruces, se debe realizar la prueba molecular de sondas de ADN.
 - Si el frotis de esputo inicial es negativo, se debe realizar la prueba molecular de diagnóstico de TB (PCR en tiempo real) y/o MODS.
 - Para los casos de TB extrapulmonar debe procederse a cultivo y, en los que resulten positivos, hacer la prueba molecular de sondas de ADN.
 - Todo paciente con TB y VIH que tenga un resultado de prueba de sensibilidad rápida resistente a isoniacida y/o rifampicina debe contar con una prueba convencional a todos los medicamentos de primera y segunda línea por el INS.
- d. De persistir la sospecha de TB a pesar de pruebas microbiológicas negativas y, en especial frente a pacientes muy comprometidos, el médico tratante (infectólogo, neumólogo o médico con experiencia en co-infección de TB/VIH), puede decidir el inicio del tratamiento anti TB.
- e. En todos los casos nuevos y sin otros factores de riesgo de TB resistente, iniciarán tratamiento con el esquema para TB sensible: dos meses con tomas diarias (de lunes a sábado) de isoniacida, rifampicina, etambutol y pirazinamida (primera fase), seguidos de 7 meses con tomas diarias de isoniacida y rifampicina a la misma dosis que en la primera fase, haciendo un total de 9 meses de tratamiento, de acuerdo a la NTS de manejo de la Coinfección TB-VIH vigente.
- f. El manejo de la TB extrapulmonar debe ser dirigido por el médico tratante de VIH.
- g. En los casos de TB extrapulmonar que comprometa el sistema nervioso central o el sistema osteoarticular, la segunda fase deberá ampliarse a 10 meses, haciendo un total de 12 meses de tratamiento.
- h. El manejo integral de los casos de coinfección TB/VIH se realizará en conjunto entre los equipos de las estrategias de Tuberculosis y de VIH-SIDA, o los que hagan sus veces, del establecimiento de salud.
- i. Si el médico tratante de VIH solicita evaluación y modificación del esquema de tratamiento antituberculoso, presentará a través del servicio de prevención y control de tuberculosis local el expediente al respectivo Comité Regional de Evaluación de Retratamientos (CRER), quienes deberán resolver la consulta o en su defecto derivarlos al Comité Nacional de Evaluación de Retratamientos (CNER) de la DPCTB, según lo dispuesto en la NTS de Atención Integral de Personas Afectadas con Tuberculosis vigente.
- j. Para los casos de coinfección TB resistente a medicamentos y VIH, se siguen los procesos de atención integral dispuestos en la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Personas Afectadas por Tuberculosis vigente, iniciando el esquema correspondiente en el plazo de una semana.
- k. Para el tratamiento del VIH en pacientes con coinfección TB y VIH, se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:
- Si el paciente ya recibe TAR antes del diagnóstico de TB, debe continuar con el TAR.
 - La modificación del esquema TAR o del esquema anti-TB, por interacción de los medicamentos, deberá ser dispuesto por el médico tratante del equipo multidisciplinario de VIH-SIDA, en coordinación con el médico tratante del equipo de tuberculosis.



- En los pacientes con co-infección TB/VIH que iniciaron tratamiento antituberculoso y tienen un recuento de CD4 menor de 50 células/ μ L, el TAR se debe iniciar a los quince días de iniciado el tratamiento antituberculoso.
 - En los pacientes con co-infección TB/VIH que iniciaron tratamiento antituberculoso y tienen un recuento de CD4 mayor de 50 células/ μ L, el TAR se debe iniciar entre la segunda y octava semana de iniciado el tratamiento antituberculoso.
 - En los pacientes con meningitis tuberculosa que compromete el sistema nervioso central, se debe postergar el inicio del TAR por el alto riesgo de reconstitución inmune, reacciones adversas y muerte en estos pacientes. La indicación de inicio de TAR se realiza según criterio médico.
- I. El esquema de TAR de elección para pacientes co-infectados con TB será con Tenofovir (TDF)/Lamivudina (3TC) /Dolutegravir (DTG), según lo detallado en la tabla 6.

Tabla 6: Esquema de TAR de elección en pacientes con coinfección TB/VIH

Esquema de Elección	Observaciones
TDF/3TC/DTG + DTG	La dosis de Dolutegravir será de 50 mg dos veces al día, si el esquema anti TB incluye el uso de rifampicina

- m. Si el paciente tiene contraindicación para el uso de Dolutegravir (DTG), se utilizará un esquema basado en efavirenz. Se preferirá el uso de dosis fija combinada (DFC).
- n. En pacientes con VIH que toman como parte de su esquema de TAR algún inhibidor de proteasa (IP), se debe evitar el uso concomitante con Rifampicina por las interacciones significativas que poseen; por lo que en estos escenarios se debe realizar la consulta al Comité de Expertos en atención integral de pacientes con VIH/SIDA, para determinar la conducta terapéutica.
- o. Se debe realizar reuniones bimensuales de coordinación entre los responsables de ambas estrategias (Estrategia de prevención y control de VIH, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis y la Estrategia de prevención y control de Tuberculosis, o las que hagan sus veces) a nivel regional, para el análisis de la información de los casos.
- p. 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 de salud que cuente con un equipo multidisciplinario de VIH, para evaluación y manejo especializado.

6.5.9 De la coinfección con virus de la Hepatitis B (VHB)

- a. Todo paciente con infección por VIH debe contar con evaluaciones laboratoriales que descarten la presencia de hepatitis B crónica: antígeno de superficie y anticore total para hepatitis B.



- b. Todo paciente reactivo al antígeno de superficie y al anticore total para hepatitis B, debe contar con el estudio serológico completo para hepatitis B (anticuerpos contra el antígeno de superficie, anticore IgM, antígeno E, anticuerpos contra el antígeno E) y determinación del DNA viral del VHB que indique el nivel de replicación viral.
- c. 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 (TDF/FTC), por su acción tanto frente a VIH como frente al VHB.
- d. En los casos de contraindicación para el uso de Tenofovir, se deberá agregar Entecavir para el tratamiento del VHB, al esquema antirretroviral triple. Otros aspectos laboratoriales y de seguimiento específico respecto al tratamiento de la Hepatitis B Crónica, deberán ser implementados según lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hepatitis B viral B en el Perú vigente.

6.5.10 De la coinfección con virus de la Hepatitis C (VHC)

- a. Todo paciente con infección por VIH debe contar con evaluaciones de descarte de hepatitis C crónica: Anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (VHC). Si el resultado de la prueba fuese reactivo, se debe confirmar la infección activa del virus mediante detección molecular de la carga viral por PCR.
- b. La determinación de la carga viral para virus de la hepatitis C, se realizará en el INS, de acuerdo a los procesos y/o formatos establecidos en la NTS para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C en el Perú vigente.
- c. En pacientes co-infectados con VIH - VHC, se recomienda evaluar el esquema de tratamiento para ambas infecciones y la posible interacción de los mismos de acuerdo a las recomendaciones y normativas vigentes.
- d. No se recomienda la interrupción del TAR para VIH para iniciar tratamiento antiviral para hepatitis C.

6.5.11 De la coinfección VIH y COVID-19

- a. No hay evidencia de que las personas con VIH controladas tengan un mayor riesgo de contraer COVID-19, tampoco que experimenten más gravedad que otra persona de la misma edad y del mismo estado de salud general. Tampoco hay evidencia clara respecto a que las personas que no tienen un tratamiento antirretroviral eficaz o que lo tienen instaurado de forma reciente y tienen un recuento de menos de 200 cel/mm³ estén en mayor riesgo.
- b. Ante la aparición de síntomas sugestivos de COVID-19 en una persona con VIH, las recomendaciones son las mismas que las que debería seguir cualquier otra persona y que están descritas en el Documento Técnico: "Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú" actualmente vigente.
- c. Las personas con VIH de mayor edad o que tengan otras enfermedades crónicas asociadas a mayor severidad de COVID-19 deben tener un cuidado especial y acudir al establecimiento de salud correspondiente ante la sospecha de infección por COVID-19.
- d. No existe evidencia actual de que tomar tratamiento antirretroviral impida contraer COVID-19. Tampoco hay evidencia de que lopinavir/ritonavir u otros fármacos de la familia de los inhibidores de proteasa protejan a los pacientes que los toman. Por lo tanto, no está justificado que las personas con VIH inicien



un tratamiento antirretroviral determinado o lo modifiquen por motivos de COVID-19.

- e. Se debe continuar tomando el tratamiento recomendado con la misma dosis y frecuencia, tomar más dosis no evitará contagiarse con COVID-19 ni ayudará si ya lo tiene, exceder la dosis normal incluso puede ser perjudicial.
- f. Con el objetivo de no interrumpir el TAR en pacientes que acuden regularmente a los establecimientos, se debe ampliar la periodicidad del abastecimiento de antirretrovirales a periodos de 3 a 6 meses de acuerdo a la disponibilidad de los mismos en los establecimientos de salud y de acuerdo a los procesos establecidos para la dispensación de los mismos en cada establecimiento de salud.
- g. Se debe favorecer el seguimiento telefónico o la implementación de la consulta remota o teleconsulta para el seguimiento de personas con VIH en TAR que requieran atención médica.
- h. Así mismo y considerando la coyuntura por COVID-19, se debe favorecer e impulsar la descentralización del TAR a establecimientos de primer nivel de su jurisdicción.

6.6. DE LAS PERSONAS CON EXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL AL VIH

- a. La exposición no ocupacional incluye casos de violencia sexual y exposición sexual de alto riesgo (sexo sin condón, sexo con trabajadores/as sexuales).
- b. Para iniciar la atención no es requisito que la víctima previamente haya recibido atención médico legal o atención ginecológica o que el caso esté judicializado. La atención debe ser inmediata.
- c. En todo caso de violencia sexual, se debe considerar al caso fuente como de alto riesgo de tener infección por VIH u otras ITS.
- d. En estos casos se deben ofrecer pruebas diagnósticas para establecer condiciones pre-existentes en la persona con exposición no ocupacional, como por ejemplo sífilis, hepatitis B, hepatitis C, VIH y embarazo.
- e. Se debe ofrecer anticoncepción de emergencia y tratamiento profiláctico contra las ITS, en mayores de 17 años administrar: Ceftriaxona 250 mg IM dosis única + Azitromicina 500mg, 2 tabletas VO dosis única + Penicilina benzatínica 2.4 millones de UI IM en dosis única.
- f. Se debe ofrecer la vacuna contra el virus de la hepatitis B de manera profiláctica, vía intramuscular, a toda persona que no haya sido vacunada o que no conozca su estado de vacunación. Esta vacuna se ofrecerá al momento de la exposición, al mes y al tercer mes de la primera dosis de vacuna. En casos de pacientes que refieran tener las tres dosis de la vacuna contra el virus de la hepatitis B no es necesaria una dosis de refuerzo.
- g. 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:
- h. Para el seguimiento de las personas expuestas, se deben realizar pruebas de tamizaje para VIH y sífilis a las 6 semanas, a los 3 meses y a los 6 meses post exposición y tamizaje para Hepatitis B (antígeno de superficie para virus de la hepatitis B) y anticuerpos contra hepatitis C a los 3 y 6 meses post-exposición.



TABLA 7: Profilaxis post-exposición no ocupacional al VIH

Esquema	Dosificación	Observaciones
Tenofovir 300 mg (TDF)/Lamivudina 300 mg (3TC)/Dolutegravir 50 mg (DTG).	1 tableta de TDF/3TC/DTG cada 24 horas por un periodo de 4 semanas.	Se preferirán esquemas con presentación de dosis fija combinada.
Tenofovir 300 mg (TDF)/Emtricitabina 200 mg (FTC) + Darunavir 800 mg (DRV) + ritonavir (rtv) 100 mg.	1 tableta de TDF/FTC cada 24 horas + 1 tableta de DRV 800 mg cada 24 horas + 1 tableta de rtv cada 24 horas por un periodo de 4 semanas.	
Tenofovir 300 mg (TDF)/ Emtricitabina 200 mg (FTC)+ Lopinavir/Ritonavir 200/50 mg (LPV/rtv)	1 tableta de TDF/FTC cada 24 horas + 2 tabletas de LPV/rtv (DFC) cada 12 horas por un periodo de 4 semanas. (Se utilizará solo ante la no disponibilidad de los esquemas anteriores)	

- i. 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.

6.7. DE LAS PERSONAS CON EXPOSICIÓN OCUPACIONAL AL VIH

- a. Cuando exista un riesgo de exposición ocupacional al VIH, el personal de salud debe recibir entrenamiento sobre las medidas de bioseguridad.
- b. Para la prevención de la exposición ocupacional al VIH y otros agentes infecciosos, el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo deberá adoptar las siguientes medidas:
 - Implementación de precauciones universales y estándar de bioseguridad.
 - Proveer al personal de salud el equipo de protección personal y material de bioseguridad adecuado, que establezcan las medidas de control y coloquen barreras y filtros entre el trabajador y el riesgo; así como el entrenamiento apropiado para su uso.
 - Vacunación mínimamente para tétanos, difteria y hepatitis B.
 - Elaboración de procedimientos de trabajo seguro específico para cada puesto de trabajo.
 - Gestión y manejo de los residuos sólidos bio-contaminados, con sujeción a los principios de minimización, prevención de riesgos ambientales y protección de la salud y el bienestar de los trabajadores.
 - Uso de materiales punzocortantes con precaución: dispositivos para su desecho cerca a lugares de procedimientos, no reencapsular las agujas, contenedores para residuos punzocortantes rígidos.



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

- c. Cuando ocurre un accidente ocupacional con exposición a sangre o fluidos corporales en lesiones percutáneas o en piel no intacta, el personal de la salud expuesto debe lavarse de inmediato con agua y jabón, permitiendo fluir la sangre libremente durante 2 a 3 minutos, irrigar membranas mucosas con agua limpia, estéril o salina.
- d. En estos casos se deben ofrecer pruebas diagnósticas para establecer condiciones pre-existentes de sífilis, hepatitis B, hepatitis C y VIH.
- e. En todo caso de potencial exposición ocupacional al VIH, se debe identificar el caso fuente y verificar su estado serológico para VIH, para indicar la profilaxis post-exposición (Tabla 8). Posteriormente se debe realizar serologías para VIH a las 6 semanas, a los 3 meses y a los 6 meses post exposición.
- f. Si el caso fuente no cuenta con serología para VIH, se debe 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 debe evaluar la severidad del accidente ocupacional para la indicación de profilaxis post-exposición (Tabla 8).
- g. 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.
- h. La PPE para VIH se debe iniciar lo antes posible y dentro de las 72 horas post-exposición a materiales infectantes o potencialmente infectantes.
- i. El esquema antirretroviral para PPE debe ser triple en todos los casos, con las siguientes opciones de tratamiento:

TABLA 8: Profilaxis post-exposición ocupacional al VIH

Esquema	Dosificación	Observaciones
Caso Fuente: VIH positivo o Serología Desconocida*		
Tenofovir 300 mg (TDF)/Lamivudina 300 mg(3TC)/Dolutegravir 50 mg (DTG)	1 tableta de TDF/3TC/DTG cada 24 horas por un periodo de 4 semanas.	Se preferirán esquemas con presentación de dosis fija combinada.
Tenofovir 300 mg (TDF)/Emtricitabina 200 mg (FTC) + Darunavir 800 mg (DRV) + ritonavir (rtv) 100 mg.	1 tableta de TDF/FTC cada 24 horas + 1 tableta de DRV 800 mg cada 24 horas + 1 tableta de rtv cada 24 horas por un periodo de 4 semanas.	



NTS N° 169 -Minsa/2020/DGIESP
 "NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA
 INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)"

Esquema	Dosificación	Observaciones
Tenofovir 300 mg (TDF)/ Emtricitabina 200 mg (FTC) + Lopinavir/Ritonavir 200/50 mg (LPV/rvt)	1 tableta de TDF/FTC cada 24 horas + 2 tabletas de LPV/rvt cada 12 horas por un periodo de 4 semanas. (Se utilizará solo ante la no disponibilidad de los esquemas anteriores)	
Caso Fuente: VIH negativo		
No indicar profilaxis post-exposición		

*Indicar profilaxis solo si:

- El accidente ocupacional es severo.
- El caso fuente tiene factores de riesgo para VIH.
- El accidente ocupacional ocurrió en un servicio donde se atienden pacientes con infección por VIH.

- j. En los casos de exposición ocupacional al VIH, el personal responsable de Epidemiología deberá efectivizar la investigación del accidente con riesgo biológico y notificar el caso mediante el Sistema Informático de Notificación 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.

6.8. DEL REGISTRO, REPORTE Y NOTIFICACIÓN

- a. Los casos de infección por VIH, los casos de SIDA y los casos fallecidos son objeto de notificación obligatoria. Todo personal de la salud que identifica un caso de VIH/SIDA debe comunicarlo al responsable de la estrategia de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis en el establecimiento de salud, quien, a su vez, realizará el Reporte de caso a través de la ficha de notificación al responsable de Epidemiología o quien haga sus veces, dentro de las 48 horas de la detección del caso. La ficha de notificación es la indicada por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - CDC.
- b. Los casos de VIH en mujeres gestantes y sus niños expuestos deben ser reportados y notificados en los formatos y registros estandarizados, al responsable de la vigilancia epidemiológica de VIH/ITS y Hepatitis o quien haga sus veces en el establecimiento de salud, según normatividad vigente.
- c. Los resultados de las pruebas rápidas y de tamizaje para VIH, de las pruebas confirmatorias (Carga Viral, IFI o Inmunoblot), de las pruebas de monitoreo: recuento de CD4 y Carga Viral, de genotipificación, estudio de HLA B*5701 y Prueba de Tropismo para el VIH que emita el INS, deberán ser registradas en el sistema NETLAB, de acuerdo a los procedimientos vigentes determinados por el INS o quien haga sus veces.
- d. El personal de salud, responsable de la estrategia de prevención y control de VIH/SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis, o el que haga sus veces en el establecimiento de salud, reporta los casos identificados de VIH a través del tamizaje de todas las áreas que realicen esta actividad, sea el servicio



de laboratorio, servicio de salud sexual y reproductiva, servicio de prevención y control de tuberculosis, bancos de sangre, servicios de hospitalización, entre otros, a la oficina de Epidemiología.

- e. El acceso de los profesionales del equipo multidisciplinario al sistema de información de laboratorio NETLAB para visualizar los resultados de laboratorio de las personas viviendo con VIH se realizará asegurando los mecanismos de protección de datos de salud de los pacientes. Corresponde al Instituto Nacional de Salud, garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en los procedimientos que desarrolla.
- f. El expediente que contiene los formatos de registro de la información no reemplaza a la historia clínica, que es el único documento médico y legal donde se registra la atención del paciente.
- g. El establecimiento de salud, a través del responsable de la estrategia de prevención y control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis o el que haga sus veces, debe remitir el consolidado del monitoreo de casos de pacientes con VIH en TAR, según el formato establecido para tal fin. El reporte de casos de pacientes con VIH en TAR será enviado mensualmente al responsable de prevención y control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis de la DIRIS/DIRESA/GERESA, quien remitirá la información a la DPVIH de la DGIESP, previa verificación de la información.
- h. El establecimiento de salud, a través de su responsable de farmacia y en coordinación con el responsable de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis o el que haga sus veces, debe remitir mensualmente a la Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas o la que haga sus veces de la DIRIS/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 (ICI), el mismo que debe guardar relación con los casos atendidos durante el mes.
- i. El establecimiento de salud, a través de su responsable de farmacia y en coordinación con el responsable de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis o el que haga sus veces, debe remitir a la Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas o la que haga sus veces de las DIRIS/DIRESA/GERESA, o quien haga sus veces, todos los reportes de RAM registrados.
- j. Todo personal de la salud que tenga una exposición ocupacional al VIH, debe informar al jefe inmediato, y ser derivado con la ficha completa de notificación del caso al responsable de la Oficina de Epidemiología del establecimiento de salud, o quien haga sus veces, y al responsable de los servicios de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis, 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 e Inocuidad Alimentaria (DIGESA), con copia a la Oficina de Personal.



6.9. DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- a. El responsable de la estrategia de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis del establecimiento de salud identifica 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.



- b. La referencia de una persona viviendo con VIH a otro establecimiento de salud debe ser previamente reportada entre establecimientos de salud, y realizada mediante el formato de derivación indicado en el Anexo 7 "Formato de derivación de personas con VIH". Este documento deberá ser remitido a la Oficina de Referencia del establecimiento de salud o quien haga sus veces, para el registro y atención correspondiente.
- c. Todo establecimiento de salud de origen monitorea la llegada del paciente al establecimiento de salud de destino. En el documento de derivación se adjuntará la copia de la tarjeta de tratamiento según Anexo N° 6 "Tarjeta de Administración de TAR y Terapia Preventiva en pacientes con VIH". Todo el proceso de referencia se realiza según la Norma Técnica de Salud del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud vigente.

6.10. DE LAS INSTANCIAS INVOLUCRADAS

6.10.1 Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, a través de la Dirección de Prevención y Control del VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis

Le corresponde:

- Brindar asistencia técnica a las DIRIS/DIRESA/GERESA, así como a EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, y establecimientos de salud privados, en cuanto a las intervenciones de prevención y control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis, a nivel nacional.
- Definir los criterios y coordinar la estimación de los casos que se esperan se presentarán en el año siguiente en el país, con fines de realizar la programación anual de productos farmacéuticos necesarios para la atención de las personas viviendo con VIH/SIDA.
- Definir los criterios y coordinar la estimación de los productos farmacéuticos a ser usados en la atención de las personas viviendo con VIH/SIDA como parte del proceso de programación anual.
- Definir el listado de productos farmacéuticos estratégicos y de soporte necesarios para la atención de la DPVIH, en coordinación con la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID).
- Brindar la asistencia técnica a los responsables de la estrategia de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis de los establecimientos de salud públicos y privados a cargo de la DIRIS/DIRESA/GERESA, o las que hagan sus veces durante el proceso de programación de casos para la atención de pacientes en TAR 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 Técnica de Salud a nivel nacional.
- Remitir trimestralmente a la DIGEMID el número de pacientes enrolados según esquema de tratamiento, para su análisis y seguimiento de consumo de medicamentos y gestión de suministro.



6.10.2 Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID), a través de la Dirección de Farmacovigilancia, Acceso y Uso (DFAU)

Le corresponde:

- Proponer la normativa, 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 PVV.
- 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 Técnica de Salud.
- Proponer la normativa, promover, monitorear, vigilar y evaluar la atención farmacéutica y el uso racional de medicamentos.

6.10.3 Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES)

Le corresponde:

- Conducir y realizar los procesos de adquisición, almacenamiento y distribución de productos farmacéuticos, antirretrovirales en coordinación con los órganos del Ministerio de Salud, los establecimientos de salud de la DIRIS/DIRESA/GERESA, 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.



6.10.4 Instituto Nacional de Salud (INS) y redes de laboratorios del MINSAJ

Les corresponde:

- Al INS coordinar, organizar y asistir técnicamente a la red de laboratorios de los establecimientos de salud a cargo de las DIRIS/DIRESA/GERESA o las que hagan 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.

- Al INS y a las redes de laboratorios del MINSA 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 de Atención Integral de VIH, según corresponda.
- Al INS y a las redes de laboratorios del Minsa, asegurar los mecanismos de protección de datos personales de salud de los pacientes de los que se remiten muestras para las pruebas confirmatorias, pruebas de monitoreo (CD4 y CV), genotipificación y otras requeridas en la atención integral de pacientes con VIH.
- Asegurar los mecanismos de protección de datos personales de salud de los pacientes de los que se remiten muestras para las pruebas confirmatorias, pruebas de monitoreo (CD4 y CV), genotipificación y otras requeridas en la atención integral de pacientes con VIH.
- Las muestras remitidas al INS deberán ser codificadas, garantizando la protección de datos personales de salud de las personas viviendo con VIH. Usarán la codificación alfanumérica con las iniciales de los apellidos y nombres del paciente, y su fecha de nacimiento (ddmmaa) establecida por el médico tratante.

6.10.5 Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control de enfermedades

Le corresponde:

- Conducir vigilancia epidemiológica de la infección por VIH/SIDA en el ámbito nacional
- Implementar las diferentes modalidades que componen la vigilancia epidemiológica: notificación de casos, vigilancia centinela, vigilancia del comportamiento e investigaciones epidemiológicas complementarias

6.10.6 Direcciones de Redes Integradas de Salud / Direcciones Regionales de Salud / Gerencias Regionales de Salud

Les corresponde:

- Definir y ejecutar a través de las unidades ejecutoras, la meta de pacientes esperados para el periodo de programación establecido, a través de los responsables de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis, según corresponda.
- Garantizar que las brigadas itinerantes urbanas o amazónicas sean incorporadas en los planes operativos locales y financiados por el Programa Presupuestal 016 TB/VIH-SIDA.
- Gestionar el sistema de suministro, programación y distribución de productos farmacéuticos y afines, usados en la atención de los servicios de prevención y control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis, en los establecimientos de salud de su jurisdicción suministrados por el Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Medicamentos del nivel regional.



- 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 y Tecnovigilancia, en los plazos establecidos para su respectiva evaluación y categorización, a través de la Dirección de Medicamentos o quien haga sus veces.
- Realizar la farmacovigilancia intensiva en los establecimientos de salud que brinden TAR, y la tecnovigilancia de los dispositivos médicos utilizados en la atención de pacientes con infección por VIH, a través de la Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas o quien haga sus veces.
- Planificar, coordinar y realizar la contratación y capacitación de los recursos necesarios de los establecimientos del Ministerio de Salud para garantizar la atención integral del VIH, por profesional calificado.
- Monitorear la dotación de los equipos multidisciplinarios, el equipamiento y la infraestructura adecuada para la atención integral de la persona con VIH, con enfoque de género e interculturalidad.
- Organizar la red de establecimientos que brindan TAR, garantizando el mayor acceso de la población a los servicios de diagnóstico y tratamiento del VIH.
- Organizar la descentralización de la oferta fija de atención integral en establecimientos de primer nivel de atención, con el objetivo de mejorar el acceso de estos servicios a la población de su jurisdicción, a través de los servicios de prevención y control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis.
- Difundir, capacitar y supervisar la implementación de la presente Norma Técnica de Salud en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones, a través del responsable regional de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis.

6.10.7 Los establecimientos de salud

Les corresponde:

- Implementar los procesos de atención e intervenciones establecidas en el presente documento normativo para la atención integral de personas viviendo con VIH, promoviendo el acceso al diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y monitoreo clínico continuo.
- Implementar estrategias para facilitar el acceso a las pruebas de tamizaje para VIH, con énfasis en las pruebas rápidas.
- Garantizar el envío de muestras requeridas para la atención de pacientes adultos con infección por VIH, al laboratorio referencial o al INS según corresponda.
- Gestionar ante las instancias correspondientes el stock de medicamentos, insumos y reactivos de laboratorio (pruebas rápidas de VIH y antirretrovirales), para el cumplimiento de la presente Norma Técnica de Salud.
- Elaborar y presentar 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 instancia correspondiente, a través del responsable de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis, según la institución que corresponda.



- Almacenar, dispensar y monitorear los productos fármaco-terapéuticos y afines usados en la atención integral de pacientes con infección por VIH, a través del responsable de farmacia.
- Implementar y desarrollar actividades de farmacovigilancia intensiva en pacientes con TAR, de acuerdo a nivel y capacidad resolutive.
- Notificar las sospechas de reacciones adversas a las instancias correspondientes, a través del encargado de farmacia.
- Realizar reuniones periódicas entre el responsable de la estrategia de VIH-SIDA y el responsable de farmacia para análisis de la gestión de medicamentos e insumos.

6.11. DE LOS COMPONENTES DE GESTIÓN

6.11.1 COMPONENTE DE PRESTACIÓN

Los establecimientos de salud públicos y privados organizarán sus servicios de salud para brindar las atenciones correspondientes según la presente Norma Técnica de Salud, a través de la Cartera de Servicios que ofertan a la población en los establecimientos de salud.

6.11.2 COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN

Las DIRIS/DIRESAS/GERESAS deberán organizar los establecimientos de salud de su jurisdicción, según la categoría a la que correspondan y el nivel de complejidad, para el cumplimiento de la presente Norma Técnica de Salud, considerando para las atenciones de internamiento, consulta externa, emergencia y atenciones extramurales, los aspectos necesarios en relación a:

- Organización de los Servicios para la atención.
- Recursos Humanos.
- Instrumentos de Registro de Información.
- Materiales e Insumos.
- Equipos e instrumental médico.
- Productos farmacéuticos y dispositivos médicos.
- Referencia y Contrarreferencia.

6.11.3 COMPONENTE DE GESTIÓN

- a. Los establecimientos de salud, públicos y privados, para el cumplimiento de la presente Norma Técnica en Salud, deben prever las acciones pertinentes en relación a la planificación, organización, dirección y control, que aseguren la prestación de las atenciones necesarias.
- b. Con relación a la información a usarse con fines de control, se considerarán los indicadores descritos en el Anexo 15 "Indicadores de Atención Integral de la infección por el VIH" de la presente Norma Técnica de Salud.

6.11.4 COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO

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 sanitarias de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas con infección por VIH establecidas en la presente Norma Técnica de Salud, se realizará a través del presupuesto del Programa Presupuestal 016 TBC/VIH y el SIS.

El Seguro Integral de Salud financiará las atenciones dispuestas en la presente Norma Técnica de Salud de acuerdo al Decreto Supremo N° 002-2020-SA, que reglamenta la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N° 1346, que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del Seguro Integral de Salud (SIS).

Las IAFAS diferentes al SIS, garantizarán el financiamiento de las atenciones dispuestas en la presente Norma Técnica de Salud para la población que les corresponda asegurar, así como a sus derechohabientes, según los planes de coberturas correspondientes y el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

VII. RESPONSABILIDADES

7.1 DEL NIVEL NACIONAL

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Intervención Estratégicas en Salud Pública y de la Dirección de Prevención y Control del VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis, 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 (INS), la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) y el Centro Nacional Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES), es responsable de cumplir lo dispuesto en la presente Norma Técnica de Salud, según corresponda.

7.2 DEL NIVEL REGIONAL

Los Directores Generales de las DIRIS/DIRESA/GERESA, 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 DEL 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, en lo que sea pertinente.



VIII. ANEXOS

- | | |
|----------|---|
| ANEXO 1 | CLASIFICACIÓN CLÍNICA E INMUNOLÓGICA DE LA INFECCIÓN POR EL VIH. OMS 2007 |
| ANEXO 2 | FLUJOGRAMA DE DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH EN ADULTOS |
| ANEXO 3 | HOJA DE EVALUACIÓN INTEGRAL PARA INGRESO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE ADULTOS CON INFECCIÓN POR EL VIH |
| ANEXO 4 | ORDEN DE LABORATORIO PARA PRUEBAS DE CD4 Y CV |
| ANEXO 5 | FLUJOGRAMA DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL |
| ANEXO 6 | TARJETA DE ADMINISTRACIÓN DE TAR Y TERAPIA PREVENTIVA EN PACIENTES CON VIH |
| ANEXO 7 | FORMATO DE DERIVACIÓN DE PERSONAS CON VIH |
| ANEXO 8 | ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LAS PRINCIPALES INFECCIONES OPORTUNISTAS EN PACIENTES CON VIH/SIDA |
| ANEXO 9 | HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN EL ADULTO CON VIH |
| ANEXO 10 | FRECUENCIA DE EXÁMENES DE MONITOREO EN PACIENTES CON VIH |
| ANEXO 11 | FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE LA PRUEBA DE GENOTIPIFICACIÓN PARA VIH Y CAMBIO DE ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL |
| ANEXO 12 | EXPEDIENTE TÉCNICO PARA CONSULTAS Y CAMBIO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL |
| ANEXO 13 | DOSIS Y POSOLOGÍA DE LOS PRINCIPALES ANTIRRETROVIRALES USADOS EN ADULTOS CON INFECCIÓN POR VIH |
| ANEXO 14 | ESQUEMAS Y COMBINACIONES DE ANTIRRETROVIRALES NO RECOMENDADOS |
| ANEXO 15 | INDICADORES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA INFECCIÓN POR EL VIH |



GLOSARIO DE TÉRMINOS

3TC	Lamivudina
ABC	Abacavir
ASP	Agente de soporte personal
ATV	Atazanavir
AZT	Zidovudina
CD4	Linfocitos T con marcador CD4
CMV	Citomegalovirus
CV	Carga viral
CENARES	Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud
DMUNI	Dirección de Inmunizaciones
DPCTB	Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis
DPVIH	Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis
DSARE	Dirección de Salud Sexual y Reproductiva
DTG	Dolutegravir
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
DIREMID	Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas
DRV	Darunavir
EFV	Efavirenz
ELISA	Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas
EO	Enfermedades oportunistas
EP	Educador de Pares
ETR	Etravirina
FTC	Emtricitabina
HRZE	Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol (Medicamentos Antituberculosos)
IADM	Incidente adverso a dispositivos médicos
IAFAS	Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud.
INTR	Inhibidor nucleósido de la transcriptasa reversa
INNTR	Inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa
IFI	Inmunofluorescencia indirecta
IM	Vía Intramuscular
INH	Isoniacida
INS	Instituto Nacional de Salud
IP	Inhibidor de proteasa



NTS N° 169 -Minsa/2020/DGIESP
 "NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA
 INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)"

IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de salud
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LCR	Líquido cefalorraquídeo
LGP	Linfadenopatía generalizada persistente
LIA	Inmunoensayo en línea
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
MINSA	Ministerio de Salud
MEF	Mujeres en Edad Fértil
NETLAB	Sistema de información de pruebas de laboratorio del Instituto Nacional de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCR	Reacción en cadena de la polimerasa
PPD	Derivado proteínico purificado
PPE	Profilaxis post exposición
PVV	Persona viviendo con VIH
RAL	Raltegravir
RAM	Reacción adversa a los medicamentos
RPR	Reagina Plasmática Rápida
RTV	Ritonavir
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TAR	Tratamiento Antirretroviral
TB	Tuberculosis
TDF	Tenofovir
TGP	Transaminasa glutámico pirúvica
TMP- SMX	Trimetoprim –Sulfametoxazol
TP TB	Terapia Preventiva para Tuberculosis
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
VHB	Virus de la Hepatitis B
VHC	Virus de la Hepatitis C
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VO	Vía oral



ANEXO 1

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

SÍNTOMAS ASOCIADOS A LA INFECCIÓN POR EL VIH	ESTADIO CLÍNICO	VALOR DE CD4 (VALOR ABSOLUTO POR MM3)
Asintomático	1	> 500
Síntomas leves	2	350-499
Síntomas avanzados	3	200-349
Síntomas graves (SIDA)	4	< 200

Fuente: Modificado de Clasificación inmunológica propuesta por la OMS para la infección establecida por el VIH. 2007

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA INFECCIÓN POR EL VIH EN ADULTOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH CONFIRMADA. OMS 2007

Estadio clínico 1
<ul style="list-style-type: none"> • Asintomático. • Linfadenopatía generalizada persistente.
Estadio clínico 2
<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Onicomicosis.
Estadio clínico 3
<ul style="list-style-type: none"> • 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.

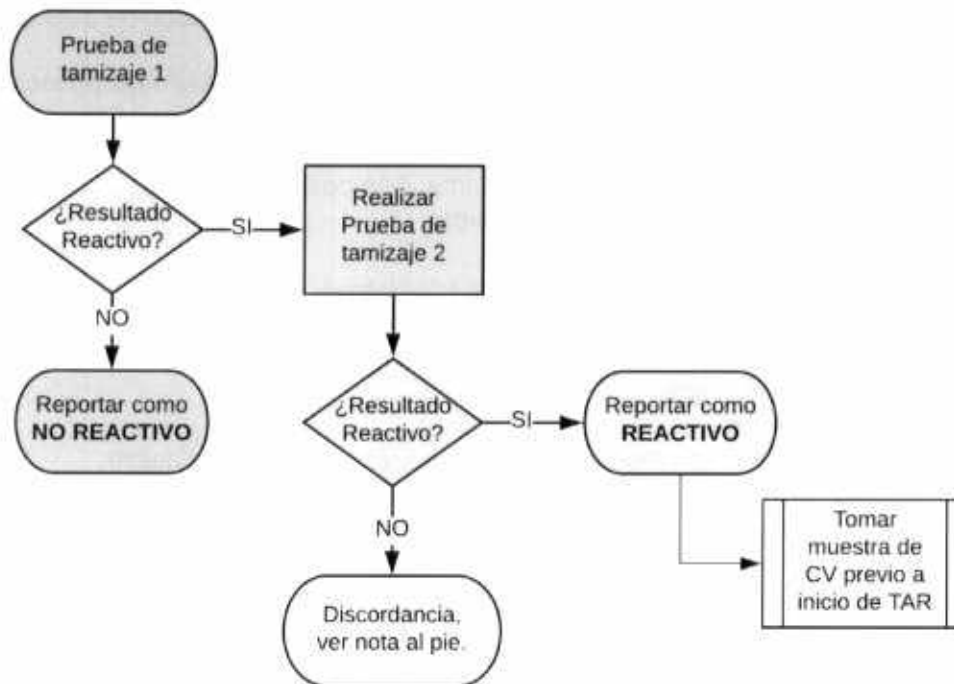
** En la evaluación del peso en la embarazada se debe considerar la ganancia de peso esperada.

*** 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 2

FLUJOGRAMA DE DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH EN ADULTOS



Si posterior a la realización de las PR, existe discordancia, se realizará ELISA o equivalente en sangre venosa; si por el contrario hay discordancia entre las pruebas de ELISA o equivalente, se realizará una prueba confirmatoria. Posterior al diagnóstico se debe tomar muestra para CV

Las pruebas de tamizaje incluyen: Pruebas rápidas (PR), ELISA o equivalente (Quimioluminiscencia o Electroquimioluminiscencia).



NTS N° 169 -MINSA/2020/DGIESP
 "NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA
 INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)"

ANEXO 3: HOJA DE EVALUACIÓN INTEGRAL PARA INGRESO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN ADULTOS CON INFECCION POR EL VIH													
I. DATOS DE FILIACION:													
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombres			D.N.I.		H.C.		
Fecha Nacimiento			Edad	Sexo		Grupo Étnico		Grado de Instrucción		Lugar de Nacimiento		Lugar de Procedencia	
/ /				M	F								
Dirección						Distrito			Referencia del domicilio				
II. ANTECEDENTES													
ANTECEDENTES PERSONALES													
Prueba tamizaje		Prueba confirmatoria		Grupo poblacional					Forma de transmisión				
/ /		/ /		HSH	TRANS	TS	PG	Otros:		Sexual	Sanguinea	TMI	Otra
Habitos Nocivos:		Alcohol		Tabaco		Drogas							
		SI	NO	SI	NO	SI	NO						
III. EVALUACION CLINICA													
INFECCIONES OPORTUNISTAS/CO-MORBILIDADES (Ultimo año)													
Enfermedad			Fecha de Dx.			Activa		Tratamiento recibido		EESS			
						SI	NO						
TERAPIA PREVENTIVA													
TP TMP/SMX		NO	SI	Fecha de Inicio		Observaciones:							
TP TB		NO	SI	Fecha de Inicio		Fecha de Fin.		Observaciones:					
EXAMEN FÍSICO													
Peso (Kg)		Talla (cm)		Examen Físico									
				N	A	Describir lo patológico:							
ANTECEDENTE DE USO DE ARV :													
NO	SI	Lugar				Esquema			Periodo				
Basales		Fecha		TAR DE INICIO									
CD4													
CV													
										Fecha/Firma y Sello del Médico Tratante			



NTS N° 169 -MINSA/2020/DGIESP
 "NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA
 INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)"

IV. ENTREVISTA DE ENFERMERIA.

CONSIDERACIONES PARA LA ADHERENCIA (Valoración aplicable al apoderado y/o paciente)

El personal de Enfermería indagará sobre los factores que se relacionen con una adecuada adherencia al TAR para definir los diagnósticos de enfermería y/o conduciendo al paciente a proponer sus propias soluciones:

Diagnóstico: Explore si el paciente conoce su diagnóstico y el proceso de la infección.

TAR: Explore los conocimientos del paciente sobre el TAR.

Soporte familiar: Explore si cuenta con soporte familiar o de pareja, si ha compartido su diagnóstico, principales preocupaciones y/o temores.

Otros.

AGENTE DE SOPORTE PERSONAL (ASP)

Nombre y Apellidos		Género	M	F	Otros:
Domicilio		Teléfono:			

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA^c

Marcar el o los diagnósticos de Enfermería según cada caso, serán identificados en el apoderado y/o en el paciente.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fracaso al tratamiento relacionado a la mala adherencia. ^d
<input type="checkbox"/> Insomnio relacionado al tratamiento antirretroviral. ^d
<input type="checkbox"/> Protección ineficaz relacionado a trastorno inmunitario por VIH (hacinamiento, mala higiene, mala alimentación, entre otros). ^{a,d}
<input type="checkbox"/> Incumplimiento del TAR relacionado con motivación insuficiente, creencias de salud incongruentes, entre otros ^d
<input type="checkbox"/> Interrupción de la lactancia materna relacionado con enfermedad de la madre infectada por VIH ^a | <input type="checkbox"/> Inadecuada disposición para la aceptación del diagnóstico. ^a
<input type="checkbox"/> Inadecuada disposición para mejorar los conocimientos. ^{a,b}
<input type="checkbox"/> Inadecuada disposición para mejorar el autocuidado (mala higiene, mala alimentación, entre otros). ^{a,b}
<input type="checkbox"/> Conocimientos deficientes relacionados a la infección por VIH/SIDA (creencias, información inadecuada, entre otros). ^a
<input type="checkbox"/> Riesgo de infección relacionado a exposición a patógenos, (vacunación inadecuada o malnutrición). ^{a,d}
<input type="checkbox"/> Inadecuado apoyo social (familiar o del estado) para la adherencia. ^{a,d}
<input type="checkbox"/> Otros _____ |
|---|--|

^a Diagnósticos para pacientes nuevos. ^b Diagnósticos para pacientes continuadores

Fuente: Adaptado de Nanda Internacional, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y clasificación, 2018-2020

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Fecha/Firma y Sello de la Enfermera



NTS N°169 -Minsa/2020/DGIESP
 "NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA
 INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)"

V. EVALUACION PSICOLOGICA.			
Observación durante la evaluación			
Percepciones del paciente sobre TAR:			
Favorable	<input type="checkbox"/>	Desfavorable	<input type="checkbox"/>
Resultados de evaluación			
1. ¿Conoce su diagnóstico? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
2. Proceso de aceptación del diagnóstico			
	Descripción		
Conocimiento sobre VIH			
¿Quién se lo dijo?			
¿Cómo se lo dijeron?			
¿Qué pasó después de conocer su diagnóstico?			
	Descripción		
(a) Negación			
(b) Ira			
(c) Negociación			
(d) Depresión			
(e) Aceptación			
3. Actitud con respecto al TAR			
4. Principales Aspectos Cognitivos			
5. Principales Aspectos Emocionales			
6. Indicadores Psicopatológicos			
Conclusión Diagnóstica:			
Plan de Seguimiento			
			Fecha/Firma y Sello del Psicólogo
VI. EVALUACION DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.			
Consideraciones generales			
El personal de obstetricia indagará sobre los factores relacionados a la salud sexual y reproductiva del paciente, generando espacios de comunicación fluida y de confianza para atender temas de su desarrollo sexual.			
Cuestionario	SI	NO	ESPECIFIQUE
1. ¿ Ha tenido relaciones sexuales?			
2. ¿Cuántas parejas sexuales a tenido a la fecha?			
3. ¿Actualmente tiene pareja(s) sexual (es)?			
4. ¿Usa correctamente preservativos en sus relaciones sexuales?			



NTS N° 169 - MINSAL/2020/DGIESP
 "NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA
 INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)"

5. ¿Conoce de métodos anticonceptivos?			
6. ¿Actualmente usa algún método anticonceptivo?			
7. ¿Alguna vez ha tenido o tiene síntomas de ITS (flujo vaginal, úlceras/lagas en los genitales, etc)?			
8. ¿Alguna vez a sido agredida(o) física o psicológicamente por su pareja u otra persona importante para Usted? (Aplicar ficha de tamizaje de violencia basada en género)			
9. ¿Conoce sobre prevención de cáncer de cuello uterino y de mamas?			

Conclusión diagnóstica

.....

Plan de Seguimiento

.....

Fecha/Firma y Sello de la Obstetra

VII. EVALUACION SOCIAL: Enfatizar la información relacionada a los contactos en riesgo de VIH.

PARENTESCO	NOMBRES Y APELLIDOS (EDAD)	Conoce su diagnóstico?			OBSERVACIONES
		SI	NO	NO SABE	
		SI	NO	NO SABE	
		SI	NO	NO SABE	
		SI	NO	NO SABE	
		SI	NO	NO SABE	
		SI	NO	NO SABE	

BARRERAS Y FACILITADORES SOCIALES	SI	NO	ESPECIFIQUE
1. ¿Tiene dificultades para transportarse al hospital?			
2. ¿Tiene dificultades para venir al hospital debido a su trabajo o estudios?			
3. ¿Tiene dificultades para pagar sus citas, medicamentos o exámenes de laboratorio?			
4. ¿Tiene dificultades para conseguir buenos alimentos en cantidad suficiente?			
5. ¿Tiene o ha tenido antecedentes judiciales, penales o policiales?			
6. ¿Ha sido rechazado por su familia debido a su diagnóstico de VIH?			
7. ¿Le preocupa ser visto por personas conocidas en el hospital?			
8. ¿Recibe apoyo de alguna institución, organización o programa social?			
9. ¿Alguna vez ha realizado trabajo sexual?			
10. ¿Tiene dificultades para hacer sus actividades debido a alguna discapacidad física o mental?			

DIAGNOSTICO SOCIAL:

Pre - diagnóstico

.....

Diagnóstico social

<input type="checkbox"/> Problemas relacionados con bajos ingresos (Z59.6)	
<input type="checkbox"/> Problemas relacionados con pobreza extrema (Z59.5)	
<input type="checkbox"/> Problemas relacionados con desempleo (Z56.0)	
<input type="checkbox"/> Problemas relacionados con vivienda inadecuada (Z59.1)	
<input type="checkbox"/> Problemas relacionados con soporte socio-familiar (Z63.2)	
<input type="checkbox"/> Problemas relacionados con exclusión y rechazo social (Z60.4)	
<input type="checkbox"/> Problemas relacionados con relación de pareja (Z63.0)	
<input type="checkbox"/> Problemas relacionados con falta de alimentos adecuados (Z59.4)	
<input type="checkbox"/> Problemas relacionados con discapacidad	

Fecha/Firma y Sello de la Trabajadora Social



NTS N° 169 -Minsa/2020/DGIESP
 "NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA
 INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)"

ANEXO 4

ORDEN DE LABORATORIO PARA PRUEBAS DE CD4 Y CV



MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
 CENTRO NACIONAL DE SALUD PUBLICA

ORDEN DE LABORATORIO DE PRUEBAS DE MONITOREO PARA CD4 Y CV EN VIH

Nombre completo del paciente:					
DIRESA/GERESA	EE.SS.	DNI	Fecha de Nacimiento	Fecha de Solicitud	
			/ /	/ /	
Gestante	Semana de Gestación	HSH	TS	Adolescente	
PPL	Niño	Indígena Amazónico	PG	TRANS	
Prueba solicitada	Recuento de linfocitos CD4/CD8 por citometría de flujo			()	
	Determinación de carga viral para VIH			()	
Motivo de solicitud	Paciente recién diagnosticado VIH			()	
	Seguimiento y Evaluación para inicio de TAR			()	
	Control periódico con TAR			()	



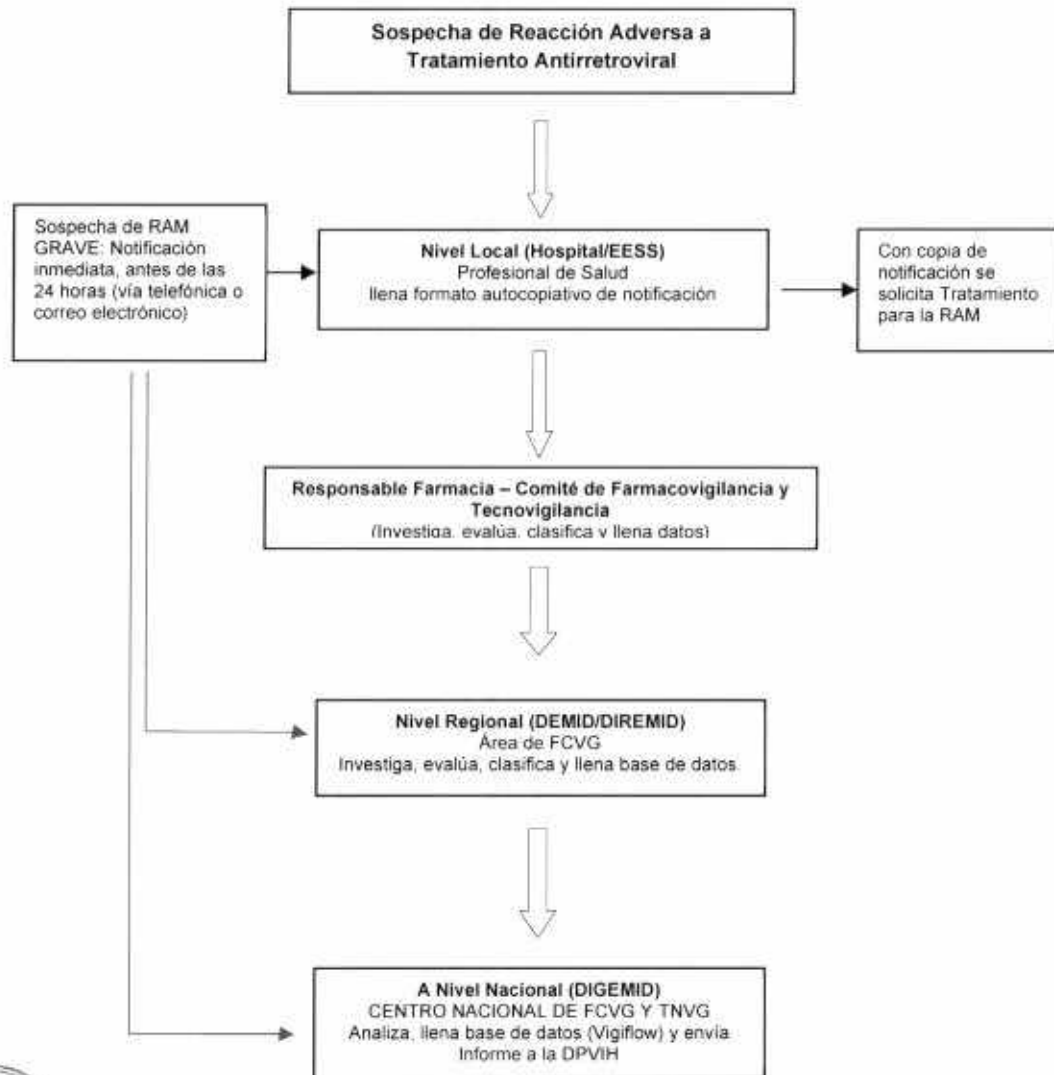
HORA Y FECHA DE OBTENCIÓN MUESTRA _____

FECHA DE ENVÍO DE MUESTRA _____



ANEXO 5

FLUJOGRAMA DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A
MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL



ANEXO 6



TARJETA DE ADMINISTRACIÓN DE TAR Y TERAPIA PREVENTIVA EN PACIENTES CON VIH

DIRECCIÓN DE SALUD: _____ Nº DE H CLÍNICA: _____
 ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ DNI: _____
 NOMBRES Y APELLIDOS: _____ F. INGRESO A TAR: _____
 EDAD: _____ SEXO: M: _____ F: _____ TELÉFONO: _____
 DIRECCIÓN: _____ DISTRITO: _____ GRUPO ÉTNICO: _____
 TIPO DE POBLACIÓN: _____

FECHA DE ATENCIÓN																		
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																	
% ADHERENCIA																		
RECUENTO DE CD4 (cel/mm3)																		
CARGA VIRAL (copias/ml)																		
TERAPIA PREVENTIVA																		
TMP/SMX	Nº MEDICAMENTOS ENTREGADOS																	
	Nº DOSIS TOTAL/DIA																	
TPTB	Nº MEDICAMENTOS ENTREGADOS																	
	Nº DOSIS TOTAL/DIA																	
VACUNACIÓN																		
OBSERVACIONES																		



INSTRUCTIVO DE TARJETA DE ADMINISTRACIÓN DE TAR Y TERAPIA PREVENTIVA A PACIENTES CON VIH

Esta tarjeta debe ser llenada por el personal de enfermería de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control VIH/SIDA, ITS, Hepatitis del establecimiento de salud donde se administra TAR y TP TB y que atiende personas con VIH:

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 pública o privada notificante. Registrar el nombre completo del paciente, edad, el sexo al que corresponde, el número de historia clínica, DNI correspondiente, tipo de población que pertenece, grupo étnico, la fecha en la que ingresó a TAR y su dirección completa, distrito al que pertenece y teléfono correspondiente para su ubicación (idealmente número de celular).
2. Ítem: Fecha de Atención: Colocar la fecha de atención correspondiente en cada columna según citas del paciente.
3. Ítem: Antirretrovirales (ARV): Colocar en el espacio en blanco el ARV correspondiente o los ARV juntos si su forma de presentación es de Dosis Fija Combinada. Ej. AZT en caso de fármaco solo o AZT/3TC para medicación combinada.
4. 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.
5. En el Ítem % de Adherencia colocar el porcentaje de adherencia tanto para antirretrovirales.
6. Recuento de CD4. Colocar el valor y la fecha de resultado del número total de linfocitos T CD4 que el paciente registra.
7. 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.
8. En Ítem Terapia Preventiva, colocar el N° de Medicamentos entregados y la dosis total/día de TMP/SMX para la Terapia Preventiva con TMP/SMX o los medicamentos utilizados para Terapia Preventiva para TB (TP TB) respectivamente.
9. Registrar el control de vacunaciones realizadas en el paciente con VIH.

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



NTS N° 169 -MINS/2020/DGIESP
 "NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA
 INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)"



ANEXO 7
FORMATO DE DERIVACIÓN DE PERSONAS CON VIH

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

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

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE: _____

SEXO _____ EDAD _____ DNI: _____

- I. MOTIVOS DE LA DERIVACIÓN:**
- 1: SEGUIMIENTO Y ADMINISTRACIÓN DE TTO ()
 - 2: REQUIERE EVALUACIÓN ESPECIALIZADA ()
 - 3: INGRESA O EGRESA DE ESSALUD ()
 - 4: OTROS (Especifique): _____ ()

II. RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA:

a. Fecha de Diagnóstico (Adjuntar copias de los exámenes):
 1er Tamizaje reactivo VIH ___/___/___ Prueba Confirmatoria ___/___/___ (PR, Elisa, IFI, etc)

b. Historia de Enfermedades Oportunistas (EO)

N°	EO	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Terapéutica	Evolución

c. Terapia Preventiva (TP)

N°	Esquemas de TP	Fecha de Inicio	Fecha Término	Observaciones
1	TMP/SMX			
2	Isoniacida (INH)			
3	Otros:			

d. Laboratorio

Tamizaje	Fecha	Resultados
Sífilis		
Hepatitis B		
Hepatitis C		

e. Monitoreo CD4 y CV (Últimos tres controles)

	Resultado	FECHAS	Resultado	FECHAS	Resultado	FECHAS
CV						
CD4						

f. Tratamiento Antirretroviral recibido (últimos esquemas)

Esquema de tratamiento	Fecha de inicio	Fecha término	Efectos adversos	Observaciones

III. OTROS DE IMPORTANCIA (Duración el TAR, otras enfermedades, egreso actual, etc)

IV. COMENTARIOS ADICIONALES: _____

 Firma y sello del responsable
 del establecimiento que deriva
 Fecha de envío: ___/___/___
 (Día/mes/año)

 Firma y sello del responsable
 del establecimiento que recibe
 Fecha de recepción: ___/___/___
 (Día/mes/año)



ANEXO 8

ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LAS PRINCIPALES INFECCIONES OPORTUNISTAS EN PACIENTES CON VIH/SIDA.

INFECCIÓN OPORTUNISTA Y CUADRO CLÍNICO GENERAL	AGENTES ETIOLÓGICOS IMPLICADOS	MANEJO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	PROFILAXIS SECUNDARIA
<p>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.</p>	<p><i>Coccideos, Giardia lamblia, Clostridium difficile</i> y <i>Entamoeba histolytica</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> Mantener hidratación del paciente con fluidoterapia oral o endovenosa. Administrar tratamiento empírico: <ul style="list-style-type: none"> Si no recibe profilaxis regular con Trimetoprim – Sulfametoxazol (TMP/SMX), iniciar tratamiento para Cystoisosporidiasis 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 08 horas por 10 días. Si no hay respuesta al 5º día del segundo esquema, iniciar tratamiento con ciprofloxacina 500 mg VO cada 12 horas por 5 días. Si no hay respuesta a este último esquema, completar 10 días de tratamiento, adicionar sintomáticos (loperamida) y realizar estudios invasivos. 	<p>TMP/SMX 160/800 mg VO cada 24 horas hasta que conteo de linfocitos CD4 sea mayor de 200 cel./ml.</p>
<p>Microsporidiosis</p>	<p><i>Encephalitozoon, Enterocytozoon Trachipleistophora</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> Albendazol 400 mg VO cada 12 horas por 4 semanas 	<p>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</p>
<p>Cystoisosporiasis</p>	<p><i>Cystoisospora belli</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> TMP/SMX 160/800 mg VO cada 6 horas o 02 tab VO cada 12 horas por 10 días. 	<p>TMP- SMX 160/800 mg VO tres veces por semana hasta que conteo de linfocitos CD4 se mayor de 200 cel/ml.</p>
<p>Criptosporidiasis</p>	<p><i>Cryptospondium parvum</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> Nitazoxanida 500 mg VO cada 12 horas por 14 días Iniciar u optimizar TAR. 	
<p>Disfagia u odinofagia</p>	<p><i>Cándida albicans, virus del herpes simple y citomegalovirus (CMV). Otras causas: Idiopático.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> Iniciar tratamiento con fluconazol 150 mg VO o 200 mg IV cada 24 horas por 2 a 3 semanas Terapia alternativa: Anfotericina B deoxicolato 0.6 mg/Kg IV cada 24 horas o Anfotericina B liposomal 3-4 mg/Kg IV cada 24 horas. Si hay respuesta clínica en 7 días, no es necesaria la evaluación endoscópica. 	



INFECCIÓN OPORTUNISTA Y CUADRO CLÍNICO GENERAL	AGENTES ETIOLÓGICOS IMPLICADOS	MANEJO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	PROFILAXIS SECUNDARIA
		<ol style="list-style-type: none"> Si se considera esofagitis por herpes o CMV remitirse al tratamiento específico para estas infecciones. 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:	<i>Pneumocystis jirovecii</i>	<ol style="list-style-type: none"> <i>Tratamiento de casos leves a moderados:</i> TMP/SMX) 160mg/800mg, 2 tabletas, cada 08 horas por 21 días. <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 05 días, luego reducir la dosis a la mitad los 05 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). <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 sea mayor de 200 cel/ml
Tuberculosis pulmonar	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Ver numeral 6.5.8	
Neumonía Bacteriana Fiebre alta más tos productiva – purulenta.	<i>S. pneumoniae</i> y <i>Haemophilus sp.</i> Menos frecuente <i>L. pneumophila</i> , <i>M. pneumoniae</i> y <i>Chlamydomphila sp</i>	<ol style="list-style-type: none"> <i>Tratamiento ambulatorio:</i> Amoxicilina 1 g VO cada 08 horas, o Amoxicilina/Ácido Clavulánico 500/125 mg VO cada 08 horas + Claritromicina 500 mg VO cada 8 horas por 07 días. <i>Tratamiento en hospitalización:</i> Ceftriaxona 2 g, IV, cada 24 horas + Claritromicina 500 mg VO cada 8 horas por 07 días 	
Encefalitis por toxoplasma Cefalea, trastorno progresivo de nivel de conciencia, focalización neurológica.	<i>Toxoplasma gondii</i>	<p>Se recomienda el uso de cualquiera de los siguientes esquemas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 06 horas + ácido fólico 15 mg VO cada 24 horas por 08 semanas TMP 5 mg/kg/dosis /SMX 25 mg/kg/dosis IV o VO cada 12 horas por 08 semanas TMP 5 mg/kg/dosis /SMX 25 mg/kg/dosis IV o VO cada 12 horas, más Clindamicina 600 mg IV o VO cada 06 horas, por 08 semanas. <p>Está indicado el uso de corticosteroides sólo si existe edema o efecto de masa significativo</p>	TMP/SMX 160/800 mg VO cada 24 horas hasta que conteo de linfocitos CD4 sea mayor de 200 cel/ml
Neurocriptococosis	<i>Criptococcus neoformans</i>	<ol style="list-style-type: none"> <i>Tratamiento de inducción:</i> Anfotericina B liposomal 3-4 mg/Kg IV cada 24 más fluconazol 800 mg VO o IV cada 24 horas por 2 semanas. 	Fluconazol 150 mg VO diario. Se puede



INFECCIÓN OPORTUNISTA Y CUADRO CLÍNICO GENERAL	AGENTES ETIOLÓGICOS IMPLICADOS	MANEJO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	PROFILAXIS SECUNDARIA
Cefalea intensa, signos de hipertensión endocraneana, trastorno progresivo del nivel de la conciencia		<p><i>Alternativa:</i> Anfotericina B deoxicolato 0.7 a 1 mg/kg/día más fluconazol 800 mg VO o IV cada 24 horas por 2 semanas.</p> <p>2. <i>Tratamiento de consolidación:</i> Fluconazol 450 mg VO o IV por 8 semanas</p> <p>3. Para la hipertensión endocraneana se recomienda punciones lumbares repetidas hasta que la presión de apertura esté dentro del rango normal.</p> <p>4. Iniciar TAR, después de 8 – 10 semanas de iniciado antifúngicos o al final de la fase de consolidación.</p>	suspender luego de un año, siempre y cuando el conteo de linfocitos CD4 sea mayor de 200 cel/ml
Meningitis bacteriana	<i>S. pneumoniae</i>	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>	<p>1. <i>Herpes orolabial:</i> Aciclovir 400mg VO cada 8 horas por 5 a 10 días.</p> <p>2. <i>Herpes genital:</i> Aciclovir 400mg VO cada 8 horas por 5 a 14 días.</p> <p>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.</p>	
Neurosífilis Cefalea más trastorno progresivo del nivel de la conciencia y/o focalización neurológica.	<i>Treponema pallidum</i>	<p>1. Penicilina G sódica: 3 a 4 millones UI, IV cada 4 horas, por 14 días, seguido de Penicilina Benzatinica 2,4 millones UI IM cada semana por 3 semanas.</p> <p>2. 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</p> <p>3. En caso de antecedentes a alergia a penicilina la desensibilización es el manejo de elección</p> <p>4. Si no se puede realizar desensibilización, indicar Ceftriaxona 2g IV cada 24 horas por 14 días</p>	
Enfermedad por Citomegalovirus (CMV) <i>Retinitis, esofagitis o colitis por CMV.</i>	<i>Citomegalovirus</i>	<p>1. <i>Retinitis por CMV:</i> Ganciclovir 5 mg/kg IV cada 12 horas durante 21 días o valganciclovir 900 mg VO cada 12 horas por 21 días.</p> <p>2. <i>Esofagitis o colitis por CMV:</i> 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.</p>	
Infecciones por Virus del Herpes Zoster	<i>Virus Varicela-Zoster</i>	<p>1. <i>Varicela primaria:</i> Valaciclovir 1 g VO cada 8 horas. En casos complicados Aciclovir 10 – 15 mg/Kg IV cada 8 horas por 7 a 10 días.</p> <p>2. <i>Dermatoma localizado:</i> 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.</p>	
Sarcoma de Kaposi	<i>Virus Herpes Humano tipo 8</i>	1. Iniciar u optimizar el TAR y referir al paciente para tratamiento oncológico.	



ANEXO 9

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DE TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL EN EL ADULTO CON VIH

Usted ha sido diagnosticado de infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), y según las normas actuales del Ministerio de Salud, debe iniciar el Tratamiento Antirretroviral (TAR), ya que ello beneficiará a su salud.

El TAR disminuye la cantidad del virus en su sangre, mejorando su sistema de defensas (inmunológico) y, por tanto, disminuyendo la probabilidad que usted enferme; mejorando así su calidad y esperanza de vida.

Sin embargo, el uso del TAR, al igual que cualquier tratamiento médico, puede ocasionar algunos efectos adversos, los cuales serán explicados por el equipo de salud. Le solicitamos que de presentar algún malestar relacionado con la toma del TAR, se comunique y acuda inmediatamente al establecimiento de salud para atenderlo oportunamente.

Actualmente, el Ministerio de Salud ofrece gratuitamente este tratamiento a las personas con VIH. Su médico le explicará con todo detalle el proceso para el inicio del TAR, y usted es totalmente libre de formular todas las preguntas que desee.

Hasta el momento, el TAR es el único tratamiento que ha demostrado ser eficaz para detener el avance de la enfermedad, siempre y cuando cumpla estrictamente con tomar las medicinas de acuerdo a las indicaciones y horarios recomendados.

Usted, al aceptar el inicio del TAR, también se compromete a cumplir con asistir a las citas programadas, y tomar los medicamentos de acuerdo a lo recomendado por el equipo de salud.

Es importante para el equipo de salud que cumpla con las citas establecidas. Si usted no acude a una cita programada, el personal de salud hará todos los esfuerzos para tratar de ubicarlo y conocer su estado de salud. Eso implica que podrán ir a visitarlo a su domicilio, llamarlo por teléfono, enviarle un correo electrónico u otras formas de contacto, siempre cuidando la confidencialidad de su diagnóstico.

Una vez que hayan resuelto todas sus dudas y acepta iniciar el TAR, usted debe firmar este consentimiento informado.

Dejo constancia que he leído el contenido de este Consentimiento Informado, que he tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas y que han sido respondidas satisfactoriamente. He decidido iniciar el TAR, tomar los medicamentos de acuerdo a las indicaciones y horarios recomendados y acudir a las citas programadas. Asimismo, declaro no encontrarme recibiendo TAR en otra institución del Perú o del extranjero.

.....
Nombres y apellidos del paciente*

.....
Fecha y firma

.....
Nombres y apellidos del médico tratante

.....
Fecha y firma

**En situaciones en las que el paciente tenga discapacidad física o mental para la firma del presente consentimiento informado, este deberá ser realizado por el familiar directo o apoderado del paciente.*



ANEXO 10

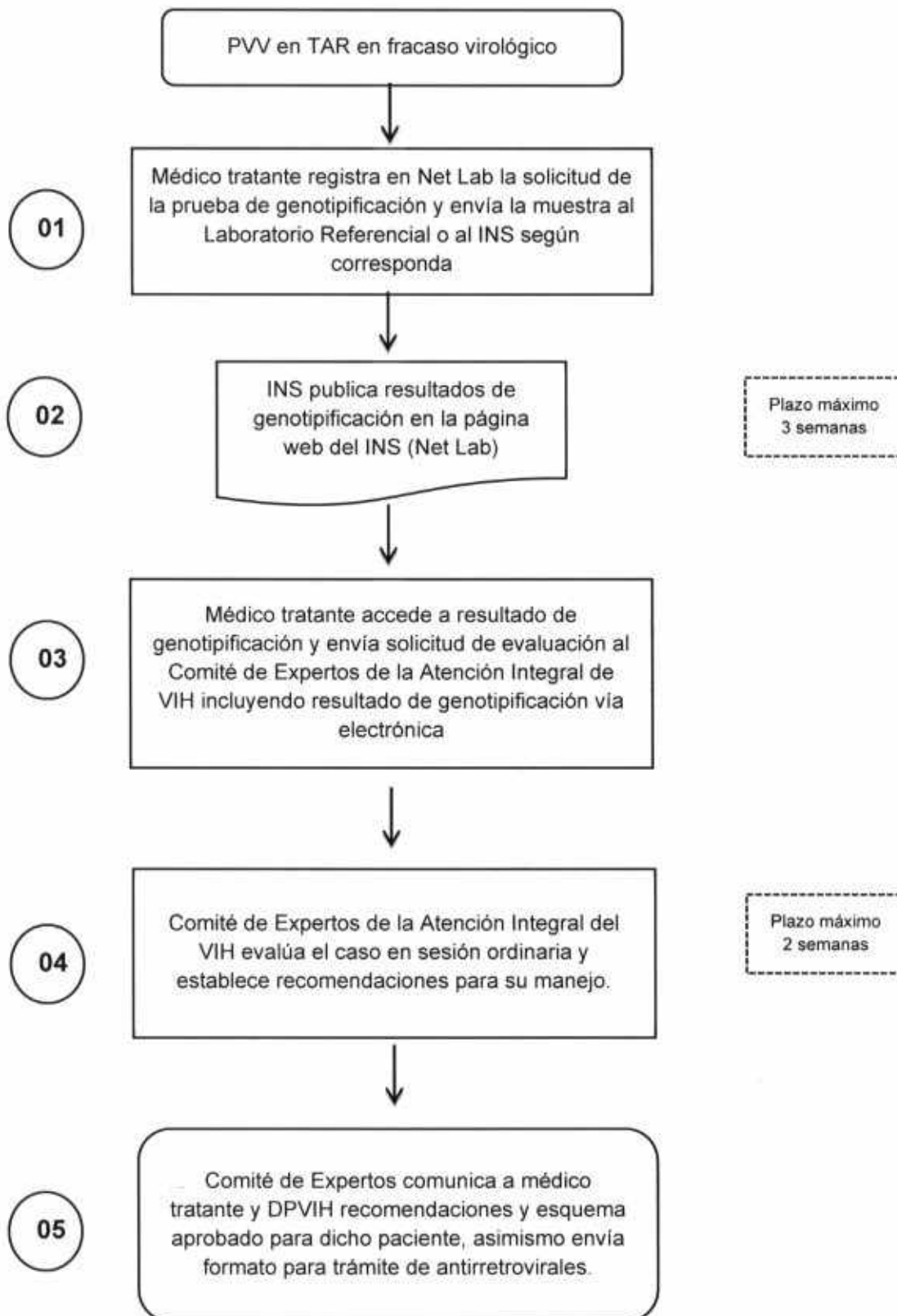
FRECUENCIA DE EXÁMENES DE MONITOREO EN PACIENTES CON VIH

Exámenes de Laboratorio	Pre TAR	3m	6m	12m	Cada 12 meses a partir del 2do año	Después de cada cambio de esquema	Observaciones
Historia médica y examen físico	√	√	√			√	
Evaluación de la adherencia	√	√	√			√	
Carga viral plasmática	√	√	√	√	√	√	Carga viral al 3er y 6to mes en el primer año; Adicionalmente a las 8 semanas después de cambio de esquema ARVs
Recuento de CD4	√		√	√	√		Opcional en pacientes con CD4 > 500 cel/ul y con dos CV indetectables.
Hemograma	√	√	√	√	√		
Glucosa	√	√	√	√	√		
Urea	√	√	√	√	√		
Creatinina	√	√	√	√	√		
Examen de Orina	√	√	√	√	√		
TGP	√	√	√	√	√		
Perfil lipídico	√			√	√		Si el paciente no cuenta con perfil lipídico, esto no debe demorar el inicio de TAR.
Antígeno de superficie	√						Cada 06 meses, si paciente no ha sido vacunado
Anticore total hepatitis B	√						Colocar vacunación para hepatitis B en pacientes que sean negativos para el anticore total para hepatitis B
Anticuerpos para Hepatitis C	√				√		
Radiografía de tórax	√						Considerar adicionales en sintomáticos respiratorios.
Baciloscopia en esputo (2)	√						Considerar muestras adicionales en sintomáticos respiratorios.
Test de Embarazo	√						Test adicionales en situaciones de amenorrea.
Papanicolau		√				√	
Mamografía (mujeres de 50 - 69 años)		√					Cada 3 años



ANEXO 11

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



ANEXO 12

**EXPEDIENTE TÉCNICO PARA CONSULTAS Y CAMBIO DE ESQUEMA DE
 TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL**

I. DATOS GENERALES

Fecha	Nombre del Establecimiento de Salud	N° de Orden base TAR
/ /		
Apellidos y Nombres		Nro HC
DNI		
Edad	Sexo	Código único
	M F	

II. HISTORIA DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS (EO):

N°	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	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°
CD4									
CARGA VIRAL									
PESO									
IMC									

V. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL RECIBIDO ANTERIORMENTE:

Esquema TAR (Abreviatura genérica)	Fecha de inicio	Fecha término	Dosis Diaria	Adherencia (%)	Efectos adversos o intolerancia



Firma y sello del médico tratante _____



NTS N°169 -MINSAL/2020/DGIESP
 "NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA
 INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)"

ANEXO 13
DOSIS Y POSOLOGÍA DE LOS PRINCIPALES ANTIRRETROVIRALES USADOS EN
ADULTOS CON INFECCIÓN POR VIH

ARV	FORMA PRESENTACION	POSOLOGIA	OBSERVACIONES
Abacavir (ABC)	Tabletas 300 mg	300 mg cada 12 horas o 600 mg cada 24 horas	También disponible en DFC como ABC 600mg/3TC 300mg
Atazanavir (ATV)	Capsulas, tabletas 300 mg	300 mg cada 24 horas asociado a RTV 100	También disponible en DFC como ATV 300 mg/ RTV 100 mg
Darunavir (DRV)	Tabletas 600 mg, 800 mg	800 mg cada 24 horas en pacientes nuevos o 600 mg cada 12 horas en pacientes en rescate.	
Dolutegravir (DTG)	Tabletas 50 mg	50 mg cada 24 horas	También disponible en DFC como TDF300mg/3TC300 mg/DTG 50 mg. En pacientes con co-infección TB/VIH la dosis de DTG es 50 mg cada 12 horas
Doravirina (DOR)	Tabletas 100 mg	100 mg cada 24 horas	También disponible en DFC como TDF300 mg/3TC300mg/DOR 100mg
Efavirenz (EFV)	Tabletas 600 mg, 400 mg	600mg o 400 mg cada 24 horas	También disponible en DFC como TDF 300mg/FTC200mg/EFV600 o TDF 300mg/3TC300mg/EFV400 mg
Etravirina (ETR)	Tabletas 200 mg	200 mg cada 12 horas	
Lamivudina (3TC)	Tabletas 150 mg	150 mg cada 12 horas o 300 mg cada 24 horas	También disponible en DFC, combinado con ABC, con AZT o con TDF y DTG.
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	Tabletas 200mg/50 mg	02 tabletas cada 12 horas	
Maraviroc (MVC)	Tabletas 150 mg	150 mg cada 12 horas	Dosis varia en pacientes experimentados y si está acompañado con IP, EFV o ETR
Raltegravir (RAL)	Tabletas 400 mg	400 mg cada 12 horas	
Rilpivirina (RPV)	Tabletas 25 mg	25 mg cada 24 horas	También disponible en DFC como DTG 50mg/RPV 25mg
Ritonavir (RTV)	tabletas 100 mg	En combinación con otros IP	
Tenofovir (TDF)	Tabletas 300 mg	300 mg cada 24 horas	También disponible en DFC como TDF 300mg/FTC200mg/EFV600 o TDF 300mg/3TC300mg/EFV400 mg
Zidovudina (AZT)	Tabletas 300 mg	300 mg cada 12 horas	También disponible en DFC como AZT300 mg /3TC 150 mg



ANEXO 14

ESQUEMAS Y COMBINACIONES DE ANTIRRETROVIRALES NO RECOMENDADOS

Combinaciones de Antirretrovirales No recomendados	Observaciones
Monoterapia con INTR	Rápido desarrollo de resistencia. Actividad antirretroviral inferior respecto a la combinación de tres o más antirretrovirales.
Régimen Doble con INTR (Ej. AZT/3TC)	Rápido desarrollo de resistencia. Actividad antirretroviral inferior respecto a la combinación de tres o más antirretrovirales
Régimen Triple de INTR (Ej. AZT+3TC+ABC)	Alta tasa de fracaso virológico temprana.
Combinaciones de 2 INTR	Alta incidencia de eventos adversos.
Lamivudina (3TC) + Emtricitabina (FTC)	Perfil de resistencia similar. Ningún beneficio potencial adicional.
Etravirina (ETR) + IP no potenciado	Etravirina puede inducir el metabolismo de los IP.
Atazanavir, Darunavir no potenciados	Biodisponibilidad inadecuada.



Fuente: Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents Living with HIV, DHHS Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents – A Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC). Diciembre 2019.



ANEXO 15

INDICADORES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA INFECCIÓN POR EL VIH

N°	INDICADOR	UTILIDAD	FORMULA DE CÁLCULO	FUENTE PRIMARIA DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE REPORTE	META
1	Personas que viven con el VIH y conocen su diagnóstico	Avances en el incremento de personas que viven con el VIH y conocen su diagnóstico y la eficacia de las intervenciones en materia de acceso a las pruebas rápidas para el VIH	Numerador: Número de personas que viven con el VIH que conoce su diagnóstico a diciembre del año evaluado (dato acumulativo) Denominador: Número estimado de personas que viven con VIH	Ficha de notificación de VIH/SIDA - Oficina de Epidemiología SPECTRUM	Anual	90%
2	Personas que viven con VIH en TAR	Avances en el incremento y provisión TAR	Numerador: Número de personas que reciben TAR a diciembre del año evaluado (dato acumulativo). Denominador: Número de personas que viven con el VIH que conoce su diagnóstico. (Denominador alternativo: Número estimado de personas que viven con VIH)	Registro de seguimiento de pacientes con infección por VIH Ficha de notificación de VIH/SIDA - Oficina de Epidemiología SPECTRUM	Anual	90 (81%)
3	Personas que viven con VIH con supresión virológica (CV < 1,000 copias/ml)	Avances en la eficacia del tratamiento, niveles de adherencia y riesgo de transmisión	Numerador: Número de personas con VIH con carga viral suprimida (< 1000 copias/mL) en los últimos 12 meses. Denominador: Número de personas que viven con el VIH que conoce su diagnóstico. (Denominador alternativo: Número estimado de personas que viven con VIH)	Registro de seguimiento de pacientes con infección por VIH Ficha de notificación de VIH/SIDA - Oficina de Epidemiología SPECTRUM	Anual	90 (73%)



N°	INDICADOR	UTILIDAD	FORMULA DE CÁLCULO	FUENTE PRIMARIA DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE REPORTE	META
4	Personas que viven con VIH que inician con un recuento de CD4 < 200 células/mm3	Avances en el diagnóstico y vinculación temprana al TAR	<p>Numerador: Número de personas con VIH que inician con un recuento de CD4<200 células/mm3 a diciembre del año evaluado</p> <p>.....</p> <p>Denominador: Número de personas con VIH con un recuento de CD4 a diciembre del año evaluado</p>	<p>NetLab</p> <p>.....</p> <p>Registro de seguimiento de pacientes con infección por VIH</p>	Anual	<10%
5	Personas que viven con VIH que abandonan el TAR	Avances en estrategias de vinculación y optimización de adherencia	<p>Numerador: Número de personas que viven con VIH que abandonaron TAR por un periodo mayor a 30 días (contados a partir del día de su cita de control).</p> <p>.....</p> <p>Denominador: Número personas que personas que viven con VIH en TAR (enrolados + transferidos) en los últimos 12 meses.</p>	<p>Registro de seguimiento de pacientes con infección por VIH</p>	Mensual	<10%



IX. BIBLIOGRAFÍA

- 1) 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.
- 2) 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 2015. Update: Interim Statement Regarding Potential Fetal Harm from Exposure to Dolutegravir – Implications for HIV Postexposure Prophylaxis (PEP) 2018.
- 3) Centers for Disease Control and Prevention. Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV—United States, 2016.
- 4) Centers for Disease Control and Prevention. Vaccines that might be indicated for adults based on medical and other indications. United States, 2014. <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/adult/adult-schedule.pdf>
- 5) Código Civil del Perú, Decreto Legislativo N° 295, título V, artículo N° 43, 44, 45.
- 6) Croxtall JD, Scott LJ. Raltegravir: In Treatment-Naive Patients with HIV-1 Infection. Drugs 2010; 70 (5): 631-642.
- 7) Department of Health and Human Services (DHHS) - 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. 2019 Available at <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf>
- 8) Department of Health and Human Services (DHHS) - Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC). Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and Adolescents with HIV. 2020.
- 9) Organización Mundial de la Salud. Update of Recommendations on first and second line retroviral regimens. July 2019.
- 10) ENCORE1 Study Group. Efficacy and safety of efavirenz 400 mg daily versus 600 mg daily: 96-week data from the randomised, double-blind, placebo-controlled, non-inferiority ENCORE1 study. Lancet Infect Dis 2015.
- 11) European AIDS Clinical Society (EACS) Guidelines. Version 10.0. November 2019.
- 12) Fullerton DS, Watson MJ, Anderson D, Wittek J, Martin SC, Mrus JM. Pharmacoeconomics of etravirine. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2010 Oct;10(5):485-495.
- 13) 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.
- 14) Ministerio de Salud de Argentina. Consenso Argentino de Terapia Antirretroviral. 2018 -2019. Organizado por la Sociedad Argentina de Infectología (SADI).
- 15) Ministerio de Salud de Uruguay. Recomendaciones de Tratamiento Antirretroviral. 2018
- 16) Ministério da Saúde do Brazil. Secretária de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos - Revisado 2018.



- 17) Ministério da Saúde do Brazil. Secretária de Vigilância em Saúde. Manual Técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças. Revisado 2018.
- 18) Ministerio de Salud de Perú. NTS N° 104 – MINSAL/DGSP. V .01. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis. 2013 y su modificatoria RM N° 752 – 2018.
- 19) Ministerio de Salud del Perú. NT N° 003 – MINSAL/DGSP-V.01. Norma Técnica para la Articulación de Servicios de Consejeros Educadores de Pares para personas que viven con VIH/SIDA.
- 20) Ministerio de Salud del Perú. NTS N° 141 – MINSAL/2018/DGIESP. Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación. 2018
- 21) Ministerio de Salud del Perú, RM N°850-2016/MINSAL, que aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- 22) 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 2019.
- 23) NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y clasificación, 2018-2020.
- 24) NAMSAL ANRS 12313 Study Group. Dolutegravir-Based or Low-Dose Efavirenz-Based Regimen for the Treatment of HIV-1. July 24, 2019, at NEJM.org. DOI: 10.1056/NEJMoa1904340.
- 25) Eshun-Wilson. Early versus delayed antiretroviral treatment in HIV-positive people with cryptococcal meningitis (Review) Cochrane Database of Systematic Reviews.2018
- 26) Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de la Salud. Proyectos de estrategias mundiales del sector de la salud – VIH, 2016-2021
- 27) Organización Mundial de la Salud. Update of Recommendations on first and second line retroviral regimens and post exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis HIV. December 2018.
- 28) Organización Mundial de la Salud. Latent tuberculosis infection Updated and consolidated guidelines for programmatic management. 2018
- 29) Organización Mundial de la Salud. Guidelines on tuberculosis infection and control. 2019 Update.
- 30) Organización Mundial de la Salud. Consolidated Guidelines on Person-Centred HIV patient monitoring and case surveillance. Junio 2017.
- 31) Organización Mundial de la Salud. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context. Interim guidance. Junio 2020
- 32) Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Marco del Monitoreo del Continuo de la atención al VIH, 2014.
- 33) 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.
- 34) Organización Mundial de la Salud, Consolidated guidelines on HIV testing services for a changing epidemic, November 2019.
- 35) Organización Mundial de la Salud, Hablemos de TB-VIH, http://www.who.int/tb/challenges/hiv/talking_points/es/, 2018



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

- 36) Organización Panamericana de la Salud. Guía Clínica. Co-infección de TB/VIH. 2018.
- 37) Perez Molina JA et al. Individual patient data meta-analysis of randomized controlled trials of dual therapy with a boosted PI plus lamivudine for maintenance of virological suppression: GeSIDA study 9717. J Antimicrob Chemother. doi:10.1093/jac/dky299
- 38) Petersen, Maya. American Medical Association. Association of Implementation of a Universal Testing and Treatment Intervention with HIV Diagnosis, Receipt of Antiretroviral Therapy, and Viral Suppression in East Africa, 2017.
- 39) Soria J Et al. Pretreatment HIV Drug Resistance and Virologic Outcomes to First-Line Antiretroviral Therapy in Peru. AIDS Reseach and Human Retrovirus Vol 35, Num 2, 2019.
- 40) Tang M et al HIV-1 Antiretroviral Resistance. Scientific Principles and Clinical Applications. Drugs 2012; 72 (9).
- 41) The INSIGHT START Study Group. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. N. Engl J Med 373;9 nejm.org August 27, 2015.
- 42) Trebelcock W et al. HIV pretreatment drug resistance among cisgender MSM and transgender women from Lima, Peru. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.25411/full>.
<https://doi.org/10.1002/jia2.25411>
- 43) Saag M et al. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults: 2018 Recommendations of the International Antiviral Society–USA Panel.
- 44) 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.
- 45) Ford N CD4 changes among virologically suppressed patients on antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis. J Int AIDS Soc. 2015 Aug 7; 18:20061. doi: 10.7448/IAS.18.1.20061. eCollection 2015.

