EsSalud
MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

DIGITALIZADO

RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 035 -GCPS-ESSALUD-2010

Lima, 26 MAR. 2010

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 230-PE-ESSALUD-2008 de fecha 20 de Mayo del 2008, se aprobó la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.

Que, mediante el referido Reglamento de Organización y Funciones se establece en el inciso d) del artículo 7° como una de las funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud: conducir y controlar las prestaciones de salud en el contexto de los órganos desconcentrados y acorde con las normas técnicas establecidas;

Que, mediante el referido Reglamento de Organización y Funciones se establece en el artículo 6° como unidad orgánica de línea a la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias, que tiene dentro de sus funciones: Conducir la formulación de los lineamientos para la implementación de las Estrategias Sanitarias Nacionales en concordancia con las disposiciones sectoriales, en los aspectos vinculados a la prevención y control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, en coordinación con la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud

Que, sobre la base de los objetivos institucionales relacionados con el otorgamiento de prestaciones integrales con eficacia y calidad, la administración eficiente y transparente de los recursos, la Institución viene introduciendo elementos de reforma con la finalidad de reorientar el accionar de ESSALUD hacia el cumplimiento de sus fines y objetivos, que la sitúen a la altura de las necesidades de los asegurados

Que, en este sentido, resulta necesario aprobar un documento técnico normativo que garantice la continuidad y oportunidad de los cuidados relacionados con las ITS y la Infección por VIH/SIDA, acorde con las normas institucionales vigentes; por lo que la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias encargó al Comité Nacional de Control de ITS-VIH/SIDA la elaboración de los mismos.

Estando a lo propuesto y de conformidad a la delegación conferida:

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** la "Guía de Terapia Antirretroviral en Niños Infectados por el VIH en EsSalud".

2. **ENCARGAR** a la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias a través de la Sub Gerencia de Servicios Finales, la difusión y monitoreo de la indicada Guía, así como la supervisión del cumplimiento de lo dispuesto en la presente Resolución.

3. **FACULTAR** a la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias a través de la Sub Gerencia de Servicios Finales la supervisión del cumplimiento de lo dispuesto en la presente Resolución.

4. **ENCARGAR** a la Gerencia de Control de Prestaciones de Salud, realizar las actividades de monitoreo, evaluación y control de acuerdo al ambito de su competencia.

5. **FACULTAR** a la Gerencia de Operaciones de Salud realizar las acciones correspondientes para la operatividad de la normativa del presente documento técnico.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Dr. ALFREDO BARREDO MOYANO
Gerente Central de Prestaciones de Salud
ESSALUD

EsSalud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

GUIA DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

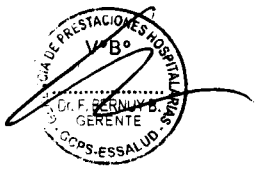
EN NIÑOS INFECTADOS POR EL VIH



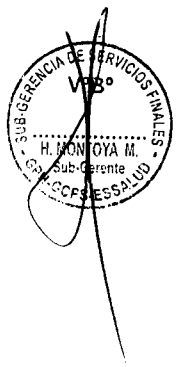
2010

Ing. Fernando Barrios Ipenza
Presidente Ejecutivo de EsSalud

Dr. Javier Rosas Santillana
Gerente General

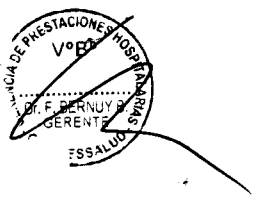


Dr. Alfredo Barredo Moyano
Gerente Central de Prestaciones de Salud



Dr. Félix Alberto Bernuy Barrera
Gerente de Prestaciones Hospitalarias

Dr Héctor Rubén Montoya Molina
Sub-Gerente de Servicios Finales





TITULO ORIGINAL: GUIA DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN NIÑOS INFECTADOS POR VIH –ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS
SUB-GERENCIA DE SERVICIOS FINALES
Jr. Domingo Cueto N° 120-8°piso- Lima 11-Perú

DERECHOS DE AUTOR
Queda hecho el depósito que previene la Ley
Este documento no puede reproducirse total o parcialmente por ningún método gráfico, electrónico o mecánico, incluso los sistemas de fotocopiado, registro magnetofónico o alimentación de datos, sin permiso previo de la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias – Gerencia Central de Prestaciones de Salud –EsSalud.

COMITE NACIONAL DEL PROGRAMA DE CONTROL DE ITS/VIH-SIDA

2008

Dr.	Luís Hercilla Vasquez .	Presidente
Lic.	Liliana Chirinos Aponte.	Coordinadora Técnica
Dra.	Lourdes Rodríguez Piazza.	Miembro
Dra.	Rosa Núñez Melgar Yáñez.	Miembro
Lic.	Rosario Romero Rivera.	Miembro
Lic.	Celia Carhuarupay Atapaucar.	Miembro
Lic.	Eleana Rodríguez Pacheco.	Miembro
Lic.	Nelly Rodríguez Pacheco.	Miembro

COLABORADORES:

Dr.	Luis Ricardo Illescas Mucha	Médico Infectólogo HNGAI
Dr.	Jaime Silva Díaz	Médico Pediatra HNGAI
Dra.	Wilda Silva Rojas	Médico Pediatra HNERM
Dr.	Humberto Vasquez	Médico Infectólogo del H.III Grau

REVISADO POR

COMITE NACIONAL DEL PROGRAMA DE CONTROL DE ITS/VIH-SIDA

2009

Dr. Fernando Mendo Urbina.	Presidente
Dr. Ricardo Illescas Mucha	Miembro
Dr. Jesus Robles Barzola	Miembro
Dr. Luis Chiroque Benites	Miembro
Dr. Humberto Vasquez Cuba	Miembro
Dra. Rita Meza Padilla.	Miembro
Dra. Gloria Riesco de la Vega.	Miembro
Lic. Rosario Romero Rivera.	Miembro
Lic. Cristina Minaya León.	Miembro
Lic. Yovanna Seclen Ubillus.	Miembro
Lic. Lily Jefferson Cortez.	Coordinadora Técnica

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....5
2. DEFINICIONES.....6
3. OBJETIVOS.....7
4. NIVEL DE ATENCIÓN.....7
5. DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH EN LOS NIÑOS(LACTANTES) EXPUESTOS.....7
6. CRITERIOS PARA INICIO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN NIÑOS INFECTADOS.....8
7. ESQUEMAS DE TRATAMIENTO.....10
   7.1 TRATAMIENTO INICIAL.....10
   7.2 CAMBIOS EN LA TERAPIA.....12
8. EXÁMENES AUXILIARES.....13
9. CONTROL Y SEGUIMIENTO.....14
10. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA.....15
   10.1 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN INICIAL.....15
   10.2 ESTRATEGIAS EN LA MEDICACIÓN.....15
   10.3 SEGUIMIENTO DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN.....16
11. PROFILAXIS.....16
12. COINFECCIÓN VIH/TBC.....18
13. NUTRICIÓN.....19
14. BIBLIOGRAFÍA.....20
15. BASE LEGAL.....23
15. ENLACES EN INTERNET.....24
16. ANEXOS.....25

GUIA DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN NIÑOS INFECTADOS POR VIH – EsSalud

1. INTRODUCCION

La transmisión vertical del VIH (de la madre infectada al recién nacido), sin ningún tipo de intervención preventiva, puede ocurrir entre el 25% al 30% de los casos y puede suceder durante la gestación, al momento del parto y/o durante la lactancia materna.

El uso de terapia antirretroviral durante el embarazo en las mujeres infectadas con el VIH ha resultado en una dramática caída en la transmisión al neonato o lactante. La tasa actual de transmisión perinatal en el primer mundo es menor al 2% y el número de niños infectados es cada vez menor.

ESSALUD provee tratamiento antirretroviral a los pacientes asegurados desde 1997 y tiene una Guía de Terapia Antirretroviral para Niños desde el año 2003. Han pasado 6 años desde entonces y es conveniente revisarla y actualizarla.

El estado actual de los conocimientos y experiencia con la terapia antirretroviral permiten elegir con mayor precisión los esquemas iniciales más efectivos y preservar drogas o esquemas como regímenes secundarios o terciarios. El concepto sigue siendo iniciar la terapia precozmente con el objeto de suprimir la replicación viral y prevenir el deterioro clínico con preservación de la función inmune y minimización de la aparición de resistencia.

La infección en niños tiene las siguientes características:

- La infección se puede adquirir en etapa perinatal.
- Muchos lactantes o niños infectados ya se expusieron a zidovudina y otras drogas en el periodo perinatal o neonatal.
- Los recuentos de células CD4 y su interpretación dependen de la edad del niño
- La farmacocinética de las drogas cambia con la edad de los lactantes y niños debido a la maduración gradual de los órganos involucrados en el metabolismo y excreción
- Hay diferencias en las manifestaciones clínicas e inmunológicas de la infección perinatal por VIH producto de una infección primaria en un sujeto con sistema inmunológico inmaduro y en pleno desarrollo
- Existen consideraciones especiales asociadas a la adherencia y cumplimiento de la terapia en los diversos subgrupos etáreos: lactantes, niños y adolescentes

Esta Guía de Terapia Antirretroviral está dirigida al tratamiento de lactantes, niños y adolescentes prepuberales infectados con el VIH en ESSALUD y tiene como referencia las Guías de Terapia reconocidas internacionalmente.

ESSALUD atiende a nivel nacional un número creciente de niños infectados por el VIH. En los Hospitales Nacionales Edgardo Rebagliati y Guillermo Almenara reciben actualmente terapia antirretroviral cerca de 60 niños y se encuentran en seguimiento otros 50.

La Guía de Terapia Antirretroviral en Niños será revisada periódicamente por el Comité Nacional de VIH/SIDA de ESSALUD con la participación de los pediatras e infectólogos que manejan estos pacientes.

CODIGO CIE-10: B22-B24

2. DEFINICIONES

Lactante
Para este protocolo, es el niño menor de 18 meses.

Lactante expuesto al VIH:
Es el lactante nacido de madre con diagnóstico de infección por el VIH.

Lactante expuesto al VIH con infección en estado indeterminado
Lactante nacido de madre infectada por el VIH, en quien no se ha podido determinar aún si está infectado por el virus a través de una prueba virológica

Lactante expuesto presuntamente no infectado por el VIH
Lactante, nacido de madre infectada por el VIH, que no recibe lactancia materna, y que tiene dos pruebas virológicas negativas para el VIH, una antes de cumplir 14 días de nacido y la otra antes del primer mes de edad; o con una prueba virológica negativa después del segundo mes de edad; o con una prueba virológica negativa después de los 6 meses de edad.

Lactante expuesto no infectado con el VIH
Lactante expuesto, sin lactancia materna con dos pruebas virológicas negativas en dos muestras diferentes tomadas una al primer mes y otra después del cuarto mes; o dos pruebas de ELISA para VIH negativas después del sexto mes de edad (acápite 4). Este grupo incluye a los niños serorrevertores.

Niño infectado por el VIH:

Lactante Infectado
Lactante con dos pruebas virológicas positivas (de acuerdo al acápite 4) o lactante expuesto a VIH con diagnóstico clínico de SIDA (casos ubicados en la categoría clínica C).

Niño Mayor de 18 meses Infectado (si es que no se pudo confirmar el diagnóstico antes):
Niño con dos pruebas positivas de ELISA para VIH confirmadas por Western Blot o Inmunofluorescencia y/o niño expuesto al VIH con diagnóstico clínico de SIDA (caso ubicado en la categoría clínica C).

Niño serorrevertor:

Niño expuesto que tuvo ELISA positivo para VIH al nacimiento o antes de los 6 meses de edad y que tiene 2 pruebas de ELISA para VIH negativas realizadas entre los 6 y 18 meses de edad o una prueba de ELISA VIH negativa después de los 18 meses.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Normar el uso de la terapia antirretroviral en la población pediátrica infectada por el VIH en ESSALUD.

3.2 Objetivos Específicos:

- Mantener al niño seronegativo
- Disminuir la frecuencia de infecciones oportunistas.
- Disminuir la mortalidad por el SIDA
- Disminuir la duración y frecuencia de hospitalizaciones.
- Minimizar la toxicidad medicamentosa
- Preservar el crecimiento físico y desarrollo neurocognitivo normales de los niños infectados

4. NIVEL DE ATENCION

Los pacientes pediátricos con infección VIH que cumplan con los criterios de inclusión en tratamiento antirretroviral serán manejados en los establecimientos de salud nivel II y III, acreditados por el Comité Nacional de ITS-VIH/SIDA.

5. DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH EN LOS NIÑOS EXPUESTOS AL VIH ANTES DE LOS 18 MESES DE EDAD

- Las pruebas más sensibles son la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para el ADN del VIH (cualitativa) y para el ARN del VIH. La primera detecta secuencias de ADN del VIH integrado al ADN humano en células mononucleares de sangre periférica y la segunda ARN viral extracelular en plasma.

- La detección del antígeno p24 del VIH no es recomendable debido a su baja sensibilidad y baja especificidad durante el primer mes de vida respecto a las otras pruebas.

- El cultivo de VIH tiene similar sensibilidad que PCR-ADN del VIH pero es más costoso y de proceso más complejo y lento.

- La prueba de PCR para ADN del VIH tiene sensibilidad menor al 40% en la primera semana de vida pero alcanza el 96% a los 28 días de edad.

- La prueba de ARN del VIH tiene sensibilidad menor al 40% durante las primeras semanas de vida, incrementándose ésta de 90 al 100% a los 2 a 3 meses de edad. Para ser considerada positiva, la carga viral debe ser mayor de 10,000 copias/ml de lo contrario debe ser repetida (para evitar falsos positivos). Se desconoce si la terapia antirretroviral adecuada de la madre o la profilaxis al neonato puedan afectar la sensibilidad de esta prueba. La prueba de PCR para ADN del VIH es sensible a pesar de terapia antirretroviral y por esta razón es la más apropiada en las primeras semanas de vida.

- En recién nacidos expuestos al VIH, debe realizarse detección de anticuerpos contra VIH mediante prueba de ELISA como control basal para definir posteriormente su posible condición de serorreversión. Se recomienda que las pruebas diagnósticas virológicas en lactantes expuestos deben realizarse entre los 14 a 21 días de edad, entre el 1er y 2do mes y entre el 4to y 6to mes. La prueba a elegir entre los 14 y 21 días de edad es el PCR para ADN del VIH y las pruebas en edades posteriores pueden ser PCR para ADN o PCR para ARN viral (carga viral).

- En los lactantes, cualquier prueba virológica positiva, debe repetirse (con una nueva toma de muestra) para confirmar el diagnóstico de la infección por el VIH. El diagnóstico de *la infección en lactantes se debe confirmar con dos pruebas virológicas positivas.*

- Los lactantes expuestos que no reciban lactancia materna y cuyas pruebas virológicas no sean positivas, la **presunta no infección** por VIH se confirma con cualquiera de estas combinaciones de resultados:
  - Dos pruebas virológicas negativas, una obtenida a las dos semanas de edad y la segunda a las cuatro semanas de edad.
  - Una prueba virológica negativa obtenida a las ocho semanas de edad
  - Una prueba virológica negativa obtenida a los seis meses de edad

  También se puede establecer **la presunta no infección** si después de una prueba virológica positiva hay dos pruebas virológicas posteriores negativas (en donde por lo menos una de ellas es después de las ocho semanas de edad) o dos pruebas de anticuerpos (ELISA) negativas (en donde por lo menos una de ellas se realiza después de los 6 meses de edad).

- La **exclusión definitiva** de la infección por VIH se documenta con dos pruebas virológicas negativas, una obtenida al mes de edad y la segunda al 4 mes de edad; o con dos pruebas de anticuerpos (ELISA) hechas en muestras obtenidas por separado después de los 6 meses de edad.

- Para ambos casos, la presunta exclusión o la exclusión definitiva de la infección, el niño no debe tener ninguna otra evidencia de laboratorio o clínica de infección por el VIH.

- Para el diagnóstico en los niños que han mantenido la lactancia materna se aplica el mismo algoritmo pero tomando como fecha de referencia para la realización de las pruebas el último día de lactancia en lugar de la fecha de nacimiento.

- Se recomienda que los niños con pruebas virológicas negativas tengan un ELISA después de cumplidos los 18 meses de edad, que confirme la serorreversión.

- El diagnóstico en los niños mayores de 18 meses se realiza de la misma manera que en pacientes adultos.

6. CRITERIOS PARA INICIO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN NIÑOS INFECTADOS CON EL VIH

Los criterios para **inicio de la terapia antirretroviral** tendrán en cuenta la edad del niño y su estado clínico, inmunológico y virológico. También se considerará el compromiso de los padres o apoderados del paciente.

6.1 Criterios de Inicio de terapia antirretroviral: Los niños infectados iniciarán Terapia de acuerdo al siguiente cuadro

Edad	Criterios	Recomendación
<12 meses	Con cualquier cuadro clínico, estado inmunológico o carga viral	Tratar
1– <5 años	SIDA o presencia de cualquier manifestación significativa de la infección por VIH[1]	Tratar
	CD4 <25%, sin importar los síntomas o el nivel de ARN del VIH[2]	Tratar
	Paciente asintomático o con síntomas leves[3] y • CD4 ≥25% y • HIV RNA ≥100,000 copias/mL	Considerar tratamiento
	Paciente asintomático o con síntomas leves[3] y • CD4 ≥25% y • HIV RNA <100,000 copias/mL	Diferir tratamiento[4]
≥5 años	SIDA o manifestaciones significativas de la infección por VIH[1]	Tratar
	CD4 <350 cel/mm[3,5]	Tratar
	Asintomático o con síntomas leves[3] y • CD4 ≥350 cel/mm3 y • HIV RNA ≥100,000 copias/mL	Considerar tratamiento
	Asintomático o con síntomas leves[3] y • CD4 ≥350 cel/mm3 y • HIV RNA <100,000 copias/mL	Diferir terapia[4]

[1] Categorías Clínicas del CDC C y B (excepto las siguientes condiciones de la categoría B: episodio único de infección bacteriana severa o neumonitis intersticial linfoide)

[2] Los datos que sustentan esta recomendación son más fuertes para aquellos con porcentaje de CD4 <20% que para aquellos con porcentaje de CD4 entre 20%–24%.

[3] Categorías Clínicas del CDC A o N o las siguientes condiciones de la categoría B: episodio único de infección bacteriana severa o neumonitis intersticial linfoide

[4] Los datos clínicos y de laboratorio deben ser reevaluados cada 3-4 meses

[5] Los datos que soportan esta recomendación son más fuertes para aquellos con recuentos de células CD4 <200 que para aquellos con recuentos de CD4 entre 200–350 cels/mm[3].

6.2 Compromiso de los padres o apoderados

Compromiso por escrito de los padres u apoderados para seguir las indicaciones terapéuticas de los médicos tratantes (ver anexos)

El tratamiento del VIH/SIDA con antirretrovirales en niños es más complicado en comparación al usado en población adulta, debido a que no todos los medicamentos están disponibles en presentaciones pediátricas, lo que limita su uso en niños pre-escolares o niños que aún no pueden ingerir tabletas o cápsulas.

7. ESQUEMAS DE TRATAMIENTO

7.1 TRATAMIENTO INICIAL

Los esquemas terapéuticos para niños pueden estar basados en Inhibidores No Nucleósidos de Transcriptasa Reversa (INNTR) o en Inhibidores de Proteasa (IP), cualquiera de ellos asociados de dos Inhibidores Nucleósidos de Transcriptasa Reversa (INTR). Se propone:

- 2 INTR más 1 INNTR
- 2 INTR más 1 IP
- Circunstancias especiales: 3 INTR (ZDV, 3TC y ABC)

Regímenes basados en Inhibidores No Nucleósidos de Transcriptasa Reversa	
Regímenes preferidos	· Niños ≥3 años: Dos INTRs más efavirenz · Niños <3 años o que no puedan deglutir cápsulas: Dos INTRs más nevirapina (suspensión)
Régimen alternativo	· Niños ≥3 años: Dos INTRs más nevirapina (suspensión)
Regímenes basados en Inhibidores de Proteasa	
Regímenes preferidos	· Dos INTRs más Lopinavir/rtv
Régimen alternativo (en orden alfabético)	· Dos INTRs más Atazanavir/rtv (niños > 6 años) · Dos INTRs más Fosamprenavir/rtv (niños > 6 años) · Dos INTRs más Nelfinavir (niños > 2 años)
Esquemas para Circunstancias Especiales	
	· Dos INTRs más Atazanavir no reforzado (para adolescentes vírgenes de terapia >13 años de edad y >39 kg) · Dos INTRs más Fosamprenavir no reforzado (para niños >2 años de edad) · Dos INTRs más Saquinavir/rtv sólo para adolescentes postpuberales cuyo peso permita dosis de adulto · Zidovudina más lamivudina más abacavir
Opciones de asociación de dos INTRs para usarse en combinación con drogas adicionales (en orden alfabético)	
Preferidos	· Abacavir más lamivudina (o emtricitabina) · Didanosina más emtricitabina o (lamivudina) · Tenofovir más lamivudina o emtricitabina (sólo para Estadio Tanner 4 o adolescentes postpuberales) · Zidovudina más lamivudina (o emtricitabina)
Alternativas	· Abacabir más zidovudina · Zidovudina más didanosina
Para casos especiales	· Estavudina más lamivudina (o emtricitabina)

Precauciones:
- No usar monoterapia ni biterapia.
- Terapia triple con INTR: Solo está aprobada la combinación de ZDV, 3TC y ABC en circunstancias especiales.
- Los niños que ya se encuentran en tratamiento exitoso con nelfinavir pueden continuar con su mismo esquema. Debe vigilarse que el nelfinavir usado carezca de contaminación de etilmetano-sulfonato.

ANTIRETROVIRALES USADOS EN NIÑOS / DOSIS

Tipo de fármaco	Nombre	Dosis
Inhibidor nucleósido de transcriptasa reversa	ZIDOVUDINA (ZDV)	180 mg x m^2 por dosis cada 12 horas Máximo 300 mg por dosis
Inhibidor nucleósido de transcriptasa reversa	LAMIVUDINA (3TC)	4 mg/Kg. por dosis cada 12 horas Máximo 150 mg por dosis
Inhibidor nucleósido de transcriptasa reversa.	DIDANOSINA (ddI)	120 (90-150) mg x m2 cada 12 horas Máximo 200 mg por dosis Uso una hora o dos horas luego de las comidas. Reconstituido con hidróxido de aluminio y mantener refrigerado
Inhibidor nucleósido de transcriptasa reversa	ESTAVUDINA (d4T)	1 mg/Kg. por dosis cada 12 horas. Máximo 40 mg por dosis
Inhibidor nucleósido de transcriptasa reversa	ABACAVIR (ABC)	8 mg/ Kg. cada 12 horas Máximo 300 mg por dosis
Inhibidor nucleótido de transcriptasa reversa	TENOFOVIR	2- 6 años: 8 mg/Kg. cada 24 horas > 6 años: 6 mg/Kg. cada 24 horas o 175 mg/m2 cada 24 horas Máximo 300 mg por día
Inhibidor no nucleósido de transcriptasa reversa	NEVIRAPINA (NVP)	150 mg x m^2 por dosis cada 12 horas Máximo 200 mg por dosis. Las dos primeras semanas se da la mitad de la dosis para evitar complicaciones dermatológicas.
Inhibidor no nucleósido de transcriptasa reversa	EFAVIRENZ (EFV)	Mayores de 3 años: 13–15 kg. 200 mg /día 15–20 kg. 250 mg /día 20–25 kg. 300 mg /día 25–32.5 kg. 350 mg /día 32.5–40 kg. 400 mg /día Mayores de 12 años y/o > 40 kg: 600 mg /día
Inhibidor de Proteasa	NELFINAVIR (NFV)	<1año: 75mg/ kg. por dosis cada 12 hrs >1año: 55mg/kg. por dosis cada 12 horas Max: 1,250mg por dosis
Inhibidor de Proteasa	LOPINAVIR/ ritonavir (LPV/r)	6m-12años: 230 mg LPV x m2 x dosis cada 12 hrs 7 a 15 Kls: 12 mg/kg LPV cada 12 horas 15 a 40 Kls: 10 mg/kg LPV cada 12 horas > 40 Kls y adolescentes: 400mg LPV por dosis cada 12 horas Máximo 400 mg LPV x dosis Incrementar dosis si se usa con Nevirapina o Efavirenz

El seguimiento del niño infectado por el VIH que inició tratamiento, debe realizarse en forma mensual evaluando clínicamente el crecimiento y desarrollo. La prueba de CD4 se solicitará cada 3 meses y la carga viral cada 6 meses.

7.2 CAMBIOS EN LA TERAPIA

7.2.1 **Consideraciones** para el cambio de Terapia Antirretroviral en Niños infectados con el Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH)

Consideraciones Virológicas *	• **Respuesta viral incompleta a la terapia:** ° En niños sin terapia antirretroviral previa (vírgenes de terapia) o con experiencia limitada: Disminución < 1.0 $\log_{10}$ en el número de copias de RNA-VIH desde el basal luego de 8–12 semanas de terapia, ó ARN-VIH repetido > 400 copias/mL después de 6 meses de terapia. ** ° En niños con experiencia antirretroviral más extensa: Disminución < 1.0 $\log_{10}$ en el número de copias de ARN-VIH después de 6 meses de tratamiento con el esquema secundario • **Rebote Viral:** ° Para niños que han tenido previamente supresión de la replicación viral a nivel indetectable: Detección repetida de ARN-VIH > 400 copias/mL.*** ° Para niños que demostraron una repuesta inicial de ARN-VIH pero aún tuvieron niveles bajos de ARN-VIH detectable: Incremento confirmado > 0.5 $\log_{10}$ (superior a 3 veces) en el número de copias de ARN-VIH para niños ≥ 2 años de edad o el incremento > 0.7 $\log_{10}$ (superior a 5 veces) para niños < 2 años de edad.
Consideraciones Inmunológicas*	• Respuesta inmunológica incompleta a la terapia: Fracaso de un niño con inmunosupresión severa (porcentaje CD4 < 15%) para mejorar el porcentaje de CD4 en por lo menos 5 puntos porcentuales por encima del nivel basal o, para niños de 5 años o mayores, falla en incrementar su CD4 en por lo menos 50 cels/mm^3 sobre el nivel basal del primer año de terapia. • Deterioro inmunológico: Deterioro persistente de 5 puntos en el porcentaje de CD4 o deterioro por debajo de los niveles basales (preterapia) en los niños de 5 años o más.
Consideraciones clínicas	• Deterioro progresivo del desarrollo neurológico • Falla del crecimiento y desarrollo: Deterioro persistente en la velocidad para alcanzar peso y talla a pesar de un adecuado soporte nutricional y sin otra explicación. • Infecciones o enfermedades severas o recurrentes: Recurrencia o persistencia de condiciones definitiorias de SIDA u otras infecciones serias.

* Debería tenerse por lo menos dos medidas diferentes (tomadas con una semana de separación) antes al considerar un cambio de terapia.

** El nivel inicial de ARN-VIH del niño al comenzar la terapia y el nivel alcanzado con la terapia deberían ser considerados cuando se contemplan cambios potenciales. Por ejemplo, un cambio inmediato en la terapia puede no

estar justificado si hay una disminución sostenida de 1.5–2.0 $\log_{10}$ en el número de copias del ARN-VIH, aún cuando el ARN permanece detectable en niveles bajos. Adicionalmente, la supresión virológica puede tomar más tiempo en niños pequeños, dada su alta carga viral al momento del inicio de la terapia, comparado con niños mayores o adultos.
*** Debe considerarse observación estrecha con evaluación más frecuente de los niveles del ARN-VIH si el incremento del ARN es limitado (p.ej., menos de 5,000 copies/mL), especialmente en niño con opciones limitadas de tratamiento. La presencia repetida de niveles detectables de ARN, sugiere desarrollo de mutaciones de resistencia.

7.2.2 La terapia debe ser individualizada de acuerdo a problemas de tolerancia, a la posibilidad del niño de ingerir tabletas, cápsulas o suspensiones.

- Para quienes recibían 2 INTR + 1 INNTR se cambiará a 2 INTR (basado en test de resistencia) + 1 IP
- Para quienes recibían 2 INTR + 1 IP, se cambiará a 2 INTR (basado en test de resistencia) + 1 INNTR ó un IP alternativo potenciado con ritonavir (basado en test de resistencia)
- Para quienes recibían 3 INTR se cambiará a 2 INTR (basado en test de resistencia) más 1 INNTR ó 1 IP

7.2.3 En caso de problemas de tolerancia a un fármaco dentro de cada esquema, es posible considerar la inclusión de solo un fármaco de reemplazo sin necesidad de pasar completamente al esquema de rescate.

8. EXAMENES AUXILIARES

a. Exámenes generales

Al inicio de tratamiento los pacientes deben haber completado los siguientes estudios.

- Hemograma completo.
- VDRL ó RPR ó ELISA para *T. pallidum* y otros según antecedente materno.
- Pruebas bioquímicas: Creatinina, Glucosa., Perfil lipídico, Transaminasas, Fosfatasa alcalina, Proteínas totales y fraccionadas, Amilasa sérica.
- Examen completo de orina.
- Serología para Hepatitis B y C
- TORCH.
- Parasitológico en heces.
- PPD en mayores de 12 meses.
- Perfil de coagulación.
- Ácido láctico.
- Radiografía de Tórax.

b. Exámenes especiales

- Recuento de linfocitos CD4-CD8 por citometría de flujo.
- Cuantificación de carga viral por PCR.

9. CONTROL Y SEGUIMIENTO

9.1 Monitoreo inmunológico y virológico:

- Para interpretar el estado de la enfermedad y el riesgo de progresión basados en los valores de células CD4 o en la carga viral se tiene que tomar en cuenta la edad del niño.
- En los niños menores de 5 años, se prefiere el porcentaje de células CD4 para el monitoreo del estado inmunológico debido a los cambios relacionados a la edad en los recuentos absolutos de células CD4 en dicho grupo etáreo.
- Los porcentajes o recuentos de células CD4 deben ser medidos al momento del diagnóstico de la infección por VIH y cada 4-6 meses en adelante
- La carga viral (ARN-VIH) debe medirse al momento del diagnóstico de la infección por VIH y luego cada 4-6 meses.
- En los lactantes infectados menores de 6 a 12 meses de edad se debe considerar un monitoreo más frecuente de los valores de células CD4 y de la carga viral. Esta sugerencia se puede aplicar también en niños con sospecha de deterioro clínico, inmunológico o virológico o cada vez que se considere un cambio de terapia.
- Debido a que los lactantes menores con infección por VIH pueden tener una progresión rápida de la enfermedad, algunos expertos recomiendan monitorizar la carga viral con más frecuencia, por ejemplo cada 1-2 meses, en aquellos lactantes menores de 6 a 12 meses que aún no hayan comenzado terapia.
- En los niños con infección por VIH adquirida en el periodo perinatal, la carga viral declina lentamente aún sin terapia durante los primeros años de vida, aunque persiste en niveles más altos que los observados en la mayoría de los adultos infectados. Esta declinación es más rápida durante los primeros 12 a 24 meses después del nacimiento, con un promedio de declinación de aproximadamente 0.6 $\log^{10}$ por año; una declinación más lenta continúa hasta la edad de aproximadamente 4–5 años (con un promedio de declinación de 0.3 $\log^{10}$ por año). Esta variabilidad biológica inherente debe ser considerada al interpretar los cambios en la carga viral en niños. Por lo tanto, sólo cambios confirmados mayores de 5 veces (0.7 $\log^{10}$) en lactantes de < 2 años de edad y mayores de 3 veces (0.5 $\log^{10}$) en niños ≥ 2 años de edad , deben ser considerados como evidencia de cambios biológicos o clínicos significativos en el estado de la enfermedad. Para reducir el impacto de la variabilidad de las pruebas en el manejo clínico de los pacientes, se recomienda, idealmente, obtener dos muestras diferentes en la evaluación basal de los pacientes y utilizar el promedio de las mediciones de carga viral de ambas como valor inicial para comparación con las pruebas futuras.
- Se recomienda que cualquier cambio en la terapia debe hacerse después de confirmar con una segunda prueba aquel valor que sugiere un cambio en el estado estable de la enfermedad.
- La meta óptima de la terapia antirretroviral es reducir la carga viral plasmática a niveles indetectables y normalizar el estado inmune del paciente.

9.2 Como parte de la evaluación periódica y de la vigilancia de efectos adversos del tratamiento se harán los siguientes controles cada 6 meses:

Hemograma completo	Creatinina
Examen completo de orina	Perfil hepático
Acido láctico	Glucosa
Perfil lipídico	

9.3 Los Pediatras responsables de los pacientes pediátricos con VIH/SIDA de los centros asistenciales acreditados, están obligados a llevar una estadística detallada de los pacientes, los resultados del tratamiento y complicaciones relacionadas para reportarlos al Comité Nacional de ITS- VIH/SIDA. Los instrumentos para el acopio de datos, serán los mismos que están diseñados en el Manual de Normas y Procedimientos del Programa ITS VIH/SIDA.

9.4 **Adherencia al tratamiento** debe ser monitorizada por el equipo multidisciplinario compuesto por Enfermería, Psicología y Trabajo Social, en coordinación con el control médico periódico y otras especialidades medicas como neurología, dermatología, odontología, psicología.

10. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA CON LA MEDICACIÓN ANTIRRETROVIRAL:

10.1 Estrategias de Intervención Inicial

- Establecer confianza e identificar mutuamente objetivos aceptables para el manejo del paciente.
- Obtener acuerdo explícito para el tratamiento y la adherencia.
- Identificar depresión, baja autoestima, uso de medicamentos u otra condición mental que pueda disminuir la adherencia del niño o adolescente. Si es posible, tratar estas condiciones antes del inicio de los antirretrovirales.
- Identificar la familia, amigos, miembros del equipo de salud, u otros que puedan ser de ayuda en el soporte de adherencia.
- Educar al paciente y a la familia sobre el rol crítico de la adherencia y los objetivos de la terapia.
- Especificar que la adherencia debe apuntar al **95%** de las dosis prescritas.
- Educar al paciente y a la familia sobre la relación entre la adherencia parcial y la resistencia a las drogas.
- Educar al paciente y la familia sobre la resistencia y la restricción de opciones posteriores de drogas antirretrovirales; explicar por ejemplo que una falla temporal en la adherencia puede tener efectos permanentes sobre la eficacia de la terapia elegida.
- Desarrollar un plan de tratamiento que el paciente y la familia entiendan y con el cual se sientan comprometidos.
- Establecer buena disposición para sesiones prácticas u otros medios que permitan la educación en cuanto a la toma de medicación.
- Considerar un breve período de hospitalización al iniciar la terapia en circunstancias seleccionadas, para la educación del paciente y evaluación de la tolerabilidad de la medicación elegida.

10.2 Estrategias en la Medicación

- Elija el régimen más simple posible, reduciendo frecuencia de dosis y número de pastillas.
- Elija un régimen con requerimiento de dosis que mejor se acomode a la rutina diaria y semanal con las variaciones en las actividades del paciente y la familia.

- Elija, en lo posible, la medicina con mejor sabor (el farmacéutico podría añadir jarabes o saborizantes para mejorar el sabor).
- Elija drogas con el menor efecto colateral y provea por anticipado una guía de manejo de efectos colaterales.
- Simplifique los requerimientos de comida para la administración de la medicación.
- Elija cuidadosamente los medicamentos para evitar interacciones adversas droga-droga.

10.3 Seguimiento de Estrategias de Intervención

- Monitorizar la adherencia en cada visita, y entre visitas por teléfono si fuera posible, según sea necesario.
- Provea seguimiento de soporte y aliento, identifique las dificultades para lograr a cabalidad una adherencia >95% con las dosis de la medicación.
- Utilice instrumentos educativos para pacientes con SIDA incluyendo esquema, dibujos, etc.
- Provea enfermera, trabajadora social, u otro profesional para llamadas de adherencia o visitas domiciliarias.
- Provea acceso a grupos de soporte, grupos de pares, o consejería uno a uno por profesionales de la salud y pacientes, especialmente para aquellos con depresión conocida o usuarios de medicamentos que pueden disminuir la adherencia.
- Considere un breve periodo de hospitalización para circunstancias especiales en quienes se requiera definir aparente falla virológica o falta de adherencia. Teniendo en cuenta que la adherencia es fundamental para el éxito de la terapia antirretroviral.
- Considere DOT (terapia directamente observada) en casa, en la clínica o durante la breve hospitalización.

11. PROFILAXIS

La profilaxis en los niños nacidos de madres seropositivas se establecerán en tres áreas bien definidas:

- Esquemas de inmunizaciones.
- Profilaxis con ZDV luego de su nacimiento.
- Profilaxis de infecciones oportunistas.

a. Esquema de inmunizaciones en niños hijos de madres infectadas por el VIH

Edad	Vacunas permitidas en niños sero-positivos
Recién nacido	BCG*: En principio sólo en lactantes expuestos no infectados o presuntamente no infectados por el VIH (por el riesgo de enfermedad diseminada por BCG). Sin embargo, si la profilaxis contra la transmisión Madre-Niño del VIH ha sido apropiada puede aplicarse la BCG sin considerar el posible estado de la infección por el virus en el neonato (dada la baja probabilidad de la infección por el VIH) Hepatitis B
2° Mes	Polio parenteral

	DPT Haemophilus influenzae tipo b Hepatitis B Antineumocócica conjugada Rotavirus
4° Mes	Polio parenteral DPT Haemophilus influenzae tipo b Hepatitis B (Hexavalente) Antineumocócica conjugada Rotavirus
6° Mes	Polio parenteral DPT Haemohilus influenzae tipo b Hepatitis B Antineumococica conjugada Antigripal ** Rotavirus
12° Mes	Sarampión*** Rubéola Paperas Varicela**** Hepatitis A *****
15° Mes	Sarampión Rubéola Paperas Antineumocócica conjugada
18° Mes	Polio parenteral DPT Haemophilus influenzae (pentavalente)
24° Mes	Antineumocócica polisacárida Antimeningocócica ******

* La vacuna BCG no se aplica al R.N. de madre TBC y en los niños con madre VIH se difiere hasta aclarar la situación de infección o contacto con TBC

** Se recomienda virus Influenza inactivada, 2° dosis al mes de la primera y luego anualmente

*** La respuesta a la vacuna antisarampión en niños VIH es subóptima e impredecible por lo que se recomienda repetirla pronto entre los 13 y 15 meses.

**** Aplicar vacuna varicela solo si el CD4 es 25% o más.

***** Administrar la segunda dosis seis meses después

****** Vacuna conjugada para niños de 2 - 6 años

Nota: Los niños en categoría SIDA o que tengan un recuento de CD4 por debajo del 15% no deberán recibir ninguna vacuna de organismos vivos atenuados (triple viral).

b. Profilaxis de la infección por VIH en el niño de gestante seropositiva

- Consultar la Guía de Profilaxis de Transmisión Perinatal del VIH de ESSALUD.

c. Profilaxis de infecciones oportunistas en el niño nacido de madre seropositiva

Cotrimoxazol

- Se recomienda profilaxis antibiótica con cotrimoxazol contra el *Pneumocystis jiroveci* en todo lactante expuesto con estado de la infección por VIH indeterminado. La profilaxis comenzará entre la cuarta y sexta semana de edad y continuará hasta que el niño pase a la categoría de expuesto no infectado o presuntamente no infectado. La profilaxis no es necesaria si el niño tiene las pruebas virológicas negativas a las dos semanas y al mes de edad (ambas). Los que inicien profilaxis usarán cotrimoxazol 5 mg /kg/día (trimetoprim) en una dosis, tres veces por semana. La profilaxis se continuará hasta cumplirse los 12 meses de edad. A partir de ese momento continuarán profilaxis los que estén en las categorías B o C del CDC, los que tengan un porcentaje de células CD4 ≤ 15% o los que hayan tenido un episodio previo de neumonía por *Pneumocystis*. Los niños entre las edades de 1 a 2 años recibirán profilaxis si el CD4 es < 750 c/mm^3. Entre los 2 a 5 años recibirán profilaxis si el CD4 < 500 c/mm^3. Todos los niños mayores de 5 años recibirán profilaxis si tienen CD4 < 200 c/mm^3 (similar a la recomendación del adulto).

Isoniazida

- Los lactantes expuestos al VIH, sin evidencia de TBC activa, recibirán quimoprofilaxis si hay contacto epidemiológico. La dosis de isoniazida será 5-10 mg/kg en una dosis diaria por 6 meses.
- Los niños que reciban profilaxis con isoniazida o estén lactando de madres que reciben dicha droga deben recibir piridoxina

12. COINFECCIÓN VIH / TUBERCULOSIS

- Los niños con infección VIH tienen mayor incidencia de enfermedad tuberculosa. El contacto con un adulto tuberculoso es la mayor fuente de infección para un niño con VIH. Las manifestaciones clínicas y radiográficas de TBC en niños con infección VIH pueden ser atípicas. La mayoría de los niños tienen infección pulmonar primaria, pero puede ocurrir compromiso extrapulmonar de múltiples órganos en 10-50% de casos. Comúnmente hay tos e historia de fiebre.

- El diagnóstico de TBC en un niño con VIH puede ser difícil. Es obligatoria la obtención de muestras de aspirado gástrico o lavado broncoalveolar. Deben hacerse pruebas de sensibilidad para todos los cultivos positivos.

- En niños con infección VIH un resultado de PPD de 5 mm o más es considerado positivo y constituye parte de la evaluación diagnóstica. Sin embargo, puede ocurrir un resultado falso negativo debido a la inmunosupresión relacionada al VIH.

- Aún no se ha establecido una terapia óptima para TBC en niños con infección VIH. Si el niño tiene evidencia de TBC activa recibirá tratamiento según las normas establecidas y tomando como referencia los lineamientos de terapia de la coinfección

- VIH-TBC de la Guía de Terapia Antirretroviral en Adultos de ESSALUD.

- Durante la primera fase de tratamiento antituberculoso, el tratamiento antirretroviral puede postergarse o interrumpirse.

- Los niños con enfermedad pulmonar deben tratarse por nueve meses, mientras que aquellos portadores de enfermedad extrapulmonar requerirán un mínimo de 12 meses de terapia.

- Tener en cuenta las interacciones medicamentosas entre terapia antirretroviral y antituberculosa, especialmente rifampicina con los inhibidores de proteasa e Inhibidores no nucleósidos de transcriptasa reversa.

13. NUTRICION

En el hijo de madre con infección VIH debe suspenderse la lactancia materna para disminuir la transmisión viral por esta vía, debiendo indicarse leche maternizada durante los seis primeros meses de vida. La institución proveerá leche maternizada hasta los seis meses de vida.

La prescripción de leche maternizada sólo podrá ser efectuada por los pediatras responsables del manejo de estos pacientes.

Las recetas para la leche maternizada serán para un mes y de acuerdo a un cronograma controlado por Jefatura de Farmacia y el Programa de ITS-VIH/SIDA.

Edad en meses	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Total
N° mensual de latas de 400 gr.	9	11	13	14	14	6	76

En caso de otras presentaciones farmacéuticas, se prescribirán cantidades equivalentes a las de la tabla anterior.

Los niños con infección VIH deben ser monitorizados cuidadosamente en talla, peso y perímetro cefálico, así como evaluar los cambios puberales y el desarrollo durante la adolescencia. El control debe ser mensual incidiéndose en una adecuada ganancia de peso y desarrollo.

El manejo de las deficiencias nutricionales en niños puede incluir una o más de las siguientes intervenciones:

- Instrucción nutricional
- Suplementos vitamínicos
- Fórmulas hipercalóricas
- Alimentación por sonda nasogástrica
- Hiperalimentación endovenosa

Si el niño rechaza la alimentación, tiene pobre apetito y se le ha descartado causas médicas como úlceras orales y esofagitis, se pueden evaluar las opciones: Empleo de sonda nasogástrica para alimentación o Gastrostomía.

14. BIBLIOGRAFIA

1. Panel on Antirretroviral Guidelines for Adult and Adolescents. Guidelines for the use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. Department of Health and Human Services. January 29,2008; 1-128-Available: http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultansAdolescentGL.pdf.
2. Gortmaker S, Hughes M, Cervia J, et al. Effect of combination therapy including protease inhibtors on mortality among children and adolescents infected wtih HIV-1.*N.Engl J Med*,2001.345(21):1522-8.
3. Gona P, van Dyke R, Williams PL,et al. Incidence of opportunistic and other infections in HIV-infected children in the HAART era. *JAMA*,2006.296(3):292-300
4. Selik RM, Lindergren ML.Changes in deaths reported with human immunodeficiency virus infection among United States children less than thirteen years old, 1987 through 1999. Pediatr Infect Dis J, 2003.22(7):635-41
5. Gibb DM, Duong T, Tookey Pa, et al. National Study of HIV in Pregnancy and Chilhood Collaborative HIV Pediatric Study. Decline in mortality, AIDS, and hospital admissions in perinatally HIV-1 infected children in the United Kingdom and Ireland. *BMJ*, 2003.327(7422):1019.
6. Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections among HIV-Exposed and HIV-Infected Children-June 20,2008. Available at http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/Pediatric_OI.pdf.
7. Viani R, Peralta L, Aldrovandi G, et al. Prevalence of primary HIV drug resistance among recently infected adolescents: a multicenter Adolescent Trials Network study:ATN 029.13th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; February 5-8,2006; Denver, CO.Abstract 21.
8. Persaud D, Palumbo P, Ziemniak C, et al. Early archiving and predominance on nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor-resistant HIV-1 among recently infected infants born in the United States. *J Infect Dis, 2007.195* (10): 1402-10.
9. Newell ML, Patel D, Goetghebuer T, Thorne C; European Collaborative Study. CD4 cell response to antiretroviral therapy in children with vertically acquired HIV infection: is it associated with age at initiation? *J Infec Dis*, 2006. 193(7):954-62.
10. Cohan D, Feakins C, Wara D, et al. Perinatal despite viral suppression on an enfuvirtide based treatment regimen. *AIDS*, 2005.19 (9):989-90.
11. Resino S, Resino R, Micheloud D, et al. Long-term effects of highly active antirretroviral therapy in pretreated, vertically HIV type 1-infected children: 6 years of follow-up. *Clin Infect Dis*, 2006. 42(6):862-9.
12. HIV Paediatric Prognostic Markers Collaborative Study and the CASCADE Collaboration. Current CD4 cell count and the short-term risk of AIDS and death before the availability of effective antiretroviral therapy in HIV-infected children and adults. *J Infect Dis*, 2008. 197(3):398-404.
13. Faye A, Le Chenadec J, Dollfus C, et al. Early versus deferred antiretroviral multidrug therapy in infants infected with HIV type 1. *Clin Infect Dis*, 2004. 38(11):1692-8.
14. Chadwick EG, Capparelli EV, Yogev R, et al. Pharmacokinetics, safety and efficacy of lopinavir/ritonavir in infants less than 6 months of age: 24 week results. *AIDS*, 2008. 22(2):249-55.
15. May M, Sterne JA, Sabin C, et al. Prognosis of HIV-1-infected patients up to 5 years after initiation of HAART: collaborative analysis of prospective studies. *AIDS*, 2007. 21(9):1185-97.
16. Fraaij PL, Neubert J, Bergshoeff AS, et al. Safety and efficacy of a NRTI-sparing HAART regimen of efavirenz and lopinavir/ritonavir in HIV-1-infected children. *Antivir Ther*, 2004. 9(2):297-9.
17. Funk MB, Notheis G, Schuster T, et al. Effect of first line therapy including efavirenz and two nucleoside reverse transcriptase inhibitors in HIV-infected children. *Eur J Med Res*, 2005. 10(12):503-8.
18. Cane P, Chrystie I, Dunn D, et al. and UK Group on Transmitted HIV Drug Resistance. Time trends in primary resistance to HIV drugs in the United Kingdom: multicentre observational study. *BMJ*, 2005. 331(7529):1368.
19. Chiappini E, Galli L, Gabiano C, et al. Early triple therapy vs mono or dual therapy for children with perinatal HIV infection. *JAMA*, 2006. 295(6):626-8.
20. Chiappini E, Galli L, Tovo PA, et al. Virologic, immunologic, and clinical benefits from early combined antiretroviral therapy in infants with perinatal HIV-1 infection. *AIDS*, 2006. 20(2):207-15.

21. Bartlett, J y Gallant, J. 2001-2002 Medical Management of HIV infection. Johns Hopkins School of Medicine. Baltimore. 2001 edition.

22. Prevention and Treatment of Tuberculosis Among Patients Infected with Human Immunodeficiency Virus: Principles of Therapy and Revised Recommendations. MMWR October 30, 1998 / 47 (N° RR-20): 1-58.

23. Updated Guidelines for the Use of Rifabutin or Rifampin for the Treatment and Prevention of Tuberculosis Among HIV-Infected Patients Taking Protease Inhibitors or Nonnucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors. MMWR March 10, 2000 / 49(09);185-9

24. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. MMWR June 29, 2001 / 50(RR11);1-42

25. U.S Department of Health and Human Services: Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-Infected Adults and Adolescents. Actualización del documento vivo del 13 de agosto del 2001. En http://www.hivatis.org

26. U.S Department of Health and Human Services: Public Health Service Task Force Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant Women Infected with HIV-1 for Maternal Health and for Reducing Perinatal HIV-1 Transmission in the United States. Perinatal HIV Guidelines Working Group. Actualizacion del documento vivo del 4 de mayo del 2001. En http://www.hivatis.org

27. Christian M, Cedric A, Cecile F, et al: AIDS 1998, Vol 12: N° 14, páginas: 1815-1822

28. Guía Nacional de Atención Integral del Paciente con infección VIH/SIDA. PROCETSS, MINSA. 1999

29. Havlir DV, Barnes PF. Tuberculosis in Patients with Human Immunodeficiency Virus Infection. New England Journal of Medicine 340: 367-373 (February 4). 1999

30. Ledergerber B, Egger M, Opravil M, et al. Clinical progression and virological failure on highly active antiretroviral therapy in HIV-1 patients: a prospective cohort study. Lancet 353: 863-868 (March 13) 1999

31. Mellors J, Muñoz A, Giorgi J, et al. Plasma viral load and CD4 + lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. Annals of Internal Medicine 126: 946-954. 1997

32. Plan Nacional sobre el SIDA España: Recomendaciones del Consejo Asesor Cínico del Plan Nacional sobre el SIDA. Malnutrición y Sida. Número 9, Octubre 1997.

33. Schaffer N, Chuachoowong, Mock PA, et al. Short-course zidovudine for perinatal transmission in Bangkok, Thailand: a randomised controlled trial. Lancet 353: 773-780 (March 13) 1999.

34. The working Group on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV-Infected Children. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection. En *http:// www.hivatis.org*

35. Centers for Disease Control and Prevention, Public Health Service Task Force recommendations for the use of antiretroviral drugs in pregnant women infected with HIV-1 for maternal health and for reducing perinatal HIV-1 transmission in the United States. *MMWR*, 1998. 47(RR-2):1-30.

36. Center for Disease Control and Prevention, Guidelines for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infection. *MMWR*, 1998. 47(RR-4):1-38.

37. Working Group on Antiretroviral Therapy and Medical Management of Infants, Children and Adolescents with HIV Infection. Antiretroviral therapy and medical management of Pediatric HIV infection. *Pediatrics*, 1998. 102 (4 Pt 2):999-1085.

38. Palumbo PE, Raskino C, Fiscus S, et al., Disease progression in HIV-infected infants and children: predictive value of quantitative plasma HIV RNA and CD4 lymphocyte count. *JAMA*, 1998. 279(10):756-61.

39. Reddington C, Cohen J, Baldillo A, et al., Adherence to medication regimens among children with human immunodeficiency virus infection. *Pediatr Infect Dis J*, 2000. 19(12):1148-53.

40. Watson DC, Farley JJ., Efficacy of and adherence to highly active antiretroviral therapy in children infected with human immunodeficiency virus type 1. *Pediatr Infect Dis J*, 1999. 18(8):682-9.

41. Pizzo PA, Eddy J, Falloon J, et al., Effect of continuous intravenous infusion of zidovudine (ZDV) in children with symptomatic HIV infection. *N Engl J Med*, 1988. 319(14):889-96.

42. Kline MW, Culnane M, Van Dyke RB, et al., A randomized comparative trial of zidovudine (ZDV) versus stavudine (d4T) in children with HIV infection. *Pediatrics*, 1998. 101(2):214-20.

43. McKinney RE, Johnson GM, Stanley K, et al., A randomized study of combined zidovudine-lamivudine versus didanosine monotherapy in children with symptomatic therapy-naïve HIV-1 infection. *J Pediatr*, 1998. 133(4):500-8.

44. Nachman S, S.K., Yogev R, et al., Nucleoside analogues plus ritonavir in stable antiretroviral therapy-experienced HIV-infected children - a randomized controlled trial. *JAMA*, 2000. 283(4):492-8.

45. Gortmaker S, Hughes M, Oyomopito R, et al., Impact of introduction of protease inhibitor therapy on reductions in mortality among children and youth infected with HIV-1. 7th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. San Francisco, CA, 2000. Abstract 691.

46. DeMartino M, Tovo P-A, Balducci M, et al., Reduction in mortality with availability of antiretroviral therapy for children with perinatal HIV-1 infection. *JAMA*, 2000. 284(2):190-7.

47. Luzuriaga K, McManus M, Catalina M, et al., Early therapy of vertical human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) infection: control of viral replication and absence of persistent HIV-1-specific immune responses. *J Virol*, 2000. 74(15):6984-91.

48. Powderly WG, Saag MS, Chapman S, et al., Predictors of optimal virological response to potent antiretroviral therapy. *AIDS*, 1999. 13(14):1873-80.

49. Fessel WJ, Krowka JF, Sheppard HW, et al., Dissociation of immunologic and virologic responses to highly active antiretroviral therapy. *JAIDS*, 2000. 23(4):314-20.

50. Deeks SG, Wrin T, Liegler T, et al., Virologic and immunologic consequences of discontinuing combination antiretroviral-drug therapy in HIV-infected patients with detectable viremia. *N Engl J med*, 2001. 344(7):472-80.

51. Englund J, Baker C, Raskino C, et al., Zidovudine, didanosine, or both as the initial treatment for symptomatic HIV-infected children. *N Engl J Med*, 1997. 336(24):1704-12.

52. Staszewski S, Morales-Ramirez J, Tashima K, et al., Efavirenz plus zidovudine and lamivudine, efavirnez plus indinavir, and indinavir plus zidovudine and lamivudine in the treatment of HIV-1 infection in adults. *N Engl J Med*, 1999. 341(25):1865-73.

53. Kline MW, Van Dyke RB, Lindsey J, et al., Combination therapy with stavudine (d4T) plus didanosine (ddI) in children with human immunodeficiency virus infection. *Pediatrics*, 1999. 103(5):e62. (URL: http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/5/e62).

54. Luzuriaga K, Bryson Y, Krogstad P, et al., Combination treatment with zidovudine, didanosine and nevirapine in infants with human immunodeficiency virus type 1 infection. *N Engl J Med*, 1997. 336(19):1343-9.

55. Luzuriaga K, Wu H, McManus M, et al., Dynamics of human immunodeficiency virus type 1 replication in vertically-infected infants. *J Virol*, 1999. 73(1):362-7.

56. Kline MW, F.C., Lindwy JC, et al., A randomized trial of combination therapy with saquinavir soft gel capsules (SQV) in HIV-infected children. *8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Chicago, IL, February 4-8, 2001 (Abstract 683)*, 2001.

57. Raines CP, Flexner C, Sun E, et al., Safety, tolerability and antiretroviral effects of ritonavir-nelfinavir combination therapy administered for 48 weeks. *JAIDS*, 2000. 25(4):322-8.

58. Katzenstein TL, Kirk O, Pedersen C, et al., The Danish Protease Inhibitor Study: a randomized study comparing the virologic efficacy of 3 protease inhibitor-containing regimens for the treatment of human immunodeficiency virus type 1 infection. *J Infect Dis*, 2000. 182(3):744-50.

59. Paredes R, Puig T, Arno A, et al., High-dose saquinavir plus ritonavir: long-term efficacy in HIV-positive protease inhibitor-experienced patients and predictors of virologic response. *JAIDS*, 1999. 22(2):132-8.

60. Rockstroh JK, Bergmann F, Wiesel W, et al., Efficacy and safety of twice daily first-line ritonavir/indinavir plus double nucleoside combination therapy in HIV-infected individuals. *AIDS*, 2000. 14(9):1181-5.

61. Hoffmann F, Notheis G, Wintergerst U, et al., Comparison of ritonavir plus saquinavir- and nelfinavir- plus saquinavir-containing regimens as salvage therapy in children with human immunodeficiency virus type 1 infection. *Pediatr Infect Dis J*, 2000. 19(1):47-51.

62. Brundage RC, Kline MW, Lindsey J, et al., Pharmacokinetics of saquinavir (SQV) with nelfinavir (NFV) or ritonavir (RTV) in HIV-infected children. 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Chicago, IL, 2001. Abstract 728.

63. Rutschmann OT, Vernazza PL, Bucher HC, et al., Long-term hydroxyurea in combination with didanosine and stavudine for the treatment of HIV-1 infection. *AIDS*, 2000. 14(14):2145-51.

64. Moore RD, Wong W-ME, Keruly JC, McArthur JC., Incidence of neuropathy in HIV-infected patients on monotherapy versus those on combination therapy with didanosine, stavudine and hydroxyurea. *AIDS*, 2001. 14(3):273-8.

65. Boxwell D, Toerner J., Fatal hepatotoxicity associated with combination hydroxyurea and nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs): cases from the FDA Adverse Event Reporting System (AERS). 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Chicago, IL, 2001. Abstract 617.

66. Kline MW, Calles NR, Simon C, et al., Pilot study of hydroxyurea in human immunodeficiency virus-infected children receiving didanosine and/or stavudine. *Pediatr Infect Dis J*, 2000. 19:(11)1083-6.

67. Kosel B, Church J, Cunningham C, et al., Pharmacokinetics of selected doses of T-20, a fusion inhibitor, in HIV-1-infected children. 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Chicago, IL, 2001. Abstract 726.

68. Church J, Cunningham C, Palumbo P, et al., Safety and antiviral activity of chronic subcutaneous administration of T-20 in HIV-1-infected children. 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Chicago, IL, 2001. Abstract 681.

69. Boucher FD, Modlin JF, Weller S, et al., Phase I evaluation of zidovudine administered to infants exposed at birth to the human immunodeficiency virus. *J Pediatr*, 1993. 122(1):137-44.

70. Capparelli EV, Mirochnick MH, Dankner WM., Zidovudine pharmacokinetics in premature infants exposed to HIV. *Antimicrob Agents Chemother* , 1998. 42(4):808-12.

71. Johnson GM, Rodman JH, McDowell M, et al., Preliminary analysis of abacavir succinate (ABC) pharmacokinetics in neonates differs from adults and young children. 7th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. San Francisco, CA, 2000. (Abstract 720).

72. Mirochnick M, Sullivan J, Gagnier P, et al., Pharmacokinetics of nevirapine in human immunodeficiency virus type 1-infected pregnant women and their neonates. *J Infect Dis*, 1998. 178(2):368-74.

73. Guay LA, Musoke P, Fleming T, et al., Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet*, 1999. 354(9181):795-802.

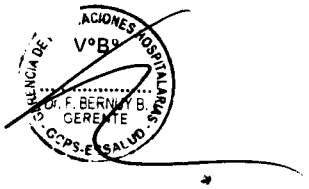
15. BASE LEGAL

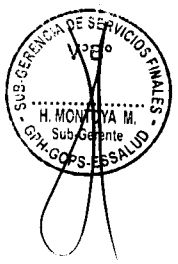
- Ley N° 26842 – Ley General de Salud
- Ley N° 26626 – Plan Nacional CONTRASIDA y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 004-97-SA
- Resolución Ministerial N° 235-96-SA/DM, que aprueba el documento "Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de las ITS y el SIDA en el Perú".
- Resolución Ministerial N° 081-99-SA/DM, que aprueba el documento "Guía Nacional de Atención Integral del Paciente con infección VIH/SIDA"
- Resolución Ministerial N° 619-99-SA/DM, que aprueba el documento "Manejo del Niño Infectado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana"
- Norma Técnica 124-2005-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad – TARGA en Adultos Infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana"
- Resolución Ministerial N° 306-98-SA/DM que aprueba la Guía Nacional de Consejería
- Ley N° 28243, que modifica y amplía la Ley N° 26626 sobre el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y la Infecciones de Transmisión Sexual
- Decreto Supremo N° 005-2007 que aprueba el Plan Estratégico Multisectorial 2007 – 2011 para la Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA en el Perú

- Resolución Ministerial Nº 1753-2002-SA/DM que aprueba la Directiva del Sistema Integrado de Suministros de medicamentos e insumos médico quirúrgicos SISMED y su modificatoria RM 367-2005-SA (DIGEMID)
- Resolución Ministerial Nº 731-2003-SA/DM que aprueba la Directiva 020-MINSA-DGSP-V.01: Sistema de Atención para el Tratamiento Antirretroviral de los niños infectados para el Virus de Inmunodeficiencia Humana
- Resolución Ministerial Nº 668-2004/MINSA que aprueba la Guía Nacional de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva
- Resolución Ministerial Nº 751-2004/MINSA que aprueba la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud
- Resolución Ministerial Nº 1052-2004/MINSA que aprueba la Norma Técnica 023-2004-MINSA/DGSP-V.01 Manejo de Antirretrovirales y reacciones adversas para el médico de Atención Integral de Personas viviendo con el VIH/SIDA
- Resolución Ministerial Nº 311-2005/MINSA, aprueba la NT Nº 004-MINSA/DGSP-V.02 `para el tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad – TARV en Adultos infectados por el virus de la Inmunodeficiencia Humana
- Resolución Ministerial Nº 638-2006/MINSA, aprueba la NTS Nº 047-MINSA/DGSP-V.01 para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud
- Resolución Ministerial Nº 463-2007/MINSA, aprueba el Plan Nacional de Prevención y Control de la Transmisión Madre Niño del VIH y Sífilis
- Resolución Ministerial Nº 482-2007/MINSA, actualizan Listado de Medicamentos Estratégicos y de Soporte y el Listado médico – quirúrgico Estratégicos y de Soporte para las atenciones de las intervenciones sanitarias definidas por la Dirección General de Salud de las Personas
- Resolución Ministerial Nº 335-2008/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud Nº 064-MINSA/DGSP-V.01, "Profilaxis de la Transmisión Madre – Niño del VIH y la Sífilis Congénita"

13. ENLACES EN INTERNET RELACIONADOS AL TEMA

http://cdnaids.ca/
http://aidsinfo.nih.gov/
http://hivdb.stanford.edu/pages/drugSummaries.html
http://almenaravih2007.org/
http://dsp-psd.communication.gc.ca/Collection/H43-53-30-2001-1.pdf
http://www.hc-sc.gc.ca/main/lcdc/web/bah/epi/epi_e.html
http://www.unaids.org/
http://www.nih.gov/od/oar/
http://hivinsite.ucsf.edu/
http://www.eurosida.org/
http://www.aidsinfonyc.org/network/index.html
http://www.ama-assn.org/special/hiv/hivhome.htm
http://www.iapac.org/
http://www.hopkins-aids.edu/
http://www.aids.org/index.html


V°B°
GERENTE
GCPS-ESSALUD


V°B°
H. MONTOYA M.
Sub Gerente
GPVK-GCPS-ESSALUD

ANEXOS

ANEXO Nº 1

Tabla 1.
CLASIFICACION DE LA INFECCION VIH/SIDA SEGÚN CATEGORIAS CLINICAS E INMUNOLOGICAS

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

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

CATEGORÍAS CLÍNICAS PARA NIÑOS MENORES DE 13 AÑOS CON INFECCION POR VIH

Categoría N: Asintomático

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

Categoría A: Signos y síntomas leves

- Dos o más de las condiciones siguientes y ninguna de B y C
- Linfadenopatía (mayor o igual a 0.5 cm más de una región o bilateral en una región)
- Hepatomegalia
- Esplenomegalia
- Dermatitis
- Parotiditis
- Infección respiratoria alta persistente o recurrente (sinusitis u otitis media)

Categoría B: Signos y síntomás moderados

- Anemia (Hb menor a 8 gr/dl), neutropenia (menor a 1,000/mm3) o trombocitopenia (menor de 100,000/mm3) persistente (mayor de 30 días)
- Meningitis, neumonía o sepsis bacteriana (episodio único)
- Candidiasis orofaríngea persistente mayor de dos meses en mayores de 6 meses
- Cardiomiopatía
- Infección por citomegalovirus durante el primer mes de edad
- Diarrea recurrente o crónica
- Hepatitis
- Estomatitis recurrente a virus herpes simplex (mayor de 2 episodios en 1 año)
- Bronquitis, neumonitis o esofagitis herpética de inicio durante el primer mes de edad
- Herpes zoster: Por lo menos 2 episodios distintos o que toma más de un dermatoma.
- Leiomiosarcoma
- Neumonitis intersticial linfoide o complejo de hiperplasia pulmonar linfoide

- Nefropatía
- Nocardiosis
- Fiebre persistente mayor de un mes
- Toxoplasmosis de inicio durante el primer mes de edad
- Varicela diseminada o complicada
- Tuberculosis pulmonar (No incluida en la clasificación de la CDC de 1994)

Categoría C: Signos y Síntomas severos

- Infecciones bacterianas severas múltiples o recurrentes (cualquier combinación de por lo menos 2 infecciones confirmadas por cultivo en un periodo de 2 años) de los siguientes: sepsis, neumonía, meningoencefalitis, osteomielitis, artritis, absceso de órganos internos o cavidades corporales (excluyendo la otitis media, abscesos superficiales de piel o mucosas e infecciones relacionadas a catéteres)
- Candidiasis esofágica o pulmonar (bronquios, tráquea, pulmones)
- Coccidioidomicosis diseminada (en un lugar diferente a pulmones o a ganglios cervicales o hiliares o en adición a ellos)
- Criptosporidiosis o isosporiasis con diarrea persistente mayor de un mes
- Enfermedad de citomegalovirus en niños mayores de un mes (excepto en hígado, bazo o ganglios linfáticos)
- Histoplasmosis diseminada (en un lugar diferente a pulmones o a ganglios cervicales o hiliares o en adición a ellos)
- Encefalopatía: por lo menos una de los siguientes hallazgos progresivos presentes por lo menos por 2 meses en ausencia de enfermedad concurrente distinta de infección por VIH que pudiera explicar los hallazgos:
- Perdida o falla para alcanzar el desarrollo neurológico, ó perdida de habilidad intelectual previamente adquiridas verificada por escalas de desarrollo standard o pruebas neuropsicológicas
- Detención del crecimiento cerebral o microcefalia adquirida demostrada por medición del perímetro cefálico o atrofia cerebral demostrada por tomografía o resonancia
- Déficit motor simétrico adquirido: paresia, reflejos patológicos, ataxia o trastornos de la marcha
- Infección por herpes simplex: úlcera mucocutánea que persiste más de un mes o bronquitis, neumonitis o esofagitis en niños mayores de un mes
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma primario cerebral
- Linfoma de Burkitt, o inmunoblástico, o de células gigantes, de células B, o con fenotipo inmunológico desconocido
- Mycobacterium tuberculosis diseminado o extrapulmonar
- Otras especies de Mycobacterium diseminadas (en lugar diferente a pulmones, piel, ganglios cervicales o hiliares ó en adición a ellos)
- Complejo Mycobacterium avium o Mycobacterium kansaii diseminadas (en lugar diferente a pulmones, piel, ganglios cervicales o hiliares ó en adición a ellos)
- Neumonía a Pneumocystis jiroveci
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Sepsis a Salmonella no tífica recurrente
- Toxoplasmosis cerebral de inicio en niños mayores de un mes
- Síndrome consuntivo: en ausencia de otra enfermedad que lo explique:
- Pérdida de peso persistente de mayor de 10% del basal.

- Caída en dos percentiles en la tabla de peso/edad en mayores de un año, o peso/talla menor al 5to percentil en 2 mediciones consecutivas con intervalo de 30 días o más y diarrea crónica (por lo menos 2 deposiciones por 30 días o más) o fiebre documentada por 30 días o más.

Tabla 2
CATEGORIAS INMUNOLOGICAS SEGÚN EDAD Y RECUENTO DE CD4

	Recuento de Células CD4					
	< DE 1 AÑO		1 A 5 AÑOS		6 A 12 AÑOS	
	N°/ml	%	N°/ml	%	N°/ml	%
1. Sin supresión	> 1500	>25	>1000	>25	>500	>25
2. Con supresión moderada	750-1499	15-24	500-999	15-24	200-499	15-24
3. Con supresión severa	<750	<15	<500	<15	<200	<15

Los niños menores de 12 meses de edad con porcentajes de CD4 iguales o menores de 25% tienen cuatro veces más riesgo de SIDA y seis veces más riesgo de muerte comparados con niños de cinco años con similar porcentaje de CD4

ANEXO Nº 2

HOJA DE SEGUIMIENTO ANUAL DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN NIÑOS

Nombre: _____
Seg. Social No.: _____
Procedencia: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Antecedentes Prenatales y Natales:

1. Madre recibió zidovudina desde las 34 semanas	(SI)	(NO)
2. Madre recibió zidovudina al momento de parto:	(SI)	(NO)
3 Madre recibió TARGA	(SI)	(NO)
4. Fecha de inicio de TARGA	(SI)	(NO)
5. Nació por Cesárea	(SI)	(NO)
6. Niño recibió lactancia materna:	(SI)	(NO)
7. Niño recibió zidovudina:	(SI)	(NO)
8. Utilizó el neonato otro esquema antirretroviral Especificar:.....	(SI)	(NO)

Criterio de diagnóstico VIH:

Criterio	Resultado	Fecha
PCR a las ... ...semanas de edad		
PCR a las ... ...semanas de edad		
ELISA a los ..... meses de edad		
ELISA a los ..... meses de edad		
Criterio Clínico		

Criterio de inicio de tratamiento antirretroviral

EDAD del niño	Criterio	Fecha
Niño infectado por el VIH menor de 12 meses, independientemente de la categoría clínica o inmunológica.		
Niño infectado entre el año y los cinco años de edad		
Niño infectado mayor de 5 años		

Medicamentos y variación de dosis mensual

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

Seguimiento Clínico y de laboratorio

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

Criterios para cambios de terapia

Criterio	**Resultado**	**Fecha**
Consideraciones clínicas: • Deterioro progresivo del desarrollo neurológico • Falla de crecimiento a pesar de nutrición adecuada y sin otra causa que lo explique • Cambio de categoría clínica (deterioro clínico)		
Consideraciones inmunológicos: • Cambio en la clasificación inmunológica (deterioro inmunológico) • En niños con categoría 3: disminución persistente del 5% o más en el porcentaje CD4 • Disminución rápida en el recuento absoluto de linfocitos CD4 (mayor de 30% en menos de 6 meses)		
Consideraciones virológicas: • Respuesta virológica al tratamiento antirretroviral menor que lo aceptable luego de 8 a 12 semanas de tratamiento en terapia triple, menos de 1.0 log. • No llegar a niveles indetectables de carga viral de los 4 a 6 meses de tratamiento • Detección de carga viral en pacientes que al inicio llegaron a niveles no detectables • Pacientes con respuesta inicial a tratamiento pero mantienen niveles detectables bajos y aumentan de 0.5 a 0.7 log		

Monitorización de adherencia

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

(⇨) Adherencia confirmada (⇩) Falla en la adherencia

Observaciones:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS V°B° Dr. F. BERNUY B. GERENTE GCPS-ESSALUD

Responsable: _____

SUB-GERENCIA DE SERVICIOS FINALES V°B° H. MONTOYA M. Sub-Gerente GCPS-ESSALUD

Superficie Corporal (SC):

$$\frac{4xKg+7}{Kg+90}$$

CALCULO DE LA SUPERFICIE CORPORAL (BSA)

BSA (m^2) = Raíz cuadrada de Altura (cm) x Peso (kg) / 3600

[de Ferry FF, The Care of the Medical Patient, 4th Edition, Mosby, 1998]

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACION AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Yo, ...con DNI N° .....,
(Nombre de uno de los padres o tutor responsable)
responsable del paciente: .....
con seguro social:....., declaro lo siguiente:

- Entiendo que el tratamiento antirretroviral no es 100% eficaz, la finalidad del tratamiento es reducir la cantidad de virus en sangre al mínimo y tener mejoría del estado de salud de mi familiar. Este tratamiento puede tener diversos efectos indeseables.

- Conozco la importancia del cumplimiento estricto del tratamiento antirretroviral para el éxito del tratamiento (esto es denominado adherencia), y habiendo recibido en forma explícita información, educación y consejería sobre los riesgos y beneficios del tratamiento antirretroviral, me comprometo a administrar el tratamiento en las dosis y horarios indicados (según el protocolo de tratamiento antirretroviral de EsSalud)

- De producirse incumplimiento reiterado del tratamiento en forma injustificada, mi familiar puede ser retirado del tratamiento antirretroviral porque entiendo que no hay beneficio alguno si la terapia no es continua.

  De presentarse evolución desfavorable o complicaciones derivadas del tratamiento o incumplimiento de nuestra parte, exoneramos de responsabilidades al Médico y al Programa de Control de ITS-VIH/SIDA.

En señal de conformidad, firmo el presente compromiso.

Firma: ..... Fecha:
DNI: