



Resolución Ministerial

Lima, 23 de Octubre del 2020

Visto, el Expediente N° 20-022355-006, que contiene los Informes N° 030-2020-DPVIH/DGIESP/MINSA y N° 090-2020-DPVIH/DGIESP/MINSA de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

CONSIDERANDO:

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

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

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

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

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



implementación de políticas, normas, lineamientos y otros documentos normativos materia de intervenciones estratégicas en salud pública;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 567-2013/MINSA, se aprueba 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, de acuerdo a lo señalado en el documento del visto, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, en el marco de sus competencias, propone la aprobación de la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Niñas, Niños y Adolescentes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), cuya finalidad es contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad en las niñas, niños y adolescentes menores de 18 años que viven con el VIH y mejorar su calidad de vida; siendo necesario derogar la resolución mencionada en el considerando precedente;

Que, mediante el Informe N° 1110-2020-OGAJ/MINSA la Oficina General de Asesoría Jurídica ha emitido opinión legal;

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

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

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

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la NTS N° 167 -MINSA/2020/DGIESP "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Niñas, Niños y Adolescentes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)", que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Derogar la Resolución Ministerial N° 567-2013/MINSA, que aprueba 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)".

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

Regístrese, comuníquese y publíquese.

PILAR ELENA MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud



NTS N° 467 -Minsa/2020/DGIESP

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

I. FINALIDAD

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

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer los procesos técnico asistenciales para la atención integral de niñas, niños y adolescentes viviendo con VIH (NAVV) en los establecimientos de salud en el Perú.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

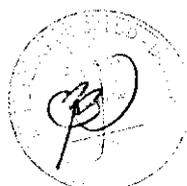
- Establecer los procesos de tamizaje, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, monitoreo y seguimiento en los NAVV en los servicios de salud.
- Establecer las pautas para la referencia y contrarreferencia de los NAVV, así como el seguimiento y acompañamiento de los mismos.
- Fortalecer el suministro oportuno hacia los establecimientos de salud de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, insumos y reactivos de laboratorio, así como los flujos de las muestras biológicas para el diagnóstico y monitoreo de los NAVV, asegurando sus resultados oportunos para el manejo integral de los NAVV.
- Fortalecer el sistema de registro e información, evaluación y seguimiento de las actividades que se realizan para brindar la atención integral a los NAVV en los establecimientos de salud.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas a cargo del Ministerio de Salud, Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), Gerencias Regionales de Salud (GERESA), Seguro Social de Salud (EsSalud), Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, Instituto Nacional Penitenciario (INPE); así como en las IPRESS privadas o mixtas en todo el país.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26626, Ley que encarga al Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha Contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual, y su modificatoria.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, y sus modificatorias.
- Ley N° 28243, Ley que amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual.



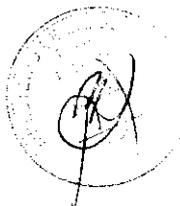
NTS N° 167 -MINS/2020/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N° 29459, Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, y su modificatoria.
- Ley N° 29733, Ley de protección de datos personales, y su modificatoria.
- Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, y su modificatoria.
- Ley N° 30466, Ley que establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del niño.
- Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).
- Decreto de Urgencia N° 007-2019, que declara a los medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos como parte esencial del derecho a la salud y dispone medidas para garantizar su disponibilidad.
- Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Decreto Legislativo N° 1297, Decreto Legislativo para la protección de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 004-97-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 26626, referido al logro de objetivos del Plan Nacional CONTRASIDA.
- Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su modificatoria.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y modificatoria.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, y su modificatoria.
- Decreto Supremo N° 035-2015-SA, que aprueba el Plan Estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual - ITS y el VIH (PEM ITS-VIH) 2015-2019.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 001-2018-MIMP, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1297, Decreto Legislativo para la Protección de las niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos.
- Decreto Supremo N° 026-2019-SA, que aprueba el Reglamento del Decreto de Urgencia N° 007-2019, que declara a los medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos como parte esencial del derecho a la salud y dispone medidas para garantizar su disponibilidad.
- Decreto Supremo N° 002-2020-SA, que reglamenta la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N° 1346 que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del Seguro Integral de Salud (SIS).
- Decreto Supremo N° 019-2020-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud – RIS.
- Resolución Ministerial N° 164-2009/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 020-MINSA/DGSP-V01 "Directiva Sanitaria para la Implementación del tamizaje de prueba rápida para VIH en mujeres en edad fértil en los Servicios de Planificación Familiar".



NTS N° 167 -Minsa/2020/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

- Resolución Ministerial N° 242-2009/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 022-MINSA/DGPS-V01 "Directiva Sanitaria para la Distribución del Condón Masculino a usuarios/as en Servicios de Salud".
- Resolución Ministerial N° 263-2009/MINSA, que aprueba la NTS N° 077- Minsa/DGSP-V. 01 "Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú", y su modificatoria.
- Resolución Ministerial N° 264-2009/MINSA, que aprueba el "Documento Técnico: Consejería en ITS/VIH y SIDA".
- Resolución Ministerial N° 081-2012-MIMP, que aprueba el "Manual de Acreditación y Supervisión de Programas para Niñas, Niños y Adolescentes sin Cuidados Parentales en el Perú".
- Resolución Ministerial N° 503-2012/MINSA, que aprueba la NTS N° 095-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica de Salud: "Criterios y Estándares de Evaluación de Servicios Diferenciados de Atención Integral de Salud para Adolescentes".
- Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01, que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, y su modificatoria.
- Resolución Ministerial N° 715-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 104-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas afectadas por Tuberculosis", y su modificatoria.
- Resolución Ministerial N° 117-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 115-MINSA/DGE-V.01, "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú".
- Resolución Ministerial N° 539-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 123-MINSA/DIGEMID-V.01 Norma Técnica de Salud que regula las actividades de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 985-2016/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B, en el Perú 2017 - 2021".
- Resolución Ministerial N° 1012-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 129-MINSA/2016/DGIESP Norma Técnica de Salud para la Prevención y el Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en Pueblos Indígenas Amazónicos, con pertinencia intercultural, y su modificatoria.
- Resolución Ministerial N° 437-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú".
- Resolución Ministerial N° 597-2017/MINSA, que conforma el Comité de Expertos de la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
- Resolución Ministerial N° 215-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 097-MINSA/DGSP-V.03 "Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)".
- Resolución Ministerial N° 719-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 141-MINSA/2018/DGIESP: "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación", y su modificatoria.



NTS N° 167 -MINS/2020/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

- Resolución Ministerial N° 895-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 143-MINSA/2018/DGIESP: "Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control de la Coinfección Tuberculosis y Virus de la Inmunodeficiencia Humana en el Perú".
- Resolución Ministerial N° 1330-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 146-MINSA/2018/DGIESP: "Norma Técnica de Salud para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hepatitis Viral B en el Perú".
- Resolución Ministerial N° 227-2019/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 083-MINSA/2019/DGIESP: "Directiva Sanitaria para el Uso del Kit para la Atención de Casos de Violencia Sexual".
- Resolución Ministerial N° 1001-2019/MINSA, que aprueba la NTS N° 157-MINSA/2019/DGIESP Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de Adolescentes.
- Resolución Ministerial N° 1138-2019/MINSA, que aprueba la NTS N° 159-MINSA/2019/DGIESP: Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B.
- Resolución Ministerial N° 030-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)".
- Resolución Ministerial N° 352-2020-MINSA, que conforma el Comité de Expertos de Atención Integral del Niño y Adolescente con VIH-SIDA.
- Resolución Directoral N° 144-2016-DIGEMID-DG-MINSA, que aprueba el Formato de Notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos u otros productos farmacéuticos por los profesionales de la salud.

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

Abandono al Tratamiento: Condición en la que el paciente no concurre a recibir tratamiento por más de treinta (30) días consecutivos; tiempo que también se considera cuando el paciente es referido a otro establecimiento de salud y no se confirma su recepción.

Adherencia al Tratamiento: Comportamiento de una persona con VIH que se ajusta a la toma adecuada de los medicamentos antirretrovirales, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios de estilos de vida, en concordancia con las recomendaciones del personal de la salud.

Adolescente con infección por VIH: Adolescente con dos pruebas rápidas para VIH reactivas (una de tercera y otra de cuarta generación) o dos pruebas de tercera generación reactivas (de diferentes laboratorios) o una prueba rápida de VIH y un ELISA de VIH reactivos o cualquiera de las pruebas de tamizaje (Prueba rápida o ELISA) reactivas y una prueba confirmatoria (IFI o carga viral) positiva.

Adolescentes de las poblaciones en riesgo: Se refiere a aquella parte de la población adolescente que tiene más probabilidad de estar expuesta a las infecciones de transmisión sexual (ITS) / VIH o de transmitirlos, incluye a personas que viven con VIH (PVV), los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), usuarios de drogas endovenosas, trabajadores y trabajadoras sexuales (TS) y personas transgénero¹.

Agente de soporte personal (ASP): Es un miembro del entorno personal del paciente (puede ser un familiar o amigo cercano, voluntario y/o cuidador) que se moviliza para



¹ Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Documento de Referencia. ONUSIDA 2015.

NTS N° 167 -MINS/2020/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

brindar al paciente acompañamiento, soporte emocional, supervisión y apoyo para la adherencia al tratamiento, educación sanitaria, entre otras actividades.

Atención integral de salud: Es el conjunto de intervenciones sanitarias en los ámbitos personal, familiar y comunitario, enfocadas en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, teniendo en cuenta los aspectos físico, mental y social; provistas de manera conjunta y continua por las IPRESS en términos de calidad, equidad y oportunidad, de acuerdo a su nivel resolutivo y la capacidad de oferta de los servicios de salud que brindan.

Carga viral (CV): Recuento del número de copias replicadas del VIH circulando en plasma sanguíneo. Se mide por copias por mililitro de plasma (copias/ml).

Comité de Expertos de atención integral del niño y adolescente con VIH-SIDA: Comité conformado en el ámbito de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), encargado de dar asesoría técnica en el manejo clínico de las niñas, niños y adolescentes con infección por VIH/SIDA, siendo los responsables de recomendar el uso de antirretrovirales para los esquemas según pruebas de genotipificación y casos especiales.

Consejería en ITS/VIH/SIDA: Proceso de diálogo e interacción, dinámico y confidencial, entre el consejero y el consultante. Es un tipo especial de acercamiento humano, caracterizado por la empatía y confianza mutua orientada a ofrecer soporte emocional, información y educación sobre el cuidado de la salud en temas de ITS/VIH/SIDA.

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.

Cuidador/a: Es el adulto que ejerce las funciones básicas de cuidados de la niña, niño y adolescente en la vida cotidiana, asumiendo la responsabilidad en la atención, el apoyo y los cuidados diarios. Puede ser alguno de los abuelos/as o hermanos mayores, o primas/os u otras personas cercanas de la comunidad.

Curso de Vida: Comprende la sucesión de eventos que ocurren a lo largo de la existencia de las personas y la población, los cuales interactúan para influir en su salud desde la preconcepción hasta la muerte.

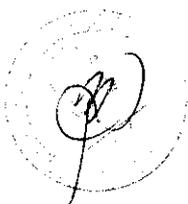
Dispensación: Acto profesional del químico farmacéutico de proporcionar uno o más productos farmacéuticos a un paciente o usuario, en atención a la presentación de una receta elaborada por un profesional autorizado. En este acto se debe informar y orientar al paciente sobre el uso adecuado del producto farmacéutico, reacciones adversas, interacciones medicamentosas y las condiciones de conservación del producto o dispositivo.

Dosis Fija Combinada (DFC): Combinación de dos o más medicamentos en una sola presentación comercial, sea en tabletas o cápsulas.

Educador de Pares (EP): Personas de la población en riesgo (Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), trans femeninas, trabajadores o trabajadoras sexuales (TS), personas que viven con VIH (PVV), personas privadas de la libertad (PPL)), seleccionados y capacitados para brindar apoyo emocional, educación en salud y acompañamiento a sus pares, en los establecimientos de salud y a nivel comunitario, para la prevención y atención integral de personas con ITS/VIH/SIDA.

Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) para VIH: Es una prueba de tamizaje de laboratorio que identifica la presencia de anticuerpos (ELISA de tercera generación) o antígenos y anticuerpos del VIH (ELISA de cuarta generación).

Equipo multidisciplinario: Equipo de salud debidamente capacitado para la atención del NAVV compuesto por: Médico Infectólogo o Médico Pediatra o Médico General



NTS N° 167 -MINS/2020/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Capacitado, Enfermera, Obstetra, Químico Farmacéutico, Trabajadora Social, Psicólogo, Nutricionista, Odontólogo, entre otros.

Esquema de primera línea: Tratamiento antirretroviral indicado a todo paciente sin experiencia previa de tratamiento.

Esquema de segunda línea: Tratamiento antirretroviral destinado a pacientes que fracasaron al esquema de primera línea. Debe ser elaborado en base a resultados de genotipificación.

Establecimiento de salud que brinda Tratamiento Antirretroviral: Establecimientos de salud que cumplen criterios de evaluación para ingresar y/o brindar atención integral a personas viviendo con VIH.

Falla virológica: Se denomina así a la incapacidad de lograr o mantener la supresión de la replicación viral ante una indicación terapéutica. Se considerará falla virológica cuando no se logra suprimir los niveles plasmáticos de CV a menos de 1,000 copias/mL a los 6 meses de iniciado el TAR (resistencia transmitida), o los niveles plasmáticos de CV que han estado previamente indetectables, presenten valores mayores de 1,000 copias/mL en dos mediciones efectuadas con un intervalo de cuatro semanas (resistencia adquirida).

Farmacovigilancia: Es la actividad relacionada con la detección, evaluación, comprensión y prevención de efectos adversos de los medicamentos o de cualquier otro posible problema relacionado con ellos.

Farmacovigilancia intensiva: Conjunto de procedimientos de detección, notificación y evaluación de las reacciones adversas para la determinación de su incidencia, gravedad y relación de causalidad que se produzcan en pacientes que reciben TAR.

Incidente adverso a dispositivo médico: Cualquier evento no deseado que causa un daño al paciente, usuario, operario u otros, o que supone un riesgo de daño, que puede o no estar asociado causalmente con uno o más dispositivos médicos. Está relacionado con la identidad, calidad, durabilidad y seguridad de los mismos. Incluye errores, eventos adversos prevenibles y riesgos.

Niña o niño con infección por VIH: Niña o niño menor de 18 meses de edad con dos pruebas de Reacción de Cadena Polimerasa (PCR ADN VIH-1) positiva en dos determinaciones separadas. Para niñas o niños mayores de 18 meses de edad, la confirmación se realiza con las pruebas de RNA-VIH, Inmunofluorescencia indirecta o Inmunoblot.

Niñas, niños o adolescentes sin cuidados parentales: Son aquellos, niñas, niños o adolescentes que no viven con sus padres, por cualquier motivo y cualquier circunstancia².

Paciente antes tratado: Paciente con VIH con antecedente de haber sido tratado con medicamentos antirretrovirales o con un esquema de tratamiento antirretroviral.

Paciente nuevo para inicio de TAR: Paciente con VIH que no ha recibido anteriormente antirretrovirales o un esquema de tratamiento antirretroviral

Paciente derivado: Es todo paciente referido a otro establecimiento de salud para la continuación del TAR.

Profilaxis post-exposición al VIH: Administración de antirretrovirales para disminuir el riesgo de transmisión del VIH luego de un accidente laboral o exposición por violencia sexual.

Prueba de tamizaje para VIH: Son aquellas pruebas que permiten detectar anticuerpos contra el VIH (Pruebas de tercera generación) o la presencia de anticuerpos y antígenos contra el VIH (Pruebas de Cuarta Generación). Son ejemplo



² Plan Nacional de acción por la infancia y la adolescencia. 2012 – 2021. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

NTS N° 167 -Minsa/2020/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

de pruebas de tamizaje: las pruebas rápidas del VIH, el ensayo por inmuno absorción ligado a enzimas (ELISA) para VIH y quimioluminiscencia para VIH.

Prueba rápida (PR) para VIH: Es una prueba de tamizaje (Prueba inmunocromatográfica) para la detección rápida de anticuerpos contra el VIH (Pruebas de tercera generación), en muestras de sangre capilar o venosa, suero o plasma. También existen pruebas rápidas que detectan la presencia de antígenos y anticuerpos contra el VIH (Pruebas de Cuarta Generación).

Pruebas confirmatorias de VIH: Son las pruebas realizadas en sangre o plasma, que identifican la presencia de anticuerpos específicos contra el VIH o la detección directa del virus o alguno de sus componentes. Para efectos de la presente norma, se considerarán pruebas confirmatorias, la Inmunofluorescencia indirecta (IFI), Inmunoblot, las pruebas de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR ADN VIH-1) cualitativo y la carga viral para VIH.

Prueba de genotipificación del VIH-1: Es la prueba que identifica mutaciones del VIH-1, asociadas a resistencia a drogas antirretrovirales mediante secuenciamiento genético.

PCR-ARN-VIH-1 (Carga Viral de VIH): Reacción en Cadena de la Polimerasa para la detección y cuantificación de ARN viral de VIH. Se reporta en copias/mililitro. Prueba cuantitativa.

Reacción adversa a medicamentos (RAM): Cualquier reacción nociva no intencionada que aparece tras el uso de un medicamento o producto farmacéutico en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas.

Reacción adversa leve: Reacción que se presenta con signos y síntomas fácilmente tolerados. No necesitan tratamiento, ni prolongan la hospitalización y pueden o no requerir de la suspensión del producto farmacéutico. Se considera una reacción no seria.

Reacción adversa moderada: Reacción que interfiere con las actividades sin amenazar directamente la vida del paciente. Requiere de tratamiento farmacológico y puede o no requerir la suspensión del producto farmacéutico causante de la reacción adversa. Se considera una reacción no seria.

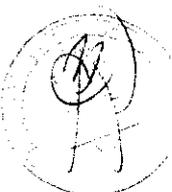
Reacción adversa grave: Cualquier ocurrencia médica que se presente con la administración de cualquier dosis de un producto farmacéutico, que ocasione uno o más de los siguientes supuestos: pone en peligro la vida o causa la muerte del paciente; hace necesario hospitalizar o prolongar la estancia hospitalaria; es causa de invalidez o de incapacidad permanente o significativa; es causa de alteraciones o malformaciones en el recién nacido; contribuye directa o indirectamente a la muerte del paciente.

Recuento de linfocitos T CD4: Medición de linfocitos T que tienen el marcador de superficie CD4 presentes en sangre total y que constituye la principal célula blanco del VIH. Se mide en número de células por microlitro (células/ μ L).

Recuento de linfocitos T CD4 en porcentaje: Total de linfocitos CD4 entre el Total de linfocitos (calculado del hemograma de la misma muestra o en forma automatizada) expresado en porcentaje, de utilidad en menores de 6 años para evaluar estado inmunológico.

Referencia: 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.

Retención al TAR: Es el indicador que permite identificar cuántas personas con VIH inician y continúan con el tratamiento antirretroviral después de un período de evaluación. La retención al TAR se evalúa al año de iniciado el tratamiento.



Seguimiento farmacoterapéutico: Es una actividad del profesional químico farmacéutico en la cual orienta y supervisa al paciente en relación del cumplimiento de su farmacoterapia, mediante intervenciones dirigidas a prevenir y resolver los problemas relacionados con el uso de los medicamentos (PRM).

Situación de desprotección familiar: Es la situación que se produce de hecho a causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado desempeño de los deberes de cuidado y protección por parte de los responsables del cuidado de las niñas, niños y adolescentes y que afecta gravemente su desarrollo integral³.

Situación de riesgo de desprotección familiar: Es la situación en la que se encuentra una niña, niño o adolescente donde el ejercicio de sus derechos es amenazado o afectado, ya sea por circunstancias personales, familiares o sociales, que perjudican su desarrollo integral sin revestir gravedad, y no son o no pueden ser atendidos por su familia⁴.

Síndrome de Reconstitución Inmune: Conjunto de signos y síntomas que se producen durante las primeras semanas después del inicio del TAR y se manifiesta como una respuesta inmune anómala con exacerbaciones o manifestaciones clínicas inusuales a algunos patógenos previamente presentes.

Supresión virológica: Reducción de la carga viral de VIH a un nivel indetectable por las pruebas de laboratorio correspondientes de una persona que toma el tratamiento antirretroviral.

Tratamiento Antirretroviral (TAR): 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.

Vinculación: Proceso mediante el cual el personal de la salud y/o educador de pares y/o agente comunitario de salud y/o agentes de medicina tradicional y/o agente de soporte personal, realiza el acompañamiento de la persona identificada con resultado reactivo de VIH, en actividades intra o extramurales, como apoyo a los establecimientos de salud que brindan atención integral en ITS y VIH.

5.2. DEL PROCESO DE ATENCIÓN Y LA CONFIDENCIALIDAD EN EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH

- a) Todo NAVV tiene derecho a recibir atención médica gratuita, consejería y orientación en prevención de ITS y VIH en los establecimientos de salud públicos, así como al acceso a pruebas de tamizaje para ITS y VIH según los riesgos identificados.
- b) Todo NAVV tiene derecho a la atención integral, oportuna y de calidad, que permita reconocer tempranamente su diagnóstico, el estadio clínico de su infección y los riesgos de presentar infecciones oportunistas que afecten su salud.
- c) Los padres, tutor o cuidador del NAVV son responsables de ellos y asumen las funciones de agente de soporte personal. Deberán ser informados acerca de los cuidados de los NAVV menores de 14 años, apoyar en el manejo, tratamiento y seguimiento del menor según indicaciones del equipo multidisciplinario que brinda la atención integral.
- d) Para la atención de NAVV sin cuidados parentales, en situación de riesgo de desprotección familiar o en situación de desprotección familiar, y que acudan a un establecimiento de salud, el personal de salud deberá comunicar a la autoridad competente del Estado, para el restablecimiento de sus derechos humanos y el



³ Decreto Legislativo N° 1297, Decreto Legislativo para la protección de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos.

⁴ Decreto Legislativo N° 1297, Decreto Legislativo para la protección de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos.

NTS N° 167 -Minsa/2020/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

acceso a salud. El flujograma de atención en estos escenarios se describe en los Anexos 1 y 2 "Flujogramas para la atención, diagnóstico y tratamiento en niñas, niños y adolescentes < 14 años y adolescentes ≥ 14 años en riesgo de infección por VIH e ITS".

- e) El diagnóstico de la infección por VIH según Ley N° 26626 es confidencial y sólo se revela a los padres o tutores. En caso de niñas o niños sin cuidados parentales el diagnóstico solo se revela por mandato judicial.
- f) Las pruebas diagnósticas para VIH no son pre-requisito para intervenciones quirúrgicas en niños, niñas o adolescentes.

5.3. DE LA CULTURA DEL RESPETO Y TRATO DIGNO

- Todos los establecimientos de salud, que atiendan NAVV, deben promover la cultura de respeto a los derechos humanos con enfoque de género e interculturalidad para contribuir en eliminar el estigma y la discriminación asociada a la infección.
- Todos los establecimientos de salud deben asegurar la atención del NAVV, los mismos que no pueden ser excluidos de la atención en ningún servicio de salud. Corresponde a la Autoridad de Salud Nacional y Regionales disponer que cuenten con los recursos necesarios para tal fin.
- En comunidades indígenas amazónicas y alto andinas, las estrategias de prevención, tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las niñas, niños y adolescentes con infección por VIH deben adecuarse al contexto sociocultural de estas comunidades, a través de un enfoque de interculturalidad y respeto a los derechos humanos.
- Los profesionales de salud deben conocer y cumplir con lo establecido en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, la cual tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la protección de los datos personales, previsto en el numeral 6 del artículo 2 de la Constitución Política del Perú, a través de su adecuado tratamiento, en un marco de respeto de los demás derechos fundamentales que en ella se reconocen.

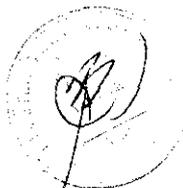
VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. DE LA ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA LA ATENCIÓN DEL NAVV

La evaluación clínica general, el inicio del TAR y el seguimiento serán realizados en hospitales, institutos especializados y otras instituciones que cuenten con un equipo multidisciplinario capacitado, para la atención integral del NAVV y según la categoría del establecimiento.

El equipo multidisciplinario encargado de la atención del NAVV está compuesto por:

- a. Médico pediatra con subespecialidad en enfermedades infecciosas o, médico pediatra capacitado, o médico general entrenado.
- b. Licenciado en enfermería.
- c. Licenciado en psicología.
- d. Obstetra.
- e. Licenciada en trabajo social.
- f. Químico-farmacéutico (solo cuando no exista disponibilidad de este profesional, podrá integrarse a un técnico en farmacia)
- g. Tecnólogo médico o biólogo (solo cuando no exista disponibilidad de este profesional, podrá integrarse a un técnico en Laboratorio).



NTS N° 167 -MINSAL/2020/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Según la categoría del establecimiento se podrán integrar al equipo multidisciplinario, un odontólogo, un nutricionista u otros que fueran considerados necesarios.

En regiones del país donde exista limitaciones en la disponibilidad de recursos humanos se podrá integrar al equipo multidisciplinario establecido para la atención de pacientes adultos con infección por VIH, a un médico pediatra o un médico general capacitado en la atención de niñas, niños y adolescentes, para facilitar la conformación del equipo multidisciplinario para la atención de los NAVV.

6.1.1. Responsabilidades del médico infectólogo pediatra o médico pediatra capacitado, o médico general entrenado

- a. Dirigir el manejo clínico en la atención de la niña, niño o adolescente con infección por VIH.
- b. Realizar la evaluación médica inicial completa del paciente y determinar el estadio de la infección por VIH según los criterios establecidos en la presente Norma Técnica de Salud.
- c. Indicar el inicio de la terapia preventiva para tuberculosis (TPTB), terapia preventiva con Trimetoprim/Sulfametoxazol (TP TMP/SMX) y ordenar la inmunización en los NAVV de acuerdo a las recomendaciones descritas en la presente Norma Técnica de Salud.
- d. Evaluar y definir el momento adecuado de inicio de TAR. Todo NAVV que inicie TAR debe contar con la Hoja I (Anexo 4 "Hoja de Evaluación Integral para el ingreso al tratamiento antirretroviral en niñas, niños y adolescentes con infección por VIH").
- e. Realizar el proceso del consentimiento informado a los Padres, Tutor o Cuidador del NAVV, incluyendo la firma correspondiente del formato (Anexo 5 "Hoja de Consentimiento Informado para el inicio del Tratamiento Antirretroviral en las Niñas, Niños y Adolescentes con infección por el VIH").
- f. Manejar las enfermedades oportunistas en los NAVV.
- g. Realizar las evaluaciones médicas de control y seguimiento en los NAVV.
- h. Manejar y notificar las Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) e Incidentes Adversos a Dispositivos Médicos (IADM) en los NAVV.
- i. Realizar el cambio del tratamiento antirretroviral ante la presencia de RAM y/o falla terapéutica al TAR, según los criterios establecidos en la presente Norma Técnica de Salud.
- j. Solicitar interconsultas con otras especialidades que requieran los NAVV y realizar las referencias a establecimientos de salud de mayor complejidad.
- k. Participar en la elaboración de la programación y el requerimiento de antirretrovirales y otros medicamentos e insumos para la atención integral del NAVV.
- l. Coordinar con el equipo multidisciplinario y los padres, tutor o cuidador, el momento oportuno para revelar el diagnóstico al NAVV (Anexo 10 "Estrategias para revelar el diagnóstico en niñas, niños y adolescentes con VIH").
- m. Otras que sean pertinentes de acuerdo a sus competencias.

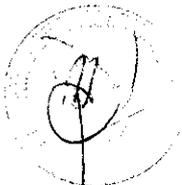


6.1.2. Responsabilidades del licenciado en enfermería

- a. Brindar educación sanitaria y orientación al NAVV, padres, tutor o cuidador.
- b. Reforzar la consejería brindada a los padres, tutor/es o cuidador/es para el autocuidado del NAVV.
- c. Coordinar con el servicio de inmunizaciones la administración oportuna de las vacunas indicadas por el médico en los NAVV.
- d. Monitorear el cumplimiento de la administración de la terapia preventiva para tuberculosis y para infecciones oportunistas con TMP/SMX en los NAVV.
- e. Verificar el cumplimiento del tratamiento de enfermedades oportunistas.
- f. Registrar al paciente en el formato de seguimiento de pacientes establecido por la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis (DPVIH).
- g. Monitorear la administración de medicamentos antirretrovirales y de profilaxis (Anexo 8 "Tarjeta de seguimiento de tratamiento antirretroviral en niñas, niños y adolescentes").
- h. Identificar oportunamente y notificar los signos y síntomas relacionados a RAM e IADM en los NAVV.
- i. Coordinar el proceso de atención del NAVV (antes y durante el TAR) y su evaluación por todo el equipo multidisciplinario.
- j. Realizar el reporte mensual de NAVV en TAR en coordinación con miembros del equipo multidisciplinario.
- k. Coordinar oportunamente las referencias y contrarreferencias o derivaciones de los NAVV (Anexo 9 "Formato de Derivación de Personas con VIH") con infección por VIH con y sin TAR con el establecimiento de salud de destino.
- l. *Otras que sean pertinentes de acuerdo a sus competencias*

6.1.3. Responsabilidades del licenciado en psicología

- a. Brindar la consejería pos-test, manejando el proceso inicial de aceptación del diagnóstico en los NAVV, así como en los padres, tutor/es o cuidador/es.
- b. Evaluar los aspectos psicológicos más importantes de los NAVV según su edad de desarrollo: cognitivos, afectivos, conductuales, sexuales, psicopatológicos, entre otros.
- c. Orientar a los adolescentes con VIH sobre la concientización del diagnóstico, reinfección del VIH, postergación del inicio sexual, etc.
- d. Fortalecer los temas de autoestima en adolescentes con VIH, toma de decisiones y elaboración de proyectos de vida.
- e. Realizar una intervención en los NAVV, con abordaje familiar o con sus tutores o cuidadores en forma continua.
- f. Identificar factores de riesgo en la familia y en los NAVV que afecten la adherencia al TAR.
- g. Implementar la intervención psicológica según edad del NAVV con énfasis en el desarrollo de las siguientes conductas: conocimiento emocional de sí mismo, autoestima, independencia, relaciones interpersonales, responsabilidad social y solución de problemas, flexibilidad, tolerancia a la tensión, control de impulso y optimismo.



- h. Evaluar el momento oportuno y las estrategias con los padres para revelar el diagnóstico al NAVV (Anexo 10 "Estrategias para revelar el diagnóstico en niñas, niños y adolescentes con VIH").
- i. Realizar el informe psicológico para que forme parte del expediente TAR, de acuerdo al Anexo 4 "Hoja de evaluación integral para el ingreso al tratamiento antirretroviral en niñas, niños y adolescentes con infección por VIH (Hoja I)"
- j. Elaborar un plan de intervención, seguimiento y referencia a otro establecimiento de salud, en los NAVV que lo requieran, en coordinación con el médico tratante.
- k. Coordinar con la Red de Centros de Salud Mental Comunitarios dentro de su jurisdicción, para lograr el acceso a una evaluación especializada de los NAVV con problemas de salud mental que lo requieran, en el marco de las redes integradas de salud (RIS).
- l. *Otras que sean pertinentes de acuerdo a sus competencias*

6.1.4. Responsabilidades del licenciado en trabajo social

- a. Coordinar el apoyo social para la atención del NAVV.
- b. Orientar al paciente y/o coordinar con las instituciones responsables para el acceso del paciente al Seguro Integral de Salud (SIS) u otros sistemas de aseguramiento, según corresponda.
- c. Realizar la evaluación social y el monitoreo social del NAVV con respecto a su entorno familiar y social, de acuerdo al Anexo 4 "Hoja de evaluación integral para el ingreso al tratamiento antirretroviral en niñas, niños y adolescentes con infección por VIH (Hoja I)".
- d. Realizar las entrevistas y visitas domiciliarias de seguimiento y de acuerdo a la problemática del paciente y su familia.
- e. Movilizar redes de soporte social para el NAVV.
- f. Identificar y coordinar con instituciones y/o servicios que garanticen el soporte social del NAVV sin cuidados parenteral, en riesgo de desprotección familiar o en situación de desprotección familiar, el acceso a albergues, programas sociales, soporte alimentario, entre otros, si fuera necesario.
- g. Realizar el informe de visitas domiciliarias y referencia social, las que deben ser archivadas en el expediente TAR.
- h. *Otras que sean pertinentes de acuerdo a sus competencias*

6.1.5. Responsabilidades del químico-farmacéutico

- a. Dispensar los productos farmacéuticos y cuando corresponda, los dispositivos médicos, indicados para la atención integral del NAVV.
- b. Participar en la programación de productos necesarios para lograr la atención eficiente y continua del NAVV, en forma conjunta con el coordinador de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de VIH/ITS/Hepatitis del establecimiento de salud.
- c. Gestionar el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA), dispensación, seguimiento fármaco-terapéutico y farmacovigilancia y, de ser el caso, la distribución y transporte, según corresponda, de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos o productos sanitarios utilizados en la atención del NAVV.



NTS N° 167 -Minsa/2020/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

- d. Identificar oportunamente y notificar signos y síntomas asociados a RAM e IADM en NAVV.
- e. En caso de las RAM o IADM graves enviar un informe de investigación en los plazos establecidos y en los formatos autorizados por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) disponible en el siguiente enlace:
http://www.digemid.minsa.gob.pe/Upload/Uploaded/PDF/Farmacovigilancia/Formatos/Formato_RA_Antiretrovirales.pdf.
- f. Recopilar y validar todas las notificaciones de RAM o IADM, registradas en la base de datos. Así mismo enviar las notificaciones a las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) /DIRESA/GERESA correspondiente, en los plazos establecidos y en los formatos autorizados según Anexo 11 "Flujograma para el reporte de Sospecha de Reacción Adversa a Medicamento Antirretroviral".
- g. Brindar seguimiento farmacoterapéutico a los NAVV con el objetivo de optimizar la adherencia terapéutica e identificar y resolver de manera oportuna los problemas relacionados a la farmacoterapia.
- h. Elaborar, programar y presentar trimestralmente el requerimiento de productos farmacéuticos y dispositivos médicos, así como realizar el análisis, monitoreo y proyecciones de stock disponible de antirretrovirales en el establecimiento de salud en forma mensual, de acuerdo a los formatos y periodos establecidos por el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES), en coordinación con la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de VIH/ITS/Hepatitis del nivel local o regional o la que haga sus veces, según corresponda.
- i. *Otras que sean pertinentes de acuerdo a sus competencias.*

6.1.6. Responsabilidades del obstetra

- a. Orientar a los adolescentes con VIH sobre el retraso del inicio de relaciones sexuales, así como la importancia de la adherencia al TAR, para mantener la carga viral indetectable y así evitar su transmisión.
- b. Orientar a los adolescentes con VIH sobre la prevención de embarazos no deseados, planificación familiar, paternidad responsable y uso de métodos anticonceptivos.
- c. Brindar atención en planificación familiar a la mujer adolescente con VIH en edad fértil y a su pareja según normatividad vigente, respetando sus derechos sexuales y reproductivos para la libre e informada elección de acuerdo a la opción reproductiva de las parejas usuarias.
- d. Coordinar con el servicio de Salud Sexual y Reproductiva del establecimiento de salud y asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos para la atención de la mujer adolescente con VIH en edad fértil y su pareja, en los servicios de atención integral de PVV.
- e. Brindar consejería en prevención de ITS, orientando a los adolescentes que viven con VIH, gestantes adolescentes con VIH y sus parejas sobre el uso correcto y consistente del condón.
- f. Participar en el seguimiento activo de los adolescentes con VIH, con la finalidad de disminuir los abandonos al TAR.
- g. Realizar el seguimiento activo de gestantes adolescentes con VIH en la comunidad, con la finalidad de disminuir los abandonos al TAR y con ello disminuir el riesgo de transmisión materno infantil del VIH.



NTS N° 167 -MINSAL/2020/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

- h. Realizar el registro de la gestante adolescente con infección por VIH en los formatos y registros determinados, según la Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, sífilis y hepatitis vigente o la que haga sus veces.
- i. Brindar orientación y consejería sobre la atención integral de salud sexual y reproductiva a la mujer o varón adolescente con VIH sobre prácticas sexuales seguras, responsables y saludables.
- j. Brindar consejería en prevención de la violencia basada en género, cuidado de su salud sexual y prevención de otras ITS.
- k. Ofertar y realizar la prueba de tamizaje para VIH al círculo más cercano del adolescente con VIH (amigos y parejas).
- l. *Otras que sean pertinentes de acuerdo a sus competencias.*

6.2. DE LA CONSEJERÍA Y EL TAMIZAJE PARA VIH EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

6.2.1. De la consejería y el tamizaje para VIH en niñas y niños

- a. Todo establecimiento de salud debe brindar orientación, consejería y tamizaje para VIH a niños y niñas en los que se encuentren factores de riesgo para la adquisición de ITS/VIH, por ejemplo, sospecha de violencia sexual.
- b. Los niños y niñas en situación de desprotección familiar y en los que se encuentren factores de riesgo de exposición a ITS/VIH (por ejemplo, sospecha de violencia sexual), deben ser evaluados por la trabajadora social del establecimiento de salud o el personal del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud (MAMIS), para su atención inicial en el establecimiento de salud a fin de que puedan acceder al tamizaje para VIH; así mismo, deberán iniciar las coordinaciones con la autoridad competente (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP). Toda persona natural o jurídica, debe comunicar inmediatamente a la autoridad competente, la presunta situación de riesgo o desprotección familiar en que se pudiera encontrar una niña, niño o adolescente⁵.
- c. Toda niña y niño con factores de riesgo de exposición a VIH (inmunosupresión sin causa aparente, niñas y niños en situación de desprotección familiar y/o sospecha de agresión sexual, etc.) debe ser tamizado para VIH en forma voluntaria e informada, previa autorización de uno de sus padres o un tutor.
- d. El proceso de consejería post test reactivo en niñas y niños, debe realizarse en el establecimiento donde se realizó la prueba de tamizaje. La consejería post test reactivo se realizará inicialmente a los padres o tutor y con el soporte emocional correspondiente. Para revelar el diagnóstico en la niña o niño, se deberán seguir las recomendaciones descritas en el numeral 6.3 y Anexo 10 "Estrategias para revelar el diagnóstico en niñas, niños y adolescentes con VIH", de la presente Norma Técnica de Salud.
- e. Para el proceso de derivación y vinculación ante un caso de tamizaje para VIH reactivo en una niña o niño, un personal de salud del establecimiento acompañará a la niña o niño y sus padres, tutor o cuidadores a los servicios de prevención y control de VIH, ITS y Hepatitis



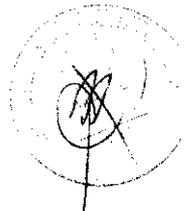
⁵ Artículo 17 "Deber de comunicar situaciones de riesgo o situaciones de desprotección familiar" del Decreto Legislativo N° 1297, Decreto Legislativo para la protección de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos. Diciembre, 2016.

NTS N° 167 -Minsa/2020/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

del nivel de salud correspondiente y donde se brinde TAR. Este proceso deber ser realizado dentro de las 24 horas de realizado el tamizaje.

6.2.2. De la consejería y tamizaje para VIH en adolescentes

- a. Todo establecimiento de salud debe brindar orientación, consejería y tamizaje para VIH a adolescentes en situación de desprotección familiar y en los que se encuentren factores de riesgo para la adquisición de ITS/VIH, por ejemplo, adolescentes de la población clave o adolescentes con sospecha de violencia sexual.
- b. Todos los establecimientos de salud deben ofertar a dichos adolescentes además pruebas rápidas para el tamizaje de otras ITS (sífilis y hepatitis B), y ofrecerán condones masculinos o femeninos, como parte del proceso de consejería a todo adolescente y de acuerdo a lo establecido en el Documento Técnico Consejería en ITS/VIH y SIDA vigente y la Directiva Sanitaria para la Distribución del Condón Masculino a usuarios en Servicios de Salud vigente y su modificatoria.
- c. Los adolescentes en situación de desprotección familiar y en los que se encuentren factores de riesgo para la adquisición de ITS/VIH (por ejemplo, adolescentes de la población clave o sospecha de violencia sexual), para su atención inicial deben ser evaluados por la trabajadora social del establecimiento de salud o el personal del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud (MAMIS), quienes iniciarán las coordinaciones con la autoridad competente ante la presunta situación de riesgo o desprotección familiar en la que se pudiera encontrar el adolescente, a fin de poder realizar la prueba de tamizaje para VIH. Toda persona natural o jurídica debe comunicar inmediatamente a la autoridad competente, la presunta situación de riesgo o desprotección familiar en la que pudiera encontrarse una niña, niño o adolescente⁶.
- d. En los adolescentes en situación de desprotección familiar y en los que el resultado de las pruebas de tamizaje para VIH fuera reactiva, el personal de salud del establecimiento debe comunicar a la autoridad competente para iniciar los procedimientos y actuaciones por desprotección familiar en situaciones de urgencia. (Anexo 1 "Flujograma para la atención, diagnóstico y tratamiento en niñas, niños y adolescentes < 14 años y adolescentes ≥ 14 años en riesgo de infección por VIH e ITS" y Anexo 2 "Flujograma para la atención, diagnóstico y tratamiento en adolescentes ≥ 14 años en riesgo de infección por VIH e ITS").
- e. El abordaje de un adolescente con probable diagnóstico de VIH debe incluir un proceso de consejería adecuada y debe considerar:
 - Orientar sobre los flujos de atención en el establecimiento de salud.
 - Aminorar el impacto emocional del diagnóstico de VIH.
 - La evaluación de riesgos de otras ITS y/u otros problemas de salud.
- f. Todo establecimiento de salud debe facilitar el acceso a la consejería, información y tamizaje para VIH y otras ITS en adolescentes, para lo cual se promoverá la disposición de los mismos en todos los establecimientos de salud y en los servicios diferenciados para la atención integral de salud para adolescentes o sus equivalentes.



⁶ Artículo 17 "Deber de comunicar situaciones de riesgo o situaciones de desprotección familiar" del Decreto Legislativo N° 1297, Decreto Legislativo para la protección de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos. Diciembre, 2016.

- g. Todo establecimiento de salud debe ofrecer y facilitar el acceso a la prueba rápida para VIH a los adolescentes de poblaciones clave como parte de las estrategias de prevención integral de su salud.
- h. Todos los adolescentes menores de 14 años de edad podrán acceder a las pruebas de tamizaje de VIH en los establecimientos de salud, en forma voluntaria e informada, previa autorización de uno de sus padres o un tutor (Anexo 1 "Flujograma para la atención, diagnóstico y tratamiento en niñas, niños y adolescentes < 14 años en riesgo de infección por VIH e ITS").
- i. Los adolescentes de 14 a 17 años de edad podrán acceder a las pruebas rápidas para VIH en los establecimientos de salud, cuando la soliciten voluntariamente, previa consejería e independientemente a la presencia del padre o tutor. En caso no se cuente con la presencia de padre o tutor un personal de salud acompañará al adolescente durante la consejería y tamizaje. (Anexo 2: "Flujograma para la atención, diagnóstico y tratamiento en adolescentes ≥ 14 años en riesgo de infección por VIH e ITS"). La consejería debe realizarla el personal de salud con competencias, siempre acompañado de otro personal o familiar del paciente.
- j. La consejería individual en los adolescentes que lo requieran se realiza según las pautas contenidas en el Documento Técnico Consejería en ITS/VIH y SIDA vigente.
- k. Los educadores de pares también podrán iniciar el proceso de consejería en los adolescentes, de acuerdo a lo dispuesto en el Documento Técnico Consejería en ITS/VIH y SIDA vigente y que dispone de la presencia de educadores de pares.
- l. Todo proceso de consejería, y en la medida que el adolescente entre 14-17 años lo acepte, debe involucrar al padre, tutor y/o la familia. Si el adolescente no lo acepta, no es impedimento para desarrollar la consejería.
- m. El proceso de consejería post test reactivo en adolescentes, debe iniciarse en el establecimiento donde se realizó la prueba de tamizaje, realizándose el soporte emocional correspondiente.
- n. Para el proceso de derivación y vinculación ante un caso de tamizaje para VIH reactivo en un adolescente, un personal de salud del acompañará al paciente a los servicios de prevención y control de VIH, ITS y Hepatitis o realizará el proceso de referencia y acompañamiento al establecimiento de salud más cercano donde se brinde TAR, según corresponda. Este proceso deber ser realizado dentro de las 24 horas de realizado el tamizaje.

6.3. DEL DIAGNÓSTICO Y DEFINICIÓN DE CASO DE INFECCIÓN POR VIH EN LOS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

6.3.1. Del diagnóstico y definición de caso de infección por VIH en las niñas y los niños

- a. Todo recién nacido hijo de madre con diagnóstico de VIH se considerará como una niña o niño expuesto a VIH.
- b. Todo establecimiento de salud que atiende a recién nacidos expuestos a VIH deberá implementar el flujograma de diagnóstico en la niña o niño expuesto al VIH, así como todas las recomendaciones descritas en la Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión materno infantil de VIH, sífilis y hepatitis B vigente.



NTS N° 167 -Minsa/2020/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

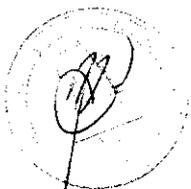
- c. A todo recién nacido expuesto a VIH se debe realizar obligatoriamente la prueba de reacción de cadena polimerasa (PCR-ADN-VIH-1), con las siguientes consideraciones:
- La prueba de PCR-ADN-VIH-1 se realiza al primer y tercer mes (1 y 3 meses) de edad, con el fin de conocer su condición de infectado por el VIH.
 - Si el resultado del primer PCR-ADN-VIH-1 es positivo, se repetirá un segundo PCR-ADN-VIH-1 inmediatamente se tenga el informe del primero.
 - Si el resultado es positivo en dos oportunidades se considera a la niña o niño como infectado por VIH.
 - Si hay discordancia entre el primer y segundo resultado de PCR-ADN-VIH-1, se considera al resultado como indeterminado y se solicita una nueva prueba de PCR-ADN-VIH-1 a las cuatro (4) semanas de la última toma.
 - Si además se identifica que la niña o niño recibió lactancia materna se debe repetir una nueva muestra para PCR-ADN-VIH-1 de forma inmediata.
 - Se realizará una prueba de PCR-DNA-VIH-1 al nacer, en recién nacidos expuestos con alto riesgo de transmisión del VIH. En estos casos se incluyen a recién nacidos de:
 - Gestantes sin atención prenatal.
 - Gestantes que no recibieron tratamiento antirretroviral durante el embarazo.
 - Gestantes diagnosticadas de infección aguda.
 - Gestantes con carga viral \geq de 1,000 copias en el tercer trimestre.
- d. En niños y niñas expuestos al VIH que tienen más de 18 meses de edad, la confirmación del diagnóstico se realiza con las pruebas de RNA-VIH, Inmunofluorescencia Indirecta o Inmunoblot. .
- e. En toda niña o niño con diagnóstico de infección por VIH se deberá de investigar la vía de transmisión (materno infantil, sexual o parenteral, entre otros).

6.3.2. Del diagnóstico y definición de caso de infección por VIH en los adolescentes

- a. En los adolescentes, la confirmación del diagnóstico se realiza con las pruebas de RNA-VIH, Inmunofluorescencia Indirecta o Inmunoblot.
- b. En todo adolescente con diagnóstico de infección por VIH se deberá de investigar la vía de transmisión (materno infantil, sexual o parenteral, entre otros).

6.3.3. Del conocimiento del diagnóstico de Infección por VIH en las niñas y niños

- a. Revelar el diagnóstico de VIH a una niña o niño, es un momento de especial importancia, por lo que requiere el involucramiento de los padres, cuidadores o tutores, cuando esto sea posible y con el acompañamiento cercano del equipo de salud.



- b. El proceso de comunicar el diagnóstico debe ser iniciado cuando los niños y niñas con infección por VIH manifiesten las primeras preguntas de curiosidad frente al VIH.
- c. El revelar el diagnóstico podría contribuir a mejorar la adherencia en el niño o niña, sin embargo, la decisión de revelar el diagnóstico debe sustentarse en una evaluación integral del medio psicosocial y las necesidades del niño o niña y su entorno familiar.
- d. La edad sugerida para dar a conocer el diagnóstico de VIH en las niñas y niños es a partir de los 8 a 10 años. El abordaje y métodos sugeridos para este proceso se presenta en el Anexo 10 "Estrategias para revelar el diagnóstico en niñas, niños y adolescentes con VIH".

6.4. DE LA PREVENCIÓN EN LOS NAVV

6.4.1. De la vacunación en las niñas y los niños con VIH

- a. Todos los NAVV deben ser vacunados de acuerdo a las recomendaciones establecidas en el esquema nacional de vacunación. Se utilizarán vacunas que contengan el agente inactivado (Hepatitis B, polio inactivado IPV, Pentavalente, DPT, neumococo, papilomavirus, haemophylus influenzae (HiB) e influenza). En relación a las vacunas atenuadas, pueden ser aplicadas la vacuna de rotavirus; la vacuna Bacilo Calmette-Guérin (BCG) se aplicará solo en aquellos recién nacidos expuestos al VIH y que no tengan contacto epidemiológico o en riesgo de tuberculosis (TB) activa (Padres sin diagnóstico de TB, ni sospecha de TB activa). En relación a las vacunas para sarampión, rubéola y parotiditis (SPR) y varicela se aplicarán previa evaluación de riesgo/beneficio, considerando que la niña o niño no se encuentre en estadio SIDA o con inmunodeficiencia severa (Porcentaje de CD4 por debajo del 15%) según norma técnica vigente de esquema de vacunación especial, y que se resume en el Anexo 12 "Calendario de inmunizaciones en niños y niñas viviendo con VIH". Finalmente, la vacuna para la fiebre amarilla, se colocará previa evaluación del médico, quien decidirá su indicación.
- b. No está indicada la vacunación en las niñas y niños con VIH si existe inmunosupresión severa según la clasificación de VIH de los Centros de Control de Enfermedades (CDC) (Anexo 3 "Estadios de Infección de VIH basado en edad y recuento de CD4") (Categoría 3, Porcentaje de CD4 por debajo del 15%) o que se encuentre en categoría clínica de SIDA (Categoría C) y que no están en TAR.

6.4.2. De la Terapia Preventiva para Tuberculosis (TP TB) en los NAVV

- a. Los padres, tutores o cuidadores deberán ser informados sobre los riesgos que tienen los NAVV con VIH de padecer formas graves y diseminadas de TB.
- b. Los criterios para el diagnóstico de TB latente y para el inicio de TP TB en NAVV se realizarán de acuerdo a lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis y la Norma Técnica de Salud para la prevención y control de la co-infección Tuberculosis y virus de la inmunodeficiencia humana vigente.
- c. De acuerdo a lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis vigente y la Norma Técnica de Salud para la prevención y control de la co-infección



NTS N° 167 -Minsa/2020/DGIESP
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
 INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**

Tuberculosis y virus de la inmunodeficiencia humana vigente, la TP TB se realiza con isoniacida a la dosis de 5 mg/kg/día y por un período de nueve (09) meses.

- d. Considerar acciones educativas a los padres, tutores, cuidadores y adolescentes en relación a las prácticas saludables y factores de riesgo para la prevención de la tuberculosis.

6.4.3. De la Terapia Preventiva con Trimetoprim/Sulfametoxazol (TMP/SMX) en niñas y niños con VIH

- a. La dosis de Trimetoprim/Sulfametoxazol recomendada como profilaxis es de 5 mg/Kg/día, tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes). Al niño o niña con VIH confirmado se debe continuar profilaxis hasta que supere la inmunosupresión severa (Porcentaje de CD4 mayor de 15%).
- b. La profilaxis primaria contra *Pneumocystis jirovecii* con TMP/SMX se recomienda de acuerdo a las siguientes condiciones:

Tabla N° 1

CONDICIÓN	PROFILAXIS
Niñas o niños expuestos a VIH, desde el nacimiento hasta 6 semanas de edad.	NO
Niñas o niños expuestos a VIH, desde 6 semanas hasta los 6 meses, o si no se pudo realizar PCR-ADN-VIH-1 al 1er y 3er mes de vida, por lo que no se puede determinar condición de infección por VIH.	Sí
Lactantes con infección por VIH, menores de 12 meses de edad, independientemente del recuento o porcentaje de CD4.	Sí
Niñas o niños con Infección por VIH, de 1 a 5 años de edad y CD4 menor a 500 células/mm ³ o Porcentaje de CD4 <15%.	Sí
≥ 6 años de edad, con infección por VIH y CD4 menor a 200 células/mm ³ o < CD4 15%.	Sí

6.4.4. Del uso del preservativo o condón y consejería para la prevención de ITS en los adolescentes con VIH

- a. El personal de la salud debe promover el uso adecuado y consistente del preservativo o condón masculino y femenino en adolescentes sexualmente activos a través de sesiones demostrativas, esto con la finalidad de evitar re-infecciones u otras infecciones de transmisión sexual.
- b. Se entregará la cantidad de veinte (20) condones masculinos y/o diez (10) condones femeninos por mes a adolescentes con VIH que lo requieran, previa consejería, según lo establecido en la Directiva Sanitaria para la distribución del condón masculino a usuarios en Servicios de Salud, el Documento Técnico de Consejería en ITS/VIH y SIDA y la Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú y su modificatoria, vigentes.
- c. El personal de salud también fomentará la consejería y el involucramiento en los cuidados de la salud del NAVV con los padres, tutores, cuidadores y familia.



6.5. DE LA RECUPERACIÓN EN LOS NAVV

6.5.1. Del Tratamiento Antirretroviral (TAR) en los NAVV

- a. Todos los NAVV deberán recibir TAR, independientemente de su estadio clínico, recuento de linfocitos T CD4 o carga viral.
- b. El médico del equipo multidisciplinario es el encargado de iniciar, suspender o modificar el esquema de TAR del paciente en seguimiento, de acuerdo a los criterios establecidos en la presente norma.
- c. El ingreso al TAR se realizará previa información al paciente y sus padres o tutor sobre los riesgos y beneficios del tratamiento, así como de los riesgos de no recibir oportunamente el tratamiento antirretroviral; así mismo, de los derechos y obligaciones como paciente. El consentimiento del paciente para iniciar tratamiento se documenta a través de la "Hoja de Consentimiento Informado para el Inicio de Tratamiento Antirretroviral en los NAVV" descrito en el Anexo 5, la cual será firmada por uno de los padres o el tutor del paciente y el médico tratante.
- d. Todos los NAVV para el inicio de TAR deberán de contar con la Hoja I de evaluación clínica para el ingreso a tratamiento (Anexo 4 "Hoja de Evaluación Integral para el ingreso al tratamiento antirretroviral de niñas, niños y adolescentes con infección por VIH").
- e. La atención integral de un NAVV constará de la atención médica, atención por enfermería, atención psicológica, atención social, atención farmacéutica y atención por obstetricia en los casos que corresponda y de acuerdo al nivel de atención.
- f. La atención médica es el momento donde el profesional médico realiza el examen clínico completo por sistemas y solicita exámenes y pruebas de laboratorio para descartar de co-infecciones y enfermedades oportunistas.
- g. Toda historia clínica de un NAVV debe contar con evaluaciones de cada miembro del equipo multidisciplinario (Anexo 4 "Hoja de Evaluación Integral para el ingreso al tratamiento antirretroviral en niñas, niños y adolescentes con infección por VIH"), además del consentimiento informado (Anexo 5 "Hoja de consentimiento informado para el inicio de tratamiento antirretroviral en el niño, niña y adolescente con infección por el VIH"), y la tarjeta de seguimiento de tratamiento antirretroviral en niñas, niños y adolescentes (Anexo 8 "Tarjeta de seguimiento de tratamiento antirretroviral en niñas, niños y adolescentes"), los mismos que forman parte de la historia clínica.
- h. Todos los NAVV con diagnóstico de VIH deben iniciar tratamiento previa toma de muestras para **recuento de CD4 y Carga viral** (Anexo 7 "Ficha de Laboratorio para pruebas de monitoreo de CD4 y CV en VIH") y **prueba de genotipificación**, este último se solicitará a través de la página web del Instituto Nacional de Salud (INS) (<https://www.netlab.ins.gob.pe/FrmPrincipal.aspx>). Estos exámenes son basales, por lo que el resultado de estos exámenes no deberá retrasar el inicio del TAR en los NAVV.
- i. Las pruebas de laboratorio básicas y su frecuencia se describen en el Anexo 6 "Exámenes de laboratorio basales y de seguimiento en niñas, niños y adolescentes con VIH". Dichas pruebas incluyen: Hemograma, examen completo de orina, transaminasas, fosfatasa alcalina, glucosa, urea, creatinina, perfil lipídico, RPR cuantitativo, antígeno de superficie y anti-core total para virus de Hepatitis B, anticuerpos para virus de Hepatitis C (Anti-VHC), radiografía de tórax y baciloscopia en esputo o



NTS N° 167 -MINSAL/2020/DGIESP
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
 INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**

aspirado gástrico en sintomáticos respiratorios o en los NAVV en los que se sospeche TB activa.

- j. Adicionalmente y según los criterios de evaluación y sospecha clínica pueden ser solicitados: cultivo y sensibilidad para Mycobacterias, PPD, examen de heces (Coproparasitológico seriado), anticuerpos Ig G e Ig M para citomegalovirus, virus Epstein Barr, Toxoplasma, Herpes Simple y Rubéola y examen de fondo de ojo.
- k. Todos los NAVV que inician TAR deben ser evaluados quincenalmente en las primeras dos citas y luego mensualmente para favorecer la adherencia al tratamiento y retención en el establecimiento de salud.
- l. El TAR para pacientes nuevos debe incluir al menos tres antirretrovirales.
- m. El tratamiento de primera línea para niñas, niños y adolescentes con VIH, sin antecedente de uso de antirretrovirales (pacientes nuevos), se muestra en la siguiente tabla, según los grupos de edad:

Tabla N° 2

GRUPO ETÁREO	ESQUEMA DEL TRATAMIENTO	
	INTR	3er ARV
14 días a < 3 meses	AZT + 3TC	LPV/r o RAL
3 meses a < 3 años	AZT + 3TC o ABC/3TC	LPV/r o RAL
3 a < 6 años	AZT + 3TC o ABC/3TC o TDF/FTC (3TC)	EFV o LPV/r o RAL
6 a 12 años	AZT + 3TC o ABC/3TC o TDF/FTC (3TC)	EFV o LPV/r o RAL o DTG
> 12 años (Tanner 4-5)	TDF/FTC/EFV o TDF/3TC/DTG o ABC/3TC + DTG	

OBSERVACIONES:

- Se buscará idealmente tener presentaciones en Dosis Fijas Combinadas (DFC)*.
- Zidovudina (AZT) **NO** recomendado para inicio de TAR en pacientes con Hb < 8 gr/dl, de cualquier causa. Reemplazar AZT por Abacavir (ABC). ABC solo para cargas virales menores de 100,000, excepto cuando este asociado a DTG y con Prueba de HLA*B5701 negativo.
- Raltegravir (RAL) solo para infantes >2kg.
- Dolutegravir (DTG) para niños, niñas > 30 kg.
- TDF: Tenofovir; 3TC: Lamivudina; FTC: Emtricitabina; EFV: Efavirenz; LPV/r: Lopinavir/ritonavir, ATV/r: Atazanavir/ritonavir.

- n. En pacientes con alteración del filtrado glomerular (Depuración de creatinina < 50%) no deberá indicarse el uso Tenofovir (TDF) en presentación única o como parte de dosis fija combinada.
- o. Cuando se considere el uso de Abacavir (ABC), de ser posible se debe contar previamente con un resultado de la prueba de HLA *5701 negativo, la cual se solicitará al INS. A pesar de un resultado negativo, es preciso informar al paciente la posible aparición de una reacción de hipersensibilidad al Abacavir, que en promedio aparece a los nueve días de la exposición al medicamento y se caracteriza por la presencia de fiebre, exantema, náuseas, vómitos, mialgias, diarreas, dolor abdominal y, si no es reconocido a tiempo, puede evolucionar al shock, distrés respiratorio y eventualmente la muerte; por lo que, debe indicarse al paciente la necesidad de acudir rápidamente al establecimiento de salud



A. LUCCHETTI



para su suspensión. En pacientes con reacción previa de hipersensibilidad a Abacavir, este no deberá usarse nuevamente por el riesgo de reacciones potencialmente fatales.

- p. Abacavir (ABC) puede usarse como esquema de primera línea en pacientes con carga viral > 100,000 copias/ml, solamente cuando esté asociado a Dolutegravir (DTG) como parte del esquema y previa recomendación del Comité de Expertos de atención integral del niño y adolescente con VIH-SIDA, o el que haga sus veces.
- q. Los NAVV que abandonen el TAR y sean recuperados, deben reiniciar su tratamiento con el último esquema indicado. Se debe realizar un control virológico entre las 8 - 12 semanas de reiniciado el tratamiento. De no obtener supresión virológica, se debe solicitar una prueba de genotipificación.

6.5.2. Del monitoreo clínico laboratorial del NAVV en TAR

- a. La frecuencia de los exámenes de laboratorio para el seguimiento del NAVV en TAR se describen en el Anexo 6 "Exámenes de laboratorio basales y de seguimiento en niñas, niños y adolescentes con VIH" y otros exámenes según hallazgos y/o por criterio clínico.
- b. Las pruebas de carga viral, recuento de linfocitos CD4 y genotipificación se solicitarán previos al inicio de TAR y que sirva como parámetro basal, sin embargo, ello no debe retrasar el inicio del TAR.
- c. Luego del inicio del TAR se solicitará la cuantificación de la carga viral a los tres (3), seis (6) y doce (12) meses, mientras que el CD4 se solicitará a los seis y doce meses, durante el primer y segundo año. A partir del tercer año, y en pacientes con carga viral indetectable, el recuento de CD4 será realizado anualmente, mientras que la carga viral se solicitará semestralmente.
- d. Para los casos, en los que exista sospecha de tuberculosis (TB) se solicitarán los exámenes necesarios según la edad, como: baciloscopía en esputo o aspirado gástrico, cultivo y sensibilidad para micobacterias, PPD y radiografía de tórax.
- e. En pacientes con falla virológica al TAR se deberá solicitar una nueva prueba de genotipificación y seguir las recomendaciones descritas en el numeral 6.5.4, sobre el TAR en NAVV que fallan a esquemas de primera línea.

6.5.3. De la adherencia al TAR en los NAVV

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

- a. En niñas, niños y adolescentes dependientes, es fundamental el involucramiento de los padres, tutor o cuidador, los cuales acompañarán y suministrarán los antirretrovirales al NAVV.
- b. Adecuar el esquema de toma de medicamentos a la rutina del paciente, con la cual se comprometa (considerar su tolerancia al número, tamaño y frecuencia de toma de pastillas o tabletas masticables, horarios establecidos, entre otros).
- c. Las líneas de acción de la adherencia al TAR son la consejería y educación para el tratamiento, tanto al paciente como a los padres, tutor o cuidador, la cual debe incluir el uso de refuerzos positivos.

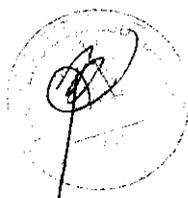


NTS N° 167 -Minsa/2020/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

- d. El equipo multidisciplinario identificará a los pacientes con factores de riesgo para una mala adherencia, con la finalidad de realizar un trabajo preventivo a través de la consejería de soporte e intervención psicológica. Entre los principales factores de riesgo se encuentra la violencia (sea familiar, sexual u otros), uso y consumo de alcohol y otras sustancias y problemas de la salud mental y psicológica (depresión, conductas autodestructivas, ansiedad, etc.)
- e. Se promoverá el uso de herramientas que contribuyan al seguimiento y monitoreo de pacientes con TAR. Por ejemplo: pastilleros, mensajes de textos personalizados, correos electrónicos, alarmas, calendarios, entre otros.
- f. Otras medidas incluyen visitas domiciliarias, sesiones grupales, e intervenciones con familiares o en grupo.
- g. La consejería de soporte también debe ser dirigida al familiar o agente de soporte personal para que contribuya en el fortalecimiento de la adherencia al TAR y retención en el establecimiento de salud, aplicando las herramientas antes descritas.
- h. El equipo multidisciplinario realizará la búsqueda continua de pacientes en TAR que no acudan a los servicios de salud, con el objetivo de reincorporarlos a la atención. Cuando se cuente con la participación de los vinculadores, estos también participarán en dicha búsqueda.

6.5.4. Del TAR para NAVV que fallan a esquemas de primera línea

- a. El Comité de Expertos de atención integral de la niña, niño y adolescente con VIH-SIDA o el que haga sus veces brindará asistencia técnica para el manejo de los NAVV, siendo responsable de definir y recomendar el uso de antirretrovirales para los esquemas de segunda línea, según pruebas de genotipificación y casos especiales.
- b. Los criterios de falla al TAR, incluyen una o más de las siguientes condiciones:
 - **Criterios virológicos:** Cuando la carga viral es >1000 copias/ml, en dos determinaciones diferentes con un intervalo de 4 semanas, después de haber estado en rango indetectable.
 - **Criterios clínicos:** Cuando ocurran nuevas infecciones oportunistas.
 - **Criterios inmunológicos:** Cuando hay una disminución del recuento de linfocitos CD4 según la clasificación inmunológica (deterioro inmunológico) en dos tomas consecutivas. Anexo 3 "Estadios de Infección de VIH basado en edad y recuento de CD4".
- c. **Existen episodios aislados y transitorios de viremias de bajo grado** (Viremias entre 200-1,000 copias/ml), conocidos como blips, que pueden significar sólo una variación de laboratorio o escapes de replicación viral, por lo que se debe fortalecer la adherencia del paciente al tratamiento, y evitar la necesidad del cambio de TAR.
- d. **Los episodios sostenidos de viremias de bajo grado** (dos o más viremias entre 200-1,000 copias/ml, con un intervalo de 3 meses), pueden acumular mutaciones significativas que ponen el riesgo la efectividad del TAR, por lo que se debe coordinar con el INS, para la realización del genotipaje proviral en pacientes con carga viral entre 500 y 1,000 copias/ml. En pacientes con carga viral entre 200 – 500 copias/ml, dado que aún no es posible realizar genotipificación, se debe



fortalecer la adherencia al TAR en el NAVV y realizar un control de carga viral a los 3 meses si hubo mejoría de la adherencia.

- e. En casos de falla al TAR por criterios virológicos y sospecha de resistencia, se deberá fortalecer la adherencia en el NAVV y solicitar una nueva prueba de genotipificación, para que según los resultados se determine el nuevo esquema de tratamiento antirretroviral. El nuevo esquema de TAR debe incluir dos o tres antirretrovirales plenamente activos.
- f. La solicitud de la nueva prueba de genotipificación se realizará a través de la página web del INS (<https://www.netlab.ins.gob.pe/FrmPrincipal.aspx>).
- g. La solicitud de evaluación de los NAVV en falla virológica se realizará a través del "Expediente técnico para consultas y cambio de esquemas de TAR en niñas, niños y adolescentes con VIH" (Anexo 13). Este formato junto con todos los resultados de genotipificación se enviarán por vía electrónica al Comité de Expertos de Atención Integral del Niño y Adolescente con VIH-SIDA (cetargapediatria@minsa.gob.pe o al correo definido por el Comité) para la evaluación correspondiente, quienes definirán el nuevo esquema de TAR para el NAVV.
- h. El flujograma del procedimiento para la solicitud de la prueba de genotipificación para VIH de los NAVV en falla virológica, se describe en el Anexo 15 "Flujograma del procedimiento para solicitud de la prueba de genotipificación para VIH ante sospecha de resistencia y cambio de esquema de tratamiento".
- i. En caso de evolución tórpida (deterioro clínico que pone en riesgo la vida del niño o niña) se recomienda iniciar TAR de segunda línea inmediatamente luego de la toma de muestras para CD4, carga viral y genotipificación.
- j. Los esquemas pueden incluir los medicamentos antirretrovirales detallados en el Anexo 14 "Tabla de dosificación de antirretrovirales y forma de presentación".

6.5.5. Del manejo de las Infecciones Oportunistas en los NAVV

- a. Todos los NAVV que presenten infecciones oportunistas por *cándida*, *citomegalovirus*, *criptococo*, *hepatitis B*, *hepatitis C*, *herpes simple*, *cystoisospora*, *mycobacterium*, *pneumocystis jirovecii*, *toxoplasma*, *varicela zoster*, recibirán el tratamiento de acuerdo a lo descrito en el Anexo 17 "Manejo de Enfermedades Oportunistas".

6.5.6. Del manejo del NAVV con coinfección con Tuberculosis (TB)

- a. El TAR se debe iniciar lo más temprano posible en todos los pacientes coinfectados con TB.
- b. El manejo del NAVV coinfectado con TB es en conjunto entre la Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis (DPCTB) y la Dirección de Prevención y Control de VIH/SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis (DPVIH).
- c. Para el diagnóstico de tuberculosis, inicio de tratamiento y seguimiento en pacientes con co-infección TB/VIH, se debe implementar las recomendaciones descritas en la Norma Técnica de Salud para la atención de la Co-infección TB/VIH vigente.



6.5.7. Sobre COVID-19 en NAVV

- a. A partir de los datos disponibles sobre la infección por SARS CoV-2, los niños y niñas parecen menos propensos a presentar cuadros severos que los adultos mayores. Sin embargo, existen subpoblaciones de niños y niñas con mayor riesgo de infecciones y complicaciones relacionadas en general que son aquellos que no están tomando TAR y se encuentran en inmunosupresión. Se desconoce si la inmunosupresión relacionada al VIH incrementa el riesgo de infección por COVID-19, por lo cual se deben tomar precauciones adicionales para todas las personas con VIH avanzado o VIH mal controlado.
- b. Los NAVV deben tomar las principales medidas de prevención emitidas en los documentos normativos vigentes: distanciamiento físico, higiene de manos y uso de mascarillas.
- c. Se debe ofrecer la vacunación contra Influenza y Neumococo a todos los NAVV de acuerdo al esquema de vacunación vigente.
- d. Actualmente no existe ningún tratamiento específico para COVID-19. El tratamiento será indicado de acuerdo a las normativas vigentes para COVID-19.
- e. Para los NAVV en TAR, se debe asegurar la dispensación de medicación por 2-3 meses para minimizar el número de visitas al establecimiento de salud reduciendo el riesgo de exposición al SARS CoV-2.
- f. Implementar servicios de salud a distancia o Telemedicina (Teleorientación, Teleconsulta y Telemonitoreo) para atención de rutina y adherencia al TAR con los padres.
- g. En caso de NAVV afectados por COVID-19, considerar las indicaciones dispuestas en la normatividad vigente, tanto para el manejo ambulatorio como hospitalario.

6.5.8. Del manejo de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) en NAVV e Incidentes Adversos a Dispositivos Médicos (IADM) en NAVV

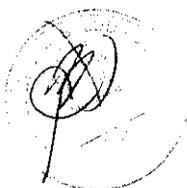
- a. Los NAVV que empiezan a recibir el TAR podrían sufrir una o más reacciones nocivas no intencionadas, que aparecen tras el inicio de su tratamiento, por lo que todos los profesionales de salud, integrantes del equipo multidisciplinario deberán estar atentos ante su presencia y reconocimiento precoz de los eventos adversos.
- b. El equipo multidisciplinario debe explicar al paciente las posibles reacciones adversas a los medicamentos, reportadas en la literatura o no, con el fin de que éste pueda participar en el reconocimiento precoz de los mismos y su manejo.

6.5.9. De la alimentación de la niña o niño con diagnóstico de VIH con sucedáneos de la leche materna (SLM)

- a. Toda madre con VIH debe recibir consejería por el personal de salud referente a la importancia del cuidado del recién nacido, la suspensión de la lactancia materna, el tipo de alimentación de su hijo (uso de SLM) desde el embarazo. Esta consejería debe ser reforzada en los diferentes controles de crecimiento y desarrollo del niño o niña.
- b. Los SLM para toda niña y niño expuesto al VIH o niña y niño con infección por VIH, serán entregados a la madre o encargado del cuidado del niño hasta los 12 meses de vida de forma gratuita, garantizando la



A. LUCCHETTI



NTS N° 167 -MINS/2020/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

entrega en la cantidad dispuesta. De ser necesario, si la madre no acude a su cita, se llevará los SLM a su domicilio y se verificará el tipo de alimentación que recibe la niña o niño expuesto.

- c. Se considera la entrega de SLM de Fase 1, para niñas y niños expuestos de 0 a 6 meses de edad y de fase 2, para niñas y niños expuestos de 6 a 12 meses de edad, según el esquema de la siguiente tabla:

Tabla N° 3

Fases/Meses	Fase 1						Fase 2						Total
	1m	2m	3m	4m	5m	6m	7m	8m	9m	10m	11m	12m	
N° de latas de *400 gr	9	11	13	14	14	15	9	9	9	7	7	7	124

**Para cálculo del número total de latas de SLM, se ha calculado en base a la presentación de 400 gr, lo que no limita la adquisición de otras presentaciones que sean equivalentes.*

- d. Los SLM tienen que cumplir con los requerimientos de aporte nutricional de acuerdo a la edad del lactante, por lo que su adquisición debe ser coordinada de acuerdo a las indicaciones del médico pediatra y en coordinación con el responsable de la estrategia de prevención y control de VIH/ITS/Hepatitis del establecimiento de salud.
- e. A partir del sexto mes de vida, el SLM viene a ser un complemento de la nutrición, por lo tanto, la madre debe recibir consejería nutricional para el inicio de la introducción de alimentos sólidos para completar los requerimientos de nutrientes y recibir un adecuado aporte nutricional.
- f. Los médicos tratantes prescribirán los SLM para aquellos casos especiales (niñas y niños expuestos al VIH prematuros, gemelares, con alergia a la lactosa u otra condición especial que el médico tratante determine), con formulaciones o presentaciones de lata según corresponda a cada caso.
- g. Las unidades ejecutoras de las DIRIS, DIRESAS o GERESAS, deben adquirir los SLM a través de la cobertura del Seguro Integral de Salud, para las niñas y niños expuestos al VIH afiliados al SIS, incluyendo la compra de SLM para los casos especiales, garantizando su entrega gratuita.
- h. El mismo esquema señalado debe aplicarse en los establecimientos de salud privados, donde se atiendan niñas y niños expuestos al VIH, según la cobertura de atención que les corresponda.
- i. En el caso que la puérpera/madre tenga una confirmación negativa a una prueba de VIH, se debe seguir las recomendaciones de "relactación" según las recomendaciones de la Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna del Ministerio de Salud, aprobada con RM N°462-2015/MINSA vigente.
- j. En el caso de puérperas/madres con VIH de comunidades indígenas, se debe seguir las recomendaciones establecidas en la Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control del VIH en Pueblos Indígenas Amazónicos, con Pertinencia Cultural, aprobada con RM N°1012-2016/MINSA vigente.

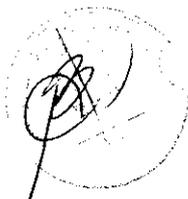


6.6. DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE BRINDAN TAR

Los servicios que ofrecen TAR a las niñas, niños y adolescentes deben ser descentralizados. Cada departamento del país debe contar por lo menos con un establecimiento que brinde TAR a NAVV. Este proceso debe ser coordinado con las DIRIS/DIRESA/GERESA correspondientes y con el soporte del Comité de Expertos de atención integral del niño, niña o adolescente con VIH/SIDA.

6.7. DEL MANEJO DE LOS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON EXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL AL VIH

- a. La exposición no ocupacional al VIH incluye los casos de violación sexual y exposición sexual de alto riesgo (sexo sin condón, sexo con trabajadores o trabajadoras sexuales, ruptura de condón, etc.).
- b. Para iniciar la atención no es requisito que la víctima previamente haya recibido atención médico legal o atención ginecológica o que el caso esté judicializado. La atención debe ser inmediata.
- c. Todo caso de exposición sexual de alto riesgo y de violencia sexual debe ser considerado un evento de alto riesgo de transmisión de VIH u otra ITS.
- d. Se realizarán las pruebas de laboratorio a los NAVV con exposición no ocupacional, para establecer ausencia de condiciones pre-existentes: sífilis (VDRL o RPR), Hepatitis B (Antígeno de Superficie), Hepatitis C (Anticuerpos VHC) y VIH (Prueba Rápida o ELISA).
- e. Realizar un cultivo de secreción cervical para gonococo, solo si ya hubo un examen médico legal.
- f. Se indicará el test de embarazo (en sangre u orina) en el caso de las adolescentes y niñas con riesgo de embarazo.
- g. En el caso de niñas y adolescentes en riesgo de embarazo se debe ofrecer anticoncepción de emergencia en coordinación con el Servicio de Ginecoobstetricia dentro de las primeras 72 horas de la exposición, de acuerdo a lo establecido en la Norma Técnica de Salud para la atención integral del adulto con VIH y la Directiva Sanitaria para el manejo de la violencia sexual, vigentes.
- h. Para el manejo profiláctico de las ITS, se indicará:
 - Niños y niñas con peso mayor de 40 kg:
 - Ceftriaxona 250 mg IM, dosis única más Azitromicina 500 mg, 2 tabletas VO, dosis única y Bencilpenicilina Benzatínica (Penicilina G Benzatínica) 2.4 millones de UI, vía IM, dosis única.
 - En adolescentes gestantes se utilizará el mismo esquema.
 - Niños y niñas con peso menor de 40 kg:
 - Ceftriaxona 20-80 mg/kg IM dosis única (Dosis máxima: 250 mg), más Azitromicina 20 mg/kg VO dosis única (Dosis máxima: 1 gr) más Bencilpenicilina Benzatínica (Penicilina G Benzatínica) 50,000 UI/kg IM dosis única. (Dosis máxima: 2.4 millones de UI).
- i. Para el manejo profiláctico para Hepatitis B
 - Si la víctima ya tiene las tres dosis de la vacuna contra la Hepatitis B no necesita refuerzos ni profilaxis.
 - Ofrecer profilaxis para infección por virus de la Hepatitis B en los no vacunados o si se desconoce su estatus vacunal.



NTS N° 167 -Minsa/2020/DGIESP
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
 INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**

- **Vacuna contra Hepatitis B:** 1° dosis: dentro de las primeras 48 horas de la exposición, 2° dosis: al primer mes de la exposición y 3° dosis: al tercer mes.
 - **Inmunoglobulina Humana contra la Hepatitis B:** una dosis de 0.06 ml/kg IM dentro de las primeras 48 horas de la exposición.
- j. Para el manejo profiláctico de la exposición al VIH
- Se debe ofrecer Profilaxis Post Exposición (PPE) para VIH lo antes posible y dentro de las 72 horas post exposición, utilizando los siguientes esquemas de antirretrovirales por un periodo de 4 semanas, según la siguiente tabla:

Tabla N° 4

GRUPO ETAREO	ESQUEMAS DE TRATAMIENTO	
	INTR	3er ARV
< 2 años	AZT+3TC	RAL o LPV/r
2 - 6 años	TDF/FTC o 3TC	RAL o LPV/r
6 a 12 años	TDF/FTC o 3TC	RAL o DTG o LPV/r
> 12 años (Tanner 4-5)	TDF/3TC/DTG o TDF/FTC + LPV/r o AZT/3TC + LPV/r	

- Para el seguimiento de las personas expuestas se debe realizar pruebas de tamizaje para sífilis y VIH a las 6 semanas de la exposición, luego se solicitará pruebas para tamizaje para VIH, sífilis, Hepatitis B y C a los 3 y 6 meses de la exposición. Si los resultados son negativos se le dará de alta al niño, niña o adolescente a los 6 meses de la exposición.

6.8. DEL REGISTRO, REPORTE Y NOTIFICACIÓN

6.8.1. De la vigilancia epidemiológica

- a. Los casos de infección por VIH y SIDA en NAAV son motivo de notificación obligatoria de acuerdo a las definiciones de caso establecidas en la Norma Técnica de Salud para la vigilancia epidemiológica en salud pública de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en el Perú vigente.
- b. Los casos de infección por VIH y SIDA en NAAV se notifican en el formato establecido para tal fin "Ficha de notificación individual de casos de infección por VIH y SIDA", siendo la periodicidad mensual de acuerdo a la Norma Técnica de Salud para la vigilancia epidemiológica en salud pública de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en el Perú" vigente o la que haga sus veces.
- c. El llenado de los formatos de notificación de VIH/SIDA será de responsabilidad del personal del establecimiento de salud en coordinación con el responsable de epidemiología. El flujo de esta información se hará a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA.

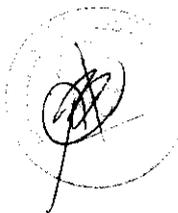


6.8.2. Del registro de pruebas diagnósticas y de seguimiento

- a. La fuente primaria para el reporte de datos es la historia clínica y el registro nominal de pacientes con infección por VIH. Los profesionales de salud deben conocer, cumplir y hacer cumplir lo establecido en la Ley N° 29733 (Ley de Protección de Datos Personales).
- b. Los resultados de las pruebas de diagnóstico para VIH deben estar registradas en la historia clínica de forma obligatoria, llenado por el profesional que atiende al niño, niña o adolescente según nivel de atención.
- c. Los resultados de las pruebas de ELISA para VIH, las pruebas confirmatorias, y de las pruebas de monitoreo: recuento de CD4 y CV, genotipificación que emite el INS se encuentran 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:
 - Recuento de CD4 en cinco (5) días calendario.
 - Carga viral en quince (15) días calendario.
 - Genotipificación en veinte (20) días calendario.
- d. El registro de los resultados de las pruebas de tamizaje para VIH, las pruebas confirmatorias y de monitoreo en los formatos de monitoreo y seguimiento es responsabilidad de enfermería del equipo multidisciplinario, estos resultados serán debidamente registrados confidencialmente.
- e. El responsable de la Estrategia de Prevención y Control de VIH/ITS/Hepatitis del establecimiento de salud debe realizar y supervisar el registro correcto de la información de los casos de VIH, debiendo informar al coordinador de la estrategia de prevención y control de VIH/ITS/Hepatitis de la DIRIS/DIRESA/GERESA sobre el manejo y seguimiento o referencia de los casos de VIH.
- f. El Laboratorio de Referencia Nacional a través de la Red de Laboratorios debe supervisar la aplicación correcta de las pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis B.
- g. El consolidado de la información es de responsabilidad del responsable de VIH de cada establecimiento de salud que reporta casos. La información es remitida al coordinador de la estrategia de prevención y control de VIH/ITS/Hepatitis de la DIRIS/DIRESA/GERESA, quien se encarga de la depuración del registro nominal y envío a nivel central trimestralmente.
- h. El responsable de la estrategia de prevención y control de VIH/ITS/Hepatitis o el que haga sus veces en el establecimiento de salud reportará los tamizajes de las áreas que realicen esta actividad, sea del servicio de laboratorio, servicio de prevención y control de tuberculosis, bancos de sangre, servicios de hospitalización, emergencia, entre otros.
- i. El análisis y control de calidad de la información de tamizaje de VIH es responsabilidad de los coordinadores de la estrategia de prevención y control de VIH/ITS/Hepatitis de las DIRIS/DIRESA/GERESA. La información se debe reportar en formatos de la Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) se consolidará mensualmente y se reportará a nivel central trimestralmente.
- j. Todos los NAVV que ingresan a TAR, también ingresan al Sistema de Identificación y Registro y Seguimiento para TAR. Este registro guardará la confidencialidad del usuario de acuerdo a lo estipulado en la Ley N°



A. LUCCHETTI



26626 (CONTRASIDA) y la Ley N° 29733 (Ley de Protección de Datos Personales).

- 6.8.3.** Del reporte de reacciones adversas a medicamentos (RAM) e incidentes adversos a dispositivos médicos (IADM) en NAVV
- Todos los integrantes del equipo multidisciplinario y los profesionales de salud, bajo responsabilidad, están obligados a reportar todas las sospechas de reacciones adversas e incidentes adversos según flujograma establecido en el Anexo 11 “Flujograma para el reporte de sospecha de reacción adversa a medicamento antirretroviral” y formatos establecidos y vigentes.
 - El establecimiento de salud, a través del jefe de farmacia, es responsable de comunicar a la Dirección de Medicamentos Insumos y Drogas de la DIRIS/DIRESA/GERESA correspondiente, las notificaciones de las sospechas de reacciones adversas y/o incidentes adversos a dispositivos médicos, si estas son graves dentro de las veinticuatro (24) horas de conocido el evento y si son leves o moderadas en un plazo no mayor de quince (15) días calendario.
 - Las sospechas de reacciones adversas e incidentes adversos deben ser remitidas al Centro de Referencia Regional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia en el respectivo formato aprobado⁷ por la DIGEMID utilizando los medios de comunicación disponibles. En el caso de los establecimientos con internamiento, remitir en un plazo no mayor de siete (7) días calendario, desde la recepción del reporte, el informe de investigación de sospecha de reacción adversa grave elaborado por el Comité de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia del establecimiento de salud.
 - El Comité de Farmacovigilancia y/o el responsable de Farmacia y/o Farmacovigilancia del establecimiento de salud enviará las notificaciones de reacciones adversas e incidentes adversos al Centro de Referencia Regional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia o al Centro de Referencia Institucional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia del cual dependan.
 - El Comité de Farmacovigilancia de los establecimientos de salud con internamiento debe proporcionar asesoría y orientación sobre la evaluación de causalidad y otros asuntos técnicos.
 - En caso de una reacción adversa grave se debe realizar el Informe de Investigación de Sospecha de Reacción Adversa Grave, de acuerdo a lo detallado en el Anexo 16, “Informe de investigación de sospecha de reacción adversa grave”.



6.9. DEL SUMINISTRO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y REACTIVOS DE LABORATORIO

- Las pruebas rápidas de VIH y sífilis (PR y pruebas rápidas duales), pruebas rápidas para hepatitis B, antirretrovirales, pruebas de diagnóstico y monitoreo (recursos estratégicos definidos por la DPVIH), serán adquiridas por el Ministerio de Salud a través del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES) de manera centralizada de acuerdo al requerimiento de las DIRIS/DIRESA/GERESA o las que hagan sus veces. Esto permitirá mejorar la calidad de los insumos adquiridos en el

⁷ http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Tecnovigilancia/Reporte/F_Profesional.pdf

contexto de una economía de escala. No debe producirse desabastecimiento de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y reactivos de laboratorio en ningún nivel de atención.

- b. Las DIRIS/DIRESA/GERESA o las que hagan sus veces son las responsables de evaluar, consolidar y programar el requerimiento del año de pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis B, a fin de garantizar el abastecimiento permanente y oportuno en los establecimientos de salud de su jurisdicción.
- c. Las DIRIS/DIRESA/GERESA o las que hagan sus veces son las responsables de garantizar el abastecimiento permanente y oportuno de todos los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y reactivos de laboratorio, para la prevención, diagnóstico y tratamiento de los niñas, niños y adolescentes con VIH, de acuerdo al requerimiento de los establecimientos de salud.
- d. La distribución de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos descritos en la presente norma hacia los establecimientos de salud, es responsabilidad de las DIRIS/DIRESA/GERESA o las que haga sus veces a través de sus DEMID/DIREMID.

6.10. DE LA DISPENSACIÓN Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

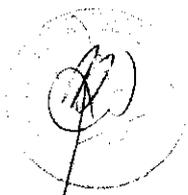
- a. La dispensación y el seguimiento farmacoterapéutico de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos será garantizado por el químico farmacéutico de la institución y según la categoría a la que correspondan y el nivel de complejidad.
- b. El profesional deberá brindar una atención adecuada y crear una cultura sobre el buen uso de los productos farmacéuticos y medicamentos, así como optimizar la adherencia al tratamiento a través de intervenciones farmacéuticas.
- c. Se deberá tener el espacio físico, los recursos logísticos, y el recurso humano necesario para brindar el servicio.
- d. La dispensación y seguimiento farmacoterapéutico se dará bajo las normativas vigentes.
- e. En el seguimiento farmacoterapéutico, si se considera que existe ineffectividad o inseguridad del tratamiento, falta de adherencia, se contribuirá con la solución respectiva, teniendo en cuenta una comunicación directa y continua con el médico prescriptor, así mismo presentará y retroalimentará continuamente los resultados al equipo de salud.

6.11. DE LOS COMPONENTES DE GESTIÓN

6.11.1. Componente de Prestación

Todos los establecimientos de salud, públicos y privados organizarán según la categoría a la que correspondan y el nivel de complejidad, las atenciones necesarias para el cumplimiento de la presente Norma Técnica de Salud, en:

- a. Atenciones de internamiento.
- b. Atenciones de consulta externa.
- c. Atenciones de emergencia.
- d. Atenciones extramurales o comunitarias.



6.11.2. Componente de Organización

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

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

6.11.3. Componente de Gestión

- a. Los establecimientos de salud, públicos y privados, según la categoría a la que correspondan y el nivel de complejidad, para el cumplimiento de la presente Norma Técnica de Salud, deberán prever para las acciones pertinentes en relación a la planificación, organización, dirección y control, que aseguren la prestación de las atenciones necesarias.
- b. Los coordinadores de la estrategia de prevención y control de VIH/ITS/Hepatitis, deberán monitorear y evaluar los indicadores relacionados al proceso de atención integral de la niña, niño y adolescente con VIH. Con relación a la información a usarse con fines de monitoreo, se considerarán, entre otros, los siguientes:
 - Niñas, niños y adolescentes que viven con el VIH.
 - Niñas, niños y adolescentes que viven con VIH en TAR.
 - Niñas, niños y adolescentes con VIH con supresión virológica.
 - Niñas, niños y adolescentes que viven con VIH que inician con un recuento de CD4 < 200 células/mm³.
 - Niñas, niños y adolescentes que viven con VIH que abandonan el TAR.

6.11.4. Componente de Financiamiento

- a. La atención integral de los NAVV es gratuita en los establecimientos de salud públicos; el financiamiento de las intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento se cubrirá según lo estipulado en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- b. Los establecimientos de salud, públicos y privados, según la categoría a la que correspondan y el nivel de complejidad, para el cumplimiento de la presente Norma Técnica de Salud, deberán prever el financiamiento necesario que asegure la prestación de las atenciones dispuestas.
- c. El Ministerio de Salud dispone el financiamiento de las intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas con infección por VIH establecidas en la presente norma, a través del presupuesto del Programa Presupuestal 016 TB/VIH.
- d. El Seguro Integral de Salud financiará las atenciones dispuestas en la presente Norma Técnica de Salud, para los asegurados del SIS de acuerdo a su plan de cobertura, disponibilidad presupuestal,



NTS N° 167 -MINSAL/2020/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

normatividad vigente aplicable y que no sean financiados por otra fuente de financiamiento.

- e. EsSalud así como los seguros privados de salud garantizarán el financiamiento de las atenciones dispuestas en la presente Norma Técnica de Salud, para sus asegurados, en los planes de cobertura correspondientes.

VII. RESPONSABILIDADES

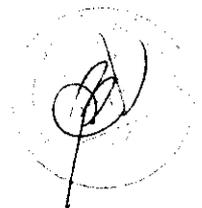
7.1. DEL NIVEL NACIONAL

- a. El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) y la Dirección de Prevención y Control de VIH, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis (DPVIH), es responsable de la difusión hasta el nivel regional de la presente Norma Técnica de Salud. Así mismo, es responsable de brindar asistencia técnica, supervisar y evaluar el cumplimiento de la misma.
- b. El Instituto Nacional de Salud (INS), el Seguro Integral de Salud (SIS), así como la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES), el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral, a través de la Etapa de Vida Niño y la Etapa de Vida del Adolescente, son responsables, en lo que corresponda, del cumplimiento de lo dispuesto en la presente Norma Técnica de Salud.
- c. CENARES es responsable de conducir la programación y realizar los procesos de adquisición, almacenamiento y distribución de productos farmacéuticos y dispositivos médicos de suministro centralizado. Dicha programación es realizada por las DIRESA/GERESA/DIRIS a través de la DIREMID o la que haga sus veces, de acuerdo a la necesidad establecida por los establecimientos de salud y consolidada por la DPVIH utilizando los criterios de programación establecidos en las Definiciones Operacionales del Programa Presupuestal 016 TB-VIH/SIDA.
- d. El INS es responsable de brindar asistencia técnica para la programación y determinar las especificaciones técnicas de las pruebas de diagnóstico (tamizaje y de confirmación), monitoreo de VIH (CD4, PCR, carga viral, genotipificación), a nivel nacional y en coordinación con la DPVIH; los mismos que son adquiridos a través de compra centralizada por CENARES.
- e. Es responsabilidad de la DPVIH contar con la data actualizada de las niñas, niños y adolescentes diagnosticados con VIH, considerando la protección de datos personales en salud, de acuerdo a la Directiva administrativa N° 294-MINSAL/2020/OGTI



7.2. DEL NIVEL REGIONAL

- a. Las DIRIS/DIRESA/GERESA o las que hagan sus veces en el ámbito regional, son responsables de difundir la presente Norma Técnica de Salud, así como de brindar asistencia técnica, implementar y supervisar el cumplimiento de la misma.
- b. Las DIRIS/DIRESA/GERESA son responsables de implementar en su jurisdicción por lo menos un establecimiento de salud de referencia para la atención de NNAV.



NTS N° 167 -MINSAL/2020/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

- c. La DIREMID proveerá los medicamentos de compra centralizada de acuerdo a programación y requerimiento en función de la necesidad establecida con el coordinador de la estrategia de prevención y control de VIH/ITS/Hepatitis de la DIRIS/DIRESA/GERESA. Asimismo, deberá realizar el monitoreo periódico de la disponibilidad adecuada de estos productos en cumplimiento de la normativa vigente del SISMED.

7.3. DEL NIVEL LOCAL

- a. Las redes y establecimientos de salud de todos los niveles de salud, públicos y privados, son responsables de aplicar la presente Norma Técnica de Salud, según corresponda de acuerdo a su categoría y nivel de complejidad.
- b. Las autoridades que dirigen o gerencian los establecimientos de salud de las diversas instituciones públicas y privadas, son responsables de dar las disposiciones necesarias para asegurar el cumplimiento de lo dispuesto en la presente Norma Técnica de Salud.

VIII. DISPOSICIÓN FINAL

En situaciones de emergencia sanitaria se diseñarán intervenciones específicas a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) del Ministerio de Salud en coordinación con las autoridades regionales y locales de acuerdo a las características geográficas y culturales de la zona.

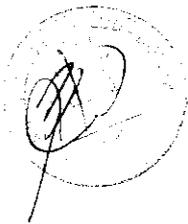
IX. ANEXOS

- ANEXO 1** Flujograma para la atención, diagnóstico y tratamiento en niñas, niños y adolescentes < 14 años en riesgo de infección por VIH e ITS, con y sin presencia del padre o tutor.
- ANEXO 2** Flujograma para la atención, diagnóstico y tratamiento en adolescentes ≥ 14 años en riesgo de infección por VIH e ITS, con y sin presencia del padre o tutor.
- ANEXO 3** Estadios de Infección de VIH basado en edad y recuento de CD4.
Tabla 1: Clasificación de la infección VIH/SIDA según categorías clínicas e inmunológicas.
Tabla 2: Categorías inmunológicas según edad y recuento de CD4.
- ANEXO 4** Hoja de evaluación integral para el ingreso al tratamiento antirretroviral en niñas, niños y adolescentes con infección por VIH (Hoja I).
- ANEXO 5** Hoja de consentimiento informado para el inicio de tratamiento antirretroviral en el niño, niña y adolescente con infección por el VIH.
- ANEXO 6** Exámenes de laboratorio basales y de seguimiento en niñas, niños y adolescentes con VIH.
- ANEXO 7** Ficha de Laboratorio para pruebas de monitoreo de CD4 y CV en VIH.
- ANEXO 8** Tarjeta de seguimiento de tratamiento antirretroviral en niñas, niños y adolescentes.
- ANEXO 9** Formato de Derivación de Personas con VIH.
- ANEXO 10** Estrategias para revelar el diagnóstico en niñas, niños y adolescentes con VIH.



NTS N° 167 -Minsa/2020/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

- ANEXO 11** Flujograma para el reporte de sospecha de reacción adversa a medicamento antirretroviral.
- ANEXO 12** Calendario de inmunizaciones en niños y niñas viviendo con VIH.
- ANEXO 13** Expediente Técnico para consultas y cambio de esquemas de TAR en niñas, niños y adolescentes con VIH.
- ANEXO 14** Tabla de dosificación de antirretrovirales y forma de presentación.
- ANEXO 15** Flujograma del procedimiento para solicitud de la prueba de genotipificación para VIH ante sospecha de resistencia y cambio de esquema de tratamiento.
- ANEXO 16** Informe de investigación de sospecha de reacción adversa grave.
- ANEXO 17** Manejo de Enfermedades Oportunistas.



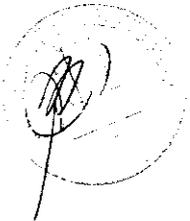
GLOSARIO DE SIGLAS

3TC	Lamivudina.
ABC	Abacavir.
ADN	Acido desoxirribonucleico.
ASP	Agente de soporte personal.
ATV	Atazanavir.
AZT	Zidovudina.
CENARES	Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud.
CD 4	Recuento de linfocitos con marcador CD4.
CMV	Citomegalovirus.
CV	Carga viral.
DFC	Dosis fija combinada.
DIRIS	Dirección de Redes Integradas de Salud.
DIRESA	Dirección General de Salud.
DGIESP	Dirección General de Intervención Estratégicas en Salud Pública.
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.
DIREMID	Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas.
DPCTB	Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis.
DPVIH	Dirección de Prevención y Control de VIH/SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis.
DRV	Darunavir.
DTG	Dolutegravir.
EFV	Efavirenz.
ELISA	Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas.
ETV	Etravirina.
FTC	Emtricitabina.
GERESA	Gerencia Regional de Salud.
IFI	Inmunofluorescencia indirecta.
INS	Instituto Nacional de Salud.
ITS	Infecciones de transmisión sexual.
LGP	Linfadenopatía generalizada persistente.
LIA	Inmunoensayo en línea.
MAMIS	Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud
MINSA	Ministerio de Salud.
MIMP	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
NETLAB	Sistema de información de pruebas de laboratorio del Instituto Nacional de Salud.



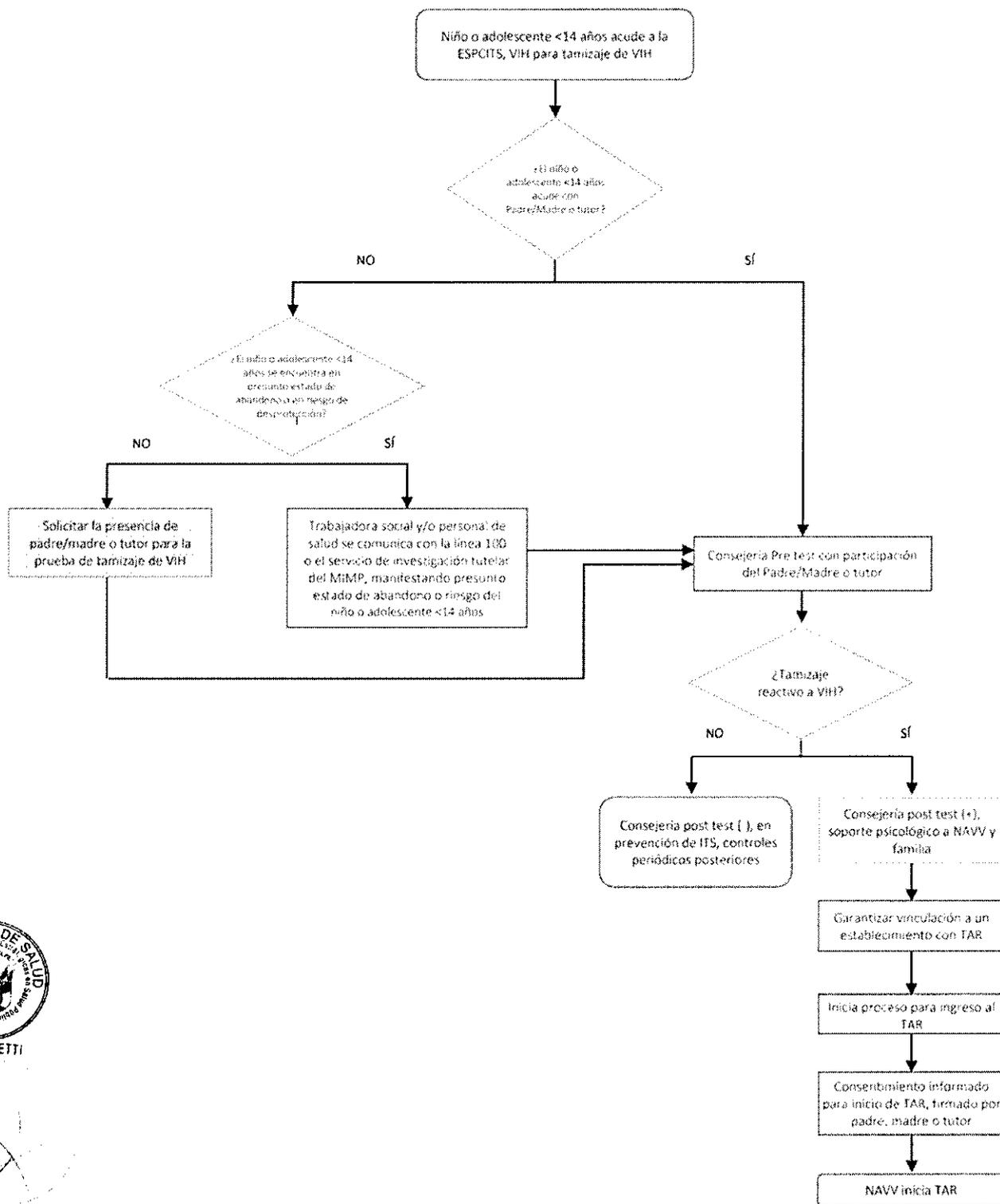
NTS N° 167 -Minsa/2020/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

NAVV	Niña, niño y adolescente viviendo con el VIH.
NVP	Nevirapina.
OGTI	Oficina General de Tecnología de la Información.
PCR	Reacción en cadena de la polimerasa.
PPD	Derivado proteínico purificado.
PPE	Profilaxis post exposición.
RAL	Raltegravir.
RAM	Reacción adversa a los medicamentos.
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
TAR	Tratamiento Antirretroviral.
TB	Tuberculosis.
TDF	Tenofovir.
TMP/SMX	Trimetoprim / Sulfametoxazol.
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory.
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana.
VO	Vía Oral.



ANEXO 1

FLUJOGRAMA PARA LA ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES < 14 AÑOS EN RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH E ITS, CON Y SIN PRESENCIA DEL PADRE O TUTOR



A. LUCCHETTI

ANEXO 3

ESTADIOS DE INFECCIÓN DE VIH BASADO EN EDAD Y RECUENTO DE CD4

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

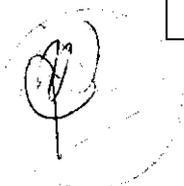
CDC en 1994 estableció categorías inmunológicas que se recogen en la tabla 2. En condiciones normales los niños y niñas tienen cifras de CD4 mayores a la de los adultos, y pueden tener infecciones oportunistas con cifras de CD4 más elevadas que en los adultos. Por lo que es necesario tomar en cuenta 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	
	Nº/ml	%	Nº/ml	%	Nº/ml	%
g) Sin supresión	≥1500	≥34	≥1000	≥30	≥500	≥25
h) Con supresión moderada	750-1499	26-33	500-999	22-29	200-499	14-24
i) Con supresión severa	<750	<26	<500	<22	<200	<14

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

CATEGORÍAS	DESCRIPCIÓN
Categoría N: Asintomáticos:	Niños y 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. <ol style="list-style-type: none"> 1. Linfadenopatía Generalizada Persistente (LGP) (mayor o igual a 0.5 cm más de una región o bilateral en una región). 2. Hepatomegalia. 3. Esplenomegalia. 4. Dermatitis. 5. Parotiditis.

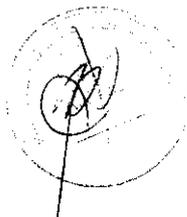


NTS N° 167 -MINSAL/2020/DGIESP
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN
 POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**

CATEGORÍAS	DESCRIPCIÓN
	6. Infección respiratoria alta persistente o recurrente (sinusitis u otitis media)
Categoría B: Signos y síntomas moderados:	j) Anemia (Hb menor a 8 gr/dl), neutropenia (menor a 1,000/mm ³) o trombocitopenia (menor de 100,000/mm ³) persistente (mayor de 30 días). k) Meningitis, neumonía o sepsis bacteriana (episodio único) l) Candidiasis oro faríngea persistente mayor de dos meses en mayores de seis (6) meses. m) Cardiomiopatía. n) Infección por citomegalovirus, instalación antes del mes de edad. o) Diarrea recurrente o crónica p) Hepatitis. q) Estomatitis recurrente a virus herpes simple (mayor de dos (2) episodios en un (1) año). r) Bronquitis, neumonitis o esofagitis herpética, de inicio antes del mes de edad. s) Herpes zoster por lo menos dos (2) episodios distintos o que toma más de un dermatoma. t) Leiomiosarcoma u) Neumonitis intersticial linfoide o complejo de hiperplasia pulmonar linfoide v) Nefropatía w) Nocardiosis x) Fiebre persistente mayor de un mes y) Toxoplasmosis de inicio antes del mes de edad. z) Varicela diseminada o complicada. aa) Tuberculosis pulmonar (no incluida en la clasificación de la CDC de 1994).
Categoría C: Signos y síntomas severos:	bb) 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) cc) Candidiasis esofágica o pulmonar (bronquios, tráquea, pulmones) dd) Coccidioidomicosis diseminada (en un lugar diferente a pulmones o a ganglios cervicales o hiliares o en adición a ellos) ee) Criptosporidiosis o cistisosporiasis con diarrea persistente mayor de un mes.



A. LUCCHETTI



NTS N° 167 -MINSAL/2020/DGIESP
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN
 POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**

CATEGORÍAS	DESCRIPCIÓN
	<p>ff) Enfermedad por citomegalovirus en niños y niñas mayores de un mes (excepto en hígado, bazo o ganglios linfáticos).</p> <p>gg) Histoplasmosis diseminada (en un lugar diferente a pulmones o a ganglios cervicales o hiliares, o en adición a ellos)</p> <p>hh) Encefalopatía: Por lo menos uno 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pérdida o falla para alcanzar el desarrollo neurológico, o 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. <p>ii) Infección por herpes simple: úlcera mucocutánea que persiste más de un mes o bronquitis, neumonitis o esofagitis en niños y niñas mayores de un mes.</p> <p>jj) Sarcoma de Kaposi.</p> <p>kk) Linfoma primario cerebral.</p> <p>ll) Linfoma de Burkitt, o inmunoblástico, o de células gigantes, de células B, o con fenotipo inmunológico desconocido.</p> <p>mm) Mycobacterium tuberculosis diseminado o extrapulmonar.</p> <p>nn) Otras especies de Mycobacterias diseminadas (en lugar diferente a pulmones, piel ganglios cervicales o hiliares o en adición a ellos).</p> <p>oo) Neumonía a Pneumocystis jirovecii.</p> <p>pp) Leucoencefalopatía multifocal progresiva.</p> <p>qq) Sepsis a Salmonella no tífica recurrente.</p> <p>rr) Toxoplasmosis cerebral de inicio en niños y niñas mayores de un mes.</p> <p>ss) Síndrome consuntivo: en ausencia de otra enfermedad que lo explique:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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° 167 -MINSAL/2020/DGIESP
 NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN
 POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

ANEXO 4

HOJA DE EVALUACIÓN INTEGRAL PARA EL INGRESO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR VIH (HOJA I)

HOJA DE EVALUACIÓN INTEGRAL PARA EL INGRESO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR VIH												
I. DATOS DE FILIACION:												
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombres			D.N.I.		H.C.	
Fecha Nacimiento		Edad	Sexo		Grupo Étnico		Grado de Instrucción		Lugar de Nacimiento		Lugar de Procedencia	
/ /			M F									
Nombre y Apellidos del Padre/Tutor				Teléfonos		Dirección			Distrito			
Referencia del domicilio												
II. ANTECEDENTES												
ANTECEDENTES PERSONALES												
Prueba tamizaje		Prueba confirmatoria (Marque una sola)				Fecha		Grupo poblacional*				
/ /		IFI	CV	PCR Otros:		/ /		HSH	TRANS	TS	PG	Otros:
Forma de transmisión			Habitos Nocivos:			Alcohol*		Tabaco*		Drogas*		* Exclusivo en el caso de adolescentes.
Sexual	TMI*	Otra :				SI	NO	SI	NO	SI	NO	*TMI: Transmisión materno infantil
ANTECEDENTES FAMILIARES DE IMPORTANCIA												
Madre en TAR		NO	SI	EESS donde recibe TAR								
Contactos de TB:		NO	SI	EESS donde recibe tratamiento anti TB								
Otros:												
III. EVALUACION CLINICA												
INFECCIONES OPORTUNISTAS/CO-MORBILIDADES (Ultimo año)												
Enfermedad			Fecha de Dx.			Activa		Tratamiento recibido		EESS		
						SI NO						
TERAPIA PREVENTIVA												
VACUNACION		¿Inició vacunación?		SI	No	¿Recibe vacunación regular según edad?		No	SI	Adjuntar copia de carné de vacunación.		
TP TMP/SMX		NO	SI	Fecha de Inicio		Observaciones:						
TP TB		NO	SI	Fecha de Inicio		Fecha de Fin.		Observaciones:				
EXAMEN FÍSICO												
Peso (Kg)		Talla (cm)		Examen Físico								
				N	A	Describir lo patológico:						
ANTECEDENTE DE USO DE ARV :												
NO	SI	Lugar				Esquema			Período			
Basaes		Fecha		TAR DE INICIO								
CD4												
CV												
										Fecha/Firma y Sello del Médico Tratante		



A. LUCCHETTI

NTS N° 167 -MINS/2020/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

IV. ENTREVISTA DE ENFERMERIA.					
CONSIDERACIONES PARA LA ADHERENCIA (Valoración aplicable al apoderado y/o paciente)					
El personal de Enfermería indagará sobre los factores que se relacionen con una adecuada adherencia al TAR para definir los diagnósticos de enfermería y/o conduciendo al paciente a proponer sus propias soluciones:					
Diagnóstico: Explore si el niño o adolescente conoce su diagnóstico y si el apoderado conoce el proceso de la infección.					
TAR: Explore los conocimientos del Padre/tutor del niño o adolescente sobre el TAR.					
Soporte familiar: Explore si cuenta con soporte familiar o de pareja, si ha compartido su diagnóstico, principales preocupaciones y/o temores.					
Otros.					
AGENTE DE SOPORTE PERSONAL (ASP)					
Nombre y Apellidos		Género	M	F	Otros:
Domicilio		Teléfono:			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA^f.					
Marcar el o los diagnósticos de Enfermería según cada caso, serán identificados en el apoderado y/o en el paciente.					
<input type="checkbox"/>	Conocimientos deficientes relacionados a la infección por VIH/SIDA (creencias, información inadecuada, entre otros). ^a	<input type="checkbox"/>	Protección ineficaz relacionado a trastorno inmunitario por VIH (hacinamiento, mala higiene, mala alimentación, entre otros). ^{a,b}		
<input type="checkbox"/>	Inadecuada disposición para la aceptación del diagnóstico. ^a	<input type="checkbox"/>	Insomnio relacionado al tratamiento antirretroviral. ^b		
<input type="checkbox"/>	Inadecuada disposición para mejorar los conocimientos. ^{a,b}	<input type="checkbox"/>	Inadecuado apoyo social (familiar o del estado) para la adherencia. ^{a,b}		
<input type="checkbox"/>	Inadecuada disposición para mejorar el autocuidado (mala higiene, mala alimentación, entre otros) ^{a,b}	<input type="checkbox"/>	Incumplimiento del TAR relacionado con motivación insuficiente, creencias de salud incongruentes, entre otros ^b		
<input type="checkbox"/>	Interrupción de la lactancia materna relacionado con enfermedad de la madre infectada por VIH ^a	<input type="checkbox"/>	Otros _____		
<input type="checkbox"/>	Riesgo de infección relacionado a exposición a patógenos, (vacunación inadecuada o malnutrición). ^{a,b}	<input type="checkbox"/>	Otros _____		
<i>a. Diagnósticos para pacientes nuevos. b. Diagnósticos para pacientes continuadores</i>					
^f Fuente: Adaptado de Nanda Internacional. Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y clasificación, 2018-2020					
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA					
Fecha/Firma y Sello de la Enfermera					



NTS N° 167 -MINSAL/2020/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

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



[Handwritten signature]

NTS N° 167 -MINS/2020/DGIESP
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN
 POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**

5. ¿Conoce de métodos anticonceptivos?				
6. ¿Actualmente usa algún método anticonceptivo?				
7. ¿Alguna vez ha tenido o tiene síntomas de ITS (flujo vaginal, úlceras/lagas en los genitales, etc)?				
8. ¿Alguna vez a sido agredida(o) física o psicológicamente por su pareja u otra persona importante para Usted?. (Aplicar ficha de tamizaje de violencia basada en género)				
9. ¿Conoce sobre prevención de cáncer de cuello uterino y de mamas?				
Conclusión diagnóstica				
Plan de Seguimiento				
			Fecha/Firma y Sello de la Obstetra	
VII. EVALUACION SOCIAL: Enfatizar la información relacionada a los contactos en riesgo de VIH.				
PARENT ESCO	NOMBRES Y APELLIDOS (EDAD)	Conoce su diagnóstico?		OBSERVACIONES
		SI	NO	NO SABE
		SI	NO	NO SABE
		SI	NO	NO SABE
		SI	NO	NO SABE
		SI	NO	NO SABE
BARRERAS Y FACILITADORES SOCIALES		SI	NO	ESPECIFIQUE
1. ¿ Tiene dificultades para transportarse al hospital?				
2. ¿Tiene dificultades para venir al hospital debido a su trabajo o estudios?				
3. ¿Tiene dificultades para pagar sus citas, medicamentos o exámenes de labo				
4. ¿Tiene dificultades para conseguir buenos alimentos en cantidad suficiente?				
5. ¿Tiene o ha tenido antecedentes judiciales, penales o policiales?				
6. ¿Ha sido rechazado por su familia debido a su diagnóstico de VIH?				
7. ¿Le preocupa ser visto por personas conocidas en el hospital?				
8. ¿Recibe apoyo de alguna institución, organización o programa social?				
9. ¿Alguna vez ha realizado trabajo sexual?				
10. ¿ Tiene dificultades para hacer sus actividades debido a alguna discapacidad física o mental?				
DIAGNOSTICO SOCIAL:				
Pre – diagnóstico				
Diagnóstico social				
<input type="checkbox"/>	Problemas relacionados con bajos ingresos (Z59.6)			
<input type="checkbox"/>	Problemas relacionados con pobreza extrema (Z 59 .5)			
<input type="checkbox"/>	Problemas relacionados con desempleo (Z56.0).			
<input type="checkbox"/>	Problemas relacionados con vivienda inadecuada (Z59.1)			
<input type="checkbox"/>	Problemas relacionados con soporte socio-familiar (Z63.2)			
<input type="checkbox"/>	Problemas relacionados con exclusión y rechazo social (Z60.4)			
<input type="checkbox"/>	Problemas relacionados con relación de pareja (Z63.0)			
<input type="checkbox"/>	Problemas relacionados con falta de alimentos adecuados (Z59.4)			
<input type="checkbox"/>	Problemas relacionados con discapacidad:	Fecha/Firma y Sello de la Trabajadora Social		



ANEXO 5

**HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DE TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR
EL VIH**

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

El tratamiento que le suministrarán busca disminuir la cantidad del virus en su sangre, mejorando su sistema de defensas (inmunológico) y por tanto, disminuyendo la probabilidad que el niño/adolescente enferme; mejorando así su calidad de vida.

Los efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH pueden variar dependiendo del medicamento y de la persona que lo toma. Dos personas tomando el mismo medicamento contra el VIH pueden tener efectos secundarios muy diferentes. Algunos efectos secundarios, como dolores de cabeza o mareo ocasional, náuseas o, vómitos, tal vez no sean graves. Otros efectos secundarios, como inflamación del hígado, anemia o reacciones alérgicas severas pueden ser potencialmente mortales. Le solicitamos que de presentar la niña, niño o adolescente algún malestar relacionado con la toma del tratamiento, se comunique y acuda inmediatamente al establecimiento de salud para atenderlo oportunamente.

Actualmente el Ministerio de Salud ofrece gratuitamente el tratamiento a los niñas, niños y adolescentes con VIH. El médico le explicará con todo detalle el proceso para el inicio del tratamiento y usted es totalmente libre de formular todas las preguntas que desee.

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

Usted, al aceptar el inicio del tratamiento en el niño/adolescente también se compromete a cumplir con asistir a las citas programadas con el paciente y administrar al niño/adolescente los medicamentos en forma diaria y permanente de acuerdo a lo recomendado por el equipo de salud. La mejoría de la salud de su niño/adolescente depende mucho de la adherencia o continuidad al tratamiento, el cual debe ser supervisado por Ud.

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

Una vez que hayan resuelto todas sus dudas y acepte iniciar el tratamiento antirretroviral en el niño, niña o adolescente, usted debe firmar este consentimiento informado.

.....
.....

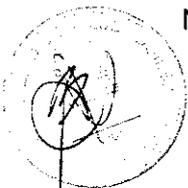
Dejo constancia que he leído el contenido de este Consentimiento Informado, que he tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas y que han sido respondidas satisfactoriamente. He decidido que mi niño/adolescente inicie tratamiento antirretroviral, administraré los medicamentos de acuerdo a las indicaciones y horarios recomendados y acudirá a las citas programadas. Así mismo declaro que mi niña, niño o adolescente no recibe tratamiento en otra institución del Perú o del extranjero.

.....
Nombres y apellidos del padre/ madre, tutor o cuidador

.....
Fecha y firma

.....
Nombres y apellidos del médico tratante

.....
Fecha y firma



ANEXO 6 EXÁMENES DE LABORATORIO BASALES Y DE SEGUIMIENTO EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON VIH

Exámenes de Laboratorio	Pre TAR	Cada 02 semanas en primer mes	Mensual entre el 2do y 3er mes	Al 3er mes	Cada 02 meses en el primer año	Al 6to mes	Cada 03 meses despues del primer año y en adelante	Cada 06 meses despues del 2do año y en adelante	Cada 12 meses despues del 3er año	Despues de cada cambio de esquema	Observaciones
Historia médica y examen físico	√	√	√		√		√			√	
Evaluación de la adherencia	√	√	√		√		√			√	
Carga viral plasmática	√			√		√		√		√	Carga viral al 3er, 6to y 12vo mes en el primer año. Al 3er mes despues de cada cambio
Recuento de CD4	√					√			√		Al 6to y 12vo mes de iniciado el TAR, Luego cada 12 m a partir de 2do año. En NAW con CD4 > 350 y CV suprimidas por mas de 3 años, puede ser opcional.
Test de Resistencia (Genotipo)	√										Adicionalmente antes del cambio de antirretrovirales en pacientes con buena adherencia y en falla virológica
Hemograma	√			√		√		√	√		
Glucosa	√			√		√		√	√		
Urea y Creatinina	√			√		√		√	√		
Examen de Orina	√			√		√		√	√		
Perfil lipídico	√								√		Cada 12 meses.
Antígeno de superficie (AgshB)	√					√			√		Cada 06 meses, si no recibió vacuna.
Anticore total hepatitis B	√					√			√		Colocar vacuna para hepatitis B en adolescentes que sean negativos al anticore total
Anticuerpos para Hepatitis C	√								√		En el pre TAR, y luego cada 12 meses
Test de Embarazo (Mujeres en edad fértil)	√										Test adicionales en situaciones de amenorrea.
Radiografía de tórax	√										



ANEXO 7

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

		MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD CENTRO NACIONAL DE SALUD PUBLICA	
ORDEN DE LABORATORIO DE PRUEBAS DE MONITOREO PARA CD4 Y CV EN VIH			
Nombre completo del paciente:			
DIRESA/GERESA	EE.SS.	DNI	Fecha de Nacimiento
			/ /
Gestante	Semana de Gestación	HSH	TS
PPL	Niño	Indígena Amazónico	PG
Prueba Solicitada	Recuento de linfocitos CD4/CD8 por citometría de flujo		()
	Determinación de carga viral para VIH		()
Motivo de solicitud	Paciente recién diagnosticado VIH		()
	Seguimiento y Evaluación para inicio de TAR		()
	Control periódico con TAR		()
HORA Y FECHA DE OBTENCION MUESTRA _____		FECHA DE ENVIO DE MUESTRA _____	

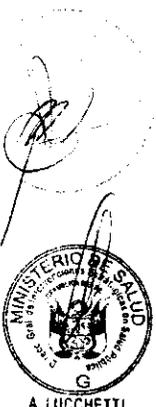


A. LUCCHETTI

ANEXO 8

TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA PARA ADMINISTRACIÓN DE TAR Y TERAPIA PREVENTIVA EN NAVV												
DIRECCIÓN DE SALUD							N° DE CASO					
EE.SS.							N° DE H. CL.					
NOMBRES Y APELLIDOS							DNI:					
FECHA DE NACIMIENTO			EDAD		SEXO		M	F	FECHA INICIO TAR:			
DIRECCIÓN:							REFERENCIA:					
CÓDIGO UNICO:			TELÉFONO:				Fecha que conoce su Diagnóstico:					
ASP/PARENTESCO:							Horario de ingesta de ARVs:					
FECHA DE ATENCIÓN												
ANTIRRETROVIRALES												
N° DE ARVs ENTREGADOS												
DOSIS/CADA CUANTAS HORAS/**												
N° DE ARVs ENTREGADOS												
DOSIS/CADA CUANTAS HORAS/**												
N° DE ARVs ENTREGADOS												
DOSIS/CADA CUANTAS HORAS/**												
N° DE ARVs ENTREGADOS												
DOSIS/CADA CUANTAS HORAS/**												
N° DE ARVs ENTREGADOS												
DOSIS/CADA CUANTAS HORAS/**												
N° DE ARVs ENTREGADOS												
DOSIS/CADA CUANTAS HORAS/**												
% DE ADHERENCIA												
TERAPIA PREVENTIVA: FECHA DE INICIO/TERMINO												
TP TB												
TP TMP/SMX												
PESO DEL PACIENTE												
FECHA DE RESULTADO												
RECUENTO OE CD4 (cel/ml)												
CARGA VIRAL (copias/ml)												
OBSERVACIONES												

* SI EL ARV SE REDDSIFICA CDLOCAR SOBRES(S) o CÁPSULAS(C).





ANEXO 9
FORMATO DE DERIVACIÓN DE PERSONAS CON VIH

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

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

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE: _____

SEXO _____ EDAD _____ DNI: _____

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

II. RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA:

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

b. Historia de Enfermedades Oportunistas (EO)

N°	EO	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Terapéutica	Evolución

c. Terapia Preventiva (TP)

d. Laboratorio

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

Tamizaje	Fecha	Resultados
Sífilis		
Hepatitis B		
Hepatitis C		

e. Monitoreo CD4 y CV (Últimos tres controles)

	Resultado	FECHAS	Resultado	FECHAS	Resultado	FECHAS
CV						
CD4						

f. Tratamiento Antirretroviral recibido (últimos esquemas)

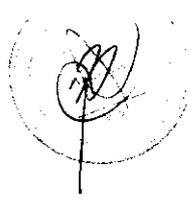
Esquema de tratamiento	Fecha de inicio	Fecha término	Efectos adversos	Observaciones

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

IV. COMENTARIOS ADICIONALES: _____

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

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



NTS N° 167 -MINS/2020/DGIESP
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
 INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**

**ANEXO 10
 ESTRATEGIAS PARA REVELAR EL DIAGNÓSTICO EN NIÑAS, NIÑOS Y
 ADOLESCENTES CON VIH**

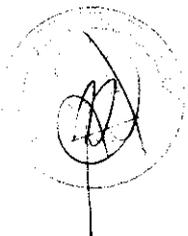
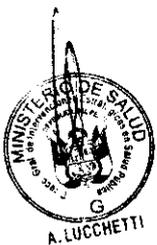
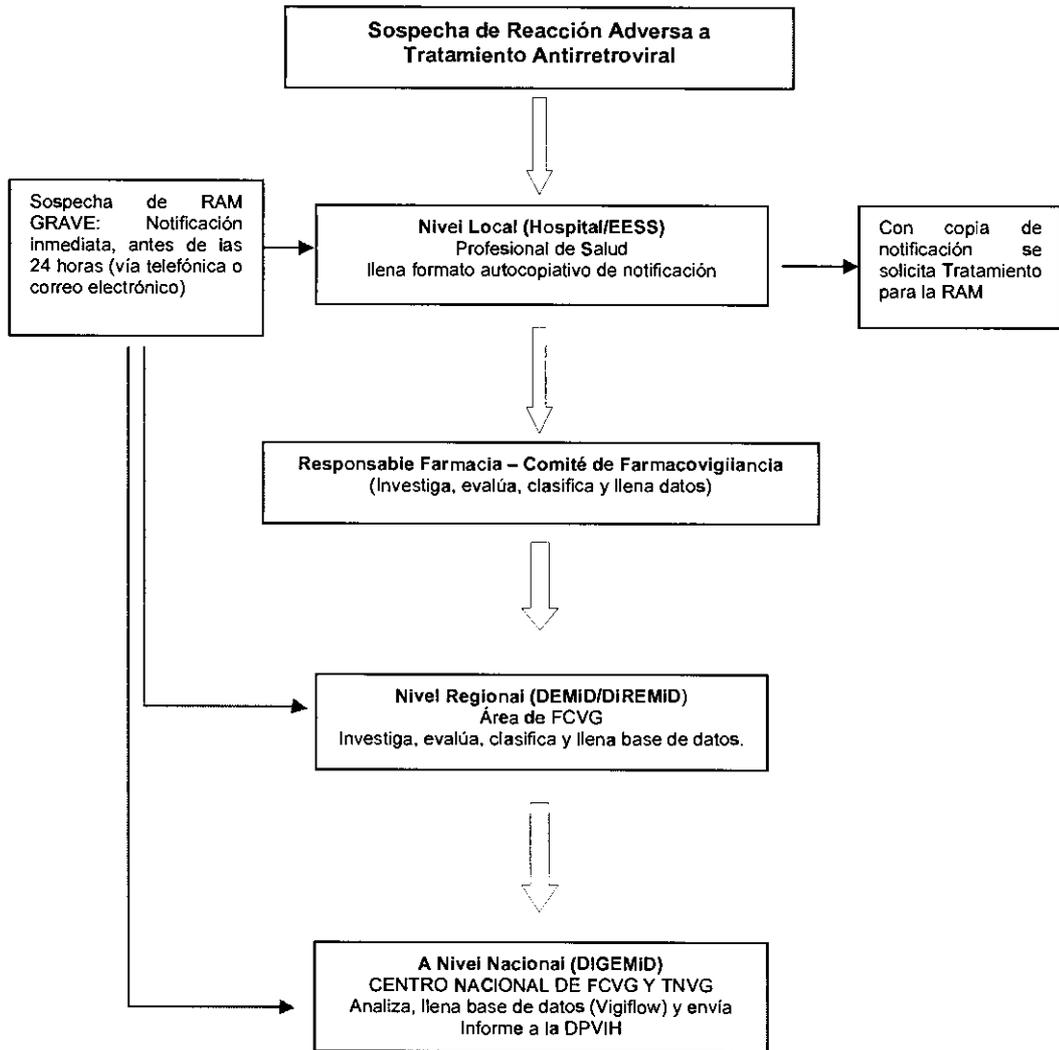
EDAD	REVELACIÓN DE DIAGNÓSTICO DE VIH	CONTENIDO DEL TEMA A SER ABORDADO	MÉTODOS	ROL DEL PADRE / MADRE / TUTOR / CUIDADOR
Menores de 6 años	No recomendado	Conocer al niño, preguntar sobre sus juegos favoritos y amigos. Abordar conceptos generales de higiene e infección	Dialogos, juegos, videos	Soporte y preparación para el proceso de revelación en el futuro. Soporte en la administración y toma de medicación
6 a 8 años	Introducción acerca de la educación sexual. Evitar nombrar el VIH	Resaltar el concepto de promoción de la salud. Explicar al niño que tiene un "germen o virus" que esta dormido, y que los medicamentos que toma, mantienen bajo control al "germen o virus" y que se le debe tomar muestras de sangre para ver que el "germen o virus" esté controlado	Dialogos, dibujos, juegos, videos, grupos de apoyo	Soporte y preparación para el proceso de revelación en el futuro. Soporte en la administración y toma de medicación
8 a 10 años	Educación Sexual, Profundizar el tema, "Germen o virus" se llama VIH	Explicar que el "germen o virus" se llama VIH, orientar al niño respecto a la no revelación a otro niño, explicar la transmisión del VIH, la importancia de la medicación, incluir al niño en las discusiones respecto al cuidado de su salud. Discutir el concepto de enfermedad crónica.	Dialogos, dibujos, juegos, videos, grupos de apoyo	Soporte y apoyo, identificación de barreras y construcción de estrategias en conjunto, eliminación de tabues. Soporte en la administración y toma de medicación
10 a 14 años	Mecanismos de infección, introducción a educación sexual y salud, uso de preservativos y practicas de sexo seguro	Nombrar al VIH. Importancia del tratamiento y llevar una vida saludable, fomentar la autonomía y la toma independiente de su medicación. Reforzar adherencia, incluir al adolescentes en discusiones respecto a su salud, discutir sexualidad y practicas de sexo seguro	Dialogos, dibujos, juegos, videos, grupos de apoyo	Soporte y apoyo, identificación de barreras y construcción de estrategias en conjunto, eliminación de tabues. Soporte en la administración y toma de medicación
mayores de 14 años	Mecanismos de infección, introducción a educación sexual y salud, uso de preservativos y practicas de sexo seguro. Preparación para el soporte en las relaciones	Nombrar al VIH. Importancia del tratamiento y llevar una vida saludable, fomentar la autonomía y la toma independiente de su medicación. Reforzar adherencia, incluir al adolescentes en discusiones respecto a su salud, discutir sexualidad y practicas de sexo seguro	Dialogos, dibujos, juegos, videos, grupos de apoyo	Soporte y apoyo, identificación de barreras y construcción de estrategias en conjunto, eliminación de tabues. Soporte en la administración y toma de medicación

Fuente: Protocolo clínico y directrices terapéuticas para el manejo de la infección por VIH en niñas, niños y adolescentes. Brasil 2018.



ANEXO 11

FLUJOGRAMA PARA EL REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A
MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL



ANEXO 12

CALENDARIO DE INMUNIZACIONES EN NIÑAS Y NIÑOS VIVIENDO CON VIH

Vacunas	Edad														
	RN	1m	2m	3m	4m	5m	6m	7m	9m	12m	15m	18m	24m	4 a 6 años	9 años
BCG	X														
Hepatitis B	X		X		X		X								
Polio inactivada (IPV)			X		X		X					X		X	
DTPa			X		X		X					X		X	
Hib			X		X		X					X		X	
Rotavirus			X		X										
Neumococo conjugada			X		X					X					
Influenza*							X	X							
SPR										X		X			
Varicela										X		X			
Hepatitis A										X		X			
Meningococo									X	X					
Papiloma virus															X

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

*Luego anual.



ANEXO 13

**EXPEDIENTE TÉCNICO PARA CONSULTAS Y CAMBIO DE ESQUEMAS DE TAR
 EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON VIH**

DATOS GENERALES

Fecha		C.S	Hosp.	Nombre del Establecimiento de Salud									
DNI:		FECHA NAC.						/ /		H.C:			
Edad	Sexo	Nombre: Código Único:								Peso:	Kg.		
Años		M	F									Talla:	cm.
												IMC:	kg/m ²
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

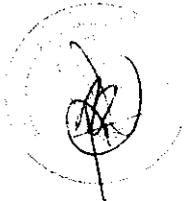
EXÁMENES / Fechas	BASAL PRE-TAR	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
Carga Viral													
CD4													

SECCIÓN DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE:

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL (A) PACIENTE:

ANTIRRETROVIRALES RECIBIDOS EN EL RECIÉN NACIDO COMO PROFILAXIS:

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



NTS N° 167 -MINSAL/2020/DGIESP
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
 INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**

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

N°	IO / CS	Evolución

HOJA DE CONTROLES INMUNOLÓGICO Y VIROLÓGICO DEL PACIENTE:

EXÁMENES (fechas)	BASAL PRE-TAR	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
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:



ANEXO 14

TABLA DE DOSIFICACIÓN DE ANTIRRETROVIRALES Y FORMA DE PRESENTACIÓN

TIPO DE FÁRMACO /NOMBRE	DOSIS	FORMA DE PRESENTACIÓN																
Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa																		
ZIDOVUDINA (AZT, ZDV)	Neonatos/Infantes (< 6 semanas): Para prevención de transmisión vertical o tratamiento, según edad gestacional (EG en semanas) - RN < 35 sem: 2 mg/Kg/12 horas VO por 2 semanas, luego 3 mg/kg/12 horas por 4 semanas. - RN de termino: VO: 4mg/kg//12 horas IV: 3 mg/kg/12 horas Dosis pediátrica (6 semanas – 18 años) 240 mg /m ² SC c/ 12 hrs (Máximo 300 mg por dosis) Dosis por peso corporal: <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>Peso (kg)</th> <th>Dosis (c/12 hrs)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4 a < 9</td> <td>12 mg/kg</td> </tr> <tr> <td>9 a <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	Líquido oral: 10 mg/ml Tabletas: 300 mg 100 mg En combinación: Con 3TC: AZT 300mg/3TC 150mg								
	Peso (kg)	Dosis (c/12 hrs)																
4 a < 9	12 mg/kg																	
9 a <30	9 mg/ kg																	
≥30	300 mg																	
LAMIVUDINA (3TC)	Neonatos/Infantes (<4 semanas): 2 mg/kg c/12 hrs Dosis pediátrica (≥4 semanas): 4 mg/Kg c/ 12 hrs (Máximo 150 mg por dosis) Dosis pediátrica (peso ≥14 kg): <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <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>>21-<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	Líquido oral: 50 mg/ 5 ml Tabletas: 150 mg En combinación: Con AZT: AZT 300mg/3TC 150mg Con AZT y NVP: AZT 300mg/3TC 150 mg/NVP 200 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															
ABACAVIR (ABC)	Neonatos/Infantes: No aprobado en < 3 meses Dosis Pediátrica: 8 mg/ kg cada 12 horas (Máximo 300 mg por dosis) Mayores de 14 kg: <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <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>>21-<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	Tableta: 300 mg,60mg En combinación con 3TC: ABC 300mg/3TC 300mg Tabletas dispersables: ABC 60mg/3TC 30 mg ABC 120 mg/3TC 60 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															
TENOFOVIR (TDF)	Neonatos/Infantes: No aprobado para su uso en población < 2 años Niño, niña > 2 años y < de 12 años: 8 mg/Kg/día Mayores de 12 años y > 30 kg de peso: 300 mg cada 24 horas	Tabletas: 300 mg En combinación: Con FTC TDF 300mg/FTC 200mg Con FTC Y EFV TDF 300/FTC 200 mg/ EFV 600 mg																



A. LUCCHETTI

NTS N° 167 -MINSA/2020/DGIESP
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
 INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**

TIPO DE FÁRMACO /NOMBRE	DOSIS	FORMA DE PRESENTACIÓN
		Con 3TC y EFV TDF 300 mg/3TC 300 mg/ EFV 400 mg.
Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa		
EFAVIRENZ (EFV)	Neonatos/Infantes: No aprobado para uso en neonatos ni infantes	
	Dosis Pediátrica (> 3 años o > 10 KG):	
	Peso (kg)	Dosis (mg/día una vez al día)
	10 a <15	200 mg
	15 a <20	250 mg
		Tabletas: 600 mg, 400 mg, 200 mg En Combinación TDF 300/FTC 200 mg/ EFV 600 mg TDF 300 mg/3TC 300 mg/ EFV 400 mg.
ETRAVIRINA (ETV)	Neonatos/Infantes: No aprobado para uso en neonatos ni infantes	
	Dosis Pediátrica (> 6 años o > 16 KG):	
	Peso (kg)	Dosis (mg/dosis cada 12 horas)
	16 a <20	100 mg
	20 a <25	125 mg
		Tabletas: 100mg, 200mg
Inhibidores de la Proteasa		
LOPINAVIR/ ritonavir (LPV/rtv)	Neonatos: No recomendado en neonatos de menos de 42 semanas post gestacional y/o 14 días de vida	
	Infantes: (14 días a 12 meses) LPV/rtv 300 mg/75 mg / m ² 2 veces al día	
	Dosis Pediátrica (>12 meses a 18 años) 300mg/75 mg LPV/r / m ² 2 veces al día 230 mg/57.5 mg LPV/r /m ² 2 veces al día en pacientes que no han recibido tratamiento anti retroviral > 1 año. Máximo 400 mg LPV x dosis.	
	Líquido oral: LPV/r 80 mg/20 mg por ml	
	Tabletas recubiertas: LPV/r 200 mg/50 mg	
ATAZANAVIR (ATV)	Neonatos/Infantes: No aprobado para uso en neonatos ni infantes.	
	Dosis Pediátrica (≥ 6 años a < 18 años):	
	Peso (Kg)	Dosis una vez al día (con alimentos)
	15 a <20	ATV 150 mg + RTV 100 mg
	20 a <32	ATV 200 mg + RTV 100 mg
		Tabletas: 300 mg En combinación: Con ritonavir ATV300mg/ rtv100mg
32 a <40	ATV 250 mg + RTV 100 mg	
≥40	ATV 300 mg + RTV 100 mg	



A. LUCCHETTI

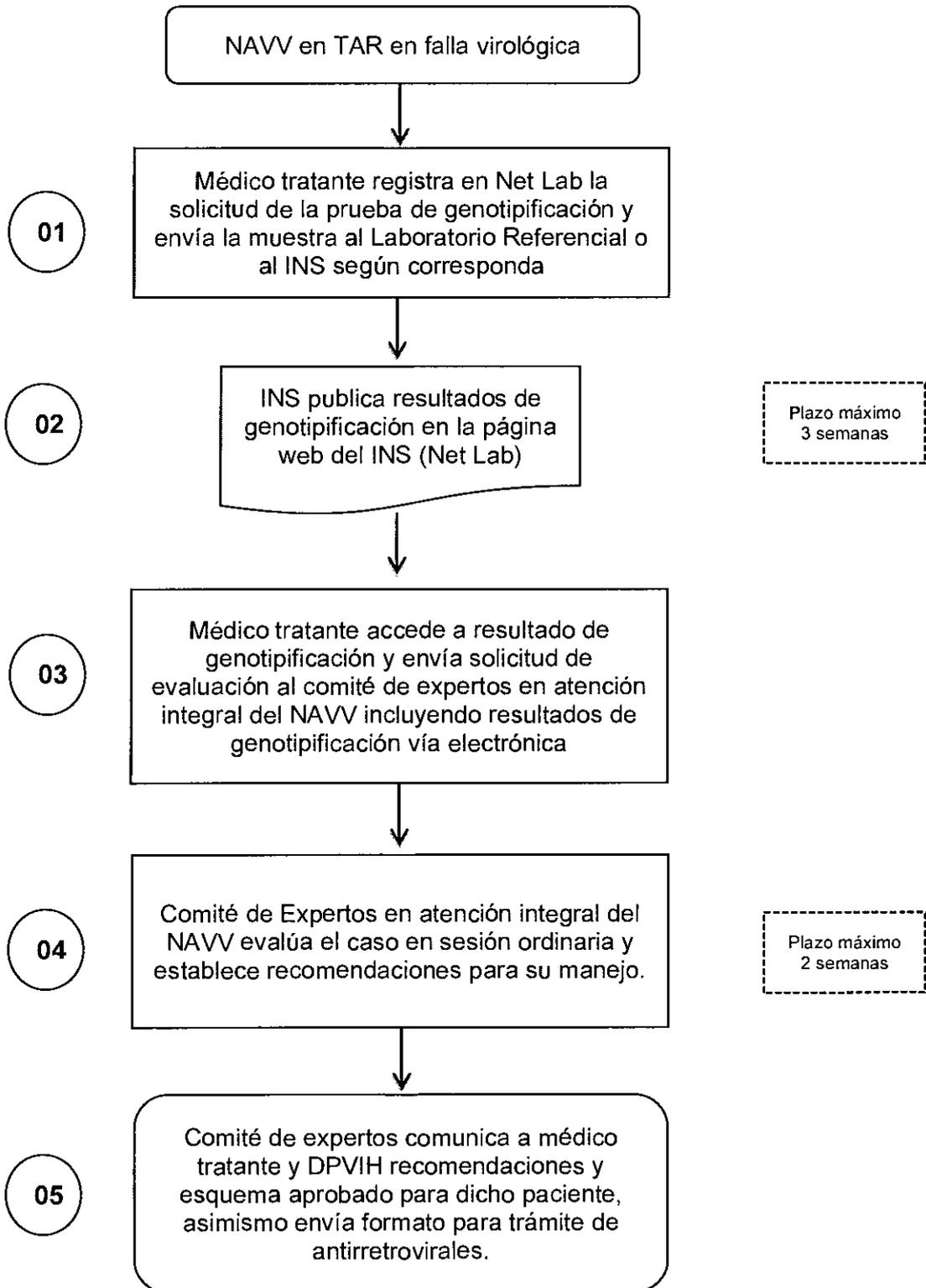
NTS N° 167 -Minsa/2020/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

TIPO DE FÁRMACO /NOMBRE	DOSIS	FORMA DE PRESENTACIÓN
DARUNAVIR (DRV+rtv)	<p>Neonatos/Infantes: No aprobado para uso en neonatos, infantes, ni < 3años</p> <p>Dosis Pediátrica 3 a 18 años y peso \geq 10 kg:</p> <p align="center">Peso (kg) Dosis (ambos dos veces al día)</p> <p>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) \geq40: DRV 600 mg+ RTV 100 mg</p>	<p align="center">Darunavir Suspensión: De 100 mg/ml</p> <p align="center">Darunavir Tabletas: 300 mg 600 mg</p>
Inhibidores de la Integrasa		
RALTEGRAVIR (RAL)	<p>Neonatos/Infantes: Polvo para suspensión oral: >4 semanas y peso >3 a 20 Kg</p> <p>3 a <4 kg 20mg cada 12 horas 4 a <6 kg 30mg cada 12 horas 6 a <8 kg 40mg cada 12 horas 8 a <11 kg 60mg cada 12 horas 11 a <14 kg 80mg cada 12 horas 14 a <20 kg 100mg cada 12 horas</p> <p>Dosis Pediátrica: Peso (kg) Dosis (ambos dos veces al día)</p> <p>10 a <14 75mg cada 12 horas 14 a <20 100mg cada 12 horas 20 a <28 150mg cada 12 horas 28 a <40 200mg cada 12 horas >40 300mg cada 12 horas</p> <p>Mayores de 12 años: 400 mg cada 12 horas</p>	<p align="center">Gránulos orales de 100 mg</p> <p align="center">Tabletas masticables 100 mg</p> <p align="center">Tabletas recubierta: 400 mg</p>
DOLUTEGRAVIR (DTG)	<p>6 a 12 años (>30kg): 35mg cada 24 horas. >12 años: 50 mg cada 24 horas.</p>	<p align="center">Tab. 25 mg 50 mg</p> <p align="center">En Combinación con TDF y 3TC TDF 300mg/3TC 300mg/DTG 50mg</p> <p align="center">En Combinación con ABC y 3TC ABC 600mg/3TC 300mg/DTG 50mg</p>



ANEXO 15

FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD
DE LA PRUEBA DE GENOTIPIFICACIÓN PARA VIH ANTE SOSPECHA DE
RESISTENCIA Y CAMBIO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO



A. LUCCHETTI

ANEXO 16

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 17

MANEJO DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS

1. CANDIDIASIS

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

Candidiasis esofágica: Debe sospecharse en caso de dificultad para alimentarse o dolor al deglutir. Se confirma con endoscopia.

- Fluconazol 10 mg/kg/día vía VO o EV, en la primera dosis, luego la dosis de mantenimiento de 4 – 6 mg/kg/día por 14 a 21 días.
- En caso de resistencia, Anfotericina B 0.3 mg /kg /diario por 14 a 21 días.
- Reacciones adversas a Anfotericina B o en resistencia se utilizará caspofungina.

2. PNEUMOCISTOSIS

- **Casos leves a moderados:** Cotrimoxazol (TMP/SMX) 20 mg TMP/kg/día VO cada 6 horas por 21 días. Luego continuar con dosis profiláctica.
- **Casos severos;** definida por una presión parcial de oxígeno (pO₂) < de 70 mm Hg o una gradiente alveolo-arterial > de 35 mm Hg:
- Administrar corticoides y soporte oxigenatorio o soporte ventilatorio, conjuntamente con el tratamiento antibiótico.
- Prednisona 1 mg/kg/día, máximo 40 mg por vía oral cada 12 horas en los primeros 5 días, luego reducir la dosis a la mitad los 5 días siguientes, luego reducir la dosis a la cuarta parte los últimos 11 días, o Dexametasona 0.15mg/kg EV cada 8 horas por 5 días, luego reducir la dosis a la mitad los siguientes 5 días y finalmente reducir la dosis a la cuarta parte los últimos 11 días.
- En caso de pacientes alérgicos a cotrimoxazol, se utilizará Dapsona 2 mg/kg, máximo 100mg VO cada 24 horas o Clindamicina 40 mg/kg/día, máximo 600mg VO o EV cada 6 horas + Primaquina 0.3 mg/kg/día, máximo 30 mg VO cada 24 horas por veintuno (21) días.
- Para profilaxis secundaria, se utilizará Cotrimoxazol (TMP/SMX) 5mg de TMP/kg/día VO cada 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.

3. TOXOPLASMOSIS

Se recomienda el uso de cualquiera de los siguientes esquemas:

- Pirimetamina 2 mg/kg día cada 12 horas, máximo 100 mg vía oral dosis de ataque por 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 6 horas más ácido fólico (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 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 12 horas, más Clindamicina 40 mg/kg/día, máximo 600 mg EV o VO cada 6 horas, por lo menos seis (6) semanas, el tratamiento debe ser continuado hasta que no exista evidencia de actividad de la enfermedad.



- Se utilizará corticosteroides sólo si existe edema o efecto de masa intracraneal significativo.
- Para la profilaxis secundaria administrar cotrimoxazol (TMP/SMX) 5 mg de TMP/kg/día, máximo 160 /800 mg VO cada 12 horas hasta que haya un aumento de linfocitos CD4 > 200 células/mm³ en dos controles consecutivos separados por seis meses.

4. CRIPTOCOCOSIS

- Anfotericina B 0.7 a 1 mg/kg/día o Anfotericina B liposomal 6mg/kg/día por 2 semanas + fluconazol 12 mg/kg/día (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.

5. ENCEFALITIS POR HERPES

- Aciclovir 30 mg/Kg/día (para menores de 10kg) ó 1500 mg por m² de superficie corporal /día (para mayores de 10Kg) EV (infusión en 01 hora) cada 8 horas por 14 a 21 días.

6. ENFERMEDAD DISEMINADA POR CITOMEGALOVIRUS (CMV)

- Ganciclovir 5 mg/kg/dosis EV cada 12 horas durante veintiún (21) días, seguido por dosis de mantenimiento de Valganciclovir 16 mg/Kg/ dosis cada 12 horas VO diario. Discontinuar si CD4 >15% y carga viral indetectable en dos controles consecutivos en un periodo de seis (6) meses, en pacientes con TAR.
- En caso de retinitis por CMV el seguimiento debe hacerse con examen clínico y oftalmoscopia.
- 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.

7. RETINITIS POR HERPES SIMPLEX

- Aciclovir 30 mg/Kg/día (para menores de 10kg) ó 1500 mg por m² de superficie corporal por día (para mayores de 10Kg) EV cada 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, 5 dosis al día por seis (06) a doce (12) semanas.

8. HERPES ZOSTER

- Aciclovir 30 mg/Kg/día (para menores de 10 kg) ó 1500 mg por m² 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 veces al día hasta completar 10 a 14días.

9. CISTOSISPORIASIS

- TMP/SMX 5 mg / kg de peso corporal del componente TMP (máximo 160 mg TMP) dos veces al día por vía oral durante 10 días. Alternativamente Nitazoxanida por 3 días. Luego del tratamiento mantener TMP-SMX como profilaxis secundaria.



X. BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams E. et al. Phase I/II, Multi-Center, Open-Label Pharmacokinetic, Safety, Tolerability and Antiviral Activity of Dolutegravir, a Novel Integrase Inhibitor, in Combination Regimens in HIV-1 Infected Infants, Children and Adolescents. IMPAACT P1093. Final Version 5.0 12 July 2018.
2. Bamford A. Paediatric European Network for Treatment of AIDS (PENTA) guidelines for treatment of paediatric HIV-1 infection 2015: optimizing health in preparation for adult life. PENTA 2015 paediatric HIV-1 treatment guidelines.
3. 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.
4. CDC. Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV—United States, 2016.
5. Decreto Legislativo 1256, para la protección de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos. Diciembre del 2016.
6. Defensoría del Pueblo. Niños, niñas y adolescentes en abandono: aportes para un nuevo modelo de atención. Serie de Informes Defensoriales - Informe N° 153. Agosto del 2011.
7. Defensoría del Pueblo. Resultados de la supervisión defensorial a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes. Julio del 2018.
8. Elba Wu Hupat. Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana en Niños y Adolescentes, 30 Años en Chile. *Revista Chilena de Pediatría*. Rev Chil Pediatr. 2018;89 (5):660-668.
9. European AIDS Clinical Society (EACS) Clinical management and treatment of HIV infected adults in Europe Version 9.1 October 2018.
10. Fullerton DS, Smets E, De La Rosa G, Mrus JM. Pharmacoeconomics of darunavir. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2011 Feb;11(1):27-39.
11. Galea JT et al (2018) Barriers and facilitators to antiretroviral therapy adherence among Peruvian adolescents living with HIV: A qualitative study. *PLoS ONE* 13(2): e0192791. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192791>.
12. H. Waalewijn. Pharmacokinetics of dolutegravir 5mg dispersible tablets in children weighing 6 to <20kg dosed using weight bands. ODYSSEY. 10th IAS Conference on HIV Science. Mexico City. July 2019.
13. 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.
14. Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables del Perú. Manual del Intervención en Centros de Atención Residencial de Niños, Niñas y Adolescentes sin cuidados parentales. Abril 2012.
15. Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables del Perú. Resumen Ejecutivo del Primer Informe Anual de Avances del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAIA) 2021- Año 2012.
16. Ministerio de Salud de Brasil. Protocolo clínico y directrices terapéuticas para el manejo de la infección por el VIH en niños y adolescentes. Brasilia – DF. 2018.



NTS N° 167 -MINS/2020/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

17. Ministerio de Salud del Brasil. Protocolo clínico y directrices terapéuticas para la Profilaxis post exposición por el riesgo de infección por el VIH, ITS y Hepatitis virales. Brasilia - DF. 2018.
18. Ministerio de Salud de Chile. Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia. 2018 – 2025.
19. Ministerio de Salud del Perú. Documento Técnico. Lineamientos de políticas de salud para adolescentes. Setiembre del 2018.
20. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar. 2016.
21. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la prevención y control de la Co-infección Tuberculosis y Virus de la Inmunodeficiencia Humana en el Perú. 2018.
22. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación. 2018.
23. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica para la Atención Integral de la salud en la Etapa de Vida Adolescente. 2012.
24. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Panel de expertos de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) y del Plan Nacional sobre el SIDA (PNS). Documento de Consenso sobre el tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Actualización. Mayo del 2019.
25. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Guía de Práctica clínica para el abordaje integral del adolescente con infección por VIH. 2019.
26. 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.
27. OPS. Estrategias y Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y jóvenes. 2010 – 2018.
28. Panel on Antiretroviral Therapy and Medical Management of Children Living with HIV. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection. Available at <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/pediatricguidelines.pdf> Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC). Junio 2019.
29. Secretaría de Salud de México. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. México: Censida. 2018.
30. Van Elsland S. Paediatric ART Adherence in South Africa: A Comprehensive Analysis. *AIDS and Behavior* <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2235-x>. 2018.
31. WHO. HIV and Adolescents: Guidance for HIV Testing and Counselling and Care for Adolescents Living with HIV. Recommendations for a Public Health Approach and Considerations for Policy-makers and managers. 2013.
32. WHO. Latent tuberculosis infection: updated and consolidated guidelines for programmatic management. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
33. WHO. Update Recommendations on First – line and Second-line Antiretroviral regimens and Post- Exposure Prophylaxis and Recommendations on Early Infant Diagnosis of HIV. December 2018.



NTS N° 167 -Minsa/2020/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

34. Yuanyuan Dong,a, Xi Mo,a et al. Epidemiological Characteristics of 2143 Pediatric Patients With 2019 Coronavirus Disease in China. American Academy of Pediatrics. DOI: 10.1542/peds.2020-0702
35. Kunling Shen¹, Yonghong Yang et al. World J Pediatr. 2020 Jun;16(3):223-231. doi: 10.1007/s12519-020-00343-7. Epub 2020 Feb 7
36. Chikara Ogimi^{1,2,3}, Janet A Englund. Características y resultados de la infección por coronavirus en niños: el papel de los factores virales y un estado inmunocomprometido. J Pediatría Infectar Dis Soc. 2019 28 de marzo; 8 (1): 21-28. doi: 10.1093 / jpids / pix093.

