

## PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS ESTÁNDAR

### Registro de los centros de profilaxis previa a la exposición (PrEP)

**Propósito:** Documentar y hacer seguimiento de los usuarios que inician PrEP

**Para quién:** Todos los usuarios que inician PrEP

**Cuándo se debe usar:** Después de completar el formulario de Evaluación de PrEP para riesgos considerables y elegibilidad

**Personal responsable:** Trabajador de la salud quien está iniciando al usuario en PrEP

**Documento fuente:** Completado con el usuario; formulario de Evaluación de PrEP para riesgos considerables y elegibilidad

---

## DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

*El Registro de centros de PrEP se completó con el usuario. Consulte el formulario de Evaluación de PrEP para riesgos considerables, elegibilidad y el historial médico del usuario cuando se indique a continuación.*

- **Fecha:** Fecha en que se llenó este formulario, día (dd), mes (mm) y año (aaaa), por ejemplo, 30/04/2018
- **Persona que completa el formulario:** Nombre y apellido del trabajador de salud que completa este formulario.

### A. INFORMACIÓN DEL CENTRO

- **Nombre del centro:** Nombre del centro
- **Distrito:** Distrito donde se encuentra este centro
- **Fecha de la visita inicial de evaluación del usuario de PrEP:** Fecha en que se evaluó al usuario para determinar su elegibilidad para PrEP, del formulario de Evaluación de PrEP para riesgos considerables y elegibilidad: día (dd), mes (mm) y año (aaaa)
- **Número de usuario de PrEP:** Número único asignado al usuario cuando acepta PrEP. Si no se le asignó ningún número específico de PrEP, deje este espacio en blanco.

### B. DATOS DEMOGRÁFICOS DEL CLIENTE

- **Primer nombre:** Primer nombre del usuario
- **Segundo nombre:** Segundo nombre del usuario (si lo hubiere)
- **Apellido:** Apellido del usuario
- **Dirección:** Dirección actual del usuario (donde vive el usuario ahora)

- **Teléfono:** Número de teléfono principal del usuario
- **Teléfono (alternativo):** Cualquier otro número (si lo hubiere) que se pueda usar para contactar al usuario
- **Fecha de nacimiento:** Día (dd), mes (mm) y año (aaaa)
- **Edad (años):** La edad del usuario en el cumpleaños más reciente, en años
- **Número de identificación del usuario:** Número asignado al usuario en el registro de la clínica
- **Estado civil:** Pregunte al usuario y marque la casilla del estado legal actual del usuario: Soltero, Casado, Divorciado, Viudo, Separado o Sin respuesta.

### C. CLASIFICACIÓN DE RIESGO DEBIDA A USO DE DROGAS Y SEXUALIDAD

- **1. ¿Se considera de género: masculino, femenino, transgénero u otro?** El género autoidentificado actual del usuario, independientemente del sexo del usuario al nacer. Consulte el formulario de Evaluación de PrEP para riesgos considerables y elegibilidad y marque la casilla correspondiente. Si es Otro, especifique en el espacio provisto.
- **2. ¿Cuál fue su género al nacer?** Pregunte el sexo del usuario al nacer y marque Masculino, Femenino, Otro (especifique en el espacio provisto), o Sin respuesta.
- **3. ¿Tiene relaciones sexuales con:** Pregunte al usuario y marque la casilla correspondiente: Solo hombres, Solo mujeres, Hombres y mujeres, o Sin respuesta.
- **4. ¿El intercambio de sexo ha sido su principal fuente de ingresos en los últimos seis meses?** Pregunte al usuario si su principal fuente de ingresos monetarios o no monetarios proviene del trabajo sexual y marque la casilla correspondiente: Sí, No, o Sin respuesta.
- **5. En los últimos seis meses, ¿se ha inyectado drogas ilícitas o ilegales?** Pregunte al usuario y marque la casilla correspondiente: Sí, No, o Sin respuesta.
- **6. ¿Está en prisión?** Pregunte al usuario y marque la casilla correspondiente: Sí, No o Sin respuesta.

### D. CLASIFICACIÓN DE POBLACIÓN CLAVE

- Utilice la información de la sección C para determinar las clasificaciones de población clave del usuario. Por ejemplo, si el usuario responde "Masculino" a la pregunta 1 de la sección C, y responde "Solo hombres" u "Hombres y mujeres" a la pregunta 3 de la sección C, clasifique al usuario como "HSH". Luego, marque la casilla de la derecha Y la casilla de HSH en la columna Clasificación final.
- Repita este proceso para las clasificaciones de personas transgénero (TG), trabajadoras sexuales (TS), personas que se inyectan drogas (UDI) y personas en prisión (PPL), al

marcar las casillas de la derecha y las casillas de la columna Clasificación final.

## E. SI ES DE GÉNERO FEMENINO: EMBARAZO Y LACTANCIA

- **¿La clienta está embarazada actualmente?** Pregúntele a la clienta la fecha de su último período menstrual normal y haga una prueba de embarazo si es necesario. Marque Sí o No.
- **¿La clienta está dando de lactar actualmente?** Pregúntele a la clienta si está dando de lactar actualmente y marque Sí o No.

## F. PRUEBAS DE LABORATORIO BASA

*Consulte el historial médico del usuario o el formulario de Evaluación de PrEP para riesgos considerables y elegibilidad para todas las pruebas de laboratorio basales.*

- **Fecha de la última prueba de VIH:** Fecha de la última prueba de VIH del usuario; día (dd), mes (mm) y año (aaaa)
- **Fecha de la prueba de creatinina:** Fecha en que se realizó la prueba de creatinina sérica basal del usuario; día (dd), mes (mm) y año (aaaa). Si no se realizó la prueba, marque No se realizó.
- **Depuración de creatinina calculada (CrCl):** Escriba el resultado. Si no se realizó la prueba, marque No se realizó.
- **Fecha de depuración de creatinina:** Fecha en que se determinó la depuración de creatinina del usuario; día (dd), mes (mm) y año (aaaa)

## G. PRUEBAS, VACUNACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B

*Consulte el historial médico del usuario cuando corresponda.*

- **Fecha de la prueba de HBsAg:** Día (dd), mes (mm) y año (aaaa). Si el centro no ofrece pruebas de hepatitis B, deje la fecha de la prueba en blanco.
- **Resultado de la prueba:** Marque Negativo, Positivo o No se realizó
- **Si es positivo, ¿el usuario está en tratamiento?** Marque la casilla correspondiente de acuerdo con el informe del usuario. Sí = el usuario ha iniciado el tratamiento de la hepatitis B; No = el usuario no ha iniciado el tratamiento de la hepatitis B; No se sabe = el usuario no sabe.
- **Si es negativo, indique las fechas en que se proporcionó la vacuna contra el VHB (si están disponibles):** Registre la 1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup> y 3.<sup>a</sup> fecha de las vacunas contra el VHB del usuario, día (dd), mes (mm) y año (aaaa). Si no se proveen vacunas, marque No se realizó.

## H. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

*Consulte el historial médico del usuario cuando corresponda.*

- **Fecha de evaluación de síntomas de ITS:** Día (dd), mes (mm) y año (aaaa)

- **Resultado** (*consulte los códigos*): Escriba los códigos apropiados: U = secreción uretral; G = úlceras o lesiones genitales; V = secreción vaginal; I = comezón; L = dolor abdominal inferior (solo mujeres); S = inflamación escrotal; B = bubón en área inguinal; D = disuria (dolor al orinar); P = relaciones sexuales dolorosas (solo mujeres); O = otro (especifique en el espacio provisto). Si no se realizó la evaluación, marque No se realizó.
- **Si hay un manejo sintomático de ITS, indique el síndrome que se trata** (*consulte los códigos*): Escriba todos los códigos que correspondan: SUG = síndrome de úlcera genital; SSV = síndrome de secreción vaginal; DAB = dolor abdominal inferior; SUM = síndrome de uretritis masculina; IE = inflamación escrotal; O = otro (especifique en el espacio provisto).
- **Fecha de inicio del tratamiento de ITS:** Día (dd), mes (mm) y año (aaaa). Si el usuario no ha iniciado el tratamiento de ITS, marque No se ha iniciado el tratamiento.

## I. INICIACIÓN DEL TRATAMIENTO DE PrEP

- **Fecha de inicio de PrEP: Fecha de inicio:** Fecha en que el usuario inició la PrEP en el centro, día (dd), mes (mm) y año (aaaa).
- **PrEP (TAR) prescrita:** Marque el tratamiento de PrEP del usuario o marque Otro y especifique el tratamiento prescrito en el espacio provisto.
- **Suspensión de PrEP:** Complete esta sección si el médico del centro detiene la PrEP o se le informa que el usuario detuvo la PrEP. **Fecha de suspensión:** Registre la fecha en que el centro documentó la suspensión; día (dd), mes (mm) y año (aaaa).
- **Motivos para detener la PrEP:** Pregunte al usuario y marque todos los motivos dados: Resultado de VIH+; Ya no corre un riesgo considerable; Efectos secundarios; Preferencia del usuario; Resultado anormal de creatinina; Otro (especifique en el espacio provisto).
- **Estado de VIH en el momento de la suspensión:** Marque Negativo, Positivo o Se desconoce.

## I. Continuación: REINICIO DEL TRATAMIENTO DE PrEP

*Complete esta sección para los usuarios que suspendieron la PrEP, pero que decidieron reiniciarla en una fecha posterior. Cuando el usuario decide reiniciar la PrEP, se debe completar otro formulario de Evaluación de PrEP para riesgos considerables y elegibilidad.*

- **Fecha de reinicio de PrEP:** Escriba la **fecha de reinicio** de PrEP; día (dd), mes (mm) y año (aaaa).
- **PrEP (TAR) prescrita:** Marque el tratamiento de PrEP del usuario o marque Otro y especifique el tratamiento prescrito en el espacio provisto.
- **Suspensión de PrEP:** Complete esta sección si el médico del centro detiene la PrEP o se le informa que el usuario detuvo la PrEP. **Fecha de suspensión:** Registre la fecha en

que el centro documentó la suspensión; día (dd), mes (mm) y año (aaaa).

- **Motivos para detener la PrEP:** Pregunte al usuario y marque todos los motivos dados: Resultado de VIH+; Ya no corre un riesgo considerable; Efectos secundarios; Preferencia del usuario; Resultado anormal de creatinina; Otro (especifique en el espacio provisto).
- **Estado de VIH en el momento de la suspensión:** Marque Negativo, Positivo o Se desconoce.

## J. TRANSFERENCIA DE SALIDA, MUERTE Y PÉRDIDA DE SEGUIMIENTO

*Deje esta sección en blanco a menos que el usuario se transfiera, se pierda durante el seguimiento o muera. Consulte el historial médico del usuario cuando corresponda.*

- Si el usuario se transfiere, marque **Transferido (TO)**, escriba la **fecha de TO**; día (dd), mes (mm) y año (aaaa), por ejemplo, 30/04/18. Escriba el **Nombre del centro de transferencia** en el espacio provisto.
- Si el usuario muere, marque **Muerto** y escriba la **Fecha de muerte**; día (dd), mes (mm) y año (aaaa).
- Marque **Se perdió durante el seguimiento (PDS)** si el usuario se pierde durante el seguimiento, es decir, el usuario no ha asistido a una cita de seguimiento de PrEP por más de 90 días. Escriba la **Fecha de confirmación de PDS** día (dd), mes (mm) y año (aaaa).

## VISITAS DE SEGUIMIENTO DE PrEP

*Los usuarios que han iniciado PrEP llevarán un seguimiento en intervalos de tres meses después del 1.º mes de PrEP. Complete esta sección durante cada visita de seguimiento. Use una columna para cada visita de seguimiento. Utilice la Lista de verificación de proveedores para las visitas de seguimiento de PrEP como guía para realizar visitas de seguimiento.*

- **Fecha de visita (que comienza con la visita de evaluación):** Fecha en que el usuario asiste a la cita; día (dd), mes (mm) y año (aaaa)
- **Prueba de VIH:** Marque el **resultado de la prueba de VIH**; Negativo, Positivo o No concluyente. Escriba las pruebas utilizadas en los espacios provistos para la Primera prueba de VIH y la Prueba de confirmación.
- **¿Signos y síntomas de infección aguda por VIH?** Evalúe si hay infección aguda por VIH y marque Sí o No.
- **Efectos secundarios:** Pregúntele al usuario si ha experimentado algún efecto secundario de la medicación de PrEP y escriba todos los códigos (que figuran en la parte inferior del formulario). Si el usuario no tiene efectos secundarios, escriba un guión en el espacio. A = Dolor abdominal; S = Erupción cutánea; Nau = náusea; V = Vómito; D = Diarrea; F

= Fatiga; H = Dolor de cabeza; L = Ganglios linfáticos agrandados; R = Fiebre; y O = Otro (especifique en el espacio provisto).

- **Cálculo de CrCl:** Registre la creatinina sérica del usuario y la depuración de creatinina calculada del usuario (referencia y cada seis meses).
- **¿Adaptaciones y asesoramiento para la reducción de riesgos proporcionados?**  
Marque la casilla para indicar que se han proporcionado adaptaciones y asesoramiento para la reducción de riesgos.
- **Prescripción de PrEP:** Marque el tratamiento de PrEP del usuario o marque Otro y especifique el tratamiento en el espacio provisto.
- **Fecha de la próxima visita programada:** Fecha de la próxima cita del usuario; día (dd), mes (mm) y año (aaaa)
- **Notas adicionales:** Escriba cualquier otro laboratorio o hallazgo clínicos en el espacio provisto.