

**RESUMEN EJECUTIVO**

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA  
SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA  
VIH/SIDA PEDIÁTRICO**



## **VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA pediátrico en:**

<http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/>

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA PEDIÁTRICO  
SANTIAGO: MINSAL.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de disseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Fecha de Publicación: 2020

## RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<p><b>RECOMENDACIONES DE TRANSMISIÓN VERTICAL</b></p> <p>En recién nacidos con alto riesgo de transmisión vertical, el Ministerio de Salud SUGIERE usar biterapia con AZT+ NVP o RAL, por sobre adicionar una 3era droga (3TC) (triterapia).</p> <p><i>Comentario del Panel:</i></p> <p>El panel considera que en aquellos recién nacidos hijos de madres con resistencia antiretroviral probable o comprobada con genotipificación, podría ser beneficioso adicionar la tercera droga (3TC).</p> <p>Los siguientes factores confieren un alto riesgo de transmisión vertical:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gestante con protocolo de transmisión vertical incompleto,</li> <li>- carga viral detectable al momento del parto,</li> <li>- con mala adherencia</li> <li>- terapia antiretroviral de inicio de menos de 8 semanas antes del parto</li> <li>- primoinfección durante la gestación (seroconversión)</li> <li>- sospecha diagnóstica tardía (periparto)</li> </ul>	<b>CONDICIONAL</b>	<b>MUY BAJA</b> ⊕ ○ ○ ○
<p>En recién nacidos, hijos de madres VIH (+) de alto riesgo de transmisión vertical, el Ministerio de Salud SUGIERE usar NVP en dosis estandar, por sobre usar NVP dosis por kg de peso.</p> <p><i>Comentario del panel:</i></p> <p>Los siguientes factores confieren un alto riesgo de transmisión vertical:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gestante con protocolo de transmisión vertical incompleto,</li> <li>- carga viral detectable al momento del parto,</li> <li>- con mala adherencia</li> <li>- terapia antiretroviral de inicio de menos de 8 semanas antes del parto,</li> <li>- primoinfección durante la gestación (seroconversión)</li> <li>- sospecha diagnóstica tardía (periparto)</li> </ul>	<b>CONDICIONAL</b>	<b>MUY BAJA</b> ⊕ ○ ○ ○

<p>En recién nacidos hijos de madres VIH (+) que van a utilizar AZT, el Ministerio de Salud SUGIERE usar una dosis de 4mg/kg cada 12 hrs, por sobre usar una dosis de 2mg/Kg dosis cada 6 hrs.</p>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b> ⊕ ○ ○ ○</p>
<p>En recién nacidos hijos de madres VIH (+) que van a usar AZT, el Ministerio de Salud SUGIERE utilizar un esquema de 6 semanas por sobre usar AZT un esquema de 4 semanas.</p> <p><i>Comentarios del Panel:</i></p> <p>En recién nacidos con bajo riesgo de transmisión vertical podría utilizarse un esquema acortado de 4 semanas.</p> <p>La dosis de AZT se discute en la recomendación anterior.</p> <p>Los siguientes factores confieren un bajo riesgo de transmisión vertical:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gestante con protocolo de transmisión vertical completo,</li> <li>- carga viral indetectable al momento del parto,</li> <li>- con buena adherencia</li> <li>- terapia antiretroviral de inicio al menos 8 semanas antes del parto,</li> <li>- sin primoinfección VIH durante el embarazo</li> <li>- sin otra ITS activa</li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b> ⊕ ○ ○ ○</p>
<p>En recién nacidos hijos de madres que recibieron raltegravir durante el embarazo, el Ministerio de Salud SUGIERE usar monoterapia con AZT, por sobre utilizar biterapia con AZT+RAL.</p> <p><i>Comentarios del panel:</i></p> <p>El panel consideró que no existe evidencia que sugiera que adicionar RAL a este grupo de recién nacidos disminuya el riesgo de transmisión vertical o disminuya el desarrollo de resistencia viral en el niño.</p>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b> ⊕ ○ ○ ○</p>

#### RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO

<p>En niños y niñas mayores de 1 año con VIH (+), el Ministerio de Salud SUGIERE iniciar terapia antiretroviral al momento del diagnóstico, independiente del recuento de CD4, por sobre iniciarla cuando el recuento de CD4 esté bajo un valor específico o esperar hasta que aparezcan infecciones oportunistas</p> <p><i>Comentarios del panel:</i></p> <p>Para el éxito de la terapia, los equipos clínicos debieran considerar los siguientes aspectos:</p>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MODERADA</b> ⊕ ⊕ ⊕ ○</p>
--	---------------------------	------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>- posibilidad de adherir a la terapia</li> <li>- presencia de un adulto responsable que se haga cargo del cuidado</li> <li>- disponibilidad del fármaco en presentación pediátrica</li> <li>- descarte o control de infecciones oportunistas que hagan riesgoso el inicio de la terapia antiretroviral (como por ejemplo, tuberculosis o criptococosis)</li> </ul>		
<p>En niños y niñas con VIH (+), el Ministerio de Salud SUGIERE usar una terapia con un “backbone” con AZT o Abacavir + 3TC, por sobre usar una terapia con un “backbone” con TDF/FTC.</p> <p><i>Comentarios del panel:</i></p> <p>En el caso de adolescentes con VIH (+), el panel considera que una terapia con backbone con TDF/FTC podría ser beneficiosa, dado que la coformulación con otros antiretrovirales favorecería la adherencia al tratamiento, sin embargo podría causar desmineralización ósea.</p>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b></p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>En niños y niñas mayores de 1año con VIH (+), el Ministerio de Salud SUGIERE usar como 3era droga inhibidores de proteasa (IP) por sobre usar inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR).</p> <p><i>Comentarios del panel:</i></p> <p>Si bien el panel consideró que en la mayoría de las circunstancias los inhibidores de proteasa podrían ser más adecuados, los inhibidores no nucleosidos de la transcriptasa reversa podrían utilizarse en niños o niñas asintomáticos sin inmunosupresión severa.</p>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>BAJA</b></p> <p>⊕ ⊕ ○ ○ ○</p>
<p>En niños y niñas con VIH (+), el Ministerio de Salud SUGIERE usar como tercera droga tanto inhibidores de proteasa (IP) como inhibidor de integrasa (RAL)</p> <p><i>Comentarios del panel:</i></p> <p>El uso de triterapia con cualquiera de estas alternativas podría aumentar la sobrevida, la calidad de vida y disminuir la progresión de la enfermedad en la población pediátrica.</p> <p>El panel considera que el uso de IP o RAL podría ser equivalente en cuanto a efectividad</p> <p>La elección entre una u otra alternativa va a depender de factores</p>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b></p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>

<p>asociados a la adherencia, la tolerancia y efectos adversos. Es importante que todas las opciones estén disponibles en los centros de salud, para que la decisión final de de que tercera droga se utilizará se tome considerando las características individuales de cada niño o niña, así como sus valores y preferencias.</p>		
<p>En niños y niñas mayores de 10 años con VIH (+) el Ministerio de Salud SUGIERE usar triterapia por sobre usar biterapia.</p> <p><i>Comentarios del panel:</i></p> <p>El panel considera que, en aquellos niños y niñas mayores de 10 años con tratamiento exitoso definido como carga viral indetectable mantenida por más de 6 meses, sin inmunosupresión, sin comorbilidades y adherentes al tratamiento, la biterapia podría ser una opción para mejorar la adherencia en casos seleccionados</p>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b></p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>

Las recomendaciones fueron formuladas durante el año 2019 utilizando el sistema GRADE.

## 1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD

### DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) tipo 1 o tipo 2, se caracteriza por una intensa replicación viral, principalmente en linfocitos y macrófagos. Los mecanismos inmunológicos permiten neutralizar los nuevos viriones y regenerar las células inmunes que se destruyen aceleradamente, lográndose un equilibrio entre la cantidad de virus circulante, carga viral (CV) y el sistema inmunológico, medido habitualmente como recuento de linfocitos CD4. De esta manera la persona infectada se mantiene asintomática, sin embargo después de un período variable de tiempo se rompe este equilibrio, la CV comienza a aumentar y los recuentos CD4 declinan progresivamente. El deterioro inmunológico permite la aparición de diversas infecciones, clásicas y oportunistas, y tumores con lo que se llega a las etapas avanzadas de la enfermedad (SIDA) y a la muerte en un tiempo variable de no mediar tratamiento **(1)**.

La progresión de la infección por VIH en lactantes puede ser muy rápida. Sin TAR, un 15-20% progresa a SIDA o muertes antes del año de edad (progresores rápidos) **(2)**. En mayores de 1 año la progresión de la enfermedad es más lenta **(3)**

Cuando se combinan, cargas virales altas (> 100 000 copias) y CD4 bajos (<15%), los niños tiene mayor riesgo de progresión de la enfermedad. **(4)**

### Categorías inmunológicas para niños menores de 13 años, con infección por VIH (clasificación CDC 1994) **(5)**

- **CATEGORÍA 1:** SIN INMUNOSUPRESIÓN.
- **CATEGORÍA 2:** INMUNOSUPRESIÓN MODERADA.
- **CATEGORÍA 3:** INMUNOSUPRESIÓN SEVERA.

### Categorías inmunológicas CDC 1994 por edad

	< 12 meses	< 12 meses	1 – 5 años	1 – 5 años	6 – 12 años	6 – 12 años
	CD4	%	CD4	%	CD4	%
1	≥ 1.500	≥ 25	≥ 1.000	≥ 25	≥ 500	≥ 25
2	750 – 1.499	15 – 24	500 – 999	15 – 24	200 - 499	15 – 24
3	< 750	< 15	< 500	< 15	< 200	< 15

### Epidemiología

En el período de enero a diciembre del año 2019, según lo informado en Boletín epidemiológico del Depto de Epidemiología, se notificaron 5.160 casos por VIH/SIDA, alcanzando una tasa de 27,1 por cien mil habitantes (habs.), superior en un 30,9% respecto al mismo periodo del año 2018. Los hombres concentraron cerca del 84% de las notificaciones, con una razón de tasas de 5,3 hombres por cada mujer. Según distribución por edad, el grupo de 0 a 4 años presentó una tasa de 1.4 casos por cien mil habs., el de 5 a 9 años una tasa de 0.3 y el de 10 a 14 años una tasa de 0.2 casos por cien mil habitantes. **(6)**

La principal vía de adquisición del VIH en los niños es por transmisión vertical del VIH. Sin protocolo se produce en un 35% de los casos durante el embarazo y aproximadamente en un 65% durante el parto, por exposición del recién nacido a sangre materna, secreciones cervicovaginales o líquido amniótico. La lactancia materna agrega un riesgo adicional de 14% hasta 29%. El diagnóstico de VIH en la embarazada y la aplicación del protocolo completo para la prevención de transmisión vertical permiten reducir la tasa de transmisión de entre 13 a 48% hasta menos de 2% (7).

Tasas de eliminación de la Transmisión Vertical del VIH. Chile. 2014-2018

INDICADOR	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Tasa de transmisión VIH poblacional</b>	0,05 (por 1000 NV)	0,05 (por 1000 NV)	0,02 (por 1000 NV)	0,02 (por 1000 NV)	0,04 (por 1000 NV)
<b>Tasa de transmisión materno infantil</b>	5,1% 12/232	6,3% 12/190	2,1% 5/237	1,9% 5/266	2,4 % 9/374

Fuente Base de datos ISP a Diciembre 2019

### Terapia Antiretroviral (TAR) en Recién nacidos (RN) expuesto al VIH y niños VIH (+)

Los RN hijos de madre VIH (+) que reciben el protocolo completo de prevención de la transmisión vertical, y llegan al parto con CV indetectable, tienen un riesgo muy bajo de adquirir el VIH, a diferencia de aquellos expuestos al VIH especialmente durante el parto en que la gestante tiene carga viral detectable. (8)

La administración de antirretrovirales (ARV) al RN expuesto al VIH y niños VIH (+) debe considerar no solamente la potencia del fármaco sino especialmente la evidencia existente en cuanto a la toxicidad y los aspectos farmacocinéticos complejos que resultan del metabolismo más lento de drogas en RN, especialmente si son prematuros.(9)

La terapia en los niños se inicia a una edad temprana y es probable que sea para toda la vida. Las preocupaciones acerca de la adherencia, y toxicidades son particularmente importantes, dado que los esquemas deben preservar opciones futuras de TAR.(10)

## 2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

**OBJETIVO GENERAL:** Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible acerca de la prevención y tratamiento de la infección por VIH en niños expuestos al VIH y niños con VIH/SIDA

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Entregar recomendaciones para el manejo y prevención de la infección por VIH en recién nacidos hijos de madres VIH (+)
- Entregar recomendaciones para el tratamiento de la infección por VIH en niños con VIH/SIDA

### TIPO DE PACIENTES Y ESCENARIO CLÍNICO:

Recién nacidos expuestos al VIH y niños con VIH/SIDA.

**USUARIOS DE LA GUÍA:** Todos los profesionales de salud que realizan la atención de niños expuestos al VIH y niños con VIH/SIDA: médicos, enfermeras, matronas, psicólogos, químicos farmacéuticos, trabajadores sociales, entre otros

### 3. MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **equipo elaborador** compuesto por: un coordinador temático, metodólogos, responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia, expertos clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y, cuando fue posible, pacientes.

- Ver más detalle en [Equipo Elaborador y declaración de potenciales conflicto de intereses - Guía VIH/SIDA pediátrico 2020](#)
- Para la actualización de la Guía de Práctica Clínica de VIH/SIDA pediátrico, se realizó una revisión de vigencia de recomendaciones claves de la Guía de Práctica Clínica de VIH/SIDA pediátrico año 2013, con el objetivo de identificar las recomendaciones que proponen una acción concreta y que, según la experiencia clínica y el conocimiento de la evidencia actualmente disponible de los miembros del equipo elaborador de la guía (grupo de profesionales convocados), son prácticas que producen más beneficio que daño en la población y no están en desuso.

#### Recomendaciones vigentes al 2020, de la GPC VIH/SIDA pediátrico del año 2013

1. Suspender lactancia materna, en TODAS las mujeres VIH (+) confirmadas, dado que los riesgos potenciales a lo que se expone un RN hijo de madre VIH (+), especialmente al calostro, superan ampliamente las desventajas de la suspensión de la lactancia materna.
2. Interrumpir la lactancia con Cabergolina 0,25 mg cada 12 hrs. por dos días o Bromocriptina en dosis de 2,5 mg cada 12 horas por 7 – 10 días inmediatamente post-parto.
3. Recién Nacido se debe dar sucedáneo de leche materna.
4. Vacuna BCG, administrar según esquema habitual. Diferir si el porcentaje de Linfocitos CD4 es inferior al 35% del total de Linfocitos, hasta que los valores de CD4 sean normales para su edad.
5. Para el diagnóstico de VIH en niños menores de 2 años, hijos de madre VIH (+) se debe tomar la primera muestra de sangre dentro de las primeras 48 horas de vida. Si primer PCR es positivo, tomar de inmediato segunda muestra. Para hacer diagnóstico de infección, deben resultar positivos al menos 2 PCR. Si primer PCR, es negativo, tomar segunda muestra entre los 15 y los 30 días de vida y una tercera a los 3 meses de edad. Para descartar la infección, se debe tener 2 resultados negativos de PCR, posterior a los 15 días de nacido.
6. El control de laboratorio debe hacerse al menos cada 3-4 meses (CD4, CV y otros exámenes para detectar toxicidad).
7. Los cambios de TAR se realizarán por fracaso, toxicidad severa o dificultades en la adherencia y según el caso motivarán el cambio de una droga (toxicidad, intolerancia) o del esquema completo (fracaso).
8. No se debe realizar interrupciones de tratamiento.

Ver más detalle en [Informe de Vigencia de Recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica VIH/SIDA pediátrico 2013](#)

## PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

Se realizó la priorización de las preguntas para la actualización. El equipo elaborador planteó todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación. Luego de un proceso de evaluación se definió que para la presente actualización se responderían las siguientes 10 preguntas:

### Tranmisión vertical:

1. En RN hijos de madres VIH (+) con alto riesgo de transmisión vertical ¿Se debe “dar AZT+ NVP” en comparación a “dar AZT+ 3TC + 3ra droga (RAL o NVP)”?
2. En RN hijos de madres que recibieron NVP ¿Se debe “dar NVP dosis por kg” en comparación a “dar NVP dosis estándar”?
3. En RN hijo de madre VIH (+) ¿Se debe “dar AZT 4mg/kg dosis c/12 hrs” en comparación a “dar AZT 2mg/kg dosis c/6hrs”?
4. En RN hijo de madre VIH (+) ¿Se debe “dar AZT 4mg/kg dosis c/12 hrs x 6 semanas” en comparación a “dar AZT 4mg/kg dosis c/12 hrs x 4 semanas”?
5. En RN hijos de madres que recibieron raltegravir ¿Se debe “dar sólo AZT” en comparación a “dar AZT+ raltegravir”?

### Tratamiento:

6. En Niños y niñas mayores de 1 año VIH (+) ¿Se debe “dar TAR de inicio universal” en comparación a “dar TAR según etapificación”?
7. En Niños y niñas VIH (+) ¿Se debe “usar backbone AZT o Abacavir + 3TC” en comparación a “usar backbone TDF/FTC”?
8. En Niños y niñas VIH (+) ¿Se debe “usar INNTR o IP como 3ra droga” en comparación a “usar raltegravir como 3ra droga”?
9. En Niños y niñas mayores de 1 año VIH (+) ¿Se debe “usar INNTR como 3ra droga” en comparación a “usar IP como 3ra droga”?
10. En Niños y niñas > 10 años VIH (+) en tratamiento exitoso ¿Se debe “usar triterapia” en comparación a “usar biterapia”?

Ver más detalle en [Informe de Priorización de preguntas - Guía de Práctica Clínica VIH/SIDA pediátrico](#)

## ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “*Grading of Recommendations*”

*Assessment, Development, and Evaluation*” (GRADE)<sup>1</sup>. Para cada una de las preguntas seleccionadas, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia respecto de:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF) cuando fue posible.
2. Valores y preferencias de los pacientes respecto a la intervención versus comparación.
3. Costos de la intervención y comparación
4. Costo efectividad de la intervención versus comparación.

• Ver más detalle en [Recomendaciones GRADE](#)

**El grupo elaborador formuló las recomendaciones** considerando su experiencia clínica o personal, la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de los pacientes, la viabilidad de implementación, y el uso de recursos.

Para asegurar la permanente **vigencia de las recomendaciones** de esta Guía, se generó un sistema de alerta que identifica periódicamente estudios que dan respuesta a las preguntas formuladas.

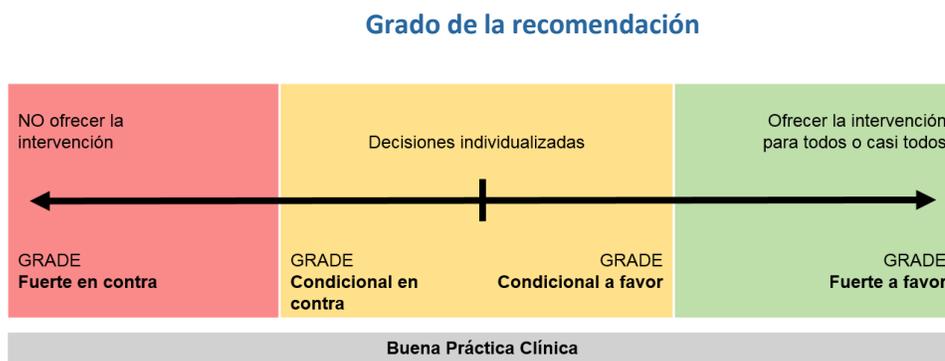
Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica VIH/SIDA pediátrico versión extensa](#).

---

<sup>1</sup> Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2013 Jul [cited 2017 Dec 3];66(7):719–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23312392>

## 4. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera:

**FUERTE:** Indican que existe una alternativa claramente superior, por lo que seguir la recomendación es la conducta más apropiada en **TODAS o CASI TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS O CASOS**. Salvo casos muy justificados, la gran mayoría de las personas deberían recibir el curso de acción recomendado. Este tipo de recomendación puede ser **Fuerte a Favor** o **Fuerte en Contra** de la intervención.

**CONDICIONAL:** Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la **MAYORÍA DE LOS CASOS**, pero se requiere considerar y entender la evidencia de efectos, valores y preferencias, costos y disponibilidad de recursos en que se sustenta la recomendación. Estas recomendaciones se generan cuando existe incertidumbre respecto de cuál alternativa resulta mejor, por lo tanto distintas opciones pueden ser adecuadas para distintas personas o circunstancias. Para aplicar una recomendación condicional puede ser importante conversar con la persona los potenciales beneficios y riesgos de la intervención propuesta, y tomar una decisión en conjunto que sea coherente con las preferencias de cada persona. Este tipo de recomendación puede ser **Condicional a Favor** o **Condicional en Contra** de la intervención.

**BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS:** Son recomendaciones excepcionales relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud para las cuales no es necesario realizar una búsqueda de evidencia. Estas recomendaciones estarán categorizadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

## CERTEZA DE LA EVIDENCIA

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Certeza	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Existe una alta confianza de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación
Moderada ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación
Baja ⊕⊕○○	Existe incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe poca evidencia o porque esta tiene limitaciones.
Muy baja ⊕○○○	Existe considerable incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe muy poca evidencia o porque esta tiene limitaciones importantes.

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica.](#)

## 5. EQUIPO ELABORADOR

El equipo elaborador que ha participado de la presente elaboración es responsable, según sus competencias, del conjunto de las preguntas y recomendaciones formuladas.

<b>Coordinación</b>	<b>Clínica:</b> María Isabel Galaz Letelier. Médico Pediatra. Infectóloga. Hospital Roberto del Río. Clínica Santa María
	<b>Temática:</b> María Teresa Silva Quilodrán. Matrona. Departamento Programa Nacional Prevención y Control del VIH/SIDA. División de Control y Prevención de Enfermedades. Ministerio de Salud.
<b>Metodólogos</b>	<b>Coordinador:</b> S. Pamela Burdiles Fraile. Matrona. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud
	<b>Apoyo:</b> Paula Nahuelhual Cares. Kinesióloga. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud
	<b>Asesor:</b> Ignacio Neumann Burotto. Médico Internista. GRADE Working Group. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

## PANEL DE EXPERTOS

<b>Ana María Álvarez Palma</b>	Médico Pediatra. Infectóloga. Hospital San Juan de Dios
<b>Ana María Peña Donati</b>	Médico Pediatra. Infectóloga. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Pontificia Universidad Católica de Chile.
<b>Carolina Isla Meneses</b>	Químico Farmacéutico. Depto. Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria. División Gestión de la Red Asistencial. Ministerio de Salud
<b>Cecilia Piñera Morel</b>	Médico Pediatra. Infectóloga. Hospital Exequiel Gonzalez Cortés. Universidad de Chile.
<b>Elba Wu Hupat</b>	Médico Pediatra. Infectóloga. Hospital San Juan de Dios. Universidad de Chile.
<b>Eloiza Visueta Romanini</b>	Médico Pediatra. Infectóloga. Hospital Clínico San Borja Arriarán.
<b>Gloria Berríos Campbell</b>	Enfermera. Departamento Programa Nacional Prevención y Control del VIH/SIDA. División de Control y Prevención de Enfermedades. Ministerio de Salud.
<b>Julia Villarroel Barrera</b>	Médico Pediatra. Infectóloga. Hospital Felix Bulnes. Hospital San Juan de Dios.

<b>Leonardo Chanqueo Cornejo</b>	Médico Infectólogo. Hospital San Juan de Dios. Departamento Programa Nacional Prevención y Control del VIH/SIDA. División de Control y Prevención de Enfermedades. Ministerio de Salud.
<b>Marcela Rabello Gaitero</b>	Médico Pediatra. Infectóloga. Hospital Calvo Mackenna
<b>Solange Burgos Estrada</b>	Matrona. División de Gestión de la Red Asistencial. Ministerio de Salud

## RESPONSABLES DE LA BÚSQUEDA Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA

<b>Epistemonikos Foundation<sup>1</sup></b>	Búsqueda de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
<b>Centro de evidencia UC<sup>1</sup></b>	Gabriel Rada Giacaman; Luis Ortiz Muñoz; Macarena Morel Marambio; Francisca Verdugo Paiva; Rocío Bravo Jeria. Elaboración de tablas de síntesis de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
<b>Eduardo Quiñelén Rojas<sup>2</sup></b>	Valores y preferencias de los pacientes.
<b>Sergio Poblete Vargas<sup>2</sup></b>	Evaluaciones de costo-efectividad de las intervenciones.
<b>Paola Aguilera Ibaceta<sup>3</sup></b>	Costos en Chile de las intervenciones.

<sup>1</sup> La búsqueda de evidencia fueron externalizadas del Ministerio de Salud a través de licitación pública y adjudicada a las empresas señaladas.

<sup>2</sup> Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

<sup>3</sup> Departamento Desarrollo de Productos. Fondo Nacional de Salud (FONASA).

## DISEÑO, EDICIÓN, DESARROLLO Y MANTENCIÓN PLATAFORMA WEB

<b>Miguel Contreras Torrejón</b>	Ingeniero Informático. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. Departamento de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud
----------------------------------	---

## DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Del total de integrantes del equipo elaborador, las siguientes personas declararon potenciales conflictos de interés:

- **María Isabel Galaz.** Participación en protocolo de investigación clínica de Atazanavir formulación pediátrica. LAB BMS.
- **María Teresa Silva.** Miembro de Corporación SIDA Chile y Taller Latinoamericano de VIH.
- **Ana María Peña.** Investigador Principal en protocolo multicéntrico Atazanavir. Lab BMS. Patrocinio Congreso Chileno de Infectología 2018, Lab. GADOR.
- **Cecilia Piñera Morel.** Parentesco con persona que se desempeña en el Sector público: hija del actual Presidente de la República.

Luego de analizar las declaraciones de los participantes, el equipo elaborador decidió no limitar la participación de estos colaboradores.

## 6. REFERENCIAS

1. Mellors J, Muñoz A, Giorgi J, Margolick J, Tassoni C, Gupta P, et al. Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. *Ann Intern Med* 1997; 126: 983 - 5.
2. Violari A, Cotton MF, Gibb DM, et al. Early antiretroviral therapy and mortality among HIV-infected infants. *N Engl J Med*. Nov 20 2008; 359 (21):2233-2244. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/19020325>.
3. Gray L, Newell ML, Thorne C, Peckham C, Levy J, European Collaborative S. Fluctuations in symptoms in human immunodeficiency virus-infected children: the first 10 years of life. *Pediatrics*. Jul 2001;108 (1):116-122. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11433063>.
4. Dunn D, Group HIVPPMCS. Short-term risk of disease progression in HIV-1-infected children receiving no antiretroviral therapy or zidovudine monotherapy: a meta-analysis. *Lancet*. Nov 15 2003;362 (9396): 1605-1611. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14630440>.
5. CDC: 1994 Revised Classification system for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age. *MMWR* 1994; 43 (RR-12):1-10.
6. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Boletín epidemiológico Trimestral Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) SE 1-52 año 2019. Disponible en [http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/02/BET\\_VIH\\_2019.pdf](http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/02/BET_VIH_2019.pdf)
7. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública. Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y Sífilis 2012. Disponible en [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2015/01/NORMA-DE-PTV-VIH-SIFILIS.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/01/NORMA-DE-PTV-VIH-SIFILIS.pdf)
8. García PM, Kalish LA, Pitt J, et al. Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. Women and Infants Transmission Study Group. *N Engl J Med*. Aug 5 1999;341(6):394-402. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10432324/>
9. Panel on Treatment of HIV-Infected Pregnant Women and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1- Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Disponible en <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/PerinatalGL.pdf/>
10. Ministerio de Salud. Guía Clínica Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA. 2013. Disponible en <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GPCVIH.pdf/>