



LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN

A

PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

ELABORADO POR JULIA CLEMENCIA ÁLVAREZ BENÍTEZ

— 2022 —

CARLOS HUMBERTO OROZCO TELLEZ

Secretario de Despacho
Secretaría de Salud Pública de Manizales

LEIDY LISBETH MORENO MEZA

Profesional Especializado
Jefe Unidad de Salud Pública

MYRIAM ASTRID RAMIREZ DIAZ

Profesional Universitario
Coordinadora Programa de Sexualidad:
Derechos sexuales y derechos reproductivos

JULIA CLEMENCIA ÁLVAREZ BENÍTEZ

Profesional de apoyo
Programa de Sexualidad:
Derechos sexuales y derechos reproductivos

Manizales – Año 2022



Contenido

INTRODUCCIÓN.....	4
CAMBIOS DE LA GUÍA DE ATENCIÓN 2021.....	5
Aspectos clínicos abordados:	5
Aspectos clínicos NO cubiertos en la actualización de la guía:.....	5
DEFINICIÓN DE VIH Y MEDIOS DE TRANSMISIÓN.....	6
INFECCIÓN POR VIH.....	7
FASES.....	7
Fase 1 (Aguda):	7
Fase 2 (Crónica):.....	7
Fase 3 (SIDA):.....	8
Factores protectores:.....	8
COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD.....	9
DEBERES DE LA PERSONA QUE VIVE CON VIH.....	9
PREVENCIÓN.....	10
Terapia PrEP - Profilaxis Pre-Exposición.....	10
Motivaciones para acceder a la prueba de VIH:.....	11
Cobertura e indicación INVIMA de fármacos evaluados para PrEP:	12
Terapia PEP (Profilaxis Post-Exposición).....	13
VIH EN EL EMBARAZO.....	15
DIAGNÓSTICO.....	16
Exámenes de anticuerpos:.....	16
Exámenes combinados de anticuerpo-antígeno:.....	16
Exámenes que miden el ARN del VIH:.....	16
Pruebas rápidas:.....	17
Pruebas estándar:	17
Auto-test:	17
Periodicidad para realizarse prueba diagnóstica:	17
ALGORITMO DIAGNÓSTICO.....	18
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DEL ALGORITMO DIAGNÓSTICO.....	19
ALGORÍTMO DIAGNÓSTICO PARA GESTANTES.....	20



INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DEL ALGORITMO DIAGNÓSTICO	21
EN GESTANTES.....	21
ESTRATEGIAS DE SEGUIMIENTO Y RETENCIÓN EN LA ATENCIÓN A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH	22
TRATAMIENTO.....	24
Recomendaciones:.....	25
REGÍMENES DE PREFERENCIA PARA INICIO Y CAMBIO DE TAR	26
Razones más frecuentes por las cuales puede cambiar la TAR que está recibiendo la persona que vive con VIH:.....	36
PRUEBAS ESPECÍFICAS DE VIH	37
PARACLÍNICOS DURANTE EL INICIO Y SEGUIMIENTO DE ATENCIÓN A PERSONAS VIVIENDO CON VIH.	37
TAMIZACIÓN DE OTRAS COINFECCIONES Y EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH.....	42
INDICACIONES Y ESQUEMAS DE MEDICAMENTOS PARA PROFILAXIS EN	44
PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA PARA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS.	44
CARACTERÍSTICAS DE LOS MEDICAMENTOS RECOMENDADOS PARA PROFILAXIS DE OPORTUNISTAS	46
VACUNACIÓN EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH	48
Indicadores del proceso continuo de servicios de atención (“cascada de atención”) .	51
Otros indicadores relativos a la capacidad de los servicios de salud para ofrecer servicios relacionados con el VIH y las ITS a grupos de población clave.....	55
Indicadores de cobertura de los servicios relacionados con el VIH y las ITS dirigidos a las personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave.....	59
Indicadores de cobertura de los servicios relacionados con el VIH y las ITS dirigidos a las personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave.....	65
CENTROS TAR DE MANIZALES	72



INTRODUCCIÓN

La infección por VIH es considerada un problema de salud pública por la magnitud de su contagio como pandemia y sus consecuencias en la salud, ya que afecta negativamente aspectos biológicos (enfermedades oportunistas), sociales (estigmatización, discriminación, abandono de una parte de los seres queridos), exclusión y censura como miembros de la sociedad, aspectos psicológicos (depresión, miedo y culpa) y económicos debido a los altos costos que representa, la pérdida de empleo, abandono de la actividad económica y reducción de la población en edad laboral. Lo anterior está directamente relacionado con la calidad de vida y el bienestar de los pacientes VIH positivos.

Dadas las características específicas de dicha patología, fue necesario actualizar las intervenciones y metodologías de tratamiento, razón por la cual XXXX publica una nueva Guía de Práctica Clínica, la cual incorpora nuevos aspectos no desarrollados en la versión original, se han realizado modificaciones en el alcance, objetivos y preguntas, población y usuarios objetivo.

Específicos de este proceso se introdujeron nuevos elementos, como la profilaxis preexposición (PrEP), profilaxis postexposición (PEP), prevención de comorbilidades, un capítulo dedicado a la población general, población juvenil e incluye nuevas intervenciones en diferentes aspectos, todo con el objetivo de orientar el lineamiento de las políticas integrales de salud en Colombia, favoreciendo la atención primaria.

Este documento pretende facilitar el acceso a la información sobre infecciones virales, estrategias de prevención y opciones de tratamiento. También contiene información sobre aspectos relacionados con el seguimiento y atención para personas que conviven con el virus o tienen riesgo de contraerlo.



CAMBIOS DE LA GUÍA DE ATENCIÓN 2021

Se presentan cambios en la evidencia sobre los beneficios de algunas intervenciones no contempladas en la guía anterior, tales como:

- La consideración de tratar a todos los pacientes independientemente de su recuento de CD4.
- La intervención dirigida a la prevención descrita como profilaxis pre-exposición al VIH, especialmente en población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y mujeres en situación de prostitución entre otras.
- Han aparecido nuevas intervenciones y esquemas de tratamiento tanto de primera como de segunda línea recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y que no estaban incluidas anteriormente en la GPC ni en la lista de tecnologías financiadas con cargo a la UPC.
- La actualización se refiere a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de adultos, gestantes y adolescentes expuestos o que viven con VIH. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021)

Aspectos clínicos abordados:

1. Prevención de infecciones.
2. Uso de la Profilaxis pre-exposición (PrEP).
3. Manejo de prevención ante la exposición ocupacional y no ocupacional por medio de la profilaxis post-exposición (PEP).
4. Diagnóstico de la infección por VIH.
5. Tratamiento antirretroviral (inicio del tratamiento, mantenimiento y manejo en casos de fracaso terapéutico o terapias de recambio).
6. Seguimiento de los pacientes que reciben atención integral, con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA. En este aspecto de abordaje clínico, será incluida la profilaxis de comorbilidades VIH.

Aspectos clínicos NO cubiertos en la actualización de la guía:

1. Factores de riesgo para la infección por VIH/SIDA.
2. Manejo de enfermedades concomitantes, infecciosas y no infecciosas, relacionadas con la infección por VIH/ SIDA.
3. Manejo de infecciones oportunistas relacionadas con VIH/ SIDA.
4. Manejo de efectos secundarios derivados del manejo de VIH/ SIDA.



DEFINICIÓN DE VIH Y MEDIOS DE TRANSMISIÓN

Todos los virus son microorganismos que no pueden reproducirse o multiplicarse por sí mismos, pero para hacerlo deben ingresar a la célula y usar la "maquinaria" reproductiva de la célula que infectan.

El VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) es un virus que infecta las células guarda (células CD o linfocitos T) del cuerpo y a medida que se multiplica, las destruye.

Se transmite a través de fluidos corporales como sangre, semen, secreciones preeyaculatorias, secreciones vaginales o la leche materna.

La vía más común de transmisión del VIH son las relaciones sexuales anales o vaginales sin protección (sin uso del condón). Los factores que pueden aumentar el riesgo de transmisión oral del VIH incluyen: eyaculación oral con llagas en la boca, sangrado de las encías, llagas genitales y la presencia de infecciones transmisibles. Otras infecciones de transmisión sexual (ITS) pueden ser visibles o no.

El VIH también se puede transmitir a través de la sangre durante las transfusiones de sangre, razón por la cual todos los bancos de sangre realizan encuestas a los donantes y realizan análisis de sangre para evitar este riesgo.

También se transmite cuando se pincha con un objeto punzante como una aguja o jeringa, principalmente en el caso de personas que consumen drogas intravenosas y personas que comparten agua para inyecciones, así como en el caso de tatuajes o piercings con materiales no estériles. Puede transmitirse a través del contacto de las membranas mucosas con sangre (p. ej., a través de salpicaduras en los ojos) y otros contactos, como mordeduras humanas.

El VIH **no** se transmite por contacto con saliva, lágrimas, orina, heces o sudor. Tampoco se transmite por compartir platos o el baño, ni darse la mano o abrazarse. No lo transmiten los animales, incluidos los mosquitos y las mascotas.



INFECCIÓN POR VIH

La infección por VIH se produce durante la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana y puede causar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, también conocido como SIDA que es la etapa más avanzada de la infección por el VIH.

Cuando el VIH se transmite, ataca y destruye las células CD4 (también llamadas linfocitos CD4), que son las células del sistema inmunitario que combaten las infecciones. La pérdida de linfocitos CD4 afecta la respuesta del cuerpo a infecciones y ciertos tipos de cáncer. Si no se trata, el VIH puede destruir lentamente el sistema inmunológico y convertirse en SIDA.

FASES

Fase 1 (Aguda):

La infección aguda por VIH, de la cual es la etapa más temprana, puede ocurrir de 2 a 4 semanas después de que se infecta y el paciente puede experimentar síntomas similares a los de la gripe como fiebre, dolor de cabeza y erupción cutánea.

Durante la fase aguda de la infección por el VIH, los niveles sanguíneos del virus son muy altos, lo que aumenta significativamente el riesgo de transmisión. Por lo general, esta etapa dura alrededor de 6 meses y los síntomas pueden mejorar en 2 a 4 semanas. El daño al sistema inmunológico, sin embargo, continúa gradualmente en la etapa de infección crónica.

Fase 2 (Crónica):

En la etapa crónica de la infección, el VIH continúa multiplicándose en el cuerpo, pero en concentraciones más bajas. Las personas con infección crónica por el VIH pueden no tener síntomas relacionados con la infección o tener síntomas leves no específicos de la enfermedad, lo que dificulta la sospecha de infección.

Durante esta fase, el sistema inmunológico continúa debilitándose lentamente y es latente el riesgo que una persona transmita el virus a otras, a través de los mecanismos de transmisión descritos anteriormente: por vía sexual o materna perinatal.



Fase 3 (SIDA):

El SIDA es la etapa final y más grave de las personas que viven con el VIH. Se da debido a que el virus ha destruido el sistema inmunológico, el cuerpo no puede responder a infecciones oportunistas o cáncer.

Una vez que a una persona se le diagnostica SIDA, es posible que tenga una carga viral muy alta y por lo tanto la posibilidad de transmitir el VIH a otros es también muy alta. Sin tratamiento, las personas con SIDA a menudo tienen una expectativa de vida reducida y sobreviven un promedio de 3 años desde el momento en que aparecen los síntomas.

No existe cura para el VIH, pero el tratamiento con medicamentos contra el VIH, conocido como Tratamiento Antirretroviral o TAR, puede retrasar o evitar que el VIH avance de una etapa a otra. Los medicamentos contra el VIH ayudan a las personas que lo tienen, a vivir una vida más larga y sana, pues permiten controlar la multiplicación del virus dentro del cuerpo y disminuir el daño al sistema inmunitario, por lo tanto, pueden vivir muchos años con calidad de vida.

No indetectable = No transmisible

Factores protectores:

Llevar una dieta saludable con mucha fruta y verduras ayudará al sistema inmunológico.

Es fundamental la higiene personal con hábitos como bañarse una vez al día (preferiblemente utilizando un jabón neutro para no irritar la piel)

La salud bucodental también es muy importante, por eso debe enfatizarse en la importancia de cepillarse los dientes después de cada comida.

Los hábitos de vida saludables como la actividad física y el ejercicio regular, mejora el descanso y aumenta el apetito y por lo tanto fortalece el sistema inmunológico.

Es importante encontrar un equilibrio entre el esfuerzo y la relajación, pues el cuerpo necesita descansar.



COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD

Dentro de estos beneficios, se cubren los siguientes servicios específicos para las personas que viven con VIH:

- Realización de las pruebas para el diagnóstico de infección por VIH.
- Profilaxis de las infecciones oportunistas.
- Vacuna para Hepatitis A y B, Neumococo, Influenza, H1N1y COVID 19.
- Tratamiento de las infecciones oportunistas que se lleguen a presentar.
- Tratamiento con TAR cuando la persona cumpla con los requisitos necesarios.
- En las embarazadas parto por cesárea y sustitución de la leche materna por leche de fórmula.
- Condones masculinos de látex.
- Atención periódica y de calidad por un equipo multidisciplinario especializado en la atención a personas que viven con VIH/SIDA (médico/a experto, profesionales en enfermería, nutrición, psicología, psiquiatría, trabajo social, odontología y otros especialistas que llegue a necesitar la persona).
- Realización de análisis de laboratorio especiales como CD3-CD4 y CD8, Carga viral o genotipificación, cuando sea necesario.
- Realización de análisis básicos de laboratorio, de imágenes diagnósticas y de los procedimientos que sean necesarios para su atención.

DEBERES DE LA PERSONA QUE VIVE CON VIH

- No donar sangre u órganos.
- No infectar mediante comportamientos que puedan poner en riesgo a otras personas, como tener relaciones sexuales sin protección, compartir objetos cortopunzantes como aguas, cuchillas, etc.
- Cumplir con las indicaciones que el equipo de salud recomiende, como citas médicas, alimentación, uso correcto de los medicamentos, hábitos de vida saludables, entre otros.
- Informar, a sus parejas sexuales actuales y al médico tratante, sobre la infección con VIH.
- Seguir las recomendaciones de autocuidado para que los tratamientos sean efectivos y para que así, mejore su calidad de vida



PREVENCIÓN

Actualmente, la única estrategia eficaz contra la transmisión del VIH es la prevención. Existen diferentes medidas que pueden aplicarse dependiendo las vías de transmisión:

- Uso de condón femenino y masculino.¹
- Conocer el estado serológico de las parejas sexuales
- Evitar compartir agujas y jeringas.
- Realizarse prueba de detección lo antes posible cuando se está en embarazo.
- Las personas seropositivas deben iniciar o mantener su tratamiento antirretroviral.

Terapia PrEP - Profilaxis Pre-Exposición

Son medicamentos que toman las personas que están en riesgo de infección por el VIH para prevenir contraerlo a través de las relaciones sexuales o el consumo de drogas inyectables.

La Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) amplía las opciones de prevención combinada del VIH en grupos de población clave, como los homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las trans femeninas.

Consiste normalmente en una combinación de Tenofovir y Emtricitabina que se toma diariamente por vía oral en forma de comprimido. Esta es extremadamente eficaz en la prevención de infecciones por el VIH cuando se toma con regularidad.

Diversos proyectos que ofrecen la PrEP como opción de prevención a través de la atención por parte de las IPS, han demostrado su eficacia en la prevención de la transmisión sexual del VIH en las personas en riesgo o más expuestas al VIH, tales como las parejas serodiscordantes y las personas con actividades sexuales desprotegidas. Va dirigida a personas seronegativas, quienes deberán realizarse la prueba del VIH cada tres meses.

¹ Es prioritario recordar la importancia del uso de condones que cumplan normas de control de calidad, adquiridos en establecimientos comerciales o farmacias confiables, guardarlos en lugares frescos y NUNCA en la billetera. Verificar la fecha de vencimiento, evitar el uso de lubricantes con aceite o vaselina. Su uso es de una vez y debe colocarse desde el comienzo de la relación sexual y mantenerse hasta el final.



La PrEP se suma al paquete de opciones de prevención eficaces ya disponible. Debe utilizarse junto con otros métodos de prevención, como los preservativos masculinos y femeninos y la terapia antirretrovírica para todas las personas que viven con el VIH. No existe ningún método de prevención del VIH que asegure un 100% de protección y la PrEP no impide la transmisión de otras enfermedades de transmisión sexual ni previene embarazos no deseados. Los preservativos siguen siendo la herramienta de prevención del VIH más asequible y con mayor disponibilidad y, por ello, siempre se deben ofrecer junto con la PrEP.

Las ventajas de elegir la PrEP pueden ser tanto psicológicas como físicas, y el uso de la PrEP puede contrarrestar la ansiedad y el aislamiento que padecen algunas personas que consideran que no son capaces de controlar su riesgo de exposición al VIH. La PrEP puede ofrecer una mayor autonomía a la hora de tomar decisiones, a lo que también puede añadirse una reducción del riesgo. La PrEP puede ayudar a mejorar la comunicación y la intimidad en la pareja, a reducir el miedo a la violencia dentro de la pareja, a mejorar la autoestima y a lograr un mayor compromiso en todos los aspectos relacionados con la salud sexual. Así también, aumenta el acceso de sus usuarios a los centros de salud o IPS a realizarse la prueba de VIH, el diagnóstico de otras ITS y recibir su tratamiento.

Motivaciones para acceder a la prueba de VIH:

- Como parte de un ejercicio de autocuidado a través de una solicitud voluntaria.
- Inicio de vida en pareja o de relaciones sexuales
- Haber experimentado situaciones de exposición al virus
- Estar en embarazo o desear ser madre biológica.
- Tener uno o varios criterios de riesgo según la autoevaluación mencionada



Cobertura e indicación INVIMA de fármacos evaluados para PrEP:

Medicamento	Cobertura (Sí/No)	Indicación INVIMA
TDF	Sí (cubierto en tratamiento de VIH específicamente, ya que tiene indicación en Hepatitis B)	No figura específicamente en registro sanitario (la indicación es tratamiento de VIH-1 en pacientes adultos y adolescentes mayores de 12 años)
TDF/FTC	Sí	En combinación con otros agentes antirretrovirales para el tratamiento de la infección por VIH-1 en pacientes adultos y pediátricos a partir de los 12 años. Pacientes de alto riesgo de contagio con el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1), para disminuir la probabilidad de adquisición del mismo, adicional al uso adecuado del condón y demás medidas de protección. El uso del medicamento no debe conducir a descuidar las medidas de prevención de transmisión de la enfermedad.
TAF/FTC	Sí	La combinación TAF/FTC también tiene indicación (no oficial en la página del Invima, pero el acta 9 de 2020 aprueba este uso): Profilaxis preexposición al VIH-1 (PrEP). En el registro sanitario: "Está indicado en combinación con otros fármacos antirretrovirales para el tratamiento de adultos infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1)".
TDF/3TC	Financiación condicionada	No figura específicamente en el registro sanitario: "Indicado para el tratamiento de adultos infectados por el VIH-1 de más de 18 años de edad, en combinación con al menos otro medicamento antirretroviral"
MVC	Sí	No figura específicamente en el registro sanitario: "En combinación con otros medicamentos antirretrovirales, está indicado para pacientes adultos infectados solo con VIH-1 con tropismo CCR5".
Dapivirina	No comercializados en Colombia	
Cabotegravir		
Rilpivirina	No	No figura específicamente en el registro sanitario: "En combinación con otros medicamentos antirretrovirales, está indicado para el tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) en pacientes adultos que nunca antes han recibido tratamiento antirretroviral y cuya carga viral esté por debajo de 100.000 copias/ml de HIV-1 RNA".



Terapia PEP (Profilaxis Post-Exposición)

La palabra “profilaxis” significa prevención o control de la propagación de una infección o una enfermedad. PEP significa tomar medicamentos contra el VIH dentro de las 72 horas (3 días) después de una posible exposición al VIH para prevenir la infección por este virus.

La PEP debe emplearse solamente en situaciones de emergencia. No es para uso regular por personas que pueden estar expuestas al VIH con frecuencia. No tiene por objetivo reemplazar el uso regular de otros métodos de prevención de la infección por el VIH, como el uso continuo de condones durante las relaciones sexuales o la profilaxis preexposición (PrEP). La PrEP significa que las personas en riesgo de contraer el VIH toman diariamente un medicamento específico contra el VIH para evitar contraer el virus. La PrEP es diferente de la PEP, ya que las personas en riesgo de contraer el VIH toman un medicamento específico contra el VIH todos los días para evitar contraer el VIH.

Cuando a una persona se le prescribe terapia PEP, tomará medicamentos contra el VIH a diario durante 28 días. (HIVinfo.nih.gov, 2022)

Cobertura e indicación INVIMA de fármacos para PEP

Medicamento	Financiamiento	Indicación autorizada por Invima
TDF/FTC	Financiado con recursos de la UPC	En combinación con otros agentes antirretrovirales para el tratamiento de la infección por VIH-1 en pacientes adultos y pediátricos a partir de los 12 años. Pacientes de alto riesgo de contagio con el virus de la inmunodeficiencia humana tipo (HIV-1), para disminuir la probabilidad de adquisición del mismo, adicional al uso adecuado del condón y demás medidas de protección. El uso del medicamento no debe conducir a descuidar las medidas de prevención de transmisión de la enfermedad.
DRV/r	Financiación condicionada con recursos de la UPC "CDF"	Coadministrado con otros agentes antirretrovirales, está indicado para el tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-1) en: <ul style="list-style-type: none">• Pacientes adultos sin tratamiento antirretroviral previo (<i>naive</i>).• Pacientes adultos con tratamiento antirretroviral previo sin mutaciones asociadas a resistencia a darunavir. En pacientes adultos previamente tratados se deben considerar los siguientes puntos cuando se inicia la terapia: <ul style="list-style-type: none">• Historial de tratamiento y, cuando estén disponibles, las pruebas genotípicas o fenotípicas deben guiar el uso de este medicamento.• El uso de otros agentes activos con este medicamento se asocia con una probabilidad mayor de respuesta al tratamiento.



Medicamento	Financiamiento	Indicación autorizada por Invima
ATV/r	Financiado con recursos de la UPC	Indicado para el tratamiento de adultos y niños que pesen al menos 39 kg infectados por el VIH-1, en combinación con otros medicamentos antirretrovirales. La elección de la combinación de dosis fija de atazanavir/ritonavir para su uso en pacientes tratados previamente, debe basarse en el historial de tratamiento de los pacientes y también, si se dispone, en pruebas individuales de resistencia viral. Se deben considerar las directrices oficiales de tratamiento para la infección por VIH-1 (por ejemplo, las de la OMS).
EVG/c	No comercializada en Colombia esta combinación (están en combinación con TDF/FTC o TAF/FTC)	N/A
RAL	Financiado con recursos de la UPC	Indicado en combinación con otros agentes antirretrovirales para el tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH-1). De este hay especificaciones en las presentaciones comerciales disponibles
LPV/r	Financiado con recursos de la UPC	Lopinavir/ritonavir está indicado en combinación con otros agentes antirretrovirales para el tratamiento de la infección por VIH-1. De este medicamento hay presentación para pacientes adultos y pellets para pacientes pediátricos mayores de 14 días.
MVC	Financiado con recursos de la UPC	En combinación con otros medicamentos antirretrovirales, está indicado para pacientes adultos infectados solo con VIH-1 con tropismo CCR5.
TDF/FTC/DRV/r	Este esquema no se encuentra completo como CDF; se tiene TDF/FTC (financiado) y DRV/r (que es financiado condicionado "CDF")	N/A (ya se relacionó la del TDF/FTC y DRV/r)

Medicamento	Financiamiento	Indicación autorizada por Invima
TDF/FTC/EVG/c	No financiado con recursos de la UPC	Está indicado como régimen completo para el tratamiento de la infección por el VIH-1 en pacientes adultos que no tienen antecedentes de haber recibido tratamiento antirretroviral o para reemplazar el régimen antirretroviral actual en aquellos pacientes con supresión virológica (ARN del VIH-1 inferior a 50 copias/ml) que hayan estado bajo un régimen antirretroviral estable durante al menos 6 meses sin antecedentes de fracaso terapéutico ni sustituciones conocidas asociadas con la resistencia a los componentes individuales del medicamento
TDF/FTC/DTG	No se encuentra la totalidad de la combinación como CDF; pero TDF/FTC es financiado y DTG como monofármaco también es financiado	Indicación del DTG: Tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana VIH-1 en combinación con otros agentes antirretrovirales en adultos y niños mayores de 12 años de edad.
TDF/FTC/RAL	No se encuentra la totalidad de la combinación como CDF; pero TDF/FTC es financiado y RAL como monofármaco también es financiado	N/A (ya se relacionó la del TDF/FTC y RAL)
TDF/FTC/ATV/r	No se encuentra la totalidad de la combinación como CDF; pero TDF/FTC es financiado y ATV/r también es financiado	N/A (ya se relacionó la del TDF/FTC y ATV/r)



VIH EN EL EMBARAZO

Puede evitarse el contagio a los hijos e hijas de embarazadas que viven con VIH teniendo en cuenta:

- Las personas en embarazo con infección por VIH, deben tomar la terapia antirretroviral para reducir el riesgo de complicaciones relacionadas con el VIH y el embarazo, y para evitar la transmisión al bebé. La TAR durante el embarazo es segura tanto para la persona gestante como para el bebé. Entre más temprano en el embarazo se inicie la TAR, menor es el riesgo de complicaciones por la infección y de transmisión del VIH al bebé.
- Durante el parto, la gestante recibirá un medicamento antirretroviral adicional inyectable que reducirá el riesgo de transmisión al bebé. Adicionalmente, el parto será por cesárea, ya que hay un alto riesgo de transmisión durante el parto vaginal, a menos que la carga viral en el momento del parto sea indetectable. Esta será la estrategia de prevención de la infección del bebé, si la gestante no ha sido diagnosticada con la infección en algún momento durante el embarazo o no se inició la TAR durante el embarazo; sin embargo, debe tenerse en cuenta que su efectividad para reducir la transmisión del VIH al bebé es inferior, comparada con la toma de la TAR durante el embarazo.
- Una vez nazca el bebé, es necesario que reciba medicamentos para complementar la estrategia orientada a prevenir la infección (profilácticos). Los medicamentos profilácticos disminuyen el riesgo de transmitir la infección en los bebés recién nacidos. Estos medicamentos se presentan en forma de jarabe y para que sean efectivos en la protección de la infección, deben ser tomados por el recién nacido lo más pronto luego del nacimiento, son seguros, serán seleccionados y administrados inicialmente por el personal del hospital o clínica donde haya nacido el niño o la niña. Cuando sea el momento de salir de la hospitalización, la gestante o los cuidadores de los bebés, serán quienes deben continuar la administración de los medicamentos profilácticos. Dependiendo del medicamento, serán administrados por un periodo de entre 4 a 6 semanas, desde el día del nacimiento.
- Debido a que el VIH se encuentra en la leche materna, las madres que viven con VIH no deben lactar a sus bebés. El personal de salud a cargo ayudará y orientará a las madres para que puedan iniciar leche de fórmula.



DIAGNÓSTICO

Existen muchos tipos de exámenes que se pueden utilizar para diagnosticar la infección por VIH, y la mayoría requieren de una muestra de sangre de la persona. Los principales exámenes que se emplean son:

Exámenes de anticuerpos:

Los anticuerpos son proteínas producidas por el cuerpo para defenderse de sustancias extrañas al cuerpo; en este caso, para defenderse del VIH. Los exámenes de anticuerpos pueden detectar los anticuerpos generados por el cuerpo para defenderse del VIH. Cuando un examen de anticuerpo es positivo, se realizan otros exámenes para confirmar la presencia del VIH en el cuerpo.

Exámenes combinados de anticuerpo-antígeno:

Los antígenos son sustancias externas al cuerpo que pueden inducir al cuerpo a defenderse de ellas, a través del sistema inmune. En este caso, el antígeno es un componente del VIH. Los exámenes combinados de anticuerpo-antígeno permiten identificar tanto el VIH (antígeno) y los anticuerpos producidos por el organismo para defenderse de la infección, y son empleados para diagnosticar la infección reciente. Cuando un examen combinado de anticuerpo-antígeno es positivo, se realiza un segundo examen para confirmar el resultado.

Exámenes que miden el ARN del VIH:

El ARN es una parte del VIH que puede ser detectada con algunos exámenes. Este es el componente del VIH que se mide cuando se determina la carga viral (cantidad de virus que hay en el cuerpo). Este tipo de exámenes no es necesariamente superior a los otros exámenes de anticuerpos o combinados de anticuerpo-antígeno. Por esta razón, si una persona quiere hacerse un examen para determinar si está infectada por VIH, es importante que explique la razón y si sospecha que pudo haberse infectado recientemente, con el fin de que el personal de salud a cargo pueda elegir los exámenes más apropiados para el diagnóstico.



Pruebas rápidas:

Usan la muestra de sangre obtenida de un pinchazo en la punta del dedo o fluidos orales. Estos proveen resultados entre 5 a 40 minutos, por lo que no requieren que las personas tengan que volver otro día para conocer los resultados. Cuando una persona tiene un resultado positivo con la prueba rápida, esta se confirma con otra prueba, mientras que los resultados negativos iniciales no requieren confirmación.

Pruebas estándar:

Para una prueba estándar, se debe obtener una muestra de sangre de las venas del paciente. Estos deben ser realizados en un laboratorio, y los resultados están disponibles en algunos días. Las pruebas estándar que arrojen resultados positivos, requieren ser confirmadas mediante una segunda prueba.

Auto-test:

Los auto-test son pruebas que permiten hacer un diagnóstico confiable y anónimo, y no requiere que la persona tenga que estar en un laboratorio, ya que los auto-test podrían estar disponibles en una farmacia. Estas pruebas facilitan que las personas puedan realizarse el examen de manera confidencial. Para realizar esta prueba, la persona puede obtener una gota de sangre con un pinchazo en la punta del dedo o con una muestra de fluido oral (saliva), con el cual la persona puede tener un resultado en aproximadamente 10 a 20 minutos. Un resultado positivo con el auto-test implica que debe confirmarse el diagnóstico con otros exámenes.

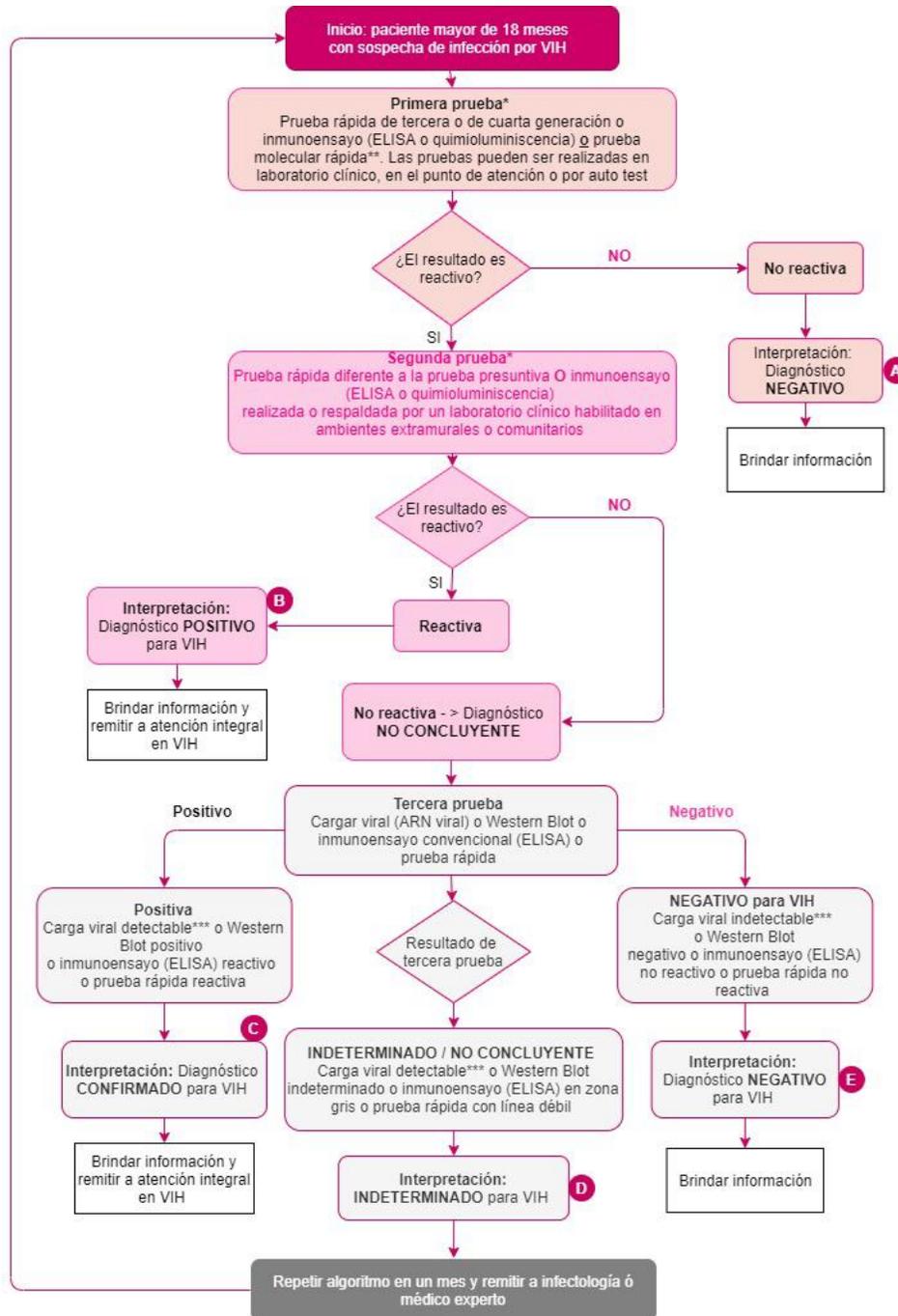
Periodicidad para realizarse prueba diagnóstica:

La recomendación es que las personas se realicen tamizaje al menos una vez en la vida entre los 13 a 64 años. Sin embargo, si una persona que ya se hizo el examen considera que presenta una exposición de riesgo que la pudo llevar a haberse infectado (por ejemplo, una persona que se embaraza, que tiene relaciones sexuales desprotegidas o que tiene nuevas parejas sexuales), debería repetir el examen.

Así mismo, deberían repetir el examen cada seis a 12 meses, aquellas personas con riesgo substancial de infección con VIH, como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, usuarios de drogas inyectables, quienes tienen múltiples parejas sexuales o una pareja que vive con VIH. (Ministerio de Salud y Protección Social -)



ALGORITMO DIAGNÓSTICO

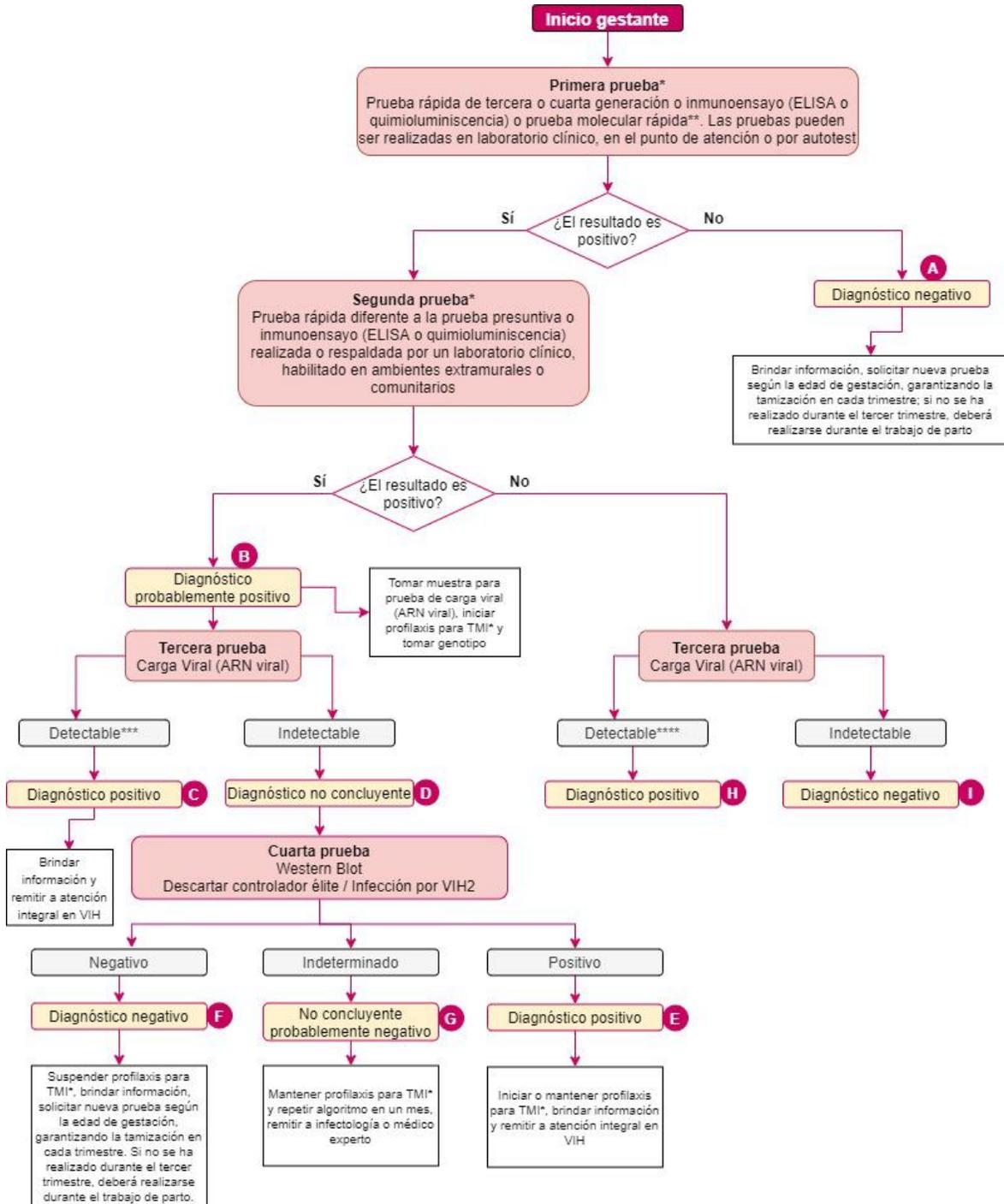


INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DEL ALGORITMO DIAGNÓSTICO

Escenario	Primera prueba ¹	Segunda prueba ²	Tercera prueba ³	Resultado final para VIH	Intervención
A	Resultado no reactivo	-	-	Negativo	Brindar información
B	Resultado reactivo	Resultado reactivo	-	Positivo	Brindar información. Remitir a atención integral en VIH. Notificar al Sivigila.
C	Resultado reactivo	Resultado no reactivo	Positiva	Positivo	Brindar información. Remitir a atención integral en VIH. Notificar al Sivigila.
D	Resultado reactivo	Resultado no reactivo	Indeterminado / No concluyente	Indeterminado	Repetir algoritmo en un mes y remitir a infectología o médico experto.
E	Resultado reactivo	Resultado no reactivo	Negativa	Negativo	Brindar información.



ALGORÍTMO DIAGNÓSTICO PARA GESTANTES



*Profilaxis antirretroviral en anteparto e intraparto (Bolo de zidovudina). Educación sobre reemplazo de la lactancia materna, suministro de tratamiento para inhibición de la lactancia materna, suplementación de fórmula láctea, asesoría y anticoncepción posterior al evento obstétrico y antes del alta hospitalaria. (Ver capítulo de lactancia).



INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DEL ALGORITMO DIAGNÓSTICO EN GESTANTES

Escenario	Primera prueba ¹	Segunda prueba ²	Carga viral ³	Western blot ⁴	Resultado final para VIH	Intervención
A	Negativa	-	-	-	Negativo	Brindar información, solicitar nueva prueba según la edad de gestación, garantizando la tamización en cada trimestre. Si no se ha realizado durante el tercer trimestre, deberá realizarse durante el trabajo de parto
B	Positiva	Positiva	-	-	Probablemente Positivo	Tomar muestra inmediatamente para carga viral y genotipo. Remitir a atención integral de VIH. Iniciar profilaxis para TMI de inmediato. En ningún momento se debe retardar el inicio de la TAR en la gestante. Explicar a la paciente los riesgos y beneficios, baja probabilidad de falsos positivos.
C	Positiva	Positiva	Detectable	-	Positivo	Notificar el caso al Sivigila. Mantener o iniciar profilaxis para TMI. Mantener en atención integral para VIH.
D	Positiva	Positiva	Indetectable	-	No concluyente	Solicitar Western Blot para descartar que sea una paciente controladora élite o con infección por VIH-2. Mantener o iniciar profilaxis para TMI. Mantener en atención integral para VIH.
E	Positiva	Positiva	Indetectable	Positivo	Positivo	Mantener o iniciar protocolo de profilaxis para TMI. Notificar el caso al Sivigila. Mantener en atención integral para VIH. Asegurar que haya tomado muestra para genotipo.
F	Positiva	Positiva	Indetectable	Negativo	Negativo	Brindar información, solicitar nueva prueba según la edad de gestación, garantizando la tamización en cada trimestre. Si no se ha realizado durante el tercer trimestre, deberá realizarse durante el trabajo de parto.
G	Positiva	Positiva	Indetectable	Indeterminado	No concluyente, probablemente negativo	Repetir el algoritmo después del parto. Remitir a especialista para evaluación. Mantener o iniciar profilaxis para TMI hasta evaluación por especialista.
H	Positiva	Negativa	Detectable	-	Positivo	Mantener o iniciar profilaxis para TMI. Notificar el caso al Sivigila. Mantener en atención integral para VIH. Asegurar que haya tomado muestra para genotipo.
I	Positiva	Negativa	Indetectable	-	Negativo	Brindar información. Solicitar nueva prueba según la edad de gestación, garantizando la tamización en cada trimestre. Si no se ha realizado durante el tercer trimestre, deberá realizarse durante el trabajo de parto



ESTRATEGIAS DE SEGUIMIENTO Y RETENCIÓN EN LA ATENCIÓN A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Tener un seguimiento por parte del equipo multidisciplinario para las personas que viven con VIH, es altamente deseable para el logro de los desenlaces en salud en esta población (supresión viral, recuento de CD4, adherencia a la TAR y al programa de atención).

En los casos en que se prevean dificultades para lograr dicho seguimiento, debido a barreras de acceso a los servicios de salud, a circunstancias propias de la pandemia por SARS-CoV-2, es recomendado hacer uso de las tecnologías de comunicación, enmarcadas en estrategias de prestación de servicios en salud como la telesalud para realizar el seguimiento (sin que estas modalidades se configuren como la única forma de atención) y se priorice una consulta presencial mínimo cada 6 meses. El criterio para espaciar las citas presenciales debe considerar el estado clínico de la persona que vive con VIH, priorizando para esta estrategia aquellos que se encuentren estables. La flexibilidad de esta estrategia debe convertirse en una herramienta para mejorar la calidad de vida de las personas y al mismo tiempo cumplir las metas del tratamiento, esto es, mantener la carga viral indetectable y estabilidad clínica.

La normatividad actual respalda el uso de las estrategias de telesalud como un mecanismo para el cumplimiento del derecho fundamental de la salud. El médico general, puede ser un facilitador del acceso a la telesalud, siempre bajo la dirección clínica de un médico experto o médico Infectólogo y cumpliendo con los estándares de calidad y seguridad de la información que refiere la norma vigente.

Dentro de las intervenciones a realizar se debe tener en cuenta:

- Carga viral para VIH.
- Conteo de células CD4, CD8, CD4/CD8, porcentaje CD4.
- Hemograma tipo IV.
- Pruebas imagenológicas (Radiografía de tórax).
- Pruebas de función hepática: Alanino aminotransferasa (ALT), Aspartato aminotransferasa (AST), bilirrubinas y fosfatasa alcalina.
- Pruebas de función renal (tasa de filtración glomerular estimada, creatinina sérica, nitrógeno ureico, uroanálisis).
- Programas de evaluación y seguimiento de riesgo cardiovascular (presión arterial, electrocardiograma, escala de riesgo cardiovascular).
- Evaluación de resistencia a los ART (prueba de resistencia genotípica proteasa o integrasa/mutaciones).
- Prueba de tropismo viral
- Evaluación de coinfecciones (Pruebas para hepatitis A, B y C; infecciones de transmisión sexual: Clamidia, gonococo, herpes II, virus del papiloma humano)



(VPH) citología vaginal o anal, sífilis- prueba serológica: (venereal disease research laboratory) reagina plasmática rápida (VDRL/RPR), prueba para tuberculosis y tamizaje para tuberculosis latente; pruebas para otras infecciosas como toxoplasma, histoplasma, criptococo, y micobacterias; pruebas parasitológicas en presencia de eosinofilia persistente).

- Evaluación de hipersensibilidad de HLA*B 57:01.
- Valoración neurocognitiva (escala).
- Valoración de salud mental (escala).
- Evaluación metabólica (perfil lipídico, glicemia, hemoglobina glicosilada, pruebas tiroideas).
- Perfil óseo (vitamina D, herramienta FRAX, densitometría ósea).
- Valoración por oftalmología.
- Valoración por nutricionista.
- Pruebas de embarazo.
- Valoración por obstetricia de alto riesgo.
- Valoración perinatal.
- Valoración por médico experto.
- Valoración por infectología.
- Valoración por químico farmacéutico.
- Valoración por enfermería.
- Valoración por psicología (evaluación psicosocial y grupo familiar).
- Valoración por trabajo social.
- Valoración por odontología.
- Profilácticos para infecciones oportunistas.
- Tamizaje neoplasias
- Vacunación.
- Adherencia.
- Retención.
- Herramientas y estrategias de telesalud.



TRATAMIENTO

La Terapia Antirretroviral (TAR) es un conjunto de medicamentos que ayudan a tratar la infección con VIH. Generalmente, se combinan dos o tres medicamentos diferentes con diversos tipos de acción. En algunas ocasiones, dos tipos de medicamentos pueden ir combinados en una sola tableta, para que las personas no tengan que tomar tantas píldoras o tabletas.

Los objetivos de la TAR son principalmente suprimir los niveles de VIH del cuerpo por tanto tiempo como sea posible, mejorar la calidad de vida y preservar la disponibilidad de otras alternativas de tratamiento en caso de que la persona con infección por VIH desarrolle eventos adversos o resistencia. También buscan proteger la función del sistema inmune, prevenir la transmisión de la infección a otras personas, y proveer un régimen de tratamiento con el que el paciente se sienta cómodo y que mejore su adherencia (por ejemplo, en términos de número de píldoras, tamaño de la píldora, frecuencia de administración, etcétera).

La recomendación es iniciar la terapia antirretroviral una vez se realiza el diagnóstico de infección con VIH, ya que reduce la mortalidad y las complicaciones. Se han encontrado que existen múltiples ventajas de iniciar el tratamiento antirretroviral antes de que se presente la inmunosupresión, incluidos el alcanzar una expectativa de vida similar a la de la población general y el prevenir la transmisión de la infección a otras personas.

Las embarazadas deben iniciar la TAR para reducir las complicaciones asociadas al SIDA en la madre, así como para reducir el riesgo de transmitir la infección al bebé durante el embarazo, en el momento del parto o la lactancia.

La TAR se debe tomar por el resto de la vida. Las personas que suspenden la TAR pueden presentar un incremento en la carga viral (cantidad de virus en el cuerpo) y una reducción en los niveles de CD4 (los cuales indican qué tan saludable está el sistema inmune).

la TAR es segura, sin embargo, como todos los medicamentos, estos tienen algunos efectos secundarios indeseables (efectos adversos), que pueden ser más o menos importantes según el medicamento y varían de una persona a otra. En algunas personas pueden no presentarse y en otras pueden ser muy considerables. La frecuencia de estos es muy baja y si hay alguna contraindicación, es necesario que sea discutida con el médico tratante, para poder tomar la mejor decisión en relación con la terapia antirretroviral.



Recomendaciones:

- La TAR es un tratamiento para toda la vida, ya que la infección por VIH aún no tiene cura. Por lo tanto, una vez lo inicia, debe tomarse todos los días por el resto de la vida.
- No debe saltarse dosis o dejar de tomarla, ya que podría dejar de funcionar.
- Aunque es fácil tomar la mayoría de los medicamentos, estos pueden tener eventos adversos. Se debe informar al médico tratante sobre los problemas que se tengan con el consumo de la TAR, para evaluar alternativas de tratamiento. (Ministerio de Salud y Protección Social -)



REGÍMENES DE PREFERENCIA PARA INICIO Y CAMBIO DE TAR

*Carga viral indetectable: valores de ARN VIH-1 inferior al límite de detección de la prueba de carga viral.

Tabla 1. Regímenes de preferencia para inicio de terapia antirretroviral según escenarios clínicos específicos o comorbilidades

Comorbilidad o presencia de factores de riesgo	Régimen recomendado	Régimen no recomendado	Comentarios
Riesgo cardiovascular elevado (Framingham >10%, ACC/AHA > 7.5%)	(RAL o DTG o BIC o DOR + (TDF/3TC o TDF/FTC o TAF/FTC o 3TC).	DRV/r, regímenes con ABC, incluyendo DTG/ABC/3TC	No se contraindica el uso de regímenes con EVG/c si no se documentan interacciones medicamentosas con el cobicistat.
Dislipidemias (colesterol LDL o triglicéridos elevados)	(RAL o DTG o BIC) + (TDF/3TC o TDF/FTC o TAF/FTC o 3TC).	EFV, IP/r (especialmente LPV/r)	No se contraindica el uso de regímenes con EVG/c monitorizando periódicamente los lípidos.
Diabetes mellitus	(RAL o DTG o BIC o EVG/c o DOR) + (TDF/3TC o TDF/FTC, TAF/FTC o 3TC o ABC/3TC).	LPV/r	Un aumento importante de peso asociado a un inhibidor de integrasa con o sin TAF puede asociarse a diabetes o pre-diabetes. En pacientes con DTG y metformina debe considerarse reducción de dosis de metformina a 1000 mg máximo al día (FDA)
Osteopenia, osteoporosis	(RAL o DTG o BIC o DOR) + TAF/FTC o EVG/c/TAF/FTC o terapia dual con DTG/3TC	TDF +/- IP/r	La combinación de TDF + IP/r aumenta el riesgo de osteoporosis. Ver guía colombiana de osteoporosis
Insuficiencia renal, tubulopatía, síndrome de Fanconi	(RAL o DTG o BIC) + (TAF/FTC o 3TC) o EVG/c/TAF/FTC.	TDF +/- IP/r	La combinación de TDF + IP/r aumenta el riesgo de compromiso renal. El uso de DTG se asocia con frecuencia con incremento en



			los niveles de creatinina hasta en un 15% sin compromiso real de la función renal.
Hepatotoxicidad	(RAL o DTG o BIC) + (TDF/3TC o TDF/FTC, TAF/FTC o 3TC).	EFV, NVP, IP/r	
Alteraciones neurocognitivas o neuropsiquiátricas	(RAL o DTG o BIC) + (TDF/3TC o TDF/FTC, TAF/FTC o 3TC), EVG/c	EFV	
Coinfección con hepatitis B	(RAL o DTG o BIC) + (TDF/FTC o TAF/FTC), o EVG/c o DOR	3TC como único análogo	
Coinfección con hepatitis C	(RAL o DTG o BIC) + (TAF/FTC o ABC/3TC o 3TC).	TDF con el uso de sofosbuvir	Sofosbuvir incrementa niveles de TDF 30-80%
Tuberculosis activa (en tratamiento con rifampicina)	EFV/TDF/FTC o (RAL o DTG + TDF/FTC o ABC/3TC)	DOR, BIC, IP con o sin ritonavir, coformulaciones con cobicistat.	DTG y RAL requieren doble dosis.
Tuberculosis latente en tratamiento con rifapentina	EFV/TDF/FTC o (RAL o DTG + TDF/FTC o ABC/3TC)	Doravirina, bicitegravir, inhibidores de proteasa con o sin ritonavir, coformulaciones con cobicistat.	No se requiere incrementar dosis de RAL o DTG

3TC: Lamivudina, ACC/AHA: American College of Cardiology and American Heart Association, ABC: Abacavir, BIC: Bictegravir, DOR: Doravirina, DTG: Dolutegravir, DRV/r: Darunavir/ritonavir, EFV: Efavirenz, EVG/c: Elvitegravir/cobicistat, Colesterol LDL: Colesterol de baja densidad, FTC: Emtricitabina, IP/r: Inhibidor de proteasa/ritonavir, LPV/r: Lopinavir/ritonavir, RAL: Raltegravir, TAF: Tenofovir alafenamida, TDF: Tenofovir disoproxil fumarato.

Tabla 2. Regímenes de preferencia para cambio de terapia antirretroviral por presencia de efectos adversos o toxicidad

Fármaco asociado al efecto adverso	Efectos adversos	Factores de riesgo	Cambio preferido
Abacavir (ABC)	Reacción de hipersensibilidad (exantema), náuseas, diarrea (raras)	Presencia de HLA-B*5701	Contraindicado en pacientes con HLA-B*5701 positivo. Sustituir con TDF o



			TAF en combinación con 3TC o FTC, o terapia dual con DTG/3TC.
	Incremento de enfermedad isquémica de miocardio o trombótica cerebral	Riesgo mayor en pacientes con factores de riesgo cardiovascular tradicionales combinados o un puntaje en la ecuación de Framingham ≥ 10 o ACC/AHA > 7.5 ⁽¹⁾	Usar con precaución, evaluar riesgo-beneficio. Sustituir con TDF o TAF en combinación con 3TC o FTC.
Atazanavir con ritonavir (ATV/r)	Ictericia por hiperbilirubinemia indirecta	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad hepática subyacente • Coinfección con virus de la hepatitis B o C • Uso concomitante de medicamentos hepatotóxicos 	Cambiar esquema a ABC/3TC + ATV 400 mg/d sin ritonavir si no hay contraindicaciones o fallas virológicas previas, o por DRV/r o un régimen con inhibidor de integrasa, si la ictericia es inaceptable para el paciente.
	Anormalidades electrocardiográficas (prolongación de intervalo PR)	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad preexistente de conducción • Uso concomitante de otros medicamentos que prolonguen el intervalo PR 	Considerar DRV/r o cambio a régimen con inhibidor de integrasa.
	Nefrolitiasis o colelitiasis	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocidos • Se puede relacionar con antecedente de nefrolitiasis y colelitiasis. 	Se recomienda continua hidratación, se sugiere no emplearlo en pacientes con historia de litiasis renal o colelitiasis y considerar otro inhibidor de proteasa, como DRV/r, o un régimen con inhibidor de integrasa.



	Osteopenia u osteoporosis o FRAX >3%,	Mayor riesgo en mayores de 50 años, mujeres post-menopáusicas, historia personal o familiar de fracturas, alcoholismo, tabaquismo, uso crónico de esteroides, en regímenes que incluyen TDF, puntaje FRAX elevado o DMO con t-score inferior a - 1.5.	Cambiar TDF por TAF y considerar cambio de ATV/r por régimen con inhibidor de integrasa.
	Disminución de la filtración glomerular	Mayor riesgo en combinación con TDF	Cambiar TDF por TAF y considerar cambio de ATV/r por régimen con inhibidor de integrasa.
	Interacciones medicamentosas	Asociado a ritonavir tanto a inhibición como inducción de las vías metabólicas del CYP 450	Si no es posible modificar el agente sustrato de la interacción, cambiar a DRV/c, si la interacción es por inducción no por inhibición del CYP450, de lo contrario cambiar a un régimen con inhibidor de integrasa. Como alternativa, considerar RPV/TDF (TAF)/FTC con un perfil menor de interacciones.
BIC/TAF/FTC	Incremento significativo de peso (inaceptable para el paciente)	Riesgo mayor con el uso combinado de TAF	Si no hay mejoría con cambios de estilo de vida (dieta y ejercicio) luego de 3-6 meses: cambiar por régimen con RPV o DOR.
DRV/r	Brote cutáneo	Alergia a sulfonamidas	Considerar la sustitución por otro inhibidor de proteasa, excepto FPV/r, o un



			régimen con inhibidor de integrasa
	Incremento de enfermedad isquémica de miocardio o trombótica cerebral)	Riesgo mayor en pacientes con factores de riesgo cardiovascular tradicionales combinados o un puntaje en la ecuación de Framingham ≥ 10 o ACC/AHA > 7.5 (1)	Usar con precaución, evaluar riesgo-beneficio. Sustituir con un régimen basado en inhibidor de integrasa.
	Interacciones medicamentosas	Asociado a ritonavir tanto a inhibición como inducción de las vías metabólicas del CYP 450	Si no es posible modificar el agente sustrato de la interacción, cambiar a DRV/c, si la interacción es por inducción no por inhibición del CYP450, de lo contrario cambiar a un régimen con inhibidor de integrasa. Como alternativa, considerar RPV/TDF (TAF)/FTC con un perfil menor de interacciones.
DTG	Incremento significativo de peso (inaceptable para el paciente)	Mayor riesgo en combinación con TAF	Si no hay mejoría con cambios de estilo de vida (dieta y ejercicio) luego de 3-6 meses: cambiar por régimen con RPV o DOR.
	Efectos adversos neuro-psiquiátricos (especialmente cefalea, insomnio)		Cambiar por régimen con otro inhibidor de integrasa (RAL, EVG/c o BIC)
DOR	Brote cutáneo		Cambiar por IP/r como ATV/r o DRV/r, o un régimen con inhibidor de integrasa. No se recomienda cambio por EFV, NVP, RPV o ETR.



Efavirenz (EFV)	Efectos sobre el sistema nervioso central (sueños anormales, depresión o confusión mental), mareo, psicosis, ideación suicida, baja concentración.	<ul style="list-style-type: none"> • Historia de enfermedad psiquiátrica, como depresión u otros. • Uso de medicamentos psiquiátricos. • Incremento de concentraciones plasmáticas del EFV. 	Los síntomas como somnolencia y vértigo usualmente remiten o disminuyen a las 2-4 semanas. Su administración antes de dormir puede reducir los síntomas, así como tomarlo con el estómago vacío. Si el efecto secundario no mejora, cambiar por régimen con RPV, DOR o inhibidor de integrasa.
	Dislipidemia (incremento en niveles de colesterol LDL o triglicéridos)	Riesgo mayor en pacientes con factores de riesgo cardiovascular tradicionales combinados o un puntaje en la ecuación de Framingham ≥ 20 o ACC/AHA >7.5 (1)	Si no hay mejoría con cambios de estilo de vida (dieta y ejercicio) luego de 3-6 meses: cambiar por régimen con RPV, DOR o inhibidor de integrasa.
	Reacción de hipersensibilidad, síndrome de Stevens-Johnson	Factores de riesgo desconocidos	Cambiar por IP/r como ATV/r, DRV/r, o un régimen con inhibidor de integrasa. No se recomienda cambio por NVP, RPV, ETR o DOR.
	Ginecomastia en hombres	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocidos • Puede mejorar espontáneamente. 	Si no remite en forma espontánea, cambiar por IP/r (DRV/r) o régimen con inhibidor de integrasa.
Elvitegravir con cobicistat (+TDF/FTC o TAF/FTC)	Alteraciones gastrointestinales	Asociados más a cobicistat	Considerar cambiar solo si no mejora con manejo sintomático, a un régimen con otro inhibidor de integrasa (RAL, DTG o BIC).
	Interacciones medicamentosas	Asociadas a cobicistat o TAF	Considerar cambio cuando la interacción es significativa y genera riesgo de toxicidad, a un



			régimen con otro inhibidor de integrasa (RAL, DTG o BIC).
Emtricitabina (FTC)(*)	Ver lamivudina (3TC)		
Etravirina (ETR)	Brote cutáneo, síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica, aunque menos que NVP	Desconocido	Cambiar por IP/r como ATV/r o DRV/r, o un régimen con inhibidor de integrasa. No se recomienda cambio por EFV, NVP, RPV, o DOR.
Lamivudina (3TC)	Los efectos secundarios son inusuales.		
Lopinavir con ritonavir (LPV/r)	Dislipidemia (incremento en niveles de colesterol LDL o triglicéridos)	Riesgo mayor en pacientes con factores de riesgo cardiovascular tradicionales combinados o un puntaje en la ecuación de Framingham ≥ 20 o ACC/AHA >7.5 (1)	Si no hay mejoría con medidas no farmacológicas (dieta y ejercicio) luego de 3-6 meses: cambiar por régimen con RPV o DOR, si no hay historia de falla o toxicidad asociados a INNTR, o con inhibidor de integrasa
	Anormalidades electrocardiográficas (prolongación del intervalo PR y QT, torsades de pointes)	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad preexistente de conducción AV • Uso concomitante de otros medicamentos que puedan prolongar el intervalo PR 	Evitar su uso en estos pacientes o usar con precaución. Considerar cambio a DRV/r o a un régimen con inhibidor de integrasa, como alternativa RPV/TDF(ó TAF)/FTC si no hay historia de falla o toxicidad asociados a INNTR.
	Hepatotoxicidad	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad hepática subyacente • Coinfección con virus de la hepatitis B o C • Uso concomitante de medicamentos hepatotóxicos 	Considerar cambio a DRV/r o régimen basado en inhibidor de integrasa (RAL o DTG o BIC o EVG/c), descartando riesgo de interacciones medicamentosas, por ejemplo, con TDF y sofosbuvir.



	Lipodistrofia o síndrome metabólico, dislipidemia o diarrea grave	Evaluar factores de riesgo al inicio y periódicamente.	Evaluar opciones terapéuticas o cambiar por un inhibidor de proteasa con menor impacto en lípidos como DRV/r o inhibidor de integrasa.
	Diabetes mellitus, resistencia a insulina		
	La diarrea es relativamente más frecuente que con otros IP.	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocidos • Puede mejorar en forma espontánea. 	Considerar la relación con los alimentos; si es inaceptable, cambiar por ATV/r o DRV/r o un inhibidor de integrasa.
	Interacciones medicamentosas	Asociado a ritonavir tanto a inhibición como inducción de las vías metabólicas del CYP 450	Si no es posible modificar el agente sustrato de la interacción, cambiar a DRV/c, si la interacción es por inducción no por inhibición del CYP450, de lo contrario cambiar a un régimen con inhibidor de integrasa. Como alternativa, considerar RPV/TDF(TAF)/FTC con un perfil menor de interacciones y se descarta la interacción.
Maraviroc (MVC)	Los efectos secundarios son inusuales.		
Nevirapina (NVP)	Hepatotoxicidad	Enfermedad hepática subyacente	No cambiar por EFV, se recomienda cambiar a un inhibidor de proteasa o de integrasa.
		<ul style="list-style-type: none"> • Coinfección con hepatitis B o C. • Uso concomitante de medicamentos hepatotóxicos. • Es más frecuente en mujeres con linfocitos T CD4 >250 células/ml o 	Se contraindica la NVP en pacientes con insuficiencia hepática grave (Child-Pugh B o C). Se ha observado falla hepática en pacientes sin infección por VIH que han recibido NVP



		en hombres con CD4 >400 células/ml.	para profilaxis después de exposición. No usar NVP en esta indicación. No se recomienda en mujeres con LT CD4>250 células/ml o en hombres con CD>400 células/ml.
	Brote severo de piel y reacción de hipersensibilidad (síndrome de Stevens-Johnson)	Primer mes de tratamiento (si no se usa 'lead-in' o dosis escalonada)	Cambiar por IP/r como ATV/r o DRV/r, o un régimen con inhibidor de integrasa. No se recomienda cambio por EFV, RPV, ETR o DOR.
Raltegravir (RAL)	Rabdomiólisis, miopatía, mialgia	Uso concomitante de medicamentos que incrementan el riesgo de miopatía o rabdomiólisis	Considerar fármacos de otras clases, como IP/r, INNTR o MVC.
	Depresión, somnolencia, vértigo, cefalea (raros)	Individuales	Rara vez la somnolencia y el vértigo no son tolerables.
	Reportes de Steven Johnson/ necrosis epidérmica tóxica	Raros	Cambiar a otras alternativas como INTR, IP/r o MVC.
Rilpivirina/TDF/FTC	Brote cutáneo	Menos frecuente que con EFV	Cambiar por IP/r como ATV/r o DRV/r, o un régimen con inhibidor de integrasa. No se recomienda cambio por EFV, NVP, RPV, ETR o DOR.
	Insomnio, ansiedad, depresión	Menos frecuente que con EFV	Cambio a regímenes con DOR, ETV o con inhibidores de integrasa.
Rilpivirina/TAF/FTC	Brote cutáneo	Menos frecuente que con EFV	Cambiar por IP/r como ATV/r o DRV/r, o un régimen con inhibidor de integrasa. No se recomienda cambio por EFV, NVP, RPV, ETR o DOR.



	Insomnio, ansiedad, depresión	Menos frecuente que con EFV	Cambio a regímenes con DOR, ETV o con inhibidores de integrasa.
Tenofovir disoproxil fumarato (TDF)	Disfunción tubular renal, síndrome de Fanconi, aumento de la creatinina sérica, proteinuria, glucosuria	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad renal subyacente. • Edad mayor de 60 años. • IMC < 18,5 (o peso < 50 kg) 	Vigilar la función renal de acuerdo con las recomendaciones. Sustituir el TDF por TAF (con FTC, coformulado o no con EVG/c o BIC o DRV/c) o cambiar a terapia con inhibidor de integrasa RAL o DTG con ABC/3TC o terapia dual con DTG/3TC.
	Desmineralización	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus Hipertensión no tratada. • Uso concomitante de didanosina y medicamentos nefrotóxicos o IP potenciados. 	Cambiar a ABC o AZT o una opción de otra clase terapéutica si hay progresión u osteoporosis. Evaluar historia de falla virológica antes de hacer el cambio.
Tenofovir alafenamida (TAF)	Incremento en lípidos, colesterol LDL o triglicéridos	Riesgo mayor en pacientes con factores de riesgo cardiovascular tradicionales combinados o un puntaje en la ecuación de Framingham ≥ 20 o ACC/AHA > 7.5 (1).	Si no hay mejoría con medidas no farmacológicas (dieta y ejercicio) luego de 3-6 meses: cambiar por régimen con TDF o terapia dual con dolutegravir/3TC.
	Incremento significativo de peso (inaceptable para el paciente)	Mayor riesgo en uso combinado con inhibidores de integrasa, principalmente dolutegravir.	
Zidovudina (ZDV)	Se recomienda no continuar uso de ZDV/3TC en ningún paciente a menos que no haya otra alternativa posible, para la prevención de toxicidad asociada aguda o crónica.		Sustituir por TDF/FTC o TDF/3TC o TAF/FTC o ABC/3TC.
	Anemia, neutropenia	Anemia de base o neutropenia	



	Lipodistrofia, dislipidemia (Incremento de LDL y TG)	Evaluar factores de riesgo al inicio y periódicamente.	Cambio en dieta y estilo de vida, sustituir por TDF/FTC o TDF/3TC o TAF/FTC o ABC/3TC.
	Esteatosis, miopatía o elevación de CPK, acidosis láctica o hepatomegalia grave	Mujeres y pacientes obesos LT CD4 \leq 200 células/mm ³	Sustituir por TDF/FTC o TDF/3TC o TAF/FTC o ABC/3TC.

3TC: Lamivudina, ACC/AHA: American College of Cardiology and American Heart Association, ABC: Abacavir, ATV: Atazanavir, ATV/r: Atazanavir/ritonavir, AZT: Zidovudina, BIC: Bictegravir, Colesterol LDL: Colesterol de baja densidad, CPK: Creatinina fosfoquinasa, CYP 450: Citocromo P450, DMO: Densitometría ósea, DOR: Doravirina, DTG: Dolutegravir, DRV/c: Darunavir/cobicistat, DRV/r: Darunavir/ritonavir, EFV: Efavirenz, ETF: Etravirina, EVG/c: Elvitegravir/cobicistat, FPV/r: Fapinavir/ritonavir, FRAX: Riesgo de fracturas por fragilidad ósea, FTC: Emtricitabina, IMC: Índice de masa corporal, INTR: Inhibidores nucleósido(s) de transcriptasa reversa, INNTR: Inhibidores no nucleósidos de transcriptasa reversa, IP/r: Inhibidor de proteasa/ritonavir, LPV/r: Lopinavir/ritonavir, LT CD4: Linfocitos T CD4, MVC: Maraviroc, NVP: Nevirapina, RAL: Raltegravir, RPV: Rilpivirina, TAF: Tenofovir alafenamida, TDF: Tenofovir disoproxil fumarato, TG: Triglicéridos

Fuente: Elaboración propia

Razones más frecuentes por las cuales puede cambiar la TAR que está recibiendo la persona que vive con VIH:

1. Porque la TAR no está reduciendo la carga viral (fracaso virológico):

El médico tratante debe descartar primero, si el paciente se está tomando la TAR de manera apropiada. En ocasiones posponen la TAR o evita tomar algunas dosis del medicamento porque presenta eventos adversos. Es posible que olvide tomar la TAR. Si está tomando el medicamento de acuerdo con lo indicado, el médico evaluará si la falla es debido a resistencia del VIH, significa que el medicamento ya no es efectivo para reducir la carga viral. Con base en un estudio de resistencia el médico considerará la TAR alternativa para el paciente.

2. Presencia de eventos adversos intolerables



PRUEBAS ESPECÍFICAS DE VIH

Intervención	Primera valoración	Frecuencia de seguimiento	Al inicio de la terapia antirretroviral	2 meses después de iniciar terapia antirretroviral	Comentarios
ARN cuantitativo del VIH (carga viral)	x	Cada seis meses	x	x	Además, ante sospecha de fracaso virológico repetirla a los 30 días y no más de 60 días de la medición anterior.
Conteo de linfocitos T CD4 y porcentaje de CD4	x	Cada seis meses	x		
Relación de CD4/CD8	x	Cada seis meses	x		

PARACLÍNICOS DURANTE EL INICIO Y SEGUIMIENTO DE ATENCIÓN A PERSONAS VIVIENDO CON VIH.

Intervención	Primera valoración	Frecuencia de seguimiento	Al inicio de la terapia antirretroviral	2 meses después de iniciar terapia antirretroviral	Comentarios
Electrocardiograma		En presencia de riesgo cardiovascular alto (puntaje ≥ 20 en la ecuación de Framingham) o según criterio clínico			
Radiografía de tórax		En personas con cualquier síntoma respiratorio a criterio clínico.			
Aspartato aminotransferasa (AST)	x	Cada seis meses	x		Además, a criterio médico de acuerdo al seguimiento requerido por medicamentos hepatotóxicos o





Intervención	Primera valoración	Frecuencia de seguimiento	Al inicio de la terapia antirretroviral	2 meses después de iniciar terapia antirretroviral	Comentarios
					indicaciones clínicas específicas.
Alanina aminotransferasa (ALT)	x	Cada seis meses	x		Además, a criterio médico de acuerdo al seguimiento requerido por medicamentos hepatotóxicos o indicaciones clínicas específicas.
Bilirubinas	x	Según criterio médico	x		Si hay la necesidad de evaluar adherencia a atazanavir puede ser una herramienta útil (basado en consenso de expertos).
Fosfatasa alcalina	x	Cada seis meses	x		Además, a criterio médico de acuerdo a necesidad.
Creatinina sérica, depuración de creatinina estimada (CKD-EPI o MDRD) y uroanálisis	x	Cada seis meses	Al inicio o al modificar el tratamiento antirretroviral	x	En personas con tratamiento con tenofovir disoproxil fumarato o atazanavir, tomar a los 60 días luego del inicio, luego cada seis meses. Ampliar estudios de función renal a criterio médico con las variaciones de creatinina mayores a 0.3mg/dL con relación a las basales en pacientes que inician Tenofovir disoproxil fumarato, Cobicistat, Atazanavir, Dolutegravir o Lopinavir/ritonavir. Se sugiere utilizar de forma consistente un único método de determinación de la depuración de creatinina (CKD-EPI o MDRD)
Cuadro hemático completo (leucocitos, hemoglobina, hematocrito, plaquetas)	x	Cada seis meses	Al inicio o al modificar el tratamiento antirretroviral	x	
Perfil lipídico (colesterol)	x		Al inicio o al modificar el	x	Se puede tomar en ayunas o sin ayunas). En el caso de



Intervención	Primera valoración	Frecuencia de seguimiento	Al inicio de la terapia antirretroviral	2 meses después de iniciar terapia antirretroviral	Comentarios
total, LDL, HDL y triglicéridos)		Cada seis meses	tratamiento antirretroviral		tomar sin ayunas, el laboratorio puede remitir una nota para interpretación del médico.
Hormona estimulante de la tiroides (TSH)	x	Cada año			Con mayor frecuencia según criterio médico
Glucemia basal	x	Cada año si el resultado previo es normal	Al inicio o al modificar el tratamiento antirretroviral		Se recomienda realizar glucemia basal. En aquellos en caso en los que no se puede hacer en ayunas, el laboratorio también puede hacer la medición de glucemia y escribir una nota para interpretación del médico. Cada seis meses en pacientes con inhibidores de proteasa; anual en todos los demás. El manejo de la diabetes debe hacerse según el criterio del médico tratante y de acuerdo con las guías de manejo. En pacientes diabéticos incluir HbA1c (hemoglobina glicosilada).
Evaluación de riesgo cardiovascular (Framingham)	Al inicio o al modificar el tratamiento antirretroviral	Cada año			
Densitometría ósea		Seguir recomendaciones para la población general		Seguir recomendaciones en población general (mayores de 50 años y posmenopáusicas)	Adicionalmente, cada dos años si hay progresión de enfermedad o en los resultados de la densitometría, o valor de CD4 bajo (menos de 200 células/ mm ³), o uso de tenofovir y a criterio médico de acuerdo a la condición de las personas. Determinar el riesgo mediante la ecuación FRAX (sin densitometría) en mayores de 40 años y ante presencia de factores de riesgo





TAMIZACIÓN DE OTRAS COINFECCIONES Y EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH

Intervención	Primera valoración	Frecuencia de seguimiento	Después de iniciar terapia antirretroviral	Comentarios
<p>Antígeno de superficie virus de la hepatitis B (Ag SHB);</p> <p>Anticuerpos anti-HBs (Ac SHB);</p> <p>Anticuerpos anti-core (IgG Ac CHB)</p>	x	<p>Si Ag SHB (-) y Ac SHB (-), repetir cada año y según conductas de riesgo.</p>	<p>Si Ag SHB (-) y Ac SHB (-), repetir cada año en no respondedores a la vacunación y según conductas de riesgo.</p> <p>Vacunado que no responden: seguimiento con todas las pruebas.</p> <p>Con VHB previo y Ac SHB menor de 100 UI/mL: seguimiento con Ag SHB únicamente.</p>	<p>-Personas con anti-Ac SHB mayor de 100 UI/ ml no necesitan nuevos exámenes periódicos de Ag SHB /Ac CHB.</p> <p>- Personas con Ac anticore aislado: Vacunar con una dosis HBV y evaluar Ac SHB previa remisión a infectología.</p> <p>- Realizar Acs SHB postvacuna máximo dos meses después de la última dosis.</p> <p>En personas vacunadas con respuesta (Ac SHB mayor de 10) y con exposición de riesgo (relaciones sexuales sin protección) se recomienda hacer seguimiento con anticuerpos, si anticuerpos Ac SHB mayor de 100 UI/mL no requiere refuerzo. Si anticuerpos Ac SHB menor de 100 UI/mL sí requiere refuerzo de vacunación (una dosis).</p> <p>Toda persona con infección crónica por VHB y VHC y/o con cualquier hepatopatía debe ser vacunada para VHA.</p>
<p>Anticuerpos contra hepatitis C (Ac VHC)</p>	x	<p>Si es negativa: cada año, según conductas de riesgo cada 6 meses (por ejemplo, usuarios de drogas por vía endovenosa)</p>		<p>En caso de Ac positivos se realiza carga viral para VHC. La evaluación debe hacerse acorde a las Guías vigentes.</p>
<p>Anticuerpos IgG o totales contra hepatitis A</p>	x	<p>Si es negativa: vacunar.</p>		<p>Ofrecer vacunación para hepatitis A en estos grupos de riesgo: personas que referan sexo anal, contacto oro-anal coinfección con hepatitis B o C, presencia de hepatopatías crónicas o en caso de epidemia.</p>



Intervención	Primera valoración	Frecuencia de seguimiento	Después de iniciar terapia antirretroviral	Comentarios
Prueba treponémica rápida y según resultado prueba no treponémica (VDRL o RPR)	x	Cada año. Si existen factores de riesgo o antecedentes de sífilis repetir cada seis meses. Si la prueba treponémica previamente es positiva, hacer seguimiento sólo con pruebas no treponémicas		Tamizar con prueba treponémica rápida y, si es positiva, solicitar prueba no treponémica para confirmar. Si la tamización es con prueba no treponémica, confirmar con prueba treponémica.
Tamizaje para (VPH) anogenital (hombre/ mujer) /citología vaginal (mujer)	x	Cada año si la primera está alterada o existen factores de riesgo.	Cada año si la primera está alterada o existen factores de riesgo.	Se consideran factores de riesgo para infección por VPH: múltiples parejas sexuales, sexo sin protección, presencia de condilomatosos anal o genital.
Antígeno contra criptococo (látex)	Si los Linfocitos T CD4 son inferiores a 100 células/mm ³	Cada año o a criterio clínico, si los LT CD4 son inferiores a 100 células/mm ³		En zonas de alta endemividad el punto de corte de CD4 es de menos de 200. Implementación: las pruebas rápidas en el punto de atención facilitan un diagnóstico temprano y ayuda en la toma de decisiones del inicio de TAR.
IgG toxoplasma	Si los LT CD4 son inferiores a 100 células/mm ³			En pacientes con IgG negativa considerar repetir según criterio médico cuando haya clínica o factores de riesgo (consume comidas crudas o mal cocidas).
Antígeno urinario para Histoplasma	Al ingreso a todos con CD4 menor a 50 células/mm ³ y según criterio clínico.			
Tamización para tuberculosis	x	Cada año si el resultado previo es negativo		- Prueba de taización es la PPD (tuberculina o prueba de Mantoux), se considera positiva si la induración es igual o superior a 5 mm. -Booster o repetición de la PPD cuando el resultado inicial es negativo: no realizarlo de manera rutinaria, repetir únicamente en pacientes con CD4 de menos de 200 células/mm ³ ya que al



Intervención	Primera valoración	Frecuencia de seguimiento	Después de iniciar terapia antirretroviral	Comentarios
				<p>estar con inmunodepresión severa un valor negativo no es confiable.</p> <p>-Incluir nuevas tecnologías en el país como IGRA con indicación médica.</p> <p>-En cada valoración por médico o enfermera se deben hacer las 4 preguntas de tamizaje (tos, fiebre, pérdida de peso y sudoración nocturna).</p> <p>-Adicionalmente estudiar tuberculosis para personas sintomáticas (4 preguntas).</p> <p>-Seguir algoritmos de TB latente y TB activa vigentes.</p>

INDICACIONES Y ESQUEMAS DE MEDICAMENTOS PARA PROFILAXIS EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA PARA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS.

Infección oportunista	Indicación	Esquema	Alternativa
Tuberculosis	En personas con prueba de tuberculina positiva, IGRA positivo, contacto cercano.	<p>Según disponibilidad y criterio clínico alguno de los siguientes dos esquemas:</p> <p>1- Isoniazida administrada diariamente por 6 meses. Dosis 5 mg Kg/día, dosis máxima diaria 300 mg. *Adicionar Piridoxina 50 mg/día.</p> <p>2- Rifapentina más Isoniazida administrada semanalmente bajo supervisión por 3 meses a las siguientes dosis:</p> <p>-Isoniazida: (Tab 100 o 300 mg) De 12 años o más: 15mg /kg/día con dosis máxima de</p>	<p>Esquema alternativo (solo para pacientes con CD4 mayor de 250 células/mm³): rifapentina + isoniazida administrado diariamente por UN (1) mes a las siguientes dosis:</p> <p>-Rifapentina: 30 a 34.9 kg: 300 mg 35 a 44.9 kg: 450 mg 45 kg o más: 600 mg</p> <p>-Isoniazida: (Tab 300 o 100 mg) De 12 años o más : 300 mg *Adicionar piridoxina 50 mg/día</p>



		900 mg/día -Rifapentina (Tab 150 mg): 10.0-14.0 kg = 300 mg 14.1-25.0 kg = 450 mg 25.1-32.0 kg = 600 mg 32.1-50.0 kg = 750 mg > 50 kg = 900 mg (dosis máxima/día)	
Criptococosis	Recuento de CD4 inferior a 200 células/mm ³	Fluconazol 200 mg tres veces por semana.	Itraconazol 200 mg al día por contraindicación de fluconazol
Toxoplasmosis	IgG positiva con recuento inferior a 200 c/mL CD4 o con sospecha clínica de inmunodeficiencia avanzada o con enfermedad indicadora de SIDA.	trimetoprim 160 mg / sulfametoxazol 800 mg; una tableta dos veces a la semana., 2 días por semana 160/800 mg/día	TMP/SMX 160/800 mg tres veces por semana. Dapsona 50 mg diario + (Pirimetamina 50 mg+ Ácido fólico 25 mg) VO semanal (BI), o, (Dapsona 200 mg +Pirimetamina 75 mg +Ácido fólico 25 mg) VO semanal (BI). Nota (aplica para todas las profilaxis que incluyen TMP-SMX): Para todos los casos en donde hay hipersensibilidad (alergia) a TMP SMX se sugiere hacer desensibilización a este medicamento.
Complejo Mycobacterium Avium (MAC)	No se recomienda excepto en: Personas con CD4 de menos de 50 celulas/ mm ³ con carga viral detectable (>200 copias/mL) o que no vayan a iniciar TAR en las próximas 4 semanas, hasta CD4 >100 por más de tres meses.	En personas con la indicación según la recomendación: Azitromicina: 1200 mg una vez a la semana	En personas con la indicación según la recomendación: Clarithromicina - 500 mg dos veces al día
Pneumocystosis	Se recomienda como criterios para iniciar la profilaxis primaria para PCP a toda persona infectada con VIH incluyendo embarazadas, con o sin tratamiento antirretroviral y una de las siguientes: - Recuento de CD4 menor de 200 células / mm ³ (AI). - Candidiasis orofaríngea. - Linfocitos T CD4 con porcentaje menor de 14% - Antecedente de	TMP/SMX, 1 tableta 160/800 mg VO diaria (AI), o, TMP/SMX, 1 tableta 80/400 mg VO diaria (AI). Se recomienda como criterios para suspender la profilaxis primaria de la PCP el aumento de recuento de CD4 a 200 o más células/ mm ³ durante al menos 3 meses en respuesta a la terapia antirretroviral (AI) o Recuento de CD4 entre 100	* TMP-SMX 1 tableta 160/800 MG tres veces a la semana (BI) o - Dapsona 100 mg VO diarios o 50 mg cada 12 horas



	enfermedad definitiva de SIDA no clasificada	a 200 células/ mm ³ + carga viral indetectable durante al menos 3 meses en respuesta a la terapia antirretroviral.	
Candidiasis	No se recomienda profilaxis para candidiasis		
CMV	No se recomienda profilaxis para CMV		
Histoplasmosis	CD4 menor de 150 células/ mm ³ y en alto riesgo debido a exposición ocupacional o residencia en una comunidad con una tasa hiperendémica de histoplasmosis (> 10 casos / 100 pacientes-año)	Itraconazol 200 mg/día VO en solución oral	

CARACTERÍSTICAS DE LOS MEDICAMENTOS RECOMENDADOS PARA PROFILAXIS DE OPORTUNISTAS

Medicamento	comercializados en Colombia	Indicación	Financiamiento	Formas farmacéuticas/ concentraciones
Fluconazol	Sí	Criptococosis, incluyendo meningitis e infecciones en otros sitios (pulmonar etc..)	Financiado con recursos de la UPC	Disponibles varias presentaciones (inyectable, formas sólidas orales, líquidas orales)
Itraconazol	Sí	Tratamiento de la candidiasis esofágica y oral	No es financiado por la UPC	Disponible en varias presentaciones (formas sólidas orales, líquidas orales)



Isoniazida/Rifapentina	No*	*Bajo los mecanismos de registro Invima y financiamiento con recursos de la UPC no se encontró información sobre la combinación isoniazida/rifapentina; sin embargo, en la Resolución 227 de 2020 este figura como recomendado en infección por TBC latente y será el ministerio de salud y protección social quién garantice su administración a la población priorizada (entonces se maneja por mecanismo especial por parte de Ministerio)	N/A	N/A
Isoniazida	Sí	Tuberculostático. Se utiliza para tratar la tuberculosis dentro de los pulmones (tuberculosis pulmonar) y fuera de los pulmones (tuberculosis extrapulmonar en cualquier localización, en adultos y niños, para tratamiento y profilaxis, así como parte de una terapia de combinación)	Financiado con recursos de la UPC dentro de los medicamentos para salud pública	Disponible como tabletas de 100 y 300 mg
Trimetoprim sulfametoxazol	Sí	Otras infecciones bacterianas infecciones por un amplio arco de gérmenes (administración posiblemente en combinación con la de otros antibióticos), por ejemplo: brucelosis, osteomielitis aguda o crónica, nocardiosis, micetoma, toxoplasmosis y blastomycosis sudamericana. Tratamiento y profilaxis (primaria y secundaria) de la neumonía por pneumocystis carinii en adultos y niños.	Financiado con recursos de la UPC	Disponible como sólidos orales y líquidos orales
Dapsona	Sí	Dapsona no cuenta con indicación autorizada por el Invima para toxoplasmosis, tampoco para pneumocystitis (Enfermedad de hansen (lepra) y dermatitis herpetiforme (enfermedad de duhring)). Tampoco se encontró relación de uso de dapsona en estas indicaciones en listado UNIRS; en fuentes como lexicomp, la pneumocistitis y toxoplasma figura como uso off-label	Financiado con recursos de la UPC dentro de los medicamentos para salud pública	Disponible como tabletas de 50 y 100 mg
Pirimetamina	Sí	Para el manejo de la toxoplasmosis congénita y la malaria.	Financiado con recursos de la UPC dentro de los medicamentos para salud pública	Disponible como tabletas de 25 mg



Ácido fólico	Sí	Como antídoto a inhibidores de dihidrofolato reductasa (pirimetamina)	Financiado con recursos de la UPC	Disponible como tabletas de 50 mg
Azitromicina	Sí	Tratamiento profiláctico de infecciones por mycobacterium avium en personas con sida.	Financiado solamente para neumonía; para todas las demás infecciones no es financiado con recursos de la UPC. Tampoco son financiadas las formas farmacéuticas inyectables	Disponible como inyectables, sólidos orales y líquidos orales
Claritromicina	Sí	infecciones mico bacterianas diseminadas o localizadas debidas a mycobacterium avium o mycobacterium intracelulares. infecciones localizadas debidas a mycobacterium chelonae, mycobacterium fortuitum, o mycobacterium kansasii	Las formas orales son financiadas solamente para neumonía; para todas las demás infecciones no son financiados con recursos de la UPC. Las inyectables son financiadas en todas las indicaciones autorizadas.	Disponible como inyectables, sólidos orales y líquidos orales

VACUNACIÓN EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

La vacunación es una de las medidas más efectivas dentro de las intervenciones de salud pública, es una intervención que no solo protege a las personas de las enfermedades si no a comunidades enteras sobre todo en las poblaciones especiales como las personas inmunocomprometidas. Su uso puede ser de gran ayuda con el fin de prevenir complicaciones serias incluyendo reducción en la mortalidad.

Hay evidencia que describe menor respuesta inmunogénica en la población que vive con VIH, sin que esto afecte la efectividad de la vacuna y existe acuerdo en que es preferible la protección parcial versus la ausencia de protección, dado que el riesgo de infección es mayor en el contexto de la inmunosupresión.

La recomendación procura estandarizar la práctica clínica a partir de la mejor evidencia disponible respecto de cuál es el mejor momento para vacunar según el recuento de células CD4.



La vacunación en personas con VIH aun si los recuentos de células CD4 se encuentran menores de 200 células/mm³ fue recomendada para patologías como hepatitis B, neumococo o influenza, VPH y COVID-19, las cuales cuentan con respaldo de la evidencia científica, excepto por la vacuna para COVID-19 para la que la evidencia es baja especialmente por tratarse de evidencia indirecta de estudios en personas sin VIH.

La Guía de Práctica Clínica para atención a las personas de VIH apoya la vacunación en estos casos sin requerir comprobación del número de CD4 ya que el balance riesgo beneficio favorece los beneficios.

Hay que tener en cuenta que existen vacunas de virus atenuados y en estos casos si es importante la medición del nivel de inmunosupresión por las posibles complicaciones que se podrían asociar.

- En el caso de VPH, influenza, hepatitis B se puede acordar que no hay límite de células CD4 superior ni inferior que indique la vacunación, para la vacunación contra hepatitis B se cuenta con la posibilidad de ir monitorizando con títulos.
- Hepatitis A: se basa en la definición de la población a la que va dirigida, ya que ésta debe ser aplicada en personas con riesgos asociadas (sexo anal, hepatopatías y anticuerpo negativos totales o IgG) y recuentos de CD4 superiores a 200 células/mm³.
- La vacuna de fiebre amarilla dependerá del recuento de CD4 en el individuo, así como del riesgo inminente de exposición donde el beneficio es mayor que el riesgo. Esta vacuna solo es requerida en situaciones específicas, como el desplazamiento a zonas de alta prevalencia de la enfermedad.
- Para SARS COV2/COVID-19 es de vital importancia la aplicación de la vacuna por los efectos sobre la inmunidad que podría generar comparado con la no administración de la vacuna. En este caso los beneficios de la prevención en una población inmunosuprimida superan los riesgos.
- Neumococo: iniciar con PCV13 seguido de la PPSV23 (secuencia PCV13-PPSV23 y refuerzo según grupo etáreo). El refuerzo no está recomendado en personas con más de 65 años, si el paciente y el médico tratante deciden administrar la PCV13 (65 años o más) se debe seguir lo siguiente:
 - Administre 1 dosis de PPSV23 entre los 19 y los 64 años.
 - Administre 1 dosis de PCV13 a los 65 años o más. Esta dosis debe ser administrada al menos 1 año después de la PPSV23.
 - Administre 1 dosis final de PPSV23 a los 65 años o más. Esta dosis debe administrarse al menos 1 año después de la PCV13 y al menos 5 años después de la dosis más reciente de PPSV23.
 - Si el paciente y el médico deciden que la PCV13 no se administrará en pacientes con 65 años más, se debe tener en cuenta lo siguiente:
 - Administre 1 dosis de PPSV23 entre los 19 y los 64 años.



- Administrar 1 dosis final de PPSV23 a los 65 años o mayor. Esta dosis debe administrarse al menos 5 años después de la dosis más reciente de PPSV23.
- La vacuna de varicela y zoster se recomienda en personas con VIH con recuento de células CD4 superiores a 200 células/mm³.
- De acuerdo a los beneficios definidos por la prevención de condiciones potencialmente catastróficas, la factibilidad en el sistema de salud colombiano, la aceptabilidad por parte de expertos clínicos, pacientes y representantes de pacientes y los posibles costos ahorrados, el panel que realizó la actualización de la Guía de Práctica Clínica, consideró esta recomendación fuerte a favor.

Condición	VHA	VHB	Influenza	Neumococo	TD/TdaP	Triple Viral	VPH	Varicela	Zoster	COVID-19	Fiebre amarilla
VIH CD4>200 células/mm ³ .	x	x	x	X	x	X	x	x	x	x	x
VIH con recuento CD4<200 células/mm ³ .		x	x*	x*	x		x*			x	

VHA: virus de hepatitis A, VHB: virus de hepatitis B, TD/TdaP: vacuna de tétano, difteria y tos ferina, VPH: Virus de papiloma humano, COVID19: coronavirus.



INDICADORES DE COBERTURA DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL VIH Y LAS ITS DIRIGIDOS A LAS PERSONAS SEROPOSITIVAS PARA EL VIH DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE

Los indicadores de salud se definen como mediciones resumidas que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño de un sistema de salud. Los indicadores de salud intentan describir y monitorear la situación de salud de una población. Los atributos se refieren a las características o cualidades de la salud; y las dimensiones de la salud comprenden el bienestar físico, emocional, espiritual, ambiental, mental y social. Los indicadores son dinámicos, y responden a situaciones y contextos temporales y culturales específicos.

La elaboración de indicadores no puede entenderse como una finalidad en sí misma, con una perspectiva contemplativa de su distribución espacial o temporal o exclusivamente documental. El uso de indicadores en el ámbito de la salud pública tiene como objetivo alimentar la toma de decisiones en el ámbito de la salud. La misión última es mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades injustas y evitables. (OMS - OPS, 2018)

A continuación, encontrará algunos indicadores que sugiere la OPS sean medidos para medir la capacidad de los servicios de salud para ofrecer servicios relacionados con el VIH y las ITS a grupos de población clave. (OMS - OPS, 2019)

Indicadores del proceso continuo de servicios de atención (“cascada de atención”)

Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que conocen su estado serológico	
Fundamento	El conocimiento del estado serológico es necesario para acceder a los servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y las ITS.
¿Qué mide?	El progreso en la implementación de la prueba del VIH, el asesoramiento para realizarla y la notificación de los casos de infección por el VIH en los grupos de población clave.
Numerador	Número de personas de los grupos de población clave que han sido diagnosticadas e informadas sobre su estado de infección por el VIH y que siguen vivas en el periodo de referencia (por ejemplo, diciembre del 2021).
Denominador	Número total estimado de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave.



Método y herramientas de medición	<p>Numerador: Número de casos de infección por el VIH en los grupos de población clave diagnosticados y notificados al sistema de información de vigilancia del VIH que siguen vivos en el momento de la evaluación. Los casos notificados cuyo estado vital ha sido actualizado como “fallecido” se excluyen del numerador. La vinculación con la base de datos nacional de mortalidad puede permitir actualizar el estado vital de los casos y mejorar la fiabilidad del indicador (reducir la sobreestimación de personas con VIH diagnosticadas y vivas). La vinculación con otros sistemas de información (por ejemplo, el laboratorio, el registro de TAR) también puede mejorar el subregistro de casos.</p> <p>Denominador: Número total estimado de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave a través de modelos de proyección como el de Spectrum. En este caso, para la población total se usarán los datos obtenidos en la siguiente ruta de dicho software: Resultados > Población total > Población de VIH. Si las estimaciones de Spectrum no están disponibles, se calculará multiplicando el tamaño del grupo de población clave por la prevalencia nacional de la infección con el VIH en dicho grupo.</p>
Desglose	<p>Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales.</p> <p>Grupo de edad: <18, 18-24, >24.</p> <p>Los análisis pueden hacerse a nivel nacional, subnacional o de centro de salud u otro proveedor.</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>Para el denominador, la calidad de estas estimaciones está directamente relacionada con la calidad de los datos programáticos y de vigilancia utilizados en el proceso de modelaje.</p> <p>Muchos países no saben cuántos casos de infección por el VIH notificados siguen vivos. Otra manera de tener esta información por subpoblaciones clave es a través de encuestas serológicas.</p>
Consideraciones adicionales	<p>El numerador (personas diagnosticadas con infección por el VIH y que siguen vivas) corresponde al segundo pilar de la cascada de atención.</p>

Porcentaje de personas seropositivas de los grupos de población clave vinculadas a los servicios de atención relacionados con el VIH	
Fundamento	Es importante monitorear el progreso en la vinculación de los pacientes de grupos de población clave diagnosticados con infección por el VIH con los circuitos de atención.
¿Qué mide?	Este indicador mide, de forma transversal, la proporción de personas de los grupos de población clave que reciben servicios de atención relacionados con la infección por el VIH, definidos como el haber realizado al menos un recuento de linfocitos CD4, una determinación de carga viral, un retiro de medicamentos antirretrovirales o una consulta en servicios de atención relacionados con la infección por el VIH en el periodo de análisis. Puede considerarse un enfoque poblacional o programático, dependiendo de si el denominador se refiere a la estimación de todas las personas seropositivas de grupos de población clave o solo a las diagnosticadas.
Numerador	Número total de personas seropositivas de los grupos de población clave que tuvieron al menos un recuento de linfocitos CD4, una determinación de carga viral, un retiro de medicamentos antirretrovirales o una consulta de atención relacionada con la infección por el VIH en el año determinado.



Denominador	Este indicador se puede calcular con dos denominadores: Número total estimado de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave en el año de análisis. Número de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que conocen su diagnóstico y siguen vivas (indicador programático).
Método y herramientas de medición	Numerador: Registros de los establecimientos sobre pacientes de grupos de población clave en atención. Se contabiliza el número de pacientes con un recuento de CD4, una determinación de carga viral, un retiro de medicamentos antirretrovirales o una consulta relacionada con la infección por el VIH dentro del periodo de notificación. Denominador poblacional: Número estimado de personas de los grupos de población clave que viven con el VIH en un periodo (cómputos de Spectrum). Denominador programático: A partir de los registros de vigilancia.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24. Los análisis pueden hacerse a nivel nacional, subnacional o de centro de salud u otro proveedor.
Puntos fuertes y débiles	Este indicador permite vigilar la tendencia en la vinculación de personas de grupos de población con diagnóstico de infección por el VIH a los servicios de atención para la salud, pero no mide la calidad de la atención prestada. Tampoco capta la retención en los servicios de atención durante el periodo.

Porcentaje de personas seropositivas de los grupos de población clave que se encuentran en tratamiento antirretroviral (TAR)	
Fundamento	El TAR es efectivo para reducir la mortalidad y la morbilidad entre las personas con VIH; además, al bajar la carga viral a niveles indetectables impide la transmisión. El TAR debe ofrecerse junto con otros servicios de atención y apoyo más amplios.
¿Qué mide?	El progreso en la provisión de TAR a todas las personas de grupos de población clave con VIH.
Numerador	Número de personas de grupos de población clave que reciben TAR al final del periodo de notificación.
Denominador	Denominador programático: Número de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que han sido diagnosticadas. Denominador poblacional: Número total estimado de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave en el periodo de referencia.
Método y herramientas de medición	Para el numerador: Registros de TAR de los centros sanitarios o de los sistemas de gestión de suministro de los fármacos. Para el denominador: Registros de programa y vigilancia y modelos de estimación del VIH.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24. Los análisis pueden hacerse a nivel nacional, subnacional o de centro de salud u otro proveedor.



Puntos fuertes y débiles	El indicador permite medir la brecha en el continuo de servicios de atención relacionados con la infección por el VIH entre personas de grupos de población clave. El indicador no pretende distinguir entre las diferentes formas de TAR, ni medir el costo, la calidad, la adherencia al tratamiento o la eficacia del tratamiento administrado.
---------------------------------	--

Porcentaje de personas seropositivas de los grupos de población clave en tratamiento antirretroviral y con carga viral suprimida	
Fundamento	A medida que la provisión del TAR se amplía en países de todo el mundo, el monitoreo de la carga viral ofrece la información del éxito de estos tratamientos y orienta sobre la proporción de virus circulante en el país y el riesgo de transmisión. Este indicador, además de servir como una medida de la situación de la epidemia en términos de la carga viral y del riesgo de transmisión del VIH, también orienta sobre la adherencia al tratamiento y la prescripción de esquemas terapéuticos eficaces.
¿Qué mide?	Este indicador mide la proporción estimada de personas de los grupos de población clave con VIH que alcanzaron la supresión virológica (carga viral menor de 1000 copias/ml).
Numerador	Número de personas de los grupos de población clave con carga viral por debajo de 1000 copias/ml en la última determinación durante el año de estudio.
Denominador	Denominador programático: Número de personas en TAR que se hicieron una prueba de carga viral en los últimos 12 meses. Denominador poblacional: Número total estimado de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave.
Método y herramientas de medición	Numerador: Registros de los establecimientos sobre los pacientes de grupos de población clave en atención. Se contabiliza el número de pacientes de los grupos de población clave con carga viral inferior a 1000 copias/ml, que indica supresión virológica. Denominador: Registros programáticos y modelos de estimación de grupos de población clave, como Spectrum.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Indetectabilidad: Según la capacidad de laboratorio de cada país (por ejemplo, menos de 50 copias/ml o menos de 20 copias/ml).
Puntos fuertes y débiles	La interpretación de este indicador requiere de una serie de suposiciones. Si se utiliza el denominador poblacional, se asume que toda persona que no se ha realizado una prueba de carga viral no tiene supresión virológica. Si se utiliza el denominador programático, se asume que la distribución de personas con carga viral suprimida es igual entre quienes realizaron la prueba de carga viral y entre quienes no la realizaron. Si el porcentaje de pacientes de grupos de población clave en atención a los que se les realiza medición de la carga viral es bajo (menos del 70%), este indicador presentará limitaciones para su uso e interpretación.
Consideraciones adicionales	Este es un indicador básico de la cascada de atención. Hay varias pruebas de carga viral del VIH tipo 1 disponibles en el mercado. Los niveles detectables de virus difieren con cada tipo de prueba. Una carga viral indetectable indica que la prueba no es capaz de detectar el VIH en el plasma, pero no indica la ausencia o el aclaramiento del virus del cuerpo. A día de hoy se desconoce si el umbral de 200 copias/ml es suficiente para garantizar la no transmisión del VIH.



Otros indicadores relativos a la capacidad de los servicios de salud para ofrecer servicios relacionados con el VIH y las ITS a grupos de población clave

Ratio entre el número de condones masculinos distribuidos y el tamaño estimado de los grupos de población clave en los últimos 12 meses	
Fundamento	El uso de condones en las relaciones sexuales es una herramienta de demostrada eficacia para ayudar a prevenir la infección por el VIH y otras ITS. Los esfuerzos de prevención del VIH en la población clave deben incluir la distribución de condones.
¿Qué mide?	La distribución de condones entre personas de grupos de población clave.
Numerador	Número de condones distribuidos entre personas de grupos de población clave en los últimos 12 meses.
Denominador	Estimación del tamaño de los grupos de población clave.
Método y herramientas de medición	La fuente de datos sugerida es un registro de distribución de condones. Los datos que deben registrarse son la cantidad de condones distribuidos.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales.
Puntos fuertes y débiles	La distribución de condones no equivale al número de personas que los utilizan. Esto se mide mejor mediante encuestas, ya que los condones pueden ser redistribuidos por quienes los reciben. Además, medir el número de condones distribuidos a cada individuo lleva mucho tiempo y sobrecarga los recursos humanos impidiéndoles realizar otras tareas de prevención.

Número de establecimientos de salud que proveen profilaxis previa a la exposición (PrEP)	
Fundamento	Las personas en riesgo sustancial de infección por el VIH se pueden beneficiar de la PrEP. La iniciación de la PrEP incluye, al menos, la evaluación de riesgo, el asesoramiento y la provisión de un paquete de inicio de antirretrovirales.
¿Qué mide?	Número de establecimientos de salud que ofrecen servicios de PrEP en el sitio para las personas elegibles de la población clave.
Numerador	Número de centros que ofrecen servicios de PrEP.
Denominador	No aplicable
Método y herramientas de medición	El número se calcula sumando el número de instalaciones que ofrecen servicios de PrEP. Para obtener esta información, los programas nacionales sobre el sida deben tener un registro de los establecimientos de salud que ofrecen PrEP.
Desglose	Sector: público, privado.



Puntos fuertes y débiles	<p>El indicador no captura el tipo y la calidad de los servicios de PrEP ni su impacto. La gama completa de servicios de PrEP incluye la valoración de riesgo, el asesoramiento, la realización de la prueba del VIH cada tres meses, el análisis de las funciones renal y hepática, y el seguimiento y apoyo a los pacientes.</p> <p>Monitorear la disponibilidad de PrEP a través de los registros del programa no garantiza que los servicios asociados se proporcionen adecuadamente a las personas que los necesitan. Sin embargo, medirá si los servicios de PrEP están disponibles en áreas geográficas subnacionales donde se sabe que la prevalencia y las tasas de incidencia del VIH son altas y, por lo tanto, donde es probable que haya un gran número de personas que puedan beneficiarse de PrEP.</p>
---------------------------------	---

Número de establecimientos de salud que proveen profilaxis posterior a la exposición (PPE)	
Fundamento	Las personas de grupos de población clave potencialmente expuestas al VIH deberían recibir PPE. La iniciación de la PPE incluye, al menos, la evaluación de riesgo, el asesoramiento y la provisión de un paquete de 28 días de antirretrovirales en las 72 horas posteriores a la exposición.
¿Qué mide?	Número de establecimientos de salud que ofrecen servicios de PPE a las personas de grupos de población clave potencialmente expuestas al VIH a través de actos sexuales consensuados y no consensuados (violencia sexual).
Numerador	Número de establecimientos de salud que ofrecen servicios de PPE a las personas expuestas al VIH de los grupos de población clave.
Denominador	No aplicable.
Método y herramientas de medición	El número se calcula sumando el número de instalaciones que ofrecen servicios de PPE. Para obtener esta información los programas nacionales de sida deben tener un registro de los establecimientos de salud que ofrecen PPE.
Desglose	Exposición: Ocupacional, no ocupacional (sexo consensuado o violencia sexual). Sector: público, privado.
Puntos fuertes y débiles	El indicador no captura el tipo y la calidad de los servicios de PPE proporcionados ni su impacto. El monitoreo de la disponibilidad de PPE a través de los registros del programa no garantiza que todos los servicios relacionados con PPE se proporcionen adecuadamente a quienes los necesitan.

Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que recibieron un diagnóstico confirmatorio de infección por el VIH después de un resultado positivo en una prueba autoadministrada en los últimos 12 meses	
Fundamento	La distribución de pruebas autoadministradas puede contribuir a reducir las barreras a la prueba del VIH para las personas de los grupos de población clave. Este indicador muestra la



	eficiencia de las pruebas autoadministradas para identificar casos positivos de infección por el VIH en la población clave.
¿Qué mide?	Porcentaje de personas seropositivas de los grupos de población clave que recibieron un diagnóstico de infección por el VIH después de tener un resultado positivo en una prueba del VIH autoadministrada.
Numerador	Número de personas de los grupos de población clave con un resultado positivo en una prueba del VIH autoadministrada en los últimos 12 meses.
Denominador	Número total de personas seropositivas de los grupos de población clave que tuvieron un diagnóstico confirmado de VIH en los últimos 12 meses.
Método y herramientas de medición	Estos datos deben compilarse a partir de los registros de notificación de caso de infección por el VIH. Las hojas de notificación de caso deben adaptarse para recopilar la información sobre el uso de la prueba autoadministrada del VIH.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales.
Puntos fuertes y débiles	Este indicador ayuda a evaluar el impacto de la prueba autoadministrada del VIH en la identificación de nuevos casos positivos, lo cual es importante en el contexto de la implementación de esta estrategia. Este indicador no captura el éxito de la prueba autoadministrada del VIH a la hora de vincular a la población examinada con los servicios de prevención o atención relacionados con el VIH. La prueba autoadministrada es una prueba de tamizaje para el VIH. Tras un resultado positivo, se debe seguir el algoritmo diagnóstico completo aprobado a nivel nacional para diagnosticar la infección por VIH.

Número de establecimientos de salud con notificación asistida para parejas	
Fundamento	La notificación asistida para parejas de personas que viven con el VIH es una herramienta eficaz para identificar a personas seropositivas que no han sido diagnosticadas en los grupos de población clave. Esto es importante porque las parejas sexuales y los compañeros de inyección de drogas de las personas que viven con el VIH tienen una mayor probabilidad de ser también seropositivas.
¿Qué mide?	El número de establecimientos de salud que ofertan servicios de notificación asistida para parejas con el propósito de vincular a estas a los servicios de prevención o atención relacionados con el VIH a las parejas de personas seropositivas.
Numerador	Número de establecimientos que ofertan el servicio de notificación asistida.
Denominador	No aplicable.
Método y herramientas de medición	El indicador se calcula sumando el número de centros que ofrecen servicios de notificación asistida. Para obtener esta información los programas nacionales sobre el sida deben tener un registro de los establecimientos de salud que ofrecen estos servicios.
Desglose	Sector: público, privado.
Puntos fuertes y débiles	El indicador no captura el tipo y la calidad de los servicios de notificación asistida para parejas proporcionados ni su impacto.



Consideraciones adicionales	Este indicador tiene sentido en un contexto incipiente de implementación de la notificación asistida.
------------------------------------	---

Porcentaje y número de establecimientos de salud con recursos humanos capacitados en estigma y discriminación	
Fundamento	El estigma y la discriminación incrementan la vulnerabilidad social de las personas de los grupos de población clave y tienen importantes efectos en la aceptabilidad de los servicios de salud por parte de estas personas. Por otro lado, para las personas que viven con el VIH o están afectadas directamente por la epidemia, el estigma y la discriminación dentro de las instalaciones de salud son barreras serias para el acceso a la atención médica y el compromiso de atención.
¿Qué mide?	Este indicador mide el número y el porcentaje de centros de atención con recursos humanos capacitados y sensibilizados en estigma y discriminación.
Numerador	Número de establecimientos de salud con recursos humanos que han completado la capacitación.
Denominador	Total de establecimientos de salud.
Método y herramientas de medición	El número se calcula sumando el número de establecimientos que informen haber realizado capacitaciones en estigma y discriminación en los últimos dos años. Para obtener esta información se debe tener un registro de los establecimientos de salud.
Desglose	Sector: público, privado. Tipo de servicio: Primer nivel de atención, nivel especializado.
Puntos fuertes y débiles	El indicador no captura el tipo y la calidad de las capacitaciones en estigma y discriminación que se hayan llevado a cabo en los establecimientos de salud ni tampoco su impacto en la calidad de los servicios ofrecidos.
Consideraciones adicionales	Para complementar este indicador se pueden realizar encuestas de satisfacción entre las personas de grupos de población clave que acudan a los servicios

Porcentaje de personas de los grupos de población clave que experimentaron discriminación en los servicios de salud	
Fundamento	El estigma y la discriminación que experimentan las personas de los grupos de población clave obstaculizan su acceso a los servicios relacionados con el VIH y las ITS y su aceptabilidad.
¿Qué mide?	El avance hacia la reducción de la discriminación experimentada por los grupos de población clave y vulnerables en los servicios de salud.



Numerador	<p>Número de participantes de los grupos de población clave y vulnerables que respondieron "sí" a al menos una de las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En los últimos 12 meses, ¿le han negado los servicios de salud que necesitaba o que solicitó porque usted es _____ (trabajador/a sexual, hombre que tiene relaciones sexuales con hombres, mujer u hombre trans, persona que se inyecta drogas, otra población vulnerable)? 2. En los últimos 12 meses, ¿ha experimentado hostilidad o rechazo de parte del personal administrativo de un establecimiento de salud por ser usted _____ (trabajador/a sexual, hombre que tiene relaciones sexuales con hombres, mujer u hombre trans, persona que se inyecta drogas, otra población vulnerable)? 3. En los últimos 12 meses, ¿un(a) profesional de la salud o alguien del personal administrativo ha dicho a otras personas, sin su consentimiento, que usted es _____ (trabajador/a sexual, hombre que tiene relaciones sexuales con hombres, mujer u hombre trans, persona que se inyecta drogas, otra población vulnerable)?
Denominador	Número de encuestados.
Método y herramientas de medición	Encuestas a la salida de los establecimientos de salud, encuestas de vigilancia del comportamiento o estudios especiales.
Desglose	<p>Grupo de población clave: HSH, mujeres trans, trabajadoras sexuales.</p> <p>Sector: público, privado.</p> <p>Tipo de servicio: Primer nivel de atención, nivel especializado.</p>

Indicadores de cobertura de los servicios relacionados con el VIH y las ITS dirigidos a las personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave

Porcentaje de personas de los grupos de población clave que, tras recibir un resultado negativo en la prueba del VIH, se someten a una valoración del riesgo de infección por el VIH	
Fundamento	Las prácticas que definen el riesgo de una persona pueden variar a lo largo del tiempo y el mero hecho de formar parte de un grupo de población clave no define el nivel de riesgo de infección por el VIH. Por ello, es importante que las personas que reciban un resultado negativo a la prueba del VIH sean valoradas respecto a su riesgo de infectarse con el VIH para poder así ofrecerles servicios de prevención adaptados a sus necesidades.
¿Qué mide?	La proporción de personas de los grupos de la población clave que han recibido una valoración de riesgo tras un resultado negativo en la prueba del VIH y a las que se les puede ofertar un abanico de servicios de prevención acorde a su riesgo.
Numerador	Número de personas de los grupos de población clave que, tras recibir un resultado negativo en la prueba del VIH en los últimos 12 meses, reciben una valoración de riesgo.
Denominador	Número total de personas de grupos de la población clave que han recibido un resultado negativo en la prueba del VIH en los últimos 12 meses.



Método y herramientas de medición	<p>Numerador: Estos datos se deben obtener de la información recogida en las fichas de consejería disponibles en los países que permiten consignar la información relevante relacionada con el riesgo de infección por el VIH de cada persona.</p> <p>Denominador: Se considerarán dos denominadores:</p> <p>a. Número total de personas de los grupos de población clave a las que se ha realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses (indicador programático).</p> <p>b. Número total estimado de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave (véase el indicador 1.1.a) (indicador poblacional).</p>
Desglose	<p>Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales.</p> <p>Grupo de edad: <18, 18-24, >24.</p> <p>Los análisis pueden hacerse a nivel nacional, subnacional o de centro de salud u otro proveedor.</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>Este indicador permite monitorear la calidad del asesoramiento posterior a la prueba del VIH en los servicios de tamizaje de la infección. Es importante garantizar que las fichas de consejería recojan adecuadamente esta información y que esta se añada convenientemente a las bases de datos de los sistemas de información.</p>

Porcentaje de personas seronegativas de los grupos de población clave con riesgo sustancial de infección por el VIH	
Fundamento	<p>Conocer el número de personas de grupos de población clave en riesgo sustancial de infección por el VIH permite identificar a aquellos subsegmentos de población que necesitan servicios con mayor frecuencia e intensidad (por ejemplo, PrEP). Son personas que, por sus prácticas, y por situarse en un contexto de alta incidencia de la infección por el VIH, están consideradas como de alto riesgo de infección.</p>
¿Qué mide?	<p>La proporción de personas de grupos de la población clave que tras un resultado negativo del VIH son consideradas de riesgo sustancial de infección por el virus.</p>
Numerador	<p>Número de personas de grupos de la población clave que tras la valoración de riesgo son consideradas en riesgo sustancial en los últimos 12 meses.</p>
Denominador	<p>Número de personas de los grupos de la población clave que reciben la valoración de riesgo tras un resultado negativo en la prueba del VIH en los últimos 12 meses</p> <p>Número de personas de los grupos de población clave que, tras recibir un resultado negativo en la prueba del VIH en los últimos 12 meses, reciben una valoración de riesgo.</p>
Método y herramientas de medición	<p>Numerador: Estos datos se deben obtener de las fichas de posconsejería (o de otros servicios relacionados) disponibles en los países y que deben recoger información relevante relacionada con el riesgo de infección por el VIH de cada persona.</p> <p>Denominador: Número de personas de los grupos de población clave que, tras recibir un resultado negativo en la prueba del VIH en los últimos 12 meses, reciben una valoración de riesgo.</p>



Porcentaje de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron la prueba para la detección de la sífilis en los últimos 12 meses	
Fundamento	Las pruebas de tamizaje para la sífilis en los grupos de población clave son importantes para la salud de estas personas y ayudan a mejorar la vigilancia de esta enfermedad.
¿Qué mide?	Cobertura de la prueba para la detección temprana de la sífilis en personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave.
Numerador	Número de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron la prueba de la sífilis en los últimos 12 meses.
Denominador	Número de personas de los grupos de población clave que han recibido un resultado negativo en la prueba del VIH en los últimos 12 meses.
Método y herramientas de medición	Todas las personas de grupos de población clave deben realizarse la prueba de detección de la sífilis de forma periódica según su valoración del riesgo. Puede utilizarse para el tamizaje cualquiera de las pruebas no treponémicas que miden el anticuerpo reagínico ² (por ejemplo, VDRL o RPR) o de las pruebas treponémicas que miden el anticuerpo treponémico (por ejemplo, TPHA, TPPA o las pruebas treponémicas rápidas). En un desglose del indicador se puede considerar quiénes han tenido un resultado positivo en la prueba de tamizaje solamente o quiénes, además, tienen sífilis activa (resultados positivos en ambas pruebas, treponémicas y no treponémicas).
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24
Puntos fuertes y débiles	Los datos de los programas nacionales podrían no estar disponibles, aunque se pueden reportar los datos de vigilancia centinela o de estudios.

Porcentaje de personas de los grupos de población clave que son seronegativas para el VIH, presentaron un resultado positivo para la sífilis y recibieron tratamiento para la sífilis en los últimos 12 meses	
Fundamento	Tratar la sífilis en las personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave que reciben servicios de prevención relacionados con el VIH y que dan positivo en las pruebas de la sífilis es un indicador de procesos para la validación de la eliminación de la sífilis.
¿Qué mide?	Porcentaje de personas con serología negativa para el VIH y positiva para la sífilis de los grupos de población clave que acudieron a servicios de prevención de la infección por el VIH y que recibieron tratamiento adecuado para la sífilis en los últimos 12 meses.

² Se denomina reagina a una proteína similar a un anticuerpo, que se une a un antígeno, como pueden ser la cardiolipina y la lecitina en las pruebas no-treponémicas, y se denomina anticuerpos reagínicos a anticuerpos no-treponémicos, producidos por un individuo infectado con *T pallidum*, contra sus propios tejidos o contra células de mamíferos. Estos anticuerpos reagínicos, no son exclusivos de la sífilis y también son producidos en otras enfermedades infecciosas como son el sarampión, varicela, hepatitis, mononucleosis infecciosa, lepra, tuberculosis, malaria, leptospirosis, tripanosomiasis, linfogranuloma venéreo, o por personas con enfermedades autoinmunes, drogadictos, individuos que han recibido alguna inmunización recientemente, embarazo y en edad avanzada



Numerador	Número de personas de grupos de población clave seronegativas para el VIH y seropositivas para la sífilis que recibieron tratamiento adecuado.
Denominador	Número de personas seronegativas para el VIH de grupos de población clave que recibieron resultados positivos en las pruebas de la sífilis en los últimos 12 meses.
Método y herramientas de medición	Los datos deberán recopilarse anualmente. La seropositividad a pruebas treponémicas o a pruebas no treponémicas es suficiente para que se considere la positividad a la sífilis en lo que respecta a este indicador.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24
Puntos fuertes y débiles	Recopilar datos sobre el tratamiento de la sífilis puede requerir la colaboración de otros programas para garantizar que tales datos estén disponibles a nivel nacional. A los efectos de este indicador es suficiente con que se documente una única dosis de penicilina.

Porcentaje de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron la prueba para el tamizaje de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> en los últimos 12 meses	
Fundamento	La infección con gonorrea es un marcador de relaciones sexuales sin protección, y facilita la transmisión y la adquisición del VIH. Además, los cuadros no tratados de gonorrea pueden dar lugar a enfermedad pélvica inflamatoria, embarazos ectópicos, infertilidad, ceguera. La detección de la infección gonocócica, independientemente de los síntomas, mejora la vigilancia y el control de la enfermedad. El incremento de la resistencia a las opciones de tratamiento puede dar lugar a que la infección devenga intratable.
¿Qué mide?	Porcentaje de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave que fueron tamizadas para la gonorrea en los últimos 12 meses.
Numerador	Número de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave que recibieron una prueba de tamizaje para la gonorrea en los últimos 12 meses.
Denominador	Número de personas de los grupos de población clave que recibieron un resultado negativo en la prueba del VIH en los últimos 12 meses.
Método y herramientas de medición	Datos recopilados de manera rutinaria en el programa.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24.
Puntos fuertes y débiles	Aunque la OMS ha proporcionado una definición mundial de casos, la definición efectiva de los casos puede variar dentro de un determinado país o región o entre países y regiones. Además, las capacidades de diagnóstico pueden variar entre países. Aunque este indicador puede resultar infravalorado, en ausencia de cambios en la definición de los casos o de cambios principales en las pruebas de detección, generalmente pueden utilizarse esos datos para hacer un seguimiento de tendencias a lo largo del tiempo en un determinado país.



Porcentaje de personas elegibles de los grupos de población clave que iniciaron profilaxis previa a la exposición (PrEP) al menos una vez en los últimos 12 meses	
Fundamento	Este indicador es clave para evaluar la aceptación de PrEP entre aquellas personas de grupos de población clave que son elegibles. Las personas que recibieron la PrEP oral al menos una vez incluyen aquellas que iniciaron la PrEP por primera vez y las que pudieron haber suspendido la PrEP en un momento anterior y haberla reiniciado dentro del periodo de referencia.
¿Qué mide?	Porcentaje de personas elegibles que iniciaron la PrEP antirretroviral oral al menos una vez en los últimos 12 meses.
Numerador	Número de personas de los grupos de población clave que iniciaron la PrEP al menos una vez en los últimos 12 meses.
Denominador	Número de personas de los grupos de población clave a las que se ofreció PrEP en los últimos 12 meses.
Método y herramientas de medición	El indicador se obtiene contando el número de personas que iniciaron la PrEP oral al menos una vez durante los últimos 12 meses entre las personas a las que se les ofreció PrEP. Se incluye a las personas que recibieron la PrEP por primera vez y aquellas que lo reiniciaron tras haberlo suspendido. Los usuarios regulares de PrEP deben ser excluidos tanto del numerador como del denominador. Se debe incluir a todas las personas que recibieron PrEP oral a través de programas nacionales, proyectos de demostración, investigación o por medios privados y que lo toman de acuerdo con las normas de la OMS y ONUSIDA. El denominador se obtiene a partir del número de personas elegibles a las que se ha ofrecido PrEP recientemente. Cada individuo debe contarse una sola vez en el periodo de referencia, incluso si inició PrEP más de una vez después de un periodo de suspensión.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24. Posología: diario o a demanda
Puntos fuertes y débiles	El indicador no captura el tipo y la calidad de los servicios de PrEP proporcionados ni su impacto. La gama completa de servicios de PrEP incluye la valoración de riesgo, el asesoramiento, la prueba del VIH cada tres meses, el análisis de las funciones renal y hepática, y proporcionar seguimiento y apoyo a los pacientes.

Porcentaje de personas de los grupos de población clave que iniciaron profilaxis previa a la exposición (PrEP) y la mantuvieron durante tres meses consecutivos	
Fundamento	Es necesario conocer si las personas de grupos de población clave que reciben PrEP (diariamente o a demanda) se mantienen en tratamiento. Este indicador proporciona una medida indirecta del mantenimiento en PrEP evaluando si los usuarios de PrEP reciben servicios adecuados tres meses después de iniciar la PrEP.
¿Qué mide?	Porcentaje de usuarios de PrEP que iniciaron PrEP (ya sea diariamente o a demanda) en los últimos 12 meses y siguen vinculados a servicios de salud relacionados con PrEP tres meses después de iniciar tratamiento.



Numerador	Número de personas que tras iniciar PrEP (ya sea diariamente o a demanda) en los últimos 12 meses continúan con PrEP tres meses después del inicio.
Denominador	Número de personas que iniciaron PrEP (ya sea diaria o a demanda) en los últimos 12 meses.

Número de personas de los grupos de población clave que han recibido servicios de profilaxis posterior a la exposición (PPE) en los últimos 12 meses	
Fundamento	La PPE reduce la probabilidad de infección por el VIH en personas potencialmente infectadas con el VIH. Para lograr la máxima efectividad, la PPE debe proporcionarse dentro de las 72 horas posteriores a la exposición al virus. La PPE se puede proporcionar tras una exposición ocupacional (por ejemplo, en instalaciones de salud) o no ocupacional (relativa a la exposición al VIH en relaciones sexuales consensuadas). La PPE debe ofrecerse a las víctimas de agresión sexual.
¿Qué mide?	Número de personas de grupos de población clave que, como parte del paquete de prevención del VIH, recibieron servicios de PPE tras una exposición de riesgo al VIH.
Numerador	Número de personas de los grupos de población clave que han recibido PPE en los últimos 12 meses.
Denominador	No aplicable
Método y herramientas de medición	Datos recopilados de manera rutinaria a través del programa y notificados a los sistemas de información sobre el VIH.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Exposición: ocupacional, no ocupacional (sexo consensuado o violencia sexual). Sector: público, privado.
Puntos fuertes y débiles	El indicador no captura la calidad de los servicios de PPE recibidos por las personas de grupos de población clave ni su impacto. La gama completa de servicios de PPE incluye primeros auxilios, asesoramiento, prueba del VIH antes y después de la PPE, y proporcionar seguimiento y apoyo a los pacientes. El indicador no mide si la PPE se toma siguiendo las indicaciones, algo que es necesario para que sea completamente efectiva.

Porcentaje de personas seronegativas para el VIH de grupos de población clave que se realizaron una prueba para la detección del virus de la hepatitis B en los últimos 12 meses	
Fundamento	Conocer el estado serológico relativo a la hepatitis B permite que las personas reciban cuidados para la hepatitis B crónica y también que se evalúe su elegibilidad para recibir la vacuna de la hepatitis B.



¿Qué mide?	Porcentaje de personas seronegativas para el VIH de los grupos de población clave que fueron tamizadas para la hepatitis B en los últimos 12 meses.
Numerador	Número de personas de los grupos de población clave con una prueba del VIH negativa en los últimos 12 meses a las que se realizó una prueba para la detección de la hepatitis B en los últimos 12 meses.
Denominador	Número total de personas de los grupos de la población clave que han recibido un resultado negativo en la prueba del VIH y que no están, o no recuerdan estar, vacunadas contra la hepatitis B.
Método y herramientas de medición	Registros clínicos o de laboratorio.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24.
Puntos fuertes y débiles	Este indicador supervisa los avances en las actividades de tamizaje de la hepatitis B de manera regular, pero no refleja la proporción mundial de personas coinfectadas con el VIH y el virus de la hepatitis B que reciben atención por el VIH y conocen su coinfección por el virus de la hepatitis B.

Indicadores de cobertura de los servicios relacionados con el VIH y las ITS dirigidos a las personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave

Proporción de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que iniciaron tratamiento antirretroviral (TAR) a los 7 días del diagnóstico en los últimos 12 meses	
Fundamento	El TAR es una intervención clave que ha demostrado ser efectiva para reducir la mortalidad y la morbilidad entre las personas con VIH. La OMS recomienda el inicio rápido de este tratamiento tras el diagnóstico de infección por el VIH.
¿Qué mide?	El progreso en el inicio rápido del TAR a todas las personas con VIH.
Numerador	Número de personas de los grupos de población clave, diagnosticadas en los últimos 12 meses, que iniciaron TAR dentro de los 7 días posteriores al diagnóstico de la infección por el VIH.
Denominador	Número de personas de los grupos de población clave diagnosticadas con infección por el VIH en los últimos 12 meses.
Método y herramientas de medición	Registros de diagnóstico y TAR de los establecimientos de salud o registros de los sistemas de gestión de suministro de los fármacos.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24.



Cobertura de la prueba de carga viral entre las personas de los grupos de población clave en tratamiento antirretroviral (TAR)	
Fundamento	La carga viral en una persona es la medición recomendada para evaluar la eficacia del TAR. Indica el nivel de adherencia al tratamiento y el riesgo de transmisión del VIH.
¿Qué mide?	Porcentaje de personas seropositivas de los grupos de población clave a las que, estando en TAR, se les ha realizado una prueba de carga viral en los últimos 12 meses.
Numerador	Número de personas de los grupos de población clave en TAR que se han sometido a una prueba de carga viral en los últimos 12 meses.
Denominador	Número de personas de los grupos de población clave en TAR.
Método y herramientas de medición	Registros de laboratorio de los establecimientos de salud o registros de los sistemas de gestión de autorización de estudios.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24.
Puntos fuertes y débiles	El indicador permite medir la eficacia y la adherencia del TAR entre personas de grupos de población clave.

Proporción de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que son tamizadas para la tuberculosis en el contexto de la atención de la infección por el VIH	
Fundamento	Los servicios de atención relacionados con el VIH y las ITS deben evaluar la situación de las personas con VIH respecto de la tuberculosis en cada consulta realizada durante el periodo de notificación con el objetivo de detectar posibles casos de esta enfermedad. También es importante monitorear la aplicación de la totalidad del proceso asistencial, desde la detección de síntomas hasta el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis.
¿Qué mide?	Evaluar si las personas de los grupos de población clave con VIH en atención han sido sometidas a tamizaje de tuberculosis en todas las visitas realizadas a los servicios relacionados con la infección por el VIH.
Numerador	Número de personas de los grupos de población clave atendidas por la infección por el VIH cuya situación con respecto a la tuberculosis se investigó y registró en la última consulta realizada en los últimos 12 meses.
Denominador	Número total de personas atendidas y examinadas por infección por el VIH en los últimos 12 meses.



<p>Método y herramientas de medición</p>	<p>Debe determinarse el número total de personas con VIH sometidas a tamizaje de la tuberculosis a partir de las inscritas en los registros relacionados con el TAR o previos a este. Deben consultarse las columnas relativas al seguimiento trimestral o mensual y a la fecha de inicio del tratamiento antituberculoso.</p> <p>Los países que disponen de expedientes médicos electrónicos con identificador único de pacientes pueden incorporar estos datos a los expedientes. Si los expedientes son en papel, habrá que registrar y notificar sistemáticamente todas las etapas del proceso asistencial, por ejemplo, mediante la inscripción sistemática de los casos sospechosos de tuberculosis, y realizar un seguimiento de dichos casos a lo largo del proceso de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.</p>
<p>Desglose</p>	<p>Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales.</p> <p>Grupo de edad: <18, 18-24, >24.</p>

<p>Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que reciben simultáneamente tratamiento antirretroviral (TAR) y tratamiento para la tuberculosis</p>	
<p>Fundamento</p>	<p>La tuberculosis es una causa principal de morbilidad y mortalidad entre las personas que viven con el VIH, incluidas las que reciben TAR. El tratamiento de la tuberculosis y el TAR tempranos son claves para reducir la mortalidad relacionada con la tuberculosis asociada al VIH.</p>
<p>¿Qué mide?</p>	<p>Porcentaje estimado de casos nuevos de tuberculosis en personas seropositivas para el VIH que recibieron tratamiento tanto para la tuberculosis como para el VIH.</p>
<p>Numerador</p>	<p>Número de pacientes seropositivos para el VIH y con tuberculosis (tanto nuevos como los que recaen en la enfermedad) de los grupos de población clave que iniciaron el tratamiento para la tuberculosis durante el periodo de referencia y que ya estaban recibiendo TAR o lo empezaron durante el tratamiento de la tuberculosis en los últimos 12 meses.</p>
<p>Denominador</p>	<p>Número estimado de casos nuevos de tuberculosis en personas de los grupos de población clave que viven con el VIH</p>
<p>Método y herramientas de medición</p>	<p>Para el numerador deben emplearse los registros e informes sobre TAR en los establecimientos de salud y las herramientas de monitoreo de los programas. Debe obtenerse el recuento total de pacientes de los grupos de la población clave con tuberculosis (nuevos o que recaen en la enfermedad) que son seropositivos para el VIH y que iniciaron el tratamiento para la tuberculosis (según los registros de esta enfermedad) y el TAR, o aquellos que ya reciben terapia antirretroviral (según los registros de TAR) e inician el tratamiento para la tuberculosis. La información debe conciliarse trimestral y anualmente con los registros de tuberculosis en las unidades de gestión básica pertinentes antes de consolidarla y reportarla.</p> <p>Para el denominador se emplearán los datos de los programas y estimaciones sobre el número estimado de casos nuevos de tuberculosis en personas de los grupos de la población clave que viven con el VIH. La OMS realiza estimaciones anuales del número de casos nuevos de tuberculosis en personas que viven con el VIH.</p>
<p>Desglose</p>	<p>Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales.</p> <p>Grupo de edad: <18, 18-24, >24.</p>



Puntos fuertes y débiles	Este indicador cuantifica el grado en que la colaboración entre los programas nacionales sobre tuberculosis y VIH garantiza que las personas que viven con el VIH y con tuberculosis puedan tener acceso a un tratamiento adecuado para ambas enfermedades. Sin embargo, este indicador se verá afectado por bajos niveles de uso de las pruebas del VIH y del escaso acceso a los servicios de diagnóstico, a los de atención relacionados con el VIH, al TAR y al tratamiento de la tuberculosis.
Consideraciones adicionales	Deberán ofrecerse datos específicos a nivel de municipio para este indicador.

Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que comenzaron terapia preventiva para la tuberculosis en los últimos 12 meses	
Fundamento	Todas las personas que reciben atención para la infección por el VIH deben ser tamizadas para la tuberculosis en cada visita, utilizando para ello un algoritmo clínico recomendado por la OMS. Los adultos y adolescentes seropositivos que no presenten síntomas de tuberculosis deberán recibir terapia preventiva para la enfermedad, es decir, tratamiento para una infección latente de tuberculosis.
¿Qué mide?	Este indicador mide las personas que viven con el VIH de los grupos de población clave que se inscriben por primera vez en servicios de atención relacionados con la infección por el VIH y empiezan a recibir el tratamiento para infecciones latentes de tuberculosis.
Numerador	Número total de personas que viven con el VIH de los grupos de población clave que se han registrado por primera vez en servicios de atención relacionados con la infección por el VIH y han empezado el tratamiento para una infección latente de tuberculosis en los últimos 12 meses.
Denominador	Número total de personas de los grupos de población clave que son registradas por primera vez para recibir atención relacionada con la infección por el VIH durante el periodo sobre el que se informa.
Método y herramientas de medición	Para el numerador debe obtenerse el recuento del número total de personas de los grupos de población clave que viven con el VIH que se inscribieron en servicios de atención relacionados con esta infección durante los últimos 12 meses y que empezaron el tratamiento para cuadros latentes de tuberculosis, es decir, las personas que recibieron como mínimo una dosis de medicamentos antituberculosos, como la isoniacida. Para el denominador debe obtenerse el recuento del número total de personas de los grupos de población clave que viven con el VIH que se inscriben en servicios de atención relacionados con la infección por el VIH.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24.
Puntos fuertes y débiles	Este indicador cuantifica la cobertura de las terapias preventivas de la tuberculosis entre las personas que se inscriben para recibir atención relacionada con la infección por el VIH. Sin embargo, carece de un punto de referencia sobre el rendimiento aceptable de estas terapias. A menos que se recopilen datos adicionales, este indicador no ofrece información sobre el número de individuos que cumplen o completan el curso del tratamiento.



Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron la prueba para la detección de la sífilis en los últimos 12 meses	
Fundamento	Las pruebas de tamizaje para la sífilis en los grupos de población clave son importantes para la salud de estas personas y ayudan a mejorar la vigilancia de la enfermedad.
¿Qué mide?	Cobertura de la prueba para la detección temprana de la sífilis en personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave.
Numerador	Número de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron la prueba de la sífilis en los últimos 12 meses.
Denominador	Número de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave vinculadas a servicios de atención relacionados con la infección.
Método y herramientas de medición	Todas las personas de los grupos de población clave diagnosticadas con infección por el VIH han de hacerse la prueba de detección de la sífilis de manera periódica. Este indicador debe medirse anualmente. Puede utilizarse para el tamizaje cualquiera de las pruebas no treponémicas que miden el anticuerpo reagínico (por ejemplo, VDRL o RPR) o de las pruebas treponémicas que miden el anticuerpo treponémico (por ejemplo, TPHA, TPPA o las pruebas treponémicas rápidas). Para este indicador es suficiente realizarse la prueba por cualquier tipo de test.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Resultado: Positivo y negativo en relación con la prueba de tamizaje, ya sea considerando solo positivo para la infección o también positivo para la enfermedad activa.
Puntos fuertes y débiles	Los datos de los programas nacionales podrían no estar disponibles, aunque se pueden reportar los datos de vigilancia centinela o de estudios especiales si se considera que son representativos de la situación nacional. Es importante especificar la fuente y la cobertura de los datos (por ejemplo, los datos de los programas nacionales de las diferentes provincias).

Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que recibieron tratamiento para la sífilis en los últimos 12 meses	
Fundamento	Tratar la sífilis en las personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que dan positivo en las pruebas de la sífilis es un indicador de procesos para la validación de la eliminación de la sífilis.
¿Qué mide?	Porcentaje de personas con serología positiva tanto para el VIH como para la sífilis de los grupos de población clave que recibieron tratamiento adecuado para la sífilis en los últimos 12 meses.
Numerador	Número de personas seropositivas para el VIH y la sífilis de los grupos de población clave que recibieron tratamiento adecuado.
Denominador	Número de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que recibieron resultados positivos en las pruebas de la sífilis.



Método y herramientas de medición	<p>Los datos deberán recopilarse anualmente. La seropositividad a pruebas treponémicas o a pruebas no treponémicas es suficiente para que se considere la positividad a la sífilis en lo que respecta a este indicador.</p> <p>Lo ideal es utilizar registros de programas nacionales. Sin embargo, si no hay datos de programas nacionales, se puede recurrir a la información de sistemas de vigilancia centinela o de encuestas especiales si se considera representativa de la situación nacional. Deberán especificarse las fuentes y la cobertura de los datos que utilice el país (si son datos de programas nacionales o provinciales, por ejemplo).</p>
Desglose	<p>Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales.</p> <p>Grupo de edad: <18, 18-24, >24.</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>Los datos sobre tratamiento de la sífilis entre las personas que acuden a servicios relacionados con el VIH y las ITS se suelen supervisar de forma rutinaria. Recopilar datos sobre el tratamiento de la sífilis puede requerir la colaboración de otros programas para garantizar que tales datos estén disponibles a nivel nacional. A los efectos de este indicador es suficiente con que se documente una única dosis de penicilina.</p>

Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron la prueba de tamizaje de *Neisseria gonorrhoeae* en los últimos 12 meses

Fundamento	<p>La infección con gonorrea es un marcador de relaciones sexuales sin protección, y facilita la transmisión y adquisición del VIH. Además, los cuadros no tratados de gonorrea pueden dar lugar a enfermedad pélvica inflamatoria, embarazos ectópicos, infertilidad, ceguera y enfermedad diseminada.</p>
¿Qué mide?	<p>Porcentaje de personas seropositivas de los grupos de la población clave que fueron tamizadas para gonorrea en los últimos 12 meses.</p>
Numerador	<p>Número de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que se sometieron a una prueba de tamizaje para la gonorrea en los últimos 12 meses.</p>
Denominador	<p>Número de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave vinculadas a los servicios de atención relacionados con el VIH.</p>
Método y herramientas de medición	<p>Datos recopilados de manera rutinaria en el programa sobre VIH.</p>
Desglose	<p>Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales.</p> <p>Grupo de edad: <18, 18-24, >24.</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>La capacidad de diagnóstico puede variar entre países, ya que muchos realizan tratamiento sintomático y no tienen capacidad de laboratorio para hacer el tamizaje rutinario.</p>

Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que se realizaron una prueba de tamizaje de la hepatitis B en los últimos 12 meses



Fundamento	La presencia del antígeno de superficie de la hepatitis B indica una infección crónica por el virus de la hepatitis B. Conocer el estado serológico relativo a esta enfermedad de las personas seropositivas para el VIH permite prescribir medicamentos antirretrovirales que son eficaces contra ambas infecciones.
¿Qué mide?	Porcentaje de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que fueron tamizadas para la hepatitis B entre quienes fueron diagnosticadas con infección por el VIH en los últimos 12 meses.
Numerador	Número de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave diagnosticadas en los últimos 12 meses que recibieron una prueba de tamizaje para la hepatitis B.
Denominador	Número de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que fueron diagnosticadas con la infección en los últimos 12 meses.
Método y herramientas de medición	Registros clínicos o de laboratorio.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24.
Puntos fuertes y débiles	Este indicador supervisa los avances en las actividades de tamizaje de la hepatitis B de manera regular, pero no refleja la proporción mundial de personas coinfectadas por el VIH y el virus de la hepatitis B que reciben atención por el VIH y conocen su coinfección por el virus de la hepatitis B.

Porcentaje de las parejas de personas seropositivas para el VIH de los grupos de población clave que se realizan la prueba del VIH y obtienen un resultado positivo	
Fundamento	La eficacia de las estrategias de notificación asistida de parejas se mide a través del porcentaje de las parejas captadas que son identificadas como seropositivas para el VIH.
¿Qué mide?	Eficacia de la estrategia de notificación asistida de parejas para identificar a las parejas de personas seropositivas no diagnosticadas previamente.
Numerador	Número de parejas de personas seropositivas de los grupos de población clave que han sido diagnosticadas con infección por el VIH a través de una estrategia de notificación asistida de parejas en los últimos 12 meses.
Denominador	Número total de personas de los grupos de población clave captadas a través de la notificación asistida de parejas en los últimos 12 meses.
Método y herramientas de medición	Sistemas de registro del programa.
Desglose	Grupo de población clave: HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Grupo de edad: <18, 18-24, >24.



CENTROS TAR DE MANIZALES

Centro TARV	EAPB
COSMITET	Cosmitet
SIES SALUD	Nueva EPS
	Asmet Salud
	AIC
	Famisanar
	Compensar
	SURA
	Ejército
	Policía
VIRREY SOLIS	Salud total
MEDICINA INTEGRAL	SANITAS
UNISALUD	Universidad Nacional



BIBLIOGRAFÍA

HIVinfo.nih.gov. (15 de 04 de 2022). Obtenido de

<https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/profilaxis-posexposicion-pep>

Ministerio de Salud y Protección Social -. (s.f.). Guía de Práctica Clínica Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en adultos, gestantes y adolescentes. Guía para pacientes. *Guía Actualización parcial 2021- 39, Primera*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas , gestantes y adolescentes. Bogotá D.C., Colombia.

OMS - OPS. (2018). Indicadores de salud Aspectos conceptuales y operativos. Whashington D.C.

OMS - OPS. (2019). Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe. Whashington D.C.

