



SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
 DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
 DEPARTAMENTO DE SALUD BASADA EN EVIDENCIA Y GARANTÍAS SANITARIAS

Proceso de Revisión de Vigencia de Recomendaciones

Guías de Práctica Clínica: Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA

La División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud a través del Departamento de Salud Basada en Evidencia y Garantías Sanitarias, ha iniciado un proceso de revisión de vigencia y actualización de las recomendaciones contenidas en las guías de práctica clínica GES. Este proceso se divide en 2 etapas, siendo la primera de ellas la revisión de vigencia de las recomendaciones. Posteriormente, y considerando los resultados de la evaluación de vigencia, se dará inicio a la actualización propiamente tal, proceso que se inicia con la formulación de preguntas para cada una de las guías de práctica clínica.

El proceso de revisión se realizó en marzo de 2017 y participaron profesionales representantes del Hospital Sótero del Río, Hospital Clínico de la Universidad Católica, Hospital Dr. Lucio Córdova, Hospital San José, Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile, Fundación Savia y de la División de Gestión de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

Las recomendaciones fueron revisadas utilizando criterios estandarizados, siendo definida como VIGENTE aquella recomendación que cumple los siguientes criterios:

- La recomendación propone realizar una acción concreta.
- La recomendación propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población.
- La recomendación propone realizar una acción que es factible de realizar en el contexto actual (no es una práctica en desuso).

Se utilizó un formulario para la revisión de las recomendaciones en el que cada evaluador respondió las siguientes preguntas, asignando un puntaje entre 1 a 6, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo:

- ¿Esta recomendación propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población?
- ¿Esta recomendación propone realizar una acción que es factible de realizar en el contexto actual (no es una práctica en desuso)?

Las respuestas fueron analizadas para cada criterio y recomendación. Cuando la mediana del puntaje fue 4 ó más en ambos criterios, la recomendación se consideró VIGENTE. Si la mediana del puntaje fue 3 ó menos en al menos un criterio, la recomendación se definió como NO VIGENTE.

Luego de analizar los resultados, las recomendaciones vigentes son las siguientes:

Recomendaciones Vigentes
Se recomienda efectuar a todos los pacientes que ingresan a control: Hemograma y VHS, Glicemia; Creatininemia, orina completa, pruebas hepáticas; Estudio de lípidos (colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos), recuento de linfocitos CD4, carga viral VIH (CV), VDRL o RPR, HBsAg y anticore para virus Hepatitis B (VHB), serología para virus Hepatitis C (VHC), IgG toxoplasma gondii, serología para Trypanosoma cruzii (Enfermedad de Chagas), PPD, radiografía de tórax, papanicolau (PAP) a todas la mujeres.
Se recomienda el inicio de TAR (terapia antiretroviral), a todos los adultos con infección crónica VIH que presentan algunas de las siguientes situaciones: Manifestaciones de etapa clínica B y enfermedades oportunistas de etapa C, independiente del recuento CD4.
Se recomienda el inicio de TAR independiente de CD4 en pacientes con una o más de las siguientes condiciones: Embarazo, coinfección VHB con HBsAg+, coinfección VHC, cáncer que requiera tratamiento oncológico inmunosupresor, deterioro neurocognitivo clínicamente significativo, nefropatías asociadas a VIH, riesgo cardiovascular elevado, mayores de 50 años, personas sexualmente activas y con riesgo de transmisión a parejas serodiscordantes, con el objeto de reducir el riesgo de transmisión, pacientes con infección tuberculosa latente.
Se recomienda como esquema de inicio TAR en pacientes sin exposición previa a ARV el uso de una combinación de 2 INTR y una tercera droga (INTR: Zidovudina y Lamivudina; Abacavir y Lamivudina; Tenofovir y Emtricitabina; Tenofovir y Lamivudina. Tercera droga: Efavirenz, Atazanavir/Ritonavir; Lopinavir/Ritonavir; Darunavir/Ritonavir; Raltegravir).
Se recomienda el cambio del antiretroviral (ARV) causante o más probablemente causante de una RAM grado 3 ó 4 con o sin suspensión transitoria de la TAR. RAM grado 1 ó 2 pueden ser seguidas y tratadas.
No se recomienda el uso de Abacavir en pacientes sin determinación previa de HLA-B*5701 ó cuando éste es positivo por el riesgo de reacción de hipersensibilidad.
No usar Nevirapina (NVP) en mujeres con $CD4 > 250$ células/mm ³ y en hombres con $CD4 > 400$ células/mm ³ por el riesgo de toxicidad hepática grave.
Se recomienda la realización de estudio de genotipificación en falla virológica primaria o secundaria, o respuesta subóptima en TAR.
Los esquemas de menor impacto metabólico son Tenofovir–Emtricitabina– Raltegravir; Abacavir–Lamivudina–Raltegravir; Abacavir–Lamivudina–Atazanavir no reforzado; Tenofovir–Emtricitabina–Maraviroc (sólo con tropismo R5); Abacavir–Lamivudina–Maraviroc (sólo con tropismo R5).
Se recomienda el inicio de TAR en todos los coinfectados VHB/VIH con drogas activas para ambos virus (TDF/FTC + tercera droga activa para VIH), independiente del nivel de CD4.
En todo coinfectado VHC/VIH se recomienda iniciar TAR, independiente del estado inmunológico.
Los pacientes con $CD4$ menor de 200 células/mm ³ deben, además de iniciar TAR, recibir profilaxis de la neumonía por Pneumocystis jirovecii con Cotrimoxazol o Dapsona y mantenerla hasta que el recuento $CD4$ supere las 200 células/mm ³ y la Carga Viral sea indetectable.
Los pacientes con $CD4$ menor de 100 células/mm ³ y serología positiva para Toxoplasma gondii deben, además de iniciar TAR, recibir profilaxis de toxoplasmosis cerebral con Cotrimoxazol o Dapsona-Pirimetamina y mantenerla hasta que el recuento $CD4$ supere las 200 células/mm ³ y la carga viral sea indetectable.
Si los recuentos $CD4$ son inferiores a 50 células/mm ³ , se debe iniciar, además de la profilaxis de Pneumocystis jirovecii y Toxoplasma gondii, profilaxis de infección por micobacterias atípicas con Azitromicina.

Recomendaciones Vigentes
Las profilaxis deben mantenerse hasta lograr por 3 meses consecutivos CD4 mayor de 200 células/mm ³ Pneumocystis jirovecii y Toxoplasma gondii y de 100 células/mm ³ para MAC.
Con infección oportunista activa en tratamiento debe iniciarse precozmente la TAR, con la excepción de meningitis por Mycobacterium tuberculosis o por Cryptococcus neoformans en que la decisión debe ser individualizada.
En pacientes con TBC latente (PPD > 5 mm, IGRA+, radiografía de tórax con secuelas antiguas o antecedente de PPD previo + no tratados), se debe hacer quimioprofilaxis con HIN por 9 meses y considerar el inicio de TAR, independiente de CD4.
En pacientes con mayor inmunodepresión se recomienda iniciar TAR más precozmente, pero no antes de 2 semanas de tratamiento antituberculoso, con estricto control clínico para detectar precozmente SRI, que es más frecuente.
En aquellos pacientes que inicien TAR se deben efectuar al menos los siguientes exámenes de laboratorio. Primer mes: Hemograma y VHS, pruebas hepáticas, glicemia, estudio de lípidos. Aquellos con insuficiencia renal basal o que reciban Tenofovir deben ser monitorizados con creatininemia y orina completa. Tercer mes: Hemograma y VHS, pruebas hepáticas, glicemia, estudio de lípidos, recuento de linfocitos CD4 y CV.
Realizar test de tamizaje VIH a toda gestante al ingreso del control prenatal.
Si el resultado del examen es negativo, se debe repetir entre la semana 32-34 de gestación en aquellas mujeres que tengan mayor riesgo de adquirir el VIH: Por antecedentes de abuso de alcohol o drogas, parejas nuevas durante la gestación o múltiples parejas (mujeres en situación de calle, trabajadoras sexuales, etc.), antecedentes de ella o su pareja de Hepatitis B, Hepatitis C, Tuberculosis, Sífilis u otra ITS y en casos conocidos de serodiscordancia y su pareja sea VIH (+) y en el caso que sea solicitado por la paciente.
En las mujeres que llegan al parto sin serología para VIH conocida, se debe realizar un tamizaje para VIH (instrumental o visual). Si éste resultara reactivo, aplicar de inmediato el protocolo de prevención de transmisión vertical, incluyendo suspensión de la lactancia materna.
Aquella gestante con examen reactivo, obtenido desde la semana 20 en adelante, debe ser derivada de inmediato al médico tratante de VIH sin esperar la confirmación del ISP para la aplicación del protocolo de TV.
Iniciar TAR para la prevención de la transmisión vertical del VIH en embarazadas sin tratamiento previo a partir de la semana 20 de gestación.
La TAR debe iniciarse en la semana 14 cuando la CV es mayor de 100.000 copias/mL.
La TAR debe iniciarse de inmediato si la embarazada tiene criterios clínicos o inmunológicos de inicio de TAR, o si la seroconversión se produce durante la gestación.
Todas las gestantes que inician TAR para Prevención de la Transmisión Vertical, deben continuar el tratamiento post parto.
Se debe controlar CV a las 6 semanas de iniciada TAR durante la gestación y posteriormente en forma mensual hasta la semana 34
No usar Efavirenz, Nelfinavir y la asociación de d4T-ddi en embarazadas.
Indicar cesárea en las mujeres con infección por VIH sin TAR durante el embarazo, en aquellas que no tienen resultado de CV a la semana 34 ó si ésta es > 1.000 copias/MI
Puede permitirse parto vaginal en madres con TAR desde las 24 semanas de gestación o antes, con CV < 1.000 copias/mL en la semana 34 y que además cumplan con las siguientes condiciones: edad gestacional mayor de 37 semanas, feto único en presentación cefálica, condiciones obstétricas favorables y atención por médico especialista.
Usar AZT de 200 mg/mL intravenoso intraparto: Dosis de carga 2 mg/kg, a pasar en 1 hora, iniciar 4 horas antes de cirugía o inicio del trabajo de parto; Dosis de mantención: 1 mg/kg/hr, hasta la ligadura del cordón.
Asociar Nevirapina en dosis de 200 mg por 1 vez antes de la cesárea, en caso de ausencia o inicio tardío de protocolo, y/o CV de semana 34 > 1.000 copias/mL.
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

Recomendaciones Vigentes
desventajas de la suspensión de la lactancia materna.
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.
Recién Nacido: Se debe dar sucedáneo de leche materna.
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.
Todo RN hijo de madre VIH (+), debe recibir AZT 2 mg/Kg cada 6 horas, vía oral por 6 semanas a partir de las 6 a 12 horas de vida.
Los RN hijos de madres que recibieron NVP, administrar AZT por 6 semanas y agregar 2 dosis de NVP solución oral de 2 mg/Kg, a partir de las primeras 4 horas de vida y la segunda a las 48 a 72 horas de vida.
Debe iniciar TAR todo menor de 12 meses, VIH (+), independiente de clínica, CD4 y CV.
Esquema AZT+3TC o ABC+3TC (previa determinación de HLA-B*5701). Nevirapina (NVP), a cualquier edad. Lopinavir /Ritonavir para recién nacidos de término mayores de 14 días.
Se recomienda el inicio de TARV en niños mayores de un año, si reúnen los siguientes criterios: Etapa Clínica C; Etapa Clínica B con CD4 <20% (excepto episodio único de infección bacteriana grave); Etapa Inmunológica 2.
Las combinaciones preferidas como esqueleto de INTR en niños son: Zidovudina + Lamivudina; Abacavir + Lamivudina.
Usar como tercera droga: INNTR Nevirapina (NVP) en < 3 años; Efavirenz (EFV) En ≥ 3 años como alternativa si no pueden tragar tabletas; Inhibidores de Proteasas (1ª línea): Lopinavir / Ritonavir (LPV / RTV); Atazanavir (ATV) con bajas dosis de RTV en > 6 años.
El control de laboratorio debe hacerse al menos cada 3-4 meses (CD4, CV y otros exámenes para detectar toxicidad).
No se debe realizar interrupciones de tratamiento.

El panel de expertos estuvo compuesto por los siguientes profesionales:

1. Laura Bahamondes Moya, Médico Infectólogo, Hospital Dr. Lucio Córdova.
2. Solange Burgos Estrada Matrona, MINSAL-DIGERA-Dpto. Procesos Clínicos Integrados.
3. Elba Wu Husat, Médico Infectólogo, Universidad de Chile- Hospital San Juan de Dios.
4. Carlos Pérez Cortés, Médico Infectólogo, Universidad Católica.
5. María Carolina Giadalah Álvarez, Psicóloga, Hospital San Juan de Dios.
6. Ana María Fernández Sarmiento, Matrona, Hospital Dr. Sótero del Río.
7. Luz María Yaconi, Terapeuta Ocupacional, Fundación Savia, mesa nacional VIH/ SIDA y DDHH.
8. Carolina Isla Meneses, Químico Farmacéutico, MINSAL-DIGERA.
9. Llu Lin Lay Won, Químico Farmacéutico del Hospital Clínico San José.

El detalle de los resultados de la evaluación se presenta en ANEXO.

ANEXO: Puntajes obtenidos en el proceso de revisión de vigencia de las recomendaciones.

Recomendación	Más beneficio que daño (mediana)	Acción factible de realizar (mediana)
1. Se recomienda efectuar a todos los pacientes que ingresan a control: Hemograma y VHS, Glicemia; Creatininemia, orina completa, pruebas hepáticas; Estudio de lípidos (colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos), recuento de linfocitos CD4, carga viral VIH (CV), VDRL o RPR, HBsAg y anticore para virus Hepatitis B (VHB), serología para virus Hepatitis C (VHC), IgG toxoplasma gondii, serología para Trypanosoma cruzii (Enfermedad de Chagas), PPD, radiografía de tórax, papanicolau (PAP) a todas la mujeres.	6	6
2. Se recomienda el inicio de TAR (terapia antiretroviral) a todos los adultos con infección crónica VIH que presentan algunas de las siguientes situaciones: Manifestaciones de etapa clínica B y enfermedades oportunistas de etapa C, independiente del recuento CD4.	6	6
3. Se recomienda el inicio de TAR independiente de CD4 en pacientes con una o más de las siguientes condiciones: Embarazo, coinfección VHB con HBsAg+, coinfección VHC, cáncer que requiera tratamiento oncológico inmunosupresor, deterioro neurocognitivo clínicamente significativo, nefropatías asociadas a VIH, riesgo cardiovascular elevado, mayores de 50 años, personas sexualmente activas y con riesgo de transmisión a parejas serodiscordantes, con el objeto de reducir el riesgo de transmisión, pacientes con infección tuberculosa latente.	6	6
4. Se recomienda el inicio de TAR en pacientes asintomáticos que tengan recuentos de linfocitos CD4 iguales o menores de 350 células/mm ³ .	1	1
5. Se recomienda el inicio de TAR en pacientes asintomáticos con recuentos de linfocitos CD4 entre 350 y 500 células/mm ³ . En la decisión de inicio de TAR en estos pacientes se debe considerar la voluntad del paciente y la proyección de adherencia a TAR.	1	1
6. Se recomienda como esquema de inicio TAR en pacientes sin exposición previa a ARV el uso de una combinación de 2 INTR y una tercera droga (INTR: Zidovudina y Lamivudina; Abacavir y Lamivudina; Tenofovir y Emtricitabina; Tenofovir y Lamivudina. Tercera droga: Efavirenz, Atazanavir/Ritonavir; Lopinavir/Ritonavir; Darunavir/Ritonavir; Raltegravir).	4	4
7. Se recomienda el cambio del antiretroviral (ARV) causante o más probablemente causante de una RAM grado 3 ó 4 con o sin suspensión transitoria de la TAR. RAM grado 1 ó 2 pueden ser seguidas y tratadas.	6	6
8. No se recomienda el uso de Abacavir en pacientes sin determinación previa de HLA-B*5701 ó cuando éste es positivo por el riesgo de reacción de hipersensibilidad.	6	6
9. No usar Nevirapina (NVP) en mujeres con CD4>250 células/mm ³ y en hombres con CD4> 400 células/mm ³ por el riesgo de toxicidad hepática grave.	6	6
10. Se recomienda la realización de estudio de genotipificación en falla virológica primaria o secundaria, o respuesta subóptima en TAR.	6	6
11. Los esquemas de menor impacto metabólico son Tenofovir– Emtricitabina– Raltegravir; Abacavir–Lamivudina–Raltegravir; Abacavir–	6	6

Recomendación	Más beneficio que daño (mediana)	Acción factible de realizar (mediana)
Lamivudina–Atazanavir no reforzado; Tenofovir–Emtricitabina–Maraviroc (sólo con tropismo R5); Abacavir–Lamivudina–Maraviroc (sólo con tropismo R5).		
12. Se recomienda el inicio de TAR en todos los coinfectados VHB/VIH con drogas activas para ambos virus (TDF/FTC + tercera droga activa para VIH), independiente del nivel de CD4.	6	6
13. En todo coinfectado VHC/VIH se recomienda iniciar TAR, independiente del estado inmunológico.	6	6
14. Los pacientes con CD4 menor de 200 células/mm3 deben, además de iniciar TAR, recibir profilaxis de la neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> con Cotrimoxazol o Dapsona y mantenerla hasta que el recuento CD4 supere las 200 células/ mm3 y la Carga Viral sea indetectable.	6	6
15. Los pacientes con CD4 menor de 100 células/mm3 y serología positiva para <i>Toxoplasma gondii</i> deben, además de iniciar TAR, recibir profilaxis de toxoplasmosis cerebral con Cotrimoxazol o Dapsona-Pirimetamina y mantenerla hasta que el recuento CD4 supere las 200 células/ mm3 y la carga viral sea indetectable.	6	6
16. Si los recuentos CD4 son inferiores a 50 células/mm3, se debe iniciar, además de la profilaxis de <i>Pneumocystis jirovecii</i> y <i>Toxoplasma gondii</i> , profilaxis de infección por micobacterias atípicas con Azitromicina.	6	6
17. Las profilaxis deben mantenerse hasta lograr por 3 meses consecutivos CD4 mayor de 200 células/mm3 <i>Pneumocystis jirovecii</i> y <i>Toxoplasma gondii</i> y de 100 células/mm3 para MAC.	6	6
18. Con infección oportunista activa en tratamiento debe iniciarse precozmente la TAR, con la excepción de meningitis por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> o por <i>Cryptococcus neoformans</i> en que la decisión debe ser individualizada.	6	6
19. En pacientes con TBC latente (PPD > 5 mm, IGRA+, radiografía de tórax con secuelas antiguas o antecedente de PPD previo + no tratados), se debe hacer quimioprofilaxis con HIN por 9 meses y considerar el inicio de TAR, independiente de CD4.	6	6
20. En pacientes con mayor inmunodepresión se recomienda iniciar TAR más precozmente, pero no antes de 2 semanas de tratamiento antituberculoso, con estricto control clínico para detectar precozmente SRI, que es más frecuente.	6	6
21. En aquellos pacientes que inicien TAR se deben efectuar al menos los siguientes exámenes de laboratorio. Primer mes: Hemograma y VHS, pruebas hepáticas, glicemia, estudio de lípidos. Aquellos con insuficiencia renal basal o que reciban Tenofovir deben ser monitorizados con creatininemia y orina completa. Tercer mes: Hemograma y VHS, pruebas hepáticas, glicemia, estudio de lípidos, recuento de linfocitos CD4 y CV.	6	6
22. Realizar test de tamizaje VIH a toda gestante al ingreso del control prenatal.	6	6
23. Si el resultado del examen es negativo, se debe repetir entre la semana 32-34 de gestación en aquellas mujeres que tengan mayor riesgo de adquirir el VIH: Por antecedentes de abuso de alcohol o drogas, parejas nuevas durante la gestación o múltiples parejas (mujeres en situación	6	6

Recomendación	Más beneficio que daño (mediana)	Acción factible de realizar (mediana)
de calle, trabajadoras sexuales, etc.), antecedentes de ella o su pareja de Hepatitis B, Hepatitis C, Tuberculosis, Sífilis u otra ITS y en casos conocidos de serodiscordancia y su pareja sea VIH (+) y en el caso que sea solicitado por la paciente.		
24. En las mujeres que llegan al parto sin serología para VIH conocida, se debe realizar un tamizaje para VIH (instrumental o visual). Si éste resultara reactivo, aplicar de inmediato el protocolo de prevención de transmisión vertical, incluyendo suspensión de la lactancia materna.	5	6
25. Aquella gestante con examen reactivo, obtenido desde la semana 20 en adelante, debe ser derivada de inmediato al médico tratante de VIH sin esperar la confirmación del ISP para la aplicación del protocolo de TV.	6	6
26. Iniciar TAR para la prevención de la transmisión vertical del VIH en embarazadas sin tratamiento previo a partir de la semana 20 de gestación.	6	6
27. La TAR debe iniciarse en la semana 14 cuando la CV es mayor de 100.000 copias/mL.	6	6
28. La TAR debe iniciarse de inmediato si la embarazada tiene criterios clínicos o inmunológicos de inicio de TAR, o si la seroconversión se produce durante la gestación.	6	6
29. Todas las gestantes que inician TAR para Prevención de la Transmisión Vertical, deben continuar el tratamiento post parto.	6	6
30. Se indica el uso de AZT/3TC en la prevención de la transmisión vertical del VIH.	5	3
31. Como tercera droga indicar Lopinavir/Ritonavir o Saquinavir/Ritonavir. El uso de Nevirapina, se puede considerar en pacientes con recuentos CD4 menores a 250 células/ mm ³ .	2	2
32. Se debe controlar CV a las 6 semanas de iniciada TAR durante la gestación y posteriormente en forma mensual hasta la semana 34	6	6
33. No usar Efavirenz, Nelfinavir y la asociación de d4T-ddI en embarazadas.	6	6
34. Indicar cesárea en las mujeres con infección por VIH sin TAR durante el embarazo, en aquellas que no tienen resultado de CV a la semana 34 ó si ésta es > 1.000 copias/ML	6	6
35. Puede permitirse parto vaginal en madres con TAR desde las 24 semanas de gestación o antes, con CV < 1.000 copias/mL en la semana 34 y que además cumplan con las siguientes condiciones: edad gestacional mayor de 37 semanas, feto único en presentación cefálica, condiciones obstétricas favorables y atención por médico especialista.	6	6
36. Usar AZT de 200 mg/mL intravenoso intraparto: Dosis de carga 2 mg/kg, a pasar en 1 hora, iniciar 4 horas antes de cirugía o inicio del trabajo de parto; Dosis de mantención: 1 mg/kg/hr, hasta la ligadura del cordón.	6	6
37. Asociar Nevirapina en dosis de 200 mg por 1 vez antes de la cesárea, en caso de ausencia o inicio tardío de protocolo, y/o CV de semana 34 > 1.000 copias/mL.	6	6
38. 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	6	6

Recomendación	Más beneficio que daño (mediana)	Acción factible de realizar (mediana)
las desventajas de la suspensión de la lactancia materna.		
39. 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.	6	6
40. Recién Nacido: Se debe dar sucedáneo de leche materna.	6	6
41. 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.	6	6
42. Todo RN hijo de madre VIH (+), debe recibir AZT 2 mg/Kg cada 6 horas, vía oral por 6 semanas a partir de las 6 a 12 horas de vida.	6	6
43. Los RN hijos de madres que recibieron NVP, administrar AZT por 6 semanas y agregar 2 dosis de NVP solución oral de 2 mg/Kg, a partir de las primeras 4 horas de vida y la segunda a las 48 a 72 horas de vida.	6	6
44. Debe iniciar TAR todo menor de 12 meses, VIH (+), independiente de clínica, CD4 y CV.	6	6
45. Esquema AZT+3TC o ABC+3TC (previa determinación de HLA-B*5701). Nevirapina (NVP), a cualquier edad. Lopinavir /Ritonavir para recién nacidos de término mayores de 14 días.	6	6
46. Se recomienda el inicio de TARV en niños mayores de un año, si reúnen los siguientes criterios: Etapa Clínica C; Etapa Clínica B con CD4 <20% (excepto episodio único de infección bacteriana grave); Etapa Inmunológica 2.	6	6
47. Las combinaciones preferidas como esqueleto de INTR en niños son: Zidovudina + Lamivudina; Abacavir + Lamivudina.	6	6
48. Usar como tercera droga: INNTR Nevirapina (NVP) en < 3 años; Efavirenz (EFV) En ≥ 3 años como alternativa si no pueden tragar tabletas; Inhibidores de Proteasas (1ª línea): Lopinavir / Ritonavir (LPV / RTV); Atazanavir (ATV) con bajas dosis de RTV en > 6 años.	6	6
49. El control de laboratorio debe hacerse al menos cada 3-4 meses (CD4, CV y otros exámenes para detectar toxicidad).	6	6
50. No se debe realizar interrupciones de tratamiento.	6	6

Número de evaluadores: 9.