



Resolución Ministerial

Lima, 28 de NOVIEMBRE del 2012

Visto el Expediente N° 11-035974-003 que contiene la propuesta de la Dirección General de Salud de las Personas;

CONSIDERANDO:

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

Que, por Resolución Ministerial N° 335-2008/MINSA se aprobó la NTS N° 064-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis Congénita", a efecto de establecer las pautas y procedimientos a ser utilizados en la profilaxis de la transmisión vertical del VIH y *Treponema Pallidum*;

Que, mediante el documento del visto la Dirección General de Salud de las Personas, ha propuesto modificar la norma técnica de salud antes citada;

Que, la Dirección General de Salud de las Personas, es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados a la atención integral, conforme a lo dispuesto en el artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA;

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

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

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



J. DEL CARMEN



D. CESPEDES M.



A. PASTOR G.



D. Suárez



J. Zavala S.



M. De Habich

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis Congénita", la misma que en documento adjunto forma parte de la presente Resolución.



D. CESPEDES M.

Artículo 2°.- La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS y VIH/Sida y sus respectivos Comités Técnicos, son responsables de la difusión, implementación y supervisión del cumplimiento y aplicación de la citada Norma Técnica de Salud.



A. PASTOR G.

Artículo 3°.- Las Direcciones de Salud y las Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional, son responsables de la difusión, implementación y supervisión del cumplimiento y aplicación de la citada Norma Técnica de Salud, dentro del ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

Artículo 4°.- Dejar sin efecto la Resolución Ministerial N° 335-2008/MINSA, que aprueba la "NTS N° 064-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis Congénita", así como todas las disposiciones que se opongan a la Norma Técnica de Salud que se aprueba mediante la presente Resolución.



D. Suárez

Artículo 5°.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución Ministerial en el portal de internet del Ministerio de Salud, en la dirección: http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp.

Regístrese, comuníquese y publíquese

MIDORI DE HABICH ROSPIGLIOSI
Ministra de Salud



J. DEL CARMEN



J. Zavala S.

NTS N° 064 - MINSAL/DGSP - V. 02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS DE LA
TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

I. FINALIDAD

Contribuir a la reducción de la tasa de transmisión madre – niño del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del *Treponema pallidum*, mediante la detección temprana de ambas infecciones, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento durante el embarazo, parto y puerperio, con enfoque de derechos.

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Establecer las intervenciones en la salud pública para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la Sífilis congénita.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 2.2.1. Establecer los procedimientos para el tamizaje, diagnóstico precoz, tratamiento manejo para la prevención de la transmisión vertical del VIH y Sífilis congénita.
- 2.2.2. Establecer los procedimientos que permitan tener los resultados de aplicación de las pruebas rápidas para VIH y Sífilis en gestantes de manera conjunta en todos los niveles de atención.
- 2.2.3. Establecer las pautas para el seguimiento, la referencia y contrarreferencia de las gestantes, puérperas y recién nacida o nacido expuesto al VIH o Sífilis.
- 2.2.4. Reducción de la tasa de transmisión del VIH a menos del 2% y la incidencia de Sífilis Congénita a menos del 0,5 x 1000 nacidos vivos.
- 2.2.5. Establecer el suministro de insumos y reactivos de laboratorio, así como el cumplimiento en los flujos de las muestras biológicas para el diagnóstico y seguimiento de gestantes, puérperas con VIH o Sífilis, y sus niñas o niños expuestos a dichas infecciones, asegurando, el rápido acceso a los resultados.
- 2.2.6. Fortalecer el suministro de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos, para el manejo de la gestante o puérpera infectada por el VIH y/o Sífilis, así como de los niños nacidos de madres infectadas.
- 2.2.7. Establecer el registro, información y análisis, con formatos automatizados de la Gestante, Puérpera con VIH/SÍFILIS y de la recién nacida o nacido expuesto al VIH y Sífilis para una adecuada toma de decisiones.
- 2.2.8. Promover la cultura de respeto a la dignidad de la persona a través de la incorporación de enfoques de género, derechos humanos e interculturalidad para eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH y SIDA.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación en todos los establecimientos del Sector Salud a nivel nacional (Ministerio de Salud, Seguridad Social: EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Clínicas y otros del Sub Sector Privado).



IV. BASE LEGAL

- 1) **Ley N° 26626**, Ley CONTRASIDA, para la Lucha contra Humana, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual
- 2) **Ley N° 26842**, Ley General de Salud.
- 3) **Ley N° 28243**, Ley que amplía y modifica la Ley N° 26842, Ley General de Salud, para la Lucha contra la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencias de transmisión sexual.
- 4) **Ley N° 28983**, Ley de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.
- 5) **Ley N° 29459**, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- 6) **Decreto Supremo N° 023-2005-SA**, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- 7) **Decreto Supremo N° 007-2012-SA**, Autorizan al Seguro Integral de Salud la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- 8) **Decreto Supremo N° 005-2007-SA**, "Aprueba el Plan Estratégico Multisectorial 2007 – 2011 para la prevención y control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú".
- 9) **Decreto Supremo N° 003-2010-SA**, "Aprueba la Modificación del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
- 10) **Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM**, "Aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria".
- 11) **Resolución Ministerial N° 1753-2002-SA/DM**, "Aprueba la Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos – SISMED, y su modificatoria".
- 12) **Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA**, "Aprueba la Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva".
- 13) **Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA**, "Aprueba la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud".
- 14) **Resolución Ministerial N° 1052-2004/MINSA**, "Aprueba la Norma Técnica N° 023-2004-MINSA/DGSP-V.01: Manejo de Antirretrovirales y Reacciones Adversas para el médico de Atención Integral de las Personas Viviendo con el VIH/SIDA".
- 15) **Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA**, "Aprueba la NTS N° 047-MINSA/DGSP-V.01 para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud".
- 16) **Resolución Ministerial N° 164-2009/MINSA**, "Aprueba la Directiva Sanitaria N° 020-MINSA/DGSP V.01 Implementación del Tamizaje de Prueba Rápida para VIH en Mujeres en Edad Fértil en los Servicios de Planificación Familiar".
- 17) **Resolución Ministerial N° 242-2009/MINSA**, "Aprueba la Directiva Sanitaria N° 022-MINSA/DGSP V.01. Directiva Sanitaria para la Distribución del Condón Masculino a Usuarios/as en los Servicios de Salud".
- 18) **Resolución Ministerial N° 263-2009/MINSA**, aprueba la Norma Técnica N° 077-MINSA/DGSP V. 01 Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú".
- 19) **Resolución Ministerial N° 084-2012-MINSA**, que Modifica el acápite 5.6.4. del sub numeral 5.6, del numeral V de las Disposiciones Generales de la NTS N° 077-MINSA/DGSP-V.01.

INCORPORAR
RM 462 - 2011
APROBADO POR
MÁS
DEL
MTC



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

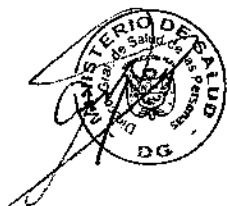
- 20) **Resolución Ministerial N° 264-2009/MINSA**, "Aprueba el Documento Técnico Consejería en ITS/VIH y SIDA".
- 21) **Resolución Ministerial N° 369-2011/MINSA**, "Aprueban el Listado de Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos Estratégicos y de Soporte Utilizados en las Intervenciones Sanitarias definidas por la Dirección General de Salud de las Personas".
- 22) **Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA**, "Aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- 23) **Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA**, "Aprueba la Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud Categoría de Establecimientos del Sector Salud".
- 24) **Resolución Ministerial N° 540-2011/MINSA**, "Aprueban Norma Técnica de Salud para la Utilización de Medicamentos No Considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales".
- 25) **Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA**, "Aprueban la Directiva Sanitaria N° 046 – MINSA/DGE.V1 que establece la Notificación y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública.

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

Términos referidos a VIH

- 1) **Carga Viral (CV):** Es el recuento del número de copias replicadas del virus del VIH circulando en plasma.
- 2) **CD4:** Recuento de linfocitos T CD4, implica el recuento de las cepas de linfocitos que contienen marcador de superficie CD4.
- *3) **Cesárea Electiva:** Vía de parto abdominal a través de un procedimiento quirúrgico planificado antes de la fecha de parto esperado (entre las 37 y 39 semanas de gestación de preferencia), con membranas amnióticas íntegras y sin trabajo de parto.
- 4) **Gestante con probable VIH:** Gestante con prueba de tamizaje reactiva durante el embarazo (prueba rápida para VIH o ELISA para VIH), y que no tiene aún prueba confirmatoria.
- 5) **Gestante con VIH:** Gestante con diagnóstico de pruebas confirmatorias de VIH (IFI, WB, LIA) antes o durante el embarazo.
- 6) **Inmunofluorescencia indirecta (IFI):** Prueba confirmatoria de VIH.
- 7) **Inmunoensayo en línea LIA:** Prueba confirmatoria de VIH.
- 8) **Inmunoelectrotransferencia o Western Blot (WB):** Prueba confirmatoria de VIH.
- 9) **Manejo Profiláctico de la Transmisión Vertical del VIH:** Se refiere a las intervenciones que se realizan para disminuir la transmisión madre-niño del VIH y son:
 - a. Uso de antirretrovirales (ARV) en la gestante VIH o probable VIH y en la recién nacida o nacido expuesto al VIH.
 - b. Operación cesárea electiva.
 - c. Suspensión de la lactancia materna y suministro de sucedáneos de leche materna.
- 10) **Niña o con Niño VIH:** Niña o niño menor de 18 meses de edad con dos pruebas de Reacción de Cadena Polimerasa (PCR DNA) positiva en dos determinaciones separadas; y niña o niño mayor de 18 meses con prueba de ELISA para VIH reactiva y prueba confirmatoria positiva.



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

- 11) **Parejas discordantes para VIH:** Cuando sólo uno los miembros de la pareja tiene diagnóstico de VIH.
- 12) **PCR-DNA-VIH:** Reacción en Cadena de la Polimerasa, útil para el diagnóstico de VIH en las niñas y niños expuestos menores de 18 meses.
- 13) **Prueba ELISA (Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay)** prueba inmunoenzimática para el tamizaje de VIH.
- 14) **Prueba Rápida para VIH:** Prueba de tamizaje que identifica la presencia de anticuerpos contra el VIH y la lectura de los resultados es antes de los 30 minutos.
- 15) **Recién Nacida o Nacido expuesto al VIH:** Toda recién nacida o nacido de madre VIH o probable VIH.
- 16) **Transmisión Vertical del VIH:** Es el pasaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) de la madre a la niña o niño durante la gestación, parto o lactancia materna.

Términos referidos a SÍFILIS.

- 17) **ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay).**
- 18) **FTA Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption)**
- 19) **Gestante con probable Sífilis:** Gestante con resultado reactivo para Sífilis con prueba rápida treponémica para Sífilis (PRS) o Prueba Rápida de Reagina Plasmática RPR)
- 20) **Gestante con Sífilis:** Gestante con prueba rápida de Reagina Plasmática (RPR) cuantitativo mayor o igual de 8 diluciones y con prueba confirmatoria (FTA Abs, TPHA, TPPA, WB, LIA) positiva.
- 21) **LIA.** Inmunoensayo en línea.
- 22) **Mujer con aborto y probable Sífilis:** Mujer que acude con aborto y tiene un resultado reactivo para Sífilis.
- 23) **Pareja/s de gestante con probable Sífilis:** Esta referida a la(s) pareja(s) sexual/es de la gestante reactiva a Sífilis que requiere/n tratamiento
- 24) **Prevención de la Transmisión Vertical de la Sífilis Congénita:** Se refiere a la aplicación completa de la penicilina benzatínica durante el embarazo para disminuir la transmisión madre-niño del *Treponema pallidum*.
- 25) **Puérpera con probable Sífilis:** Puérpera que:
 - a. Presenta por primera vez un resultado reactivo para Sífilis en el momento del puerperio, o
 - b. Durante el embarazo presentó un resultado reactivo para Sífilis y no recibió tratamiento o éste fue incompleto (si la mujer no recibe las tres dosis indicadas de penicilina benzatínica, o si la última dosis la recibe dentro de los 28 días antes del parto)
- 26) **Transmisión vertical de la Sífilis:** Pasaje del *Treponema pallidum* de la madre al niño/a durante la gestación.
- 27) **Prueba Rápida para Sífilis (PRS):** Es una prueba inmonocromatográfica que usa antígenos recombinantes treponémicas para detectar anticuerpos. La prueba rápida para sífilis, es simple, no requiere equipos y no requiere refrigeración. Los resultados se obtienen antes de los 30 minutos.
- 28) **RPR (Rapid Plasma Reagin):** Prueba Rápida de Reagina Plasmática.
- 29) **TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination).**



NTS Nº 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

- 30) **TPPA** (Treponema pallidum Aglutinación de partículas).
- 31) **VDRL** (Venereal Disease Research Laboratory) prueba de tamizaje para Sífilis.
- 32) **WB** Western blot.

Otros Términos

- 33) **Consejeras Educadoras de Pares:** Son mujeres que viven con VIH capacitadas para brindar soporte emocional y orientación para la mejora de la atención integral a otras gestantes con VIH y su pareja.
- 34) **Dispensación:** Acto profesional farmacéutico de proporcionar uno o más medicamentos a un/a paciente como respuesta a la presentación de una receta elaborada por un profesional autorizado.
- 35) **Investigación de Caso:** Comprende a todos los procedimientos de obtención de evidencias para confirmar o descartar una enfermedad o evento sujeto a vigilancia epidemiológica, el instrumento a utilizar es el Formato o registro automatizado respectivo.
- 36) **Farmacovigilancia:** Es una actividad que se ocupa de la detección, notificación, evaluación, comprensión y prevención de los eventos adversos o cualquier otro posible problema relacionado a medicamentos.
- 37) **Farmacovigilancia intensiva:** Es el 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 tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA).
- 38) **Notificación:** Es la comunicación oficial que realiza el responsable de la vigilancia epidemiológica, o quien haga sus veces, de cualquier unidad notificante, que haya detectado o recibido, y verificado el reporte o comunicación de una enfermedad o evento sujeto a vigilancia epidemiológica. La notificación de una enfermedad o evento a vigilar puede ser inmediata, semanal o mensual, según corresponda.
- 39) **Notificación individual:** Es aquella que contempla datos nominales por cada individuo, consignadas en el formato de notificación individual.
- 40) **Reacción Adversa/Efecto Adverso:** Cualquier respuesta nociva y no intencionada a un medicamento.
- 41) **Reacción Adversa Leve:** Manifestación clínica poco significativa que no requieren ninguna medida terapéutica y/o no ameritan suspensión del tratamiento.
- 42) **Reacción Adversa Moderada:** Manifestación clínicas que no amenaza la vida del paciente pero que requiere medidas terapéuticas y/o la suspensión del tratamiento.
- 43) **Reacción Adversa Grave:** Manifestaciones clínicas que ponen en riesgo la vida del paciente o causa la muerte, provocan y/o prolongan el tiempo de hospitalización del paciente, causa de invalidez o de incapacidad persistente o significativa, o causa de alteraciones o malformaciones en el recién nacido.

- 5.2. La profilaxis de la Trasmisión Madre – Niño del VIH y la Sífilis congénita se realiza en todos los establecimientos de salud del país, públicos y privados, según su categoría y nivel de complejidad.
- 5.3. Los directores o jefes de los establecimientos de salud públicos y privados, así como los responsables de la administración de las instituciones a las que pertenezcan, deben organizar la atención necesaria para el cumplimiento de la presente Norma Técnica de Salud.
- 5.4. La atención que se dispone en la presente Norma Técnica de Salud incluye el tamizaje, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los casos que se presenten, como parte de la prevención secundaria correspondiente. Así mismo debe incluir las acciones del ámbito

NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

de la prevención primaria, que se orienta a evitar que se presenten nuevos casos (tamizaje a mujeres y hombres en edad fértil).

- 5.5. Los Establecimientos de Salud públicos y privados, y su respectivo personal, asegurarán durante la atención que no exista ninguna acción que discrimine a las pacientes gestantes o a sus hijos, a causa de alguna de las infecciones.
- 5.6. Las atenciones en el marco de la profilaxis de la Trasmisión Madre – Niño del VIH y la Sífilis congénita, para las gestantes y sus hijos, serán gratuitas, incluyendo los medicamentos, pruebas de laboratorio, insumos y otros. La atención será cubierta por el Seguro Integral de Salud, EsSalud u otra modalidad de aseguramiento en salud público o privado, que corresponda a la gestante.
- 5.7. La atención para la profilaxis de la Trasmisión Madre – Niño del VIH y la Sífilis congénita, la realiza el equipo de salud, especialmente por los profesionales de medicina, obstetricia, y enfermería, entre otros, según sus competencias.
- 5.8. El tamizaje con RPR o PRS en las gestantes debe realizarse en la primera atención prenatal idealmente en el primer trimestre de gestación, en todos los establecimientos de salud del país.
- 5.9. El manejo integral de la gestante, mujeres con aborto, puérperas con Sífilis o probable Sífilis, y del caso de Sífilis congénita es responsabilidad del establecimiento de salud y de los profesionales de salud competentes según los niveles de atención.
- 5.10. En toda gestante, puérpera o mujer con aborto con diagnóstico probable o confirmado de VIH (ver Anexo N° 1) o Sífilis deberá realizarse la consejería según la Resolución Ministerial N° 264-2009/MINSA, que "Aprueba el Documento Técnico Consejería en ITS/VIH y SIDA" o la que haga sus veces.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. DE LA CULTURA DEL RESPETO Y TRATO DIGNO

- 1) Todo establecimiento de salud que atienda gestantes viviendo con VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual (ITS) debe promover la cultura de respeto a los derechos humanos con enfoque de género para eliminar el estigma y la discriminación asociada a la infección.
- 2) El establecimiento de salud debe brindar la atención integral y realizar el seguimiento de la gestante infectada por el VIH o Sífilis y su recién nacido. La atención se debe realizar en ambientes comunes del servicio de ginecología/obstetricia y pediatría, con excepción de casos que requieran de atención especializada por complicaciones.
- 3) Los establecimientos de salud, públicos o privados, deben asegurar la atención de la persona con infección VIH o Sífilis, la misma que no puede ser excluida de la atención en ningún servicio.
- 4) Los profesionales de la salud deben contar e implementar las medidas de bioseguridad universales vigentes en los procesos de atención (especialmente en parto y cesárea) de todos las gestantes en general, sin distinción de la gestante con VIH.

6.2. DE LA PROFILAXIS DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH

6.2.1. DEL TAMIZAJE

• PRUEBAS DE TAMIZAJE

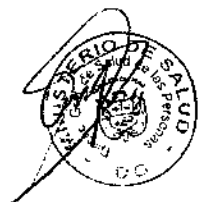
- 1) Las pruebas de laboratorio para tamizaje de VIH son: Prueba Rápida para VIH (PR) y ELISA, los resultados se informan como reactivo o NO reactivo según corresponda. Las pruebas confirmatorias (Ejemplo: IFI, W-B para VIH) se informan como positivas o negativas según sea el caso.

NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

- 2) En el caso de resultar reactiva o positiva la prueba para VIH el manejo debe ser realizado en el mismo establecimiento por el profesional responsable de la atención (Infectólogo, Gineco-Obstetra, Médico/a General, Obstetra u otro profesional de la salud, de acuerdo a niveles de atención), según flujograma de Atención a la Gestante y Puérpera VIH o probable VIH (ver Anexo N° 2).
- 3) En caso de parejas discordantes, con gestantes seronegativas se le tomará la prueba de ELISA para VIH cada 3 meses. Se deberá de realizar el seguimiento a dicha gestante resaltando la consejería. No se inicia profilaxis antirretroviral en gestantes seronegativas.
- 4) El establecimiento de salud debe cumplir con realizar el seguimiento de toda niña/o expuesto al VIH, hasta conocer su estado serológico a los 18 meses de edad (prueba de ELISA).
- 5) El establecimiento de salud debe cumplir con solicitar la prueba confirmatoria para VIH (IFI o WB) a toda niña o niño que resultara reactivo a la prueba de ELISA para VIH después de los 18 meses de edad. La monitorización de este hecho, estará a cargo de la Asistenta Social en coordinación con el equipo multidisciplinario y grupos de apoyo comunitario (Consejeras Educadores de Pares).

• **PRUEBAS CONFIRMATORIAS**

- 6) Las pruebas confirmatorias para VIH (WB, LIA, IFI), serán procesadas en el laboratorio de referencia regional o según la Red de referencia de laboratorios establecido por el Instituto Nacional de Salud (INS).
- 7) Toda niña o niño expuesta/o al VIH se le debe de realizar obligatoriamente la prueba de reacción de cadena polimerasa (PCR-DNA-VIH) al primer mes y tercer mes (1 y 3 meses) de edad, con el fin de conocer su condición de infectada/o por el VIH. Se debe solicitar adicionalmente luego del 6° mes hasta el año de vida la prueba de reacción de cadena polimerasa (PCR-DNA-VIH) ante la posibilidad de que la madre pueda haberle dado a su niño lactancia mixta (lactancia materna + sucedáneos de leche materna, o lactancia cruzada).
- 8) La confirmación de los resultados reactivos para VIH es responsabilidad de los laboratorios de referencia o laboratorio de los establecimientos de mayor complejidad del INS, según corresponda. Es necesario tener en cuenta lo siguiente:
 - La obtención y envío de las muestras necesarias para la confirmación de los casos debe ser: oportuna, adecuada y de calidad; y es responsabilidad del Laboratorio del establecimiento.
 - Se deberá dar aviso al laboratorio de referencia o al INS según corresponda por vía telefónica o correo electrónico (usando el aplicativo NETLAB del INS a través de la dirección electrónica <http://www.netlab.ins.gob.pe/Frmlogin.aspx> para el monitoreo del proceso de envío de muestras y recepción de resultados por laboratorio de referencia para su información al establecimiento de salud.
 - Las muestras obtenidas deberán cumplir las normas de conservación y además ser rotuladas como "gestantes" y ser enviadas al laboratorio donde se procesarán las pruebas confirmatorias (INS u otro laboratorio de la red) y los resultados estarán disponibles para el médico tratante en el portal de Internet en un plazo no mayor a siete (7) días hábiles luego de su recepción, en el sistema NETLAB <https://www.netlab.ins.gob.pe/FrmNewLogin.aspx>
 - Si los resultados recibidos por el médico tratante son indeterminados, los laboratorios de la red deberán enviar una nueva muestra al INS. Los resultados estarán disponibles para el médico tratante en el portal de Internet en un plazo no mayor a diez (10) días hábiles luego de su recepción, en el sistema NETLAB, en la dirección electrónica <http://www.netlab.ins.gob.pe/Frmlogin.aspx>



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

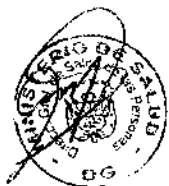
- 9) Toda muestra de PCR-DNA-VIH (prueba diagnóstica de VIH para el niño) se realizará en el INS.
- Las muestras para PCR-DNA-VIH (sangre total - EDTA) deben ser enviadas por el laboratorio del establecimiento en un plazo no mayor de 24 horas luego de su obtención al INS y los resultados estarán disponibles para el médico tratante en un máximo de treinta (30) días hábiles a través del sistema NETLAB <http://www.netlab.ins.gob.pe/Frmlogin.aspx>
 - Las indicaciones y recomendaciones para la conservación y transporte de las muestras, se sujetarán a lo dispuesto por el Instituto Nacional de Salud.
 - El responsable de la ESN PC ITS y VIH/SIDA debe imprimir los resultados de las pruebas solicitadas para añadirlos a la Historia Clínica.

• **REGISTRO DEL TAMIZAJE**

- 10) El resultado de las pruebas para VIH (Prueba Rápida o ELISA) y de la prueba de RPR para Sífilis, sea este resultado reactivo o no reactivo, deberán estar registrados en la historia clínica y en el carné perinatal de la paciente. Los resultados reactivos, además se anotarán en el Formato o registro automatizado de atención y seguimiento a gestantes con VIH y/o Sífilis (ver Anexo N° 6).
- 11) El registro del tamizaje para VIH y Sífilis de todas las gestantes, puérperas y niños es obligatorio, siendo responsabilidad de quien realiza la actividad según el nivel de atención.

6.2.2. DEL DIAGNÓSTICO

- 1) Para efectos de la administración de la profilaxis o terapia antirretroviral para la prevención de la transmisión madre-niño del VIH, se considerará a aquellas gestantes que cumplan con las siguientes condiciones:
- Gestante con Prueba de tamizaje reactiva, o
 - Gestante con prueba confirmatoria VIH positiva.
- 2) Toda gestante viviendo con VIH que inicia Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), será informada previamente de los beneficios y riesgos del tratamiento durante la gestación antes de firmar la hoja de consentimiento informado (ver Anexo N° 7).
- 3) La gestante diagnosticada con VIH durante la atención prenatal, será referida oportunamente al establecimiento de salud de la jurisdicción, designado por la DISA o DIRESA, para su atención integral.
- 4) La cesárea es la vía de parto de elección para toda gestante diagnosticada con VIH. Las excepciones son detalladas en el acápite de escenarios de la presente Norma Técnica de Salud.
- 5) A toda gestante diagnosticada con VIH, se le realizará estudios de recuento de linfocitos CD4 y determinación de la Carga Viral.
- 6) En caso de parejas discordantes, con gestante seronegativa, a esta se le tomará la prueba de ELISA para VIH cada 3 meses. Se deberá de realizar el seguimiento a dicha gestante resaltando la consejería. No se inicia profilaxis antirretroviral en gestantes seronegativas.
- 7) Para las parejas de las gestantes viviendo con el VIH se promoverá el uso de condón.
- 8) En caso de que la gestante, esté recibiendo tratamiento profiláctico y el resultado confirmatorio fuera negativo, se suspenderá el tratamiento y se reportará el caso al responsable de la ESN ITS VIH correspondiente.



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

- 9) En toda gestante que reciba TARGA, se reforzará la consejería y la educación para la salud, se recomienda seguir las pautas de la norma técnica sobre adherencia, dando énfasis a la importancia del agente de soporte personal.
- 10) Toda gestante que inicie TARGA o profilaxis con antirretrovirales para la prevención de la transmisión vertical del VIH firmará la hoja de consentimiento informado para el tratamiento antirretroviral profiláctico en gestante infectada por VIH (Anexo N° 1).
- 11) El esquema de vacunas a Gestantes portadoras de VIH (ver Anexo N° 8) tiene que ser evaluada por el equipo médico sobrepesando el riesgo de exposición de la madre y el feto a la enfermedad, y los riesgos propios de la vacuna contra la madre y el recién nacido. Las vacunas contra virus y/o bacterias vivas están contraindicadas. La vacuna contra el tétano-difteria está generalmente recomendada.

6.2.3. DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y MANEJO DE LA GESTANTE

Con fines de establecer el tratamiento de la gestante para prevenir la transmisión vertical, se definen 3 escenarios:

- **ESCENARIO 1 (VIH-E1):** GESTANTE QUE POR PRIMERA VEZ SE LE DIAGNÓSTICA LA INFECCIÓN POR VIH DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL O CON DIAGNÓSTICO PREVIO QUE NO RECIBE TARGA.
- **ESCENARIO 2 (VIH-E2):** GESTANTE VIH QUE ESTUVO RECIBIENDO TARGA ANTES DE SU EMBARAZO.
- **ESCENARIO 3 (VIH-E3):** GESTANTE VIH DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ DURANTE EL TRABAJO DEL PARTO.

➤ ESCENARIOS

6.2.3.1. ESCENARIO 1 (VIH - E1): Gestante infectada por el VIH, diagnosticada por primera vez durante la atención prenatal

A. Manejo antirretroviral en la gestante:

- Se iniciará terapia antirretroviral triple desde las 14 semanas de gestación en adelante.
- Se solicitará los estudios de CO4 y Carga Viral conjuntamente con la prueba confirmatoria de ser necesario.
- El inicio de la terapia antirretroviral no está condicionado a la recepción de los resultados de CD4, Carga Viral o confirmación VIH de la gestante.
- El esquema de elección será: Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Lopinavir/ritonavir (LPV/rtv)
 - AZT 300 mg vía oral cada 12 horas.
 - 3TC 150 mg vía oral cada 12 horas.
 - LPV/rtv 400/100 mg vía oral cada 12 horas.
- En casos especiales (anemia severa Hb < ó = de 7 gr/dl; CD4 menor de 250 células por mililitro, reacción adversa, entre otros) la gestante será derivada al establecimiento de salud que cuente con el Equipo Multidisciplinario de TARGA para evaluación y manejo correspondiente.
- El tratamiento se continuará después del embarazo, independientemente del CD4 y carga viral y la mujer será incluida con el mismo esquema en el manejo TARGA de adultos.



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

- En las gestantes con peso menor de 45 kilos, deberá ser derivada al médico especialista (Infectólogo, Ginecólogo, o médico profesional capacitado) para ajuste de la dosificación (por kilo de peso) de los medicamentos a prescribir.
- La responsabilidad de la indicación del tratamiento será del médico capacitado en manejo antirretroviral en coordinación con los profesionales encargados del seguimiento obstétrico de la paciente.

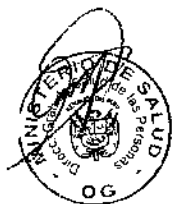
B. Manejo del parto:

- Para las gestantes diagnosticadas con VIH durante el embarazo, la cesárea electiva es la vía de parto, para lo cual será programada oportunamente.
- El día del parto la gestante independientemente del esquema que reciba, se le administrará Zidovudina (AZT) por vía endovenosa (ver Anexo N° 10) La dosis recomendada es:
 - 2 mg/Kg peso durante la primera hora de infusión.
 - Continuar a 1 mg/Kg./hora durante las siguientes horas hasta el momento de ligar el cordón umbilical.

En forma práctica se recomienda preparar una infusión de 400 mg de AZT (2 ampollas si son de 200 mg) en 500 cc de suero glucosado (Dextrosa) al 5% y administrar 200 cc la primera hora y 100 cc las horas siguientes hasta que la puerpera tolere la vía oral.

B.1. Indicaciones específicas para el parto por vía abdominal:

- 1) La cesárea electiva es la vía obligatoria de parto en la gestante con VIH o probable VIH. El parto vía vaginal es excepcional.
- 2) Los profesionales de la salud a cargo de la paciente confirmarán cuidadosamente la edad gestacional, para prevenir la prematuridad iatrogénica. La evaluación debe hacerse utilizando los parámetros clínicos obstétricos establecidos en la Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (fecha de la última menstruación, altura de fondo uterino y ecografía realizada de preferencia en el primer trimestre de gestación). Estos criterios ayudarán para programar el día de la cesárea, el mismo que será realizado a partir de la semana 38 o con un estimado de peso fetal mayor a 2,500 gramos antes del inicio del trabajo de parto, y con membranas amnióticas íntegras.
- 3) Las cesáreas electivas siempre deben ser planificadas y ejecutadas en los establecimientos de salud con capacidad resolutive para reducir los riesgos de morbilidad materna y perinatal.
- 4) Los servicios de salud, según su capacidad resolutive, deben establecer la referencia oportuna de la gestante con VIH o probable VIH, al establecimiento de salud de mayor nivel de complejidad, para la realización de la cesárea electiva, o de emergencia, de ser el caso, previa coordinación.
- 5) Para la profilaxis antirretroviral en la cesárea electiva o de emergencia, se administra Zidovudina (AZT) por vía endovenosa (Ver preparación en anexo N° 10). El tratamiento se debe iniciar cuatro horas antes de la hora establecida para la cesárea electiva y de manera inmediata en la cesárea de emergencia. La dosis recomendada es:
 - 2 mg/Kg peso durante la primera hora de infusión.
 - Continuar a 1 mg/Kg/hora durante las siguientes horas hasta el momento de ligar el cordón umbilical.



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

En forma práctica se recomienda preparar una infusión de 400 mg de AZT (2 ampollas si son de 200 mg) en 500 cc de suero glucosado (Dextrosa) al 5% y administrar 200 cc la primera hora y 100 cc las horas siguientes hasta que la puérpera tolere la vía oral.

- 6) De no tenerse disponible Zidovudina (AZT) endovenosa se podrá usar la vía oral, administrándose 300 mg de AZT 4 horas antes de la hora programada de cesárea y se repite 3 horas después, independientes del horario que haya tomado su dosis habitual (dosis profilaxis de antirretrovirales durante su embarazo).
- 7) Para la extracción de la recién nacida o nacido se debe en lo posible mantener las membranas amnióticas íntegras (técnica de cesárea con membranas íntegras), realizar el cambio de guantes y de campos operatorios antes de la ruptura de membranas amnióticas y extracción del recién nacido evitando el contacto de secreciones y fluidos de la madre con la recién nacida o nacido.
- 8) Se debe pinzar el cordón umbilical (sin ordeñar) inmediatamente de producido el parto.
- 9) Se puede utilizar profilaxis antibiótica luego de pinzado el cordón umbilical de acuerdo a protocolos establecidos para minimizar los riesgos de infección por la cirugía.
- 10) No se necesita aislar a la mujer infectada por VIH, pudiendo la mujer y su recién nacido estar en alojamiento conjunto.

B.2. Indicaciones específicas para el parto por vía vaginal:

- 1) Excepcionalmente la vía vaginal está indicada, cuando se presente una de las siguientes condiciones:
 - a) La dilatación > de 4 cm, o
 - b) Membranas amnióticas rotas
- 2) Están contraindicados todos los procedimientos invasivos (tales como: amniotomía, uso de fórceps o vacuum, tomas de muestras vaginales, otros), así como evitar en lo posible realizar episiotomías, y evitar tactos vaginales repetidos (usar el partograma).
- 3) Evitar que la gestante con VIH o probable VIH permanezca con las membranas amnióticas rotas por más de cuatro horas en un trabajo de parto prolongado, estando indicado el uso de oxitócicos para inducir el trabajo de parto.
- 4) Para la profilaxis antirretroviral en el parto vaginal inminente, se procede de igual forma que lo indicado para el caso de parto por cesárea.
- 5) Siempre que sea posible, mantener las membranas amnióticas íntegras hasta antes del periodo expulsivo.
- 6) Después de la expulsión del feto realizar inmediatamente el pinzamiento del cordón umbilical sin ordeñar.
- 7) El(a) responsable de la atención del parto vaginal es el Médico Ginecólogo, Médico General u Obstetra con competencias, considerando los niveles de atención.
- 8) La atención del parto vaginal por el profesional de salud capacitado será con la gestante en posición horizontal, para evitar posible contaminación de la niña o niño, con secreciones o fluidos maternos.



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

- 9) Evitar en lo posible la contaminación del recién nacido/a con secreciones o fluidos maternos.

C. Manejo del recién nacido expuesto al VIH

- Inmediatamente luego del parto bañar al recién nacido con abundante agua temperada y jabón. Realizar el secado con una toalla de felpa muy suave para evitar laceraciones en la piel del niño.
- Aspirar delicadamente las secreciones de las vías respiratorias evitando traumatismo de las mucosas.
- Está contraindicada la lactancia materna y la lactancia cruzada (dar de lactar al niño por otra mujer). Se indicará sucedáneos de leche materna y se iniciará la alimentación correspondiente.
- El recién nacido, de madre que recibió terapia triple que incluyó **Zidovudina (AZT)** como parte de su esquema, recibirá **AZT** a una dosis de 2 mg/kg de peso vía oral cada 6 horas por 7 días.
- En caso que la madre no hubiese recibido **AZT** en su esquema antirretroviral, el niño recibirá **AZT** 2 mg/kg de peso vía oral cada 6 horas hasta las 6 semanas de vida.
- El recién nacido, de madre que recibió terapia por menos de 4 semanas, recibirá **AZT** 2 mg/kg de peso vía oral cada 6 horas por seis semanas.
- El inicio del tratamiento profiláctico en los recién nacidos será dentro de las primeras 8 horas de vida, hasta un máximo de 24 horas de nacido.

6.2.3.2. ESCENARIO 2 (VIH-E2): Gestante VIH que estuvo recibiendo TARGA antes del embarazo

A. Manejo antirretroviral en la gestante:

- Toda gestante viviendo con VIH que recibe TARGA desde antes del embarazo, recibirá la atención prenatal sin necesidad de repetir los estudios diagnósticos para VIH y continuará con el tratamiento.
- En caso de que el **Efavirenz** sea parte del esquema de tratamiento, éste será continuado si la gestante tiene carga viral menor de 400 copias. Si la carga viral es mayor a 400 copias, debe ser remitida para evaluación del Infectólogo, quien definirá el esquema antirretroviral a seguir.
- El tratamiento antirretroviral que venía recibiendo se continuará durante el embarazo y después de producido el parto, y será derivada al equipo multidisciplinario de manejo del TARGA adulto.
- La responsabilidad de la indicación del tratamiento y seguimiento será del médico capacitado en manejo antirretroviral en coordinación con los profesionales de salud encargados del seguimiento obstétrico de la paciente.
- Para la atención obstétrica de la gestante, en este escenario, el responsable de la administración de TARGA, enviará al establecimiento de salud de referencia copia de la epicrisis, la cual debe tener la firma y el sello legible del médico tratante.

B. Manejo del parto:

- Se seguirán las mismas recomendaciones que en el escenario anterior (VIH-E1).



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

C. Manejo del recién nacido expuesto al VIH:

- Se seguirán las mismas recomendaciones que en el escenario anterior (VIH-E1).

6.2.3.3. ESCENARIO 3 (VIH-E3): Gestante diagnosticada con infección VIH por primera vez durante el trabajo del parto

A. Manejo antirretroviral durante el trabajo de parto:

- Toda gestante diagnosticada por Prueba Rápida o ELISA durante el trabajo de parto firmará consentimiento para el uso de antirretrovirales.
- La gestante diagnosticada recibirá:
 - AZT 300 mg vía oral cada 12 horas.
 - 3TC 150 mg vía oral cada 12 horas.
 - LPV/rtv 400/100 mg vía oral cada 12 horas.
- Se puede utilizar Zidovudina (AZT) por vía endovenosa en remplazo de la vía oral. (ver Anexo N° 10)
- El tratamiento se continuará después del embarazo, independientemente del CD4 y carga viral y la mujer será incluida con el mismo esquema en el manejo TARGA de adultos.
- La responsabilidad de la indicación del tratamiento será del médico capacitado en manejo antirretroviral o del profesional de salud que atiende directamente a la gestante.

B. Manejo del parto:

- La terminación del parto será vía abdominal (cesárea), teniendo en cuenta la capacidad resolutoria del establecimiento que recibe a la gestante en trabajo de parto y la posibilidad de referirla.
- Sólo si la gestante llegara al establecimiento con una dilatación mayor de 4 cm y/o membranas rotas, la terminación del parto será vía vaginal; salvo exista una indicación obstétrica para la culminación por vía cesárea.
- El responsable de la atención del parto vaginal es del médico Gineco obstetra, Médico General u Obstetrix, considerando los niveles de atención.
- La episiotomía debe ser evitada en la medida que sea posible y la ligadura del cordón umbilical debe hacerse sin "ordeñar".

C. Manejo del recién nacido expuesto al VIH:

- Inmediatamente luego del parto lavar al recién nacido con abundante agua y jabón. Realizar el secado con una felpa muy suave para evitar laceraciones en la piel del niño.
- Aspirar delicadamente las secreciones de las vías respiratorias evitando traumatismo de las mucosas.
- Se prohíbe la lactancia materna y se indicará sucedáneos de leche materna. También está contraindicada la lactancia cruzada (dar de lactar al niño por otra mujer).
- El recién nacido recibirá Zidovudina (AZT) 2 mg/kg vía oral cada 6 horas por 6 semanas y Lamivudina (3TC) 2 mg/kg vía oral cada 12 horas durante 7 días.



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

- El inicio del tratamiento profiláctico en los recién nacidos será dentro de las primeras 8 horas de vida hasta un máximo de 24 horas de nacido.

6.2.4. DEL SEGUIMIENTO

➤ PRUEBAS DE SEGUIMIENTO DE LA GESTANTE CON VIH Y CON PROBABLE VIH.

- 1) A toda gestante diagnosticada con VIH, se le debe realizar la toma de muestras para estudios de recuento de linfocitos CD4 y determinación de la Carga Viral, como mínimo al inicio del tratamiento y en el último trimestre del embarazo (antes de la cesárea electiva).
- 2) Las muestras para CD4 deben llegar antes de cumplir las 24 horas de ser obtenidas al laboratorio donde se procesarán. El INS establecerá la responsabilidad y cobertura para cada uno de los laboratorios procesadores de CD4 que existen en la red. Los resultados de CD4 estarán disponibles para el médico tratante en el portal de Internet, en el sistema NETLAB, en la dirección electrónica <http://www.netlab.ins.gob.pe/Frmlogin.aspx> en un plazo no mayor de cuatro (04) días hábiles luego de su recepción.
- 3) Las muestras para carga viral (sangre total-EDTA) deberán ser enviadas al laboratorio referencial regional dentro de las 24 horas de ser obtenidas y la muestra de plasma deberán ser enviadas al INS para su procesamiento. Los resultados estarán disponibles para el médico tratante en la dirección electrónica <http://www.netlab.ins.gob.pe/Frmlogin.aspx> en un plazo no mayor de siete (07) días hábiles luego de su recepción en el sistema NETLAB. El INS establece las pautas concernientes a los detalles de la obtención de las muestras y condiciones de su envío.

➤ SEGUIMIENTO AL RN EXPUESTO AL VIH

- 4) Las citas después del alta de la recién nacida o nacido expuesto se realizarán de manera conjunta con las de la madre, y estarán a cargo del Médico/a Pediatra, Infectólogo/a o Médico/a capacitado/a, de manera conjunta con el equipo multidisciplinario.
- 5) Es responsabilidad del equipo de salud de los establecimientos de salud, asegurar el control y seguimiento de los niños expuestos al VIH hasta conocer su estado serológico definitivo (a los 18 meses de edad).
- 6) La evaluación mensual por el médico pediatra o médico capacitado en el manejo de los niños/as expuestos al VIH es obligatoria, cada establecimiento de salud debe establecer los mecanismos necesarios para el cumplimiento del mismo.
- 7) Toda niña/o expuesto al VIH, al que no se le pueda hacer su control y seguimiento en los Hospitales de Referencia deberán ser contra referidos al establecimiento de salud de origen para sus controles, bajo criterio médico.
- 8) El manejo de los niños que resulten infectados por el VIH, se realizará de acuerdo a la Directiva N° 02D – 2D03-MINSA/DGSP-DEAIS-v.01 "Sistema de atención para el tratamiento antirretroviral en los niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana" o la que haga su veces.

➤ VISITAS DOMICILIARIAS

- 9) Las coordinaciones y seguimiento del niño expuesto al VIH estará a cargo de la Asistente Social, la información de los casos de abandono se obtendrá del Formato o registro automatizado de la gestante VIH y recién nacido expuesto (Ver Anexo N° 5 ó N° 6 según sea el caso).



NTS N° 064 - MINSAJDGP-V.02
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
 DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA**

- 10) Las visitas domiciliarias de los niños expuestos al VIH que no vienen al establecimiento podrá hacerse hasta los 24 meses de edad y en número de 6 visitas como máximo.
- 11) El seguimiento comunitario podrá ser coordinado con las Consejeras Educadores de Pares para la reserva y confidencialidad del caso en los lugares donde estén presentes

> SUPRESIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN DEL RN CON SUCEDANEOS DE LA LECHE

- 12) Se indicará a la puérpera la supresión farmacológica de la lactancia materna inmediatamente de producido el parto con: Cabergolina vía oral a dosis de 0,5 mg cada 12 horas sólo por dos (2) dosis. De no estar disponible, usar como alternativa Bromocriptina vía oral 2,5 mg cada 12 horas por 2 semanas, reduciendo la dosis a 1,25 mg cada 12 horas por 3 semanas.
- 13) El profesional de salud que atiende a la puérpera es responsable de aplicar vendaje compresivo en las mamas con vendas de tela (No usar vendas elásticas) de 6 pulgadas de ancho, teniendo cuidado de no provocar limitación en la respiración. Se aplica por un periodo de quince (15) días, evitando la manipulación o estimulación de las mamas.
- 14) Realizar seguimiento de la puérpera en el servicio de hospitalización las primeras 48 ó 72 horas para monitorizar la suspensión de la lactancia materna a la recién nacida o nacido y el inicio de los sucedáneos de leche materna.
- 15) Citar a la puérpera a los siete días luego del parto para seguimiento de la supresión de lactancia materna y control de puerperio. En caso no acuda a las citas programadas, coordinar la visita domiciliaria y seguimiento comunitario con Servicio Social y Consejeras Educadores de Pares (CEPs).
- 16) Toda madre con VIH, debe recibir consejería referente a la importancia del cuidado del recién nacido, la suspensión de la lactancia materna, el tipo de alimentación de su hija o hijo (uso de fórmulas lácteas). Esta consejería debe ser reforzada en los diferentes controles de crecimiento y desarrollo de la niña o niño.
- 17) Los sucedáneos de leche materna para toda niña o niño expuesto al VIH, serán entregados a la madre o encargado del cuidado de la niña o niño, que reciben tratamiento en los establecimientos públicos según el siguiente esquema:

MESES	1º mes	2º mes	3º mes	4º mes	5º mes	6º mes	TOTAL
Nº DE LATAS (400-500gr)	9	11	13	14	14	15	76

- 18) El Ministerio de Salud, a través del Seguro Integral de Salud, proporciona los sucedáneos de leche materna, para las niñas o niños que reciben tratamiento, y que están protegidos por esa modalidad de aseguramiento público en salud.

> VACUNAS RECOMENDADAS PARA EL RN EXPUESTO A VIH

- 19) Las niñas o niños expuestos al VIH deberán recibir las vacunas del calendario nacional de vacunas, de acuerdo a las indicaciones como grupo en condiciones especiales. Además se contemplarán las siguientes condiciones:
 - Prematuridad y



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

- Peso menor de 2,000 g.,

En estos casos se consultará con el Médico pediatra o Infectólogo especialista el esquema de vacunación en particular.

- 20) Se recomiendan las inmunizaciones habituales a las niñas o niños expuestos al VIH (ver Anexo N° 9) dado que el riesgo de infección a VIH excede a los potenciales riesgos de la inmunización.
- 21) Se administra la vacuna antipoliomielítica Inactivada (Intramuscular) a las niñas o niños expuestos o con VIH sin inmunosupresión.

22) **Condiciones Especiales:**

Recién nacidos con inmunosupresión:

- No se administran las vacunas de virus vivos atenuados como: sarampión, rubéola, paperas, varicela, fiebre amarilla, polio oral, a las niñas o niños con VIH e inmunosupresión severa; y en algunos casos de inmunosupresión moderada según recomendación del Médico pediatra o Infectólogo.

Vacuna BCG:

- En el hijo/a de madre con VIH demorar la vacunación con BCG hasta confirmar estatus VIH negativo del niño;
- En el hijo/a de madre sin prueba de VIH demorar la decisión sobre vacunación con BCG hasta realizar la prueba de VIH a la madre;
- El niño confirmado como VIH positivo no debe ser vacunado con BCG;
- El niño con sospecha de infección sintomática por VIH, aún sin confirmación, no debe ser vacunado con BCG;
- En zonas de alta prevalencia de tuberculosis multirresistente y cuando exista capacidad para diagnosticar enfermedad por BCG en el niño y exista capacidad de tratamiento de enfermedad diseminada por BCG, el hijo/a de madre con VIH debe ser vacunado con BCG. No obstante incluso en este contexto si el niño/a está confirmado como infectado con VIH o hay sospecha de infección sintomática por VIH, no debe ser vacunado;
- El niño/niña confirmado como no infectado por VIH puede vacunarse con BCG.



6.2.5. REPORTES DE RAM

- 1) Todos los Profesionales de Salud, bajo responsabilidad, deberán informar las Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) antirretrovirales de las que tenga conocimiento, utilizando los formatos establecidos por la DIGEMID (Anexo N° 9).
- 2) El responsable de Farmacia y/o Farmacovigilancia del hospital o establecimiento de salud remitirán los reportes de reacciones adversas de medicamentos según flujograma de reporte (Anexo N° 10).
- 3) En los casos de reacciones adversas a medicamentos, mortales o graves la notificación debe ser antes de las 48 horas al DIGEMID / DIREMID y/o al correo electrónico farmacovigilancia@digemid.minsa.gob.pe
- 4) Los reportes de reacciones adversas a medicamentos recibidos tienen carácter confidencial.

6.3. DE LA PROFILAXIS DE LA SÍFILIS CONGÉNITA

6.3.1. DEL TAMIZAJE



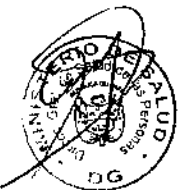
• **PRUEBAS DE TAMIZAJE**

- 1) Las pruebas de tamizaje de Sífilis para gestantes incluyen la Prueba Rápida (PRS) y el RPR; en el caso de resultar reactivas las pruebas para Sífilis, el manejo debe ser realizado en el mismo establecimiento por el profesional responsable de la atención (Gineco-Obstetra, Médico/a General, Obstetra u otro profesional de la salud, de acuerdo a niveles de atención). Seguir el flujograma para descarte de Sífilis en gestante, puérpera o mujeres con aborto cuando se cuenta solamente con Prueba Rápida de Sífilis: PRS. (Ver Anexo N° 3) o cuando se cuenta con Prueba Rápida de Sífilis + RPR (Ver Anexo N° 4).
- 2) Las pruebas de confirmación para Sífilis: FTA Abs-IgM, TPHA, Aglutinación de partículas (TPPA), WB-IgM, Inmunoensayo en línea -IgM (LIA); serán procesadas en el laboratorio de referencia regional o según la Red de referencia de laboratorios establecido por el Instituto Nacional de Salud (INS).
- 3) El tamizaje con RPR o PRS debe realizarse en la primera atención prenatal idealmente en el primer trimestre de gestación; si el resultado fuese reactivo, se debe administrar de inmediato el tratamiento con penicilina, que en los establecimientos del Ministerio de Salud y de las DIRESAS, es gratuito.

6.3.2. DEL DIAGNÓSTICO

• **DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR SÍFILIS EN LA GESTANTE Y PUÉRPERA**

- 1) La prueba de RPR o PRS para Sífilis debe solicitarse a toda gestante durante la atención prenatal, el puerperio y a la mujer con diagnóstico de aborto.
- 2) Se le solicitará un RPR cuantitativo. Diluciones iguales o mayores a 8 diluciones son sugerentes de Sífilis activa; resultados menores de 8 diluciones son indicativos de una probable Sífilis de memoria.
- 3) Las pruebas confirmatorias para Sífilis (ELISA total, FTA-ABS, TPHA), se realizará a toda gestante o puérpera con prueba de RPR para Sífilis reactivo. De encontrarse recibiendo tratamiento al llegar el resultado confirmatorio negativo, se suspenderá el mismo.
- 4) El personal de salud realizará la búsqueda activa de las parejas sexuales, reportados por la paciente.



• **DIAGNÓSTICO DE LA SÍFILIS CONGÉNITA.**

Se considera caso de Sífilis Congénita a:

- 1) Toda recién nacida o nacido, óbito fetal o aborto espontáneo, cuya madre tiene diagnóstico o sospecha de Sífilis y presenta una o más de las siguientes condiciones:
 - No recibió tratamiento con penicilina durante el embarazo,
 - No recibió tratamiento completo de tres dosis 2'400,000 UI IM por semana por tres semanas,
 - La última dosis la recibió dentro de las cuatro semanas previas al parto,
- 2) Todo recién nacido/a con títulos de RPR cuantitativo cuatro veces más altos que los títulos maternos (equivalente a dos diluciones. Ejemplo: madre 4 Dils./recién nacida o nacido 16 Dils).
- 3) Todo recién nacido/a de madre con diagnóstico o sospecha de sífilis que presenta manifestaciones clínicas sugerentes de sífilis congénita al nacimiento (Ver Anexo N° 12), independiente del tratamiento recibido.



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

- 4) Producto de la gestación con evidencia de infección por *Treponema pallidum* en estudios histológicos o visualización en campo oscuro de lesiones del *Treponema*.
- 5) En todo recién nacido en el que se desconozca o no se disponga del estado serológico para Sífilis de la madre, se realizará una prueba de RPR para Sífilis. Si el resultado es reactivo se considerará neonato con Sífilis Congénita hasta obtener el resultado de la madre y la historia de tratamiento durante la gestación.

6.3.3. DEL TRATAMIENTO

• DE LA GESTANTE CON SÍFILIS O PROBABLE SÍFILIS

- 1) El tratamiento de elección para Sífilis en la gestante es con Penicilina Benzatínica. El establecimiento de salud debe asegurar el tratamiento completo (3 dosis) para la gestante, y debe tenerse en cuenta los eventuales riesgos de reacciones alérgicas al medicamento.
- 2) El tratamiento para Sífilis es:
 - o **Penicilina Benzatínica** 2.4 millones UI vía intramuscular, por dosis semanal durante 3 semanas.

Para ser considerado tratamiento adecuado para prevenir Sífilis Congénita la última dosis de **Penicilina Benzatínica** debe haber sido aplicada a la gestante hasta antes de 4 semanas previas al parto; así como a la pareja sexual.

- 3) El manejo de las puérperas y mujeres con diagnóstico de aborto se hará con el mismo esquema de tratamiento de la gestante.
- 4) **Uso de penicilina en alérgicas:** Indagar sobre antecedentes de alergia a la penicilina; en caso la respuesta sea afirmativa derivar a la gestante al Hospital de referencia para iniciar su desensibilización (ver Anexo N° 11). De obtenerse la información o historia clínica que la gestante refiere alergia a la penicilina, se recurrirá a la desensibilización en un establecimiento de salud que cuente con Unidad de Cuidados Intensivos (Anexo N° 3) o Unidad de reanimación de adultos.

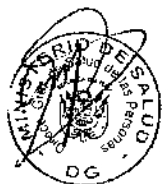
Ningún otro antibiótico se considera efectivo para la prevención de la Sífilis congénita. Aplicar la penicilina si la desensibilización fuera positiva (no presenta signos o síntomas ligados a alergia). En casos de desensibilización negativa (presenta signos o síntomas ligados a alergia) suspender inmediatamente la prueba (No colocar penicilina) y realizar la interconsulta con un médico especialista Infectólogo, quien indicará el tratamiento a seguir.

El uso de otros antibióticos como la Eritromicina, no garantiza la acción preventiva ante el riesgo de transmisión vertical de Sífilis.

- 5) Toda gestante o puérpera con diagnóstico de Sífilis debe recibir información en ITS, que incluya las 4C (Consejería, búsqueda de Contactos, entrega de Condones y Cumplimiento de tratamiento).
- 6) El establecimiento de salud hará lo necesario para identificar, contactar y tratar a la/s pareja/s sexual/es de la gestante, mujer con aborto y puérpera con Sífilis es obligatoria, para asegurar el éxito de la terapia de prevención y evitar la reinfección.

Tratamiento de la pareja

- 7) No se requieren hacer pruebas de diagnóstico de sífilis para iniciar tratamiento de la (s) pareja (s) sexual (es) de la gestante con Sífilis o probable Sífilis.
- 8) La/s pareja/s sexuales deben recibir tratamiento completo con Penicilina Benzatínica 2,4 millones UI vía intramuscular, 1 ampolla semanal durante 3 semanas de manera gratuita en todos los establecimientos del Ministerio de Salud y de las DIRESAS.



NTS Nº 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

- 9) Si existe la información de alergia a la penicilina en el caso de la pareja, se puede ofrecer tratamiento alternativo con Eritromicina 500 mg c/8horas vía oral por 14 días o Ceftriaxona 2 g. IM en dosis única, de manera gratuita en todos los establecimientos del Ministerio de Salud y de las DRESAS.
- 10) Es importante evitar la reinfección, por lo que se indicará en la gestante y su pareja el uso del condón (masculino o femenino). Esta indicación es muy importante para la gestante con Sífilis si no es posible contactar y tratar a la pareja o parejas, para prevenir la reinfección durante la gestación.

• **DEL TRATAMIENTO A LA RECIÉN NACIDA O NACIDO CON SÍFILIS CONGÉNITA**

- 11) De preferencia los casos de recién nacida o nacido con diagnóstico de Sífilis congénita tienen que ser manejados en un establecimiento que cuente con médico pediatra o profesional médico capacitado para el tratamiento endovenoso con Penicilina G Sódica en hospitalización, de no ser posible derivar a un establecimiento de mayor complejidad.
- 12) Si el establecimiento de salud no cuenta con profesional médico capacitado para manejo de Penicilina G Sódica endovenosa, iniciar tratamiento en el recién nacido con Penicilina G Procaínica 50,000 UI/kg/dosis vía intramuscular cada 24 horas, y derivar al recién nacido/a a un establecimiento de mayor complejidad para el manejo adecuado.
- 13) Con fines de establecer el tratamiento en el Recién Nacido para prevenir la transmisión de Sífilis, se definen 4 escenarios:

- ESCENARIO 1 (SIF-E1):** LACTANTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS COMPROBADO O MUY PROBABLE.
- ESCENARIO 2 (SIF-E2):** RECIÉN NACIDO O LACTANTE CON DIAGNÓSTICO DE NEUROSÍFILIS COMPROBADO O MUY PROBABLE.
- ESCENARIO 3 (SIF-E3):** RECIÉN NACIDO O LACTANTE CON EXAMEN FÍSICO NORMAL Y TÍTULO SEROLÓGICO CUANTITATIVO NO TREPONÉMICO IGUAL O MENOR A 4 VECES EL TÍTULO DE LA MADRE.
- ESCENARIO 4 (SIF-E4):** RECIÉN NACIDO O LACTANTE CON MADRE ADECUADAMENTE TRATADA Y TÍTULO SEROLÓGICO CUANTITATIVO NO TREPONÉMICO IGUAL O MENOR A 4 VECES EL TÍTULO DE LA MADRE.

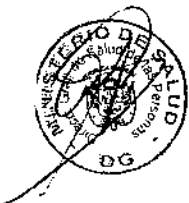
➤ **ESCENARIOS**

ESCENARIO 1 (SIF-E1): Lactantes con diagnóstico de Sífilis comprobado o muy probable

- a. Examen físico anormal compatible con Sífilis Congénita.
- b. Título serológico cuantitativo no treponémico que es 4 veces mayor que el de la madre; o
- c. Test de anticuerpos IgM o examen de campo oscuro de fluidos corporales positivo.
- d. Se debe descartar neurosífilis, de ser positivo pasar al escenario 2.

Evaluación recomendada:

- Análisis de líquido cefalorraquídeo para citobioquímico y VDRL.



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

- Hemograma y recuento de plaquetas.
- Radiografía de huesos largos,
- Radiografía de tórax si hay sintomatología respiratoria.

Tratamiento recomendado:

- La duración de tratamiento es de 10 días
- **Penicilina G Sódica 50,000 UI/kg/dosis** vía endovenosa cada 12 horas para recién nacidos hasta los 7 días de vida; luego se modificará la dosis diaria a **Penicilina G Sódica 50,000 UI/kg/dosis** vía endovenosa cada 8 horas para recién nacidos mayores de 7 días de vida hasta completar su tratamiento.

Tratamiento alternativo:

- En caso de no tener acceso endovenoso puede usarse **Penicilina G Procaínica 50,000 UI/Kg** vía intramuscular cada 24 horas por 10 días.

Seguimiento:

- a. Evaluaciones mensuales durante el primer año de vida.
- b. Realizar pruebas de VDRL / RPR para Sífilis al 3er, 6to y 12 meses de edad, o hasta lograr la negativización.
- c. Ante la elevación de los títulos serológicos reinvestigar el caso.
- d. Se recomienda evaluación oftalmológica, neurológica y auditiva semestral.

ESCENARIO 2 (SIF-E2): Recién nacido o lactante con diagnóstico de neurosífilis comprobado o muy probable

- a. Examen físico anormal y evaluaciones de laboratorio realizadas en el Escenario 1 (SIF-E1) compatibles con Sífilis Congénita.
- b. Título serológico cuantitativo no treponémico que es 4 veces mayor que el de la madre.
- c. Estudio de Líquido cefalorraquídeo que presenta:
 - a. Recuento de células mayor de 25 leucocitos/mm³.
 - b. Proteínas mayores a 100 mg/dL.
 - c. VDRL reactivo.

Tratamiento recomendado:

- La duración del tratamiento es de 14 días.
- **Penicilina G Sódica 50,000 UI/kg** vía endovenosa cada 12 horas para recién nacidos menores de 7 días de vida, se modificará la dosis diaria de **Penicilina G Sódica a 50,000 UI/kg** vía endovenosa cada 8 horas para recién nacidos mayores de 7 días de vida, hasta completar su tratamiento.

Tratamiento alternativo:

- No se recomienda ningún tratamiento alternativo



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

Seguimiento:

- Estudio de LCR cada 6 meses hasta obtener valores normales para la edad.

ESCENARIO 3 (SIF-E3): Recién nacido o lactante con examen físico normal y título serológico cuantitativo no treponémico igual o menor a 4 veces el título de la madre

- a. Madre no tratada o inadecuadamente tratada.
- b. Madre fue tratada con eritromicina u otro régimen diferente a la penicilina.
- c. Madre recibió tratamiento en el último mes antes del parto.
- d. La madre tuvo Sífilis temprana y tiene un título no treponémico que no decrece o aumenta.
- e. Test de anticuerpos IgM o examen de campo oscuro de fluidos corporales positivo en el recién nacido.

Evaluación recomendada:

1. Análisis de líquido cefalorraquídeo para citobioquímica y VDRL.
2. Hemograma y recuento de plaquetas.
3. Radiografía de huesos largos.

Tratamiento recomendado:

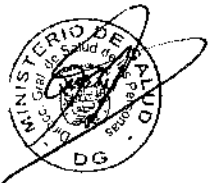
- Si el examen físico y/o los estudios de laboratorio muestran anomalías o por razones técnicas no es posible realizar el estudio de laboratorio, considerar el diagnóstico de Sífilis Congénita y dar tratamiento como en el escenario 1 (SIF-E1).
- Si el examen físico y los estudios de laboratorio son normales y se puede asegurar seguimiento, entonces el lactante no tiene Sífilis Congénita pero se considera potencialmente expuesto a *Treponema pallidum* y debe recibir: Penicilina Benzatínica 50,000 UI/kg en dosis única intramuscular.

Seguimiento:

- a. Evaluaciones mensuales durante el primer año de vida.
- b. Realizar VDRL/RPR al 3er, 6to y 12 meses de edad, o hasta lograr la negativización.
- c. Ante la elevación de los títulos serológicos reinvestigar el caso.

ESCENARIO 4 (SIF-E4): Recién nacido o lactante con madre adecuadamente tratada y título serológico cuantitativo no treponémico igual o menor a 4 veces el título de la madre

- a. Madre con tratamiento completo y adecuado durante la gestación.
- b. Madre recibió tratamiento antes del último mes previo al parto.
- c. Madre cuyos títulos serológicos disminuyen adecuadamente después del tratamiento.



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

- d. Madre con títulos que desde un inicio fueron y permanecieron bajos durante todo el embarazo (1/2 ó 1/4).
- e. Madre no tiene evidencias de reinfección.

Evaluación recomendada:

- No es necesario referir al niño a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive.
- Seguimiento periódico al niño.

Tratamiento recomendado:

- Ninguno.
- Si no es posible hacer seguimiento al niño, aplicar **Penicilina Benzatínica** 50,000 UI/kg. vía intramuscular como dosis única.

6.3.4. DEL SEGUIMIENTO

LAS PRUEBAS DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LA GESTANTE CON SÍFILIS O PROBABLE SÍFILIS.

- 1) El seguimiento con pruebas de laboratorio RPR cuantitativo a la gestante es periódico (cada 03 meses) durante el embarazo y luego cada 06 meses luego del parto hasta dos años después.
- 2) El RPR cuantitativo se solicita para el seguimiento de la gestante con Sífilis o probable Sífilis y se expresa en dilución /es (Dil/s). Valores mayores o iguales a 8 diluciones en la gestante suelen ser indicativos de Sífilis activa. Luego del tratamiento las diluciones tienden a disminuir progresivamente variando individualmente (algunos permanecen con valores mínimos que pueden permanecer durante toda la vida), éste es un importante criterio indicativo de la respuesta efectiva al tratamiento, por ello resulta importante el seguimiento y el monitoreo con esta prueba.
- 3) A toda puerpera inmediata y a su recién nacido se solicitará prueba de RPR cuantitativo para definir caso de Sífilis Congénita.
- 4) Evaluaciones mensuales al recién nacido de madre con Sífilis o probable Sífilis durante el primer año de vida: realizar VDRL/RPR al 3er, 6to y 12 meses de edad, o hasta lograr la negativización. Ante la elevación de los títulos serológicos se debe reinvestigar el caso.
- 5) No se requieren hacer en la(s) pareja(s) sexuales(s) pruebas de diagnóstico de Sífilis para iniciar tratamiento de la (s) pareja (s) sexual (es) de la gestante con Sífilis o probable Sífilis



6.4. DEL REPORTE, REGISTRO E INFORMACIÓN

6.4.1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

- 1) Las infecciones por VIH-SIDA y Sífilis congénita son objeto de notificación obligatoria y están sujetas a vigilancia, está a cargo del personal que realiza la atención del paciente en el servicio de salud.
- 2) La notificación obligatoria es mensual referida a los casos confirmados de VIH, casos de SIDA, y semanal para Sífilis Congénita, siguiendo el flujo del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
 DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA**

ENFERMEDAD SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	CIE 10	TIPO DE NOTIFICACIÓN	PERIODICIDAD DE NOTIFICACIÓN
Infección por VIH	B24	Individual	Mensual
SIDA	B20	Individual	Mensual
Sífilis congénita	A50	Individual	Semanal

3) Las condiciones que están sujetas a notificación individual en la Ficha de Notificación Epidemiológica y a cargo del personal de epidemiología de la región son:

- Todas las gestantes con dos (2) pruebas de tamizaje reactiva (PRUEBA RÁPIDA VIH o ELISA VIH) s en ausencia de síntomas (Diagnóstico Probable).
- Todos los nuevos diagnósticos de VIH confirmados.
- Todos los nuevos diagnósticos de SIDA.
- Todos los casos con diagnóstico de VIH atendidos por primera vez en el establecimiento.
- Todos los casos con diagnóstico de SIDA atendidos por primera vez en el establecimiento.
- Todos los casos de SIDA que fallecen.
- Todos los neonatos de madre con diagnóstico de VIH o SIDA.
- Todos los casos de serorreversión en niños/as expuestos perinatalmente.
- Todos los casos de Sífilis Congénita.

4) La investigación y seguimiento epidemiológico de los casos son responsabilidad de la Unidad de Epidemiología del establecimiento de salud y de la Oficina de Epidemiología de la DISA/DIRESA, según corresponda.

5) La notificación está sujeta a vigilancia epidemiológica en un registro semanal de notificación Epidemiológica individual para ingresar al Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de acuerdo a la Directiva Sanitaria N° 046 – MINSA/DGE.V1 que establece la Notificación y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, de la Dirección General de Epidemiología.



6.4.2. DEL REGISTRO DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y DE SEGUIMIENTO

6) La fuente primaria para el reporte de datos es la historia clínica y el formato o registro automatizado de la Gestante VIH y Gestante con Sífilis como de su recién nacido (ver anexo N° 5 y N° 6).

7) Todo resultado de las pruebas de tamizaje y confirmatorias para VIH y Sífilis deberán estar registradas en la Historia Clínica y en el Carnet Prenatal en forma obligatoria, el cual deberá estar debidamente llenado por el/la profesional que atiende la consulta según nivel de atención.

8) Si una prueba de tamizaje o confirmatoria de VIH o Sífilis resulta reactiva o positiva se apertura y maneja correctamente el Formato o registro automatizado según sea el caso: Formato o registro automatizado de la gestante con Sífilis y su recién nacido (ver Anexo N° 5) o Formato o registro automatizado de la gestante con VIH y su recién nacido expuesto (ver anexo N° 6).



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PRDFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

- 9) El registro de la recién nacida o nacido expuesto al VIH y Sifilis en el formato o registro automatizado será responsabilidad de quien realiza la atención según nivel correspondiente, El formato o registro automatizado servirá de base para la discusión de casos de infecciones de transmisión vertical por lo que su llenado es obligatorio y complementa los datos de la Historia Clínica.
- 10) Aplicar cada tres meses las listas de chequeo según nivel de atención que asegura los medicamentos y suministros para la implementación de la estrategia de prevención de la transmisión vertical del VIH, informando los resultados de las mismas a las DIRESAS/DISAS correspondientes. Las listas de chequeo para el primer nivel de atención figura en el Anexo N° 13), y para el segundo y tercer nivel de atención en el Anexo N° 14.
- 11) La responsable de la ESN SSR del establecimiento de salud supervisa el llenado correcto en la Historia Clínica Materno Perinatal el correcto tamizaje de VIH y Sifilis, debiendo informar oportunamente a la ESN PC ITS y VIH/SIDA sobre los casos de gestantes reactivas a VIH y Sifilis.
- 12) La responsable de la ES PC ITS y VIH/SIDA del establecimiento de salud supervisa el llenado correcto del formato o registro automatizado de los casos probables de VIH y Sifilis, debiendo informar al Coordinador/a Regional sobre el manejo y seguimiento de los casos de VIH y Sifilis.
- 13) El consolidado de la información es de responsabilidad de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS y VIH/SIDA de cada establecimiento de salud que reporta casos.
- 14) La data que se genera en los establecimientos de salud que atienden gestantes mediante la actividad de tamizaje de VIH y Sifilis: el análisis y control de calidad de la información es responsabilidad de la ESN PC ITS y VIH/SIDA y ES SSR de las DIRESAS/DISAS/REDES/MICRDREDES/Establecimientos de Salud y se realizará trimestralmente.
- 15) El Formato o registro automatizado deberá ser enviado al nivel nacional (ESN ITS VIH del MINSA) de modo impreso o por correo electrónico a la dirección que indique la ESN de PyC ITS VIH del Ministerio de Salud.
- 16) Los reportes de reacciones adversas a medicamentos recibidos tienen carácter confidencial y se rige según la Norma Técnica N° 023-2004-MINSA/DGSP-V.01: Manejo de Antirretrovirales y Reacciones Adversas para el médico de Atención Integral de las Personas Viviendo con el VIH/SIDA.



6.4.3 REPORTE DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM)

- 1) Todos/as los/as profesionales de Salud, bajo responsabilidad, deberán informar a DIGEMID/DIREMID de su establecimiento las Reacciones Adversas a Medicamentos Antirretrovirales (RAMA) de las que tenga conocimiento o sospecha, utilizando los formatos establecidos por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) (Ver Anexo N° 15).
- 2) El Comité de Farmacovigilancia y/o el responsable de Farmacia y/o Farmacovigilancia del hospital o establecimiento de salud remitirán los reportes de reacciones adversas de medicamentos antirretrovirales según flujograma de reporte (Anexo N° 16).
- 3) En los casos de reacciones adversas medicamentosas graves, deben ser notificados dentro de las 24 horas de conocido el evento al órgano competente en materia de farmacovigilancia correspondiente a su ámbito asistencial y las notificaciones de seguimiento serán remitidas en un plazo no mayor de 15 días
- 4) Los reportes de reacciones adversas a medicamentos recibidos tienen carácter confidencial y se rige según la Norma Técnica N° 023-2004-MINSA/DGSP-V.01:



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

Manejo de Antirretrovirales y Reacciones Adversas para el médico de Atención Integral de las Personas Viviendo con el VIH/SIDA, o la que haga sus veces.

6.4.4. DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y REACTIVOS DE LABORATORIO

- 1) Las pruebas rápidas de VIH y Sífilis serán adquiridas por el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Abastecimientos de Recursos Estratégicos en Salud (DARES) de manera centralizada siguiendo los requerimientos de las unidades ejecutoras. Esto permitirá mejorar la calidad de los insumos adquiridos y la economía de escala.
- 2) Las Unidades Ejecutoras son las responsables de garantizar el abastecimiento permanente y oportuno de los medicamentos, insumos y reactivos de laboratorio, para la prevención de la transmisión vertical del VIH y/o Sífilis, de acuerdo al requerimiento de los establecimientos de salud.
- 3) La distribución y dispensación de medicamentos, e insumos de la presente norma, es responsabilidad de la DEMID/DIREMID.

6.5. COMPONENTES

6.5.1. COMPONENTE DE PRESTACIÓN

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:

- ATENCIONES DE INTERNAMIENTO
- ATENCIONES DE CONSULTA EXTERNA
- ATENCIONES EXTRAMURALES O COMUNITARIAS (visitas domiciliarias)

6.5.2. COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN

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 en:

- 1) Organización de los Servicios para la atención
- 2) Recursos Humanos
- 3) Instrumentos de Registro de Información
- 4) Materiales e Insumos
- 5) Equipos e instrumental médico
- 6) Medicamentos
- 7) Referencia y Contrarreferencia

6.5.3. COMPONENTE DE GESTIÓN

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



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

planificación, organización, dirección y control, que aseguren la prestación de las atenciones necesarias.

Con relación a los Indicadores a usarse con fines de control, se considerarán entre otros, los siguientes:

- N° de gestantes tamizadas con ELISA para VIH
- N° de gestantes tamizadas con pruebas rápidas para VIH
- N° de gestantes viviendo con VIH con prueba confirmatoria
- N° de gestantes viviendo con VIH a la que se le realiza cesárea.
- N° de gestantes que inician profilaxis antirretroviral
- N° de gestantes que reciben TARGA durante la gestación
- N° de recién nacidos de madres con VIH expuestos al VIH
- N° de recién nacidos expuestos al VIH que reciben tratamiento profiláctico antirretroviral
- N° de niños expuestos al VIH que inician lactancia artificial
- N° de niño expuestos al VIH con dos pruebas de PCR positivo antes de los 18 meses de edad
- N° de niños expuestos al VIH con una prueba de ELISA para VIH reactivo después de los 18 meses de edad
- N° de niños expuestos con prueba confirmatoria para VIH
- N° gestantes tamizadas con RPR para Sífilis
- N° de gestantes con tamizaje para Sífilis reactivo
- N° de gestantes con Sífilis que reciben tratamiento
- N° de casos de Sífilis Congénita.
- N° de casos de Sífilis Congénita que reciben tratamiento



6.4.4. COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO

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

El Ministerio de Salud dispondrá las acciones necesarias para asegurar el financiamiento de las atenciones para la profilaxis de la trasmisión madre – niño del VIH y la Sífilis congénita, de acuerdo a lo dispuesto en la presente Norma Técnica de Salud.

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

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

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



VII.- RESPONSABILIDADES

7.1. DEL NIVEL NACIONAL:

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

El Instituto Nacional de Salud, el Seguro Integral de Salud, así como la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas –DIGEMID y la Dirección General de Epidemiología – DGE, son responsables, en lo que corresponda, del cumplimiento de lo dispuesto en la presente Norma Técnica de Salud.

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.

7.2. DEL NIVEL REGIONAL

Las Direcciones de Salud/Direcciones Regionales de Salud 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.

7.3. DEL NIVEL LOCAL

Las redes, microrredes y establecimientos 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.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

8.1. En situaciones de emergencia sanitaria se diseñarán intervenciones específicas a través de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud en coordinación con las autoridades regionales y locales de acuerdo a las características geográficas y culturales de la zona.

8.2. Los establecimientos de salud privados que realizan prevención, profilaxis, tratamiento o seguimiento de VIH y Sífilis en las gestantes y los recién nacidos en el ámbito nacional deberán fortalecer sus actividades en el marco de implementar la presente Norma Técnica de Salud.

IX. ANEXOS

ANEXO N° 1: FORMATO DE CONSEJERÍA PARA SOLICITUD DE PRUEBA DE LABORATORIO PARA VIH.

ANEXO N° 2: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A LA GESTANTE Y PUÉRPERA VIH O PROBABLE VIH.

ANEXO N° 3: FLUJOGRAMA PARA DESCARTE DE SÍFILIS EN GESTANTE/PUÉRPERA/MUJER CON ABORTO, CUANDO SE CUENTA SOLAMENTE CON PRUEBA RÁPIDA DE SÍFILIS: PRS

ANEXO N°4: FLUJOGRAMA PARA DESCARTE DE SÍFILIS EN GESTANTE/PUÉRPERA/MUJER CON ABORTO: CUANDO SE CUENTA CON PRUEBA RÁPIDA DE SÍFILIS + RPR CUANTITATIVO

ANEXO N°5: FORMATO AUTOMATIZADO GESTANTE CON SÍFILIS Y SU RECIÉN NACIDO

NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

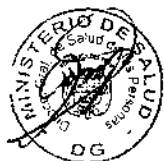
- ANEXO N° 6: FORMATO AUTOMATIZADO DE LA GESTANTE CON VIH Y SU RECIÉN NACIDO EXPUESTO
- ANEXO N° 7: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO A GESTANTES QUE INICIAN PROFILAXIAS ANTIRRETROVIRAL
- ANEXO N° 8: ESQUEMA DE VACUNAS COMÚNMENTE RECOMENDADAS EN GESTANTES PORTADORAS DEL VIH ADULTAS Y ADOLESCENTES
- ANEXO N° 9: CALENDARIO DE INMUNIZACIONES EN NIÑOS EXPUESTOS E INFECTADOS CON VIH
- ANEXO N° 10: PREPARACIÓN DE ZIDOVUDINA PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA EN 500 ml DE SUERO GLUCOSADO (DEXTROSA) AL 5%
- ANEXO N° 11: DESENSIBILIZACIÓN EN PERSONAS ALÉRGICAS O QUE REFIERAN ALERGIA A LA PENICILINA
- ANEXO N° 12: MANIFESTACIONES CLÍNICAS SUGESTIVAS DE SÍFILIS CONGÉNITA EN EL NIÑO/A
- ANEXO N° 13: LISTA DE CHEQUEO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH Y SÍFILIS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
- ANEXO N° 14: LISTA DE CHEQUEO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH Y SÍFILIS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN
- ANEXO N° 15: FORMATO DE REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES (RAMA)
- ANEXO N° 16: FLUJOGRAMA DE REPORTE DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES (RAMA)
- ANEXO N° 17: GLOSARIO DE SIGLAS

X. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Achara Teeraratkul, MD,* R.J Simonds, MD & Collaborative. Evaluating Programs to Prevent Mother- to-Child HIV Transmission in Two Large Bangkok Hospitals, 1999-2001. *Epidemiology and Social Science*.
- 2) BHIVA guidelines for the treatment of HIV-1 infected adults with antiretroviral therapy 2012. Draft 4th February 2012.
- 3) Brocklehurst P, Volmink J. Terapia Antirretroviral para reducir el riesgo de Transmisión Vertical de la Infección por VIH (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
- 4) Ministerio de Salud de Colombia. Protocolo de Atención de Sífilis Congénita y Gestacional. (2007). Colombia.
- 5) Dabis F, Bequet L, Ekouevi DK, Viho I, Rouet F, Horo A, Sakarovich C, Becquet R, Fassinou P, Dequae-Merchadou L, Wellfens-Ekra C, Rouzioux C, Leroy V; ANRS 1201/1202 DITRAME PLUS Study Group. Field efficacy of zidovudine, lamivudine and single-dose nevirapine to prevent peripartum HIV transmission. *AIDS*. 2005 Feb 18;19(3):309-18.
- 6) David C. Mabey, Kimberly A. Sollis, Helen A. Kelly, Adele S. Benzaken, Edward Bitarakwate, John Chagalucha, Xiang-Sheng Chen, Yue-Ping Yin, Patricia J. Garcia, Susan Strasser, Namwanga Chintu, Tikki Pang, Fern Terris-Prestholt, Sedona Sweeney, Rosanna

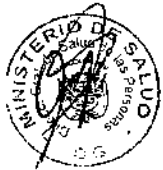
NTS Nº 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

- W. Peeling. Point-of-Care Tests to Strengthen Health Systems and Save Newborn Lives: The Case of Syphilis. Health in action .PLDS medicine.
- 7) The London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM). Herramientas para la implementación de la PRS: Una Guía para la Planificación, Gestión y Ejecución. 2012.
 - 8) Jourdain G, Ngo-Giang-Huong N, et al Intrapartum Exposure to Nevirapine and Subsequent Materna Responses to Nevirapine-Based Antirretroviral Therapy. New England Journal 2004; 351:229-240.
 - 9) Management of human immunodeficiency virus infection in pregnancy. Nelson R Mandela School of Medicine, University of KwaZulu-Natal, Durban, South Africa 2005.
 - 10) Meeting of Regional Advisers in Reproductive (including STI), Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health. Geneva, 2 to 6 July 2012 Draft report.
 - 11) Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS Recomendacoes para Profilaxia da Transmissao Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes. Brasilia D.F. 2006.
 - 12) Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS Protocolo para a prevenção de transmissao vertical de HIV e sífilis. Brasilia D.F. 2006.
 - 13) Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud. Guía Nacional de Atención Integral de la Persona Viviendo con el VIH/SIDA. Segunda Edición. Lima Mayo 2006.
 - 14) Pregnancy guidelines writing committee: Maggie Blott, Polly Clayden & Colaboradores. British HIV Association Guidelines for the management of HIV infection in pregnant women and the prevention of mother-to-child transmission of HIV. March 2005. <http://www.bhiva.org>
 - 15) OMS. Programmatic update: Use of Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants. Abril 2012.
 - 16) OMS. Technical update on treatment optimization: Use of efavirenz during pregnancy: a public health perspective. OMS. Junio 2012.
 - 17) OMS. Technical update on treatment optimization Use of tenofovir in HIV-infected children and adolescents: a public health perspective OMS. Junio 2012.
 - 18) Organización Panamericana de la Salud DPS. Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de Salud Pública en Latinoamérica y el Caribe 2012.
 - 19) OPS/OMS Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. 2010. OPS/OMS y UNICEF.
 - 20) DPS/DMS/UNICEF. Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe. UNICEF/OPS/OMS.2010.
 - 21) Public Health Service Task Force. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to reduce Perinatal HIV-1 Transmission in the United States. Octubre 2006.
 - 22) Rashid H. Merchant & Mamatha M. Lala. Prevention of mother-to-child-transmission of HIV – An overview. Indian J Med Res 121, April 2005, pp 489-501.Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV-1 Transmission in the United States. October 12,2006. Pag. 19 -20.
 - 23) Recomendaciones de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (SPNS), el Grupo de Estudio de SIDA (GeSIDA/SEIMC), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Asociación Española de Pediatría (AEP) para el seguimiento de la infección por el VIH con relación a la reproducción, el embarazo y la prevención de la transmisión vertical. Julio 2007.Pag.77 <http://www.gesida.seimc.org/index.asp>



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

- 24) Roger Chou, MD; Ariel K. Smits & Collaborative. Prenatal Screening for HIV: A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Clinical Guidelines. 2005
- 25) Saude, B. M. (2007). Recomendacoes Para Profilaxia da Transmissao Vertical do HIV e Terapia Antiretroviral em Gestantes. Brasil: MS - OS.
- 26) Semprini, Augusto E. and Simona Fiore. HIV and pregnancy: is the Outlook for mother and baby transformed? University of Milan Medical School, Milan, Italy. 2004.
- 27) World Health Organization. Use of Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants. Programmatic update. April 2012.
- 28) Velásquez Carlos. Transmisión Vertical del VIH-1.- IMAPE. Ginecol Obstet (Perú) 2005; 48:235-45.



ANEXO N° 1

FORMATO DE CONSEJERÍA PARA SOLICITUD DE PRUEBA DE LABORATORIO PARA
VIH.

CONSEJERÍA PARA SOLICITUD DE EXAMEN PARA VIH

Código: H. Clínica N°:

Servicio: Edad Gestacional.....

Prueba a solicitar:

() ELISA para VIH () Prueba Rápida para VIH () WB IFI LIA

El (la) paciente ha recibido Consejería pre-test

() Gestante () Trabajo de parto () Puérpera

RESULTADO:

Fecha...../...../.....

.....
Consejera/o
Firma y Sello

.....
Profesional realiza el tamizaje
Firma y Sello

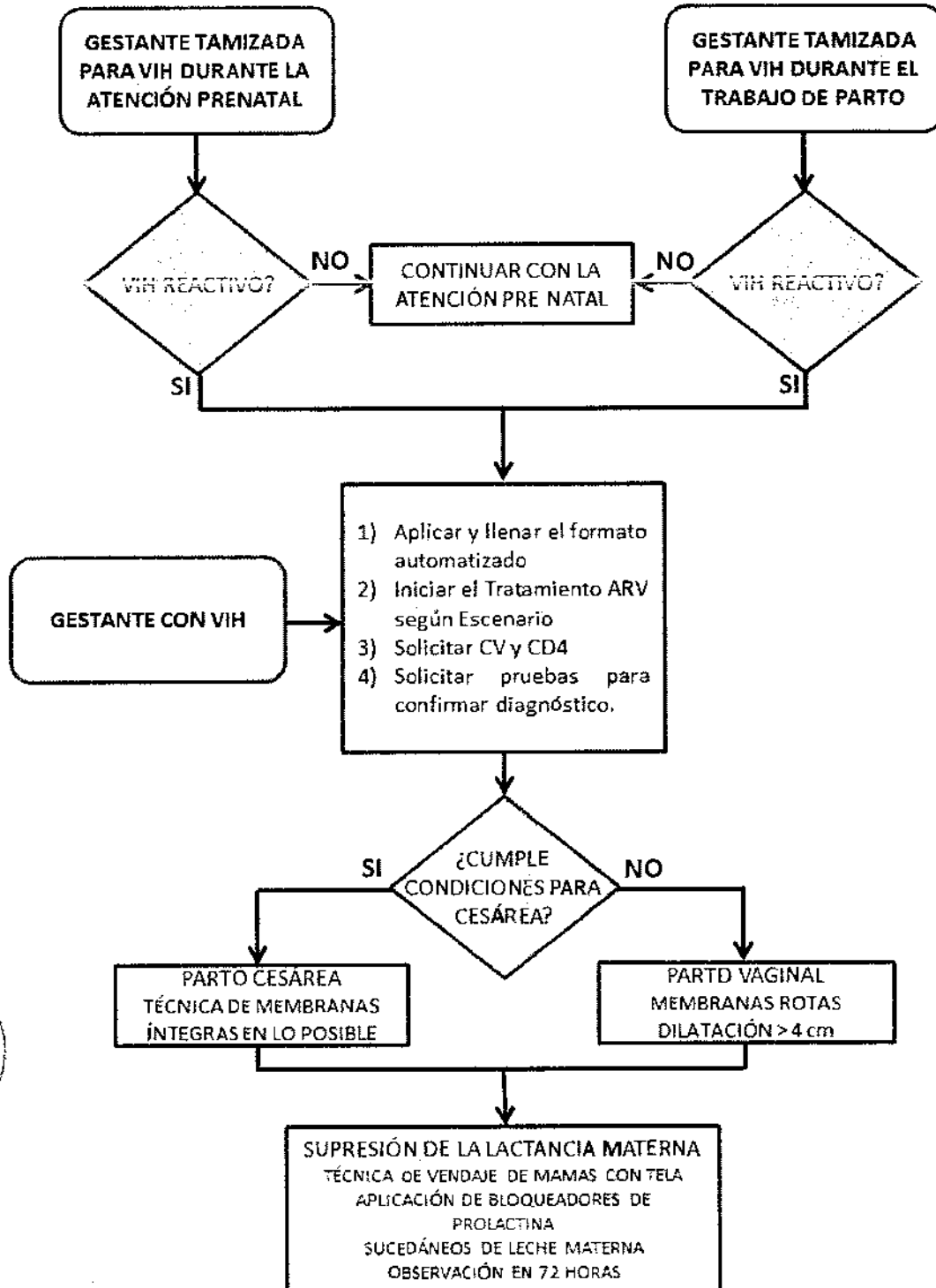
.....
Firma o Huella Digital de la gestante/puérpera o apoderado



Código de la paciente: Iniciales del Apellido Paterno, materno, nombres, sexo y fecha de nacimiento.

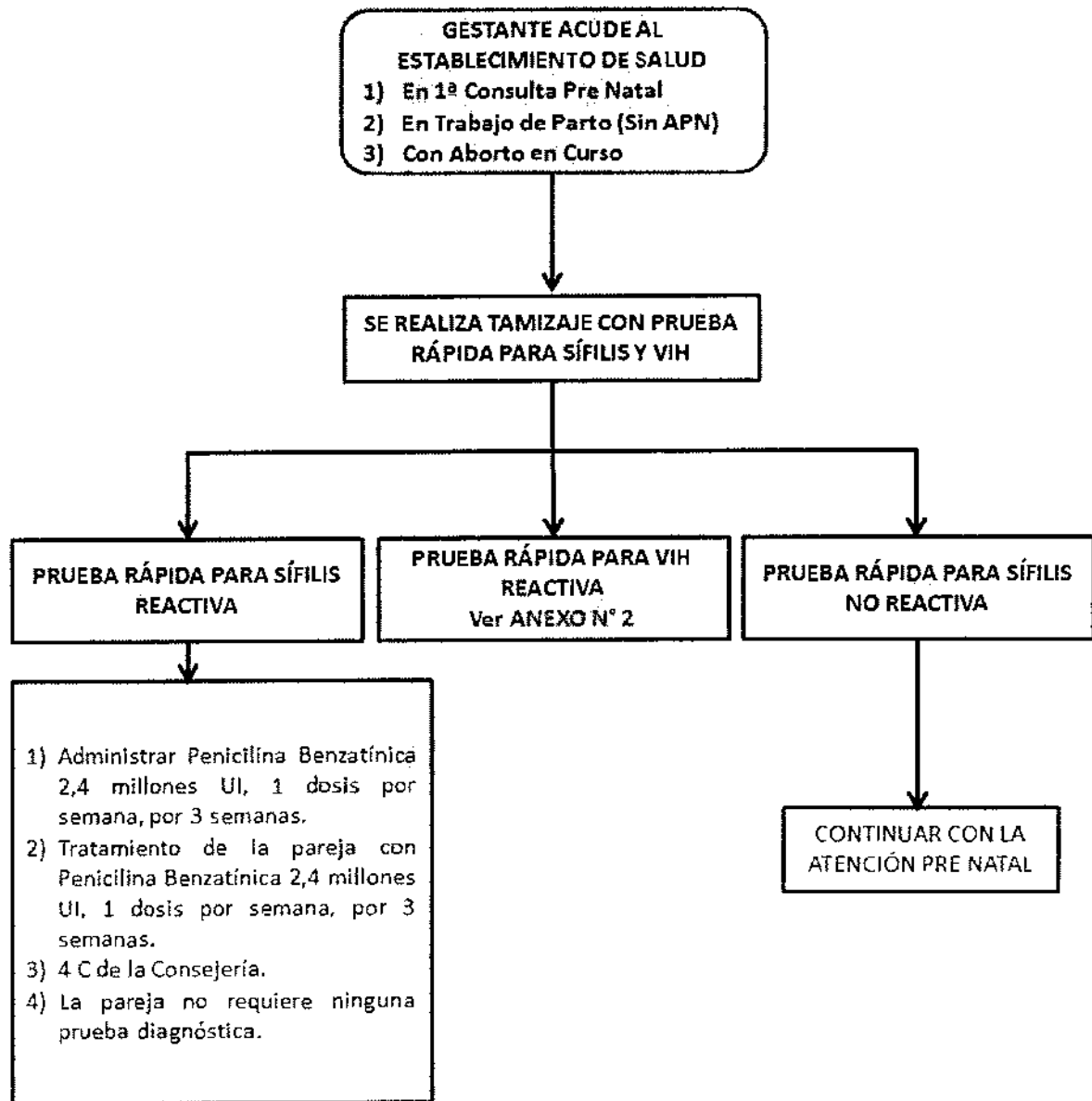
ANEXO N° 2

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A LA GESTANTE Y PUÉRPERA VIH O PROBABLE VIH.



ANEXO N° 3

FLUJOGRAMA PARA DESCARTE DE SÍFILIS EN GESTANTE/PUÉRPERA/MUJER CON
ABORTO, CUANDO SE CUENTA SOLAMENTE CON PRUEBA RÁPIDA DE SÍFILIS:
PRS

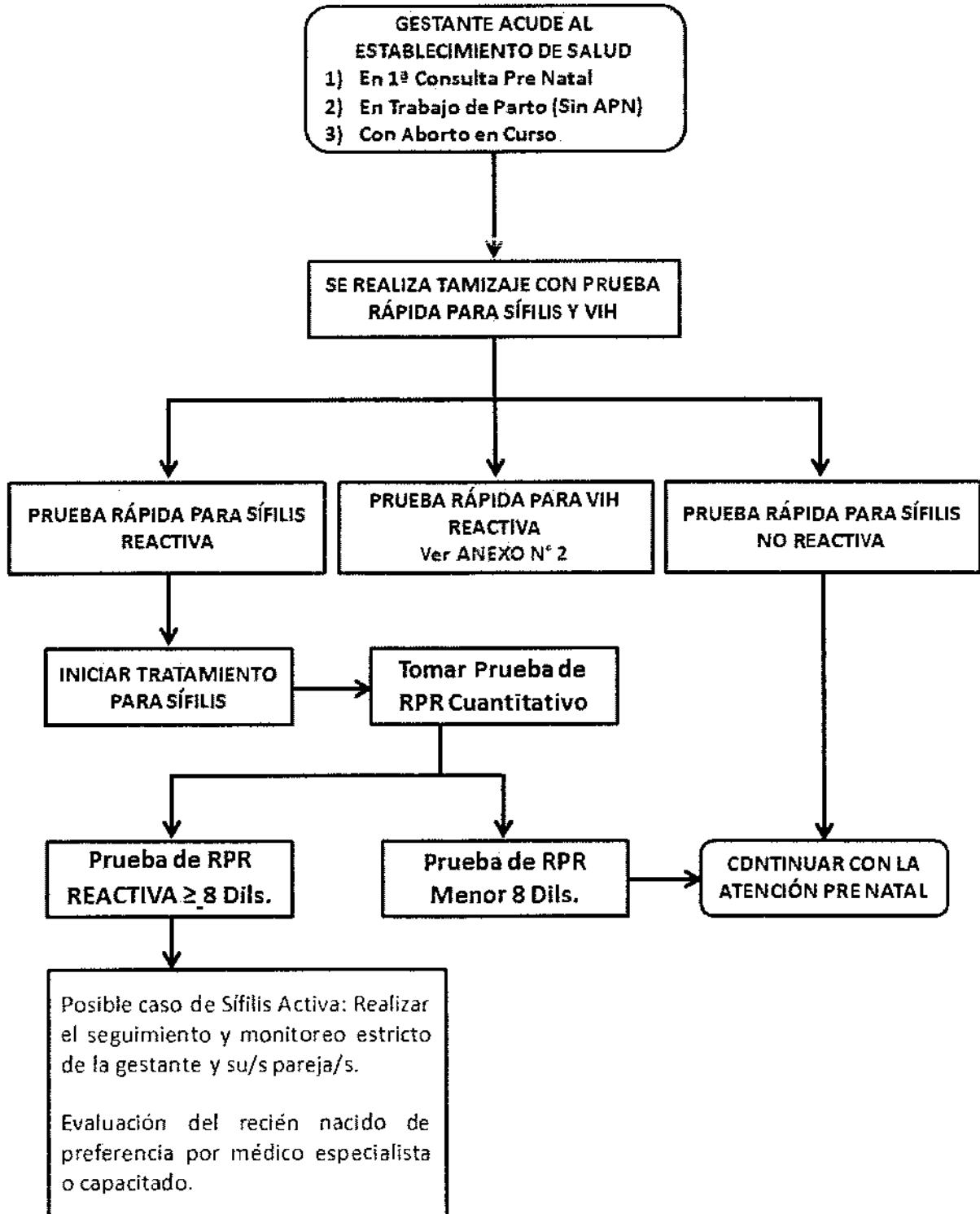


*APN: atención prenatal

ADAPTADO DEL PROGRAMA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZAS SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES (TDR) UNICEF/PNUD/BANCO MUNDIAL/ OMS -2007

ANEXO N°4

FLUJOGRAMA PARA DESCARTE DE SÍFILIS EN GESTANTE/PUÉRPERA/MUJER CON
ABORTO: CUANDO SE CUENTA CON PRUEBA RÁPIDA DE SÍFILIS + RPR CUANTITATIVO



NTS Nº 064 - MINSA/DGSP-V.02
 NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
 DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

ANEXO Nº5
FORMATO INFORMATIZADO GESTANTE CON SÍFILIS Y SU RECIÉN NACIDO

1. DATOS GENERALES

CÓDIGO UBICEO ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA	Nº HISTORIA CLÍNICA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CÓDIGO UBICEO ESTABLECIMIENTO DE MANEJO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE MANEJO	CÓDIGO PERSONALIZADO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1. ¿REFERIDA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
2. ¿CUENTA CON SEGURO UNIVERSAL DE SALUD?		
NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	ESSALUD <input type="checkbox"/>	SIS <input type="checkbox"/> FFAA <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>
ESPECIFICAR		
<input type="text"/>		

2. SOBRE TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO

MÉTODO	FECHAS DEL TAMIZAJE O DIAGNÓSTICO (DIA/MES/AÑO)				
	/ / 201	/ / 201	/ / 201	/ / 201	/ / 201
PRUEBA RÁPIDA PARA SÍFILIS					
RPR CUANTITATIVO					
RPR CUALITATIVO					
FTA ABS					

3. ANTECEDENTES

1. ¿LA GESTANTE TUVO SÍFILIS ANTES DE ESTE EMBARAZO?

GESTANTE RECIBO TRATAMIENTO ANTES DE ESTE EMBARAZO

RECIBIO TRATAMIENTO SI NO

COMPLETO INCOMPLETO

GESTANTE NO RECIBIO TRATAMIENTO ANTES DE ESTE EMBARAZO

2. ¿SU PAREJA RECIBIÓ TRATAMIENTO?

PAREJA RECIBO TRATAMIENTO

RECIBIO TRATAMIENTO SI NO

COMPLETO INCOMPLETO

PAREJA NO RECIBIO TRATAMIENTO

4. ESCENARIO ACTUAL

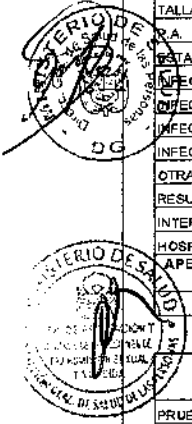
EMBARAZO PUERPERIO ABORTO

5. ATENCION AMBULATORIA ESPECIALIZADA DE LA GESTANTE CON SÍFILIS

ACTIVIDAD	FECHAS DE ATENCIÓN EN CONSULTA ESPECIALIZADA (DIA/MES/AÑO)				
	/ / 201	/ / 201	/ / 201	/ / 201	/ / 201
PESO					
TALLA					
TA					
ESTADO GENERAL					
INFECCIONES APAR. RESPIRATORIO					
INFECCIONES APAR. DIGESTIVO					
INFECCIONES APAR. GENITO URINARIO					
INFECCIONES PIEL Y MUCOSAS					
OTRAS INFECCIONES					
RESULTADO DE PAP					
INTERCONSULTAS					
HOSPITALIZACIONES					
APELLIDO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
REGISTRO PROFESIONAL					

6. RESULTADOS DE EXAMENES A SOLICITAR

EXAMEN O PROCEDIMIENTO	FECHAS Y RESULTADOS DE EXAMENES SOLICITADOS (DIA/MES/AÑO)				
	/ / 201	/ / 201	/ / 201	/ / 201	/ / 201
PRUEBA RÁPIDA PARA VIH					
PRUEBA RÁPIDA PARA SÍFILIS					
HEMOGLOBINA					
GRUPO Y RH					
RPR CUALITATIVO					
RPR CUANTITATIVO					
RX DE TORAX					
ECOGRAFIA OBSTETRICA					
EXAMEN DE ORINA COMPLETA					
CREATININA					
GLUCOSA					
UREA					
ANTIGENO DE SUPERFICIE PARA HEPATITIS B					
APELLIDO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
REGISTRO PROFESIONAL					



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

7. MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA SIFILIS

1. ¿GESTANTE ES ALÉRGICA A PENICILINAT

NO → INICIAR TRATAMIENTO CON PENICILINA : 2'400,000 U.I POR SEMANA DURANTE TRES SEMANAS CONTINUAS

SI → ¿SE REALIZA EL TETS DE DESENSIBILIZACIÓN

DDSSIS	FECHA DIA / MES / AÑO	¿DONDE SE APLICÓ?			
		S.S.	FARM	OTRO	N.S.
1ra	/ / 201				
2da	/ / 201				
3ra	/ / 201				

SI → ND REACTIVO → NO INICIAR TRATAMIENTO CON PENICILINA, REFERIR PARA MANEJO ESPECIALIZADO

SI → REACTIVO → INICIAR TRATAMIENTO CON PENICILINA

2. ¿N° DE PAREJAS SEXUALES

3. ¿N° DE PAREJAS QUE RECIBO TRATAMIENTO

4. ¿RECIBE CONSEJERÍA EN ITS LA GESTANTE?

5. ¿RECIBE CONDONES DURANTE LA GESTACIÓN?

COMPLETO NO SI

INCOMPLETO

NO SABE

NO SI

8. MANEJO Y TRATAMIENTO DEL RECIEN NACIDO

1. DATOS GENERALES DEL RECIEN NACIDO

FECHA DE NACIMIENTO: / / 201

SEXO: M F

CÓDIGO PERSONALIZADO DEL R.N.: _____

2. DATOS DEL PARTO

ATENDIDO POR: MEDICO OBSTETRA ENFERMERA OTRO PERSONAL DE SALUD OTRO

PESO gre: _____ TALLA em: _____ APGAR 1' _____ 5' _____

3. ¿SE REALIZÓ EXAMEN FÍSICO PARA DESCARTE DE SÍFILIS CONGÉNITA?

NO → EXAMEN FÍSICO NORMAL NO COMPATIBLE CON SÍFILIS

SI → EXAMEN FÍSICO ANORMAL NO COMPATIBLE CON SÍFILIS

MANIFESTACIONES CLÍNICAS SUGESTIVAS DE SÍFILIS CONGÉNITA TEMPRANA

Prematurez.

Retardo del crecimiento intrauterino

Sífilis Pulmonar Congénita (neumonía blanca).

Hepatoesplenomegalia.

Linfadenopatía generalizada

Manifestaciones Hematológicas: anemia, leucopenia, leucocitosis, trombocitopenia.

Manifestaciones cutáneas: mucosas: púrpura, pénfigo palmeoplantar, erupción máculopapular, condiloma plano, grietas, petequias grietas.

Lesiones óseas, osteocondritis, periostitis.

Manifestaciones renales: síndrome nefrótico.

Manifestaciones del Sistema Nervioso Central: meningitis aséptica, pseudo parálisis de Parrot

Manifestaciones oculares: coriorretinitis, retinitis.

Otros hallazgos: fiebre, rinitis sífilítica, pancreatitis, ictericia, inflamación del tracto gastrointestinal, hipoplutiarismo, miocarditis.

Hidropesio fetal.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS SUGESTIVAS DE SÍFILIS CONGÉNITA TARDÍA

Dientes de Hutchinson.

Queratitis intersticial.

Deformidad de nariz en forma de silla de montar, frente amplia.

Grietas, gomas cutáneas.

Lesiones del Sistema Nervioso Central: retardo mental, hidrocefalia, epilepsia, sordera, ceguera.

Lesiones Osteoarticulares: articulaciones de Clifton, úbie en sable, goma ósea, escápula eleida, Paladar alto, deformaciones maxilares, micrognathia, moreses en

4. ¿SE REALIZÓ RPR CUANTITATIVO PARA DIAGNOSTICO DE SÍFILIS CONGÉNITA?

RPR CUANTITATIVO	SI	ND	N° DILs
A LA MADRE EN EL PUERPERIO INMEDIATO			
AL RECIEN NACIDO EN LA ATENCIÓN INMEDIATA			

5. DEL DIAGNÓSTICO DEL RECIEN NACIDO

	MADRE SIN TRATAMIENTO/INC OMPLETO		EXAMEN CLÍNICO ANORMAL		RN CON RPR >2dils DUE MADRE		OTRO HALLAZGO	
	SI	ND	SI	ND	SI	ND	SI	NO
RECIEN NACIDO CON SÍFILIS CONGÉNITA								
RECIEN NACIDO NORMAL SIN SÍFILIS CONGÉNITA								

6. DEL SEGUIMIENTO DEL RECIEN NACIDO

ACTIVIDAD	FECHAS DE ATENCIONES Y RESULTADOS DEL RECIEN NACIDO (DIA/MES/AÑO)				
	/ / 201	/ / 201	/ / 201	/ / 201	/ / 201
VISITA DOMICILIARIA					
SEGUIMIENTO CON CRED					
APELLIDO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
REGISTRO PROFESIONAL					

7. TRATAMIENTO RECIBIDO

¿RECIBIO TRATAMIENTO CON PENICILINA EL RECIEN NACIDO

NO SI

PENICILINA G SÓDICA 80'000 U/MI VÍA ENDOVENOSA CADA 12 HORAS

PENICILINA G BENZATÍNICA 50'000 U/MI VÍA INTRAMUSCULAR DDSSIS ÚNICA

OTRO ESPECIFICAR _____

NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
 NDRMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
 DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

ANEXO N° 6
FORMATO INFORMATIZADO DE LA GESTANTE CON VIH Y SU RECIÉN NACIDO EXPUESTO

1. DATOS GENERALES

CÓDIGO UBIGED ESTABLECIMIENTO DE PRDCEENCIA <input style="width:90%;" type="text"/>	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE PRDCEENCIA <input style="width:90%;" type="text"/>	N° HISTORIA CLINICA <input style="width:90%;" type="text"/>
CÓDIGO UBIGEO ESTABLECIMIENTO DE MANEJO <input style="width:90%;" type="text"/>	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE MANEJO <input style="width:90%;" type="text"/>	CÓDIGO PERSONALIZADO <input style="width:90%;" type="text"/>
1. ¿REFERIDA? → SI <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/>		
2. ¿CUENTA CON SEGURO UNIVERSAL DE SALUD?		
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	ESSALUD <input type="checkbox"/>
	SIS <input type="checkbox"/>	FFAA <input type="checkbox"/>
	PRIVADO <input type="checkbox"/>	DTRO <input type="checkbox"/>
3. ESPECIFICAR <input style="width:90%;" type="text"/>		

2. SOBRE TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO

MÉTODO	FECHAS DEL TAMIZAJE O DIAGNOSTICO (DIA/MES/AÑO)				
	/ / 201	/ / 201	/ / 201	/ / 201	/ / 201
PRUEBA RÁPIDA PARA VIH					
ELISA PARA VIH					
IFI					
W-B					

3. ANTECEDENTES

1. ¿LA GESTANTE TIENE VIH DIAGNOSTICADO ANTES DE ESTE EMBARAZO?

2. PAREJA SERÁ DISCORDANTE

SI NO

SI → RECIBIÓ TRATAMIENTO ARV → SI NO

NO → ESQUEMA → AZT 3TC EFV LP/RIT DDI NVP D4T DTRO

SI → ¿TUVO ACCESO A PPF? → SI NO

SI → DIU INYECT DRAL CONDOM OTRO

NO → FALLA DE MET DESEO EL EMBARAZO

4. OBSTETRICOS

N° GEST	ABORTOS	R.N. VIVOS	FALLECIDOS	N° CESAREA

4. ESCENARIO ACTUAL SEGÚN NORMA TÉCNICA DE SALUD DE T.V.

ESESCENARIO 1 ESCENARIO 2 ESCENARIO 3 ESCENARIO 4 OTRO

5. ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA DE LA GESTANTE EN VIH

ACTIVIDAD	FECHAS DE ATENCIÓN EN CONSULTA ESPECIALIZADA (DIA/MES/AÑO)				
	/ / 201	/ / 201	/ / 201	/ / 201	/ / 201
PESO					
TALLA					
P.A.					
ESTADO GENERAL					
INFECCIONES APAR. RESPIRATORIO					
INFECCIONES APAR. DIGESTIVO					
INFECCIONES APAR. GENITAL URINARIO					
INFECCIONES PIEL Y MUCOSAS					
OTRAS INFECCIONES					
RESULTADO DE PAP					
INTERCONSULTAS					
HOSPITALIZACIONES					
APELLIDO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
REGISTRO PROFESIONAL					

6. RESULTADOS DE EXÁMENES A SOLICITAR

EXÁMEN O PROCEDIMIENTO	FECHAS DE RESULTADOS DE EXÁMENES SOLICITADOS (DIA/MES/AÑO)				
	/ / 201	/ / 201	/ / 201	/ / 201	/ / 201
CARGA VIRAL					
CD4					
HEMOGLOBINA					
GRUPO Y RH					
RPR CUALITATIVO					
RPR CUANTITATIVO					
RX DE TDRAX					
ECOGRAFIA					
EXÁMEN DE ORINA					
CREATININA					
GLUCOSA					
UREA					
ANTIGENO DE SUPERFICIE PARA HEPATITIS B					
APELLIDO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
REGISTRO PROFESIONAL					



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

7. MANEJO Y PROFILAXIS DE LA T.V. DEL VIH

1. ¿RECIBE LA MADRE ANTIRRETROVIRALES? SI NO

¿EN QUE PERIODO?

PUERPERIO AZT 3TC LP/RTV NVP COMP. INCOMP.

PARTO AZT 3TC LP/RTV NVP COMP. INCOMP.

ANTES DEL EMBARAZO

EMBARAZO AZT 3TC LP/RTV NVP COMP. INCOMP.

2. SEMANA DE GESTACIÓN INCID DE TRATAMIENTO

NO DESEA ABANDONO DRO

1. ¿CULMINA EL PARTO POR CESAREA? SI NO

2. ¿ESTADO DE LA MEMBRANAS AMNÍOTICAS INTEGRAS? SI NO

3. ¿USD DE NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA? SI NO

4. Especificar

GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO D > 4 cm

GESTANTE CON PARTO INMINENTE

ESTABLECIMIENTO NO REALIZA CESAREA

OTRO

1. ¿SE SUPRIME LA LACTANCIA MATERNA? SI NO

METODO UTILIZADO

VENOAJE DE MAMAS CON VENDA DE TELA DE 6 PULGADAS

USO DE BROMOCRIPTINA

USD DE CABERGOLINA

OTRO

2. Especificar

PARTO DOMICILIARIO

DIAGNOSTICO DE VIH EN PUERPERIO

MADRE DESEA LACTANCIA

OTRO

8. MANEJO Y TRATAMIENTO DEL RECIEN NACIDO

1. DATOS GENERALES DEL RECIEN NACIDO

FECHA DE HACIMIENTO / / 201

SEXO M F

CÓDIGO PERSONALIZADO DEL R.N.

2. DATOS DEL PARTO

ATENDIDO POR MEDICO ENFERMERA OBSTETRA OTRO PERSONAL DE SALUD OTRO

PESO grs TALLA cm APGAR 1' 5'

3. ¿RECIBE EL RECIEN NACIDO ANTIRRETROVIRALES? SI NO

¿EN QUE PERIODO?

INMEDIATO AL PARTO AZT 3TC LP/RTV NVP COMP. INCOMP.

ANTES 24 HORAS AZT 3TC LP/RTV NVP COMP. INCOMP.

DESPUES DE 24 HORAS AZT 3TC LP/RTV NVP COMP. INCOMP.

NO DESEA ABANDONO OTRO

4. ¿TIPO DE LACTANCIA QUE RECIBE EL RECIEN NACIDO?

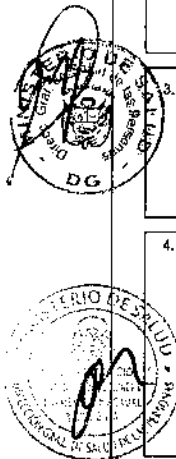
	1er MES		2do MES		3er MES		4to MES		5to MES		6to MES		7mo MES	
MATERNA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
SUSCROANEDS DE LECHE MATERNA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
MIXTO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
OTRO Especificar	<input type="text"/>													

5. DEL SEGUIMIENTO DEL RECIEN NACIDO

ACTIVIDAD	FECHAS DE ATENCIONES Y RESULTADOS DEL RECIEN NACIDO (DÍAS/MES/AÑO)				
	/ / 201	/ / 201	/ / 201	/ / 201	/ / 201
VISITA DOMICILIARIA					
CRED					
PCR					
ELISA PARA VIH					
APELLIDO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
REGISTRO PROFESIONAL					

6. DEL DIAGNOSTICO DEL RECIEN NACIDO

	1er MES		3er MES		6to MES		12 MESES		18 MESES		DIAGNOSTICO DEFINITIVO
RECIEN NACIDO SIN VIH	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
RECIEN NACIDO CON VIH	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	



ANEXO N° 7
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO A GESTANTES QUE INICIAN
PROFILAXIAS ANTIRRETROVIRAL

Usted tiene un diagnóstico presuntivo o confirmado de infección por el Virus de La Inmunodeficiencia Humana y se encuentra gestando. Se sabe que su hijo/a tiene riesgo de infectarse por este virus durante el embarazo, en el momento del parto o durante la lactancia materna.

Se sabe también que el uso de la Terapia Profiláctica Antirretroviral según esquemas de manejo de la Norma Técnica de Salud, disminuye el riesgo de infección de su hijo. Usted recibirá medicamentos, según el siguiente escenario (especificar con una aspa X los Antirretrovirales indicados).

Escenario 1	<input type="checkbox"/>	AZT	3TC	LPV/ Rtv	OTRO
Escenario 2	<input type="checkbox"/>	AZT	3TC	LPV/ Rtv	NVP OTRO
Escenario 3	<input type="checkbox"/>	AZT	3TC	LPV/ Rtv	NVP OTRO

Así mismo su recién nacido recibirá Terapia Profiláctica Antirretroviral para disminuir el riesgo de infección al VIH.

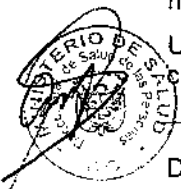
Sin embargo, el uso de esta terapia no se puede afirmar que es completamente seguro para su hijo, aunque los estudios realizados hasta el momento parecen indicarlo.

Actualmente el Ministerio de salud ofrece gratuitamente esta terapia a las gestantes con VIH o probable VIH que acuden a los establecimientos de salud, así como a su recién nacido. Su médico le explicará con todo detalle sobre este programa, y usted es totalmente libre de formular todas las preguntas que desee.

Una vez que haya resuelto todas sus dudas, si acepta iniciar la Terapia Antirretroviral, debe usted firmar este Consentimiento Informado. Si decide no hacerlo, usted está consciente e informada del riesgo de infección de su hijo.

Usted y su niño pueden beneficiarse en forma gratuita y voluntaria si decide usar la medicación y cumplir con los controles que su médico le indicará.

Dejo constancia que se me ha explicado del contenido de este **CONSENTIMIENTO INFORMADO**, que he tenido oportunidad de recibir respuesta a mis preguntas, que he decidido recibir yo, así como mi hijo recién nacido, la terapia Profiláctica Antirretroviral y colaborar para mi adecuado control y seguimiento, así como el de mi hijo recién nacido.



 Apellido y nombre de la gestante

 Fecha y Firma

 Apellido y nombre de un testigo

 Fecha y Firma

 Apellido y nombre del médico

 Fecha y Firma

NTS N° 064 - MINSADGSP-V.02
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
 DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA**

ANEXO N° 8

**ESQUEMA DE VACUNAS COMÚNMENTE RECOMENDADAS EN GESTANTES
 PORTADORAS DEL VIH ADULTAS Y ADOLESCENTES.**

TIPO DE VACUNA	RECOMENDACIONES
Vacuna contra el Neumococo	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendada.
Vacuna contra el Tétano-Difteria	<ul style="list-style-type: none"> • La gestante que recibió su última dosis de la vacuna hace más de 5 años, recibirá una dosis de refuerzo en este embarazo. • Si la gestante no está vacunada o sus vacunas son discontinuas, recibirá las 3 dosis de la vacuna según calendario de vacunación.
Vacuna contra la Hepatitis B	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendada generalmente para todas las gestantes (anti-HBS negativa). • Recibirá 3 dosis: 1º dosis de inicio, 2º dosis al mes y la 3º dosis a los 6 meses.

Fuente: Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Recomendações para vacinação em pessoas infectadas pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002 (In: Manual dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais, 2005).



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
 DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA**

ANEXO N° 9

CALENDARIO DE INMUNIZACIONES EN NIÑOS EXPUESTOS E INFECTADOS CON VIH

GRUPO OBJETIVO	EDAD	VACUNA
MENOR DE 1 AÑO	Recién Nacido	Una dosis de BCG
	Recién Nacido	Una dosis de HVB monodosis (*)
	2 meses	1ra dosis Pentavalente + 1ra dosis IPV (***) + 1ra dosis antineumocócica
	4 meses	2da dosis Pentavalente + 2da dosis IPV (***) + 2da dosis antineumocócica
	6 meses	3ra dosis Pentavalente + 3ra dosis IPV (***)
Desde los 6 meses a los 23 meses y 29 días	A partir de los 7 meses	1ra dosis de influenza
	Al mes de la primera dosis de influenza	2da dosis de influenza
Un año	12 meses	Una dosis de SPR (***) + 3ra dosis de antineumocócica
(*) La vacuna contra Hepatitis B en recién nacido debe darse dentro de las 24 horas de haber nacido. (***) IPV Vacuna antipolio inyectable. (***) SPR (vacuna contra sarampión, paperas y rubéola), se aplicará siempre y cuando el niño no se encuentre en estadio SIDA o con inmunosupresión severa.		

Fuente: Norma Técnica de Salud N° 80-MINSA/DGSP-V.02 ESTABLECE EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN- PERÚ



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
 NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
 DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

ANEXO N° 10

**PREPARACIÓN DE ZIDOVUDINA PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA
 EN 500 ml DE SUERO GLUCOSADO (DEXTOSA) AL 5%**

Ataque (2 mg/Kg) Pasar la primera hora		
Peso de la paciente	Cantidad de zidovudina	Gotas/minuto
40 Kg	8 ml	36
50 Kg	10 ml	37
60 Kg	12 ml	37
70 Kg	14 ml	38
80 kg	16 ml	39
90 Kg	18 ml	39
Manutención (1 mg/Kg/hora) En infusión continua		
40 Kg	4 ml	35
50 Kg	5 ml	35
60 Kg	6 ml	35
70 Kg	7 ml	36
80 Kg	8 ml	36
90 Kg	9 ml	36



ANEXO N° 11

DESENSIBILIZACIÓN EN PERSONAS ALÉRGICAS O QUE REFIERAN ALERGIA A LA
 PENICILINA

PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN ORAL

Este procedimiento sólo debe de realizarse por personal capacitado en un establecimiento de salud que cuente con una unidad de shock trauma en previsión de cualquier complicación.

Penicilina V oral Dosis (suspensión)	Concentración de Penicilina(UI/ml)	ml (medir con gotero)	UNIDADES	DD SIS ACUMULADA (UI)	SOLUCIÓN PREPARADA
1	1000	0,1	100	100	1
2	1000	0,2	200	300	1
3	1000	0,4	400	700	1
4	1000	0,8	800	1500	1
5	1000	1,6	1600	3100	1
6	1000	3,2	3200	6300	1
7	1000	6,4	6400	12700	1
8	10000	1,2	12000	24700	2
9	10000	2,4	24000	48700	2
10	10000	4,8	48000	96700	2
11	60000	1,3	80000	176700	3
12	60000	2,7	160000	336700	3
13	60000	5,3	320000	656700	3
14	60000	10,7	640000	1296700	3



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

INSTRUCTIVO:

- 1.- La Penicilina V (Fenoximetil Penicilina V), se encuentra en nuestro medio en suspensión oral, a una concentración de 300 000 UI por cada 5ml de suspensión preparada.
- 2.- Se deben preparar 3 diferentes soluciones a partir de la concentración inicial de la suspensión (60,000 UI por cada 1ml de suspensión), de la siguiente manera:

SOLUCIÓN PREPARADA N° 1
Tomar 1ml de la suspensión inicial y agregar 59ml. de agua hervida fría y mezclar hasta obtener una solución de 60ml. que contendrá 1000 UI por cada mililitro de solución.
SOLUCIÓN PREPARADA N° 2
Tomar 2ml de la suspensión inicial y agregarle 10ml. de agua hervida fría y mezclar obteniendo una solución de 12ml. que contendrá 10000 UI por cada mililitro de solución.
SOLUCIÓN PREPARADA N° 3
Tomar 20ml. de la suspensión inicial.

- 3.- Con un gotero o jeringa graduada, tomar 0.1ml de la solución Preparada N° 1 y administre por vía oral a la paciente.
- 4.- Registre el tiempo y signos vitales en hoja de monitoreo. Observe a la paciente ante la posibilidad de rash cutáneo, controle presión, pulso y respiración.
- 5.- Si en 15 minutos no presentó ningún síntoma, continuar con la siguiente dosis.
- 6.- Para la siguiente dosis, duplique la cantidad administrada de 0.1ml a 0.2ml según se ve en la tabla. Registre el tiempo y signos vitales. Continúe el procedimiento subiendo la dosis cada 15 minutos hasta completar (ver tabla) y luego dar la primera dosis de penicilina intramuscular.
- 7.- Si la paciente presenta rash, hipotensión u otro síntoma severo suspender inmediatamente la desensibilización en cualquier paso y evaluación y manejo médico inmediato.

Adaptado de: New England Journal of Medicine 1985; 312:1229-32 por Dr. José G. Calderón Yberico. y Q.F. Jaime Minchola Vergara.

ANEXO N°12

MANIFESTACIONES CLÍNICAS SUGESTIVAS DE SÍFILIS CONGÉNITA EN EL NIÑO/A

a) Manifestaciones clínicas sugestivas de Sífilis Congénita temprana	b) Manifestaciones clínicas sugestivas de Sífilis Congénita tardía
<ul style="list-style-type: none"> • Prematurez. • Retardo del crecimiento intrauterino. • Sífilis Pulmonar Congénita (neumonía blanca). • Hepatoesplenomegalia. • Linfadenopatía generalizada. • Manifestaciones Hematológicas: anemia, leucopenia, leucocitosis, trombocitopenia. • Manifestaciones cutáneo mucosas: púrpura, pénfigo palmoplantar, erupción máculo papular, condiloma plano, grietas, petequias grietas. • Lesiones óseas, osteocondritis, periostitis. • Manifestaciones renales: síndrome nefrótico. • Manifestaciones del Sistema Nervioso Central: meningitis aséptica, pseudo parálisis de Parrot. • Manifestaciones oculares: corioretinitis, retinitis. • Otros hallazgos: fiebre, rinitis sifilítica, pancreatitis, ictericia, inflamación del tracto gastrointestinal, hipopituitarismo, miocarditis. • Hídropsia fetal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dientes de Hutchinson. • Queratitis intersticial. • Deformidad de nariz en forma de silla de montar, frente amplia. • Grietas, gomas cutáneas. • Lesiones del Sistema Nervioso Central: retardo mental, hidrocefalia, convulsiones, sordera, ceguera. • Lesiones Osteoarticulares: articulaciones de Clutton, tibia en sable, goma ósea, escápula alada, Paladar alto, deformaciones maxilares, micrognacia, morales en mora.



ANEXO N° 13

LISTA DE CHEQUEO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN
 DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH Y SÍFILIS EN ESTABLECIMIENTOS DE
 SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

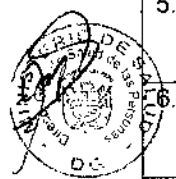
Leyenda:

APN= Atención Prenatal ARV: Antirretrovirales PRS: Prueba Rápida de Sifilis PRVIH=
 Prueba Rápida VIH

Establecimiento de salud: _____

Fecha de la Visita: _____

CRITERIOS OBLIGATORIOS	Establecimiento de salud	OBSERVACIONES
1. Cuenta con personal capacitado que realiza consejería para las ITS y VIH-Sida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En proceso	
2. Cuenta con personal capacitado en aplicación de Prueba Rápida para VIH y Sifilis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En proceso	
3. Realiza prueba de tamizaje para VIH (ELISA y/o prueba rápida) pruebas de sífilis (PRS y RPR) a gestantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Cuenta con existencias disponibles de pruebas rápidas para VIH o ELISA, Pruebas rápidas para Sifilis o RPR en los próximos tres meses de acuerdo al consumo promedio mensual.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En proceso	
5. Gestantes VIH reactivas son referidas oportunamente para tratamiento y programación de cesárea electiva.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6. Gestantes con Sifilis reactivas/positivas son tratadas oportunamente según NT vigente.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
7. 80% de Contactos de las Gestantes con Sifilis reactivas/positivas son tratados oportunamente según NT vigente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
8. Cuentan con estrategias para la identificación, seguimiento y tratamiento de contactos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9. Establecimiento está organizado para la atención de la gestante VIH en el 3er escenario de VIH según NT vigente (pruebas rápidas, ARV, Vendajes de mamas)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	
10. 80% de gestantes que acuden antes de las 14 semanas son tamizadas para VIH y antes de las 24 semanas son tamizadas Sifilis.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
11. 100% de gestantes, puérperas y post aborto con VIH/Sifilis que no retornan a su Control reciben visita domiciliaria de seguimiento.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
 DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA**

12. 100% de recién nacidos de madres con SÍFILIS se refiere de inmediato para el diagnóstico y manejo de Sífilis Congénita.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	
13. Comunican y Coordinan con Hospital de Referencia respecto a la gestantes con VIH/Sífilis para asegurar la continuidad de la atención de la madre VIH /Sífilis y su recién nacido expuestos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En proceso	
14. 100% de los casos de gestantes, puérperas y abortos con VIH/SÍFILIS están registrados adecuadamente en el formato electrónico respectivo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En proceso	
OBSERVACIONES		
<p>Se considera que el establecimiento de salud ha implementado la estrategia de prevención de la transmisión vertical del VIH /Sífilis cuando los "SI" cubre los 12 puntos.</p> <p>En caso existan uno o más de los criterios obligatorios en proceso (1, 2, 4,11 y12) esta será considerada como establecimiento de salud en proceso de implementado la estrategia de prevención de la transmisión vertical del VIH /Sífilis.</p> <p>En caso exista algún NO en los criterios obligatorios esta será considerada como establecimiento de salud que No ha implementado la estrategia de prevención de la transmisión vertical del VIH /Sífilis.</p>		

*** Si la conclusión es No implementado o en proceso, se dará un plazo no mayor de 30 días para levantar las observaciones y se programará una siguiente visita de asistencia técnica inmediata.**

.....
Informante

.....
Coordinador / Responsable ESN SSRR

.....
Coordinador Responsable de ES PC ITS Y VIH/SIDA



ANEXO N° 14

LISTA DE CHEQUEO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN
 DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH Y SÍFILIS EN ESTABLECIMIENTOS DE
 SALUD DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

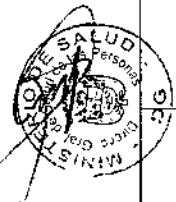
Leyenda:

ARV: Antirretrovirales PRS: Prueba Rápida de Sífilis

Establecimiento de salud: _____ Fecha de la

Visita: _____

CRITERIOS OBLIGATORIOS	Establecimiento de salud	OBSERVACIONES
1. Cuenta con personal capacitado que realiza consejería para las ITS y VIH-Sida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En proceso	
2. Cuenta con personal capacitado en aplicación de Prueba Rápida para VIH y Sífilis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En proceso	
3. Realiza prueba de tamizaje para VIH (ELISA y/o prueba rápida) pruebas de sífilis (PRS y RPR cuantitativo) a gestantes, púerperas y post abortos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Cuenta con existencias disponibles de medicamentos e insumos para el tamizaje / diagnóstico de VIH y Sífilis y tratamientos en los próximos tres meses de acuerdo al consumo promedio mensual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En proceso	
5. Gestantes VIH reactivas reciben tratamiento según escenario oportunamente y programación de cesárea electiva.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	
6. Gestantes con Sífilis reactivas/positivas reciben oportunamente el tratamiento según NT vigente.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
7. 80% de Contactos de las Gestantes con Sífilis reactivas/positivas son tratados oportunamente según NT vigente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	
8. Disponibilidad inmediata de ARV para el manejo del 3er y 4to escenario de VIH según NT vigente en servicio de Gineco-obstetricia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9. 100% de recién nacidos expuestos al VIH reciben ARV, sucedáneos de leche materna y seguimiento para diagnóstico de VIH.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
10. 100% de recién nacidos de madres con SIFILIS son atendidos para diagnóstico y tratamiento de la sífilis congénita.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
 DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA**

11. 100% de puérperas con VIH reciben vendaje compresivo de mamas y supresión de lactancia materna.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
12. Comunican y Coordinan con establecimientos de origen o de la jurisdicción domiciliaria para asegurar el manejo y seguimiento de la madre VIH /Sifilis y el recién nacido.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En proceso	
13. Realizan periódicamente estudios de casos de VIH y Sífilis por el equipo multidisciplinario.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En proceso	
14. 100% de los casos de gestantes con VIH/SIFILIS están registrados adecuadamente en el formato electrónico. respectivo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En proceso	

OBSERVACIONES

Se considera que el establecimiento de salud ha implementado la estrategia de prevención de la transmisión vertical del VIH /Sífilis cuando los "SI" cubre los 12 puntos.
 En caso existan uno o más de los criterios obligatorios en proceso (1, 2, 4,11 y12) esta será considerada como establecimiento de salud en proceso de implementado la estrategia de prevención de la transmisión vertical del VIH /Sífilis.
 En caso exista algún NO en los criterios obligatorios esta será considerada como establecimiento de salud que No ha implementado la estrategia de prevención de la transmisión vertical del VIH /Sífilis.

*** Si la conclusión es No implementado o en proceso, se dará un plazo no mayor de 30 días para levantar las observaciones y se programará una siguiente visita de asistencia técnica inmediata.**

.....
Informante

.....
Coordinador / Responsable ESN SSRR



.....
Coordinador Responsable de ES PC ITS Y VIH/SIDA



ANEXO N°15

**FORMATO DE REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A
 MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES (RAMA).**

CONFIDENCIAL

Reporte N° Fecha de Entrada: (dd/mm/aa) Hora: (hh:mm)

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

1. Nombre: 2. Dirección: 3. Teléfono:
 4. Dirección de Salud: 5. Departamento: 6. Provincia: 7. Distrito:

II. DATOS DEL PACIENTE

1. Código Único del Paciente: 2. Historia Clínica N°:
 3. Fecha de Nacimiento: (dd/mm/aa) 4. Edad: 5. Sexo: 6. Talla: 7. Signo de Vida:
 8. Raza: (Blanca, Negra, Amelana, Mixta) 9. Sexo: M () F () 10. ¿Esta embarazada? sí () no ()
 11. Fecha última menstruación: (dd/mm/aa) 12. Dirección (completa) y/o. Referencia (iglesia, Colegio, etc.)

III. REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTIRETROVIRALES (RAM)

Descripción de la(s) reacción (es) adversa (s) incluir exámenes auxiliares relevantes

REACCION ADVERSA	FECHA INICIO (dd/mm/aa)	FECHA FINAL (dd/mm/aa)	EXÁMENES AUXILIARES RELEVANTES

IV. ANTIRETROVIRALES ADMINISTRADOS AL PACIENTE

Marcar los medicamentos del esquema de tratamiento administrados y en la columna de sospecha MARCAR con una "S" el o (los) medicamento(s) sospechoso(s) de producir la RAM.

NOMBRE COMERCIAL O GENÉRICO Marque los Medicam. Administrados(*)	SOSPE- CHA	FABRICANTE	PAÍS	LOTE	DOSIS DIARIA	VÍA ADMIN.	FECHA INICIO dd/mm/aa	FECHA FINAL dd/mm/aa
1. ZIDOVUDINA								
2. LAMIVUDINA								
3. NEVIRAPINA								
4. EFAVIRENZ								
5. ESTAVUDINA								
6. DIDANDSINA								
7. NELFINAVIR								
8. LOPINAVIR/ RITONAVIR								
9. ABACAVIR								
10. RITONAVIR								
11. SAQUINAVIR								
12. INDINAVIR								
13. ZIDOVUDINA/ LAMIVUDINA								
14.								

PARA DESGLOSAR Y ENTREGAR A FARMACIA SEMANALMENTE

Fecha de notificación:/...../..... (dd/mm/aa)

REPORTE DE SOSPECHA DE REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTIRETROVIRALES

1. Código Único del Paciente: 2. Edad: 3. Sexo: M () F ()
 4. Establecimiento de salud: 5. DISA: 6. Distrito: 7.
 8. Reacciones adversas: (fecha de inicio, fecha final, dd/mm/aa, exámenes auxiliares relevantes)
 9. Medicamentos (dosis diaria, fecha de inicio dd/mm/aa):
 10. Médico Notificador: (Nombre, teléfono)

NTS Nº 064 - MINSAD/GSP-V.02
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
 DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA**

V. MEDICAMENTOS CONCOMITANTES Y RELEVANTES ADMINISTRADOS AL PACIENTE EN EL ÚLTIMO MES, INCLUYENDO AUTOMEDICACIÓN

En la columna de sospecha **MARCAR** con una "S" el o los medicamento(s) sospechoso(s) de producir la RAM.

Nombre comercial o Genérico	Sospecha	Fabricante	País	Dosis Diaria	Vía	Fecha inicio (dd/mm/aa)	Fecha final (dd/mm/aa)	Indicación Terapéutica

VI. DIAGNOSTICO AL MOMENTO DE LA PRESCRIPCIÓN

Diagnóstico al inicio del tratamiento	Estadio	CD4	Carga Viral	Fecha de inicio
Diagnóstico al inicio de la RAM	Estadio	CD4	Carga Viral	Fecha de inicio

VII. OTRAS ENFERMEDADES CONCOMITANTES AL MOMENTO DE LA RAM

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. TUBERCULOSIS | <input type="checkbox"/> 5. SINDROME DE CONSUMO | <input type="checkbox"/> 9. HEPATOPATIA | <input type="checkbox"/> 12. PROCESO RESPIRATORIO |
| <input type="checkbox"/> 2. DIARREAS | <input type="checkbox"/> 6. ANEMIA | <input type="checkbox"/> 10. NEOPLASIAS | <input type="checkbox"/> 13. GASTRITIS |
| <input type="checkbox"/> 3. DERMATOPATIAS | <input type="checkbox"/> 7. ETS: SIFILIS, HERPES | <input type="checkbox"/> 11. ALCOHOLISMO | <input type="checkbox"/> 14. TABACO |
| <input type="checkbox"/> 4. DROGADICCION | <input type="checkbox"/> 8. ALTER. PSIQUIATRICAS | <input type="checkbox"/> 16. OTROS | |

VIII. EVOLUCIÓN

- ¿Remitió la RAM al suspender la medicación?
() Si () No () No se suspendió
- ¿Remitió la RAM al reducir la dosis?
() Si () No () No procede
- ¿Reapareció la RAM al administrar de nuevo el medicamento?
() Si () No () No procede
- ¿Recibió tratamiento para la RAM?
() Si* () No () Desconocido
* Describir en observaciones
- Cambio de esquema de tratamiento por RAM
() Si* () No () Desconocido
* Describir en observaciones
- Se inició con dosis menores el tratamiento
() Si* () No () Desconocido
* Describir en observaciones
- ¿Requirió hospitalización?
() Si* () No () Desconocido
* Describir en observaciones
- ¿Prolongó hospitalización?
() Si* () No () Desconocido
* Describir en observaciones

IX. DESENLACE

- Recuperación sin secuela
 - Recuperación con secuela
 - Aún no se recupera
 - Muerte debido a RAM
 - Muerte, con contribución del medicamento
 - Muerte, no relacionada con el medicamento
 - Desconocido
 - Otro
- ¿Puso en grave riesgo la vida del paciente?
() Si* () No () Desconocido
* Describir en observaciones
 - ¿Produjo incapacidad permanente?
() Si* () No () Desconocido
* Describir en observaciones

X. OBSERVACIONES ADICIONALES RELEVANTES

Enfermedades crónicas, alergias, vacunas, alteraciones hematológicas y otros

.....

.....

XI. DATOS DEL NOTIFICADOR

MEDICO () DENTÓLOGO () DBSTETRIZ () FARMACÉUTICO () ENFERMERA () Otro

1. Apellidos y Nombre del Notificador:

2. Teléfono: 3. E-mail:

4. Fecha de Notificación: (dd/mm/aa)

INSTRUCTIVO:

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



NTS Nº 064 - MINSAL/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PROFILAXIS
DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA

EFFECTOS ADVERSOS MÁS FRECUENTES Y GRAVES ASOCIADOS A ANTIRETROVIRALES

Las reacciones más frecuentes reportadas son: náuseas, vómitos, intolerancia gástrica, diarrea, síntomas de pancreatitis, elevación de transaminasas, hiperbilirrubinemia (no asociada a daño hepático), flatulencia, hiperbilirrubinemia indirecta, neutropenia, anemia, posible mayor sangrado en hemofílicos; cefalea, neuropatía periférica, mareos, insomnio, sueño anormal, confusión, amnesia, parestesias, parestesia oral, alteraciones del ECG (prolongación de intervalo P-R); úlceras orales, erupción cutánea, Stevens Johnson, hiperglicemia, hipertrigliceridemia, foodistrofia, dislipidemia, acidosis láctica, nefrolitiasis, esteatosis hepática, fiebre, daño tubular renal (insuficiencia); reacción local en el sitio de la administración (dolor, eritema, prurito, induración), nódulos o quistes, reacción de hipersensibilidad.

El tratamiento antiretroviral se ha relacionado con una variedad de anomalías metabólicas, como incremento de LDL, colesterol, disminución de HDL, aumento de triglicéridos, resistencia a la insulina, incremento de la grasa corporal que podría estar asociado a un incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular o cerebrovascular.

Medicamento	Efectos adversos más frecuentes y graves	Recomendaciones
1. AZT Zidovudina	Anemia y/o neutropenia, náuseas, vómitos, cefalea, astenia, insomnio, vértigo, convulsiones y parestesia. Acidosis láctica con esteatosis hepática es rara y potencialmente grave. Con el uso prolongado miopatía sintomática.	Recuento de reticulocitos, hemoglobina, hematocrito, cada 2 semanas durante el 1º y 2º mes de terapia, y luego en base a los resultados del paciente.
2. 3TC Lamivudine	Diarrea y otros disturbios gastrointestinales, cefalea, fatiga, insomnio, artralgias, mialgias, neuropatía, signos y síntomas nasales, enzimas hepáticas elevadas, rash, fiebre, infecciones de oído, nariz y garganta. Se ha reportado casos fatales de acidosis láctica y severa hepatomegalia con esteatosis, pancreatitis. A dosis habituales es poco frecuentemente la neutropenia.	Seguimiento clínico.
3. ddi Didanosina	Los más frecuentes: diarrea, neuropatía, fiebre, rash, dolor abdominal, debilidad, cefalea, náuseas y vómitos. Reacciones graves de Pancreatitis y acidosis láctica (que puede ser fatal), hepatopatía con esteatosis grave, cambios retinales, neuritis óptica y neuropatía periférica.	Seguimiento clínico. Parar la droga, si efectos tempranos desaparecen 2-12 semanas.
4. d4T Estavudina	Toxicidad en la médula ósea no es una reacción significativa que es una ventaja en comparación a zidovudina sin embargo, neuropatía periférica es dependiente de la dosis y puede limitar la terapia en muchos pacientes. Ocasionalmente se ha reportado elevación de transaminasas en suero. Como otros análogos de los nucleósidos se ha reportado casos fatales de acidosis láctica y severa hepatomegalia con esteatosis. Reportes raros de debilidad, reacción parecida al síndrome de Guillain-Barré asociado con acidosis láctica. Se ha reportado pancreatitis fatal y no fatal cuando se usa en combinación con didanosina.	Seguimiento clínico. En caso de neuropatía periférica severa, discontinuar el medicamento y reiniciar a dosis de 20 mg/día.
5. NVP Nevirapina	Es generalmente bien tolerado. Las reacciones más frecuentes fiebre, náuseas, cefalea. Sin embargo, se ha reportado reacciones dérmicas severas (necrosis epidérmica tóxica, síndrome de Stevens-Johnson). Reacciones severas hepatotoxicidad, incluyendo necrosis hepática fatal.	Seguimiento clínico, enzimas hepáticas.
6. EFV Efavirenz	Efectos psiquiátricos y a nivel del sistema nervioso (vértigo, insomnio, desconcentración, somnolencia, sueños anormales, alucinaciones), elevación de enzimas hepáticas, reacciones dérmicas ocurre en el 26% de los adultos y 40 % en niños en quienes la incidencia y severidad es alta.	Administración antes de dormir, estómago vacío, seguimiento clínico. En reacciones dérmicas severas con compromiso de mucosa, descamación, fiebre, discontinuar el medicamento. Contraindicado con astemizol, cisaprida, midazolam, triazolam y derivados de ergotamina.
7. Lopinavir / Ritonavir IP	Cefalea, fatiga, intolerancia gástrica (diarrea, náusea, vómitos), parestesia oral, efectos de clase: dislipidemias, lipodistrofia, hiperglicemia; gestantes: categoría C. Infrecuentemente pancreatitis.	Seguimiento clínico, perfil lipídico y glucosa.



NTS N° 064 - MINSA/DGSP-V.02
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PRDFILAXIS
 DE LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA**

8. NRTV Nelfinavir	13-20% diarrea, fatiga, cefalea, náuseas, rash, dislipidemia	No administrar con amiodarona, astemizol, cisapride, lovastatina, ergotamina, midazolam, simvastatina, terfenadina y triazolam. Seguimiento clínico, perfil lipídico.
9. IDV Indinavir	5% Nefrotoxicas. Hiperbilirrubinemia (no asociada a daño hepático), lipodistrofia, hiperglicemia. Raras: anemia hemolítica aguda y hepatitis fatales.	Seguimiento clínico, sedimento urinario.
10. ATV Atazanavir	Hiperbilirrubinemia indirecta, diarrea y otros síntomas gastrointestinales y cefalea. ECG: Prolongación de intervalo P-R, hiperglicemia, posible mayor sangrado en hemofílicos.	Seguimiento clínico, enzimas hepáticas, niveles de bilirrubina, cuidado especial si existe administración paralela con agentes que causan prolongación del P-R (ECG).
11. SQV Saquinavir	Todos los inhibidores de las proteasas se han asociado con hiperglicemia en pacientes con o sin diabetes. Las reacciones más comunes: disconfort abdominal, diarrea y náuseas. Menos frecuente: anemia, trombocitopenia, astenia, neuropatía periférica, vértigo, confusión, convulsiones, ansiedad, euforia, alucinaciones, psicosis, gingivitis, pancreatitis, ulceraciones orales, infecciones del tracto urinario, ictericia, mialgias.	Seguimiento clínico. Control de glucemia, perfil lipídico, enzimas hepáticas.
12. RTV Ritonavir	Nausea, vómito, diarrea, anorexia, dolor abdominal, alteración del gusto, neuropatía periférica, hipertrigliceridemia, elevación de las transaminasas (hepatitis), parestesias periorales, cefalea, hiperglicemia.	Seguimiento clínico, enzimas hepáticas, glicemia, perfil lipídico.
13. Tenofovir	Cefalea, diarrea, náusea, vómito, flatulencia, acidosis láctica, hepatomegalia con esteatosis, daño tubular renal (insuficiencia), síndrome de Fanconi.	Seguimiento clínico, monitorizar función renal.
14. IP Imprenavir	Intolerancia gástrica (diarrea, náusea, vómitos), rash, cefalea, parestesia oral, teratogenicidad ratas, efectos de clase: dislipidemias, lipodistrofia, hiperglicemia.	No administrar en gestantes, niños menores de 4 años, insuficiencia renal o hepática, no coadministrar con disulfiram, ni metronidazol. Seguimiento clínico y perfil lipídico, glucosa.
15. FTC Emtricitabina	Mínimos. Acidosis láctica, esteatosis hepática. Náuseas, diarrea, rash y cefalea. Hiperpigmentación de plantas de los pies y palmas de las manos.	Seguimiento clínico.
16. IF Enfuvirtide	Reacción local en el sitio de la administración (dolor, eritema, prurito, induración), nódulos o quistes, reacción de hipersensibilidad. Incremento de neumonía bacteriana. Neuropatía periférica, insomnio, disminución del peso y apetito, mialgia y linfadenopatía.	Rotación de sitios de aplicación, masajes del área afectada. Con precaución en insuficiencia hepática o renal.

Fuente: 1974 - 2004 Thomson MICROMEDEX. All rights reserved. MICROMEDEX(R) Healthcare Series Vol. 120 expires 6/2004. <http://www.pronormedicum.org/mdxcq/mdxhtml.exe?&tmpr=mdxhome.tml1&SCRNAME=mdxhome&CTL=C:\mdxw\mdxcq\megat.sys>

- Nucleósidos inhibidores de la transcriptasa reversa (NITR): 1-4
- No nucleósidos inhibidores de la transcriptasa reversa (NNITR): 5-6
- Inhibidores de Proteasa (IP): 7-15
- Inhibidores de fusión (IF): 16

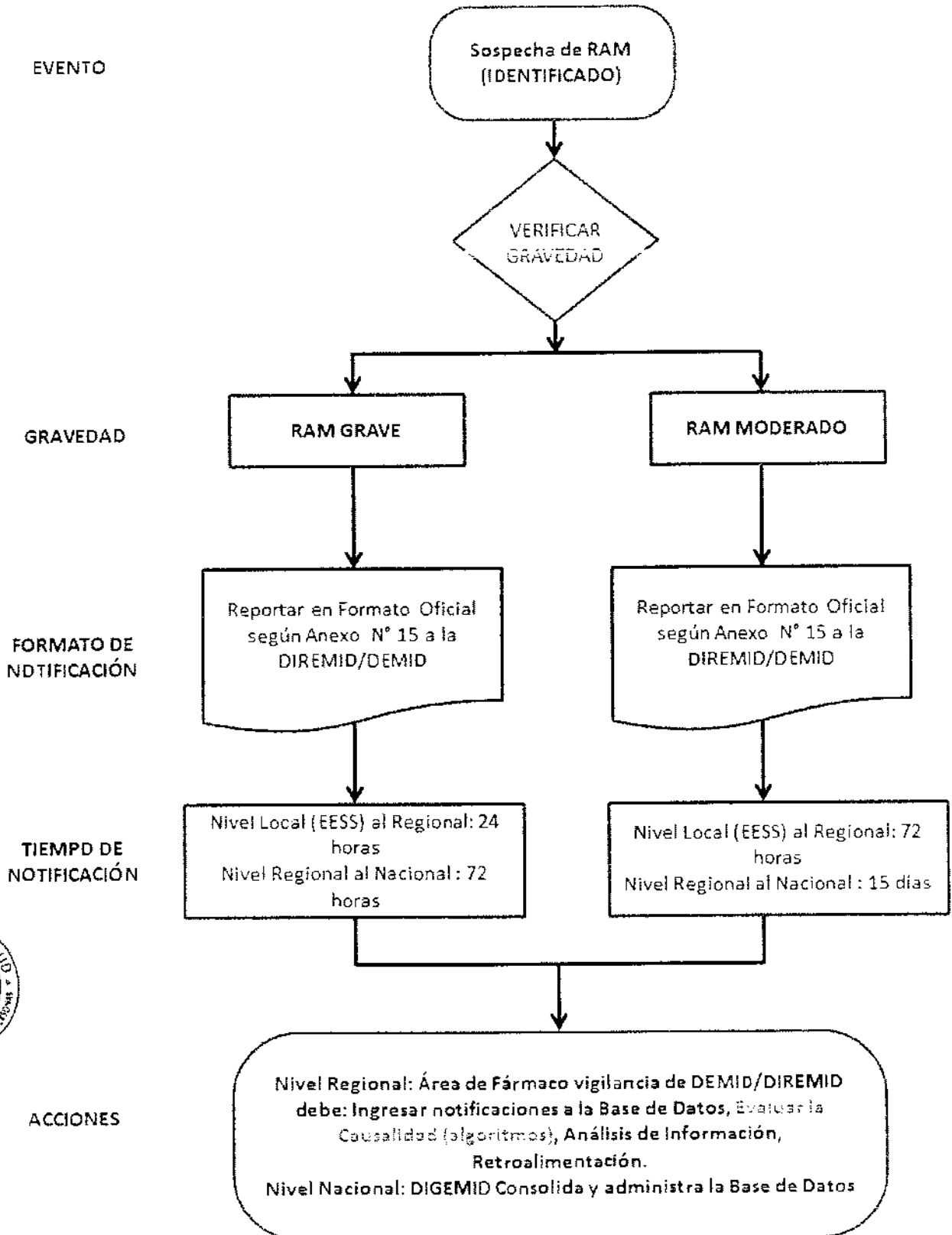
GRAVEDAD

1. **NO SERIO:** Manifestaciones clínicas poco significativas o de baja intensidad, que no requieren ninguna medida terapéutica importante y/o que no ameritan suspensión de tratamiento.
2. **SERIO:** Manifestaciones clínicas importantes, sin amenaza inmediata a la vida del paciente pero que requieren medidas terapéuticas y/o suspensión del tratamiento.
3. **GRAVE:** Las que producen la muerte, amenazan la vida del paciente, producen incapacidad permanente o sustancial, requieren hospitalización o prolongan el tiempo de hospitalización, producen anomalías congénitas o procesos malignos.



ANEXO N° 16

FLUJOGRAMA DE REPORTE DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
 ANTIRRETROVIRALES (RAMA)



ANEXO N° 17

GLOSARIO DE SIGLAS

ARV:	<i>Antirretroviral.</i>
CETARGA:	<i>Cambio de Esquema de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad.</i>
DEMID:	<i>Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas.</i>
DGSP:	<i>Dirección General de Salud de las Personas.</i>
DISAs:	<i>Direcciones de Salud.</i>
DIREAS:	<i>Direcciones Regionales de Salud.</i>
DIREMID:	<i>Dirección Regional de Medicamentos Insumos y Drogas.</i>
ESN P y C ITS VIH SIDA:	<i>Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA.</i>
ESN-SSRR:	<i>Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.</i>
INS:	<i>Instituto Nacional de Salud.</i>
MINSA:	<i>Ministerio de Salud.</i>
MMVV:	<i>Mujeres viviendo con el VIH.</i>
ONG:	<i>Organización no gubernamental. M&E: Monitoreo y evaluación</i>
OMS:	<i>Organización Mundial de la Salud.</i>
OPS:	<i>Organización Panamericana de Salud.</i>
PRS:	<i>Prueba Rápida para Sífilis.</i>
SIS:	<i>Seguro Integral de Salud.</i>
SISMED:	<i>Sistema integrado de Medicamentos.</i>
TARGA:	<i>Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad</i>
TMN:	<i>Transmisión madre-niño.</i>
TV:	<i>Transmisión Vertical.</i>
VIH:	<i>Virus de Inmunodeficiencia Humana.</i>

