MINISTERIO DE SALUD

No 084-2005/MINSA

REPUBLICA DEL PERU

Resolución Ministerial

Lima, 03 de FEBRERO del 2005

Visto el OFICIO N° 4055-10-2004/DGSP/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas;

CONSIDERANDO:

Que por Resolución Ministerial N° 502-2003-SA/DM, se aprobó la Directiva N° 011-MINSA/DGSP-DEAIS-V.01: "Sistema de Atención para la Disminución de la Transmisión Vertical del VIH y Manejo de la Gestante que vive con el VIH y del Niño con Exposición Perinatal";

Que a efecto de fortalecer los procesos de prevención, diagnóstico y manejo de casos de gestantes infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), se ha elaborado la "Norma Técnica para la Prevención de la Transmisión Vertical (Madre-Niño) del VIH", cuyo objetivo general es reducir dicha transmisión mediante la detección temprana de la infección por el VIH en la mujer gestante, administrando en forma oportuna el tratamiento profiláctico antiretroviral respectivo;

Estando a lo informado por la Dirección General de Salud de las Personas y con la visación de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

Con la visación del Viceministro de Salud; y,

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

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la NT N°024-2005-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica para la Prevención de la Transmisión Vertical (Madre-Niño) del VIH", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-

SIDA y el Componente de Salud Sexual y Reproductiva, se encargará de la difusión, implementación, monitoreo y supervisión del cumplimiento de la citada Norma Técnica.

Artículo 3°.- Las Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional, son responsables del cumplimiento de dicha Norma Técnica, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

Artículo 4°.- La Oficina General de Comunicaciones se encargará de la publicación de la mencionada Norma Técnica en la página web del Ministerio de Salud.

Artículo 5°.- Dejar sin efecto la Resolución Ministerial N° 502-2003-SA/DM y las disposiciones que se opongan a la referida Norma Técnica.

Registrese, comuníquese y publíquese

Dra. Pilar MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCION GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS

NT N° 024 -2005-MINSA/DGSP-V.01

NORMA TECNICA PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISION VERTICAL (Madre-Niño) DEL VIH

Lima,

NORMA TECNICA PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISION VERTICAL (Madre-Niño) DEL VIH

NT N°024 -2005-MINSA/DGSP-V.01

I.- OBJETIVOS

1.1 Objetivo general:

Reducir la transmisión madre-niño del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) mediante la detección temprana de la infección por el VIH en la mujer gestante, la administración de tratamiento profiláctico antiretroviral a la madre y su niño según los escenarios establecidos en la presente norma.

1.2 Objetivos especificos:

1.2.1 Establecer un sistema de diagnóstico precoz y oportuno del VIH tanto para gestantes que acuden al establecimiento de salud para su control prenatal como para aquellas que acuden en el momento del parto y que no tienen conocimiento de su estado serológico en relación al VIH.

1.2.2 Establecer criterios de manejo de la gestante infectada por el VIH mediante escenarios de acción que incluyan el uso racional de antiretrovirales, forma de atención del parto y seguimiento de la madre y el niño.

1.2.3 Establecer el proceso de información grupal y consejería previa a la prueba de diagnóstico en la gestante que acude al servicio de salud así como la consejería posterior a la prueba de soporte en la mujer viviendo con el VIH

1.2.4 Establecer el mecanismo de entrega de los medicamentos profilácticos antiretrovirales con zidovudina (AZT) y/o nevirapina (NVP), según corresponda, a la gestante infectada por el VIH y al recién nacido, y además fórmula láctea maternizada para estos niños.

1.2.5 Establecer un sistema que permita el seguimiento de los hijos de madres infectada por el VIH, la supervisión de la administración de la terapia profiláctica con zidovudina (AZT) y/o nevirapina (NVP), la supervisión del uso de fórmula láctea . Este seguimiento será realizado hasta el conocimiento de su estado serológico al año y medio de edad.

1.2.6 Establecer el sistema de registro y monitorización de las actividades para la prevención de la transmisión madre niño del VIH

II.- BASE LEGAL

- Constitución Política del Perú.
- Ley N° 26842 - Ley General de Salud.
- Ley 26626, que declaró de necesidad nacional e interés público la lucha contra la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- Ley N° 28243, que modificó la citada Ley N° 26626.
- Reglamento específico de la Ley N° 26626.
- Resolución Ministerial N° 235-96-SA/DM, que aprobó el documento: "Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de las ETS y el SIDA en el Perú".
- Resolución Ministerial N° 081-99-SA/DM, que aprobó el documento: "Guía Nacional de Atención Integral del Paciente con Infección VIH/SIDA".
- Resolución Ministerial N° 619-99-SA/DM, que aprobó el documento: "Manejo del Niño Infectado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- Guía Nacional de Consejería 1999.
- Guía Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004.
- Manual de Pruebas de Laboratorio para el VIH. INS. 2004.

III.- ÁMBITO DE APLICACIÓN

Lo establecido en la presente Norma Técnica es de aplicación y cumplimiento obligatorio de todas las Unidades Ejecutoras del Pliego Presupuestal 011 - MINSA y de las Direcciones Regionales de Salud, a nivel nacional.

IV.- DEFINICIONES

- **Transmisión vertical del VIH**: Transmisión de la madre al niño del VIH durante la gestación, parto o periodo de lactancia. La transmisión vertical del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) de la madre infectada al recién nacido puede ocurrir entre el 25 al 30% de casos y se presenta durante la gestación, el momento del parto y/o durante la lactancia materna. El tratamiento profiláctico con zidovudina a la madre infectada por el VIH durante la gestación y al niño se ha comprobado que tiene un efecto de protección de 65%. De igual manera el uso de nevirapina en el momento del parto en aquellas mujeres infectadas por el VIH que no recibieron antiretrovirales durante la gestación, tiene un efecto de protección de la transmisión vertical del 50%. La transmisión vertical del VIH por lactancia materna, de igual manera, ha sido comprobada por lo que la infección por el VIH es uno de los pocos motivos por el cual la lactancia materna debe ser suspendida

- **Gestante infectada por el VIH:**

  Para efectos de la administración de profilaxis antiretroviral para la prevención de la transmisión vertical del VIH se define como Gestante infectada por el VIH aquella que cumple alguna de las siguientes condiciones:

  a. Para gestantes que acuden al control prenatal en cualquier momento de la gestación:

  > *Se considera gestante infectada por el VIH , si tiene diagnóstico de infección con el VIH previo a la gestación con un examen de ELISA reactivo junto con una prueba confirmatoria para infección por VIH (Inmunofluorescencia indirecta – IFI o Western Blot).*

  b. Para gestantes que acuden al control prenatal antes de las 20 semanas de gestación y que tienen ELISA reactivo:

  > *Se considera gestante infectada por el VIH , si tiene Prueba confirmatoria para infección por VIH (Inmunofluorescencia indirecta – IFI o Western Blot).*

  c. Para gestantes que acuden a primer control prenatal después de las 20 semanas de gestación:

  > *Si tienen dos (02) Pruebas de ELISA para VIH reactivas o dos (02) pruebas rápidas reactivas (solo en lugares donde no exista posibilidad de realizar prueba de ELISA)*

  d. Para gestantes que acuden al servicio de salud en trabajo de parto y sin control prenatal previo:

  > *Si tiene dos (02) pruebas rápidas para VIH reactivas, las cuáles pueden ser hechas al ingreso de la gestante al establecimiento.*

Para efectos de reporte o notificación de caso a la Oficina General de Epidemiología (o su dependencia regional) se considera infección por el VIH sólo si se tiene la prueba confirmatoria positiva *(Inmunofluorescencia indirecta IFI o Western Blot).*

- **Zidovudina (AZT)**: Medicamento antiretroviral inhibidor nucleósido de la transcriptasa reversa (INTR).
- **Lamivudina (3TC)**: Medicamento antiretroviral inhibidor nucleósido de la transcriptasa reversa (INTR).
- **Stavudina (d4T)**: Medicamento antiretroviral inhibidor nucleósido de la transcriptasa reversa (INTR).
- **Nevirapina (NVP)**: Medicamento antiretroviral no nucleótido inhibidor de la transcriptasa reversa (INNTR)
- **Efavirenz (EFV)**: Medicamento antiretroviral no nucleótido inhibidor de la transcriptasa reversa (INNTR)
- **Tratamiento antiretroviral Preventivo (Profiláctico)**: Incluye medicamentos antiretrovirales utilizados con el fin de disminuir el riesgo de transmisión vertical del VIH (de la madre al niño).
- **Prueba de ELISA**: Examen de laboratorio que identifica la presencia de anticuerpos contra el VIH. En caso de niños menores de 18 meses no se considera diagnóstica, debido a la posibilidad de que los anticuerpos presentes sean de origen materno.
- **Prueba rápida para VIH**: Examen de laboratorio para determinar la presencia de anticuerpos contra el VIH, con resultados que se obtienen en tiempos menores a los 30 minutos y no requiere de equipos sofisticados de diagnóstico, obteniéndose a partir de la sangre total. En caso de niños menores de 18 meses no se considera diagnóstica, debido a la posibilidad de que los anticuerpos presentes sean de origen materno.
- **Pruebas confirmatorias:** Exámenes de laboratorio que evalúan estructuras virales y por lo tanto confirman su presencia en el organismo. Pertenecen a este grupo la inmunoelectrotrasferencia o western blot (WB), inmunofluorescencia indirecta (IFI), radioinmunoprecipitación (RIPA) e immunoblot con antígenos recombinantes (LIA).
- **PCR:** Reacción en Cadena de la Polimerasa, conocida como **PCR** por sus siglas en inglés, es una técnica de biología molecular cuyo objetivo es obtener un gran número de copias de un fragmento de ADN particular. Sirve para identificar la presencia del VIH.
- **Niño VIH expuesto:** Todo niño nacido de madre infectada por el VIH se mantiene dentro de esta definición hasta los 18 meses de edad o hasta que se diagnostique como Niño Infectado por el VIH antes de los 18 meses de edad a través de una prueba de PCR.
- **Niño infectado por el VIH:** Todo niño con ELISA reactivo y prueba confirmatoria positiva después de los 18 meses de edad. Se considera infectado a aquél niño VIH expuesto al que se le realice una prueba de PCR (DNA o RNA) con resultado positivo en 2 oportunidades diferentes.
- **TARGA:** Tratamiento antiretroviral de gran actividad.

V.- DISPOSICIONES ESPECIFICAS

5.1. DEL DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN POR EL VIH Y EL ESTADO INMUNE EN LA GESTANTE PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISION VERTICAL

5.1.1 A toda gestante que acuda a un establecimiento de salud, para su primer control prenatal deberá realizarse consejería o información grupal especializada y solicitarse la prueba de ELISA o Prueba rápida para VIH según corresponda.

5.1.1.1 El INS o el proveedor de las pruebas rápidas realizará la distribución de las pruebas rápidas al laboratorio de referencia de cada DISA según programación de la ESN-PCITS VIH-SIDA. El monitoreo del uso de las pruebas rápidas será responsabilidad del laboratorio de referencia de la DISA en coordinación directa con la ESN-PCITS VIH-SIDA y el INS

5.1.1.2 Las pruebas rápidas para el diagnóstico de infección por VIH serán distribuidas por el laboratorio de referencia de la DISA o DIRESA a los establecimientos dentro de su jurisdicción en coordinación directa con la Estrategia Sanitaria PCITS y VIH-SIDA local.

5.1.1.3 Las pruebas de ELISA serán procesadas en el laboratorio correspondiente en cada hospital o en el laboratorio de referencia según normas del Instituto Nacional de Salud.

5.1.1.4 Las pruebas rápidas pueden ser tomadas por el personal de salud encargado de la atención de la gestante para lo cual debe estar debidamente capacitado para este fin.

5.1.2 A toda gestante que acuda a un establecimiento de salud, en el inicio de trabajo de parto y que no tenga control prenatal o no se conozca su estado serológico VIH deberá solicitarse obligatoriamente la prueba rápida de diagnóstico para VIH.

5.1.3 Para la confirmación de resultados positivos se tendrá en cuenta lo siguiente

a. Toda muestra con resultado de ELISA reactiva será enviada al Instituto Nacional de Salud para su confirmación.

b. Todo paciente con prueba rápida reactiva se le tomará una muestra de sangre que será enviada a Instituto Nacional de Salud para su confirmación.

5.1.4 Toda gestante que cumpla con las condiciones que definen la infección por el VIH, deberá ser referida al servicio de atención de la gestante del Hospital Nacional, Regional o de Apoyo, para su manejo especializado y multidisciplinario. En caso de que el diagnóstico se realice durante el inicio de trabajo de parto la gestante debe ser evaluada por el profesional responsable de la atención (ginecoobstetra, médico general, obstetriz o profesional de la salud, considerando los niveles de atención) para que decida el manejo preventivo de la transmisión vertical del virus.

5.2 DE LA INFORMACIÓN GRUPAL ANTES DE LA PRUEBA, DE LA CONSEJERÍA PRE , POST-PRUEBA Y DE SOPORTE.

5.2.1 La información básica puede ser provista en sesiones de grupo por el servidor de salud debidamente entrenado en consejería VIH cuando en el establecimiento la carga de pacientes no permita realizar la consejería individualizada a todas las pacientes sino a aquellas identificadas como de mayor vulnerabilidad. La información ofrecida tanto en las sesiones grupales como en la consejería antes de la prueba debe incluir los siguientes puntos:

- Visión del VIH/SIDA
- Vías de transmisión y prevención del VIH
- Enfermedades de transmisión sexual y VIH
- Transmisión vertical del VIH
- Procesos de la prueba para VIH
- Beneficios y riesgos de la prueba para VIH
- Confidencialidad
- Implicaciones de los resultados positivos y negativos de la prueba
- Identificación de los servicios de apoyo a la persona viviendo con VIH
- Salud sexual y reproductiva

5.2.2 La consejería post-prueba positiva debe ser realizada por personal de salud debidamente capacitado para este fin (consejería especializada en VIH) en forma individualizada. La información que debe contener es la siguiente:

- Explicar las posibles consecuencias para su salud.
- Explicar las formas de transmisión del VIH de madre-niño
- Informar sobre las estrategias para disminuir la posibilidad de infección al niño, por ejemplo la administración de terapia antiretroviral preventiva durante el embarazo, con lo que se logra disminuir significativamente el riesgo para el recién nacido de 30% al 8%; y que este tratamiento es administrado de forma gratuita por el Ministerio de Salud, así como de otras medidas preventivas: Cesárea electiva, Tratamiento profiláctico al bebé, suspensión de la Lactancia Materna.
- Informar sobre el proceso de transmisión de anticuerpos maternos al recién nacido y la necesidad de esperar que el niño tenga 18 meses de nacido para saber su estado VIH.
- Informar sobre servicios de salud y/o grupos de apoyo existentes.
- Recomendar la participación de la pareja en este proceso de toma de decisiones y de espera.

- Promover conductas de auto cuidado y de búsqueda de servicios de salud, importancia del Control Prenatal.
- Importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de otras ITS.
- Orientaciones para la culminación del parto.

5.2.3 En el caso de la consejería posprueba rápida en el trabajo de parto se iniciará una vez conocido el resultado y se continuará en el puerperio inmediato con la información descrita en el 5.2.2

5.2.4 La consejería de soporte se realizará durante el control prenatal y después del nacimiento del niño e incluirán los temas referentes a la adherencia a la profilaxis o tratamiento con antiretrovirales, educación en salud sexual y reproductiva que incluya planificación familiar y la importancia de la protección con el uso de preservativos.

5.2.5 Posterior a la consejería toda gestante que va a iniciar profilaxis con antiretrovirales para la prevención de la transmisión vertical firmará la hoja de consentimiento para el uso de este tratamiento (ver Anexo N°1)

5.3 DEL MANEJO ANTIRRETROVIRAL SEGÚN ESCENARIO CLÍNICO: (ver Anexo N° 2)

5.3.1 ESCENARIO 1: *GESTANTE DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ DURANTE EL PRIMER CONTROL PRENATAL Y QUE NO CUMPLE LOS CRITERIOS PARA INICIO DE TARGA*

- Toda gestante que es diagnosticada por primera vez en control prenatal debe recibir consejería especializada posprueba y consejería de soporte.
- Se debe realizar un estudio de recuento de linfocitos CD4 y una Carga Viral en toda gestante diagnosticada a través del INS, para determinar si cumple con los criterios de inicio de TARGA.
- Si no cumple criterios para inicio de TARGA o existe imposibilidad de tener los resultados o realizar los estudios de carga viral y CD4, iniciar tratamiento con zidovudina (AZT) 300 mg/día dos veces al día desde las 28 semanas de gestación hasta el momento del parto.
- La vía de parto aconsejada es el parto abdominal (cesárea electiva) solo si la carga viral tomada en el último trimestre es mayor de 1000 copias/mL. En esta situación la gestante deberá recibir 300mg de zidovudina (AZT) 3 horas antes del inicio de la cirugía.
- De considerarse que el parto será realizado por vía vaginal, independientemente de la razón de esta decisión, la gestante deberá recibir 300 mg de zidovudina (AZT) cada 3 horas hasta que se produzca el nacimiento.
- La administración de zidovudina (AZT) en la madre se suspenderá después del parto
- El niño recibirá zidovudina(AZT) en solución 2 mg/Kg/ de peso cada 6 horas por una semana. El tratamiento profiláctico con AZT en el recién nacido se iniciará antes de las 8 horas de vida.

- En el caso que la madre hubiese recibido menos de 4 semanas de profilaxis con AZT en el momento del parto se considerara como insuficiente y el niño recibirá zidovudina en solución 2mg/kg cada 6 horas por 6 semanas.
- Se prohibirá la lactancia materna y se suministrará fórmula láctea al recién nacido.

5.3.2 ESCENARIO 2: *GESTANTE DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ EN CONTROL PRENATAL Y CUMPLE CRITERIOS DE INICIO DE TARGA*

- Toda gestante que es diagnosticada por primera vez en control prenatal debe recibir consejería especializada posprueba y consejería de soporte.
- Se debe realizar un estudio de recuento de linfocitos CD4 y una Carga Viral en toda gestante diagnosticada a través del INS, para determinar si cumple con los criterios de inicio de TARGA
- Toda gestante con criterio de inicio de TARGA según la Norma Técnica 124-2004-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica para el tratamiento antiretroviral de gran actividad – TARGA en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana" será informada de los beneficios y riesgos del TARGA durante la gestación y luego de firmar la hoja de consentimiento informado iniciará tratamiento.

- Iniciar tratamiento triple con:

  - Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Nevirapina (NVP)

  o

  - Stavudina (d4T) + Lamivudina (3TC) + Nevirapina (NVP)

- Recibirá consejería posprueba y consejería de soporte.
- De ser posible la terapia antiretroviral debe iniciarse después del primer trimestre de gestación. Si la gravedad de la infección lo requiere, puede iniciarse el tratamiento en el primer trimestre previa evaluación de riesgos y beneficios.
- La terapia continuará durante el intraparto y después del parto.
- No debe utilizarse efavirenz (EFV) durante el primer trimestre de gestación.
- La vía de parto aconsejada es el parto abdominal (cesárea electiva) solo si la carga viral tomada en el último trimestre es mayor de 1000 copias/mL
- Después del parto el niño recibirá zidovudina(AZT) en solución 2 mg/Kg cada 6 horas por una semana. La administración de AZT en el recién nacido se iniciará antes de las 8 horas de vida.
- En el caso que el esquema de tratamiento antiretroviral recibido por la gestante sea Estavudina (d4T) + Lamivudina (3TC) + Nevirapina (NVP)

o algún otro esquema que no incluya AZT como parte del mismo, el niño recibirá zidovudina en solución 2mg/kg cada 6 horas por 6 semanas.

- Se prohibirá la lactancia materna y se suministrará fórmula láctea al recién nacido.

5.3.3 ESCENARIO 3: *GESTANTE QUE ESTUVO RECIBIENDO TARGA ANTES DEL EMBARAZO*

- Toda gestante que estuvo recibiendo TARGA durante la gestación no requerirá prueba de diagnóstico pero recibirá consejería de soporte.
- La gestante continuará con el tratamiento que ha estado recibiendo previamente con la excepción del efavirenz (EFV), medicamento que debe ser sustituido con nevirapina (NVP) o un inhibidor de la proteasa durante el primer trimestre de gestación.
- El TARGA continuará en el intraparto y después del parto
- La vía de parto aconsejada es el parto abdominal (cesárea electiva) solo si la carga viral tomada en el último trimestre es mayor de 1000 copias/mL
- Después del parto el niño recibirá zidovudina(AZT) en solución 2 mg/Kg cada 6 horas por una semana. La administración de AZT en el recién nacido se iniciará antes de las 8 horas de vida.
- En el caso que el esquema de tratamiento antiretroviral recibido por la gestante incluya AZT como parte del esquema de TARGA, el niño recibirá zidovudina en solución 2mg/kg cada 6 horas por 6 semanas.
- Se prohibirá la lactancia materna y se suministrará fórmula láctea al recién nacido.

5.3.4 ESCENARIO 4: *GESTANTE QUE ACUDE AL SERVICIO EN EL MOMENTO DEL PARTO Y QUE ES DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ*

- Toda gestante que es diagnosticada mediante prueba rápida en el inicio de trabajo del parto por no haber tenido control prenatal o por no conocer su estado serológico VIH, iniciará consejería posprueba inmediatamente después de conocido el resultado y se continuará en el puerperio inmediato.
- La gestante, luego de firmar la hoja de consentimiento informado, recibirá nevirapina (NVP) 200 mg vía oral en una sola dosis. La administración de nevirapina (NVP) en la madre no continuará posterior al parto
- El niño recibirá nevirapina (NVP) 2 mg/Kg en una sola dosis dentro de las 72 primeras horas de vida.
- En caso de ser inminente el parto (dilatación cervical mayor a 4 cm.) no debe administrarse nevirapina (NVP) en la gestante y se manejará al niño según el ítem 5.3.5
- Se prohibirá la lactancia materna y se suministrará fórmula láctea al recién nacido.

5.3.5 ESCENARIO 5: *NIÑO NACIDO DE MADRE INFECTADA POR EL VIH O CON PRUEBA DE TAMIZAJE PARA VIH REACTIVA QUE NO RECIBIÓ TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL*

- Al niño nacido de madre VIH positivo que no recibió tratamiento antiretroviral, se le administrará en forma inmediata después del nacimiento nevirapina (NVP) 2 mg/Kg en una dosis única y zidovudina (AZT) 2 mg/Kg cada 6 horas por seis (06) semanas
- Se tendrá como límite máximo de inicio de NVP y AZT a las 8 horas de vida, el tratamiento iniciado posterior a este tiempo no tiene efectos comprobados de prevención.
- Se prohibirá la lactancia materna y se suministrará fórmula láctea al recién nacido.

5.4 DE LA FORMA DE PARTO:

5.4.1 A pesar de la evidencia existente acerca de la disminución de riesgo de transmisión vertical mediante la culminación del embarazo por cesárea electiva, debe considerarse la carga viral obtenida en el último trimestre de gestación para decidir la forma de parto aconsejada:

CARGA VIRAL (*)	EDAD GESTACIONAL CALCULADA	RECOMENDACIONES
Mayor o igual 1,000 copias/ml	Mayor de 34 semanas de gestación	Cesárea electiva a partir de las 38 semanas
Menor de 1,000 copias/ml o indetectable	Mayor de 34 semanas de gestación	Parto vaginal

(*) exámenes realizados en el último trimestre de gestación.

5.4.2 De no contar con una carga viral menor a 1000 copias/mL tomada en el último trimestre de la gestación deberá considerarse la culminación del embarazo por cesárea electiva a partir de las 38 semanas de gestación independiente del tratamiento antiretroviral que esté recibiendo la paciente.

5.4.3 Son condiciones para la intervención cesárea electiva como medida preventiva de la transmisión vertical del VIH, que la gestante se encuentre con membranas amnióticas integras y que la dilatación cervical sea menor a 4 cm.

5.5 DEL SEGUIMIENTO DE LA MUJER INFECTADA POR EL VIH

5.5.1 En toda gestante diagnosticada de infección por el VIH debe realizarse el descarte de tuberculosis activa según criterios del Programa de Control de Tuberculosis.

- De no considerarse la enfermedad activa se iniciará quimioprofilaxis con isoniacida por un año.
- De considerarse enfermedad activa recibirá tratamiento antituberculoso según normas establecidas.

5.5.2 Debe ser evaluada por especialistas para el descarte de enfermedades oportunistas u otras infecciones de transmisión sexual. De ser diagnosticadas recibirá el tratamiento respectivo.

5.5.3 Se solicitará carga viral y cuenta de células CD4 a través del INS, para establecer el inicio de quimioprofilaxis para *Pneumocystis jirovecii* (antes *Pneumocystis carinii*) y criterios para inicio de TARGA de acuerdo a la Norma Técnica 124-2004-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica para el tratamiento antiretroviral de gran actividad – TARGA en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana"

5.5.4 Durante la gestación la mujer infectada por el VIH y que recibe tratamiento antiretroviral debe ser evaluada con los siguientes exámenes de laboratorio:

- Bioquímica: Transaminasas, bilirrubinas, fosfatasa alcalina, creatinina, glicemia basal, bicarbonato sérico, amilasa. CPK, LDH.
- Perfil lipídico: Lípidos totales, colesterol HDL, LDL y VLDL, triglicéridos.
- Orina completa.
- Examen coprológico y parasitológico seriado que incluya coccidias.
- VDRL, HBsAg y HCV (con una antigüedad no mayor de 6 meses si los tuviera); Ig G para Toxoplasma e Ig G para Citomegalovirus.

5.5.5 La atención integral de la gestante viviendo con VIH incluye:

- Oftalmología: descarte de patología ocular que incluya fondo de ojo.
- Neurología.
- Salud mental.
- Servicio social.
- Nutrición.
- Consejería de soporte y familiar con autorización de la gestante, que incluirá los aspectos de adherencia al tratamiento antiretroviral.
- Consejería en salud sexual y reproductiva que incluya planificación familiar en el marco de derechos humanos
- Odontoestomatología.

5.5.6 El tratamiento antiretroviral para prevención de la transmisión vertical será entregado por el personal responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS y el VIH/SIDA o por el encargado para dicha función por la Dirección del Establecimiento, para lo cual se llenarán los formatos respectivos (ver Anexo N° 4)

5.5.7 La mujer que no recibe TARGA pero si tratamiento antiretroviral para la prevención vertical durante la gestación o en el momento del parto, recibirá consejería especializada en el puerperio inmediato y será derivada al consultorio especializado en VIH o al hospital de referencia

correspondiente donde continuará su seguimiento clínico, viral e inmunológico hasta establecer los criterios de inicio del TARGA

5.5.8 La mujer que estuvo recibiendo TARGA antes del embarazo o inició TARGA durante la gestación, continuará su seguimiento clínico, viral e inmunológico en el consultorio especializado en VIH o en el hospital de referencia correspondiente, una vez finalizada la gestación

5.5.9 El seguimiento de la madre infectada por VIH, debe ser obligatorio por lo cual cada establecimiento de salud debe establecer los mecanismos necesarios para el cumplimiento de la misma

5.6 DEL SEGUIMIENTO DEL NIÑO DE MADRE INFECTADA POR EL VIH

5.6.1 El niño, hijo de madre infectada por el VIH, haya o no recibido profilaxis antiretroviral para la prevención de la transmisión vertical del virus, debe ser considerado como paciente de alto riesgo y por tal motivo debe ser evaluado por un médico pediatra con experiencia o capacitado en el manejo de niños infectados por el VIH o derivado al hospital de referencia correspondiente para su seguimiento especializado.

5.6.2 Toda madre infectada por el VIH, debe recibir consejería referente a la importancia del tipo de alimentación de su hijo. Esta consejería debe ser reforzada en los diferentes controles de crecimiento y desarrollo.

5.6.3 Está prohibida la lactancia materna a todo hijo de madre infectada por el VIH, considerándose esta como único causal de impedimento de la lactancia natural.

- Todo hijo de madre infectada por el VIH debe recibir fórmula láctea maternizada gratuita por **seis meses** según el siguiente cuadro de programación:

MESES	1° mes	2° mes	3° mes	4° mes	5° mes	6° mes
N° DE LATAS (400-500 gr)	9	11	13	14	14	15

- En los establecimientos de salud, la leche maternizada será entregada a la madre o tutor del niño en forma quincenal y se llenará la *Tarjeta de distribución de leche artificial a hijos de madre VIH positivo* (ver Anexo N° 5). Esta actividad será realizada por el responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS y el VIH/SIDA o por el encargado para dicha función por la Dirección del Establecimiento. La monitorización de esta actividad será de responsabilidad conjunta con el encargado del ciclo de vida del niño.

5.6.4 El seguimiento clínico, viral e inmunológico se realizará de acuerdo a las normas dispuestas en la Directiva N° 020 – 2003-MINSA/DGSP-DEAIS-v.01 "Sistema de atención para el tratamiento antiretroviral en los niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana"

5.6.5 La prueba de reacción de cadena polimerasa será realizada a los 6 meses de edad según la Directiva N° 020 – 2003-MINSA/DGSP-DEAIS-v.01 "Sistema de atención para el tratamiento antiretroviral en los niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana", su resultado positivo será considerado como diagnóstico de infección y se procederá a

solicitar recuento de CD4 y Carga Viral para determinar si tiene o no criterios de inicio de TARGA .

5.6.6 Todo niño VIH expuesto deberá ser evaluado los 18 meses de edad con la prueba de ELISA para establecer su condición de infectado o no infectado por el VIH. De ser reactivo el manejo se realizará de acuerdo a las normas dispuestas en la Directiva N° 020 – 2003-MINSA/DGSP-DEAIS-v.01 "Sistema de atención para el tratamiento antiretroviral en los niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana"

5.6.7 El seguimiento de los hijos de madre infectada por VIH, debe ser obligatorio por lo cual cada establecimiento de salud debe establecer los mecanismos necesarios para el cumplimiento de la misma.

5.7 DEL REGISTRO DE ACTIVIDADES

5.7.1 En el registro de monitorización de las actividades del control de las ITS y VIH/SIDA se deberá consignar los siguientes ítems:

- N° de gestantes tamizadas con ELISA
- N° de gestantes tamizadas con Pruebas rápidas por VIH
- N° de gestantes nuevas viviendo con VIH con prueba confirmatoria.
- N° de gestantes que inician tratamiento profiláctico antiretroviral con zidovudina (AZT).
- N° de gestantes que inician tratamiento profiláctico antiretroviral con nevirapina (NVP)
- N° de gestantes que inician TARGA durante la gestación
- N° de gestantes que reciben TARGA antes de la gestación
- N° de recién nacidos de madres con VIH.
- N° de hijos de gestantes viviendo con VIH que inician tratamiento profiláctico antiretroviral con zidovudina (AZT).
- N° de hijos de gestantes viviendo con VIH que inician tratamiento profiláctico antiretroviral con nevirapina (NVP).
- N° de hijos de gestantes viviendo con VIH que inician lactancia artificial.
- N° de hijos de madres viviendo con VIH con ELISA reactivo después de los 18 meses de edad

VI.- RESPONSABILIDADES

Las disposiciones contenidas en la presente Norma Técnica, son de aplicación obligatoria, bajo responsabilidad de todos los funcionarios, Directores Generales, Jefes de Ginecoobstetricia y Pediatría, responsables del Control de ITS, VIH/SIDA, responsables de Salud Sexual y Reproductiva, médicos, personal asistencial, personal de laboratorio y personal administrativo que intervendrán en el proceso de atención para la disminución de la transmisión vertical del VIH y alimentación del hijo de madre con VIH.

VII.- DISPOSICIONES FINALES

7.1 La Dirección General de Salud de las Personas, en un plazo no mayor de 10 días, se encargará de la difusión de lo establecido en la presente Norma Técnica, a las Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional, Institutos Especializados y demás establecimientos de salud.

7.2 Los Directores Generales de las Direcciones Regionales de Salud y los Directores de los Hospitales, a nivel nacional, son responsables de la difusión y cumplimiento de la citada Norma Técnica, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones

7.3 El Instituto Nacional de Salud es responsable de dirigir la Red de Laboratorios necesaria para la confirmación de las pruebas diagnósticas del VIH y la Red de Monitoreo de las pruebas para establecer los criterios de inicio del TARGA.

VIII.- ANEXOS

ANEXO N° 1

MINISTERIO DE SALUD

CONTROL DE ITS Y VIH/SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARA EL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL CON ZIDOVUDINA/NEVIRAPINA EN GESTANTE INFECTADA POR VIH

Usted tiene el diagnóstico presuntivo o confirmado de infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y se encuentra gestando. Se sabe que su hijo 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 Antiretroviral con Zidovudina (AZT)/ Nevirapina (NVP) disminuye el riesgo de infección de su hijo.

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 infectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana que acuden al establecimiento de salud, así como al 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 se hayan resuelto todas sus dudas, si acepta iniciar la Terapia Antiretroviral con Zidovudina (AZT)/Nevirapina (NVP), debe usted firmar este Consentimiento Informado. Si decide no hacerlo, usted está consciente e informada del riesgo de infección de su hijo.

Ud. y su niño pueden beneficiarse de este programa si voluntariamente 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 la oportunidad de recibir respuesta a mis preguntas, que he decidido recibir así como mi hijo recién nacido, la Terapia Profiláctica, antiretroviral con Zidovudina (AZT)/Nevirapina (NVP) y colaborar para mi adecuado control y el de mi hijo recién nacido.

.....
Nombre y apellido de la gestante — Fecha y firma

.....
Nombre y apellido de un testigo — Fecha y firma

.....
Nombre y apellido del médico — Fecha y firma

ANEXO 2

MANEJO ANTIRRETROVIRAL SEGÚN ESCENARIOS CLÍNICOS

ESCENARIO	TRATAMIENTO ARV
Gestante diagnosticada por primera vez durante el primer control prenatal y que no cumple los criterios para inicio de TARGA	• En la mujer: - AZT desde las 28 semanas continuar hasta el parto • En el niño: - AZT por una semana
Gestante diagnosticada por primera vez en control prenatal y cumple criterios de inicio de TARGA	• En la mujer: AZT + 3TC + NVP o d4T + 3TC + NVP Continuar durante el parto y puerperio • En el niño: - AZT por una semana - AZT por 6 semanas si la mujer recibe d4T+3TC+NVP o un esquema que no contenga AZT como parte de la terapia triple.
Gestante que estuvo recibiendo TARGA antes del embarazo	• En la mujer: Continuar con el tratamiento recibido, (sustituir EFV con NVP durante el primer trimestre) incluso durante el parto y el puerperio • En el niño: - AZT por una semana - AZT por 6 semanas si la mujer recibe un esquema que no contenga AZT como parte de la terapia triple.
Gestante que acude al servicio en el momento del parto y que es diagnosticada por primera vez	• En la mujer: NVP en una sola dosis • En el niño: - NVP en una sola dosis
Niño nacido de madre infectada por el VIH que no recibió tratamiento antiretroviral	• En el niño: - NVP en una sola dosis + AZT por seis semanas

FARMACO PARA TARGA (primera linea)	DOSIS EN GESTANTE	Observaciones
Zidovudina (AZT)	300 mg dos veces al dia	Puede asociarse a toxicidad hematológica, incluyendo granulocitopenia y anemia
Lamivudina (3TC)	150 mg dos veces al dia	Puede existir acidosis láctica con hepatomegalia severa y esteatosis
Nevirapina (NVP)	200 mg una vez al dia durante 15 dias y luego 200 mg dos veces al dia	Puede existir severa hepatotoxicidad incluyendo hepatitis colestásica fulminante, necrosis hepática e insuficiencia hepática
Stavudina (d4T)	>60 Kg: 40 mg dos veces al dia < 60 Kg: 30 mg dos veces al dia	Puede existir pancreatitis, acidosis láctica con severa hepatomegalia con esteatosis
Efavirenz (EFV)	600 mg una vez al dia	Teratógeno en el primer trimestre del embarazo

ANEXO 3

Sistema de Clasificación Revisada de Infección por VIH y Definición de Caso de SIDA para Vigilancia de Adolescentes y Adultos 1993

Categorías según Células T CD4	Categorías Clínicas		
	Asintomático, Infección Primaria (aguda) o LPG	Sintomático, pero no en condición A o C	Condiciones Indicadoras de SIDA
	A	B	C
1. ≥500 cel/mm^3	A1	B1	C1
2. 200 – 499 cel/ mm^3	A2	B2	C2
3. <200 cel/ mm^3 conteo de linfocitos indicador SIDA	A3	B3	C3

Fuente: MMWR Morb Mortal Wkly rep. 1992;41(RR – 17):1 - 19

CATEGORIAS CLINICAS PARA ADULTOS CON INFECCION POR VIH

CATEGORIA CLINICA A

Una o más condiciones con infección por VIH documentada excluidas las condiciones de las categorías B y C:

- Infección asintomática
- Linfadenopatía Generalizada Persistente (LGP)
- Infección (primaria) aguda por VIH

CATEGORIA CLINICA B

Incluye condiciones sintomáticas, no incluidas en A ni en C, que cumplan al menos uno de los siguientes criterios:

- Las condiciones son atribuibles a la infección por VIH o indicadoras de un defecto de inmunidad celular.
- Las condiciones con curso clínico o manejo complicado por la infección por VIH.

Entre las condiciones de la categoría B se incluyen (aunque no se limitan a ella) las siguientes:

- Angiomatosis bacilar
- Candidiasis orofaringea
- Vulvovaginitis candidiásica persistente, frecuente o de pobre respuesta a terapia.
- Displasia cervical (moderada o severa)/carcinoma cervical in situ
- Síntomas constitucionales tales como fiebre (>de 38.5°C) o diarrea de duración mayor de un mes
- Leucoplasia vellosa

- Virus Herpes Zoster implicando al menos dos episodios distintos o más de un dermatoma
- Púrpura Trombocitopénica Idiopática
- Listeriosis
- Enfermedad inflamatoria pélvica particularmente si está complicada con abscesos tubo – ováricos
- Neuropatia periférica

CATEGORIA CLINICA C

Condiciones incluidas en la definición de caso de SIDA para vigilancia – CDC 1983

- Infecciones bacterianas, múltiples o recurrente
- Candidiasis de bronquios, tráquea o pulmones
- Candidiasis esofágica
- Cáncer cervical invasivo
- Coccidiodomicosis, diseminada o extrapulmonar
- Criptococosis, extrapulmonar
- Criptosporidiosis intestinal crónica (> de un mes de duración)
- Complejo *Mycobacterium avium* – intracelullare o *M. Kansasii*, diseminado o extrapulmonar
- Citomegalovirus, retinitis (con compromiso de la visión)
- Enfermedad por citomegalovirus (no incluye hepática, esplénica ni linfática)
- Encefalopatía relacionada al VIH
- *Herpes simplex*, úlcera(s) crónica(s) (> de un mes de duración); o bronquitis, neumonitis o esofagitis
- Histoplasmosis, diseminada o extrapulmonar
- Isosporiasis intestinal crónica (> de un mes de duración)
- Linfoma de BurKitt (o término equivalente)
- Linfoma inmunoblástico (o término equivalente)
- Linfoma primario cerebral
- Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva
- *Mycobacterium tuberculosis*, de cualquier localización (pulmonar o extrapulmonar)
- Otras especies no determinadas de Mycobacterium, diseminadas o extrapulmonar
- Neumonía por *Pneumocystis*
- Neumonía recurrente
- Neumonía intersticial linfoide y/o hiperplasia linfoide pulmonar
- Sarcoma de Kaposi
- Septicemia recurrente por salmonella
- Síndrome de consumo por VIH
- Toxoplasmosis cerebral

ANEXO 4

MINISTERIO DE SALUD

CONTROL DE ITS Y VIH/SIDA

TARJETA DE CONTROL DE ADMINISTRACION DE ZIDOVUDINA - AZT EN GESTANTES CON VIH

DISA.....

CENTRO HOSPITALARIO.....

APELLIDOS Y NOMBRES .....

CODIGO .....

H. CLINICA .....

FECHA DE DIAGNOSTICO: ELISA /P. Rápida ...../...../.....
WESTERN BLOT/IFI ...../...../.....

INICIO DE TRATAMIENTO FECHA ...../...../.....
EDAD GESTACIONAL .....semanas.
FECHA DE PARTO ...../...../.....

EDAD GESTACIONAL (en semanas)	FECHA DE ENTREGA	TABLETAS ENTREGADAS	FIRMA DE LA PACIENTE
TOTAL			

Fecha: ...../...../.....

.....
Nombre y Apellidos del médico tratante.

.....
Responsable del Control de ITS y VIH/SIDA

ANEXO 5

MINISTERIO DE SALUD

CONTROL DE ITS Y VIH/SIDA

TARJETA DE DISTRIBUCIÓN DE LECHE MATERNIZADA A HIJOS DE MADRE VIH (+)

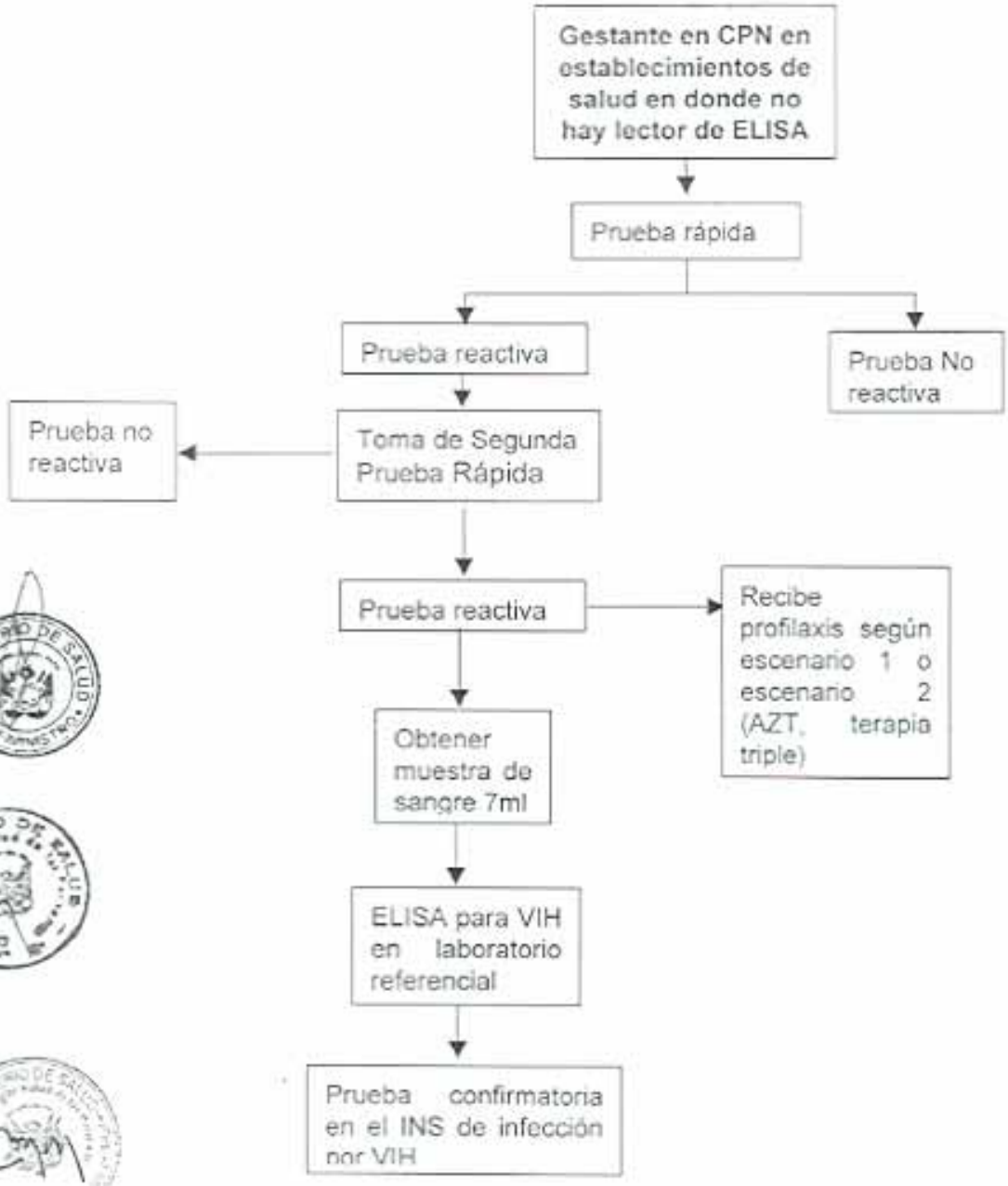
DISA:.....CENTRO
HOSPITALARIO:.....

CODIGO	1° mes		2° mes		3° mes		4° mes		5° mes		6° mes		TOTAL
	N°	fecha	N°	fecha	N°	fecha	N°	fecha	N°	fecha	N°	fecha	N° de latas

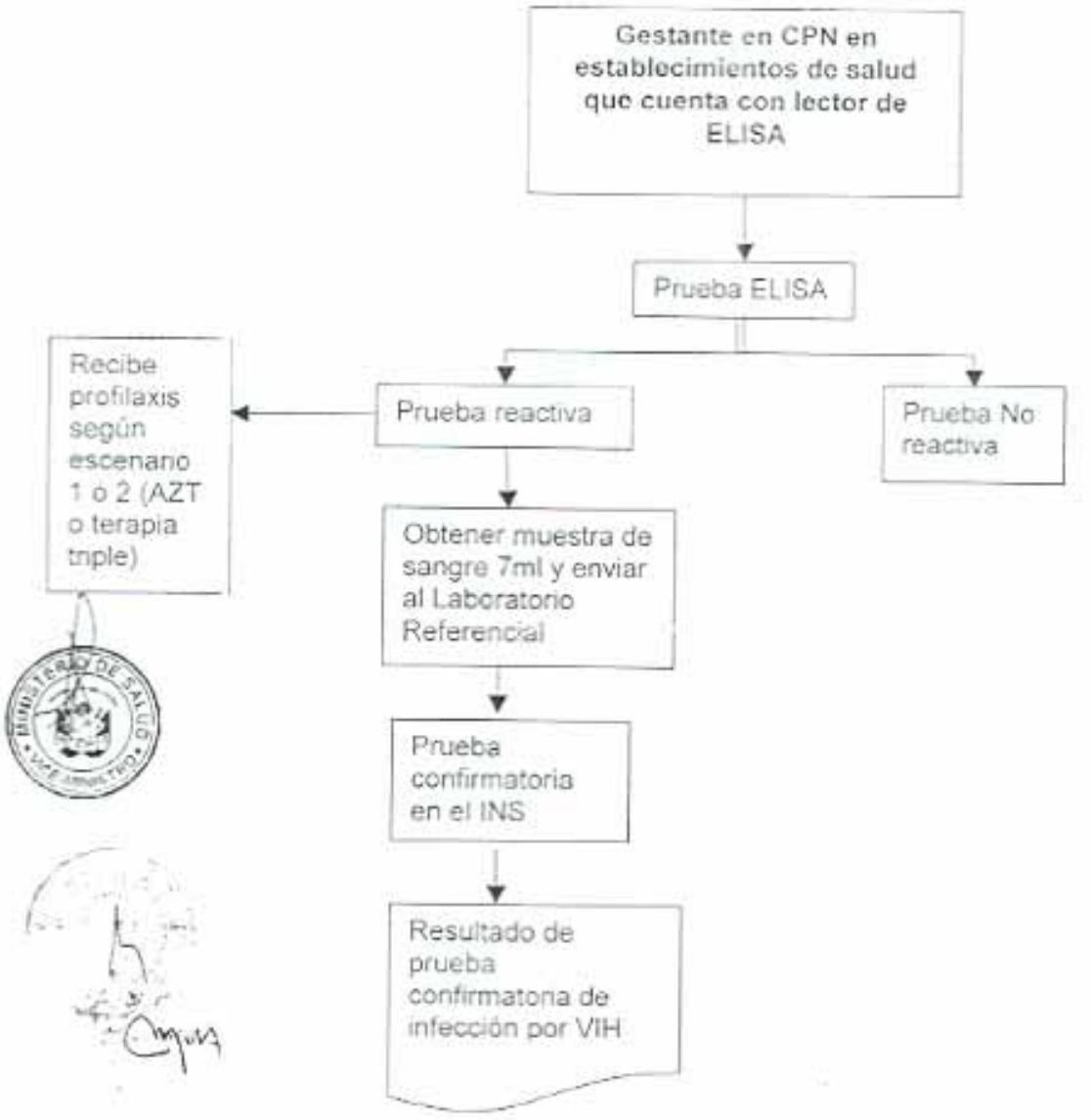
FECHA: / /

.....
Responsable del Control de ITS y VIH/SIDA

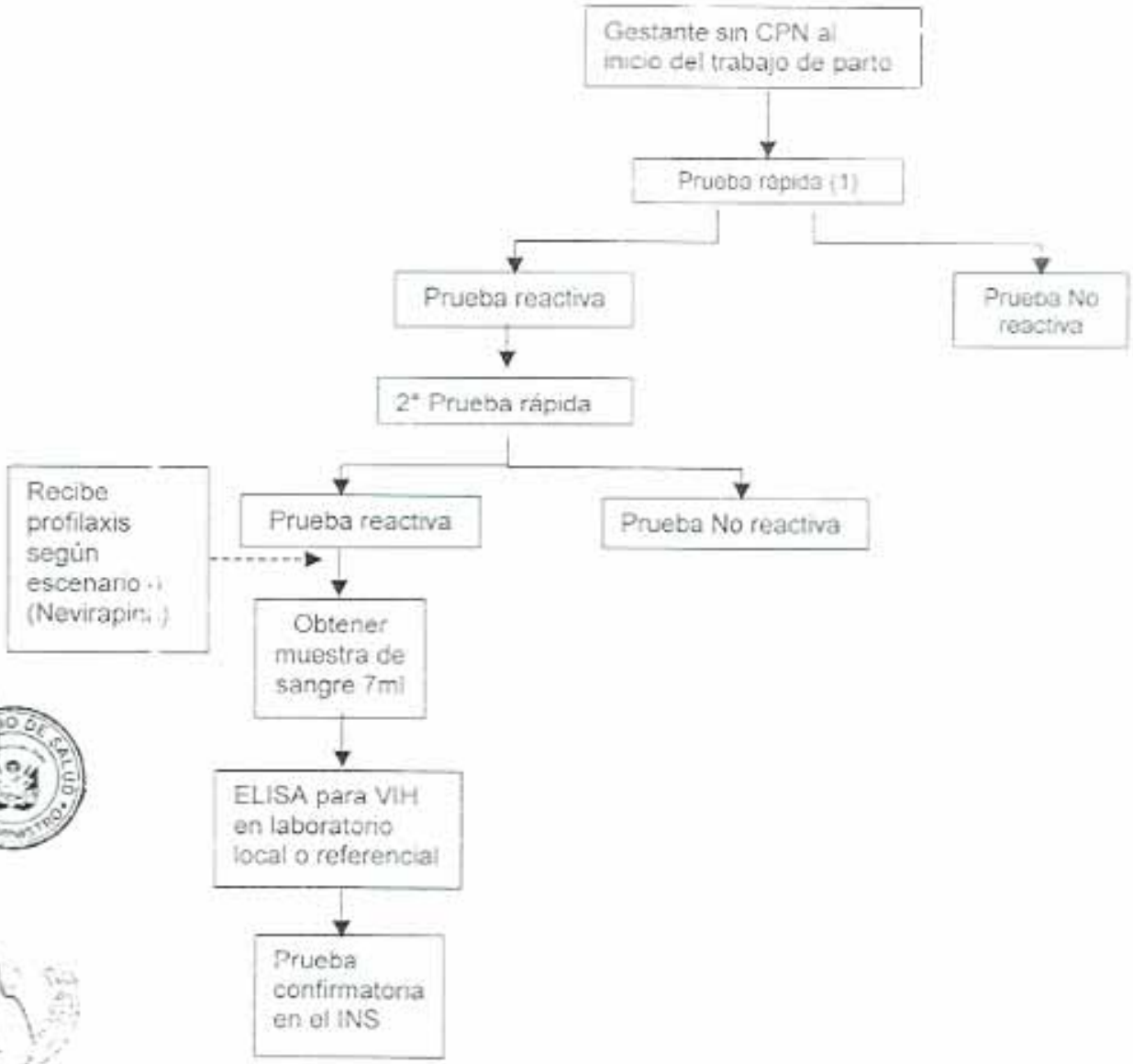
FLUJOGRAMAS PARA EL DIAGNOSTICO DE INFECCION POR VIH SIDA EN GESTANTES EN CPN



FLUJOGRAMAS PARA EL DIAGNOSTICO DE INFECCION POR VIH SIDA EN GESTANTES EN CPN



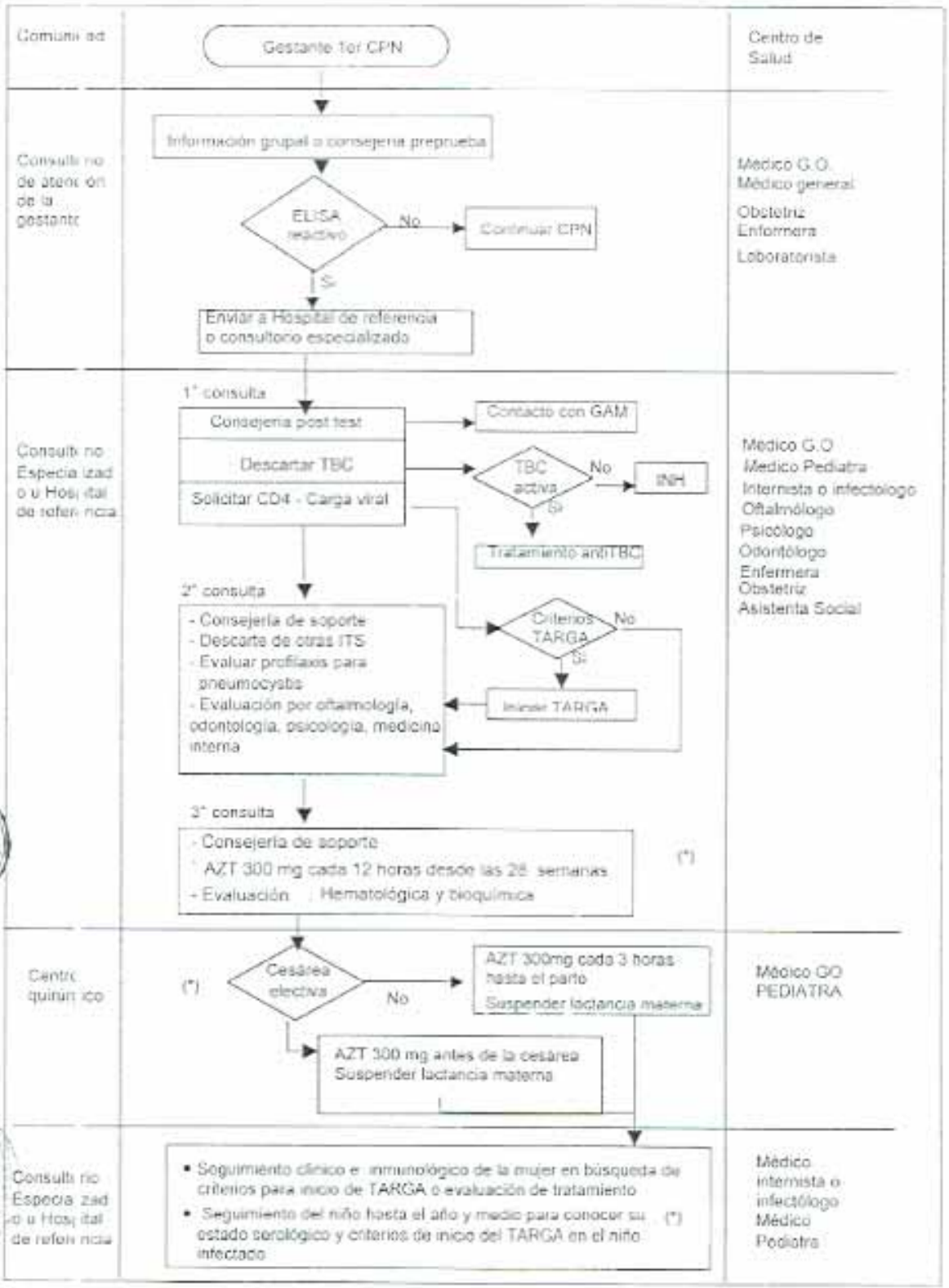
FLUJOGRAMAS PARA LA APLICACION DE TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL PREVENTIVO DE ACUERDO A PRUEBAS DIAGNOSTICAS DE VIH



PROCEDIMIENTOS PARA LA UTILIZACION DE PRUEBAS RAPIDAS PARA LA DETECCION DE ANTICUERPOS CONTRA EL VIH EN MUJERES GESTANTES EN CPN Y EL TRABAJO DE PARTO

1. El personal de salud que atienda a la gestante en el CPN o que asista el parto realizará la prueba rápida de acuerdo a los parámetros de la capacitación recibida por el Ministerio de Salud/INS.
2. El resultado obtenido será registrado en la historia clínica de cada paciente con la firma del personal que realizó la prueba.
3. Las tiras o dispositivos del kit deberán ser rotulados con nombre y fecha y conservados, para ser entregados cada día al responsable del laboratorio local.
4. El laboratorio local procederá a revisar cada tira o dispositivo con la lista que deberá alcanzar el personal del consultorio de CPN o sala de partos y firmara el cargo correspondiente.
5. El laboratorio local procederá a obtener una muestra de sangre de 7 ml. de cada puérpera con prueba reactiva, para procesar el ELISA. En caso que el laboratorio local no cuente con lector de ELISA, centrifugará la muestra y remitirá el suero al Laboratorio Referencial que corresponda a su jurisdicción.
6. La muestra de suero debería ser remitida al INS para la prueba confirmatoria, a través del Laboratorio Referencial Regional.

FLUJOGRAMA DE LA ATENCIÓN DE LA GESTANTE INFECTADA POR EL VIH DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ DURANTE EL EMBARAZO



(*) En los pacientes que reciben TARGA continuar con el tratamiento tanto en el momento del parto como posterior al mismo

FLUJOGRAMA DE LA ATENCIÓN DE LA GESTANTE INFECTADA POR EL VIH DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ DURANTE EL INICIO DE TRABAJO DE PARTO

