

# Resolución Ministerial

Lima, 6 de Setiembre del 2013

Visto, los Expedientes N°s 11-006192-001 y 11-006192-002, que contienen los Informes N°s 027-2013-DGSP/ESN PC ITS-VIH-SIDA/MINSA, 049-2013-DGSP/ESN PC ITS-VIH-SIDA/MINSA y 079-2013-DGSP/ESN PC ITS-VIH-SIDA/MINSA de la Dirección General de Salud de las Personas;

## CONSIDERANDO:

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

Que, el artículo 2° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural;

Que, el artículo 1° de la Ley N° 28243 que amplía y modifica la Ley N° 26626, declara de necesidad nacional e interés público la lucha contra la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS);

Que, por Resolución Ministerial N° 731-2003-SA/DM, se aprobó la Directiva N° 020-MINSA/DGSP-V.01, Sistema de Atención para el Tratamiento Antirretroviral en los niños infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, cuyo objetivo es establecer un sistema de atención integral ofertada al niño infectado con el VIH incluyendo tratamiento antirretroviral que contribuirá a disminuir la morbilidad y mortalidad por SIDA en esta población, así como mejorar su calidad de vida;

Que, la Dirección General de Salud de las Personas es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados a la atención integral, servicios de salud, calidad, gestión sanitaria y actividades de salud mental, estando a cargo de establecer las normas, ejecutar y evaluar el desarrollo de las Estrategias Sanitarias Nacionales del ámbito de su competencia y de los programas por etapa de vida de salud de las personas en el contexto



M. De Habich



D. CESPEDES M.



M. LENGUA M.



J. Zavaia S.

de la descentralización, conforme a lo previsto en el literal d) del artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA y sus modificatorias;

Que, mediante documentos del visto, la Dirección General de Salud de las Personas, ha propuesto la actualización de la Directiva N° 020-MINSA/DGSP-V.01, Sistema de Atención para el Tratamiento Antirretroviral en los niños infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, aprobada por Resolución Ministerial N° 731-2003-SA/DM;

Estando a lo previsto por la Dirección General de Salud de las Personas;

Con el visado de la Directora General de la Dirección General de Salud de las Personas, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Salud; y,

De conformidad con lo establecido en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.-** Aprobar la NTS N° 102 - MINSA/DGSP.V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral y Tratamiento Antirretroviral de los Niños, Niñas y Adolescentes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)", que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

**Artículo 2°.-** Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, la difusión y monitoreo de la citada Norma Técnica de Salud.

**Artículo 3°.-** Encargar a las Direcciones de Salud, las Direcciones Regionales de Salud, las Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces en el nivel regional, la implementación, supervisión y aplicación de la presente Norma Técnica de Salud en el ámbito de sus jurisdicciones.

**Artículo 4°.-** Dejar sin efecto la Resolución Ministerial N° 731-2003-SA/DM que aprobó la Directiva N° 020-MINSA/DGSP-V.01, Sistema de Atención para el Tratamiento Antirretroviral en los niños infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y demás disposiciones que se opongan a la presente norma aprobada.

**Artículo 5°.-** Encargar a la Oficina General de Comunicaciones publique en el Portal Institucional del Ministerio de Salud la presente Resolución Ministerial, en la dirección electrónica: [http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge\\_normas.asp](http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp).

Regístrese, comuníquese y publíquese.



*Habi*



**MIDORI DE HABICH ROSPIGLIOSI**  
Ministra de Salud



## NTS N° 402 -MINSA/DGSP-V.01

# NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

## I. FINALIDAD.

Contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad en los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años que viven con el VIH/SIDA y mejorar su calidad de vida.

## II. OBJETIVOS.

### 2.1. OBJETIVO GENERAL.

Establecer las pautas y procedimientos a ser utilizados por los servicios de salud a nivel nacional para la atención integral al niño, niña y adolescente viviendo con el VIH/SIDA (NNAVVS).

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 2.2.1. Establecer los procesos de seguimiento para el diagnóstico precoz y oportuno de infección por el VIH a los recién nacidos de madres con VIH así como a niños, niñas y adolescentes con signos y síntomas de inmunosupresión.
- 2.2.2. Disponer de medicamentos antirretrovirales pediátricos, tratamientos de infecciones oportunistas y otros para la atención integral.
- 2.2.3. Establecer pautas de seguimiento, referencia y contrarreferencia para los NNAVVS.
- 2.2.4. Fortalecer el sistema de fármaco vigilancia de las reacciones adversas a medicamentos antirretrovirales y para infecciones oportunistas.
- 2.2.5. Fortalecer el sistema de registro, evaluación y seguimiento de las actividades que se realizan para brindar la atención integral.
- 2.2.6. Mejorar la adherencia al TARGA en los NNAVVS.
- 2.2.7. Promover la cultura de respeto a la dignidad a través de la incorporación de enfoques de género, derechos humanos e interculturalidad para eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH y SIDA.

## III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación en todos los establecimientos del Sector Salud (del Ministerio de Salud, de los Gobiernos Regionales y Locales, de EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional del Perú y privados), en el territorio nacional.

## IV. BASE LEGAL.

- **Ley N° 26626**, Ley CONTRASIDA, para la Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual.
- **Ley N° 26842**, Ley General de Salud.



**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

- **Ley N° 28243**, Ley que amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual.
- **Ley N° 28983**, Ley de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres.
- **Ley N° 29344**, Ley Marco del Aseguramiento Universal de Salud.
- **Ley N° 29459**, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- **Decreto Supremo N° 023-2005-SA**, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- **Resolución Ministerial N° 1753-2002-SA/DM**, aprueba la "Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos – SISMED".
- **Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA**, aprueba el documento denominado "Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva".
- **Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA**, aprueba la NTS N° 018-MINSA/DGSP – V.01. "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud".
- **Resolución Ministerial N° 1052-2004/MINSA**, aprueba la Norma Técnica N° 023-2004-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Manejo de Antirretrovirales y Reacciones Adversas para el médico de Atención Integral de las Personas Viviendo con el VIH/SIDA".
- **Resolución Ministerial N° 367-2005/MINSA**, aprueba la modificatoria de la "Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos – SISMED".
- **Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA**, aprueba la NTS N° 047-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud".
- **Resolución Ministerial N° 164-2009/MINSA**, aprueba la Directiva Sanitaria N° 020-MINSA/DGSP V.01 "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° 263-2009/MINSA**, aprueba la NTS N° 077-MINSA/DGSP V.01 "Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú", modificada por Resolución Ministerial N° 084-2012/MINSA.
- **Resolución Ministerial N° 264-2009/MINSA**, aprueba el "Documento Técnico de Consejería en ITS/VIH y SIDA".
- **Resolución Ministerial N° 369-2011/MINSA**, aprueba el "Listado de Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos Estratégicos y de Soporte Utilizados en las Intervenciones Sanitarias definidas por la Dirección General de Salud de las Personas".
- **Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA**, aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- **Resolución Ministerial N° 540-2011/MINSA**, aprueban la NTS N° 091-MINSA/DIGEMID V.01 "Norma Técnica de Salud para la Utilización de Medicamentos No Considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales".
- **Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA**, aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 "Norma Técnica de Salud: Categoría de Establecimientos del Sector Salud".
- **Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA**, aprueba la "Directiva Sanitaria N° 046 – MINSA/DGE.V1 Directiva Sanitaria que establece la Notificación y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública".



- **Resolución Ministerial N° 599-2012/MNSA**, aprueba el Documento Técnico “Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud”.
- **Resolución Ministerial N° 607-2012/MNSA**, aprueba la NTS N° 097-MNSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Atención Integral del Adulto (a) con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)”.

## **V. DISPOSICIONES GENERALES.**

### **5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS**

- **Abandono:** Es el estado en que el paciente no concurre a recibir tratamiento por más de treinta (30) días consecutivos o paciente transferido a otro establecimiento de salud sin confirmación de recepción del caso.
- **Adherencia al TARGA:** Grado de cumplimiento de las indicaciones del equipo multidisciplinario del TARGA (médicas o psicológica-conductuales), por ejemplo porcentaje del total de medicación que el paciente realmente toma frente a lo que recibe. Idealmente la adherencia al TARGA debe ser >95%.
- **Agente de soporte personal (ASP):** Son miembros de la comunidad o familiares, pueden ser voluntarios/as y/o cuidadores que se movilizan para brindar al paciente acompañamiento, soporte emocional, supervisión /apoyo para la adherencia al tratamiento, educación sanitaria y otras.
- **Atención integral de 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 de la persona, familia y comunidad.
- **Carga viral (CV):** Recuento del número de copias replicadas del VIH circulando en plasma sanguíneo. Se mide por mililitro de plasma.
- **Caso de coinfección TB-VIH:** Es aquella persona que presenta de manera simultánea los diagnósticos de TB y VIH.
- **Contrarreferencia:** Es un proceso administrativo asistencial por el cual el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica al establecimiento de salud de origen de la referencia o del ámbito donde procede el paciente.
- **Consejero/a educador/a de pares (CEPs):** Persona que vive con el VIH/SIDA, que ha sido seleccionada, capacitada y entrenada en consejería para brindar soporte psicosocial, apoyo emocional y educación en salud a otra persona recién diagnosticada con el VIH/SIDA y que es atendida en los establecimientos de salud. Requieren de apoyo para movilidad local y refrigerios.
- **Comité de expertos en atención integral del niño infectado por VIH/SIDA:** aprobada por Resolución Ministerial N° 1232-2003/SA/DM que se encarga de dar asesoría técnica en el manejo de los pacientes con infección por VIH/SIDA. Siendo los únicos en definir el uso de antirretrovirales para los esquemas según pruebas de genotipificación (correo electrónico disponible: [cetargapediatria@minsa.gob.pe](mailto:cetargapediatria@minsa.gob.pe))
- **Dispensación:** Es el acto profesional del químico farmacéutico de proporcionar uno o más medicamentos a un paciente generalmente como respuesta a la presentación de una receta elaborada por un profesional autorizado.
- **ELISA VIH: Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas para VIH:** Es una prueba de tamizaje de laboratorio que identifica la presencia de anticuerpos contra el VIH.



NTS N° - 102 - MINSA/DGSP-V.01  
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS,  
NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

- **Esquema de primera línea:** Es el tratamiento de inicio, indicado a todo paciente sin experiencia previa a la terapia antirretroviral o nunca antes tratado.
- **Establecimiento de salud que brinda TARGA:** Es aquel establecimiento de salud que cuenta con un equipo multidisciplinario acreditado para la atención integral de la persona con infección por VIH.
- **Farmacovigilancia:** Es la ciencia y actividad relacionada con la detección, evaluación, comprensión y prevención de los eventos adversos o cualquier otro posible problema relacionado a 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 ésta.
- **Interacciones medicamentosas:** Efectos producidos cuando la acción diagnóstica, preventiva o terapéutica de un principio activo es modificada en el organismo por otro agente exógeno o interactuante. Este puede ser otro principio activo simultáneamente administrado, una sustancia presente en la dieta o en el ambiente que rodea al organismo.
- **Lactancia cruzada:** Se produce cuando una mujer amamanta de manera ocasional o habitual uno o más niños que no son sus hijos.
- **Paciente antes tratado:** Paciente que tiene antecedentes de haber estado expuesto/a a anti-retrovirales por más de treinta (30) días para el caso de Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa (INTR) o más de cinco (5) días para Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa (INNTR), sean o no parte de TARGA.
- **Paciente nuevo/a para inicio de TARGA:** Paciente que no ha recibido anteriormente tratamiento antirretroviral, o ha recibido por menos de treinta (30) días un esquema que incluía un INTR; en el caso de haber recibido un esquema que incluía un INNTR, se considera también como paciente nuevo/a, si lo recibió por menos de cinco (5) días.
- **Pacientes por iniciar el TARGA:** Son pacientes que cumplen criterios para iniciar el TARGA.
- **Paciente enrolado:** Es todo paciente que ingresa al TARGA. No considera los reingresos.
- **Paciente en tratamiento:** Es todo paciente que está actualmente recibiendo el TARGA.
- **Paciente derivado:** Es todo paciente transferido a otro establecimiento de salud para la continuación del TARGA.
- **Persona con infección por VIH:** Es la persona que presenta una prueba de tamizaje reactiva (Inmunoensayo rápido o inmunoensayo enzimático de laboratorio) y una prueba confirmatoria (IFI, LIA o WB) positiva.
- **Primera falla a TARGA.** Supresión viral incompleta posterior a seis (6) meses de iniciado el TARGA o rebote viral durante la terapia de primera línea después de haber logrado la supresión viral.
- **Profilaxis post-exposición al VIH:** Es la administración de antirretrovirales para disminuir la transmisión del VIH luego de un accidente laboral o exposición por violencia sexual
- **Prueba rápida para VIH:** Es una prueba de tamizaje (Inmunoensayo rápido) que identifica la presencia de anticuerpos contra el VIH.



**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

- **Pruebas confirmatorias de VIH:** Son las pruebas que identifican la presencia de anticuerpos específicos contra el VIH, tal como Inmunoelctrotransferencia o Western Blot (WB), Inmunofluorescencia Indirecta (IFI), e Inmunoblot con Antígenos Recombinantes (LIA).
- **Prueba de genotipificación del VIH-1:** Es la identificación de mutaciones asociadas a resistencia a drogas antirretrovirales del VIH-1 mediante secuenciamiento genético.
- **Prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de ADN-VIH:** Prueba molecular cualitativa para la detección de ADN pro viral de VIH.
- **Reacción adversa / efecto adverso (RAM):** Es cualquier respuesta nociva y no intencionada a un medicamento.
- **Reacción adversa leve:** Manifestación clínica poco significativa que no requiere ninguna medida terapéutica y/o no amerita suspensión del tratamiento.
- **Reacción adversa moderada:** Manifestación clínica que no amenaza la vida del paciente pero que no requiere medidas terapéuticas y/o suspensión del tratamiento
- **Reacción adversa grave:** Manifestación clínica que ponen en riesgo la vida del paciente o causa la muerte, provocan y/o prolongan el tiempo de hospitalización del paciente, causa invalidez o incapacidad persistente o significativa, causa de alteraciones o malformaciones en el recién nacido.
- **Recuento de linfocitos T CD4:** Medición de linfocitos que tienen el marcador de superficie CD4 presentes en sangre total y que constituye la principal célula blanco del VIH. Se mide por células por mm<sup>3</sup>.
- **Referencia:** Es un proceso administrativo asistencial por el cual un establecimiento de salud transfiere la responsabilidad de la atención de salud de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.
- **Serorrevertores:** Niño o niña, nacido de madre con infección por VIH que tiene una prueba de ELISA para VIH inicialmente reactiva y que después de los 18 meses de vida la prueba de ELISA VIH es no reactiva.
- **Síndrome de Reconstitución Inmune:** Es el conjunto de signos y síntomas que se producen durante las primeras semanas después del inicio del TARGA y se manifiesta como respuesta inmune anómala con exacerbaciones o manifestaciones clínicas inusuales a algunos patógenos previamente presentes.
- **TARGA:** Terapia Anti-retroviral de Gran Actividad. 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 inmunológica de las personas con infección por VIH.
- **Tratamiento antituberculosis:** Conjunto de medicamentos basado en terapias combinadas que se indica según lo establecido en la Norma Técnica de Salud para el tratamiento de la Tuberculosis.
- **Tuberculosis Multidrogasresistente (MDR):** Es aquella tuberculosis causada por *Mycobacterium tuberculosis* resistente a isoniacida y rifampicina.

**5.2.** Todo niño, niña o adolescente con diagnóstico de VIH tiene derecho a la atención integral gratuita; el financiamiento de las intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento se cubrirá según lo estipulado en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.

**5.3.** Los padres o tutores del NNAVVS son responsables de ellos y asumen las funciones de agente de soporte personal, deberán ser informados de los cuidados del menor, y



**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

apoyar sobre el manejo, tratamiento y seguimiento del menor según indicaciones del equipo multidisciplinario que brinda la atención integral.

- 5.4. El diagnóstico del VIH según Ley N° 26626 es confidencial y sólo será revelada a los padres o tutores responsables o por mandato judicial. Debe ser realizada por profesionales capacitados, responsables de su cuidado, siendo fundamental el trabajo del equipo multidisciplinario conformado para brindar TARGA en los establecimientos de salud.
- 5.5. La atención integral del NNAVVS se realiza en los establecimientos de salud que tienen conformado equipos multidisciplinarios debidamente capacitados y que cuentan con las diferentes especialidades: Médico Infectólogo o Médico Pediatra o Médico General Capacitado, Enfermera, Químico Farmacéutico, Nutricionista, Odontólogo, Trabajadora Social, Psicólogo, entre otros).
- 5.6. Todo niño diagnosticado de VIH antes de los doce (12) meses de vida recibirá antirretrovirales (ARVs) independiente de su estadio clínico y CD4.
- 5.7. La evaluación inicial a todo NNAVVS la realiza el equipo multidisciplinario y deberá de incluir el examen clínico completo por sistemas e incluye exámenes y pruebas de laboratorio para descartar de co-infecciones y enfermedades oportunistas. Dichas pruebas comprenden: Hemograma, examen de orina, transaminasas, fosfatasa alcalina, amilasa, glucosa, urea, creatinina, perfil lipídico (colesterol, LDL, HDL, triglicéridos), baciloscopia en esputo o aspirado gástrico, cultivo y sensibilidad para micobacterias, PPD, examen de heces (coproparasitológico), radiografía de Tórax, VDRL o RPR cuantitativo; anticuerpos IgG e IgM para citomegalovirus, virus del Epstein Barr, toxoplasma, herpes simple y rubéola, Antígeno de superficie para hepatitis B, Anti-core para virus de hepatitis B y anticuerpos para virus de hepatitis C (VHC) y examen de fondo de ojo. La evaluación también comprende una evaluación psicológica y el estado socioeconómico de la familia.
- 5.8. Todo NNAVVS debe contar con informes de cada miembro del equipo multidisciplinario, además del consentimiento informado y la hoja de seguimiento de tratamiento antirretroviral en niños y niñas (Anexo 7), los mismos que forman parte de la historia clínica.
- 5.9. Para favorecer la adherencia al TARGA, se debe tener en consideración lo siguiente:
  - La intervención para mejorar la adherencia debe ser permanente para las actividades informativas y educativas del paciente y la familia, con uso de material apropiado. En adolescentes se fomentará la participación de consejeros educadores de pares.
  - El equipo multidisciplinario detectará los factores que alteren la adherencia.
  - Las líneas de acción de adherencia al TARGA son consejería, educación para el tratamiento y participación social.

**VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.****6.1. CULTURA DEL RESPETO Y TRATO DIGNO.**

- 6.1.1. Todo establecimiento de salud que atienda NNAVVS debe promover una cultura de respeto a los derechos humanos con enfoque de género para eliminar el estigma y la discriminación asociada a la infección.
- 6.1.2. El NNAVVS no podrá ser excluido de la atención en cualquier servicio de los establecimientos de salud públicos o privados.





## 6.2. CONSEJERÍA.

- 6.2.1. El proceso de consejería en NNAVVS se realizará con consejeros autorizados, de acuerdo a lo dispuesto por el Documento Técnico: Consejería en ITS/VIH y SIDA, aprobado con Resolución Ministerial N° 264-2009/MINSA y que dispone de la presencia de consejeros autorizados.
- 6.2.2. El consejero autorizado del establecimiento de salud ante un caso de tamizaje VIH reactivo en NNAVVS, derivará al paciente a la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS VIH SIDA del nivel correspondiente y facilitará esta información al médico tratante inmediatamente. La consejería post test en casos de VIH reactivos en NNAVVS deberá ser derivada a establecimientos de salud que cuenten con equipos multidisciplinarios para TARGA.
- 6.2.3. Ofertar y realizar pruebas de tamizaje de VIH voluntarias e informadas, previa autorización de los padres o tutores en todo NNAVVS con diagnóstico de tuberculosis (TB).

## 6.3. PRUEBAS DE LABORATORIO PARA DIAGNÓSTICO.

- 6.3.1. Las pruebas diagnósticas de VIH deben realizarse a todo niño o niña hijo de madre VIH positiva; a todo niño o niña que acude a atención médica y es clasificado como de alto riesgo para infección por VIH (Anexo 3) y a todo niño o niña que presente alguna enfermedad que corresponde la categoría clínica B y C de la clasificación de casos y vigilancia de SIDA del CDC. (Anexo 4)
- 6.3.2. A toda niño o niña expuesta/o al VIH se le debe realizar la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR-DNA-VIH) al primer mes y tercer mes (1 y 3 meses) de edad, con el fin de conocer su condición de infectada/o por el VIH. Adicionalmente se debe repetir dicha prueba luego del 6to mes hasta el año de vida, ante la posibilidad de lactancia mixta (lactancia materna + sucedáneos de leche materna, o lactancia cruzada). Si el resultado de PCR-DNA-VIH es reactivo en dos oportunidades seguidas y separadas en un intervalo mayor de cuarenta y cinco (45) días calendario, se considerará al niño o niña infectado/a por VIH.
- 6.3.3. A todo niño o niña expuesta/o al VIH, y mayor de dieciocho (18) meses de edad se le debe realizar ELISA VIH y pruebas confirmatorias. El resultado de dos pruebas de ELISA VIH reactivas más una prueba confirmatoria positiva (LIA/Western Blot o Inmunofluorescencia Indirecta - IFI), se considerará al niño o niña infectado/a por VIH.
- 6.3.4. En todo niño y/o niña con diagnóstico de infección por VIH deberá de investigarse la vía de transmisión, realizando el tamizaje en los padres y buscando en los antecedentes de transfusión y/o abuso sexual.

## 6.4. PRUEBAS DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO.

- 6.4.1. Las pruebas de seguimiento y monitoreo deben incluir: Conteo de linfocitos CD4, determinación de la carga viral y pruebas de genotipificación para VIH; exámenes de laboratorio para descartar las principales infecciones oportunistas y exámenes de laboratorio para el monitoreo de los principales efectos adversos al TARGA.
- 6.4.2. Se deberá solicitar la genotipificación a todo NNAVVS con primera falla a TARGA de inicio; los resultados serán enviados al Comité de Expertos de la



Red Pediátrica para la discusión del caso y el tratamiento antirretroviral recomendado, salvo evolución tórpida.

- 6.4.3 Se deberá solicitar carga viral y recuento de CD4 a todo NNAVVS antes del inicio del TARGA. Se solicitará carga viral a los tres (3) meses de iniciado el TARGA; luego CD4 y carga viral cada seis (6) meses periódicamente.
- 6.4.4 Se deberá descartar tuberculosis (TB) a todo NNAVVS para lo cual se solicitará los exámenes necesarios teniendo en cuenta la edad, como: baciloscopia en esputo o aspirado gástrico, cultivo y sensibilidad para micobacterias, PPD y radiografía de tórax.
- 6.4.5 Se deberá solicitar hemograma, hematocrito, transaminasas, fosfatasa alcalina y amilasa, a los quince (15) días de iniciado el TARGA, y posteriormente cada seis (6) meses los siguientes exámenes auxiliares: Hemograma hematocrito, transaminasas, fosfatasa alcalina, amilasa, glucosa, urea, creatinina, perfil lipídico (Colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos) y otros según hallazgos y criterios clínicos.
- 6.4.6 La solicitud de genotipificación se realizará a través del formato CETARGA Pediátrico (Anexo 6) y la ficha de solicitud de genotipificación del Instituto Nacional de Salud – INS (disponible en: <https://www.netlab.ins.gob.pe/FrmNewLogin.aspx>), ambas se enviarán al Comité de Expertos en Atención Integral del Niño Infectado por VIH/SIDA y luego al INS. Con el resultado obtenido el Comité de Expertos en Atención Integral del Niño Infectado por VIH/SIDA determinará el nuevo esquema de tratamiento a utilizar.

**6.5. PREVENCIÓN EN LOS NIÑOS/ NIÑAS Y ADOLESCENTES CON VIH.**

- 6.5.1 El calendario nacional de inmunizaciones se cubrirá con vacunas que contengan el agente inactivado (Hepatitis B, polio inactivado IPV, DPT, *neumococo*, *papilomavirus*, *haemophylus influenzae (HiB)*), con excepción de las vacunas que contengan organismos atenuados (BCG, sarampión, rubéola, paperas, varicela, fiebre amarilla, polio oral, otras.) (Anexo 5)
- 6.5.2 Se deberá aplicar polio inactivado IM según calendario nacional.
- 6.5.3 No se vacunará a los NNAVVS si existe inmunosupresión severa según la clasificación de VIH de la Organización Mundial de la Salud (Anexo 4) (Categoría 3, CD4 por debajo del 15%) o que se encuentre en categoría clínica de SIDA (Categoría C) que no están en TARGA.
- 6.5.4 Si la madre tiene TB pulmonar debe postergarse la vacunación con BCG.
- 6.5.5 Si se descarta tuberculosis en los niños y niñas expuestos al VIH, se iniciará quimioprofilaxis con isoniacida a la dosis de 5mg/Kg/día por un periodo de seis (6) meses, y se ampliará a doce (12) meses en quienes se confirme la infección por el VIH.
- 6.5.6 La recomendación de profilaxis primaria contra *Pneumocystis jirovecii* es de acuerdo a las siguientes condiciones:

CONDICIÓN	PROFILAXIS
De nacimiento hasta 6 semanas de edad, niño o niña expuesto a VIH.	NO
De 6 semanas de vida hasta los 6 meses, niño o niña expuesto a VIH.	SI



**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

De 6 semanas hasta 12 meses de edad, infección VIH confirmada o indeterminada.	SI
De 6 semanas a 12 meses de edad, infección por VIH descartada.	NO
Menores de 12 meses de edad, con infección por VIH confirmado y CD4 menor 750 células/mm <sup>3</sup> o CD4 <15%	SI
De 1 a 5 años de edad, con infección por VIH confirmado y CD4 menor a 500 células/mm <sup>3</sup> o CD4 <15%	SI
Mayores de 5 años de edad, con infección por VIH y CD4 menor a 200 células/mm <sup>3</sup> o < CD4 15%.	SI

La dosis de Trimetoprim/sulfametoxazol (TMP/SMX o Cotrimoxazol) recomendada como profilaxis es de 5 mg/Kg/día de TMP, tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes). Al niño o niña con VIH confirmado continuar profilaxis hasta que supere la inmunosupresión severa (CD4 mayor de 15%)

- 6.5.7 A partir del año de edad se recomienda la realización anual de detección de anticuerpos para Citomegalovirus a todos los niños y niñas con VIH que inicialmente fuesen negativos a éste (serología o cultivo) con el fin de detectar la seroconversión y poder identificar precozmente la afectación retiniana; del mismo modo se recomienda un examen oftalmológico cada 4-6 meses con el mismo fin. A los niños o niñas mayores se debe alertar sobre la presentación de posibles molestias oculares.

**6.6. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS/ NIÑAS Y ADOLESCENTES CON VIH.**

- 6.6.1 Todo niño o niña diagnosticado de VIH antes de los doce (12) meses de vida recibirá antirretrovirales (ARVs) independiente de su estadio clínico y el conteo de células CD4.
- 6.6.2 La indicación de tratamiento de los NNAVVS mayores de doce (12) meses dependerá del estadio clínico e inmunológico según el Anexo 4 y los valores de carga viral.
- 6.6.3 A los NNAVVS mayores de 12 meses, se iniciará TARGA, en cualquiera de las siguientes situaciones:
- Categoría clínica C (SIDA).
  - Paciente con inmunosupresión severa, (Anexo 4) independientemente de la carga viral y categoría clínica.
  - Paciente con inmunosupresión moderada (Anexo 4) y con carga viral mayor a 100,000 copias/ml, independiente de la categoría clínica.
- 6.6.4 Los NNAVVS en categorías N, A o B (Anexo 4) o con inmunosupresión moderada y carga viral menor de 100,000 copias/ml, el inicio de TARGA se realizará según evaluación del Comité de Expertos.
- 6.6.5 Al inicio del tratamiento la evaluación será quincenalmente las primeras cuatro citas y luego mensualmente para el manejo de la adherencia al tratamiento.



**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

- 6.6.6 A las niñas/niños menores de un año se recomienda hospitalizarlos en el Servicio de Pediatría para el inicio de TARGA para fortalecer la adherencia al mismo, bajo criterio médico.
- 6.6.7 El comité de expertos en atención integral del niño infectado con VIH/SIDA (*cetargapediatria@minsa.gob.pe*), es el único autorizado en la aprobación de antirretrovirales para cambios de esquemas.
- 6.6.8 El TARGA para pacientes nuevos debe incluir al menos tres antirretrovirales, dos Inhibidores Nucleósido de la Transcriptasa Reversa (INTR) y un Inhibidor No Nucleósido de la Transcriptasa Reversa (INNTR), de acuerdo al siguiente esquema:

Pacientes Nuevos		
2 INTR		1INNTR **
AZT* + 3TC o ABC + 3TC	Más	NVP o EFV

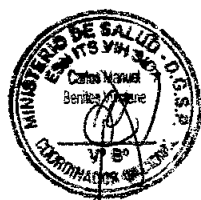
\*AZT es el recomendado para inicio de TARGA. En casos de anemia moderada o severa (hemoglobina menor a 8 gr/dl) de cualquier causa no debe utilizarse AZT. En casos de anemia por AZT se reemplazará AZT por ABC.

\*\* INNTR: **Menores de 3 años:** Nevirapina; **Mayores de 3 años:** Efavirenz o Nevirapina.

- 6.6.9 La dosis de los inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR) son las siguientes:
  - a. Zidovudina (AZT): Dosis: 210 (180 – 240) mg x m2 por dosis cada 12 horas, máximo 300 mg por dosis.
  - b. Abacavir (ABC): Dosis: 8 mg/ Kg cada 12 horas, máximo 300 mg por dosis, y
  - c. Lamivudina (3TC): Dosis: 4 mg/Kg por dosis cada 12 horas, máximo 150 mg por dosis.
- 6.6.10 La dosis de los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR) son los siguientes:
  - a) **En menores de 3 años:** Nevirapina (NVP): Dosis: 150 mg x m2 por dosis cada 12 horas, máximo 200 mg por dosis. Las dos primeras semanas se da la mitad de la dosis.
  - b) **En mayores de 3 años:** Nevirapina (NVP). Dosis: 150 mg x m2 por dosis cada 12 horas, máximo 200 mg por dosis. Las dos primeras semanas se da la mitad de la dosis, o Efavirenz (EFV): Dosis: Según Kg. de peso.

EFAVIRENZ (EFV)	Mayores de 3 años:	
	13–15 kg,	200 mg /día
	15–20 kg,	250 mg /día
	20–25 kg,	300 mg /día
	25–32.5 kg,	350 mg /día
	32.5–40 kg,	400 mg /día
Mayores de 12 años y/o > 40 kg: 600 mg /día		

- 6.6.11 En caso de adolescentes (Tanner > 3, mayores de 40 kilos de peso corporal), se utilizarán los esquemas recomendados en la NTS N° 097-MINSA-DGSP. V.01 "Norma Técnica de Salud de atención integral del adulto/a con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)"



**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

- 6.6.12 Los NNAVVS que abandonen el tratamiento iniciado y sean recuperados, deben reiniciar el TARGA con el último esquema indicado.
- 6.6.13 En caso de primer fallo o resistencia y según genotipificación, los esquemas pueden incluir además los siguientes medicamentos antirretrovirales:

<b>Antirretroviral (ARV)</b>	<b>Dosis por Kg de peso:</b>
Ritonavir (RTV).	350 – 400 mg x m <sup>2</sup> por dosis cada 12 horas.
Nelfinavir (NFV)	2 – 13 años de edad: 45 a 55 mg/kg 2 veces al día Máximo: 1,250mg por dosis
Saquinavir. (SQV).	750 mg x m <sup>2</sup> por dosis cada 12 horas.
Tenofovir (TDF). Uso aprobado para niños mayores de 12 años y > 30Kg de peso	300 mg cada 24 horas
Lopinavir/ritonavir (LPV/rtv)	6m-12años: 230 mg LPV x m <sup>2</sup> x dosis cada 12 hrs 7 a 15 Kg: 12 mg/kg LPV cada 12 horas 15 a 40 Kg: 10 mg/kg LPV cada 12 horas > 40 Kg y adolescentes: 400mg LPV por dosis cada 12 horas Máximo 400 mg LPV x dosis Incrementar dosis si se usa con Nevirapina o Efavirenz
Atazanavir/ritonavir (ATV/rtv) Uso aprobado para niños mayores de 6 años.	6-18 años: 15 a <25 kg: ATV 150 mg + RTV 80 mg cada 24 horas 25 a <32 kg: ATV 200 mg + RTV 100 mg cada 24 horas 32 a <39 kg: ATV 250 mg + RTV 100 mg cada 24 horas ≥39 kg: ATV 300 mg + RTV 100 mg cada 24 horas
Darunavir/ritonavir (DRV/rtv) Uso aprobado para niños mayores de 06 años.	6-18 años: 20-30 kg: DRV 375 mg + RTV 50 mg cada 12 hrs 30-39 kg: DRV 450 mg + RTV 60 mg cada 12 hrs ≥40 kg: DRV 600 mg + RTV 100 mg cada 12hrs ≥18 años: DRV 600 mg + RTV 100 mg cada 12 hrs
Raltegravir Uso aprobado para niños mayores de 16 años.	400 mg cada 12 horas.

- 6.6.14 Los siguientes ARVs: Didanosina (Ddl) y Estavudina (D4T) han sido discontinuados por su toxicidad y efectos adversos por OPS y sólo se mantendrán en pacientes continuadores que no presenten efectos adversos y con carga viral indetectable.

- 6.6.15 Los criterios para cambios de esquema, incluyen una o más de las siguientes condiciones:

a. Criterios virológicos:

- Dos determinaciones separadas de carga viral mayores de 1,000 copias/ml, separadas por un mínimo de seis (6) semanas.
- Caída menor de 1.0 log de la carga viral basal, luego de doce (12) semanas de tratamiento.



**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

- Carga viral no llega a ser indetectable a los seis (6) meses de tratamiento.
  - Detección de carga viral en pacientes que inicialmente llegaron a niveles indetectables con TARGA.
  - Pacientes con respuesta inicial a tratamiento pero que mantienen niveles detectables bajos (menor de 5,000 copias/ ml) y aumentan en 0.5 log (en niños mayores de 2 años de edad) ó 0.7 log (en niños menores de 2 años de edad)
- b. Criterios clínicos:
- Deterioro progresivo del desarrollo neurológico o de las funciones intelectuales.
  - Retardo en el crecimiento, sin causa que lo explique.
  - Cambio de categoría clínica (deterioro clínico) o presencia de enfermedades oportunistas.
- c. Criterios inmunológicos:
- Cambio en la clasificación inmunológica (deterioro inmunológico).
  - Niños o niñas con categoría 3 (Anexo 4): disminución persistente del 5% o más en el porcentaje de CD4, en dos (2) tomas consecutivas.
  - Disminución rápida en el recuento absoluto de linfocitos CD4 (mayor de 30% del valor anterior en menos de seis (6) meses)

**6.7. MANEJO DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM) DE LAS NIÑAS/ NIÑOS Y ADOLESCENTES CON VIH.**

- 6.7.1 Al menos el 40% de los pacientes que empiezan a recibir el TARGA sufrirán una o más manifestaciones de toxicidad farmacológica, por lo que todos los profesionales de salud, integrantes del equipo multidisciplinario deberán estar atentos ante su presencia y reconocimiento precoz.
- 6.7.2 El médico tratante debe explicar al paciente las posibles reacciones adversas a los medicamentos que va a tomar con el fin de que éste pueda participar en el reconocimiento precoz de los mismos y su manejo.
- 6.7.3 Todos los profesionales de salud, integrantes del equipo multidisciplinario están obligados a reportar todas las sospechas de reacción adversa según Flujograma (Anexo 9), estas notificaciones se envían como informe a la DIGEMID/DEMID/DIREMID según corresponda, mediante el formato autorizado (Anexo 10).
- 6.7.4 La notificación de las reacciones adversas e incidentes adversos graves o inesperados debe ser realizada dentro de las 24 horas de conocido el evento y si es leve o moderado en un plazo no mayor de 72 horas. (Anexo 9).
- 6.7.5 En los establecimientos de salud que cuenten con TARGA, los profesionales miembros del equipo multidisciplinario deben notificar todas las sospechas de reacciones adversas, utilizando el formato de notificación (Anexo 10) cumpliendo con los plazos establecidos según la gravedad y de acuerdo con el flujograma de reporte. (Anexo 9).
- 6.7.6 El Comité de Farmacovigilancia del establecimiento hospitalario debe proporcionar asesoría y orientación sobre la evaluación de causalidad y otros asuntos técnicos.



## NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

- 6.7.7 En caso de una reacción adversa grave se debe alcanzar el Informe de Investigación de Sospecha de Reacción Adversa Grave. (Anexo 11).

**6.8. REGISTRO Y NOTIFICACIÓN.**

- 6.8.1 La infección por el VIH y el SIDA son objeto de notificación obligatoria. El llenado de los formatos de notificación de VIH/SIDA y planillas será de responsabilidad del encargado de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA del establecimiento de salud, el flujo de esta información se hará a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA. La ficha de notificación es la indicada por la Dirección General de Epidemiología.
- 6.8.2 Todos los NNAVVS que ingresan a TARGA, también ingresan al Sistema de Identificación y Registro - Seguimiento para TARGA. Este registro guardará la confidencialidad del usuario de acuerdo a lo estipulado en la Ley N° 26626 (CONTRASIDA).
- 6.8.3 Los resultados de las pruebas de PCR DNA, ELISA para VIH, de las pruebas confirmatorias, y de las pruebas de monitoreo: recuento de CD4 y CV que emita el INS deberán ser registrados en el sistema NETLAB. El acceso a estos resultados se sujetará a las medidas de seguridad dispuestas por el responsable del sistema. Después de la recepción de las muestras, los resultados estarán disponibles, considerando los siguientes plazos:
- ELISA para VIH en siete (7) días calendario.
  - IFI en siete (7) días calendario, las muestras que no son resueltas por IFI pasan a LIA, cuyo resultado saldrá en quince (15) días calendario.
  - Si el resultado de LIA no es concluyente se enviará nueva muestra al INS, a los tres (3) meses de la primera muestra.
  - Recuento de CD4 en cinco (5) días calendario.
  - Carga viral en quince (15) días calendario.
  - Pruebas de PCR DNA para VIH en veinte (20) días calendario.
  - Genotipificación en veinte (20) días calendario.
- 6.8.4 El registro de los resultados de las pruebas confirmatorias y de monitoreo es responsabilidad de enfermería del equipo multidisciplinario, estos resultados serán debidamente registrados confidencialmente.
- 6.8.5 Todos los resultados de las pruebas confirmatorias y de monitoreo, se archivarán en la historia clínica respectiva, como parte de los documentos fuente de la base de datos.
- 6.8.6 El responsable de la atención y que tiene acceso al sistema NETLAB por código vigente hará llegar los resultados a los demás miembros del equipo multidisciplinario.
- 6.8.7 El responsable de la atención de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA en cada establecimiento de salud contará con código de usuario y clave de acceso al NETLAB para obtener información de los resultados de sus pacientes.
- 6.8.8 El establecimiento de salud a través de su responsable de farmacia debe remitir mensualmente a la DIREMID el consumo de los productos farmacéuticos usados en la atención de los pacientes con TARGA y enfermedades oportunistas a través del informe de consumo integrado, el mismo que debe guardar relación con los casos atendidos durante el mes.



## NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

6.8.9 Todos los reportes de reacciones adversas medicamentosas deben ser registradas en la base de datos del Sistema Peruano de Farmacovigilancia de la DIGEMID.

## 6.9. MANEJO DE LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS.

6.9.1 **DIARREA:** En todo paciente con diarrea aguda con fiebre, deposiciones con sangre o con diarrea persistente, se debe actuar del siguiente modo:

- Mantener la hidratación del paciente, con fluidoterapia oral o endovenosa.
- Solicitar exámenes de laboratorio: una muestra de heces para reacción inflamatoria y parasitológico seriado (coloración de kinyou para búsqueda de coccidios)
- En caso de heces con sangre o reacción inflamatoria positiva ( $> 20$  leucocitos/campo) solicitar coprocultivo e iniciar tratamiento antibiótico empírico con furazolidona 7 – 8 mg/kg/día VO dividido cada seis (6) a ocho (8) horas por cinco (5) días.
- En caso de *Cyclospora cayetanensis* y *Cystoisospora belli* administrar tratamiento con Trimetoprim — Sulfametoxazol (TMP/SMX) 8-10 mg TMP/kg/día VO cada doce (12) horas por siete (7) a diez (10) días.

### 6.9.2 CANDIDIASIS:

**Candidiasis oral (Muguet):** Tratamiento tópico con Nistatina 100,000 U/ml cada seis (6) horas por cinco (5) a siete (7) días.

**Candidiasis esofágica:** debe sospecharse en caso de dificultad para alimentarse o dolor al deglutir, se confirma con endoscopia. Se indica fluconazol 10 mg/kg/día vía EV, en la primera dosis, luego la dosis de mantenimiento de 4 – 6 mg/kg/día por catorce (14) a veintiún (21) días. En caso de resistencia a los azoles, dar tratamiento con Anfotericina B 0.3 mg /kg /diario por catorce (14) a veintiún (21) días.

6.9.3 **COMPROMISO PULMONAR:** Se debe considerar que los síntomas respiratorios más importantes son la tos (seca o productiva) y la disnea (leve, moderada o severa); las principales etiologías de compromiso pulmonar en pacientes con VIH son la pneumocistosis, neumonía adquirida en la comunidad y la tuberculosis pulmonar.

#### a. Pneumocistosis:

- El tratamiento para los casos leves a moderados es por vía oral y en forma ambulatoria, con cotrimoxazol (TMP/SMX) 20 mg TMP/kg/día VO cada seis (6) horas por veintiún (21) días. Luego continuar con dosis profiláctica.
- En caso de pneumocistosis severa, definida por una presión parcial de oxígeno ( $pO_2$ )  $<$  de 70 mm Hg o una gradiente alveolo-arterial  $>$  de 35 mm Hg, debe administrarse corticoides y soporte oxigenatorio o soporte ventilatorio, conjuntamente con el tratamiento antibiótico.
- Iniciar corticoides como Prednisona 1 mg/kg/día, máximo 40 mg por vía oral cada doce (12) horas en los primeros cinco (5) días, luego reducir la dosis a la mitad los cinco (5) días siguientes, luego reducir la dosis a la cuarta parte los últimos once (11) días, o Dexametasona 0.15mg/kg EV cada ocho (8) horas por cinco (5)





**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

días, luego reducir la dosis a la mitad los siguientes cinco (5) días y finalmente reducir la dosis a la cuarta parte los últimos once (11) días.

- Se recomienda administrar la primera dosis de corticoides unos minutos antes de la primera dosis de cotrimoxazol (TMP/SMX).
- Alternativa en pacientes alérgicos a las sulfas: Dapsona 2 mg/kg, máximo 100mg VO cada veinticuatro (24) horas o Clindamicina 40 mg/kg/día, máximo 600mg VO o EV cada seis (6) horas + Primaquina 0.3 mg/kg/día, máximo 30 mg VO cada veinticuatro (24) horas por veintiuno (21) días.
- Para profilaxis secundaria administrar Cotrimoxazol (TMP/SMX) 05mg de TMP/kg/día VO cada veinticuatro (24) horas, máximo 160/800 mg VO tres veces por semana, hasta que haya un aumento de linfocitos CD4 >15% en dos controles consecutivos separados por seis (6) meses.

**b. Tratamiento de neumonía bacteriana:**

- Tratamiento ambulatorio: Amoxicilina 80 - 90 mg/kg día, máximo 1 g VO cada ocho (8) horas, por siete (7) días, o Claritromicina 15 mg/kg/día, máximo 500 mg cada doce (12) horas por siete (7) días.
- Tratamiento en hospitalización: En menores de 5 años: Cloranfenicol 50 - 70 mg/kg/día, vía EV por siete (7) a diez (10) días o cefuroxima 100 - 150 mg/kg/día vía EV cada ocho (8) horas. En mayores de 5 años: Penicilina G Na 100,000 a 200,000 UI /kg/día. En casos de sepsis severa Ceftriaxona 50-80 mg/kg/día máximo 2 g. EV cada veinticuatro (24) horas, por siete (7) días.
- Si se logra aislar el agente etiológico, se recomienda verificar la resistencia antibiótica sobre todo a los betalactámicos, con el antibiograma correspondiente.

6.9.4 **COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC):** Las principales manifestaciones de compromiso del SNC son cefalea y trastorno del nivel de conciencia, y las principales etiologías son neurotoxoplasmosis, neurocriptococosis, meningitis bacteriana y meningitis tuberculosa.

**a. Tratamiento para neurotoxoplasmosis:**

Se recomienda el uso de cualquiera de los siguientes esquemas:

- Pirimetamina 2 mg/kg día cada doce (12) horas, máximo 100 mg vía oral dosis de ataque por tres (3) días, luego 1 mg /kg /día, máximo 75 mg VO dosis diaria, más Clindamicina 40 mg/kg/día, máximo 600 mg EV o VO cada seis (6) horas más ácido folínico (folinato cálcico) 7.5 a 15 mg VO dosis diaria por lo menos por seis (6) semanas. Debe ser continuado hasta que no exista evidencia de actividad de la enfermedad.
- TMP 5 mg/kg/dosis /SMX 25 mg/kg/dosis EV o VO cada doce (12) horas por lo menos seis (6) semanas, debe ser continuado hasta que no exista evidencia de actividad de la enfermedad.
- TMP 5 mg/kg/dosis /SMX 25 mg/kg/dosis EV o VO cada doce (12) horas, más Clindamicina 40 mg/kg/día, máximo 600 mg EV o VO cada seis (6) horas, por lo menos seis (6) semanas, el tratamiento



NTS N° 102 -Minsa/DGSP-V.01  
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS,  
NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

debe ser continuado hasta que no exista evidencia de actividad de la enfermedad.

- Uso de corticosteroides sólo si existe edema o efecto de masa intracraneal significativo.
- Para profilaxis secundaria administrar cotrimoxazol (TMP/SMX) 5 mg de TMP/kg/día, máximo 160 /800 mg VO cada doce (12) horas hasta que haya un aumento de linfocitos CD4 > 200 células/mm<sup>3</sup> en dos (2) controles consecutivos separados por seis (6) meses.

**b. Tratamiento para neurocriptococosis.**

Se recomienda el uso de los siguientes esquemas en cada una de las fases de la enfermedad.

- Anfotericina B 0.7 a 1 mg/kg/día por dos (2) semanas (Fase de inducción).
- Fluconazol 12 mg/kg/día, máximo 450 mg vía oral por ocho (8) semanas (Fase de consolidación).
- Fluconazol 6 mg/kg/día, máximo 150 mg vía oral de por vida (Profilaxis secundaria o terapia supresiva).
- Para la hipertensión endocraneana se recomienda punciones lumbares repetidas hasta que la presión de apertura esté dentro del rango normal.
- Iniciar TARGA dentro de la fase de consolidación.

**c. Tratamiento de meningitis bacteriana:**

- El agente causal mayormente asociado es el neumococo, para lo cual se debe iniciar tratamiento con: Ceftriaxona 100 mg/kg/día, máximo 2 g. cada doce (12) horas, EV por catorce (14) días.

**d. Tratamiento de encefalitis por herpes:**

- Aciclovir 30 mg/Kg/día (para menores de 10kg) ó 1500 mg por m<sup>2</sup> de superficie corporal /día (para mayores de 10Kg) EV (infusión en 01 hora) cada ocho (8) horas por catorce (14) a veintiún (21) días.

6.9.5 **COMPLICACIONES OFTALMOLÓGICAS:** Todo paciente con diagnóstico de infección por VIH debe tener evaluaciones periódicas del fondo de ojo, realizado por el médico oftalmólogo.

**a. Retinitis por Citomegalovirus (CMV)**

- El tratamiento para retinitis por CMV se realiza con Ganciclovir 5 mg/kg/dosis EV cada doce (12) horas durante veintiún (21) días, seguido por dosis de mantenimiento de por vida de 5 mg/kg/ diario. Discontinuar si CD4 >15% y carga viral indetectable en dos (2) controles consecutivos en un periodo de seis (6) meses, en pacientes con TARGA.
- El seguimiento debe hacerse con examen clínico y oftalmoscopia.



**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

- Al usar Ganciclovir considerar la posibilidad de mielotoxicidad, para lo cual se podría utilizar Eritropoyetina humana recombinante en caso de anemia o Factor estimulante de colonias de granulocitos en caso de neutropenia.

**b. Retinitis por herpes simplex**

- El tratamiento para retinitis por herpes simplex se realiza con Aciclovir 30 mg/Kg/día (para menores de 10kg) ó 1500 mg por m<sup>2</sup> de superficie corporal por día (para mayores de 10Kg) EV cada ocho (8) horas por diez (10) días. Pasar a vía oral de acuerdo a evolución clínica con Aciclovir 15 - 20 mg/kg/dosis, máximo 800 mg, cinco (5) dosis al día por seis (06) a doce (12) semanas.

**6.9.6 COMPLICACIONES DERMATOLÓGICAS.**

**a. Herpes Zoster:**

- El tratamiento para infección por herpes zoster se realiza con Aciclovir 30 mg/Kg/día (para menores de 10 kg) ó 1500 mg por m<sup>2</sup> de superficie corporal por día (para mayores de 10 kg), EV cada (8) horas hasta que haya mejoría en lesiones, luego cambiar a terapia oral Aciclovir 20 mg/kg/dosis, máximo 800 mg VO, cinco (5) veces al día hasta completar diez (10) a catorce (14) días.

**6.9.7 CO-INFECCIÓN TUBERCULOSIS (TB) - VIH.**

- El TARGA se debe de iniciar lo más temprano posible en todos los pacientes coinfectados con TB.
- El manejo del paciente VIH co-infectado con TB es en conjunto entre la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) y la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA (ESN PC ITS/VIH/SIDA).
- Para el tratamiento antituberculosis en pacientes con VIH, se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:
  - a. Se solicitará al inicio, prueba de sensibilidad rápida o convencional (Según sección de pruebas de sensibilidad de la NTS de prevención y control de TB, vigente).
  - b. Se iniciará tratamiento con Isoniacida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z) y Etambutol (E) por dos (2) meses según la normativa vigente.
  - c. En caso que se demuestre pansensibilidad o no se disponga de pruebas de sensibilidad se completará la primera fase (dos (2) meses de duración).
  - d. La segunda fase será de administración diaria con Isoniacida (H) y Rifampicina (R) independientemente del CD4, con una duración de la segunda fase de siete (7) meses.
  - e. La duración total del tratamiento en pacientes co-infectados con tuberculosis será de nueve (9) meses.
  - f. Si el médico tratante solicita evaluación y modificación del esquema de tratamiento antituberculosis, presentará el expediente al Comité de Expertos de Retratamiento Intermedio (CERI) de la ESNPCT según corresponda, en base a evaluación



**NTS N° 102-MINSA/DGSP-V.01**  
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS,  
NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

integral: bacteriológica, radiológica, clínica y resultados de las pruebas de sensibilidad a cargo del INS y/o laboratorios acreditados en el país.

- g. En los casos en que la enfermedad tuberculosa incluya compromiso del sistema nervioso central, se recomienda que la duración del tratamiento se extienda a doce (12) meses (dos (2) meses con 4 drogas (HRZE) seguidos de diez (10) meses con Isoniacida y Rifampicina diariamente).
  - h. Para los casos de co-infección TB MDR-VIH se seguirá el procedimiento establecido en la Norma Técnica de TB para el ingreso y seguimiento de los casos TB-MDR en todo paciente en esta condición.
  - i. El esquema de tratamiento pertinente será determinado de acuerdo a los resultados de la prueba de sensibilidad de las cepas de tuberculosis, y según la opinión de los comités de expertos de la ESNPCT.
  - j. En los pacientes con co-infección TB-VIH que reciben tratamiento antituberculosis el inicio del TARGA, se realizará dos (2) semanas después del tratamiento anti-tuberculoso y/o una vez que tenga buena tolerancia oral. El esquema de antirretrovirales se elegirá de acuerdo a lo estipulado en la sección de tratamiento antirretroviral.
- El inicio del tratamiento para tuberculosis (TB) se realizará según la normativa vigente relacionada al tratamiento de pacientes con TB de la ESNPCT.
  - Todo paciente co-infectado debe tener control mensual por el equipo multidisciplinario de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA del establecimiento.
  - Se realizarán reuniones de coordinación entre los representantes de los Comités de expertos de ambas estrategias (ESNPCT y ESN PC ITS/VIH/SIDA), para el análisis de la información de los casos.
  - En los pacientes con TB que inician tratamiento antirretroviral es importante considerar el síndrome de reconstitución inmune, caracterizado por la presencia de fiebre, linfadenopatía, signos de afección pulmonar y del sistema nervioso central, ante lo cual es necesario su referencia para el manejo especializado por el médico Infectólogo o médico capacitado según guías internacionales o las que apruebe el Ministerio de Salud.

**6.10. SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y REACTIVOS DE LABORATORIO.**

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

Le corresponde:

- Definir los criterios de estimación de casos para la atención de NNAVVS.
- Definir los criterios de estimación de los productos farmacéuticos usados en la atención de NNAVVS.



- Definir el listado de productos farmacéuticos estratégicos y de soporte necesarios para la atención de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS VIH/SIDA en coordinación con la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID).
- Brindar la asistencia técnica a las DISAS/DIRESAS/GERESAS o las que haga sus veces durante el proceso de programación de casos para la atención de pacientes en TARGA y enfermedades oportunistas.
- Monitorear y evaluar en forma periódica los resultados de informes para el mejoramiento de las intervenciones sanitarias.

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

Le corresponde:

- Normar, conducir, monitorear, vigilar, supervisar y evaluar a nivel nacional el sistema de suministro de los productos farmacéuticos y afines, usados en la atención integral de los NNAVVS
- Normar, conducir, desarrollar, promover, monitorear, vigilar, supervisar y evaluar el sistema nacional de farmacovigilancia en pacientes NNAVVS con TARGA.

**6.10.3. Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (DARES)**

Le corresponde:

- Coordinar, supervisar y consolidar la estimación de necesidades, de requerimientos de compras y distribución, y programar el abastecimiento de los medicamentos antirretrovirales en coordinación con los órganos del Ministerio de Salud, DISAS/DIRESAS/GERESAS y otras entidades o establecimientos de salud que integren la red asistencial de salud pública a nivel nacional.
- Efectuar los procesos de adquisición de medicamentos antirretrovirales, de acuerdo a la programación y requerimientos, en concordancia al marco legal vigente y con la oportunidad, calidad y costos 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.
- Efectuar estudios de investigación sobre el nivel de satisfacción de los usuarios, sobre la oportunidad y calidad de la atención de sus necesidades de medicamentos antirretrovirales.
- Administrar los recursos asignados en el marco de la normatividad del proceso presupuestario o por encargo de otras entidades públicas vinculadas al Sector Salud.



**6.10.4. Instituto Nacional de Salud (INS)**

Le corresponde:

- El INS deberá coordinar y organizar con la red de laboratorios de las DISAS/DIRESAS/GERESAS o las que haga sus veces, hospitales e

**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

institutos especializados, asesorando en los aspectos técnicos relacionados a los insumos, recursos humanos, infraestructura y transporte para la toma y procesamiento de muestras para las pruebas confirmatorias y para las pruebas de monitoreo y genotipificación.

- Las pruebas confirmatorias para VIH, de monitoreo de linfocitos T CD4, de CV y la prueba de genotipificación para los NNAVVS estará a cargo del INS y la Red de Laboratorios.

**6.10.5. Direcciones de Salud / Direcciones Regionales de Salud / Gerencias Regionales de Salud**

- La DISA/DIRESA/GERESA a través de los responsables de la Estrategia Sanitaria Regional de Prevención y Control de ITS VIH/SIDA, quedan encargadas de la definición y ejecución de la meta de pacientes esperados para el periodo de programación establecido.
- La DISA/DIRESA/GERESA a través de la Dirección de Medicamentos y su responsable de farmacia, son los encargados de la gestión del sistema de suministro de los productos farmacéuticos y afines usados en la atención de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA en todos los establecimientos de salud de su jurisdicción.
- La DISA/DIRESA/GERESA a través de la Dirección de Medicamentos o quien haga sus veces y su responsable de Farmacia, son los encargados de garantizar que las notificaciones de sospecha de reacciones adversas usados en la atención de pacientes con TARGA e infecciones oportunistas, sean remitidas al Centro Nacional de Farmacovigilancia en los plazos establecidos para su respectiva evaluación y categorización.
- La Dirección Ejecutiva de Medicamentos o quien haga sus veces es responsable de tomar medidas que optimicen la disponibilidad de productos farmacéuticos y afines usados en la atención de NNAVVS, así como de realizar una farmacovigilancia intensiva en los establecimientos de salud que brinden TARGA a estos pacientes.

**6.10.6. Los Establecimientos de Salud.**

- El establecimiento de salud a través de los encargados de farmacia en coordinación con el responsable de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA, deben elaborar de manera adecuada y oportuna el requerimiento de los productos farmacéuticos y afines usados en la atención de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA.
- El establecimiento de salud a través de su responsable de farmacia, es responsable del almacenamiento y dispensación de los productos farmacéuticos y afines usados en la atención de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA.
- El establecimiento de salud a través de su Comité de Farmacovigilancia y jefe de farmacia, es responsable de implementar y desarrollar actividades de Farmacovigilancia intensiva en pacientes con TARGA.
- El establecimiento de salud a través del encargado de farmacia, es responsable de comunicar a su DISA/DIRESA/GERESA las notificaciones de las sospechas de las reacciones adversas, si estas son graves dentro de las veinticuatro (24) horas de conocido el evento y si son leves y moderadas en un plazo no mayor de siete (7) días calendario.



**NTS N° 102 -MINS/DGSP-V.01**  
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

- Si los servicios de farmacia o laboratorio del establecimiento no contaran con horario de atención las veinticuatro (24) horas del día, deberá garantizarse un stock básico mínimo de medicamentos, insumos y reactivos de laboratorio (pruebas rápidas de VIH y antirretrovirales) para la prevención de la transmisión vertical según escenarios, para la profilaxis post exposición ocupacional y post exposición por violencia sexual, el cual será inventariado y repuesto oportunamente por el responsable de farmacia o laboratorio. Los medicamentos e insumos se dejarán en el servicio de emergencia bajo responsabilidad del jefe de guardia.
- Los establecimientos de salud estarán encargados de la obtención de muestra y envío al laboratorio referencial y/o al INS según corresponda.

## **VII. RESPONSABILIDADES**

### **7.1. NIVEL NACIONAL**

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

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

### **7.2. NIVEL REGIONAL**

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

### **7.3. NIVEL LOCAL**

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

## **VIII. ANEXOS.**

**ANEXO 1:** Glosario de Siglas.

**ANEXO 2:** Flujograma diagnóstico de laboratorio de infección con VIH en el niño/niña con exposición al VIH.

**ANEXO 3:** Tabla de evaluación para hacer el descarte de niños, niñas y adolescentes infectados por el VIH.

**ANEXO 4: TABLA 1:** Clasificación de la infección VIH/SIDA según categorías clínicas e inmunológicas.

**TABLA 2:** Categorías inmunológicas según edad y recuento de CD4.

**ANEXO 5:** Calendario de inmunizaciones en niños y niñas expuestos al VIH.

**ANEXO 6:** Ficha CETARGA – Pediátrica.

**ANEXO 7:** Hoja de seguimiento de tratamiento antirretroviral en niños, niñas o adolescentes



NTS N° 102-MINSA/DGSP-V.01  
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS,  
NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

- ANEXO 8:** Flujograma del procedimiento de aplicación de la prueba de genotipificación para VIH.
- ANEXO 9:** Flujograma para el reporte de sospecha de reacción adversa a medicamento antirretroviral.
- ANEXO 10:** Formato de notificación de RAM a antirretrovirales.
- ANEXO 11:** Informe de investigación de sospecha de reacción adversa grave.
- ANEXO 12:** Tabla de dosificación de antirretrovirales y forma de presentación





**ANEXO 1**

**GLOSARIO DE SIGLAS**

- 3TC: Lamivudina.  
ABC: Abacavir.  
ADA: Adenosina deaminasa  
ASP: Agente de soporte personal  
AZT: Zidovudina.  
CETARGA: Formato para solicitud de cambio de esquema.  
CD 4: Recuento de linfocitos con marcador CD4  
CMV: Citomegalovirus  
CNF: Centro Nacional de Farmacovigilancia  
CV: Carga viral.  
D4T: Estavudina  
DARES: Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud.  
DDI: Didanosina  
DGSP: Dirección General de Salud de las Personas  
DHL: Deshidrogenasa láctica.  
DIGEMID: Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.  
DIREMID: Dirección Regional de Medicamentos.  
DNA: Acido desoxirribonucleico  
EFV: Efavirenz.  
ELISA: Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas.  
ESN PCT: Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis.  
ESN PC ITS/VIH/SIDA: Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA.  
EV: Vía endovenosa  
HRZE: Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol, Esquema Antituberculosis en la Primera Fase.  
INTR: Inhibidor nucleósido de la transcriptasa reversa.  
INNTR: Inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa.  
IFI: Inmunofluorescencia indirecta.  
IM: Vía Intramuscular  
INS: Instituto Nacional de Salud.  
IP: Inhibidor de proteasa.  
ITS: Infecciones de transmisión sexual.  
LCR: Líquido cefalorraquídeo.  
LGP: Linfadenopatía generalizada persistente.  
LIA: Inmunoensayo en línea.  
MINSA: Ministerio de Salud.



**NTS N° 102 -Minsa/DGSP-V.01**  
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS,  
NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

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

NNAVVS: Niño, niña o adolescente viviendo con el VIH/SIDA

NVP: Nevirapina.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PCR: Reacción en cadena de la polimerasa.

PEP: Promotor Educador de Pares.

PPD: Derivado proteínico purificado.

PPE: Profilaxis post exposición.

RAM: Reacción adversa a los medicamentos.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

TARGA: Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad.

TB: Tuberculosis.

TDF: Tenofovir.

TGO: Transaminasa glutámico oxalacética

TGP: Transaminasa glutámico pirúvica.

TMP/SMX: Trimetoprim -Sulfametoxazol.

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory.

VHB: Virus de la Hepatitis B.

VHC: Virus de la Hepatitis C.

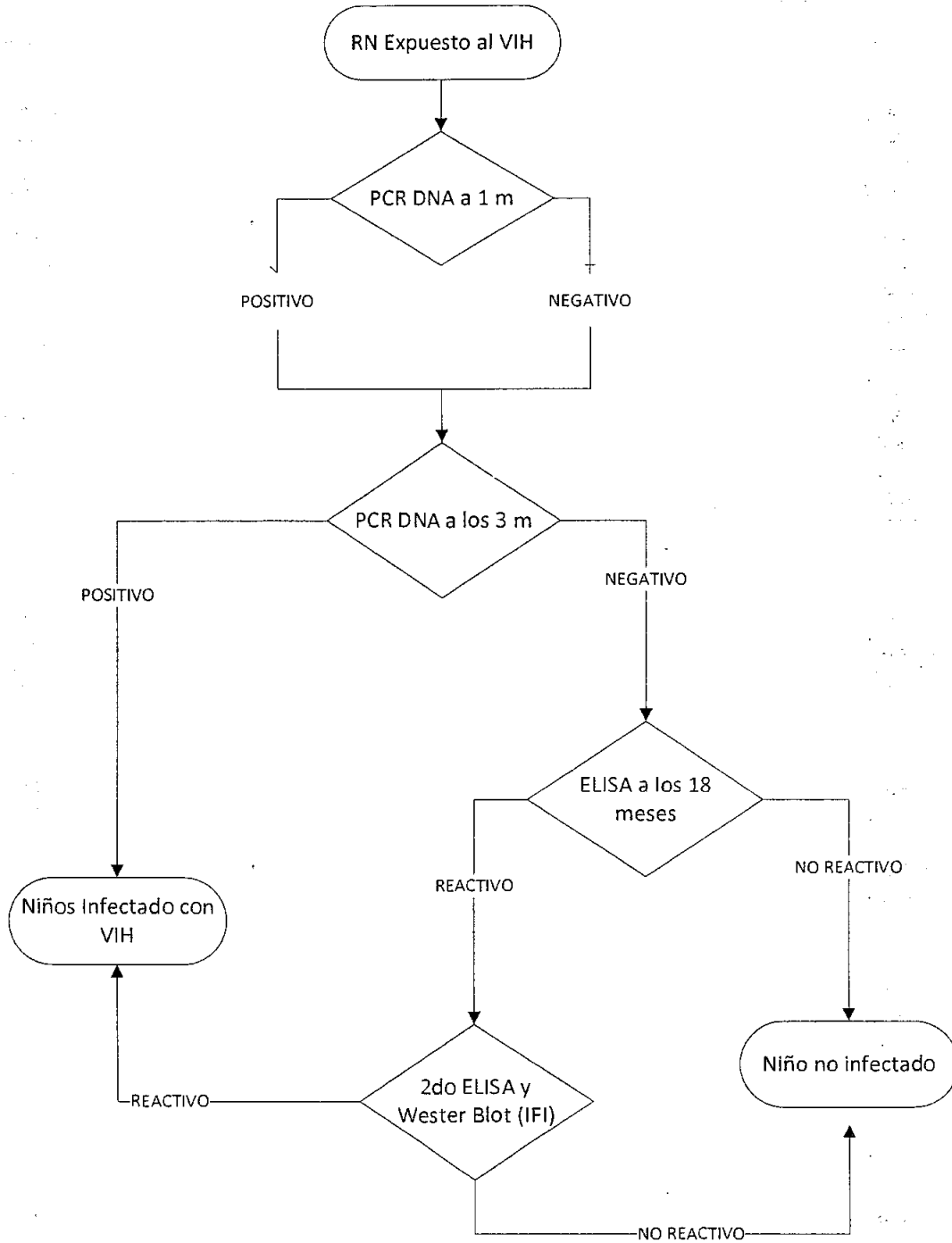
VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.

VO: Vía oral



ANEXO 2

FLUJOGRAMA DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DE INFECCIÓN CON VIH EN EL NIÑO/NIÑA  
CON EXPOSICIÓN AL VIH



ANEXO 3

TABLA DE EVALUACIÓN PARA HACER EL DESCARTE DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES  
 INFECTADOS POR EL VIH.

TABLAS DE EVALUACIÓN DE RIESGO EN LACTANTE Y MENOR DE 18 MESES	
<p>Se desconoce el estado VIH de la madre</p> <p>Neumonías que requirió hospitalización para su tratamiento</p> <p>Infecciones severas (Neumonía con empiema, miositis, osteomielitis, artritis séptica, meningitis, diarrea persistente o crónica) que requirieron hospitalización para su manejo</p> <p>Candidiasis Oral</p> <p>Anemia (Hb menor a 8.5 mg/dL o Hto menor a 26%)</p>	Anamnesis y Antecedentes
<p>Retardo en el desarrollo psicomotor (cualquier grado)</p> <p>Microcefalia (Perímetro Cefálico menor al 10p)</p> <p>Un parámetro antropométrico (P/E, T/E, P/T) menor al 5p</p>	Evaluación Inicial Básica
<p>Linfadenopatía en 3 ó más regiones</p> <p>Hepatomegalia y/o esplenomegalia</p>	Examen Físico

VERIFIQUE SI TIENE RIESGO DE INFECCIÓN ALTO O BAJO POR VIH

1. Aplique su tabla de clasificación de riesgo
2. Establezca el tipo de riesgo de infección por VIH
3. Determine la necesidad de pruebas diagnósticas según corresponda el caso

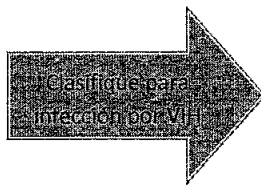


Tabla de Clasificación

De 0 a 2 Casillas de Riesgo Identificadas	Riesgo Bajo
De 3 a más Casillas de Riesgo Identificadas	Riesgo Alto

SIGNOS	CLASIFICACIÓN
Niño < 18 meses con PCR carga viral +	Infección VIH Confirmada
✓ Madre VIH + y niño sin resultado; <b>O</b> ✓ Niño < de 18 meses con prueba de anticuerpos positiva	EXPUESTO AL VIH / INFECCIÓN VIH PROBABLE
✓ Clasificación de Riesgo ALTO; <b>Y</b> ✓ No hay resultados de laboratorio para la madre ni para el hijo	SOSPECHA DE INFECCIÓN VIH SINTOMÁTICA
✓ Clasificación de Riesgo Bajo; <b>Y</b> ✓ Pruebas VIH negativas para madre o hijo	NO INFECCIÓN



**ANEXO 4**

**TABLA 1: CLASIFICACIÓN DE LA INFECCIÓN VIH/SIDA SEGÚN CATEGORÍAS CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS**

CATEGORIA CLINICA	CATEGORIA INMUNOLOGICA		
	1	2	3
N	N-1	N-2	N-3
A	A-1	A-2	A-3
B	B-1	B-2	B-3
C	C-1	C-2	C-3

La CDC en 1994 estableció categorías inmunológicas que se recogen en la tabla 2. En condiciones normales los niños o niñas tienen cifras de CD4 mayores a la de los adultos, y pueden tener infecciones oportunistas con cifras de CD4 más elevadas que en los adultos. Por lo que es necesario tomar en cuenta la edad del niño o niña a la hora de valorar la cifra de linfocitos CD4.

**TABLA 2: CATEGORÍAS INMUNOLÓGICAS SEGÚN EDAD Y RECUENTO DE CD4**

	< DE 1 AÑO		1 A 5 AÑOS		6 A 12 AÑOS	
	N°/ml	%	N°/ml	%	N°/ml	%
1. Sin supresión	>1500	>25	>1000	>25	>500	>25
2. Con supresión moderada	750-1499	15-24	500-999	15-24	200-499	15-24
3. Con supresión severa	<750	<15	<500	<15	<200	<15

**CATEGORÍAS CLÍNICAS PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 13 AÑOS CON INFECCIÓN POR VIH**

**Categoría N: Asintomáticos:**

Niños o niñas sin signos o síntomas atribuibles a infección VIH o que tienen solo una de las condiciones listadas en la categoría A.

**Categoría A: Signos y síntomas leves:**

Dos o más de las condiciones siguientes y ninguna de B y C

Linfadenopatía (mayor o igual a 0.5 cm más de una región o bilateral en una región)

Hepatomegalia

Esplenomegalia

Dermatitis

Parotiditis

Infección respiratoria alta persistente o recurrente (sinusitis u otitis media)

**Categoría B: Signos y síntomas moderados:**

Anemia (Hb menor a 8 gr/dl), neutropenia (menor a 1,000/mm<sup>3</sup>) o trombocitopenia (menor de 100,000/mm<sup>3</sup>) persistente (mayor de 30 días).

Meningitis, neumonía o sepsis bacteriana (episodio único)

Candidiasis oro faríngea persistente mayor de dos meses en mayores de seis (6) meses.

Cardiomiopatía

Infección por citomegalovirus, instalación antes del mes de edad.



**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

Diarrea recurrente o crónica

Hepatitis

Estomatitis recurrente a virus herpes simplex (mayor de dos (2) episodios en un (1) año).

Bronquitis, neumonitis o esofagitis herpética, de inicio antes del mes de edad.

Herpes zoster por lo menos dos (2) episodios distintos o que toma más de un dermatoma.

Leiomioma

Neumonitis intersticial linfoide o complejo de hiperplasia pulmonar linfoide

Nefropatía

Nocardiosis

Fiebre persistente mayor de un mes

Toxoplasmosis de inicio antes del mes de edad.

Varicela diseminada o complicada.

Tuberculosis pulmonar (no incluida en la clasificación de la CDC de 1994)

**Categoría C: Signos y síntomas severos:**

Infecciones bacterianas severas múltiples o recurrentes (cualquier combinación de por lo menos dos infecciones confirmadas por cultivo en un periodo de dos años) de las siguientes; sepsis, neumonía, meningoencefalitis, osteomielitis, artritis, absceso de órganos internos o cavidades corporales (excluyendo la otitis media, abscesos superficiales de piel o mucosas e infecciones relacionadas a catéteres)

Candidiasis esofágica o pulmonar (bronquios, tráquea, pulmones)

Coccidioidomycosis diseminada (en un lugar diferente a pulmones o a ganglios cervicales o hiliares o en adición a ellos)

Criptosporidiosis o cysto-isosporiasis con diarrea persistente mayor de un mes

Enfermedad de citomegalovirus en niños o niñas mayores de un mes (excepto en hígado, bazo o ganglios linfáticos)

Histoplasmosis diseminada (en un lugar diferente a pulmones o a ganglios cervicales o hiliares, o en adición a ellos)

Encefalopatía: por lo menos una de los siguientes hallazgos progresivos presentes por lo menos por dos meses en ausencia de enfermedad concurrente distinta a la infección por VIH que pudiera explicar los hallazgos:

- a. Pérdida o falla para alcanzar el desarrollo neurológico, ó pérdida de habilidad intelectual previamente adquiridas verificada por escalas de desarrollo estándar o pruebas neuropsicológicas.
- b. Detención del crecimiento cerebral o microcefalia adquirida demostrada por medición del perímetro cefálico o atrofia cerebral demostrada por tomografía o resonancia magnética.
- c. Déficit motor simétrico adquirido: paresia, reflejos patológicos, ataxia o trastornos de la marcha.

Infección por herpes simple: úlcera mucocutánea que persiste más de un mes o bronquitis, neumonitis o esofagitis en niños o niñas mayores de un mes.

Sarcoma de Kaposi.

Linfoma primario cerebral

Linfoma de Burkitt, o inmunoblástico, o de células gigantes, de células B, o con fenotipo inmunológico desconocido.

Mycobacterium tuberculosis diseminado o extrapulmonar.

Otras especies de Micobacterias diseminadas (en lugar diferente a pulmones, piel ganglios cervicales o hiliares o en adición a ellos).Complejo *Mycobacterium avium* o *Mycobacterium kansasii* diseminadas (ídem a otras especies de *Mycobacterium* de especies no identificada, diseminada)



**NTS N° 102 -Minsa/DGSP-V.01**  
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS,  
NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

Neumonía a *Pneumocystis jirovecii*.

Leucoencefalopatía multifocal progresiva

Sepsis a *Salmonella* no tífica recurrente

Toxoplasmosis cerebral de inicio en niños o niñas mayores de un mes

Síndrome consuntivo: en ausencia de otra enfermedad que lo explique:

- a. Pérdida de peso persistente mayor de 10% del basal, o
- b. Caída en dos percentiles en la tabla de peso/edad en mayores de un año, o
- c. Peso/Talla menor al 5to percentil en dos (2) mediciones consecutivas (mayor o igual de 30 días) + diarrea crónica (por lo menos dos (2) diarias, por 30 días o más) o fiebre documentada (por más o igual a 30 días intermitente o constante).



NTS N° 102-MINSA/DGSP-V.01  
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS,  
 NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

**ANEXO 5:  
 CALENDARIO DE INMUNIZACIONES EN NIÑOS Y NIÑAS EXPUESTOS AL VIH**

Vacunas	Edad													
	RN	1 m	2 m	3 m	4 m	5 m	6 m	7 m	12 m	18 m	24 m	4 a 6 años	10 años (Niñas)	
BCG	X													
Hepatitis B	X		X		X		X							
Polio inactivada			X		X		X			X		X		
DTPa			X		X		X			X		X		
Hib			X		X		X			X		X		
Rotavirus			X		X									
Influenza							X	X						
SRP									X			X		
Varicela									X					
Hepatitis A									X					
Neumococo conjugada				X		X			X					
Neumococo polisacárida											X			
Meningococo				X		X								
Papiloma virus													X	

Nota: BCG, Rotavirus y SRP son agentes vivos atenuados y deben utilizarse previa autorización y si no hay inmunodeficiencia severa.





**ANEXO 6**  
**FORMATO CETARGA-PEDIÁTRICO**

**DATOS GENERALES**

Fecha	C.S	Hosp.	Nombre del Establecimiento de Salud									
DNI:		FECHA NAC. / /						H.C:				
Edad	Sexo	Código Único:								Peso: Kg.		
										Talla: cm.		
Años	M	F									IMC: kg/m2	
Dirección: Calle /Mz				Número			Urbaniz./AAHH/Localidad				Distrito	

**SECCIÓN MADRE:**

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL RECIBIDO POR LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO:

INFORMACIÓN NO DISPONIBLE

Nombre genérico	Fecha Inicio	Fecha Término	Dosis Diaria	Adherencia	Efectos adversos o intolerancia

HOJA DE CONTROLES INMUNOLÓGICO Y VIROLÓGICO DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO:

INFORMACIÓN NO DISPONIBLE

EXÁMENES/ FECHAS	BASAL PRE-TARGA	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°
Carga Viral												
CD4												

**SECCIÓN DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE:**

BREVE DESCRIPCIÓN HISTÓRICA DE LA EVOLUCIÓN DEL (A) PACIENTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

QUE ANTIRRETROVIRALES RECIBIÓ EL RECIÉN NACIDO COMO PROFILAXIS:

Nombre genérico	Fecha Inicio	Fecha Término	Dosis Diaria	Adherencia	Efectos adversos o intolerancia



NTS N°102 -MINSA/DGSP-V.01  
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS,  
 NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

**INFECCIONES OPORTUNISTAS (IO) O CÁNCERES SECUNDARIOS (CS):**

No	IO / CS	Evolución

**HOJA DE CONTROLES INMUNOLÓGICO Y VIROLÓGICO DEL PACIENTE:**

EXÁMENES (fechas)	BASAL PRE-TARGA	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°
	Carga Viral											
CD4												

**TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL RECIBIDO HASTA LA ACTUALIDAD:**

Nombre genérico	Fecha Inicio	Fecha Término	Dosis Diaria	Adherencia	Efectos adversos o intolerancia

Firma y Sello del Médico Tratante: .....

FECHA DE EVALUACIÓN DE CETARGA:

CONCLUSIONES Y ACUERDOS DEL COMITÉ DE EXPERTOS:

---



---



---



---



---



---



---

Firmas y Sellos del Comité Evaluador:



**ANEXO 7**  
**HOJA DE SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN NIÑOS, NIÑAS O  
 ADOLESCENTES**

DISA \_\_\_\_\_

CENTRO HOSPITALARIO \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Historia Clínica \_\_\_\_\_

Procedencia \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Antecedentes Prenatales y Natales**

- |  |      |      |
|--|------|------|
| 1. Madre recibió TARGA durante el embarazo           | (SI) | (NO) |
| 2. Madre recibió profilaxis ARV al momento del parto | (SI) | (NO) |
| 3. Nació por cesárea                                 | (SI) | (NO) |
| 4. Niño recibió lactancia materna                    | (SI) | (NO) |
| 5. Niño recibió Zidovudina.                          | (SI) | (NO) |
| 6. Utilizo otro esquema antirretroviral.             | (SI) | (NO) |
| Especificar: _____                                   |      |      |

**1. Criterios del diagnóstico VIH:**

Criterio	Resultado	Fecha
PCR VIH al mes		
PCR a los 3 meses de edad		
ELISA VIH a los 18 meses		
IFI VIH a los 18 meses		

**2. Criterio de inicio de tratamiento antirretroviral**

Criterio	Resultado	Fecha
Todo niño diagnosticado de VIH antes de los 12 meses de vida recibirá antirretrovirales (ARVs) independiente de su estadio clínico y CD4		
Los NNAVVS mayores de 12 meses indicar TARGA (según las categorías de la CDC 1994) tal y como se indica:		
Categoría clínica C (SIDA).		
Paciente con inmunosupresión severa, (Anexo 4) independientemente de la carga viral y categoría clínica.		
Paciente con inmunosupresión moderada (Anexo 4) y con carga viral mayor a 100,000 copias/ml, independiente de la categoría clínica		



**NTS N° 102-MINSA/DGSP-V.01**  
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

3. Medicamentos y variación de dosis mensual (# de frascos o tabletas utilizadas)

Medicamentos	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12

4. Seguimiento Clínico y de laboratorio

Meses/resultados	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
CD4												
Carga viral												
Otras pruebas (especificar)												

5. Criterios para cambios de terapia

Criterio	Resultado	Fecha
<p><b>Criterios virológicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos determinaciones separadas de carga viral mayores de 1,000 copias/ml, separadas por un mínimo de seis (6) semanas</li> <li>• Caída menor de 1.0 log de la carga viral basal, luego de doce (12) semanas de tratamiento.</li> <li>• Carga viral no llega a ser indetectable a los seis (6) meses de tratamiento.</li> <li>• Detección de carga viral en pacientes que inicialmente llegaron a niveles indetectables con TARGA.</li> <li>• Pacientes con respuesta inicial a tratamiento pero que mantienen niveles detectables bajos (menor de 5,000 copias/ ml) y aumentan en 0.5 log (en niños &gt; de 2 años de edad) o 0.7 log (en niños &lt; de 2 años de edad)</li> </ul>		
<p><b>Criterios clínicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro progresivo del desarrollo neurológico o de las funciones intelectuales.</li> <li>• Retardo en el crecimiento, sin causa que lo explique.</li> <li>• Cambio de categoría clínica (deterioro clínico) o presencia de enfermedades oportunistas</li> </ul>		
<p><b>Criterios inmunológicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio en la clasificación inmunológica (deterioro inmunológico).</li> <li>• Niños o niñas con categoría 3: disminución persistente del 5% o más en el porcentaje de CD4, en dos (2) tomas consecutivas.</li> <li>• Disminución rápida en el recuento absoluto de linfocitos CD4 (mayor de 30% del valor anterior en menos de seis (6) meses)</li> </ul>		



NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

6. Medicamentos y variación de dosis mensual

Medicamentos	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12

7. Monitorización de adherencia

Medicamentos	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12

(⇨) Adherencia confirmada

(⇩) falla en la adherencia

7. Observaciones:

---



---



---



---

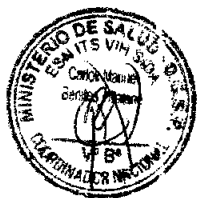


---

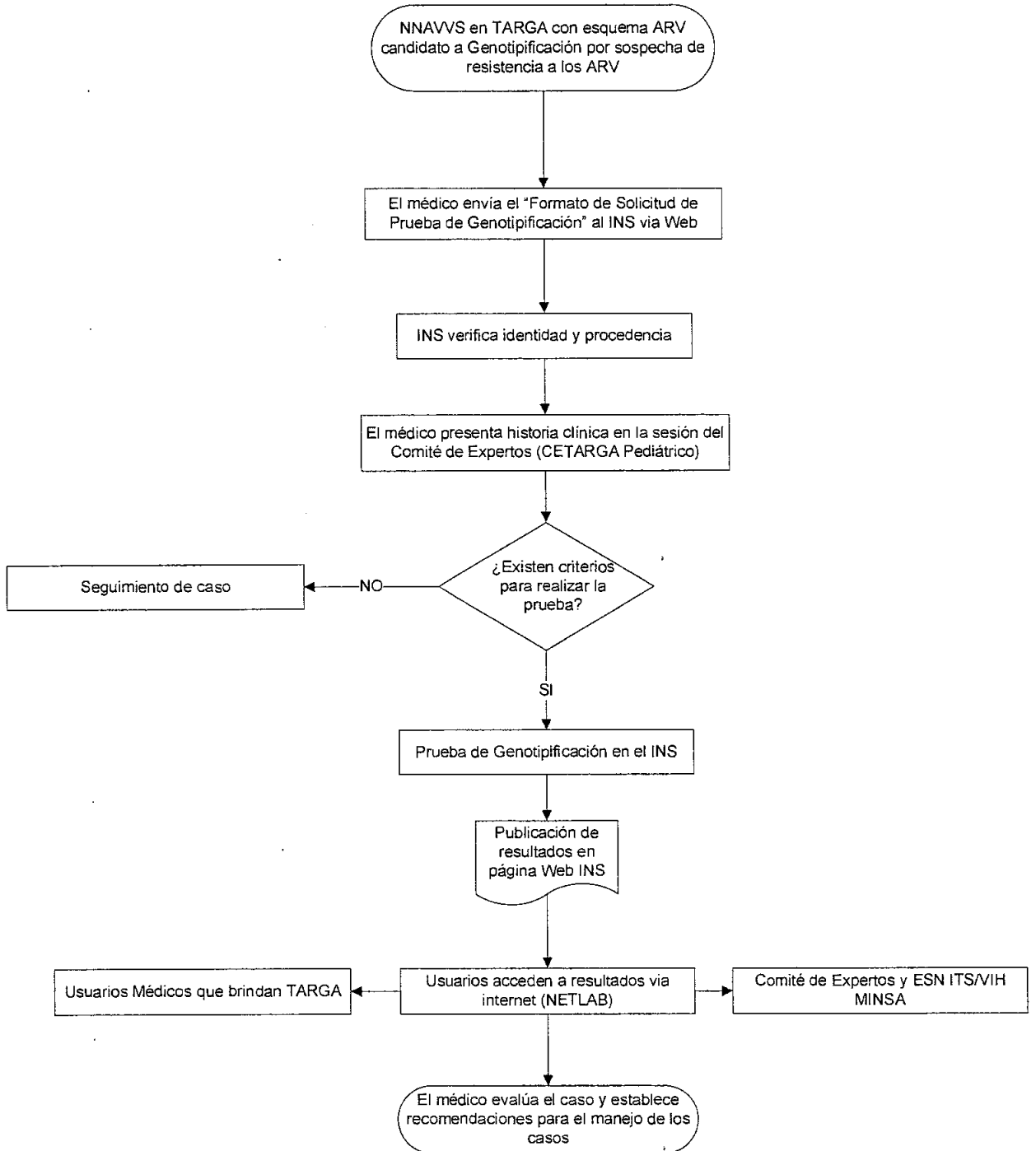


---

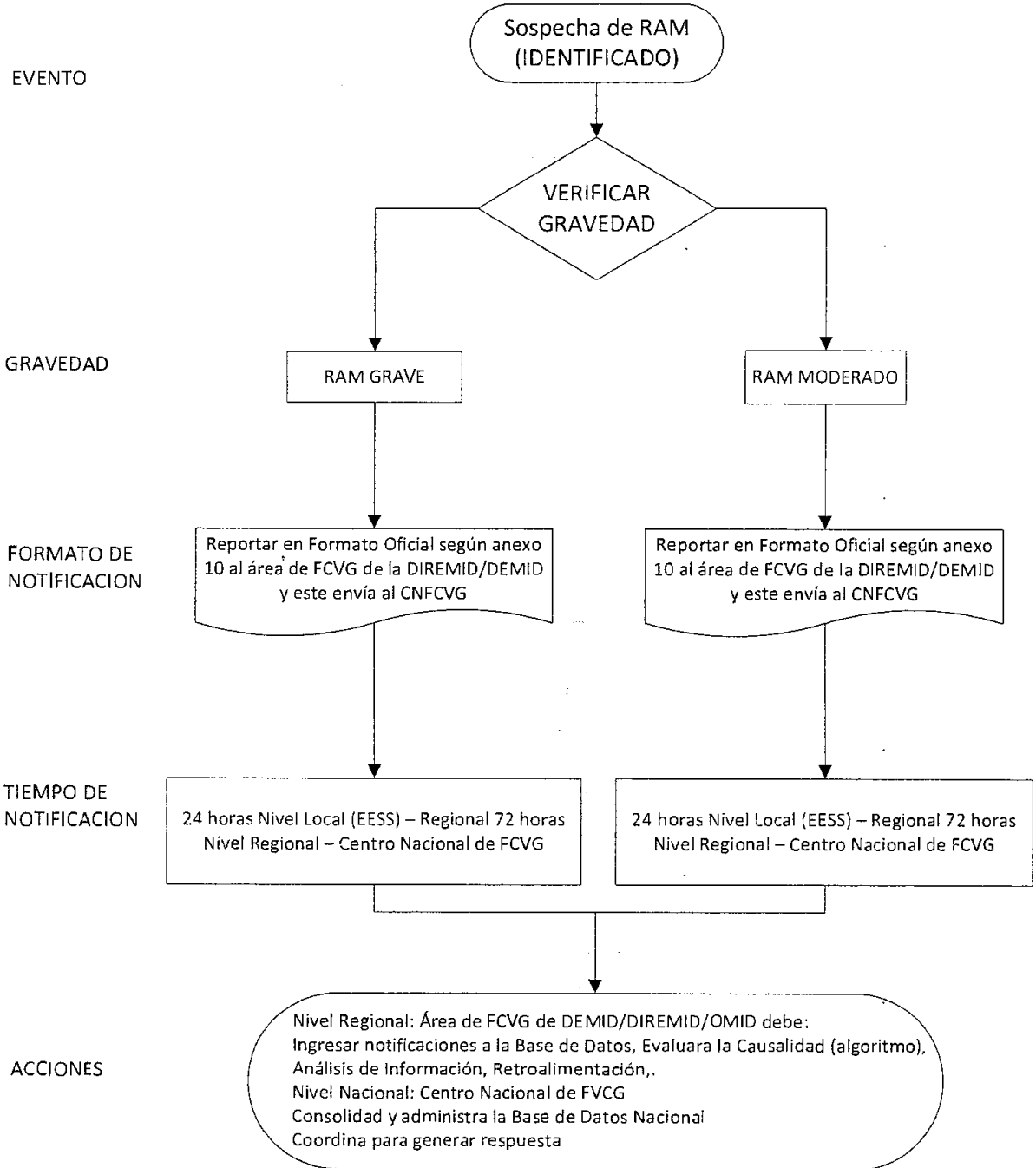
Responsable: \_\_\_\_\_



**ANEXO 8**  
**FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA DE GENOTIPIFICACIÓN PARA VIH**



**ANEXO 9**  
**FLUJOGRAMA PARA EL REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL.**



NTS N° 102 -Minsa/DGSP-V.01  
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS,  
 NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

**ANEXO 10**  
**FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE RAM A ANTIRRETROVIRALES**



SISTEMA PERUANO DE FARMACOVIGILANCIA



SISTEMA PERUANO DE FARMACOVIGILANCIA

FICHA DE REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO ANTIRETROVIRAL

(Llenado por el Médico)

CONFIDENCIAL

**I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

Nombre de ESSS: .....

**II. DATOS DEL PACIENTE**

Código: ..... Historia Clínica N°: ..... Sexo: F [ ] M [ ] Peso: ..... Kg. Talla: ..... mt.

Embarazada Si [ ] No [ ] Esquema: ..... Fecha Inicio Esquema: / / .....

**III. REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTIRETROVIRALES (RAM)**

Descripción de la Reacción Adversa	Fecha Inicio (dd/mm/aa)	Fecha Final (dd/mm/aa)

**IV. MEDICAMENTOS ANTIRETROVIRALES ADMINISTRADOS AL PACIENTE AL MOMENTO DE PRODUCIRSE LA RAM**

MEDICAMENTOS ANTIRETROVIRALES	SOSPECHOSO (Marcar con una X)	DOISIS DIARIA	Fecha Inicio	Fecha Final

**V. MEDICAMENTOS CONCOMITANTES ADMINISTRADOS AL PACIENTE EN EL ÚLTIMO MES**

Nombre	Dosis	Fecha Inicio	Fecha Final	Indicación

**VI. ENFERMEDADES CONCOMITANTES:** • ..... • .....  
 • ..... • .....

**VII. DESENLACE**

Se hospitalizó: Si [ ] No [ ] Reducción de dosis: Si [ ] No [ ] Muerte: Si [ ] No [ ] Cambio de Esquema: Si [ ] No [ ] Especifique: .....

Otros: .....

**VIII. OBSERVACIONES ADICIONALES:** (Alguna descripción del evento, exámenes de laboratorio, alergias, consumo de drogas, tratamiento de la RAM, entre otros)

.....  
 .....

**IX. DATOS DEL NOTIFICADOR:**

Nombre y Apellidos: .....  
 Teléfono: ..... E-mail: ..... Fecha de Notificación: .....

Firma y Sello

**INSTRUCTIVO:**

- La información de este reporte es absolutamente confidencial.
- Se considera una reacción adversa a medicamento (RAM), la respuesta no viva y no intencional que ocurre a dosis normalmente utilizadas del medicamento con fines profilácticos, de diagnóstico, tratamiento o modificación de una función fisiológica. El abuso, la dependencia e interacciones pueden ser consideradas como RAM.
- Notifique todas las RAM serios, no serios, graves o raras, conocidas o desconocidas.
- Reporte como medicamento sospechoso el que considera que ha producido la RAM (Ver Anexo 1)
- En casos de malformaciones congénitas notifique los far macos tomados durante la gestación.
- Notifique siempre las RAM, inclusive si desconoce parte o eta información que se solicita.
- Indique siempre su teléfono y dirección, para contactarnos son Ud. Si es necesario.
- Se considera medicamento concomitante a los otros medicamentos no antiretrovirales utilizados por el paciente (Sección V).

**OBSERVACIONES:**

- Si un paciente es hospitalizado por una reacción adversa, luego de comunicar la reacción adversa se deberá proceder al seguimiento de la evolución de la reacción adversa y se enviará la información completa cuando finalice esta.





**ANEXO 11**  
**INFORME DE INVESTIGACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA GRAVE**

Establecimiento de Salud:.....

Fecha de Notificación:.....

Fuente de Información:.....

Profesional Notificador ( ) Historia clínica ( ) Parientes ( )

Otros:.....

Nombre del Paciente: .....

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

**Reacción Adversa Medicamentosa**

.....  
.....

**Antecedentes del caso:**

.....  
.....  
.....

**Descripción del Caso:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Acciones:**

.....  
.....  
.....

**Conclusión:**

.....  
.....  
.....

**Firma y sello de los miembros de la comisión:**



ANEXO 12

TABLA DE DOSIFICACIÓN DE ANTIRRETROVIRALES Y FORMA DE PRESENTACIÓN

Tipo de fármaco	Nombre	Dosis	Forma de Presentación																		
Inhibidor Nucleósido de la transcriptasa reversa	ZIDOVUDINA (AZT, ZDV)	<b>Neonatos/Infantes (&lt; 6 semanas):</b> Para prevención de transmisión vertical o tratamiento:	Líquido oral: 10 mg/ml  Tabletas: 300 mg  Cápsulas: 100 mg  En combinación: Con 3TC: AZT 300 mg + 3TC 150 mg																		
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Edad Gestacional</th> <th>VO</th> <th>EV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ 35 semanas</td> <td>4 mg/kg c/12 h</td> <td>3 mg/kg c/12 h</td> </tr> <tr> <td>30 a &lt;35 sem:</td> <td>2 mg/kg c/12 h</td> <td>1.5 mg/kg c/12 h</td> </tr> </tbody> </table>		Edad Gestacional	VO	EV	≥ 35 semanas	4 mg/kg c/12 h	3 mg/kg c/12 h	30 a <35 sem:	2 mg/kg c/12 h	1.5 mg/kg c/12 h									
		Edad Gestacional		VO	EV																
		≥ 35 semanas		4 mg/kg c/12 h	3 mg/kg c/12 h																
30 a <35 sem:	2 mg/kg c/12 h	1.5 mg/kg c/12 h																			
<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td>(primeros 14 días)</td> <td>(primeros 14 días)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 mg/kg c/12 h</td> <td>2.3 mg/kg c/12 h</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(a partir de 15 días)</td> <td>(a partir de 15 días)</td> </tr> <tr> <td>&lt;30 semanas</td> <td>2 mg/kg c/12 h</td> <td>1.5 mg/kg c/12 h</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(primeras 4 sem)</td> <td>(primeras 4 sem)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 mg/kg c/12 h</td> <td>2.3 mg/kg c/12 h</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(&gt; 4 semanas)</td> <td>(&gt; 4 semanas)</td> </tr> </tbody> </table>		(primeros 14 días)	(primeros 14 días)		3 mg/kg c/12 h	2.3 mg/kg c/12 h		(a partir de 15 días)	(a partir de 15 días)	<30 semanas	2 mg/kg c/12 h	1.5 mg/kg c/12 h		(primeras 4 sem)	(primeras 4 sem)		3 mg/kg c/12 h	2.3 mg/kg c/12 h		(> 4 semanas)	(> 4 semanas)
	(primeros 14 días)	(primeros 14 días)																			
	3 mg/kg c/12 h	2.3 mg/kg c/12 h																			
	(a partir de 15 días)	(a partir de 15 días)																			
<30 semanas	2 mg/kg c/12 h	1.5 mg/kg c/12 h																			
	(primeras 4 sem)	(primeras 4 sem)																			
	3 mg/kg c/12 h	2.3 mg/kg c/12 h																			
	(> 4 semanas)	(> 4 semanas)																			
Dosis pediátrica: 210 (180 – 240 ) mg /m <sup>2</sup> c/ 12 hrs o 160 mg/m <sup>2</sup> c/8 hrs Máximo 300 mg por dosis Dosis por peso corporal:																					
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Peso (kg)</th> <th>Dosis (c/12 hrs)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4 a &lt; 9</td> <td>12 mg/kg</td> </tr> <tr> <td>9 a &lt;30</td> <td>9 mg/ kg</td> </tr> <tr> <td>≥30</td> <td>300 mg</td> </tr> </tbody> </table>	Peso (kg)	Dosis (c/12 hrs)	4 a < 9	12 mg/kg	9 a <30	9 mg/ kg	≥30	300 mg											
Peso (kg)	Dosis (c/12 hrs)																				
4 a < 9	12 mg/kg																				
9 a <30	9 mg/ kg																				
≥30	300 mg																				
Inhibidor Nucleósido de la transcriptasa reversa	LAMIVUDINA (3TC)	<b>Neonatos/Infantes (&lt;4 semanas):</b> 2 mg/kg c/12 hrs	Líquido oral: 50 mg/ 5 ml  Tabletas: 150 mg  En combinación: Con AZT: 150mg 3TC + 300mg AZT Con AZT y NVP: 150 mg 3TC + 200 mg NVP																		
		<b>Dosis pediátrica ( ≥4 semanas):</b> 4 mg/Kg c/ 12 hrs Máximo 150 mg por dosis																			
		<b>Dosis pediátrica (peso ≥14 kg):</b>																			
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Peso (kg)</th> <th>A.M.</th> <th>P.M.</th> <th>Dosis Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>14-21</td> <td>½ tab</td> <td>½ tab</td> <td>150 mg</td> </tr> <tr> <td>&gt;21-&lt;30</td> <td>½ tab</td> <td>1 tab</td> <td>225 mg</td> </tr> <tr> <td>≥30</td> <td>1 tab</td> <td>1 tab</td> <td>300 mg</td> </tr> </tbody> </table>		Peso (kg)	A.M.	P.M.	Dosis Total	14-21	½ tab	½ tab	150 mg	>21-<30	½ tab	1 tab	225 mg	≥30	1 tab	1 tab	300 mg		
Peso (kg)	A.M.	P.M.	Dosis Total																		
14-21	½ tab	½ tab	150 mg																		
>21-<30	½ tab	1 tab	225 mg																		
≥30	1 tab	1 tab	300 mg																		
Inhibidor Nucleósido de la transcriptasa reversa.	ABACAVIR (ABC)	<b>Neonatos/Infantes:</b> No aprobado en < 3 meses	Tabletas: 300 mg																		
		<b>Dosis Pediátrica:</b> 8 mg/ kg cada 12 hrs Máximo 300 mg por dosis																			
		Mayores de 14 kg:																			
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Peso (kg):</th> <th>A.M.</th> <th>P.M.</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>14-21</td> <td>½ tab</td> <td>½ tab</td> <td>300mg</td> </tr> <tr> <td>&gt;21-&lt;30</td> <td>½ tab</td> <td>1 tab</td> <td>450 mg</td> </tr> <tr> <td>≥30</td> <td>1 tab</td> <td>1 tab</td> <td>600 mg</td> </tr> </tbody> </table>		Peso (kg):	A.M.	P.M.	Total	14-21	½ tab	½ tab	300mg	>21-<30	½ tab	1 tab	450 mg	≥30	1 tab	1 tab	600 mg		
Peso (kg):	A.M.	P.M.	Total																		
14-21	½ tab	½ tab	300mg																		
>21-<30	½ tab	1 tab	450 mg																		
≥30	1 tab	1 tab	600 mg																		



**NTS N° 102-MINSA/DGSP-V.01**  
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

Inhibidor Nucleósido de la transcriptasa reversa	DIDANOSINA (DDI)	<b>Dosis neonatal (2 semanas a 8 meses)</b> 100 mg / m <sup>2</sup> c/12 horas <b>Dosis Pediátrica:</b> 240 mg/ m <sup>2</sup> c/24 horas Máximo 400 mg por dosis	<b>Líquido oral:</b> 10 mg/ml <b>Tabletas:</b> 100 mg y 400 mg											
Inhibidor Nucleósido de la transcriptasa reversa	ESTAVUDINA (d4T)	<b>Dosis Pediátrica:</b> 1 mg/Kg por dosis cada 12 horas. Máximo 30 mg por dosis	<b>Líquido oral:</b> 5mg/5 ml <b>Tabletas:</b> 30 mg											
Inhibidor Nucleósido de la transcriptasa reversa	TENOFOVIR (TDF)	<b>Neonatos/Infantes:</b> No aprobado para su uso en población < 12 años <b>Mayores de 12 años y &gt; 30 kg de peso</b> 300 mg cada 12 horas	<b>Tabletas:</b> 300 mg											
Inhibidor No Nucleósido de la transcriptasa reversa.	NEVIRAPINA (NVP)	<b>Neonatos/Infantes:</b> Dosis de tratamiento no definido para < o = 14 días <b>Dosis Pediátrica (≥ 15 días de vida):</b> 150 mg/m <sup>2</sup> / dosis c/ 12 horas Máximo 200 mg por dosis. Las dos primeras semanas se da la dosis una vez al día. Si no hay complicaciones dermatológicas u otras se incrementa a las dosis indicadas 2 veces al día..	<b>Líquido oral:</b> 50 mg/5-ml <b>Tabletas:</b> 200 mg											
Inhibidor No Nucleósido de transcriptasa reversa	EFAVIRENZ (EFV)	<b>Neonatos/Infantes:</b> No aprobado para uso en neonatos ni infantes <b>Dosis Pediátrica (&gt; 3 años o &gt; 10 KG):</b>	<b>Tabletas:</b> 200mg, 600 mg											
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Peso (kg)</th> <th>Dosis (mg/día una vez al día)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10 a &lt;15</td> <td>200</td> </tr> <tr> <td>15 a &lt;20</td> <td>250</td> </tr> <tr> <td>20 a &lt;25</td> <td>300</td> </tr> <tr> <td>25 a &lt;32.5</td> <td>350</td> </tr> <tr> <td>32.5 a &lt;40</td> <td>400</td> </tr> <tr> <td>≥40</td> <td>600</td> </tr> </tbody> </table>		Peso (kg)	Dosis (mg/día una vez al día)	10 a <15	200	15 a <20	250	20 a <25	300	25 a <32.5	350	32.5 a <40
Peso (kg)	Dosis (mg/día una vez al día)													
10 a <15	200													
15 a <20	250													
20 a <25	300													
25 a <32.5	350													
32.5 a <40	400													
≥40	600													
Inhibidor de Proteasa	NELFINAVIR (NFV)	<b>Neonatos/Infantes:</b> No recomendado en niños < 2 años <b>Dosis Pediátrica (2 a 13 años de edad)</b> 45 a 55 mg/kg 2 veces al día Máximo: 1,250mg por dosis	<b>Polvo oral:</b> 50mg/gr. <b>Tabletas:</b> 250 mg											
Inhibidor de Proteasa	LOPINAVIR/ritonavir (LPV/rtv)	<b>Neonatos:</b> No recomendado en neonatos de menos de 42 semanas post gestacional y/o 14 días de vida <b>Infantes: (14 días a 12 meses)</b> LPV/rtv 300 mg/75 mg / m <sup>2</sup> 2 veces al día <b>Dosis Pediátrica (&gt;12 meses a 18 años)</b> 300mg/75 mg LPV/r / m <sup>2</sup> 2 veces al día 230 mg/57.5 mg LPV/r / m <sup>2</sup> 2 veces al día en pacientes que no han recibido tratamiento anti retroviral > 1 año. Máximo 400 mg LPV x dosis.	<b>Líquido oral:</b> 80 mg/20 mg LPV/r por ml <b>Tabletas recubiertas:</b> 200 mg/50 mg LPV/r											
Inhibidor de Proteasa	ATAZANAVIR (ATV)	<b>Neonatos/Infantes:</b> No aprobado para uso en neonatos ni infantes. <b>Dosis Pediátrica (≥ 6 años a &lt; 18 años):</b>	<b>Tabletas:</b> 300 mg											
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Peso (Kg)</th> <th>Dosis una vez al día</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15 a &lt;20</td> <td>ATV 150 mg + RTV 100 mg con alimentos</td> </tr> <tr> <td>20 a &lt;32</td> <td>ATV 200 mg + RTV 100 mg con alimentos</td> </tr> <tr> <td>32 a &lt;40</td> <td>ATV 250 mg + RTV 100 mg con alimentos</td> </tr> <tr> <td>≥40</td> <td>ATV 300 mg + RTV 100 mg con alimentos</td> </tr> </tbody> </table>		Peso (Kg)	Dosis una vez al día	15 a <20	ATV 150 mg + RTV 100 mg con alimentos	20 a <32	ATV 200 mg + RTV 100 mg con alimentos	32 a <40	ATV 250 mg + RTV 100 mg con alimentos	≥40	ATV 300 mg + RTV 100 mg con alimentos	
Peso (Kg)	Dosis una vez al día													
15 a <20	ATV 150 mg + RTV 100 mg con alimentos													
20 a <32	ATV 200 mg + RTV 100 mg con alimentos													
32 a <40	ATV 250 mg + RTV 100 mg con alimentos													
≥40	ATV 300 mg + RTV 100 mg con alimentos													



NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

Inhibidor de Proteasa	DARUNAVIR (DRV/rtv)	<b>Neonatos/Infantes:</b> No aprobado para uso en neonatos, infantes, ni < 3años <b>Dosis Pediátrica</b> 3 a 18 años y peso ≥ 10 kg:	Tabletas: 300 mg															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Peso (kg)</th> <th>Dosis (ambos dos veces al día)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10 a &lt;11</td> <td>DRV 200 mg (2ml) + RTV 32 mg (0.4ml)</td> </tr> <tr> <td>11 a &lt;12</td> <td>DRV 220 mg (2.2ml)+ RTV 32 mg (0.4ml)</td> </tr> <tr> <td>12 a &lt;13</td> <td>DRV 240 mg (2.4ml)+ RTV 40 mg (0.5ml)</td> </tr> <tr> <td>13 a &lt;14</td> <td>DRV 260 mg (2.6ml)+ RTV 40 mg (0.5ml)</td> </tr> <tr> <td>14 a &lt;15</td> <td>DRV 280 mg (2.8ml)+ RTV 48 mg (0.6ml)</td> </tr> <tr> <td>15 a &lt;30</td> <td>DRV 375 mg(3.75 ml)+RTV 50 mg (0.6ml)</td> </tr> <tr> <td>30 a &lt;40</td> <td>DRV 450 mg+ RTV 60 mg (0.8ml)</td> </tr> <tr> <td>≥40</td> <td>DRV 600 mg+ RTV 100 mg</td> </tr> </tbody> </table>		Peso (kg)	Dosis (ambos dos veces al día)	10 a <11	DRV 200 mg (2ml) + RTV 32 mg (0.4ml)	11 a <12	DRV 220 mg (2.2ml)+ RTV 32 mg (0.4ml)	12 a <13	DRV 240 mg (2.4ml)+ RTV 40 mg (0.5ml)	13 a <14	DRV 260 mg (2.6ml)+ RTV 40 mg (0.5ml)	14 a <15	DRV 280 mg (2.8ml)+ RTV 48 mg (0.6ml)	15 a <30	DRV 375 mg(3.75 ml)+RTV 50 mg (0.6ml)	30 a <40
Peso (kg)	Dosis (ambos dos veces al día)																	
10 a <11	DRV 200 mg (2ml) + RTV 32 mg (0.4ml)																	
11 a <12	DRV 220 mg (2.2ml)+ RTV 32 mg (0.4ml)																	
12 a <13	DRV 240 mg (2.4ml)+ RTV 40 mg (0.5ml)																	
13 a <14	DRV 260 mg (2.6ml)+ RTV 40 mg (0.5ml)																	
14 a <15	DRV 280 mg (2.8ml)+ RTV 48 mg (0.6ml)																	
15 a <30	DRV 375 mg(3.75 ml)+RTV 50 mg (0.6ml)																	
30 a <40	DRV 450 mg+ RTV 60 mg (0.8ml)																	
≥40	DRV 600 mg+ RTV 100 mg																	
Inhibidor de Integrasa	RALTEGRAVIR (RAL)	<b>&gt;16 años:</b> 400 mg cada 12 hrs	Tabletas con película recubierta: 400 mg															



**IX. BIBLIOGRAFÍA.**

- 1) American Academy of Pediatrics (AAP) and Canadian Pediatric Society. Evaluation and treatment of the human immunodeficiency-virus-1 exposed infant. *Pediatrics* 2004. 114: 497-505.
- 2) Babameto G. & Hotler DP. Malnutrition in HIV Infection. *Gastroenterological Clinics of North America* 1997; 26(2).
- 3) Bartlett J, Clifford L et al. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Department of Health and Human Services. October 14, 2011. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents Developed by the HHS Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Disponible en <http://www.aidsinfo.nih.gov/contentfiles/tvguidelines/adultandadolescentgl.pdf>
- 4) Boyd MA, Hill MA. Clinical Management of Treatment- Experienced, HIV/AIDS Patients in the Combination Antiretroviral Therapy Era. *Pharmacoeconomics*. 2010;28 Suppl 1:17-34.
- 5) Caballero P et al. Características de los pacientes con VIH/SIDA evaluados por resistencia secundaria a drogas antirretrovirales en el programa TARGA MINSA. *Revista de la Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales* 2009; 7, N°1. Abst N° 82
- 6) Centers for Disease Control and Prevention, American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. Treatment of Tuberculosis. Recommendations and reports. Jun 20, 2003. Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5211a1.htm>
- 7) Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America CDC. Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. April 10, 2009 / 58 (RR04);1-198. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5804a1.htm>
- 8) Centers for Disease Control and Prevention. Antiretroviral post exposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. Recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR. Recommendations and Report*. January 2005. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5402a1.htm>
- 9) 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. *MMWR Recommendations and Reports*. 2005;54. Available: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5409a1.htm>
- 10) Croxtall JD, Kearn SJ. Raltegravir: A Review of its Use in the Management of HIV Infection in Treatment-Experienced Patients. *Drugs* 2009; 69 (8): 1059-1075.
- 11) Croxtall JD, Scott LJ. Raltegravir: In Treatment-Naive Patients with HIV-1 Infection. *Drugs* 2010; 70 (5): 631-642.
- 12) Dedicoat M, Livesley N. Tratamiento de la encefalitis toxoplásmica en individuos con infección por VIH (especialmente en ámbitos de bajos recursos) (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 13) Desai N, Mathur M, Weedon J. Lactate levels in children with HIV/AIDS on highly active antiretroviral therapy. *AIDS*, 2003. 17(10):1565-8
- 14) Dolin R, Masur H, Saag MS. *AIDS Therapy*. Second edition 2003 Churchill – Livingstone.
- 15) European AIDS Clinical Society (EACS) Clinical management and treatment of HIV infected adults in Europe Version 5. 2009
- 16) Fullerton DS, Watson MJ, Anderson D, Witek J, Martin SC, Mrus JM. Pharmacoeconomics of etravirine. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2010.



**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

- 17) Fullerton DS, Smets E, De La Rosa G, Mrus JM. Pharmacoeconomics of darunavir. Expert Rev. Pharmacoecon Outcomes Res. 2011 Feb; 11(1):27-39.
- 18) Gilks, Crowley, Ekpini, Gove, Perriens, Souteyrand, Sutherland, Vitoria, Guerna, De Cock The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings www.thelancet.com Vol 368, August 05, 2006
- 19) González Angel, Tobón Ángela María, Infecciones micóticas oportunistas en pacientes con VIH/SIDA. Infectio 2006; 10(4): 279-288.
- 20) Green H, Paul M, Vidal L, Leibovici L. Profilaxis para la neumonía por Pneumocystis carinii (NPC) en pacientes inmunocomprometidos sin infección por VIH. Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://summaries.cochrane.org/es/CD005590/profilaxis-para-la-neumonia-por-pneumocystis-carinii-npc-en-pacientes-inmunocomprometidos-sin-infeccion-por-vih>.
- 21) Gutiérrez R, Gotuzzo E. Co- infección VIH y Tuberculosis. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/tropicales/telemedicinatarga/REVISION%20DE%20TEMAS/VIH-TB%20modificado.pdf>
- 22) Havens P, Van Dyke R et al. Panel on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV-Infected Children. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection. Nov. 2012. Disponible en: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/pediatricguidelines.pdf> Última visita diciembre 2012.
- 23) 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
- 24) Lallemand M, Chang S, Cohen R, Pecoul B. Pediatric HIV--a neglected disease? Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21848457> 2011 Aug 18;365(7):581-3.
- 25) Lesho EP et al. Managing issues related to antiretroviral therapy. Am Fam Physician 2003; 68: 675-86.
- 26) Lin D, Li WK, Rieder MJ. Cotrimoxazol para la profilaxis o el tratamiento de las infecciones oportunistas por VIH/SIDA en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad al cotrimoxazol (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 27) Mauskopf J, Annemans L, Hill AM, Smets E. A review of economic evaluations of darunavir boosted by low-dose ritonavir in treatment-experienced persons living with HIV infection. Pharmacoeconomics. 2010;28 Suppl 1:1-16.
- 28) Ministerio de Salud de Brasil. Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV: 2008. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. 7ª Edición – Brasília.
- 29) Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida. VIH/SIDA. Primera Edición. Santiago. 2005.
- 30) Ministerio de Salud de Chile. Manual de Organizaciones y Normas Técnicas 2005. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.
- 31) Ministerio de Salud de El Salvador. Norma Nacional de Prevención y Control de la TB. San Salvador, C.A. Febrero 2007.
- 32) Ministerio de Salud de Panamá Guía para la atención Nutricional de las personas con VIH / MINSA, OPS/OMS, INCAP, CSS, 2007.
- 33) Ministerio de Salud de Venezuela. Guía de tratamiento antirretroviral de las personas que viven con el VIH/SIDA en Venezuela. 2008-2009. Tercera Edición.



## NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

- 34) Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Epidemiología. Manual de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias. RENACE V.1. Lima – Perú, 2000.
- 35) Ministerio de Salud del Perú. Control de Infecciones de Tuberculosis en establecimientos de salud. 2005. Disponible en <http://spe.epiredperu.net/docs/MODULO-CDC.pdf>
- 36) Ministerio de Salud del Perú. Guía nacional de atención integral de la persona viviendo con el VIH/SIDA (PVVIH/S) Segunda Edición Abril 2006.
- 37) Ministerio de Salud del Perú. Manual de Aislamiento Hospitalario. Ministerio de Salud. Lima – Perú. 2003
- 38) Ministerio de Salud del Perú. Manual de manejo de antirretrovirales y reacciones adversas para el médico de atención integral de las personas viviendo con el VIH/SIDA. Abril 2006.
- 39) Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis. 2006.
- 40) Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica para la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad – TARGA- en adultos infectados por el Virus de la inmunodeficiencia humana. 2004
- 41) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. Recomendaciones del Grupo de Estudio del Sida GESIDA. Plan Nacional sobre el Sida Prevención de las infecciones oportunistas en pacientes adultos y adolescentes infectados por el VIH en el año 2008 Enferm Infecc Microbiol Clin 2008;26(7):437-64.
- 42) Moeremans K, Hemmett L, Hjelmgren J, Allegri G, Smets E. Cost effectiveness of darunavir/ritonavir 600/100 mg bid in treatment-experienced, lopinavir-naive, protease inhibitor-resistant, HIV-infected adults in Belgium, Italy, Sweden and the UK. Pharmacoeconomics. 2010;28 Suppl 1:147-67.
- 43) Mofenson Lynne, Oleske James, Serchock Leslie. Treating opportunistic infections among HIV-Exposed infected children. Recommendations from CDC. Pag 27-30 y 44-47.
- 44) Nerad JL. Nutritional Aspects of HIV Infection. Infectious Diseases Clinics of North America 1994; 8(2).
- 45) Organización Mundial de la Salud. Guías técnicas para la vigilancia del VIH entre los pacientes con tuberculosis. Segunda edición. Ginebra 2004.
- 46) Organización Mundial de la Salud. TB/HIV. A Clinical Manual. Second edition. Stop TB Department. Department of HIV/AIDS. 2004
- 47) Organización Mundial de la Salud. TB/HIV. Research Priorities in Resource-Limited Settings. Report of an Expert Consultation. 14 - 15 February 2005. Geneva, Switzerland.
- 48) Organización Mundial de la Salud. Treatment of tuberculosis, Guidelines – 4th edition. 2009
- 49) Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Guía sobre atención integral de personas que viven con la Coinfección de TB/VIH en América Latina y El Caribe. 2010.
- 50) 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. 2009
- 51) Organización Panamericana de la Salud. Informe IV Reunión Regional de Actividades de Colaboración TB/VIH. Lima – Perú, 6-7 diciembre de 2007.
- 52) Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis: detección de casos, tratamiento y vigilancia: preguntas y respuestas. Kurt Toman. Segunda edición. Washington, D.C. 2006.



NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

- 53) Palacios Muñoz, De la Fuente Aguado, Murillas Angoitic, Nogueira Coitod, Santos González, Sífilis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2006;24(Supl. 2):34-9.
- 54) Pérez-Blázquez, Redondo, Gracia Sida y oftalmología: una visión actual *An. Sist. Sanit. Navar.* 2008; 31 (Supl. 3): 69-81.
- 55) Ramkumar K, Neamati N. Raltegravir: The evidence of its therapeutic value in HIV-1 infection. *Core Evid.* 2010 J
- 56) Ramos, JT, et al. Recomendaciones CEVIHP/SEIP/AER7PNS respecto al tratamiento antirretroviral en NNAVVS. *Enferm. Infecc. Microbiol Clin* 2005;23(5):279-312
- 57) Schaaf, S et al. Effect of isoniazid prophylaxis on mortality and incidence of tuberculosis in children with HIV: randomised controlled trial. *BMJ* 2007
- 58) Secretaria de Salud de México. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. Cuarta Edición. México 2009
- 59) Stellbrink HJ. Etravirine (TMC-125): The evidence for its place in the treatment of HIV-1 infection. *Core Evid.* 2010 Jun 15; 4:149-58.
- 60) Swaminathan Soumya, Padmapriyadarsini C, and Narendran G. HIV-Associated Tuberculosis: Clinical Update *Clinical Infectious Diseases* 2010; 50(10):1377–1386
- 61) Thompson MA, Aberg JA, Cahn P, et al. Antiretroviral treatment of Adult HIV infection 2012 Recommendations of the International Antiviral Society - USA Panel. *JAMA*, July 25, 2012—Vol 308, No. 4
- 62) Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. International Standards Tuberculosis Care, 2006.
- 63) Von Roenn JH. Management of HIV Related Body Weight Loss. *Drugs* 1994; 47(5): 774-783.
- 64) World Health Organization. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents Recommendations for a public health approach. September 2010 Update.
- 65) World Health Organization. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant. Update 2011. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501583\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501583_eng.pdf)
- 66) World Health Organization. Guidelines on cotrimoxazole prophylaxis for HIV – related infections among children, adolescents and adults. 2006.
- 67) 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.

