





**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social



## CONVENIO 036 de 2012

Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención integral del VIH/Sida en niñas y niños.

Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH en adolescentes y adultos hombres y mujeres, residentes en Colombia.

Según los lineamientos de la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el SGSSS





**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social



## RECOMENDACIONES





**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social



**Dra. Sandra Beltran**  
**Guía de práctica clínica basada en la evidencia  
científica para la atención de la infección por  
VIH en niñas y niños de 0 a 13 años residentes  
en Colombia**



## Diagnóstico

### Pregunta

**1. ¿Cuál es la mejor forma de confirmación diagnóstica de VIH/SIDA en niños con menos de 18 meses de edad en quienes se ha documentado exposición?**

### Recomendación

En niños con edad menor a 18 meses, en quienes se ha documentado exposición materna o se sospecha infección VIH/SIDA, se recomienda realizar pruebas de tecnología molecular (detección de ácidos nucleicos o carga viral), en sangre total o plasma, **sea la muestra en tubo o papel de filtro.**



## RECOMENDACIÓN

### Escenario clínico 1:

*Niños expuestos desde el nacimiento:* Se recomienda realizar una prueba de carga viral al mes de edad y si esta es indetectable, repetirla a los 4 meses.

–En caso de que la prueba sea detectable (Carga viral  $\geq 5000$  copias/mL) se recomienda realizar una segunda carga viral tan pronto como sea posible.

–En caso de que la primera prueba virológica sea detectable y la segunda indetectable se debe realizar una tercera carga viral tan pronto como sea posible.

–Cargas virales  $< 5000$  copias/mL deben ser repetidas antes de ser interpretadas como la presencia de infección por VIH en el niño o niña.

**Justificación:** Esta recomendación de repetir la prueba detectable está basada en el impacto que tiene ser un falso positivo sobre la calidad de vida de los afectados, no por la evidencia que existe ya que la especificidad es muy buena).

### Fuerza de la recomendación:

Fuerte a favor de la recomendación.

### Escenario clínico 2:

Niño menor de 18 meses con criterios clínicos de VIH, sin conocimiento de estado serológico de la madre, se hace un tamizaje con prueba rápida y ELISA para VIH y si es reactivo se confirma directamente con carga viral y no con prueba serológica. Si la prueba o el ELISA es no reactivo y persiste la sospecha clínica se debe realizar carga viral.

### Fuerza de la recomendación:

Fuerte a favor de la recomendación.



Balance GRADE: Las consecuencias deseables claramente superan a las consecuencias indeseables.

### **Puntos de buena práctica clínica**

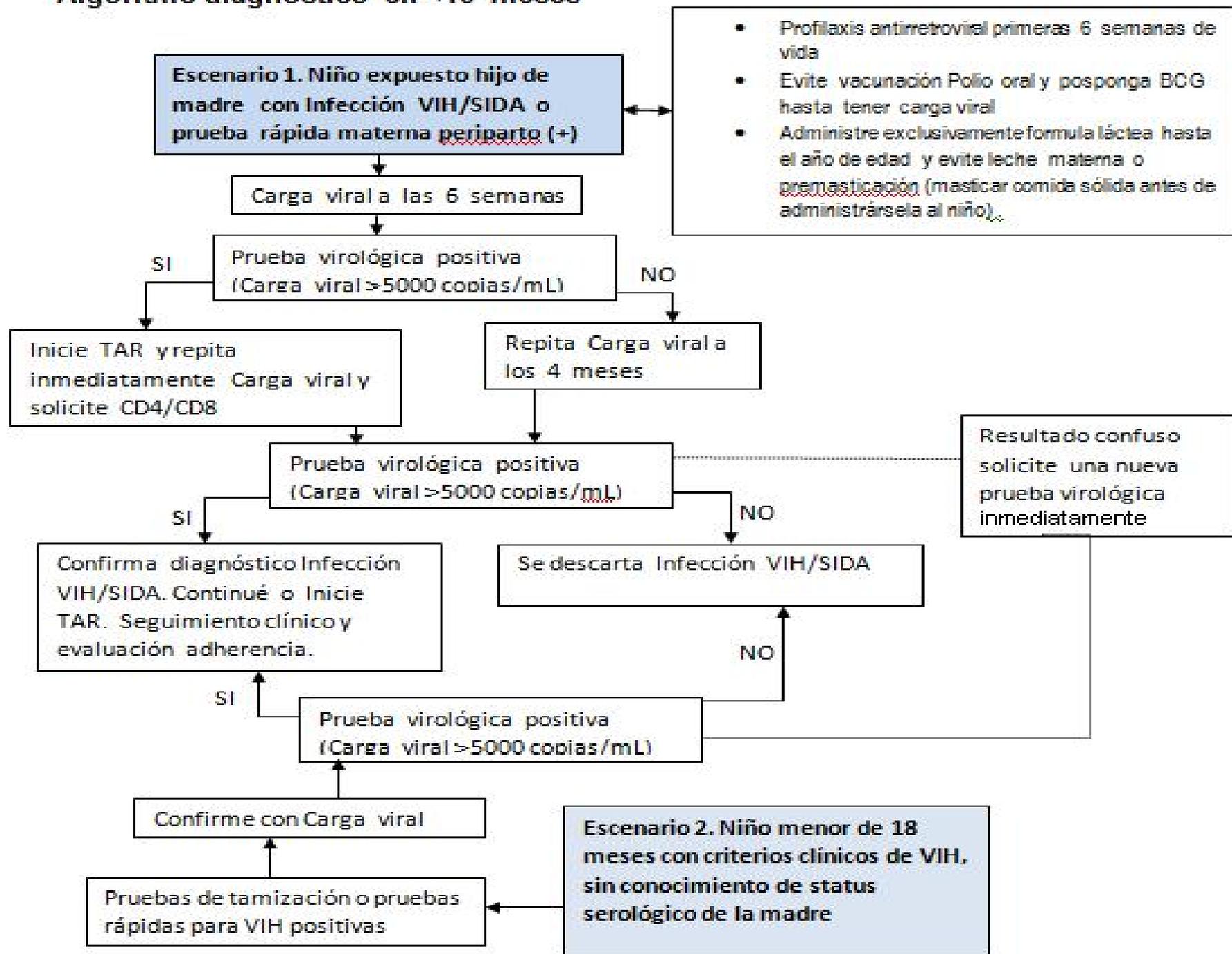
- El diagnóstico temprano y oportuno reduce la morbilidad y la mortalidad asociada a VIH además de mejorar la calidad de vida y el desarrollo neurocognoscitivo de los niños y niñas con Infección VIH.
- No se toma carga viral al recién nacido porque la sensibilidad es baja y no hay evidencia que iniciar el tratamiento antes de las 6 semanas mejore el pronóstico.
- Ante un resultado reactivo de una prueba rápida o ELISA se debe realizar la prueba de carga viral sobre la prueba serológica.
- En el momento de inicio del tratamiento se recomienda tomar conteo del CD4/ CD8



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social



# Algoritmo diagnóstico en <18 meses



## Terapia antirretroviral

### A. Momento de iniciación de la terapia

#### Pregunta

**2. ¿Cuándo debe iniciarse el tratamiento anti-retroviral en niños y niñas de 0 a 13 años con diagnóstico de infección por VIH/SIDA residentes en Colombia?**



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social



## Recomendación

El inicio del tratamiento antirretroviral depende de la edad del paciente pediátrico al momento del diagnóstico y de la clasificación del estadio clínico e inmunológico, así :

- Menores de 1 año : se recomienda iniciar TAR, inmediatamente después de confirmar el diagnóstico (↑↑)

Fuerte a favor de la recomendación.

- Mayores de 1 año y menores de 5 años: se sugiere iniciar TAR independientemente del resultado de CD4 o carga viral (↑?).

Débil a favor de la recomendación.

- Mayores de 5 años: se sugiere iniciar TAR sí el recuento de CD4  $\leq 500$  células/mm<sup>3</sup>, independientemente del estadio clínico\_o carga viral (↑?).

Débil a favor de la recomendación.

*El panel considera importante resaltar que es fundamental el seguimiento del paciente con conteo de CD4 y carga viral, como se describe en el seguimiento, de la misma forma debe asegurarse al máximo la adherencia a la TAR mediante diferentes estrategias*



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social



## B. Selección inicial de antirretrovirales

### Pregunta

**3. ¿Cuál debe ser el esquema con el que debe iniciarse el tratamiento antirretroviral en niños y niñas de 0 a 13 años con diagnóstico de infección por VIH/SIDA residentes en Colombia?**

## Recomendación

Con el fin de alcanzar la mayor supresión viral, restaurar y preservar la función inmune en los niños con infección por VIH/SIDA residentes en Colombia menores de 13 años de edad se debe iniciar el tratamiento antirretroviral con los siguientes esquemas de acuerdo a su edad :

- Niños mayores de 14 días y menores de 3 años: se sugiere un régimen basado en lopinavir/ritonavir en combinación con dos ITRN: Lamivudina en combinación con Zidovudina o Abacavir. (↑?)

Débil a favor de la recomendación.

- Niños de 3 años y menores de 13 años: se sugiere un régimen basado en un ITRNN como Efavirenz y como alternativa Nevirapina en combinación con dos NRTIs: Lamivudina en combinación con Zidovudina o Abacavir. (↑?)

Débil a favor de la recomendación.

\*En pacientes con reacción adversa a Esquemas que contengan ABC solicitar el estudio HLA-B 5701



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social



## C. Modificación de la terapia antirretroviral

### Pregunta

**4. ¿Cuál debe ser el esquema de tratamiento anti-retroviral de segunda línea en niños y niñas residentes en Colombia de 0 a 13 años de edad con diagnóstico de infección por VIH/SIDA que presenta falla virológica?**

## Recomendación

- Se sugiere hacer el cambio de la terapia antirretroviral ante la primera falla terapéutica basados en resultados de genotipificación (↑↑).

Fuerte a favor de la recomendación.

La genotipificación debe ser interpretada por un médico experto en VIH (especialista en enfermedades infecciosas [avalado por el ICFES o el Ministerio de Educación] o médico que puede documentar al menos 5 años de experiencia continua en la atención de pacientes con VIH).



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social



*Ante una falla virológica la definición de una TAR de segunda línea direccionada por genotipificación conlleva beneficios relacionados con alcanzar una supresión viral rápida y sostenida , restaurar la función inmune y disminuir la progresión de la enfermedad.*

*El diseño de la TAR de segunda línea posterior a falla terapéutica basada únicamente en la TAR previa requiere el cambio de al menos 2 medicamentos activos de familias diferentes; lo que conlleva a un agotamiento de las opciones terapéuticas con el subsecuente impacto en la resistencia.*

*Todos estos beneficios de la genotipificación llevan a justificar el posible aumento en el consumo de recursos que se prevé va a tener la implementación de esta estrategia.*

## Pregunta

**5. ¿Cuál es el mejor esquema de profilaxis antirretroviral en recién nacidos de madres con VIH/SIDA en Colombia?**



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social



Con el fin de disminuir la transmisión materno-infantil del VIH, para esta recomendación se plantean dos subgrupos maternos:

## Recomendación

- Para hijos de madres que reciben tratamiento antirretroviral completo, y con evidencia de supresión viral en las últimas 8 semanas del embarazo, se recomienda el uso de Zidovudina postnatal por 6 semanas (42 días) en 2 dosis diarias. (↑↑)
- Para hijos de madres que no recibieron tratamiento durante el embarazo o no se alcanzó supresión viral en la medición realizada en las últimas 8 semanas del embarazo, se recomienda que el recién nacido reciba 3 dosis de Nevirapina (1ª dosis al Nacimiento, 2ª dosis a las 48 horas de vida y una 3ª dosis a las 96h de vida) en conjunto con Zidovudina 2 dosis diarias por 6 semanas (42 días) . (↑↑)

**Fuerza de la recomendación:**

Fuerte a favor de la recomendación.



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social



## Puntos de buena práctica clínica

- La profilaxis neonatal debe ser iniciada lo más cerca al nacimiento posible, idealmente en las primeras 6 a 12 horas.
- Todo recién nacido sea que reciba o no profilaxis debe seguir el algoritmo diagnóstico como se indica en la pregunta de diagnóstico.
- Para recién nacidos prematuros o con otras comorbilidades sugerimos consulta a un especialista en VIH pediátrico para definir esquema a utilizar y dosificación.
- Las dosis más frecuentemente recomendadas son Zidovudina 4mg/kg/dosis 2 veces al día de por vía oral o 3mg/kg/dosis cada 6 a 12 horas por vía parenteral para los que tienen contraindicaciones de la vía oral. Para la Nevirapina se recomienda 12mg/dosis en las 3 dosis recomendadas.



## Pregunta

**6. ¿Cuál es la mejor estrategia de alimentación en lactantes menores de 1 año residentes en Colombia, hijos de madre con infección VIH/SIDA?**



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social



***Con el fin de disminuir el riesgo de transmisión postnatal de VIH y asegurar un adecuado estado nutricional en los niños y niñas menores de 1 año residentes en Colombia hijos de madre con infección por VIH/SIDA:***

- No se recomienda lactancia materna a hijas o hijos de madre VIH (+), incluyendo aquellas mujeres con pruebas rápidas o ELISA reactivas para VIH positivas hasta que la infección por VIH sea adecuadamente excluida. (↑↑)

Fuerte a favor de la recomendación

- Se recomienda administrar leche de formula en niños y niñas expuestos a VIH hasta los 12 meses de edad (↑↑)

Fuerte a favor de la recomendación



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social



# Puntos de Buena Práctica clínica

- Se sugiere evitar la premasticación de los alimentos por personas con VIH/SIDA .
- Se sugieren administrar leche de fórmula para niños de madres con VIH/SIDA hasta los 12 meses de edad suministrada por el sistema de aseguramiento del niño
- Se recomienda administrar alimentación complementaria sin pre masticación a partir de los 6 meses de edad asegurando un aporte seguro de agua y lavado de manos para la preparación segura de los alimentos
- Se recomienda la administración de micronutrientes como Vitamina A en dosis de 100000 unidades internacionales (UI) en lactantes de 6 a 11 meses, y de 200000 UI en niños de 12 a 59 meses, cada 6 meses