

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN SANITARIA
DEPARTAMENTO EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SALUD BASADA EN
EVIDENCIA

Informe de Revisión de Vigencia de Recomendaciones Guía de Práctica Clínica Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA Pediátrico de 2013

La División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) en conjunto con la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, realiza periódicamente el proceso de actualización de Guías de Práctica Clínica (GPC).

Para la actualización de la Guía de Práctica Clínica (GPC) de Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA Pediátrico 2019, se realizó la revisión de vigencia de recomendaciones claves de la GPC de Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA 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.

El proceso de revisión de vigencia, se divide en dos etapas:

1

Etap 1. Evaluación Metodológica de las Recomendaciones: Profesionales del Ministerio de Salud de Chile, familiarizados con la metodología de actualización de Guías de Práctica Clínica, evaluaron independientemente cada una de las recomendaciones claves de la Guía de Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA del año 2013, distinguiendo si cumplían o no los siguientes criterios:

- La recomendación propone realizar UNA acción concreta.
- La acción (que propone la recomendación) es factible de implementar y de evaluar.

Luego se seleccionaron todas aquellas recomendaciones donde el 60% o más de los evaluadores consideraron que la recomendación clave cumplía ambos criterios. En el caso de esta guía, se definió que 13 recomendaciones estaban adecuadamente formuladas, ver detalle en Anexo 01.

Etap 2. Evaluación de Vigencia Clínica: Las recomendaciones seleccionadas en la etapa 1, fueron evaluadas por los profesionales del equipo elaborador de la guía que ejercen la práctica clínica, a través de una encuesta online. Cada evaluador que se consideró con competencias para evaluar la recomendación, respondió las siguientes preguntas, asignando un puntaje entre 1 a 6, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo:

- ¿La recomendación propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población?

- ¿La recomendación propone una acción que se realiza en el contexto actual (no es una práctica en desuso)?

Las respuestas fueron analizadas para cada criterio y recomendación. Cuando la mediana del total de evaluador obtuvo puntaje 4 o más en ambos criterios, la recomendación se consideró VIGENTE. Si la mediana del puntaje fue menor a 4 en al menos un criterio, la recomendación se definió como NO VIGENTE, ver detalle en Anexo 02.

Los resultados de la encuesta de evaluación de vigencia clínica fueron presentados y revisados con el panel de expertos en reunión presencial, para finalmente definir por consenso las que se considerarían como vigentes.

Tras realizar la evaluación metodológica y la evaluación de vigencia clínica de las recomendaciones claves evaluadas, se definieron las siguientes como vigentes:

Recomendaciones vigente al 2019, de la GPC Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida 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.

ANEXO 01. Resultados de evaluación metodológica de las recomendaciones de la Guía de Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA Pediátrico del año 2013

Recomendaciones	Resultado de la evaluación metodológica 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.	Formulación Adecuada
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.	Formulación Adecuada
Recién Nacido se debe dar sucedáneo de leche materna.	Formulación Adecuada
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.	Formulación Adecuada
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.	Formulación Adecuada

¹ **Formulación adecuada:** la formulación recomendaciones está estructurada de modo que propone una acción y es factible de implementa y evaluar. / **Formulación inadecuada:** la formulación de la recomendación no propone una acción concreta o no es factible de implementar o evaluar.

Debe iniciar TAR todo menor de 12 meses, VIH (+), independiente de clínica, CD4 y CV.	Formulación Adecuada
El control de laboratorio debe hacerse al menos cada 3-4 meses (CD4, CV y otros exámenes para detectar toxicidad).	Formulación Adecuada
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).	Formulación Adecuada
No se debe realizar interrupciones de tratamiento.	Formulación Adecuada

ANEXO 02. Resultado de la evaluación de vigencia clínica GPC de Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA Pediátrico del año 2013

Recomendaciones*	Estado de Vigencia Clínica ¹
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	Vigente
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.	Vigente
3. Recién Nacido se debe dar sucedáneo de leche materna.	Vigente
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.	Vigente
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.	Vigente
6. 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.	No Vigente
7. 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	No Vigente

de las primeras 4 horas de vida y la segunda a las 48 a 72 horas de vida.	
8. Debe iniciar TAR todo menor de 12 meses, VIH (+), independiente de clínica, CD4 y CV.	No Vigente
9. 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.	No Vigente
10. Usar como tercera droga: INNTR Nevirapina (NVP) en < 3 años. Efavirenz (EFV) En ³ 3 años como alternativa si no pueden tragar tabletas Inhibidores de Proteasas:1ª línea: Lopinavir / ritonavir (LPV / rtv) (A-1) (10,11,27)Atazanavir (ATV) con bajas dosis de RTV en > 6 años (A-1) (28-30).	No Vigente
11. El control de laboratorio debe hacerse al menos cada 3-4 meses (CD4, CV y otros exámenes para detectar toxicidad).	Vigente
12. 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).	Vigente
13. No se debe realizar interrupciones de tratamiento.	Vigente
<p>* Se evaluó la vigencia clínica sólo de las recomendaciones que fueron definidas como adecuadamente formuladas en la fase 1 - evaluación metodológicamente (Anexo 01).</p> <p>1. Vigente: La recomendación aparte de estar adecuadamente formulada, propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población y se realiza en el contexto actual (no es una práctica en desuso). / No vigente: La recomendación a pesar de estar adecuadamente formulada, no propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población o no se realiza en el contexto actual (es una práctica en desuso).</p>	

MIEMBROS DEL EQUIPO ELABORADOR QUE PARTICIPARON EN LA REVISIÓN DE VIGENCIA DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA PEDIÁTRICO, 2013

Nombre	Profesión, instituciones
Ana María Peña Donati	Pediatra Infectóloga. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Pontificia Universidad Católica de Chile.
Cecilia Piñera Morel	Pediatra Infectóloga. Hospital Exequiel Gonzalez Cortés. Universidad de Chile.
Gloria Berrios Campbell	Enfermera. Departamento Programa Nacional Prevención y Control del VIH/SIDA. División de Control y Prevención de Enfermedades. Ministerio de Salud.
María Isabel Galaz Letelier	Pediatra Infectóloga. Hospital Roberto del Río. Clínica Santa María
María Teresa Silva Quilodrán	Matrona. Departamento Programa Nacional Prevención y Control del VIH/SIDA. División de Control y Prevención de Enfermedades. Ministerio de Salud.