Anexo No. 2. Enfoque Técnico

GARANTIZAR EL ACCESO AL PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL EN VIH A POBLA-CIÓN MIGRANTE VENEZOLANA, INCLUIDA MUJER GESTANTE, QUE HAYAN SIDO CON-FIRMADOS CON LOS SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO DE VIH FINANCIADOS POR RECUR-SOS DEL FONDO MUNDIAL A TRAVÉS DE LOS CONVENIOS DE COOPERACIÓN SUSCRI-TOS POR ENTERRITORIO CON EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, EN LAS CIUDADES PRIORIZADAS, EN EL MARCO DEL ACUERDO DE SUBVENCIÓN No. COL-H-ENTERRITO-RIO 3042 (CONVENIO NO. 222005) SUSCRITO CON EL FONDO MUNDIAL.

a) Análisis normatividad nacional.

b) Guías y lineamientos nacionales garantizará el acceso a la atención integral de VIH de los usuarios canalizados por las ESE, que incluye: almacenamiento y dispensa-ción de medicamentos antirretrovirales, Profilaxis para infecciones oportunistas, Suplementos nutricionales, Condones mensuales, Entrega de fórmulas lácteas para el primer año de vida, para menores expuestos al VIH-Sida, Suministro de Kit pre-parto, Controles. Además, Garantía de atención hasta por nueve (9) meses o antes, si se logra su vinculación al SGSSS

c) Retos para la implementación del programa.

CONSORCIO VIDA24/7 MEDELLIN

0. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
1	12-12-2023	Creación de documento

Tabla 1 Control de cambios

1. INTRODUCCION

La Asamblea General de las Naciones Unidas en la última reunión de Alto Nivel se centró en la importancia de acelerar la respuesta para acabar con la epidemia del VIH/SIDA como se estableció en los Objetivos de Desarrollo Sostenible - ODS. Para la reunión del 28 de noviembre del 2023 ONUSIDA, determino la importancia de las comunidades en llegar a estas metas para el 2023, es así que enmarco la iniciativa “QUE LIDEREN LAS COMUNIDADES” Colombia como miembro activo de ONUSIDA siempre ha estado comprometida con las estrategias para combatir la epidemia, e implementar las diferentes estrategias encaminadas en minimizar la estigmatización y generar espacios de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Por tanto, se enfatizan en las metas ONUSIDA para el año 2030:

95-95-95 (Tratamiento VIH):
•Que el 95% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico.
•Que el 95% de las que lo conocen tengan acceso al tratamiento.
•Que el 95% de las personas que lo sigan logren reducir la carga viral; de modo que se refuerce su sistema inmunológico y se reduzca el riesgo de transmisión.

- Menos de 200.000 (Nuevas infecciones por el VIH o menos) para el 2023
- Llegar a CERO (Discriminación):
- Eliminar la discriminación relacionada con el VIH.
- Eliminar, de manera sostenible, las nuevas infecciones por el VIH en niños

ONUSIDA considera que los gais y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los trabajadores sexuales, las personas transgénero, las personas que se inyectan drogas y las personas en prisión o bajo reclusión de otra clase son los cinco grupos de población clave. Por tanto se enmarcan los esfuerzos en educación, tamizaje oportuno, intervenciones en tratamiento inicial pronto, seguimiento indetetctabilidad sin embrago para llegar a estas metas todos los actores del SGSSS deben aunar esfuerzos desde el deber ser de cada uno para detectar de forma temprana la infección por VIH, brindar asesoría e intervenciones individuales y colectivas mejorando la calidad de vida de las personas que viven con el virus y mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva de la población; así mismo, aumentar la demanda inducida a los servicios de salud, adelantar actividades de prevención incluyente para todas las poblaciones con perspectiva de género, entre otras. Bogotá como en el resto del país se presenta una epidemia concertada en poblaciones en mayor estado de vulnerabilidad a la infección, como son los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las mujeres transgénero, los habitantes de calle, las personas con actividades sexuales pagas y las personas que se inyectan drogas, sin embargo la infección repercute en toda la población al presentar un número importante de casos en poblaciones que no hacen parte de los anteriormente mencionadas.

El VIH/Sida es un evento de interés en Salud Pública de obligatoria notificación y todo caso confirmado debe ser notificado de forma individual semanalmente a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), cumpliendo con los criterios de caso establecidos en el protocolo emitido por el Instituto Nacional de Salud y el algoritmo diagnóstico según la edad definido en las guías de práctica clínica vigentes para el país.

Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

Acorde a los pilares institucionales y teniendo en cuenta la importancia de la detección precoz y el seguimiento de los pacientes con gestantes y niños que fueron expuestos en el marco de un modelo de atención integral ambulatorio con una completa cobertura de medicamentos antirretrovirales incluidos y los que están en el Plan de Beneficios de Salud requeridos para el tratamiento de la patología. Todo esto según lo establecido en las guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/SIDA del 2021.

Para la CAC de VIH para Colombia a 31 de enero del 2022 se registraron 12919 casos incidentes de VIH, con un aumento del 40.27% frente al periodo anterior.
Se presenta una mediana de edad de presentación de los hombres de 29 años y de las mujeres de 34 años, el 58.32% de los casos son del régimen contributivo, siendo el 58.56% de los casos presentados en población clave.
El 34.79% se presentó en fase sida, siendo en el 93.85% de los casos el mecanismo de trasmisión sexual. Iniciándose terapia retroviral con una media de 35 días posteriores al diagnóstico.

Estos datos estadísticos, nos demuestran el alto compromiso que se adquiere al tratar población vulnerable y su necesidad frente a intervenciones objetivas, e interdisciplinarias frente al riesgo de contraer el virus y frente al manejo una vez se es positivo.
Vivir IPS enmarca como IPS especializada este sentir buscando metas medibles, alcanzables basadas en una estrategia trasversal frente a las necesidades de cada usuario.

ANÁLISIS NORMATIVIDAD NACIONAL.

Constitución Política de Colombia (1991): establece en el artículo 49, que “atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, donde se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”

Ley 100 de 1993: “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”. En su artículo 1 expresa: “El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las
prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro”.

Ley 972 de 2005: “Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida”

Ley 1122 de 2007: “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. En su artículo primero dice: “La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud”.

Ley 1257 de 2008: "Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones"

Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

Ley 1438 de 2011: En su artículo 1 esta ley declara: "Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país"

Ley 1482 de 2011: Esta ley expresa que su objeto es: "Garantizar la protección de los derechos de una persona, grupo de personas, comunidad o pueblo, que son vulnerados a través de actos de racismo o discriminación"

Resolución 0459 de 2012: "Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual"

Resolución 1841 de 2013: "Por la cual se adopta el plan Decenal de Salud Pública 2012-2021". Este plan buscó la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable". Actualmente se encuentra en proceso de actualización.

La Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014-2021 (actualización): "Esta Política direcciona el desarrollo de la sexualidad como dimensión prioritaria definida en el Plan Decenal de Salud Pública, que incluye el disfrute de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en forma digna, libre, e igualitaria y la transformación de los lugares, conceptos e imaginarios desde donde se piensa y vive la sexualidad".

Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015: El objeto de esta ley es: "…garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

El Decreto 780 de 2016: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. En él se incluye la reglamentación del manejo de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) que contemplaba el Decreto 1543 de 1997.

Resolución 429 de 2016: Por medio de la cual se adopta La Política de Atención Integral en Salud – PAIS (2016). El objetivo general de esta política es "…orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud". Mediante esta resolución también se adopta el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que se constituyó en el modelo operativo de la PAIS, y su propósito fue "la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo"

Resolución 3202 de 2016: Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones.

Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

Resolución 3280 de 2018: "Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

Resolución 273 de 2019: "Por la cual se establecen disposiciones para el reporte de información relacionada con la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana – VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida – SIDA con destino a la Cuenta de Alto Costo.

Ley 1955 de 2019: Por el cual se expide el "Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad" y en su artículo 1 expresa que el objetivo de la Ley es "sentar las bases de legalidad, emprendimiento y equidad que permitan lograr la igualdad de oportunidades para todos los colombianos, en concordancia con un proyecto de largo plazo con el que Colombia alcance los Objetivos de Desarrollo Sostenible al 2030".

Resolución 2626 de 2019. "Por medio de la cual se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), en reemplazo del Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y que modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)".

Resolución 1314 de 2020: "Por la cual se adoptan los lineamientos para la realización de pruebas rápidas fuera del laboratorio clínico para el diagnóstico temprano de la infección por VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C.".

Resolución 229 de 2020: "Por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud – EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado".

Circular 016 de 2012: Por medio de la cual se definen los lineamientos para el funcionamiento de la Estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, con el fin de fortalecer las acciones preventivas y de prestación oportuna de los servicios que se orienten a eliminar la transmisión materno infantil del VIH en el marco de la normatividad vigente.

Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes La Asamblea General
Documento final de la reunión plenaria de alto nivel sobre la respuesta a los grandes desplazamientos de refugiados y migrantes

Circular 13 de 2019: establece acciones de gestión en salud pública para la prevención, el diagnóstico, manejo, control y vigilancia del VIH, coinfección TB/VIH, sífilis gestacional y congénita, hepatitis B y hepatitis C.

RESOLUCIÓN 881 DE 2023: por parte del Ministerio de Salud de Colombia, la cual inicia el procedimiento administrativo para evaluar la existencia de razones de interés público que justifiquen la emisión de una licencia obligatoria para los regímenes basados en dolutegravir (DTG)

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 Guía 2021

Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

1. ***Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo,*** *dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud; incluye como atenciones obligatorias para toda la población migrante: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores.*
   1. *Primera infancia (0-5 años)*
   2. *Infancia (6-11 años)*
   3. *Adolescencia (12-17 años)*
   4. *Juventud (18-28 años)*
   5. *Adultez (29-59 años)*
   6. *Vejez (mayores de 60 años)*

2. ***Rutas integrales de atención para grupos de riesgo****, intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento.*

   Los dieciséis (16) grupos de riesgo priorizados por el Ministerio de Salud y Prestación Social para la elaboración de rutas integrales de atención en salud son los siguientes:
   1. RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio– cerebro – vascular – metabólicas manifiestas
   2. RIAS para población con riesgo o enfermedades respiratorias crónicas
   3. RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales
   4. RIAS para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones
   5. RIAS para población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento
   6. RIAS para población con riesgo o alteraciones en la salud bucal
   7. RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer
   8. RIAS para población materno –perinatal
   9. RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
   10. RIAS para población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales
   11. RIAS para población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales
   12. RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
   13. RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente 27
   14. RIAS para población con riesgo o enfermedades huérfanas
   15. RIAS para población con riesgo o trastornos visuales y auditivos
   16. RIAS para población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes.

3. ***Rutas integrales de atención específica para eventos****, intervenciones individuales y colectivas dirigidas principalmente al diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos o condiciones específicas de salud priorizadas.*

- ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL

Valoración inicial por jefe de enfermería (30 minutos)
Educación en derechos sexuales y reproductivos (planificación familiar)
Control integral jefe enfermería (pruebas duales -VIH, SIFILIS, asesoría pre y post con entrega de resultado)
Laboratorios:
Uroanalisis
Hemograma
Hemoclasificación
Glicemia
CCV

Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

Hepatitis B Ag superficie
IgG para Toxoplasma
IgG rubeola
IgG varicela
Pruebas parasitológicas si paciente es procedente de área endémica.
Dispensación: Ácido fólico Tableta 1mg
Valoración Odontología
Valoración por nutrición
Valoración psicología
Valoración trabajo social
Control preconcepcional por medicina general con resultados

- ATENCIÓN A GESTANTES

PRIMER TRIMESTRE
Valoración inicial por jefe de enfermería (30 minutos) Ingreso programa: Entrega de CLAP, pruebas rapidas -VIH, SIFILIS, asesoría pre y post con entrega de resultado
Educación en derechos sexuales y reproductivos.
Laboratorios:
Urocultivo
Uroanálisis
Hemograma
Hemoclasificación
Glicemia
CCV
Hepatitis B Ag sup
IgG para Toxoplasma
IgG rubeola
IgG varicela
Pruebas parasitológicas si paciente es procedente de área endémica.
Coombs (según hemoclasificación)
Valoración Odontología
Valoración por nutrición
Valoración psicología
Valoración trabajo social
Talleres de preparación para la maternidad y paternidad -Gestantes a todo corazón
Dispensación de micronutrientes: ácido fólico, carbonato de calcio, sulfato ferroso, Ácido acetil salicílico (según riesgo obstétrico)
Control prenatal por medicina general con resultados
Vacunación (Toxoide tetánico según antecedente vacunal, Influenza estacional)

SEGUNDO TRIMESTRE
Control integral jefe enfermería (pruebas duales -VIH, SIFILIS, asesoría pre y post con entrega de resultado o prueba serológica)
Laboratorios:
Uroanálisis
Hemograma
PTOG (Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa) -24 a 28 semana-
FFV (Frotis de Flujo Vaginal) Según sintomatología
Toxoplasma IgM mensual (si IgG es negativo en 1er trimestre)
Ecografía obstétrica para tamizaje de detalle anatómico (20-24 semanas)
Control Odontología (según tratamiento)
Control por nutrición (Según estado nutricional)
Talleres de preparación para la maternidad y paternidad “Gestantes a todo corazón”

Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

Micronutrientes: carbonato de calcio (2 tabletas día), sulfato ferroso, Ácido acetil salicílico (según riesgo obstétrico)
Vacunación DPTA a partir 26 semanas
Control prenatal por medicina general con resultados

TERCER TRIMESTRE
Control integral jefe enfermería (pruebas duales -VIH, SIFILIS, asesoría pre y post con entrega de resultado o prueba serológica)
Laboratorios:
Uroanálisis
Hemograma
PTOG (Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa) -24 a 28 semana-
FFV (Frotis de Flujo Vaginal) -Según sintomatología
Toxoplasma IgM mensual -si IgG es negativo en 1er trimestre-
Cultivo vaginal y rectal para Streptococcus (35 a 37 semanas)
Control Odontología -según tratamiento
Control por nutrición -Según estado nutricional-
Talleres de preparación para la maternidad y paternidad -Gestantes a todo corazón-
Micronutrientes: ácido fólico, carbonato de calcio -doble dosis-, sulfato ferroso, Ácido acetil salicílico (según riesgo obstétrico)
Control prenatal por medicina general con resultados
Control planificación familiar
Control educación en lactancia materna

- POSPARTO

Control posparto por medicina general
Consulta de planificación familiar si no asiste a la consulta en tercer trimestre.

NOTA: La paciente nulípara debe tener mínimo 10 controles y el multípara mínimo 7 controles. Hasta la semana 36 los controles serán mensuales y en bajo riesgo obstétrico serán realizados por jefe de enfermería y medicina general, a partir de esta semana serán cada 2 semanas por médico general.
Los talleres de gestantes a todo corazón son de un total de 7 sesiones de 60-90 minutos.

- ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA (8 días-5años 11 meses y 29 días)

Control recién nacido por medicina general (Menor 30 días)
Control crecimiento y desarrollo por jefe de enfermería en los meses; 2-3, 6-8, 9, 18-23, 30-35 y 4años.
Medicina general o pediatría: 4-5, 12-18, 24-29 meses, 3 años y 5 años
Radiografía de caderas comparativa a partir de 5 meses
Tamizaje Agudeza visual 4 años por medicina general o jefe de enfermería
Tamizaje auditivo por medicina general
Valoración odontología salud oral anual, a partir de los 6 meses

- Profilaxis dental y barniz de fluor cada 6 meses a partir del año
- Sellantes a partir de 3 años, según criterio clínico

Entrega de micronutrientes en los meses 6-8, 12-18, 18-23 y a partir de los 2 años cada 6 meses.
Desparasitante cada 6 meses, a partir del año.
Vacunación según PAI

Nota: Realizar valoración de enfoque diferencial y RIAS por grupo de riesgo

- ATENCIÓN DE PLANIFICACION FAMILIAR PARA LOS CICLOS VITALES QUE APLIQUE

Básico:

Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

Consulta de asesoría para planificación familiar
Control por jefe de enfermería según método
Citología Cervico Vaginal según el método que aplique
Frotis de flujo Vaginal según el método que aplique
Prueba de embarazo según el método que aplique
Dispensación de anticonceptivos (incluidos según contrato o según PBS) incluidos preservativos.

- ATENCIÓN A LA JUVENTUD (18 años-28 años 11 meses y 29 días)

Control del joven por jefe de enfermería, medicina general o medicina familiar 18-23 y 24-28 años
Valoración odontología salud oral cada 2 años
Vacunación de toxoide tetánico mujeres en edad fértil.
Control de salud sexual y reproductiva, prevención de ITS
Control de planificación familiar/ prueba de embarazo
Citología cervico vaginal
Tamizaje VIH, Sífilis
Tamizaje de riesgo cardiovascular, según riesgo cardiovascular detectado

- Perfil lipídico.
- Uroanálisis.
- Glicemia.
- Creatinina.

Nota: Realizar valoración de enfoque diferencial y RIAS por grupo de riesgo

- ATENCIÓN A LA ADULTEZ (29 años-59 años 11 meses y 29 días)

Control del adulto por medicina general o medicina familiar
Tamizaje visual 45 años por medicina general
Valoración por optometría si hay alteraciones.
Tamizaje auditivo por medicina general
Valoración odontología cada 2 años
Vacunación tétanos -mujeres en edad fértil-
Tamizaje de VIH y sífilis y educación para prevención de ITS.
Control de planificación familiar
Citología cervico vaginal según esquema 1-3-3
Examen clínico de seno, a partir de los 40 años según necesidad o mínimo 1al año
Tamizaje de próstata: hombres mayores de 50 años con Antígeno prostático específico y tacto rectal, cada 5 años
Tamizaje para Ca de colón: sangre oculta en heces, a partir de los 50 años, cada 2 años.
Laboratorios cada 5 años en adulto sano 45-50-55:

- Perfil lipídico.
- Uroanálisis.
- Glicemia.
- Creatinina.

Nota: Realizar valoración de enfoque diferencial y RIAS por grupo de riesgo

Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

- ATENCIÓN A LA VEJEZ (Mayores 60 años)

Control para el adulto en vejez por medicina general o medicina familiar cada 3 años

- Aplicación de escalas para funcionalidad, fragilidad y fuerza muscular:
  - Test de Lazaro
  - Escala de Lawton-Brody
  - Índice de Barthel
  - Test de Linda Fried
- Valoración de riesgo cardiovascular y metabólico con aplicación de Finnis Risk Score, tablas de estadificación de la OMS y tablas de Framinghan.
- Tamizaje de riesgo EPOC (pulsioximetría y factores de riesgo)
- Famillíograma
- APGAR familiar
- ECOMAPA
- Medidas antropométricas: peso, talla, IMC, perímetro abdominal, de brazo y pantorrilla. Estado nutricional. Resolución 2465 de 2016 hasta los 64 años.
- Mini Nutritional Assessment (MNA) a partir de los 65 años
- Valoración de enfoque diferencial y RIAS por grupo de riesgo

Valoración odontología cada 2 años
Vacunación según PAI, incluye influenza estacional, neumococo conjugada y polisacárido (mayores 50 años). Adicional Herpes zoster (mayores 50 años)
Tamizaje de VIH, sífilis y otra ITS, con continuidad de educación para la prevención
Control de planificación familiar -hombres-
Tamizaje para cáncer de cuello uterino VPH/ADN por esquema 1-5-5 con resultados negativos hasta los 65 años
Tamizaje para cáncer de cuello uterino; Citología cérvico vaginal por esquema 1-3-3 hasta 65 años o según criterio clínico
Examen clínico de seno.
Tamizaje de próstata con Antígeno prostático específico y tacto rectal, cada 5 años hasta los 75 años

- MANEJO DE TRABAJO SOCIAL

El profesional de trabajo social soportará todos los asuntos relativos al apoyo social y del núcleo familiar, verificará la red de apoyo del paciente, coordinará los grupos de auto apoyo y propenderá por el acceso a servicios de beneficencia, apoyo espiritual y asesoramiento legal, para esta actividad dispondrá de 30 minutos. Así mismo Propiciará los espacios, para consolidación de alianzas o asociaciones de usuarios.

Por la importancia que el cumplimiento tiene para el éxito de la terapia antirretroviral presente y futura, es altamente relevante incorporar al cuidado de los pacientes con VIH intervenciones que tengan un efecto positivo en su optimización. A continuación, se presenta la evidencia disponible acerca de intervenciones dirigidas a mejorar el cumplimiento con el tratamiento.

- Programa educativo multidisciplinario.
- entrega de Ayudas (pastilleros, alarma).
- Intervención cognitiva-conductual.
- Tratamiento para el abuso de drogas.
- Uso de Buscapersonas (recuerda al paciente uso del tiempo y acción).
- Educación.
- Terapia Cognitiva –conductual y manejo del estrés.
- Educación y consejería personalizada.
- Intervención psico-educativa, cognitiva conductual.
- Tratamiento y adecuación del estilo de vida.
- Intervención motivacional.

Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

La intervención con mayor consistencia en la respuesta del cumplimiento con correlato virológico son las que se usan con educación cognitiva-conductual basada en la teoría de la autoeficacia.

Además, parece haber más consistencia en la respuesta cuando la intervención se inicia antes de empezar un nuevo régimen terapéutico. Otra intervención educativa efectiva es la del trabajador social, en la que se educa al paciente sobre el tratamiento, se diseña un plan de toma de medicinas adaptado al estilo de vida del paciente y permanece accesible para resolver dudas.

COMPONENTES
Los componentes comunes a las intervenciones que han mostrado éxito parecen ser:
1) Establecer el grado de preparación y disposición psicológica y física del
Paciente para iniciar la terapia.

2) Educación sobre el VIH, y la posibilidad de mejorar la calidad y cantidad de vida cumpliendo con la toma de las medicinas.

3) Educación sobre los medicamentos propiamente dichos, incluyendo interacciones con drogas y comidas, y efectos adversos.

4) Diseño de un horario que se ajuste al estilo de vida del paciente.

5) Personal de la salud disponible para resolver dudas.

6) Evaluación de barreras de cumplimiento en visitas domiciliarias de seguimiento y retroalimentación (si es posible usando algún tipo de incentivo) al paciente acerca de su desempeño en el cumplimiento.

7) Sesiones de refuerzo de dos a tres veces al año. El uso de recordadores (alarmas o buscapersonas) produce efectos positivos.

El programa incluye un equipo multidisciplinario de la salud con entrenamiento en educación cognitiva-conductual basada en la teoría de auto eficacia y las actividades de la optimización de la Adherencia.
El trabajador social encargado de asesorar el cumplimiento debe establecer el grado de preparación y disposición psicológica y física del paciente para iniciar la terapia antes de que se suministre la medicación.

- Dar educación la paciente sobre VIH y la posibilidad de mejorar la calidad y cantidad de vida cumpliendo con la toma de los medicamentos.
- Educar al paciente sobre medicamentos propiamente dichos incluyendo interacciones con drogas y comidas y efectos adversos.
- Anticipar los efectos adversos más frecuentes.
- Diseñar el horario que se ajuste al estilo de vida.
- Estar disponible y accesible para cuando el paciente tenga dudas sobre el tratamiento.
- Evaluar rutinariamente las barreras de cumplimiento durante las visitas domiciliarias de seguimiento y proveer al paciente retroalimentación acerca de su desempeño.
- Asesorar en cuanto a Adherencia.
- Valorar al paciente antes de iniciar el tratamiento.
- Evaluar al paciente presencialmente.
- Comunicarse con el paciente de manera presencial o no presencial al menos una vez al mes para evaluar las barreras y el cumplimiento.
- Realizar visitas domiciliarias de seguimiento con mayor frecuencia en pacientes con barreras de cumplimiento.
- Recomendar uso de dispositivos como recordatorios.

Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

Además, con la evaluación clínica sistemática, el equipo multidisciplinario debe realizar un seguimiento integral en lo que tiene que ver con prevención secundaria, cumplimiento con el tratamiento, estado nutricional, estado de ánimo, uso de drogas y alcohol, y entorno social. Existe evidencia ya discutida que muestra una asociación estrecha entre el cumplimiento con la terapia y desenlaces de interés, y entre uso de drogas y alcohol o trastornos psico-emocionales con el cumplimiento.

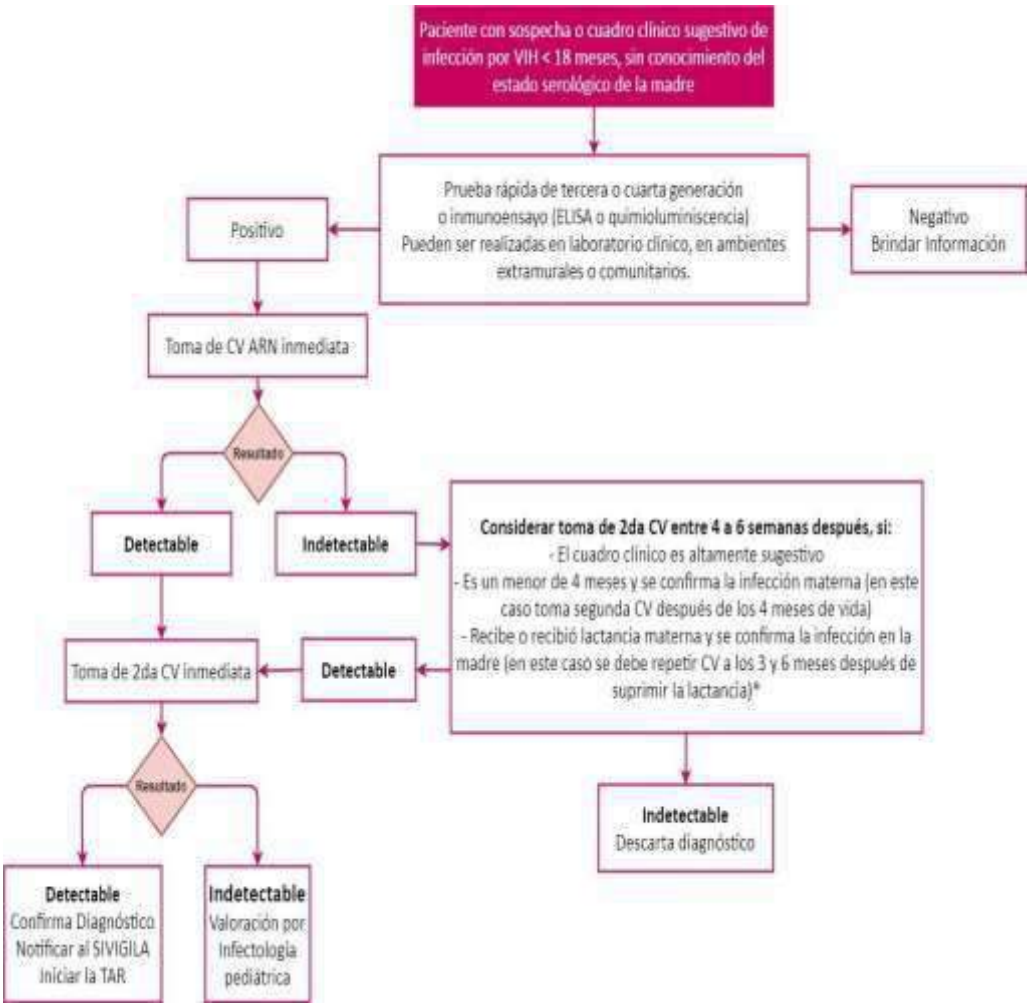
Igualmente, existe evidencia de que los problemas nutricionales son frecuentes en los pacientes con VIH y que el estado nutricional y la pérdida de peso son factores pronósticos en los pacientes infectados.

Existe también evidencia que sugiere que la calidad de vida de los pacientes con VIH que tienen apoyo social importante (posibilidad de contar con personas para comunicarse y demostraciones de cariño y simpatía) es superior a la de aquellos que tienen un apoyo social pobre. La frecuencia de utilización de estos recursos dependerá del estadio clínico del paciente, de las condiciones presentes en evaluaciones previas y de si se encuentra o no recibiendo tratamiento antirretroviral.

Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

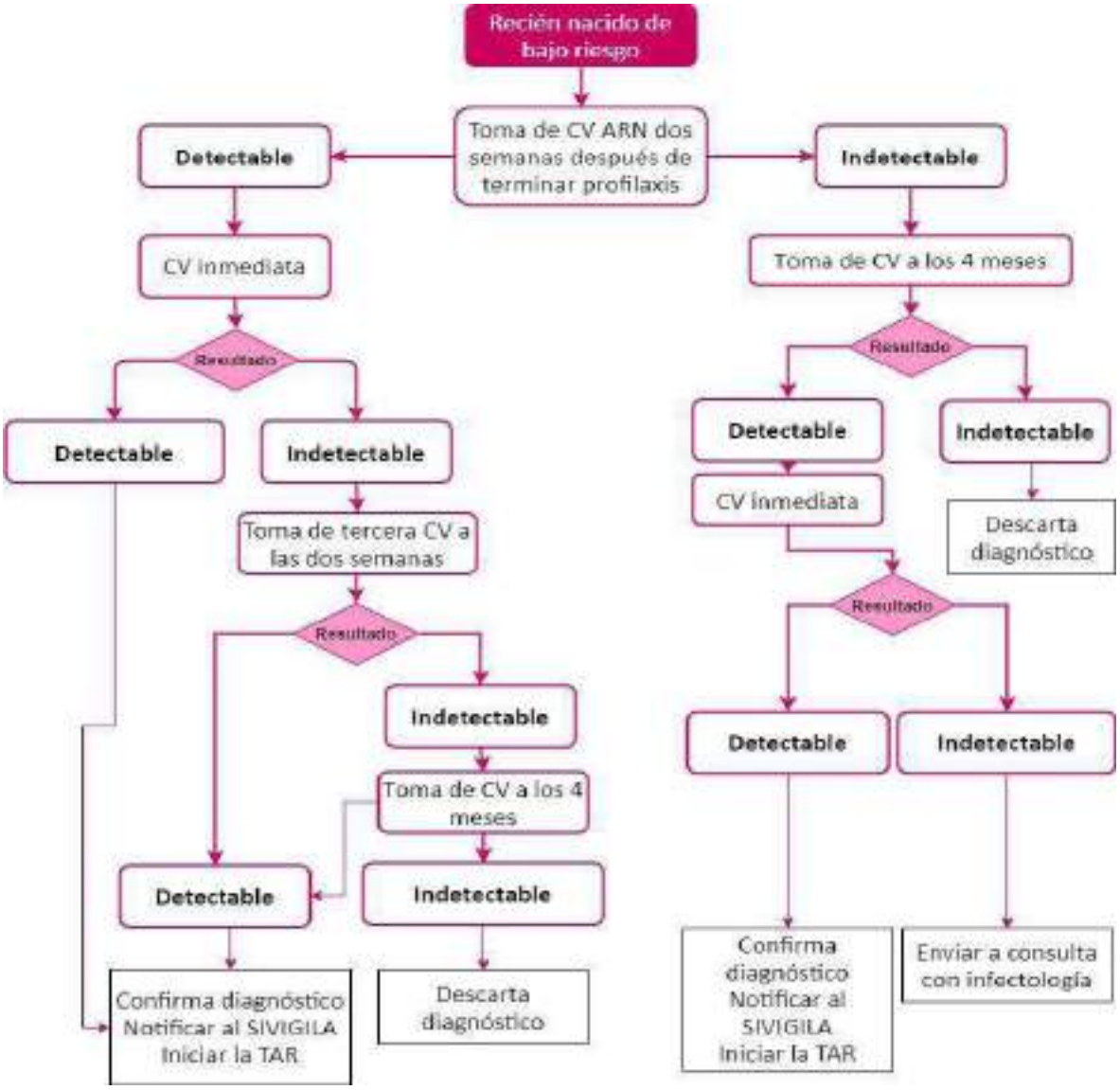
GUÍAS Y LINEAMIENTOS NACIONALES

1.1 ALGORITMO DIAGNÓSTICO EN MENORES DE 18 MESES CON SOSPECHA O CUADRO CLÍNICO SUGESTIVO DE INFECCIÓN POR VIH, SIN CONOCIMIENTO DEL ESTADO SEROLÓGICO DE LA MADRE



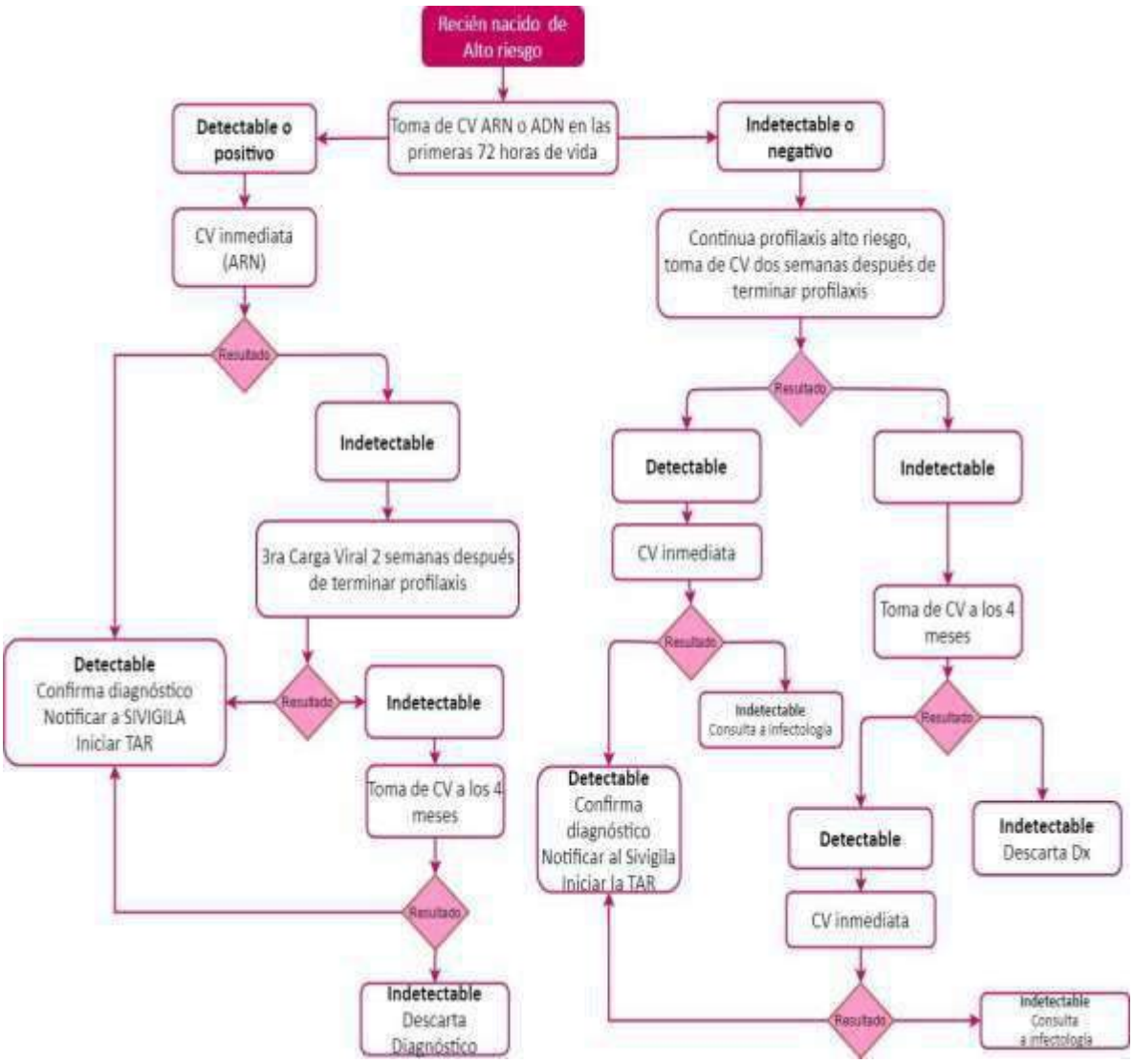
Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

1.2 ALGORITMO DIAGNÓSTICO EN NIÑOS MENORES DE 18 MESES CON BAJO RIESGO PARA LA TMI DEL VIH



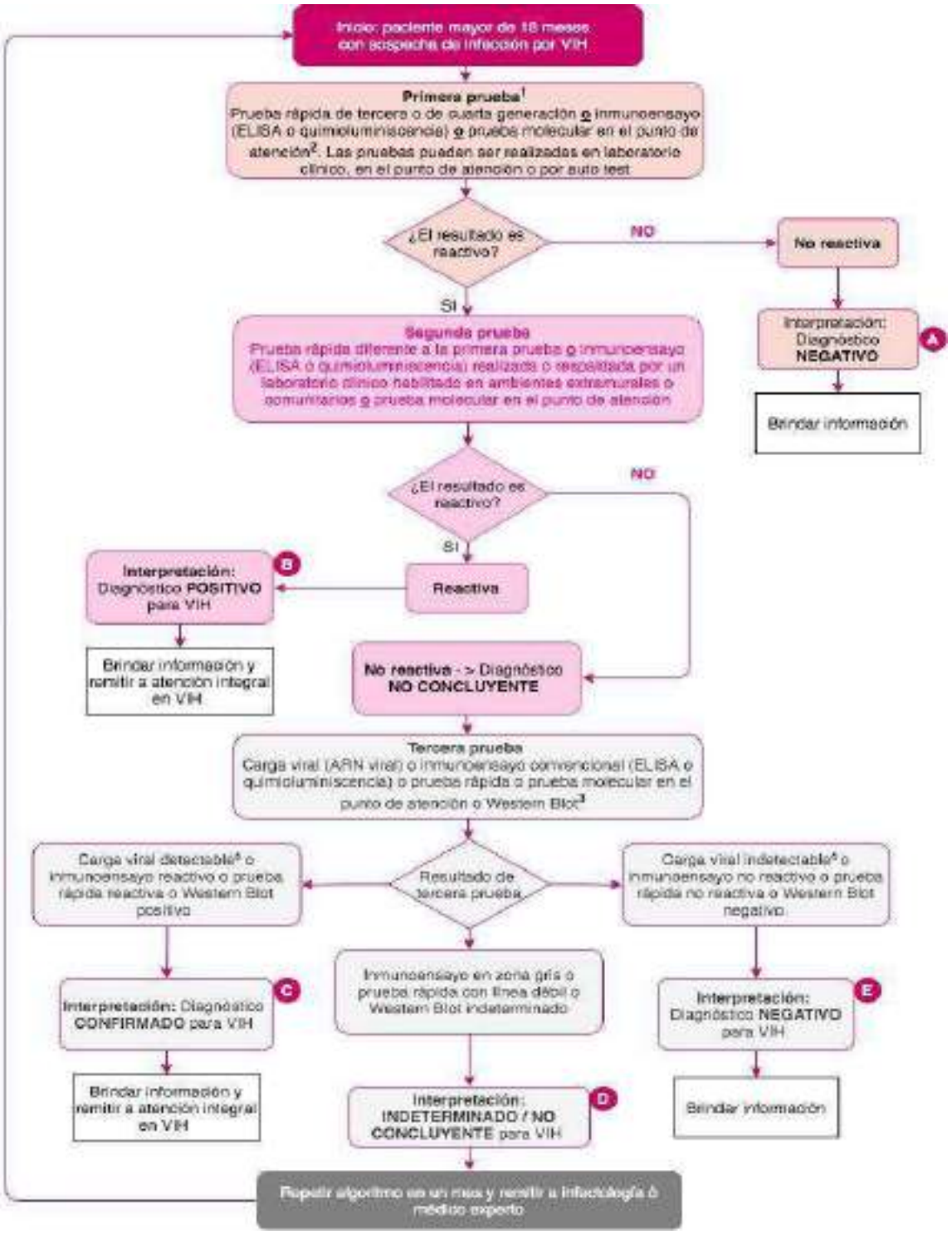
Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

1.3 ALGORITMO DIAGNÓSTICO EN NIÑOS MENORES DE 18 MESES CON ALTO RIESGO PARA LA TMI DEL VIH



Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

1.4 ALGORITMO DIAGNÓSTICO EN MAYORES DE 18 MESES



Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

2. TRATAMIENTO OBJETIVOS DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

-Prevenir y reducir moorbimortalidad asociada a VIH
- Restaurar y preserver la function immune
- Supresión virologica sostenida
- Minimizar toxicidad relacionada al tratamiento
- Optimizar crecimiento, maduración sexual, desarrollo neurocognitivo
- Mejorar calidad de vida
- Disminuir transmisión a otros

Nota: se informa rutas a seguir en casos de menores a consideración de la entidad.

ALIMENTACION PARA REDUCIR LA TRANSMISION MATERNO – INFANTIL EN MENORES DE 12 MESES HIJOS DE MADRE CON VIH

Dar leche de fórmula durante todo el periodo de lactancia, desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad.

Independientemente de si la madre recibe tratamiento antirretroviral o si la niña o el niño se encuentra en profilaxis antirretroviral, se recomienda no dar leche materna.

Se recomienda, en niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad con diagnóstico de infección por VIH sin experiencia previa con antirretrovirales, iniciar tratamiento antirretroviral según el siguiente esquema:

Prematuros (mayor o igual a 34 semanas de gestación):

Iniciar un régimen basado en nevirapina (NVP) en combinación con dos Inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa (INTR) (lamivudina (3TC) + zidovudina (AZT))
*Excepto si la madre ha recibido nevirapina (NVP), por riesgo de resistencia.
Niñas y niños a término, con edad menor a 15 días de nacido:
Iniciar un régimen basado en:
- Nevirapina (NVP) en combinación con dos Inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa (INTR) (zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC)) *

O un régimen basado en:

- Raltegravir (RAL) en combinación con dos Inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa (INTR) (zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC)) **

*Excepto si la madre ha recibido nevirapina (NVP), por riesgo de resistencia
**Condiciones de uso de raltegravir (RAL): más de 2kg y mayor 37 semanas edad gestacional.

Menores de 1 año:

Iniciar un régimen basado en:
- Raltegravir (RAL) en combinación con dos Inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa (INTR) (zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC)) o
- Raltegravir (RAL) en combinación con dos Inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa (INTR) (abacavir (ABC) + lamivudina (3TC))

O un régimen basado en:

- Lopinavir/ritonavir (LPV/r) * en combinación con dos Inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa (INTR) (zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC)) o

Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

- Lopinavir/ritonavir (LPV/r) en combinación con dos Inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa (INTR) (abacavir (ABC) + lamivudina (3TC))

*Condiciones de uso de lopinavir/ritonavir: mayor a 42 semanas de edad gestacional y 14 días postnatal.

Edad de 1 año a 12 años:

Iniciar un régimen basado en:
- Raltegravir (RAL) en combinación con dos Inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa (INTR) (zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC)) o
- Raltegravir (RAL) en combinación con dos Inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa (INTR) (abacavir (ABC) + lamivudina (3TC))

O un régimen basado en:
- Lopinavir/ritonavir (LPV/r) en combinación con dos Inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa (INTR) (zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC)) o
- Lopinavir/ritonavir (LPV/r) en combinación con dos Inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa (INTR) (abacavir (ABC) + lamivudina (3TC))

Mayor de 12 años hasta menores de 18 años:

Primera línea: Iniciar un régimen basado en dolutegravir (DTG) + abacavir (ABC) + lamivudina (3TC) o tenofovir disoproxilo (TDF) + emtricitabina (FTC)
Alternativa: Iniciar un régimen basado en raltegravir (RAL) + abacavir (ABC) + lamivudina (3TC) o tenofovir disoproxilo (TDF) + emtricitabina (FTC)
Alternativa: Iniciar un régimen basado en efavirenz (EFV) + tenofovir disoproxilo (TDF) + emtricitabina (FTC).

3. ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

Solicitud de paraclínicos por protocolo

Exámenes por primera vez y frecuencias de uso

TIPO DE SERVICIO	DECRIPCIÓN DEL SERVICIO	FRECUENCIA DE ATENCIÓN/AÑO	OBSERVACIONES
Laboratorio clínico	Aspartato aminotransferasa (AST)	2	De acuerdo con seguimiento requerido por medicamentos hepatotóxicos o indicaciones clínicas específicas.
Laboratorio clínico	Alanina aminotransferasa (ALT).	2	De acuerdo con el seguimiento requerido por medicamentos hepatotóxicos o indicaciones clínicas específicas.
Laboratorio clínico	Bilirrubinas	2	Si hay la necesidad de evaluar adherencia a atazanavir puede ser una herramienta útil (basado en consenso de expertos).
Laboratorio clínico	Fosfatasa alcalina	2	A criterio médico de acuerdo con necesidad
Laboratorio clínico	Creatinina sérica, depuración de creatinina estimada	2	En personas con tratamiento con tenofovir disoproxil fumarato o atazanavir, tomar a

Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

	(CKD-EPID o MDRD) y uroanálisis		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.
Laboratorio clínico	Cuadro hemático completo (leucocitos, hemoglobina, hematocrito, plaquetas)	2	
Laboratorio clínico	Perfil lipídico (colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos) Cada seis meses tratamiento antirretroviral tomar sin ayunas, el laboratorio puede remitir una nota para interpretación del médico.	2	Se puede tomar en ayunas o sin ayunas).
Laboratorio clínico	Hormona estimulante de la tiroides (TSH)	1	
Laboratorio clínico	Glucemia basal	1	
Laboratorio clínico	ARN cuantitativo del VIH (carga viral)	2	
Laboratorio clínico	Conteo de linfocitos T CD4 y porcentaje de CD4	2	
Laboratorio clínico	Relación de CD4/CD8	2	
Laboratorio clínico	Antígeno de superficie virus de la hepatitis B (Ag SHB); Anticuerpos anti-HBs (Ac SHB); Anticuerpos anti-core (IgG Ac CHB)	1	
Laboratorio clínico	Anticuerpos contra hepatitis C (Ac VHC)	1	
Laboratorio clínico	Prueba treponémica rápida y según resultado prueba no treponémica (VDRL o RPR)	1	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.
Laboratorio clínico	Tamizaje para (VPH) anogenital (hombre/ mujer) /citología	1	

Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

	vaginal (mujer)		
Laboratorio clínico	Antígeno contra criptococo (látex)	1	
Laboratorio clínico	IgG toxoplasma		En pacientes con IgG negativa considerar repetir según criterio médico cuando haya clínica o factores de riesgo (consume comidas crudas o mal cocidas).
Laboratorio clínico	Tamización para tuberculosis	1	Prueba de tamización es la PPD (tuberculina o prueba de Mantoux), se considera positiva si la induración es igual o superior a 5 mm

5. VALORACIONES Y SEGUIMIENTOS

TIPO DE SERVICIO	DECRIPCIÓN DEL SERVICIO	PROFESIONAL	FRECUENCIA DE ATENCIÓN/AÑO	OBSERVACIONES
Asistencial	Primera vez y Seguimiento	Médico experto	1	Al ingreso al programa y luego Mes a mes
Asistencial	Primera vez y Seguimiento	Psicólogo	1	Al ingreso al programa y luego al menos 1 vez al año.
Asistencial	Primera vez y Seguimiento	Nutricionista	1	Al ingreso al programa y luego al menos 1 vez al año.
Asistencial	Primera vez y Seguimiento	Enfermero	1	Al ingreso al programa y luego al menos 1 vez al año.
Asistencial	Primera vez y	Trabajador social	1	Al ingreso al programa y luego

Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

	Seguimiento			al menos 1 vez al año.
Asistencial	Primera vez y Seguimiento	Químico farmacéutico	2	Al ingreso al programa y luego al menos 2 vez al año.
Asistencial	Primera vez y Seguimiento	Odontólogo	2	Al ingreso al programa y luego al menos 1 vez al año.
Asistencial	Primera vez y Seguimiento	Infectólogo.	1	Las personas que viven con VIH deben ser valoradas por un médico infectólogo dentro de los 3 primeros meses de ingreso al programa. Al ingreso al programa y luego al menos 1 vez al año.

6. MEDICAMENTOS, LECHES MATERNIZADAS Y DISPOSITIVOS MEDICOS:

TIPO DE SERVICIO	MEDICAMENTO- SUPLEMENTO NUTRICIONAL-DISPOSITIVO MEDICO
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	ABACAVIR + LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA 300 MG + 150 MG + 300 MG TABLETA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	ABACAVIR + LAMIVUDINA 600 MG + 300 MG TABLETA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	ABACAVIR 20 MG / ML SOLUCION ORAL
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	ABACAVIR 300 MG TABLETA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	ATAZANAVIR SULFATO 200 MG CAPSULA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	ATAZANAVIR SULFATO 300 MG CAPSULA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	ATAZANAVIR + RITONAVIR 300 MG + 100 MG TABLETA RECUBIERTA
DISPENSACIÓN	DIDANOSINA 250 MG CAPSULA

Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

MEDICAMENTOS	
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	DIDANOSINA 400 MG CAPSULA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	EFAVIRENZ 200 MG CAPSULA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	EFAVIRENZ 600 MG TABLETA
MEDICAMENTOS	EMTRICITABINA + TENOFOVIR + EFAVIRENZ 200 MG + 300 MG + 600 MG TABLETA RECUBIERTA
MEDICAMENTOS	EMTRICITABINA + TENOFOVIR DISOPROXILFUMARATO 200 MG + 300 MG
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	ESTAVUDINA 30 MG CAPSULA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	FOSAMPRENAVIR 700 MG TABLETA RECUBIERTA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA 150 MG + 300 MG TABLETA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	LAMIVUDINA 10 MG / ML SOLUCION ORAL
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	LAMIVUDINA 150 MG TABLETA RECUBIERTA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	LOPINAVIR + RITONAVIR 100 MG + 25 MG TABLETA RECUBIERTA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	LOPINAVIR + RITONAVIR 200 MG + 50 MG TABLETA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	LOPINAVIR + RITONAVIR 80 MG + 20 MG / ML (400 MG + 100 MG / 5 ML) SUSPENSION ORAL
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	NEVIRAPINA 200 MG TABLETA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	NEVIRAPINA 50 MG / 5 ML SUSPENSION ORAL
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	RITONAVIR 100 MG CAPSULA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	SAQUINAVIR 500 MG TABLETA

Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	ZIDOVUDINA 10 MG / ML SOLUCION ORAL
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	ZIDOVUDINA 100 MG CAPSULA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	ZIDOVUDINA 300 MG TABLETA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	RILPIVIRINA 25 MG + EMTRICITABINA 200 MG + TENOFOVIR 300 MG
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	DARUNAVIR 600 MG TABLETA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	DARUNAVIR 800 MG TABLETA RECUBIERTA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	DOLUTEGRAVIR SODICO 50 MG TABLETA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	ETRAVIRINA 100 MG TABLETA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	ETRAVIRINA 200 MG TABLETA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	MARAVIROC 150 MG
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	MARAVIROC 300 MG
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	RALTEGRAVIR 100 MG TABLETA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	RALTEGRAVIR 400 MG TABLETA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	ELVITEGRAVIR 150 MG + COBICISTAC 150 MG + EMTRICITABINA 200 MG +
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO 300 MG TABLETA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	DOLUTEGRAVIR 50 MG + ABACAVIR 600 MG + LAMIVUDINA 300 MG
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	DARUNAVIR 800 MG TABLETA RECUBIERTA CON COBICISTAT
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	DARUNAVIR 800 MG TABLETA RECUBIERTA CON RITONAVIR

Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	LECHE EN POLVO CON PROTEINA HIDROLIZADA PARA LACTANTES 400 GR POLVO PARA RECONSTITUIR
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	LECHE EN POLVO NAN COMFORT 800 GR POLVO PARA RECONSTITUIR
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	LECHE EN POLVO NAN PRO 1 900 GR GRANULOS Y POLVOS
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	LECHE EN POLVO NAN PRO 2 900 GR GRANULOS Y POLVOS
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	LECHE EN POLVO NESTOGENO 1 400 GR GRANULOS Y POLVOS
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	LECHE EN POLVO NESTOGENO 1 800 GR GRANULOS Y POLVOS
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	LECHE EN POLVO NESTOGENO 2 400 GR POLVO PARA RECONSTITUIR
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	LECHE EN POLVO NESTOGENO 2 800 GR POLVO PARA RECONSTITUIR
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	LECHE EN POLVO NOVAMIL AC 400 GR POLVO PARA SUSPENSION
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	LECHE EN POLVO NUTRIBEN NATAL 400 GR POLVO PARA RECONSTITUIR
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	LECHE EN POLVO NUTRIBEN CONTINUACION 900 GR POLVO PARA RECONSTITUIR
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	LECHE EN POLVO NUTRIBEN NATAL 900 GR POLVO PARA RECONSTITUIR
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	LECHE EN POLVO PROBIOTICS (NAN PRO / OPTIPRO 1) LATA X 400 GRAMOS
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	LECHE EN POLVO PROBIOTICS (NAN PRO / OPTIPRO 1) LATA X 900 G
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	LECHE EN POLVO PROBIOTICS (NAN PRO / OPTIPRO 2) LATA X 400 GRAMOS
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	LECHE EN POLVO PROBIOTICS (NAN PRO / OPTIPRO 2) LATA X 900 GRAMOS
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	LECHE EN POLVO SIN LACTOSA 400 GR GRANULOS Y POLVOS
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	KIT DE GESTANTE ANTEPARTO

Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	AZITROMICINA 500 MG TABLETA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	FLUCONAZOL 200 MG CAPSULA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	PIRIDOXINA HCL 50 MG TABLETA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL (40 MG + 200 MG) / 5 ML SUSPENSION ORAL
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL 160 MG + 800 MG TABLETA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL 80 MG + 400 MG TABLETA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	ZIDOVUDINA 10 MG / ML (200 MG / 20 ML) SOLUCION INYECTABLE
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	BROMOCRIPTINA 2,5 MG TABLETA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	CLARITROMICINA 500 MG TABLETA
DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS	DAPSONA 100 MG TABLETA
DISPOSITIVOS MÉDICOS	PRESERVATIVOS

Nota: tener en cuenta que VIVIR IPS SAS dispondrá del almacenamiento y dispensación de medicamentos antirretrovirales entregados por la entidad a la IPS.

RETOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA.

La implementación de programas relacionados con el VIH en cualquier país puede enfrentar diversos desafíos. A continuación, se mencionan algunos de los retos que pueden ser relevantes para la implementación del programa VIH en Colombia en paciente migrante:

Estigma y Discriminación: El estigma asociado al VIH sigue siendo un desafío significativo en muchos lugares, incluyendo Colombia. Las personas con VIH pueden enfrentar discriminación, lo que dificulta su acceso a servicios de salud y apoyo.

Acceso a la Atención Médica: Garantizar el acceso universal a la atención médica, incluyendo pruebas de detección, tratamiento antirretroviral y atención integral, es esencial. Sin embargo, pueden existir barreras geográficas, económicas o sociales que limiten el acceso.

Educación y Concientización: La falta de conocimiento y conciencia sobre el VIH puede contribuir a la propagación del virus y a la discriminación. La implementación exitosa del programa debe incluir esfuerzos continuos de educación pública para promover la prevención y reducir el estigma.

Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada

Recursos Financieros: La asignación adecuada de recursos financieros es esencial para la implementación y sostenibilidad de los programas VIH. La falta de financiamiento suficiente puede limitar la capacidad de respuesta efectiva.

Grupos Vulnerables: Algunos grupos de población, como trabajadores sexuales, personas transgénero, usuarios de drogas, migrantes, y hombres que tienen sexo con hombres, pueden ser más vulnerables al VIH. Garantizar que estos grupos reciban servicios adaptados a sus necesidades específicas es crucial.

Cumplimiento de Tratamiento: Para las personas que viven con VIH, es fundamental asegurar el cumplimiento adecuado del tratamiento antirretroviral. Factores como la falta de acceso constante a medicamentos y el apoyo adecuado pueden afectar la adherencia al tratamiento.

Detección Temprana y Diagnóstico: La detección temprana del VIH es clave para el tratamiento efectivo. Sin embargo, el acceso limitado a las pruebas y los desafíos en la detección temprana pueden afectar la eficacia de los programas.

Coordinación Interinstitucional: La implementación efectiva de un programa VIH a menudo requiere la colaboración entre diversas entidades gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, y otros actores. La coordinación eficaz puede ser un desafío.

Es importante destacar que estos desafíos pueden variar con el tiempo y deben ser abordados de manera integral y continua para lograr avances significativos en la prevención, atención y control del VIH en Colombia.

VIVIR IPS SAS

Este documento solamente es para uso interno y no debe ser distribuido sin autorización, queda prohibida su modificación, reproducción parcial o total. Si este documento está impreso se considera copia no controlada