



Salud



**Vía clínica para
la prevención,
diagnóstico,
tratamiento
y seguimiento de
personas viviendo
con VIH**

Documento final

Junio de 2024



Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud
Evidencia que promueve confianza



Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez

Ministro de Salud y Protección Social

Jaime Hernán Urrego Rodríguez

Viceministro de Salud Pública y Prestación
de Servicios

Luis Alberto Martínez Saldarriaga

Viceministro de Protección Social

Gonzalo Parra González

Secretario General

Claudia Marcela Vargas Peláez

Directora de Medicamentos y Tecnologías
en Salud

Betsabé Ximena Velasco Hernández

Subdirectora de Enfermedades
Transmisibles encargada de las funciones
de la Dirección de Promoción y Prevención



**Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud**
Evidencia que promueve confianza

Adriana María Robayo García

Directora Ejecutiva

Luz Mery Barragán González

Subdirectora General y de Operaciones

Kelly Patricia Estrada Orozco

Gerente Técnica



Grupo desarrollador

Expertos en evaluación de efectividad y seguridad

Cabrera Andrade, Betty Katherin. Fisioterapeuta. Magíster en epidemiología. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Cortes Palacio, Katherine María. Médica. Magíster en Epidemiología Clínica. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Cortes, Ani Julieth. Bacterióloga y laboratorista clínica. Magíster en epidemiología. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Echeverry Coral, Sandra Johanna. Bacterióloga y laboratorista clínica. Especialista en bioquímica clínica. Magíster en epidemiología. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Huérfano Herrera, César Ricardo. Químico farmacéutico. MSc en Epidemiología Clínica. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Minotta Diaz, Ingrid Liliana. Enfermera. Magíster en Epidemiología. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Sierra Matamoros, Fabio Alexander. Psicólogo. Magíster en Epidemiología Clínica. Jefatura de Síntesis de Evidencia y Gestión de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) es una corporación sin ánimo de lucro, de participación mixta y de régimen legal privado y adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos del artículo 160 de la ley 2294 de 2023. Su misión es contribuir al desarrollo de mejores prácticas asistenciales en salud, mediante la producción de información basada en evidencia, a través de la evaluación de tecnologías en salud y guías de práctica clínica, producidas con rigor técnico, independencia y participación.

Profesionales clínicos participantes

Saavedra Trujillo, Carlos Humberto. Médico. Especialista en Medicina Interna. Especialista en Infectología. MSc en Epidemiología Clínica. Profesor titular Universidad Nacional de Colombia.

Sierra García, Alexandra. Médica. Especialista en Pediatría. Especialista en Enfermedades Infecciosas. Máster en Infección por VIH. Máster en Gestión en Investigación Clínica. Asociación Colombiana de Infectología (ACIN).

Equipo técnico del Ministerio de Salud y Protección Social

Avellaneda Lozada, Paola Astrid. Economista. Especialista en economía y gestión en salud. Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud.



Caicedo Traslaviña, Sidia. Enfermera. Especialista en administración en salud. Consultora Estrategia prevención de la transmisión materno infantil VIH, sífilis y hepatitis B. Dirección de Promoción y Prevención.

Librado Cardona, Diana María. Bacterióloga. Especialista en Epidemiología. Especialista en Bioquímica Clínica, Candidata a Magister en Salud Pública. Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud.

Luque Núñez, Ricardo. Médico. Magister en Bioética. Magister en VIH. Dirección de Promoción y Prevención.

Ríos Hincapié, Cielo Yaneth. Médico. Especialista en Gerencia Administrativa en Salud. Magister en Salud Pública. Magister en VIH. Dirección de Promoción y Prevención.

Invitados a validación externa

Luís Gabriel Ortega Silva. Médico y cirujano. Magister en salud pública. Máster en VIH-Sida.

Jhon Fredy Ramírez Correa. Enfermero. Especialista en gerencia de la calidad de los servicios de salud. Representante legal de Corporación Red Somos.

Angie Michelle Márquez Hernández. Médica cirujana con experiencia de atención de pacientes con VIH.

Karen Tapias. Médica y cirujana. Máster en VIH-SIDA. Magister en salud sexual y reproductiva.

Nohora Patricia Reyes. Médica y cirujana. Especialista en medicina interna. Especialista en gerencia de la calidad en salud.

Patricia Durán Víctor Médica y cirujana. Máster en VIH-SIDA. Actual referente de ITS y VIH de la Secretaría de Salud de Cartagena.

Shirley Vanessa Correa Forero. Médica y cirujana. Especialista en medicina interna. Especialista en infectología. Máster en VIH- SIDA.

Mónica Mantilla Suarez. Médica y cirujana. Especialista en epidemiología. Máster en VIH-SIDA.

Wilquinson Ortiz Caicedo. Bacteriólogo. Especialista en gerencia en seguridad y salud en el trabajo. Referente del programa de ITS/VIH-SIDA del Atlántico.

Juan Pablo Rojas Hernández. Médico y cirujano. Especialista en pediatría. Especialista en infectología pediátrica. Magister en epidemiología. Candidato a doctor en salud.

Lida Quitián. Nutricionista Dietista. Especialista en epidemiología general. Profesional especializado referente de infecciones de transmisión sexual de la SDS.

Luz Eliana Espinosa. Enfermera. Especialista en promoción de la salud y desarrollo humano. Magister en desarrollo humano.



Luis Alberto Soler Vanoy. Médico y cirujano, Máster en VIH. Máster en economía de la salud. Especialista en gerencia estratégica. Vinculado a las Cuenta de Alto Costo hace 12 años, liderando la gestión del riesgo de la cohorte de VIH.

Luis Antonio Ceballos. Médico y cirujano, Máster en VIH. Máster en economía de la salud. Especialista en gerencia en sistemas de calidad.

Luis Felipe Fontal. Médico y cirujano. Especialista en gerencia en salud y en epidemiología. Máster en VIH.

Ana Karina Arroyo. Médica y cirujana. Especialista en auditoría en salud. Máster en VIH.

Conflictos de interés

Los autores de esta vía clínica declaran que no existe ningún tipo de conflicto financiero, intelectual, de pertenencia o familiar que afecte las recomendaciones incluidas en el presente documento técnico-científico.

Declaración de independencia editorial

El desarrollo de este análisis, así como sus conclusiones, se realizaron de manera independiente, transparente e imparcial por parte de los autores.

Citación

Este documento debe citarse de la siguiente manera:

Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Vía Clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas viviendo con VIH. Bogotá D.C.: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y Ministerio de Salud y Protección Social; 2024.

Derechos de autor

En virtud del contrato interadministrativo N°MSPS-1594-2023, los derechos patrimoniales del contenido de este documento son de propiedad exclusiva del Ministerio de Salud y Protección Social. Lo anterior, sin perjuicio de los derechos morales de los colaboradores del IETS, reconocer al IETS como entidad ejecutora, las citas y referencias bibliográficas enunciadas.

Entidad que solicita la evaluación

Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud.

Fuente de financiación

Ministerio de Salud y Protección Social. Contrato 1594 de 2023.



Correspondencia

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)
Cra. 45 No. 108A-50 Oficina 401
Bogotá, D.C., Colombia.
<http://www.iets.org.co>
contacto@iets.org.co
© Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2024.

Tabla de contenido

Abreviaturas	9
1. Introducción	10
2. Alcance y objetivos	12
2.1. Alcance	12
2.2. Objetivo	12
2.3. Aspectos abordados.....	12
2.4. Población a la que se dirige.....	12
2.5. Ámbito asistencial	12
2.6. Usuarios.....	12
3. Metodología	13
3.1. Conformación del grupo desarrollador.....	13
3.2. Elaboración de matriz de intervenciones	13
3.3. Elaboración de algoritmos clínicos preliminares	13
3.4. Elaboración de indicadores	14
3.5. Validación interna de algoritmos.....	14
3.6. Validación externa de algoritmos.....	14
4. Algoritmos clínicos para uso en población de adolescentes, adultos y gestantes	16
4.1. Convenciones.....	16
4.2. Algoritmo general	17
4.3. Algoritmos para dimensión de prevención	17
4.4. Algoritmos para dimensión de diagnóstico	25
4.5. Algoritmos para dimensión de tratamiento de adultos	34
4.6. Algoritmos para dimensión de seguimiento	49
5. Algoritmos clínicos para uso en población pediátrica	62
5.1. Algoritmo general	62
5.2. Algoritmos para dimensión de prevención	62
5.3. Algoritmos para dimensión de diagnóstico	67
5.4. Algoritmos para dimensión de tratamiento.....	72
5.5. Algoritmos para dimensión de seguimiento	81
6. Indicadores	93
7. Referencias.....	103
8. Anexos.....	107
Anexo 1. Informe de conformación del grupo desarrollador, mapeo de los actores, contacto con partes interesadas, convocatoria y conformación del momento de validación externa.....	107
Anexo 2. Búsqueda, selección y evaluación de calidad de GPC.....	117
Anexo 3. Análisis de comentarios para el proceso de validación externa.....	122

Listado de tablas

Tabla 1. Información y educación	19
Tabla 2. Prevención combinada.....	20
Tabla 3. Clasificación de cumplimiento en el uso de la PrEP	21
Tabla 4. Atenciones y paraclínicos de seguimiento de personas que usan PrEP.....	22
Tabla 5. Exámenes de inicio y seguimiento de PEP	25
Tabla 6. Observaciones del algoritmo para diagnóstico en niñas y niños mayores de 18 meses de edad, adolescentes y adultos (no incluye gestantes).....	28
Tabla 7. Interpretación de resultados del algoritmo para diagnóstico en niñas y niños mayores de 18 meses, adolescentes y adultos (no incluye gestantes)	29
Tabla 8. Observaciones del algoritmo diagnóstico en gestantes.....	31
Tabla 9. Interpretación de resultados del algoritmo diagnóstico en mujeres gestantes	32
Tabla 10. Regímenes de antirretrovirales en adultos con diagnóstico de infección por VIH, sin experiencia previa con antirretrovirales	35
Tabla 11. Opciones de preferencia manejo individualizado para inicio de terapia antirretroviral según escenarios clínicos específicos o comorbilidades específicos.	36
Tabla 12. Regímenes de antirretrovirales en gestantes sin experiencia previa con antirretrovirales e independientemente de la edad gestacional.....	38
Tabla 13. Opciones de preferencia de cambio de agentes antirretrovirales por presencia o riesgo de efectos adversos o toxicidad (GPC colombiana)	39
Tabla 14. Indicaciones y esquemas de medicamentos para profilaxis en población adulta que vive con VIH/SIDA para prevención de enfermedades oportunistas.....	53
Tabla 15. Paraclínicos durante el inicio y seguimiento de adultos viviendo con VIH	55
Tabla 16. Pruebas específicas de VIH.....	58
Tabla 17. Tamización de coinfecciones en adultos viviendo con VIH.....	59
Tabla 18. Dosificación de medicamentos profilácticos en neonatos de alto riesgo a término	64
Tabla 19. Dosis de raltegravir según peso	64
Tabla 20. Dosificación de medicamentos profilácticos según edad gestacional al nacer (prematuros)	65
Tabla 21. Esquemas de tratamiento en menores de 18 años con diagnóstico de infección por VIH sin experiencia previa con ARV	73

Tabla 22. Presentación simplificada de la dosificación de formulaciones sólidas con dosis fija, dos veces al día, aptas para niñas, niños e infantes con cuatro semanas de edad o mayores ^a	75
Tabla 23. Presentación simplificada de la dosificación de formulaciones sólidas, una vez al día, aptas para niñas, niños e infantes con cuatro semanas de edad o mayores ^a	76
Tabla 24. Presentación simplificada de la dosificación de dolutegravir para niñas y niños a partir de 3 kg de peso	77
Tabla 25. Presentación simplificada de la dosificación de formulaciones sólidas y orales líquidas con dosis fija, dos veces al día, aptas para niñas, niños e infantes con cuatro semanas de edad o mayores ^a	78
Tabla 26. Dosis de medicamentos en presentación líquida para dosificación dos veces al día en menores de 4 semanas de edad ^a	80
Tabla 27. Indicaciones para el manejo de profilaxis de infecciones oportunistas y coinfecciones.....	83
Tabla 28. Seguimiento paraclínico a niñas, niños y adolescentes viviendo con VIH	91
Tabla 29. Tamización para otras infecciones oportunistas en niñas, niños y adolescentes viviendo con VIH.....	92
Tabla 30. Indicadores VIH en población adulta.....	93
Tabla 31. Indicadores de VIH en población pediátrica	98
Tabla 32. Otros indicadores.....	101
Tabla 33. Expertos clínicos del grupo desarrollador.....	108
Tabla 34. Actores identificados	108
Tabla 35. Mapeo de actores para la validación externa	110
Tabla 36. Categorías de participación.....	112
Tabla 37. Matriz síntesis de declaración y análisis de conflictos de interés.....	112
Tabla 38. Organismos recopiladores y fuentes de GPC.....	117
Tabla 39. GPC identificadas	117
Tabla 40. Priorización de GPC seleccionadas	119
Tabla 41. Resumen de aplicación de herramienta AGREE II	121
Tabla 42. Comentarios validación externa	122



Abreviaturas

CAC	Cuenta de Alto Costo
DMTS	Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
EUnetHTA	European Network for Health Technology Assessment
GD	Grupo desarrollador
GPC	Guía de Práctica Clínica
INS	Instituto Nacional de Salud
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
ITS	Infección de Transmisión Sexual
MinSalud	Ministerio de Salud y Protección Social
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
PyP	Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social
PVV	Personas viviendo con VIH
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
TAR	Terapia Antirretroviral
TMI	Transmisión Materno Infantil
VC	Vía Clínica
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

1. Introducción

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluyendo la Infección por VIH, son consideradas un problema de salud pública que afecta negativamente en el ámbito biológico, social, psicológico y económico a las personas que las padecen. Según las últimas estimaciones del *Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA)*, cerca de 84 millones de personas en el mundo en los últimos 40 años han contraído la infección por VIH, a la vez que ha cobrado la vida de más de 40 millones de personas (1). Quienes viven con la infección, requieren a la fecha, terapia antirretroviral (TAR) de por vida, que debe iniciarse desde el momento del diagnóstico para reducir la morbilidad y mortalidad causadas por la fase avanzada de la enfermedad (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida — SIDA), así como reducir la transmisión de la infección a otras personas —esto teniendo presente que si se alcanzan niveles de supresión viral gracias a la TAR las personas no transmitirán la infección. Por lo mismo, se afirma que indetectable es igual a intransmisible—. El tratamiento tiene, por lo tanto, unos claros efectos preventivos. Por otra parte, aunque en el mundo entre 2010 y 2019 las nuevas infecciones por VIH disminuyeron en 23%, en América Latina se incrementaron en un 21% (2).

En Colombia, los datos del Instituto Nacional de Salud (INS) describen un aumento de los casos reportados de VIH, pasando de 30 casos notificados por 100.000 habitantes en 2018 a 39,2 casos notificados por 100.000 habitantes en 2022 (3).

En 2021, el Ministerio de Salud y Protección Social publicó la actualización de las Guías de Práctica Clínica (GPC) elaboradas por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, en las cuales se abordan las dimensiones de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. En las mismas se establecieron recomendaciones para cada una de estas dimensiones que fueron tenidas en cuenta para el desarrollo de la Vía Clínica en la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas viviendo con VIH.

A pesar de estas recomendaciones, según los indicadores reportados por la Cuenta de Alto Costo (CAC) (4), persisten brechas en cuanto a tamización, cobertura del tratamiento, así como el control virológico y el seguimiento a las personas viviendo con VIH (PVV), en cuanto a la respuesta a cambios de terapia, estudios de resistencias, indicación de profilaxis de eventos oportunistas, entre otros. Los datos de estimaciones realizadas para el año 2022, en conjunto con ONUSIDA y empleando la herramienta de estimaciones *Spectrum*, dan cuenta de una prevalencia del 0,6% en población general, mientras que estudios realizados en las poblaciones clave o más afectadas por la infección, alcanzan prevalencias superiores al 5% (5), lo que ubica al país en un escenario definido como de epidemia concentrada.

En cuanto al cumplimiento de las metas 95-95-95, que se han establecido internacionalmente, al año 2025 y 2030 consistentes en tener al 95% de la población estimada, diagnosticada para el VIH; que de las mismas personas, el 95% se encuentre recibiendo terapia antirretroviral; y que de estos últimos, el 95% alcance niveles de supresión o indetectabilidad viral, Colombia cuenta con un cumplimiento de 77,3%, 88,3% y 87,6% al año 2021 respectivamente (6).



Otro aspecto que ha generado un gran desafío en la atención de la infección producida por el VIH en el país, y en general en la región, es el alto flujo de personas refugiadas y migrantes provenientes de la República Bolivariana de Venezuela, que buscan acceso a la atención integral en salud, incluida la terapia antirretroviral. Teniendo en cuenta lo anterior, “El Proceso de Quito”, del cual Colombia hace parte, iniciado en septiembre de 2018 y cuyo objetivo es fortalecer la coordinación regional, y la cooperación técnica y financiera para mejorar la protección de los derechos de las personas refugiadas y migrantes de origen venezolano, ha establecido una serie de medidas para promover el acceso a los servicios de salud a esta población, en especial con lo que respecta al tratamiento con terapia ARV (7).

Adicional a la GPC, otros documentos normativos y conceptos técnicos elaborados por el Ministerio de Salud y Protección Social como la resolución 1579 de 2023 (6) y el Informe de Recomendaciones del Comité Técnico Interinstitucional (8), han generado recomendaciones y cursos de acción sobre el tratamiento de VIH en el país, que han sido considerados como parte de los aspectos legales y normativos para la elaboración de esta vía. Entre ellos, la priorización por parte del Ministerio de Salud y Protección Social del esquema TDF/3TG/DTG, como primera elección de tratamiento por la factibilidad en su uso, dado mecanismos explícitos de regulación desarrollados por el organismo gestor, con el objetivo de favorecer la implementabilidad de las recomendaciones sobre tratamiento en población que vive con VIH en Colombia.

Entonces, es importante contar con la descripción de procesos que ayuden a mejorar la atención de estas personas, traduciendo las recomendaciones de práctica clínica en procesos de atención, que disminuyan la heterogeneidad en su aplicación, con el fin de apoyar el mejoramiento de la calidad de vida de estas personas y apuntar al cumplimiento de las metas establecidas en el área.

2. Alcance y objetivos

2.1. Alcance

Este documento está dirigido a profesionales de la salud involucrados en la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la infección por VIH en Colombia.

2.2. Objetivo

Proporcionar los lineamientos para realizar la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de PVV de acuerdo con las recomendaciones basadas en la evidencia de la GPC de VIH colombiana publicada en el 2021 (9,10), la evidencia de la Guía de la Organización Mundial de la Salud (11) y en la evidencia disponible para población migrante y no migrante (7); así como las personas que requieren profilaxis posexposición (12), con el propósito de contribuir a estandarizar el manejo de estos pacientes y mejorar la calidad de su atención en salud.

2.3. Aspectos abordados

- Prevención (profilaxis pre y posexposición)
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Seguimiento

2.4. Población a la que se dirige

La población diana son los individuos con riesgo de exposición, exposición, sospecha o diagnóstico de infección por el VIH.

2.5. Ámbito asistencial

Las indicaciones de este documento pueden aplicarse en todos los niveles de complejidad de los servicios de atención en salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), tanto en el ámbito hospitalario como ambulatorio.

2.6. Usuarios

Este documento está dirigido a los tomadores de decisiones y entes reguladores en el SGSSS, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que tienen bajo su gestión la atención de PVV con VIH; así como para los profesionales de la salud que realizan actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento o seguimiento de las PVV, tales como médicos generales, médicos especialistas en medicina familiar, médicos especialistas en medicina interna, médicos especialistas en infectología, profesionales en enfermería, bacteriología, nutrición y química farmacéutica.

3. Metodología

Para el desarrollo de la vía clínica¹ se siguieron los siguientes pasos:

1. Conformación del grupo desarrollador
2. Elaboración de la matriz de intervenciones
3. Elaboración de algoritmos clínicos preliminares
4. Elaboración de indicadores
5. Validación interna de algoritmos
6. Validación externa de algoritmos

3.1. Conformación del grupo desarrollador

Se conformó un grupo desarrollador de esta vía clínica compuesto por epidemiólogos clínicos, profesionales en procesos participativos, químicos farmacéuticos y médicos especialistas en infectología con experiencia en el tratamiento de PVV. En el **Anexo 1** se presenta el informe relacionado con la conformación del grupo desarrollador.

3.2. Elaboración de matriz de intervenciones

Con base en las recomendaciones de la GPC basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes (10), y la GPC basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes (9), los expertos del grupo desarrollador realizaron un ejercicio de priorización de las acciones e intervenciones indicadas en las dimensiones de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las PVV. Para el desarrollo de este ejercicio, se revisaron las recomendaciones de práctica clínica de las GPC mencionadas. El grupo desarrollador analizó cada una de las recomendaciones, y teniendo en cuenta que, a partir de su experiencia, algunas recomendaciones en cada dimensión aún no logran un cumplimiento adecuado, lo que se refleja en el estado de las metas 95-95-95 en el país, propuso una matriz de intervenciones para priorizar las recomendaciones, soporte de esta vía clínica.

3.3. Elaboración de algoritmos clínicos preliminares

Además de la GPC colombiana, se hizo una búsqueda de GPC con el propósito de determinar si otros grupos desarrolladores elaboraron recomendaciones adicionales luego de la fecha de publicación de esta GPC. El proceso de búsqueda, tamización, selección y evaluación de calidad se presenta en el **Anexo 2**. Este proceso permitió identificar las siguientes:

¹ "Las vías clínicas son herramientas utilizadas para orientar la asistencia sanitaria basada en la evidencia. Una vía de práctica clínica es un plan de atención multidisciplinar estructurado con las siguientes características: i) se utiliza para traducir las directrices o la evidencia en estructuras locales; ii) detalla los pasos de un curso de tratamiento o atención en un plan, vía, algoritmo, directriz, protocolo u otro "inventario de acciones"; y iii) pretende estandarizar la atención para un problema clínico, procedimiento o episodio de atención sanitaria específico en una población concreta" (13).

- *Updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring* (14).
- *Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs During Pregnancy and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States* (15).
- *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection* (16).
- *Consolidated Guidelines On HIV Prevention, Testing, Treatment, Service Delivery And Monitoring: Recommendations For A Public Health Approach* (11).

A partir de las recomendaciones de la GPC colombiana complementada con las GPC identificadas en la literatura, las Directrices sobre población migrante y no migrante (7), la Resolución 1579 de 2023 (6) y las recomendaciones del consenso de expertos para la actualización del protocolo para la atención posexposición de riesgo biológico (12), el grupo desarrollador construyó algoritmos por cada una de las dimensiones.

3.4. Elaboración de indicadores

Posteriormente se revisaron los indicadores de la GPC colombiana y se realizó una búsqueda de indicadores en la CAC con el propósito de seleccionar los indicadores que permitan hacer un seguimiento de la aplicación de la presente vía clínica.

3.5. Validación interna de algoritmos

Una vez construidos los algoritmos preliminares - de acuerdo con el Manual metodológico para la elaboración e implementación de rutas integrales de atención en salud, del Ministerio de Salud y Protección Social (17) - se llevaron a cabo mesas de trabajo entre el grupo desarrollador y el Ministerio de Salud y Protección Social con el propósito de validar las intervenciones, las acciones o procesos, el orden a seguir y la información a tener en cuenta durante la aplicación de la vía clínica. Estas fueron las Direcciones que participaron en las mesas de trabajo:

- Dirección de Promoción y Prevención (PyP)
- Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud (DMTS)

En cada una de estas mesas de trabajo se siguieron estos pasos:

1. Revisión previa por parte de los grupos de PyP y de DMTS.
2. Presentación del algoritmo y su información complementaria por parte del Grupo Desarrollador.
3. Recopilación, análisis de ajustes sugeridos (entre el Grupo Desarrollador y los grupos de PyP y de DMTS) y realización de estos (por parte del Grupo Desarrollador).
4. Revisión de los algoritmos ajustados por parte de los grupos de PyP y DMTS.

3.6. Validación externa de algoritmos

Se realizó una convocatoria a usuarios de la vía de práctica clínica para realizar un ejercicio de validación externa de los algoritmos. El proceso para la identificación de actores y la conformación del grupo de validación externa se presenta en el **Anexo 1**.

El objetivo de la validación externa fue dar a conocer la propuesta de algoritmos y recibir retroalimentación en forma de comentarios y observaciones por parte de un grupo de representantes de los que serán los usuarios de la vía clínica.

La metodología seguida para la validación externa fue la siguiente:

1. Conformación del grupo de validación externa (ver **Anexo 1**).
2. Envío de los algoritmos al grupo de participantes por medio de un enlace a través de correo electrónico. Se envió así mismo un formulario para hacer una recolección de comentarios previo a las sesiones de validación externa. En el **Anexo 3** se presentan los comentarios recibidos y el análisis realizado por el grupo desarrollador.
3. Presentación por parte del grupo desarrollador del IETS del objetivo, alcance y metodología para la elaboración de la vía clínica y de la metodología a seguir en el proceso de validación externa.
4. Presentación de los algoritmos (y sus tablas en los casos en que se acompañaron de las mismas) por cada una de las dimensiones de la vía clínica (prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento).
5. Discusión de propuestas de ajuste y realización de dichos ajustes, si el grupo estuvo de acuerdo con los mismos.
6. Aprobación de la versión final de los algoritmos y tablas. En este caso cada uno de los participantes manifestó su acuerdo de viva voz o escribiendo si estaba de acuerdo con la versión final.

 **4. Algoritmos clínicos para uso en población de adolescentes, adultos y gestantes**

4.1. Convenciones

Inicio



Notas



Conector



Base de datos



Intervención



Actividad



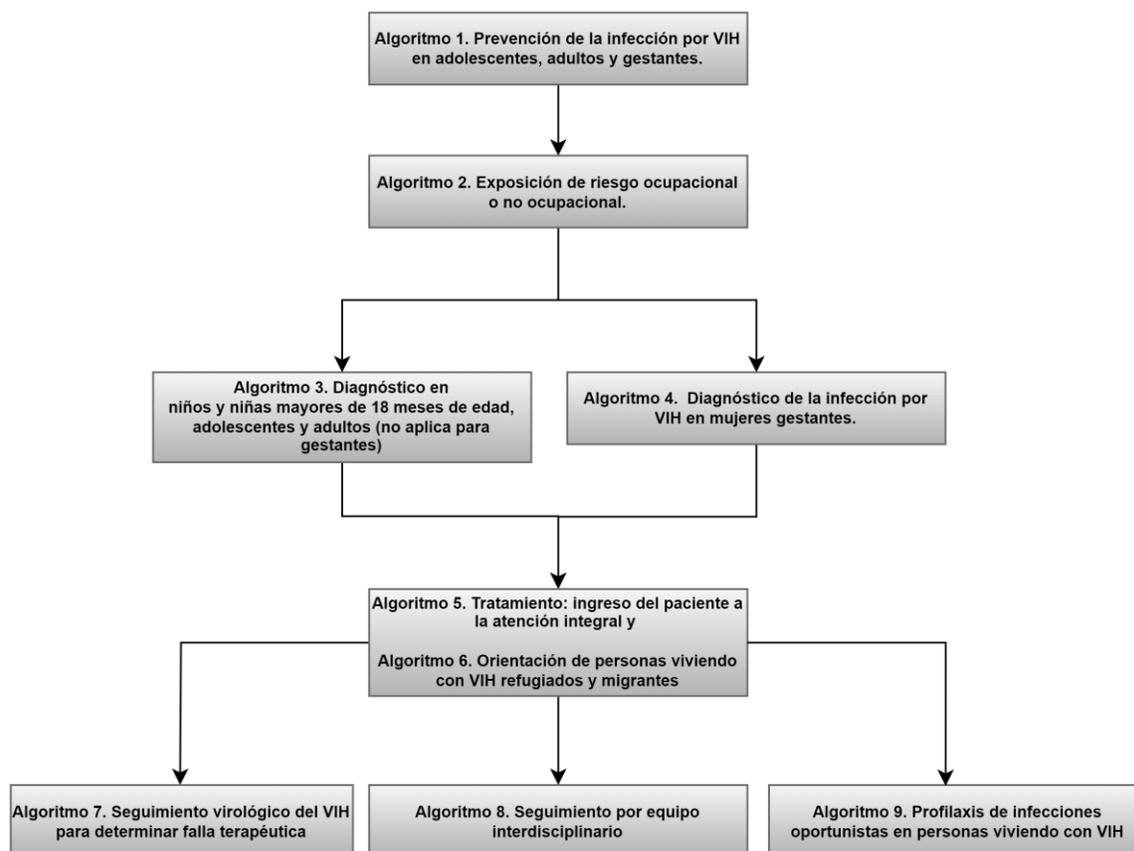
Decisión



Fin del algoritmo



4.2. Algoritmo general



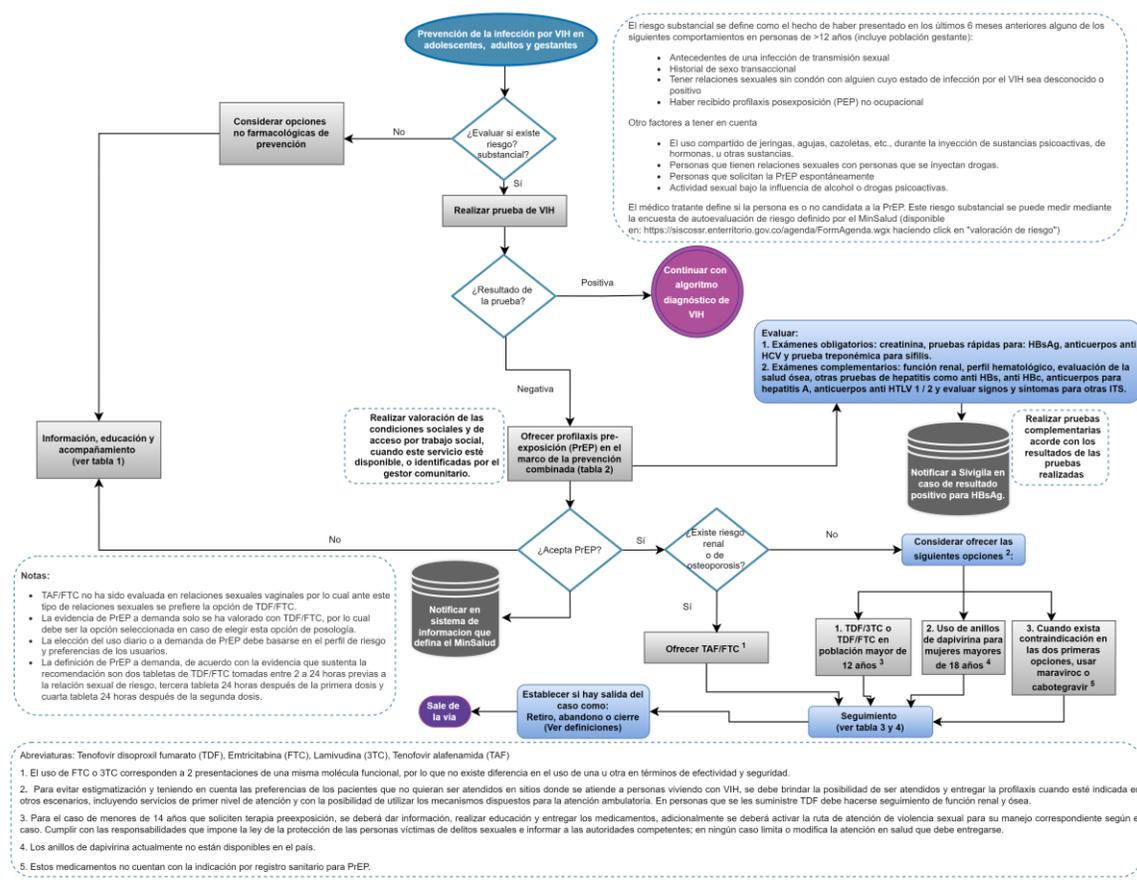
4.3. Algoritmos para dimensión de prevención

El VIH se transmite de una persona a otra a través de la sangre y otros fluidos corporales, como el semen, el líquido preseminal, los fluidos rectales, los fluidos vaginales y la leche materna. La principal ruta de transmisión del VIH es la vía sexual, con diferente riesgo de infectarse de acuerdo con el tipo de relación sexual (18). Existen medidas preventivas de la infección en personas sexualmente activas, con diferente efectividad, entre ellas se cuenta con el uso del condón masculino, el cual puede proteger en un 60% a 95% dependiendo del tipo de relación sexual y siempre y cuando su uso sea correcto y consistente (19); la circuncisión masculina que disminuye el riesgo entre un 50% a 60% en hombres heterosexuales (20,21) sin observarse el mismo efecto en hombres homosexuales (22) y en los últimos años el uso de profilaxis preexposición (PrEP), aporta una disminución del riesgo entre un 55% y 79%, siempre en el marco de la prevención combinada (9).

Por otro lado, una vez se ha dado una exposición de riesgo biológico al VIH y otros agentes causantes de infecciones de transmisión sexual, esto constituye una urgencia médica que debe atenderse inmediatamente. En estudios realizados en animales se ha reportado que el riesgo de contraer la infección por VIH disminuye hasta en un 89% en aquellos que recibieron profilaxis posexposición (PEP) comparado con aquellos que no y que el inicio temprano de la misma se asocia con mayor efectividad (23).

Es así como el uso de PrEP y PEP se configuran como estrategias ampliamente aceptadas para la prevención de nuevas infecciones por VIH e ITS y su uso debe ser priorizado para evitar la aparición de nuevas infecciones. A continuación, se presentan los algoritmos de prevención que comprenden las opciones de PrEP y PEP y con ellos se busca orientar y fortalecer las acciones de la prevención combinada, en particular aquellas de tipo biomédico (numerales 4.3.1 y 4.3.2).

4.3.1. Algoritmo 1. Prevención de la infección por VIH en adolescentes, adultos y gestantes



Definiciones para la salida de casos de PrEP

Retiro: clasificación asignada a aquellos participantes que solicitan la discontinuación o interrupción de la PrEP de manera voluntaria debido a cambios en sus condiciones de riesgo, efectos adversos leves, situaciones de traslado a otra ciudad/país donde el servicio aún no está disponible, u otras razones en la que no existe criterio clínico que indique el retiro por compromiso de la salud del individuo. Bajo esta clasificación la suspensión de la PrEP se hace siguiendo los pasos establecidos en este lineamiento, respecto a pruebas de cierre, continuidad de la PrEP hasta el momento adecuado para la suspensión, y otras recomendaciones (24).

Abandono de programa PrEP: clasificación que se asigna a aquellas personas que discontinuaron o interrumpieron la PrEP sin cumplir las condiciones para el retiro del programa (consulta de cierre, pruebas de salida del programa, y toma de la PrEP hasta el momento adecuado de la suspensión) por razones como: incumplimiento reiterado de citas, pérdida de contacto con el usuario (no responde a llamadas telefónicas para recordación de citas o para agendamiento de las mismas, imposibilidad para relocalizarlo, entre otros), condición súbita de privado de la libertad (en estos casos, si se logra volver a contactar a la persona se puede sugerir reinicio o continuación del programa a través de los servicios de salud del centro penitenciario, si las condiciones de riesgo persisten), entre otros (24).

Cierre: cuando existe una indicación médica para la suspensión definitiva de la PrEP, por ejemplo, efectos adversos severos o seroconversión (24).

Tabla 1. Información y educación

Ítem	Contenido
Información	<ul style="list-style-type: none"> ● Modos de transmisión ● Autorreconocimiento de signos y síntomas ● Lugares para buscar atención ● Informar a contactos en caso de infección
Educación	<ul style="list-style-type: none"> ● Uso de condones y lubricantes ● Reducción de riesgos y daños: <ul style="list-style-type: none"> ○ Poblaciones clave que se inyectan drogas deben tener acceso a equipos de inyección estériles a través de programas de jeringas. ○ Poblaciones clave que dependen de opioides se les debe ofrecer terapia de sustitución de opioides. ○ Intervenciones psicosociales breves que incluyan evaluación, retroalimentación específica y asesoramiento en población con consumo de sustancias psicoactivas. ● Circuncisión médica voluntaria
Prevención	Entrega de: <ul style="list-style-type: none"> ● Condones femeninos ● Condones masculinos ● Lubricantes ● Aplicación de vacunas contra la hepatitis A y B, cuando corresponda

Ítem	Contenido
Consulta clínica	<ul style="list-style-type: none"> ● Garantizar espacio privado y consentimiento del cliente ● Tomar antecedentes sexuales ● Realizar examen físico para detectar manifestaciones de ITS en: Ganglios linfáticos, dentro de la boca, áreas genitales y anales, piel (incluye palmas y plantas). ● Examen con espéculo y anoscopia, si es posible.
Pruebas	<ul style="list-style-type: none"> ● Prueba treponémica rápida para sífilis y otras ITS. ● Prueba de antígeno de superficie para hepatitis B. ● Prueba de anticuerpos para hepatitis C.
Tratamiento y seguimiento de otras ITS	<ul style="list-style-type: none"> ● Tratar etiológicamente las ITS más frecuentes o, si no es posible, utilizar un enfoque sintomático. ● Hacer un seguimiento de los síntomas persistentes. ● Evaluar el fracaso del tratamiento (adherencia, reinfección, resistencia a los antimicrobianos, otras ITS).

Fuente: tomado y ajustado de OMS 2021, 2022 (11,25)

Tabla 2. Prevención combinada

Ítem	Contenido
Intervenciones con métodos clínicos y médicos (Biomédicas)	<ul style="list-style-type: none"> ● Preservativos y lubricantes ● Prueba del VIH ● Antirretrovirales para todos los afectados por el VIH ● Prevención de la Transmisión Materno Infantil (PTMI) ● PrEP y PEP ● Circuncisión masculina voluntaria ● Programas de agujas y jeringas
Intervenciones que promueven un ambiente propicio (estructurales)	<ul style="list-style-type: none"> ● Descriminalización de la transmisión y de los grupos de población clave ● Abordaje de género y contra la violencia de género ● Leyes para proteger los derechos ● Intervenciones en la reducción del estigma y la discriminación
Intervenciones que promueven un comportamiento saludable (comportamental)	<ul style="list-style-type: none"> ● Información y educación sobre reducción de riesgo ● Educación sexual integral ● Programas de educación entre pares ● Campañas de marketing social (p. ej., uso del preservativo)

Fuente: tomado y ajustado de OMS 2021, 2022 (11,25)

Tabla 3. Clasificación de cumplimiento en el uso de la PrEP

Tipo de PrEP		Descripción
PrEP oral diaria	Cumplimiento última semana	Hay cumplimiento cuando en los últimos siete días se han tomado una dosis diaria por lo menos cuatro o más días de la semana. De lo contrario se clasificará como incumplimiento
	Cumplimiento mensual	Hay cumplimiento cuando en el último mes se han tomado todas las dosis diarias, o se han olvidado tomar cinco o menos de las dosis diarias. De lo contrario se clasificará como incumplimiento
PrEP a demanda (PrEP-AD)		<p>La medición de la PrEP-AD no es precisa dado que depende de los eventos de riesgo que tenga la persona, los cuales son fluctuantes en el tiempo.</p> <p>Sin embargo, se podría evaluar indagando a la persona el número de tabletas tomadas la última vez que utilizó la PrEP-AD. Por tanto, se podría considerar que hay cumplimiento cuando se han tomado cuatro tabletas en la última exposición (o más tabletas, en el caso de riesgo continuo durante varios días)</p>
Anillos vaginales		<p>El cumplimiento a la formulación de los anillos vaginales hace referencia a su uso consistente durante los 28 días estipulados.</p> <p>No hay criterio definido para establecer cuántos días/horas de remoción o no uso del anillo vaginal son necesarios para afectar su eficacia. Sin embargo, es clara la asociación entre la disminución de la eficacia de la PrEP con el uso inconsistente del anillo vaginal, tal como se ha evidenciado dicha asociación con el bajo cumplimiento a la PrEP oral.</p> <p>Por tanto, se podría considerar que hay cumplimiento cuando se reporte haber usado, de manera consistente, el anillo durante los 28 días programados.</p>
PrEP inyectable		<p>La eficacia de la PrEP inyectable depende de que las inyecciones de cabotegravir se administren a tiempo.</p> <p>En los ensayos clínicos aleatorizados de PrEP inyectable se produjeron algunos casos de adquisición del VIH cuando las inyecciones se retrasaron, después de la interrupción del cabotegravir y, en pocos casos, a pesar de que las inyecciones se administraran a tiempo.</p> <p>Por tanto, se podría considerar que hay cumplimiento cuando la aplicación de la última inyección se ha realizado en el tiempo programado o un día después.</p>

Fuente: Tomado de MinSalud 2023 (24)

Tabla 4. Atenciones y paraclínicos de seguimiento de personas que usan PrEP

<p>Primera cita de seguimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Evaluación del cumplimiento de la PrEP ● Evaluación eventos adversos ● Vacunación contra el virus de la hepatitis B (si aplica) ● Evaluación de síntomas de clamidia y gonorrea ● Prueba rápida de VIH ● Prueba HTLV 1/2 ● Revisar resultado de prueba de creatinina sérica realizado al ingreso (en caso de PrEP oral) ● Revisar resultado de pruebas de función hepática (en caso de PrEP inyectable)
<p>Citas de seguimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Evaluación del cumplimiento de la PrEP ● Evaluación eventos adversos ● Vacunación contra virus de la hepatitis B (si aplica) ● Evaluación de síntomas de clamidia y gonorrea ● Prueba rápida de VIH ● Prueba rápida de sífilis (se repite cada 3 meses) ● Prueba rápida de hepatitis B y C (se repite cada 12 meses) ● Prueba de creatinina sérica (se repite cada 6 meses en caso de PrEP oral) ● Pruebas de función hepática (ALT y AST) (en caso de PrEP inyectable y a criterio del médico)
<p>Cita de cierre</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Evaluación eventos adversos ● Vacunación contra el virus de la hepatitis B (si aplica) ● Prueba rápida de VIH ● Prueba rápida de sífilis ● Prueba rápida de hepatitis B y C ● Prueba de creatinina sérica (en caso de PrEP oral) ● Pruebas de función hepática (ALT y AST) (en caso de PrEP inyectable)

Fuente: Tomado de MinSalud 2023 (24)

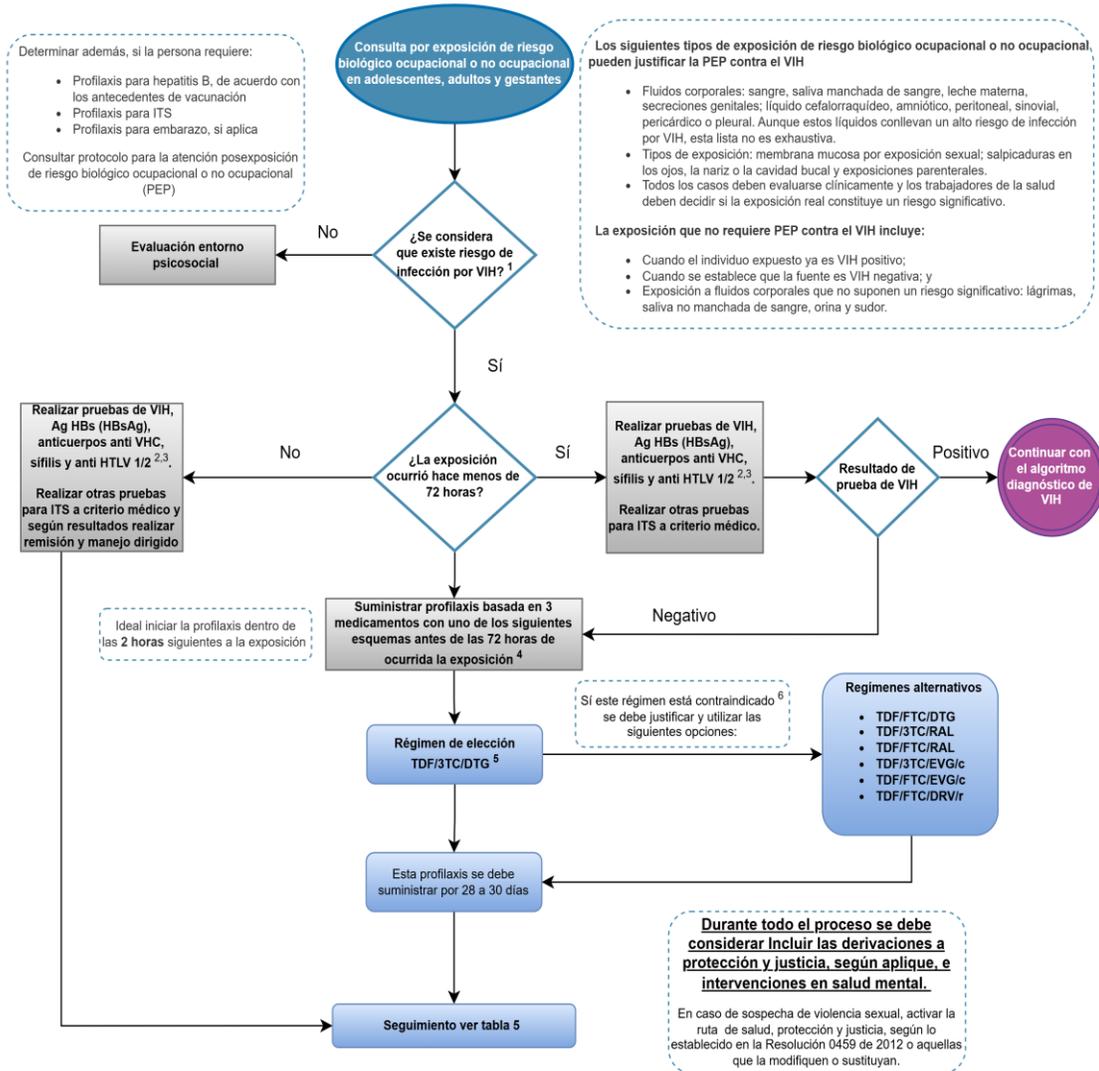
4.3.2. Algoritmo 2. Exposición de riesgo ocupacional o no ocupacional

Las personas que requieren profilaxis posexposición en Colombia debido a exposiciones de riesgo, presentan múltiples retos para el inicio oportuno de la profilaxis para VIH. En Colombia en el año 2022 se reportaron aproximadamente 12.178 casos de acceso carnal, explotación sexual y trata de personas, de los cuales 8.004 ingresaron a los servicios de salud en las primeras 72 horas de sucedido el evento, de estos solo el 58,3% recibió la profilaxis para VIH (8).

El tratamiento profiláctico debe iniciarse tan pronto como sea posible y nunca más allá de las 72 horas contadas a partir del momento de la exposición. Si las personas no inician la profilaxis antirretroviral en el tiempo estipulado, se incrementa el riesgo de la infección por VIH, con consecuencias personales, familiares y sociales para la persona afectada y la necesidad del tratamiento ARV de por vida.

Por lo anterior, y dado que la guía consolidada de prevención, pruebas, tratamiento, seguimiento del VIH de la OMS (11) recomienda como régimen de primera línea el esquema basado en dolutegravir, por lo cual, el Ministerio de Salud y Protección Social incluyó a las personas que requieren profilaxis posexposición en la Resolución 1579 de 2023 (6), seleccionando el esquema TDF/3TC/DTG como primera elección, basados en juicios del EtD (*Evidence to Decisión*) como factibilidad de uso en el país.

El maraviroc no se recomienda para profilaxis posexposición (PEP) en esta Vía debido a su mecanismo de acción y limitaciones clínicas. Su efectividad depende de la presencia del tropismo CCR5, pero el VIH puede usar CXCR4 u otros correceptores para infectar células, lo que lo hace ineficaz en cepas X4 o duales. Esto último implica que se requeriría de pruebas de tropismo que retrasarían el inicio temprano del tratamiento, aumentando los riesgos en un escenario como el colombiano. Por ello, esta vía clínica al igual que otras recomendaciones recientes en cuanto al uso de PEP, prioriza el uso de antirretrovirales con mayor facilidad para su implementación (9,14,26–28).



Abreviaturas: Tenofovir disoproxil fumarato (TDF), Emtricitabina (FTC), Lamivudina (3TC), Darunavir (DRV), Ritonavir (r), Raltegravir (RAL), Dolutegravir (DTG), Elvitegravir (EVG), Cobicistat (c)

1. Si se sospecha violencia sexual se debe activar código fucsia.

2. En personas con exposiciones de riesgo, que se les identifique riesgo substancial, considerar la oferta de PrEP una vez finalizada la PEP.

3. De acuerdo con los resultados de las pruebas de hepatitis, sífilis y HTLV 1/2, se deberán realizar otras pruebas complementarias.

4. Si la fuente de exposición es conocida, vive con VIH y se conoce resistencia a antirretrovirales, elegir el esquema de profilaxis de manera individualizada y ser dirigida por un médico experto en VIH o un especialista en enfermedades infecciosas, también se debe verificar si la fuente tiene otras ITS. Paralelo al tratamiento realizar intervenciones educativas y de asesoría en derechos sexuales y reproductivos, prevención del embarazo en la infancia y adolescencia, anticoncepción, prevención de uniones tempranas o matrimonio infantil y atención de las violencias de género y sexuales, prevención y atención de otras infecciones de transmisión sexual, y prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas para disminuir el riesgo de futuras exposiciones, tanto ocupacionales como no ocupacionales.

5. Si bien el uso de 3TC o FTC combinado con TDF y DTG no presenta diferencias en términos de efectividad y seguridad, se prefiere el esquema basado en TDF/3TC/DTG como primera elección basado en los juicios del EtD (evidence to decision) como factibilidad de uso en el país.

6. Ver tabla 13

Tabla 5. Exámenes de inicio y seguimiento de PEP

Tipo de análisis	Antes de iniciar la profilaxis (Basal)	Según síntomas	2 semanas	4 -6 semanas	12 semanas (3 meses)	24 semanas (6 meses)
Prueba de VIH de antígenos y anticuerpos rápida o ELISA convencional (pruebas de 4ª generación)	Sí			Sí	Sí	
Analítica general: Cuadro hemático*, función renal**	Sí	Sí	Sí	Sí		
Carga viral para VIH		Ante síntomas relacionados con Síndrome retroviral agudo				
Pruebas para hepatitis B (HBsAg, anti HBs, anti-HBc)	Sí					Sí
Prueba para VHC	Sí				Sí	Sí
Carga viral para VHC		Sí, ante síntomas de hepatitis viral aguda, o en casos de antecedente de hepatitis C tratada y resuelta.				
Diagnóstico de ITS (sindrómico o etiológico)	Sí				Sí. Para sífilis utilice prueba rápida treponémica.	
Anticuerpos totales anti-HTLV ½	Sí				Sí	
Prueba de embarazo	Sí			Sí		

* Cuando el esquema usado para PEP incluya Zidovudina/Lamivudina.

** En los casos en que el esquema usado para PEP incluya Tenofovir Disoproxil Fumarato.

Si en el seguimiento se utiliza una prueba de antígeno/anticuerpos de cuarta generación para el VIH (que detecta antígeno p24), el seguimiento para el VIH se puede concluir cuatro meses después de la exposición. Si no se dispone de ensayos de cuarta generación, el seguimiento para VIH concluye normalmente seis meses después de una exposición. (Recomendación fuerte a favor, calidad de evidencia alta).

Fuente: tomado de MinSalud 2024

4.4. Algoritmos para dimensión de diagnóstico

Las pruebas de VIH se pueden ofrecer desde diferentes servicios y entornos, tal como el comunitario, con énfasis a las poblaciones vulnerables que estipula la Resolución 3280 de 2018 emitida por el Minsalud. El objetivo de la oferta activa de la prueba es el fortalecimiento



del diagnóstico temprano de la infección y el inicio oportuno del tratamiento antirretroviral para la reducción de infecciones oportunistas y mortalidad por VIH/SIDA.

Desde la ruta de promoción y mantenimiento de la salud se establece que toda persona, que tenga relaciones sexuales sin protección, debe recibir información en ITS/VIH (antes denominada asesoría pre y post prueba de VIH).

Los algoritmos de diagnóstico de esta vía, precisa de forma detallada los pasos a seguir para realizar un diagnóstico confirmado de infección por VIH. Se presenta de manera diferencial para población mayor de 18 meses de edad y mujeres gestantes (numerales 4.4.1 y 4.4.2).

4.4.1. Algoritmo 3. Diagnóstico en niñas y niños mayores de 18 meses de edad, adolescentes y adultos (no aplica para gestantes)

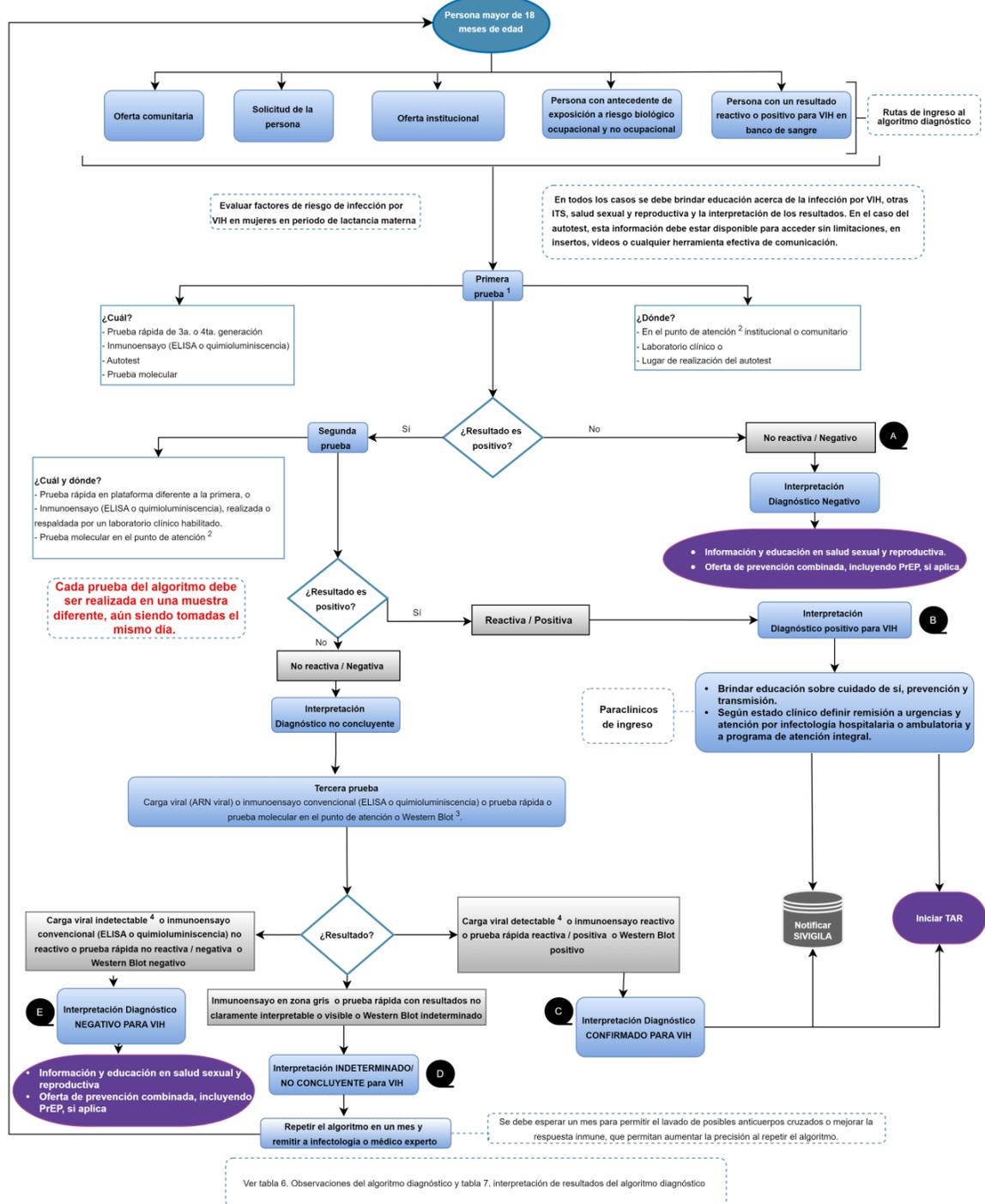


Tabla 6. Observaciones del algoritmo para diagnóstico en niñas y niños mayores de 18 meses de edad, adolescentes y adultos (no incluye gestantes)

Observaciones
<p>1. La primera prueba corresponde a la prueba presuntiva o de tamización. La selección del tipo de prueba dependerá de las pruebas disponibles en el lugar de atención. Para la primera, segunda y tercera prueba (en caso de resultados indeterminados), las pruebas rápidas de tercera y cuarta generación pueden ser empleadas, y su uso dependerá de la disponibilidad que haya; sin embargo se sugiere que para la primera prueba (prueba de tamización) se prioricen las pruebas de cuarta generación, lo anterior teniendo en cuenta que las de tercera generación tienen menor sensibilidad y la ventana de detección es mayor por lo cual existe un riesgo incrementado de falsos negativos. La primera prueba debe tener una sensibilidad superior al 99.5% y la segunda prueba una especificidad mayor al 99%. Además, la segunda prueba debe ser de una plataforma o técnica diferente a la de la primera prueba. Cada paso del algoritmo debe ser realizado a partir de una muestra diferente, esto es, de una toma en tiempo diferente, aun siendo el mismo día.</p>
<p>2. Prueba molecular en el punto de atención es aquella prueba de detección de ARN y/o ADN que se realiza en el punto de cuidado y cuyos resultados están disponibles en el mismo día de la consulta, generalmente sus resultados son cualitativos. La ventaja respecto a las pruebas cuantitativas está relacionada con la factibilidad en su implementación por no necesitar de una infraestructura o personal especializado y por lo tanto la disminución en el uso de recursos.</p> <p>Las pruebas rápidas o el inmunoensayo deben ser las opciones de primera prueba en el proceso diagnóstico; la prueba molecular en el sitio de atención se puede usar como una alternativa de primera prueba.</p>
<p>3. La tercera prueba para usar debe ser inmunoenzimática en una plataforma diferente a las anteriores. El uso de prueba molecular en el sitio de atención podría ser una alternativa siempre y cuando detecte ADN viral (integrado en genoma celular). El Western Blot, si está disponible y se cuenta con personal con experiencia en su realización e interpretación, es de utilidad y se puede emplear para confirmar el diagnóstico cuando no hay otras opciones disponibles.</p>
<p>4. Se considerará positiva cualquier prueba cuyo resultado esté por encima del límite de detectabilidad del método utilizado. En caso de pruebas con resultados discordantes, remitir el caso al especialista y reiniciar el algoritmo es la guía para continuar el proceso diagnóstico.</p>

Fuente: tomado de observaciones del algoritmo diagnóstico de la GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes. MinSalud 2021 (10).

Tabla 7. Interpretación de resultados del algoritmo para diagnóstico en niñas y niños mayores de 18 meses, adolescentes y adultos (no incluye gestantes)

Escenario	Primera prueba ¹	Segunda prueba ²	Tercera prueba ³	Resultado final para VIH	Intervención
A	Resultado no reactivo	-	-	Negativo	Brindar información (según algoritmo diagnóstico)
B	Resultado reactivo	Resultado reactivo	-	Positivo	Brindar información (según algoritmo diagnóstico). Remitir a atención integral en VIH. Notificar al Sivigila.
C	Resultado reactivo	Resultado no reactivo	Positiva	Positivo	Brindar información (según algoritmo diagnóstico). Remitir a atención integral en VIH. Notificar al Sivigila.
D	Resultado reactivo	Resultado no reactivo	Indeterminado / No concluyente	Indeterminado	Repetir algoritmo en un mes y remitir a infectología o médico experto.
E	Resultado reactivo	Resultado no reactivo	Negativa	Negativo	Brindar información (según algoritmo diagnóstico).

¹Primera prueba: prueba rápida de tercera o de cuarta generación o inmunoensayo (ELISA o quimioluminiscencia) o prueba molecular en el punto de atención. Las pruebas pueden ser realizadas en laboratorio clínico, en ambientes extramurales o comunitarios o por autotest.

²Segunda prueba: prueba rápida diferente a la prueba presuntiva o inmunoensayo (ELISA o quimioluminiscencia) realizada o respaldada por un laboratorio clínico habilitado, en ambientes extramurales o comunitarios o prueba molecular en el punto de atención.

³Tercera prueba: carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo) o inmunoensayo convencional (ELISA o quimioluminiscencia) o prueba rápida o prueba molecular en el punto de atención o Western Blot.

Fuente: tomado de Tabla 6.13 de la GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes. MinSalud 2021(10).

4.4.2. Algoritmo 4. Diagnóstico de la infección por VIH en mujeres gestantes.

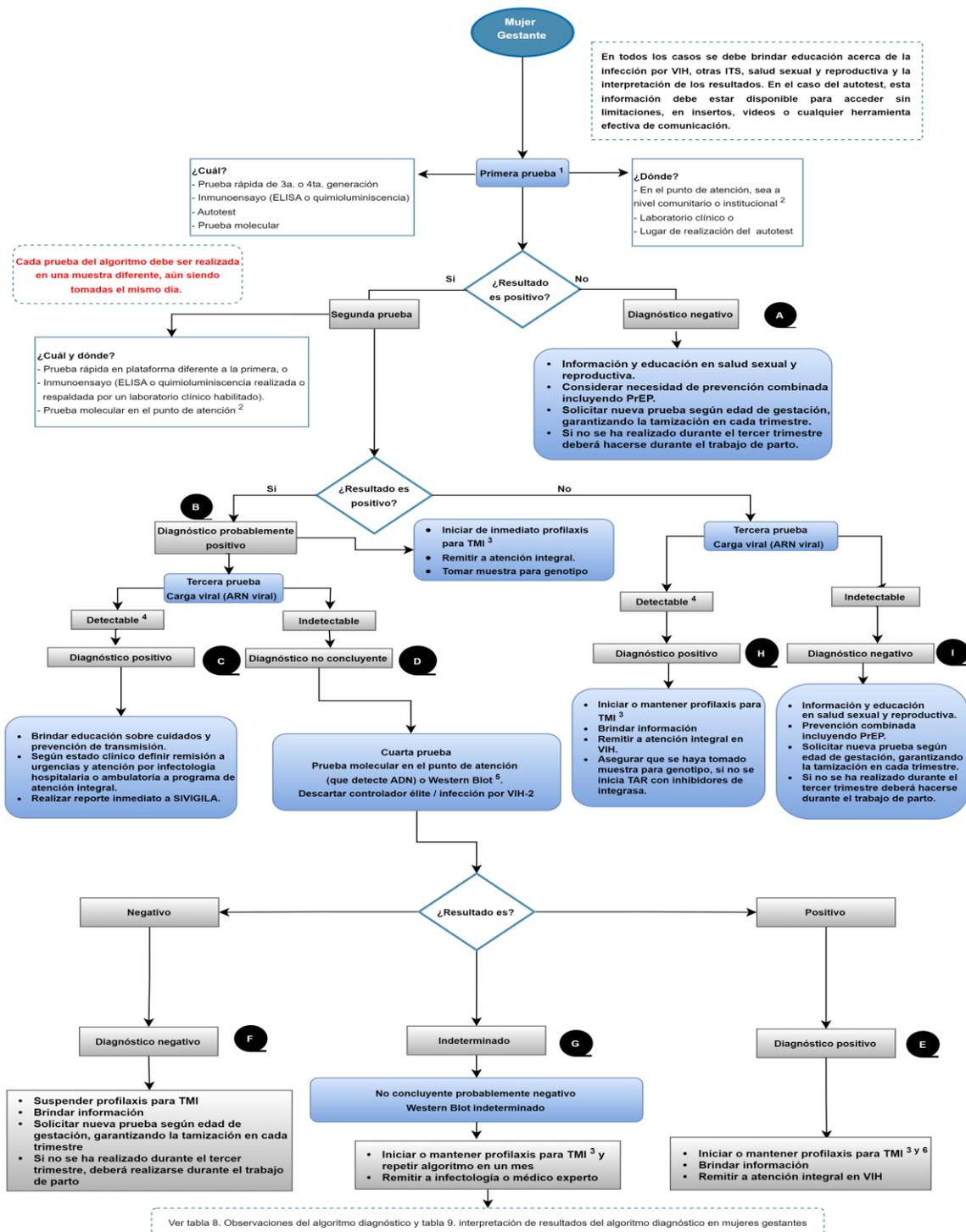


Tabla 8. Observaciones del algoritmo diagnóstico en gestantes

Observaciones
<p>1. La primera prueba es la prueba presuntiva o de tamización. Su selección dependerá de la disponibilidad de pruebas de tercera o cuarta generación, sin embargo, se propone que estas pruebas rápidas sean de cuarta generación en la medida de lo posible, lo anterior teniendo en cuenta que las pruebas de tercera generación tienen menor sensibilidad y la ventana de detección es menor por lo cual existe un riesgo incrementado de falsos negativos. Adicionalmente, es importante que la primera prueba tenga una sensibilidad superior al 99.5% y la segunda prueba una especificidad mayor al 99%. Además, la segunda prueba debe ser realizada en una plataforma diferente a la de la primera prueba. Cada prueba del algoritmo debe ser realizada en una muestra diferente, aun siendo tomadas el mismo día. No debe realizarse prueba confirmatoria sobre la misma muestra tomada para la prueba de tamización.</p>
<p>2. Prueba molecular en el punto de atención es aquella prueba de detección de ARN o ADN que se realiza en el punto de cuidado y cuyos resultados están disponibles en el mismo día de la consulta y generalmente sus resultados son cualitativos. La ventaja respecto a las pruebas cuantitativas está relacionada con la factibilidad en su implementación por no necesitar de una infraestructura o personal especializados y por lo tanto la disminución en el uso de recursos. Las pruebas rápidas o el inmunoensayo deben ser las opciones de primera prueba en el proceso diagnóstico; la prueba molecular en el sitio de atención se puede usar como una alternativa de primera prueba.</p>
<p>3. No debe retrasarse el inicio de la profilaxis para la prevención de la TMI del VIH. Se debe suministrar profilaxis antirretroviral en anteparto e intraparto (Bolo de zidovudina); educación sobre reemplazo de la lactancia materna, tratamiento para inhibición de la lactancia materna, suplementación de fórmula láctea, información, educación y anticoncepción posterior al evento obstétrico y antes del alta hospitalaria (ver capítulo de lactancia, GPC-VIH niñas, niños y adolescentes). En ningún momento se debe retardar el inicio de la TAR en la gestante por no disponibilidad de la toma de genotipo (ver recomendación 24 y 25 de seguimiento). Nota: No hacer genotipo si se inicia terapia antirretroviral con inhibidores de integrasa. Se debe dar información sobre el carácter preventivo de la intervención con medicamentos y la necesidad de completar el algoritmo diagnóstico.</p>
<p>4. Se considerará positiva cualquier prueba cuyo resultado esté por encima del límite de detectabilidad de la técnica utilizada. En caso de pruebas con resultados discordantes, el algoritmo es la guía para continuar el diagnóstico</p>
<p>5. La prueba para usar debe ser inmunoenzimática diferente a las anteriores. El uso de prueba molecular en el sitio de atención podría ser una alternativa siempre y cuando detecte ADN viral (integrado en genoma celular), ya que no hubo detección de ARN viral. El Western Blot, si está disponible y se cuenta con personal con experiencia en su realización e interpretación, es de utilidad y se puede emplear para confirmar el diagnóstico cuando no hay otras opciones disponibles.</p>
<p>6. Profilaxis antirretroviral en anteparto e intraparto (Bolo de zidovudina). Educación sobre reemplazo de la lactancia materna, suministro de tratamiento para inhibición de la lactancia materna, suplementación de fórmula láctea, asesoría para anticoncepción posterior al evento obstétrico y antes del alta hospitalaria. (Ver capítulo de lactancia en la GPC).</p>

Fuente: tomado de observaciones del algoritmo diagnóstico, GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. MinSalud 2021 (9)

Tabla 9. Interpretación de resultados del algoritmo diagnóstico en mujeres gestantes

Escenario	Primera prueba ¹	Segunda prueba ²	Carga viral ³	Cuarta prueba ⁴	Resultado final para VIH	Intervención
A	Negativa	-	-	-	Negativo	Brindar información (según lo especificado en el algoritmo), considerar la necesidad de prevención combinada incluyendo PrEP, solicitar nueva prueba según la edad de gestación, garantizando la tamización en cada trimestre. Si no se ha realizado durante el tercer trimestre, deberá realizarse durante el trabajo de parto.
B	Positiva	Positiva	-	-	Probablemente Positivo	Tomar muestra inmediatamente para carga viral y genotipo. Remitir a atención integral de VIH. Iniciar profilaxis para TMI de inmediato. En ningún momento se debe retardar el inicio de la TAR en la gestante. Explicar a la paciente los riesgos y beneficios. Informar y educar sobre la baja probabilidad de falsos positivos, pero necesidad de completar el algoritmo diagnóstico.
C	Positiva	Positiva	Detectable	-	Positivo	Notificar el caso al Sivigila. Iniciar o mantener profilaxis para TMI. Mantener en atención integral para VIH.
D	Positiva	Positiva	Indetectable	-	No concluyente	Solicitar cuarta prueba. Iniciar o mantener profilaxis para TMI. Mantener en atención integral para VIH.
E	Positiva	Positiva	Indetectable	Positivo	Positivo	Iniciar o mantener protocolo de profilaxis para TMI. Notificar el caso al Sivigila. Mantener en atención integral para VIH. Hay que asegurar que se haya tomado muestra para genotipo.
F	Positiva	Positiva	Indetectable	Negativo	Negativo	Suspender profilaxis para TMI. Brindar información, solicitar nueva prueba según la edad de gestación, garantizando la tamización en cada trimestre. Si no se ha realizado durante el tercer trimestre, deberá realizarse durante el trabajo de parto.

Escenario	Primera prueba ¹	Segunda prueba ²	Carga viral ³	Cuarta prueba ⁴	Resultado final para VIH	Intervención
G	Positiva	Positiva	Indetectable	Indeterminado	No concluyente, probablemente negativo	Repetir el algoritmo al mes. Remitir a especialista para evaluación. Iniciar o mantener profilaxis para TMI hasta evaluación por infectología o médico experto.
H	Positiva	Negativa	Detectable	-	Positivo	Iniciar o mantener profilaxis para TMI. Notificar el caso al Sivigila. Mantener en atención integral para VIH. Hay que asegurar que se haya tomado muestra para genotipo.
I	Positiva	Negativa	Indetectable		Negativo	Brindar información. Solicitar nueva prueba según la edad de gestación, garantizando la tamización en cada trimestre. Si no se ha realizado durante el tercer trimestre, deberá realizarse durante el trabajo de parto

Abreviaturas: TMI: transmisión materno-infantil.

¹Primera prueba: prueba rápida de tercera o de cuarta generación o inmunoensayo (ELISA o quimioluminiscencia) o prueba molecular en el punto de atención. Las pruebas pueden ser realizadas en laboratorio clínico, en ambientes extramurales o comunitarios o por autotest.

²Segunda prueba: prueba rápida diferente a la prueba presuntiva o inmunoensayo (ELISA o quimioluminiscencia) realizada o respaldada por un laboratorio clínico habilitado, en ambientes extramurales o comunitarios o prueba molecular en el punto de atención.

³Tercera prueba: carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo).

⁴Cuarta prueba: prueba molecular en el punto de atención (que detecte ADN) o Western Blot.

Fuente: tomado de: Tabla 6.6 de la GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. MinSalud 2021 (9).

4.5. Algoritmos para dimensión de tratamiento de adultos

Una vez establecido el diagnóstico de infección por VIH, el tratamiento se debe iniciar lo más rápido posible y la persona debe ingresar a una atención integral. Es así como se presentan las opciones dependiendo si son personas sin experiencia previa en el TAR, escenarios clínicos específicos o comorbilidades, si es población gestante sin experiencia previa de TAR o si se requiere cambio del esquema debido a eventos adversos o toxicidad. Adicionalmente, se establece el algoritmo para el tratamiento en población de refugiados y migrantes (numerales 4.5.1 y 4.5.2).

4.5.1. Algoritmo 5. Tratamiento: ingreso del paciente a la atención integral

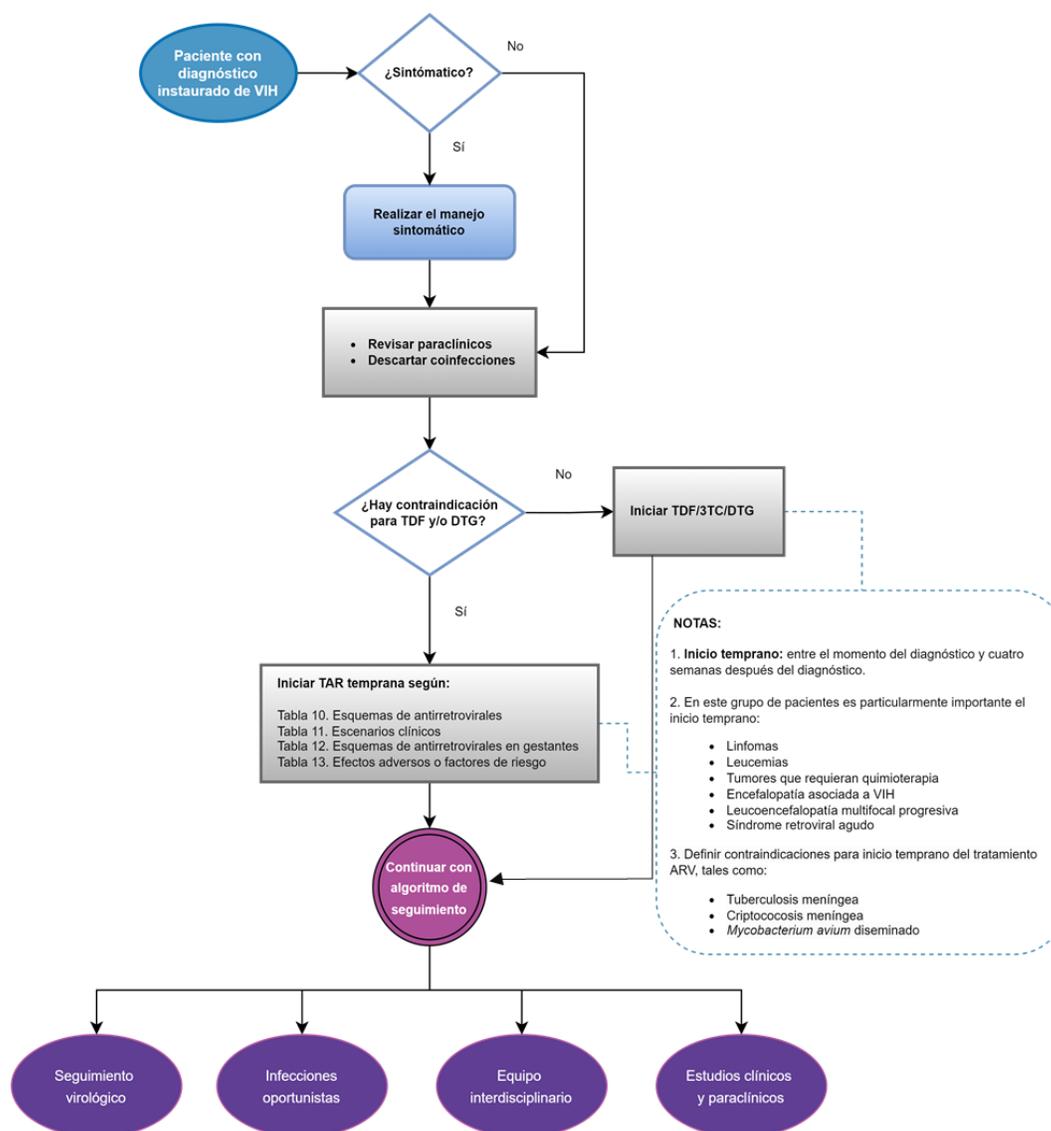


Tabla 10. Regímenes de antirretrovirales en adultos con diagnóstico de infección por VIH, sin experiencia previa con antirretrovirales

Régimen preferido: Dolutegravir (DTG) / tenofovir disoproxil fumarato (TDF) / lamivudina (3TC)	
<i>En los casos en que el régimen anterior esté contraindicado se podrán utilizar las siguientes opciones:</i>	
Otros regímenes preferidos	Regímenes alternativos
<ul style="list-style-type: none"> ● Dolutegravir (DTG) + tenofovir alafenamida (TAF) / emtricitabina (FTC) ● Dolutegravir (DTG) + tenofovir disoproxil fumarato (TDF)* / emtricitabina (FTC) ● Dolutegravir (DTG) / abacavir (ABC) / lamivudina (3TC) ● Dolutegravir (DTG) / lamivudina (3TC) ● Bictegravir (BIC) / tenofovir alafenamida (TAF) / emtricitabina (FTC) ** 	<ul style="list-style-type: none"> ● Raltegravir (RAL) + abacavir (ABC) / lamivudina (3TC) ● Raltegravir (RAL) + tenofovir disoproxil fumarato (TDF) / emtricitabina (FTC) ● Raltegravir (RAL) + tenofovir alafenamida (TAF) / emtricitabina (FTC) ● Elvitegravir / cobicistat (EVG/c) / tenofovir alafenamida (TAF) / emtricitabina (FTC) ● Doravirina (DOR) / lamivudina (3TC) / tenofovir disoproxil fumarato (TDF) ***
<p>Lamivudina(3TC) / dolutegravir (DTG): Contraindicado en combinación con dofetilida o pilsicainida, no se debe administrar durante el tiempo de la concepción y del embarazo temprano ya que puede ocurrir toxicidad embriofetal, acidosis láctica y la hepatomegalia severa con esteatosis, no debe coadministrarse con antiácidos que contienen cationes polivalentes (ejemplo Ca+2)</p> <p>** El registro sanitario vigente INVIMA 2021M-0020165, tiene la siguiente nota: “Se han notificado de forma rara trastornos neurológicos de aparición tardía (hipertonía, convulsión, comportamiento anormal). Actualmente no se sabe si estos trastornos neurológicos son transitorios o permanentes. Estos hallazgos se deben considerar en cualquier niño expuesto <i>in utero</i> a análogos de nucleós(t)idos que presenten hallazgos clínicos graves de etiología desconocida, especialmente hallazgos neurológicos. Estos hallazgos no afectan a las recomendaciones nacionales actuales para utilizar tratamiento antirretroviral en mujeres embarazadas para prevenir la transmisión vertical del VIH”.</p> <p>***Los dos registros sanitarios vigentes Colombia (INVIMA 2021M-0020038 e INVIMA 2021M-0020037) hacen la siguiente observación: “No se ha evaluado el uso de doravirina en mujeres durante el embarazo.”</p>	

Fuente: tomado de Tabla de esquemas incluidos en recomendación 12 de la GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. MinSalud 2021 (9) y OMS 2021 (11).

Tabla 11. Opciones de preferencia manejo individualizado para inicio de terapia antirretroviral según escenarios clínicos específicos o comorbilidades específicas.

<p>Régimen preferido: Dolutegravir (DTG) / tenofovir disoproxil fumarato (TDF) / lamivudina (3TC) <i>En los casos en que el régimen anterior esté contraindicado se podrán utilizar, previa justificación, las opciones alternativas* que aparecen en la GPC VIH (ver GPC-VIH: https://shorturl.at/Y39Gw)</i></p>		
Comorbilidad o factores de riesgo	Regímenes no recomendados	Comentarios
Riesgo cardiovascular elevado (Framingham >10%, ACC/AHA > 7.5%)	Darunavir/ritonavir (DRV/r), regímenes con abacavir (ABC), incluyendo dolutegravir/abacavir/lamivudina (DTG/ABC/3TC)	No se contraindica el uso de regímenes con elvitegravir / cobicistat (EVG/c) si no se documentan interacciones medicamentosas con el cobicistat.
Dislipidemias (colesterol LDL o triglicéridos elevados)	Efavirenz (EFV), inhibidor de proteasa/ritonavir (IP/r) (especialmente lopinavir/ritonavir (LPV/r)	No se contraindica el uso de regímenes con elvitegravir / cobicistat (EVG/c) monitorizando periódicamente los lípidos.
Diabetes mellitus	Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	Un aumento importante de peso asociado a un inhibidor de integrasa con o sin tenofovir alafenamida (TAF) puede asociarse a diabetes o prediabetes. En pacientes con dolutegravir (DTG) y metformina debe considerarse reducción de dosis de metformina a 1000 mg máximo al día (FDA).
Osteopenia, osteoporosis	Tenofovir disoproxil fumarato (TDF) +/- inhibidor de proteasa/ritonavir (IP/r) ¹	La combinación de tenofovir disoproxil fumarato (TDF) + inhibidor de proteasa/ritonavir (IP/r) aumenta el riesgo de osteoporosis. Ver guía colombiana de osteoporosis.
Insuficiencia renal, tubulopatía, síndrome de Fanconi	tenofovir disoproxil fumarato (TDF) +/- inhibidor de proteasa/ritonavir (IP/r)	La combinación de tenofovir disoproxil fumarato (TDF) + inhibidor de proteasa/ritonavir (IP/r) aumenta el riesgo de compromiso renal. El uso de dolutegravir (DTG) se asocia con frecuencia con incremento en los niveles de creatinina hasta en un 15% sin compromiso real de la función renal.

Régimen preferido:

Dolutegravir (DTG) / tenofovir disoproxil fumarato (TDF) / lamivudina (3TC)

En los casos en que el régimen anterior esté contraindicado se podrán utilizar, previa justificación, las opciones alternativas que aparecen en la GPC VIH (ver GPC-VIH: <https://shorturl.at/Y39Gw>)*

Comorbilidad o factores de riesgo	Regímenes no recomendados	Comentarios
Enfermedades del hígado	Efavirenz (EFV), nevirapina (NVP), inhibidor de proteasa/ritonavir (IP/r)	
Alteraciones neurocognitivas o neuropsiquiátricas	Efavirenz (EFV)	
Coinfección con hepatitis B	Lamivudina (3TC) como único análogo	
Coinfección con hepatitis C	Tenofovir disoproxil fumarato (TDF) con el uso de sofosbuvir	Sofosbuvir incrementa niveles de tenofovir disoproxil fumarato (TDF) 30-80%
Tuberculosis activa (en tratamiento con rifampicina)	Doravirina (DOR), bictegravir (BIC), inhibidor de proteasa (IP) con o sin ritonavir, coformulaciones con cobicistat.	Dolutegravir (DTG) y raltegravir (RAL) requieren doble dosis.
Tuberculosis latente en tratamiento con rifapentina	Doravirina (DOR), bictegravir (BIC), inhibidores de proteasa (IP) con o sin ritonavir, coformulaciones con cobicistat.	No se requiere incrementar dosis de raltegravir (RAL) o dolutegravir (DTG)

*Los regímenes completos recomendados se encuentran descritos en las recomendaciones 12, 13 y 14 (ver pregunta clínica 5) de la GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. MinSalud 2021 (9).

¹ En general el tenofovir disoproxil fumarato (TDF) y los inhibidores de proteasa (IP) están relacionados con la pérdida de masa ósea. El TDF sin IP produce alteración de la masa ósea, pero usarlo en combinación con un IP puede aumentar el riesgo.

Fuente: Tomado de la Tabla 7.9 de la recomendación 15 de la GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. MinSalud 2021 (9) y OMS 2021 (3).

Tabla 12. Regímenes de antirretrovirales en gestantes sin experiencia previa con antirretrovirales e independientemente de la edad gestacional

<p>Régimen preferido:</p> <p>Dolutegravir (DTG) / tenofovir disoproxil fumarato (TDF) / lamivudina (3TC)</p> <p><i>En los casos en que el régimen anterior esté contraindicado se podrán utilizar las siguientes opciones:</i></p>	
Otros regímenes preferidos	Regímenes alternativos
<ul style="list-style-type: none"> ● Dolutegravir (DTG) + tenofovir disoproxil fumarato (TDF)* / emtricitabina (FTC) ● Dolutegravir (DTG) + abacavir (ABC) / lamivudina (3TC) ● Raltegravir (RAL) + tenofovir disoproxil fumarato (TDF)* / emtricitabina (FTC) ● Raltegravir (RAL) + abacavir (ABC) / lamivudina (3TC) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Atazanavir/ritonavir (ATZ/r) + tenofovir disoproxil fumarato (TDF) / Emtricitabina (FTC) ● Atazanavir/ritonavir (ATZ/r) + abacavir (ABC) / lamivudina (3TC) *** ● Darunavir/ritonavir (DRV/r) + tenofovir disoproxil fumarato (TDF) / emtricitabina (FTC) * ● Darunavir/ritonavir (DRV/r) + abacavir (ABC) / lamivudina (3TC) **
<p>Consideraciones adicionales. En adolescentes gestantes, se podrán asumir las recomendaciones de adultos cuando exista desarrollo de caracteres sexuales secundarios con una escala de Tanner de 4 o más.</p> <p>**La dosis recomendada de DRV /r en gestantes es 600/100 mg cada 12 horas.</p> <p>***Recomendado en pacientes con carga viral no mayor a 100,000 copias/mL ((26))</p>	

Fuente: Tomado de tabla de esquemas incluido en la recomendación 14 de la GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. MinSalud 2021 (9) y OMS 2021 (11,29,30).

Tabla 13. Opciones de preferencia de cambio de agentes antirretrovirales por presencia o riesgo de efectos adversos o toxicidad (GPC colombiana)

Fármaco asociado al efecto adverso	Efectos adversos	Factores de riesgo	Cambio preferido
Abacavir (ABC)	Reacción de hipersensibilidad (exantema), náuseas, diarrea (raras)	Presencia de HLA-B*5701	Contraindicado en pacientes con HLA-B*5701 positivo. Sustituir con TDF o TAF en combinación con 3TC o FTC, o terapia dual con DTG/3TC.
	Incremento de enfermedad isquémica de miocardio o trombótica cerebral	Riesgo mayor en pacientes con factores de riesgo cardiovascular tradicionales combinados o un puntaje en la ecuación de Framingham ≥ 10 o ACC/AHA > 7.5 ⁽¹⁾	Usar con precaución, evaluar riesgo-beneficio. Sustituir con TDF o TAF en combinación con 3TC o FTC.
Atazanavir con ritonavir (ATV/r)	Ictericia por hiperbilirrubinemia indirecta	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad hepática subyacente • Coinfección con virus de la hepatitis B o C • Uso concomitante de medicamentos hepatotóxicos 	Cambiar esquema a ABC/3TC + ATV 400 mg/d sin ritonavir si no hay contraindicaciones o fallas virológicas previas, o por DRV/r o un régimen con inhibidor de integrasa, si la ictericia es inaceptable para el paciente.
	Anormalidades electrocardiográficas (prolongación de intervalo PR)	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad preexistente de conducción. • Uso concomitante de otros medicamentos que prolonguen el intervalo PR. 	Considerar DRV/r o cambio a régimen con inhibidor de integrasa.
	Nefrolitiasis o colelitiasis	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocidos • Se puede relacionar con antecedente de nefrolitiasis y colelitiasis. 	Se recomienda continua hidratación, se sugiere no emplearlo en pacientes con historia de litiasis renal o colelitiasis y considerar otro inhibidor de proteasa, como DRV/r, o un

Fármaco asociado al efecto adverso	Efectos adversos	Factores de riesgo	Cambio preferido
			régimen con inhibidor de integrasa.
	Osteopenia u osteoporosis o FRAX >3%	Mayor riesgo en mayores de 50 años, mujeres posmenopáusicas, historia personal o familiar de fracturas, alcoholismo, tabaquismo, uso crónico de esteroides, en regímenes que incluyen TDF, puntaje FRAX elevado o DMO con t-score inferior a -1.5.	Cambiar TDF por TAF y considerar cambio de ATV/r por régimen con inhibidor de integrasa.
	Disminución de la filtración glomerular	Mayor riesgo en combinación con TDF	Cambiar TDF por TAF y considerar cambio de ATV/r por régimen con inhibidor de integrasa.
	Interacciones medicamentosas	Asociado a ritonavir tanto a inhibición como inducción de las vías metabólicas del CYP 450	Si no es posible modificar el agente sustrato de la interacción, cambiar a DRV/c, si la interacción es por inducción no por inhibición del CYP450, de lo contrario cambiar a un régimen con inhibidor de integrasa. Como alternativa, considerar RPV/TDF (TAF)/FTC con un perfil menor de interacciones.
Bictegravir / tenofovir alafenamida / Emtricitabina (BIC/TAF/FTC)	Incremento significativo de peso (inaceptable para el paciente)	Riesgo mayor con el uso combinado de TAF	Si no hay mejoría con cambios de estilo de vida (dieta y ejercicio), luego de 3-6 meses, cambiar por régimen con RPV o DOR.
Darunavir/ritonavir (DRV/r)	Brote cutáneo	Alergia a sulfonamidas	Considerar la sustitución por otro inhibidor de proteasa, excepto FPV/r, o un régimen con inhibidor de integrasa

Fármaco asociado al efecto adverso	Efectos adversos	Factores de riesgo	Cambio preferido
	Incremento de enfermedad isquémica de miocardio o trombótica cerebral	Riesgo mayor en pacientes con factores de riesgo cardiovascular tradicionales combinados o un puntaje en la ecuación de Framingham ≥ 10 o ACC/AHA > 7.5 (1)	Usar con precaución, evaluar riesgo-beneficio. Sustituir con un régimen basado en inhibidor de integrasa.
	Interacciones medicamentosas	Asociado a ritonavir tanto a inhibición como inducción de las vías metabólicas del CYP 450	Si no es posible modificar el agente sustrato de la interacción, cambiar a DRV/c, si la interacción es por inducción no por inhibición del CYP450, de lo contrario cambiar a un régimen con inhibidor de integrasa. Como alternativa, considerar RPV/TDF (TAF)/FTC con un perfil menor de interacciones.
Dolutegravir (DTG)	Incremento significativo de peso (inaceptable para el paciente)	Mayor riesgo en combinación con TAF	Si no hay mejoría con cambios de estilo de vida (dieta y ejercicio) luego de 3-6 meses: cambiar por régimen con RPV o DOR.
	Efectos adversos neuro-psiquiátricos (especialmente cefalea, insomnio)		Cambiar por régimen con otro inhibidor de integrasa (RAL, EVG/c o BIC)
Doravirina (DOR)	Brote cutáneo		Cambiar por IP/r como ATV/r o DRV/r, o un régimen con inhibidor de integrasa. No se recomienda cambio por EFV, NVP, RPV o ETR.
	Efectos sobre el sistema nervioso central (sueños anormales, depresión o confusión)	<ul style="list-style-type: none"> Historia de enfermedad psiquiátrica, como depresión u otros. 	Los síntomas como somnolencia y vértigo usualmente remiten o

Fármaco asociado al efecto adverso	Efectos adversos	Factores de riesgo	Cambio preferido
Efavirenz (EFV)	mental), mareo, psicosis, ideación suicida, baja concentración.	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de medicamentos psiquiátricos. • Incremento de concentraciones plasmáticas del EFV. 	disminuyen a las 2-4 semanas. Su administración antes de dormir puede reducir los síntomas, así como tomarlo con el estómago vacío. Si el efecto secundario no mejora, cambiar por régimen con RPV, DOR o inhibidor de integrasa.
	Dislipidemia (incremento en niveles de colesterol LDL o triglicéridos)	Riesgo mayor en pacientes con factores de riesgo cardiovascular tradicionales combinados o un puntaje en la ecuación de Framingham ≥ 20 o ACC/AHA > 7.5 (1)	Si no hay mejoría con cambios de estilo de vida (dieta y ejercicio) luego de 3-6 meses: cambiar por régimen con RPV, DOR o inhibidor de integrasa.
	Reacción de hipersensibilidad, síndrome de Stevens-Johnson	Factores de riesgo desconocidos	Cambiar por IP/r como ATV/r, DRV/r, o un régimen con inhibidor de integrasa.
			No se recomienda cambio por NVP, RPV, ETR o DOR.
	Ginecomastia en hombres	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocidos • Puede mejorar espontáneamente. 	Si no remite en forma espontánea, cambiar por IP/r (DRV/r) o régimen con inhibidor de integrasa.
Elvitegravir con cobicistat (EVG/c) combinado con TDF/FTC o TAF/FTC	Alteraciones gastrointestinales	Asociados más a cobicistat	Considerar cambiar solo si no mejora con manejo sintomático, a un régimen con otro inhibidor de integrasa (RAL, DTG o BIC).
	Interacciones medicamentosas	Asociadas a cobicistat o TAF	Considerar cambio cuando la interacción es significativa y genera riesgo de toxicidad, a un régimen con otro inhibidor de integrasa (RAL,

Fármaco asociado al efecto adverso	Efectos adversos	Factores de riesgo	Cambio preferido
			DTG o BIC).
Emtricitabina (FTC)	Los efectos secundarios son inusuales.		
Etravirina (ETR)	Brote cutáneo, síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica, aunque menos que NVP	Desconocido	Cambiar por IP/r como ATV/r o DRV/r, o un régimen con inhibidor de integrasa. No se recomienda cambio por EFV, NVP, RPV, o DOR.
Lamivudina (3TC)	Los efectos secundarios son inusuales		
Maraviroc (MVC)	Los efectos secundarios son inusuales.		
Nevirapina (NVP)	Hepatotoxicidad	Enfermedad hepática subyacente	No cambiar por EFV, se recomienda cambiar a un inhibidor de proteasa o de integrasa.
		<ul style="list-style-type: none"> • Coinfección con hepatitis B o C. • Uso concomitante de medicamentos hepatotóxicos. • Es más frecuente en mujeres con linfocitos T CD4 >250 células/ml o en hombres con CD4 >400 células/ml. 	Se contraindica la NVP en pacientes con insuficiencia hepática grave (Child-Pugh B o C). Se ha observado falla hepática en pacientes sin infección por VIH que han recibido NVP para profilaxis después de exposición. No usar NVP en esta indicación. No se recomienda en mujeres con LT CD4>250 células/ml o en hombres con CD>400 células/ml.
	Brote severo de piel y reacción de hipersensibilidad (síndrome de Stevens-Johnson)	Primer mes de tratamiento (si no se usa 'lead-in' o dosis escalonada)	Cambiar por IP/r como ATV/r o DRV/r, o un régimen con inhibidor de integrasa.

Fármaco asociado al efecto adverso	Efectos adversos	Factores de riesgo	Cambio preferido
			No se recomienda cambio por EFV, RPV, ETR o DOR.
Raltegravir (RAL)	Rabdomiólisis, miopatía, mialgia	Uso concomitante de medicamentos que incrementan el riesgo de miopatía o rabdomiólisis	Considerar fármacos de otras clases, como IP/r, INNTR o MVC.
	Depresión, somnolencia, vértigo, cefalea (raros)	Individuales	Rara vez la somnolencia y el vértigo no son tolerables.
	Reportes de Steven Johnson/ necrosis epidérmica tóxica	Raros	Cambiar a otras alternativas como INTR, IP/r o MVC.
Rilpivirina/ tenofovir disoproxil fumarato / Emtricitabina (RPV/TDF/FTC)	Brote cutáneo y efectos adversos por tenofovir disoproxil fumarato	Menos frecuente que con EFV	Cambiar por IP/r como ATV/r o DRV/r, o un régimen con inhibidor de integrasa. No se recomienda cambio por EFV, NVP, RPV, ETR o DOR.
	Insomnio, ansiedad, depresión	Menos frecuente que con EFV	Cambio a regímenes con DOR, ETR o con inhibidores de integrasa.
Rilpivirina/ tenofovir alafenamida / emtricitabina (RPV/TAF/FTC)	Brote cutáneo	Menos frecuente que con EFV	Cambiar por IP/r como ATV/r o DRV/r, o un régimen con inhibidor de integrasa. No se recomienda cambio por EFV, NVP, RPV, ETR o DOR.
	Insomnio, ansiedad, depresión	Menos frecuente que con EFV	Cambio a regímenes con DOR, ETR o con inhibidores de integrasa.
Tenofovir disoproxil fumarato	Disfunción tubular renal, síndrome de Fanconi, aumento de la creatinina sérica,	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad renal subyacente. 	Vigilar la función renal de acuerdo con las recomendaciones. Sustituir el

Fármaco asociado al efecto adverso	Efectos adversos	Factores de riesgo	Cambio preferido
(TDF)	proteínuria, glucosuria	<ul style="list-style-type: none"> • Edad mayor de 60 años. • IMC<18,5 (o peso<50 kg) 	TDF por TAF (con FTC, coformulado o no con EVG/c o BIC o DRV/c) o cambiar a terapia con inhibidor de integrasa DTG o RAL con ABC/3TC o terapia dual con DTG/3TC.
	Desmineralización	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus • Hipertensión no tratada. • Uso concomitante de didanosina y medicamentos nefrotóxicos o IP potenciados. 	Cambiar a ABC o AZT o una opción de otra clase terapéutica si hay progresión u osteoporosis. Evaluar historia de falla virológica antes de hacer el cambio.
Tenofovir alafenamida (TAF)	Incremento en lípidos, colesterol LDL o triglicéridos	Riesgo mayor en pacientes con factores de riesgo cardiovascular tradicionales combinados o un puntaje en la ecuación de Framingham ≥ 20 o ACC/AHA >7.5 (1).	Si no hay mejoría con medidas no farmacológicas (dieta y ejercicio) luego de 3-6 meses: cambiar por régimen con TDF o terapia dual con dolutegravir/3TC.
	Incremento significativo de peso (inaceptable para el paciente)	Mayor riesgo en uso combinado con inhibidores de integrasa, principalmente dolutegravir.	
Zidovudina (ZDV)	Se recomienda no continuar uso de ZDV/3TC en ningún paciente a menos que no haya otra alternativa posible, para la prevención de toxicidad asociada aguda o crónica.		Sustituir por TDF/FTC o TDF/3TC o TAF/FTC o ABC/3TC.
	Anemia, neutropenia	Anemia de base o neutropenia	
	Lipodistrofia, dislipidemia (Incremento de LDL y TG)	Evaluar factores de riesgo al inicio y periódicamente.	

Fármaco asociado al efecto adverso	Efectos adversos	Factores de riesgo	Cambio preferido
	Esteatosis, miopatía o elevación de CPK, acidosis láctica o hepatomegalia grave	Mujeres y pacientes obesos LT CD4 \leq 200 células/mm ³	Sustituir por TDF/FTC o TDF/3TC o TAF/FTC o ABC/3TC.

3TC: Lamivudina, ACC/AHA: *American College of Cardiology and American Heart Association*, ABC: Abacavir, ATV: Atazanavir, ATV/r: Atazanavir/ritonavir, AZT: Zidovudina, BIC: Bictegravir, Colesterol LDL: Colesterol de baja densidad, CPK: Creatinina fosfocinasa, CYP 450: Citocromo P450, DMO: Densidad mineral ósea, DOR: Doravirina, DTG: Dolutegravir, DRV/c: Darunavir/cobicistat, DRV/r: Darunavir/ritonavir, EFV: Efavirenz, ETR: Etravirina, EVG/c: Elvitegravir/cobicistat, FPV/r: Fosamprenavir/ritonavir, FRAX: Riesgo de fracturas por fragilidad ósea, FTC: Emtricitabina, IMC: Índice de masa corporal, INTR: Inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa, INNTR: Inhibidores no nucleósidos de transcriptasa reversa, IP/r: Inhibidor de proteasa/ritonavir, LPV/r: Lopinavir/ritonavir, LT CD4: Linfocitos T CD4, MVC: Maraviroc, NVP: Nevirapina, RAL: Raltegravir, RPV: Rilpivirina, TAF: Tenofovir alafenamida, TDF: Tenofovir disoproxil fumarato, TG: Triglicéridos

Fuente: Tomado de GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. MinSalud 2021 (9)

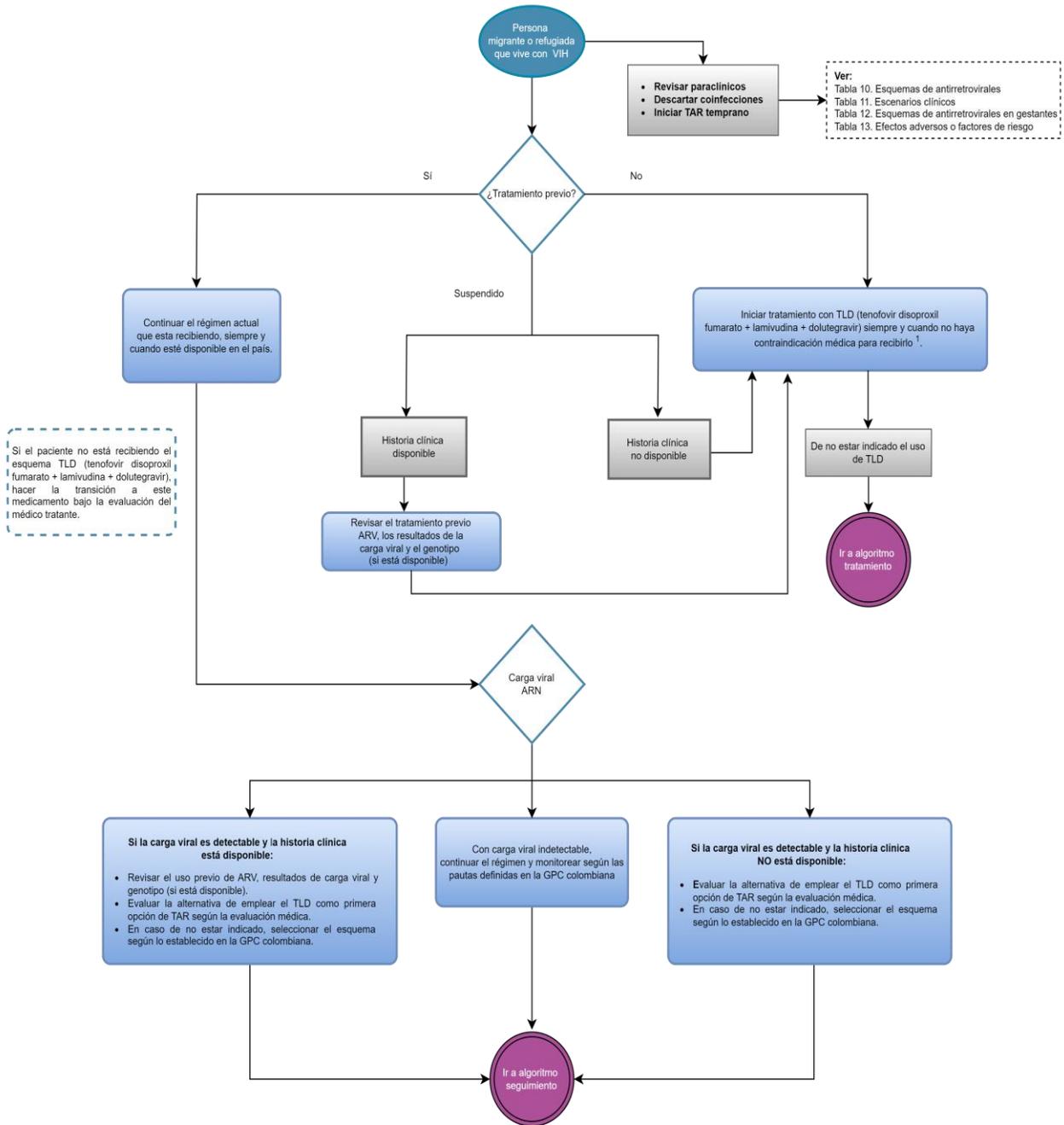
4.5.2. Algoritmo 6. Orientación de personas viviendo con VIH refugiadas y migrantes

Se estima que en Colombia a noviembre de 2023 habían llegado al país aproximadamente 2.875.743 personas refugiadas y migrantes venezolanas (31). La encuesta Bioconductual sobre el VIH, la sífilis y el estado de salud de los venezolanos que viven en Colombia (Estudio Bienvenir), realizada en cuatro (4) ciudades del país entre los años 2021 y 2022, encontró una prevalencia de VIH de 0,9% en esta población, y estableció la cascada de atención en salud entre los participantes con infección confirmada por VIH encontrando que, aproximadamente el 47,9% de las personas estimadas con VIH habían sido diagnosticadas, el 38% recibía tratamiento antirretroviral y el 35,2% tenía carga viral suprimida.

Por otro lado, ante la alta movilidad de los migrantes en la Declaración Conjunta de la VIII Reunión Técnica Internacional sobre Movilidad Humana de Personas Venezolanas en la Región, los Estados miembros, se comprometieron a dar cumplimiento a las recomendaciones de OPS y ONUSIDA, sobre continuar con los esfuerzos para acelerar la transición a TLD (Tenofovir, Lamivudina y dolutegravir) y en la eliminación de las barreras en el acceso al tratamiento antirretroviral (TARV)” (8).

En atención a esta situación, en el documento “Propuesta para incrementar la cobertura de salud de las personas refugiadas y migrantes con VIH de la República Bolivariana de Venezuela año 2021”, los países acordaron realizar la transición a tratamientos con dolutegravir para población migrante, teniendo en cuenta la necesidad de unificar el esquema terapéutico en esta población y así garantizar la oferta de un mismo esquema en su paso migratorio por los diferentes países o Estados (8).

De esta forma, Colombia dando respuesta a este compromiso incluyó a las personas migrantes regulares e irregulares en las poblaciones a las que hace referencia la Resolución 1579 de 2023 (6).



Si el paciente no está recibiendo el esquema TLD (tenofovir disoproxil fumarato + lamivudina + dolutegravir), hacer la transición a este medicamento bajo la evaluación del médico tratante.

Ver:
 Tabla 10. Esquemas de antirretrovirales
 Tabla 11. Escenarios clínicos
 Tabla 12. Esquemas de antirretrovirales en gestantes
 Tabla 13. Efectos adversos o factores de riesgo

Notas:
 1. Tratamiento recomendado por la OMS/OPS y ONUSIDA para la atención estandarizada de personas migrantes venezolanas en tránsito o con intención de permanencia en Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Guyana, Paraguay, México, Panamá, Perú y República Dominicana.
 2. Si la persona es migrante irregular, la institución que realiza el tratamiento debe orientar a la persona para el proceso de regularización y afiliación al sistema de salud.

4.6. Algoritmos para dimensión de seguimiento

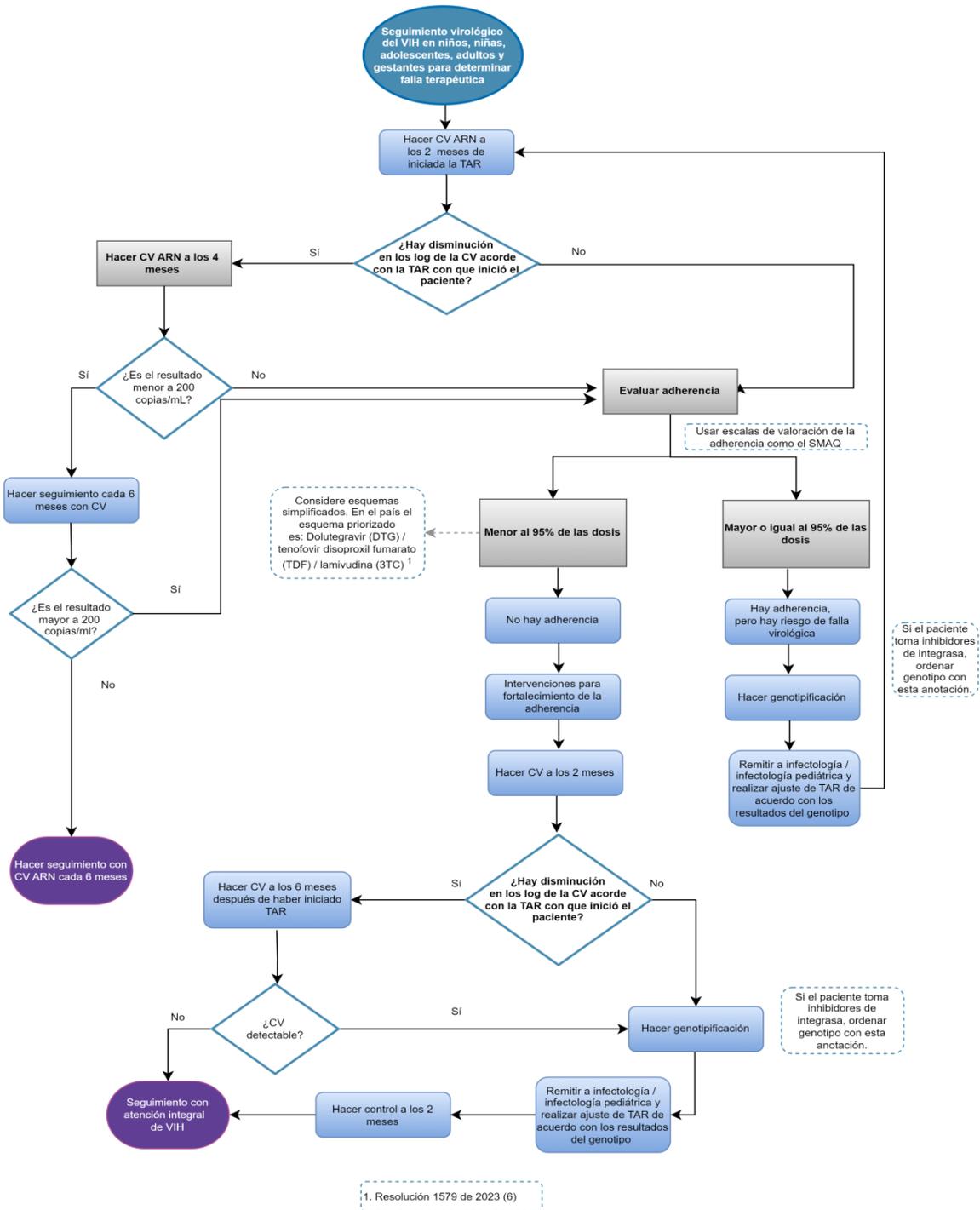
Las tareas de seguimiento no son exclusivas del profesional en medicina experto en VIH y el especialista en infectología, sino que requieren un equipo interdisciplinario que se encargue de todos los desafíos que asaltan el proceso de cuidado de las personas que viven con la infección, que pueda considerar individualidades del paciente, del entorno social y del contexto de atención. A continuación, se presentan los algoritmos que hacen parte del seguimiento de personas viviendo con VIH, que comprenden el seguimiento virológico para determinar falla terapéutica, profilaxis de infecciones oportunistas, y tamización de coinfecciones (numerales 4.6.1, 4.6.2 y 4.6.3).

4.6.1. Algoritmo 7. Seguimiento virológico del VIH para determinar falla terapéutica

El informe Situación del VIH en Colombia 2022 de la Cuenta de Alto Costo indicó que, el 15,21% (4) del total de personas reportadas presentaban falla terapéutica. Las razones que pueden llevar a esta situación incluyen la no adherencia al tratamiento, la cual se ha relacionado con factores personales (incluidos los socioeconómicos), factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento, factores sociales e interpersonales y del sistema de salud (32).

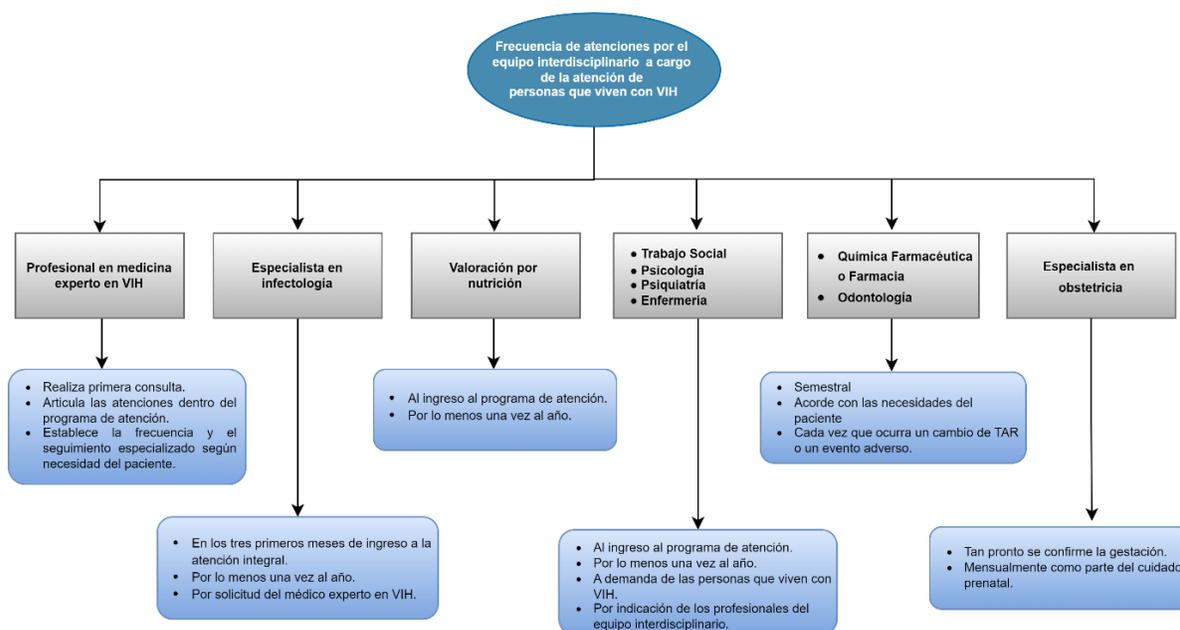
En un estudio colombiano publicado en el 2022 (33), las reacciones adversas a los medicamentos y los problemas relacionados con la medicación fueron unos de los factores más asociados a la no adherencia, por lo cual, es importante que tan pronto se identifiquen, estos casos, se evalúe el esquema de tratamiento que recibe la persona que vive con VIH y, en lo posible, se haga el cambio a esquemas más amigables, con baja incidencia de efectos secundarios para la reducción del número de casos que llegan a falla terapéutica.

Basados en esta premisa y la revisión de la evidencia que mostró un adecuado perfil de efectividad y seguridad para el dolutegravir, con mejor adherencia en relación con eventos adversos (9) (menor suspensión del tratamiento debido a eventos adversos con dolutegravir que con otros medicamentos), se sugiere que, tan pronto se identifique el riesgo de falla terapéutica relacionada con problemas en la adherencia al tratamiento, se evalúe el cambio a esquemas basados en dolutegravir, en tanto que la Resolución 1579 de 2023 hace referencia a esta población (6).



4.6.2. Algoritmo 8. Seguimiento por equipo interdisciplinario

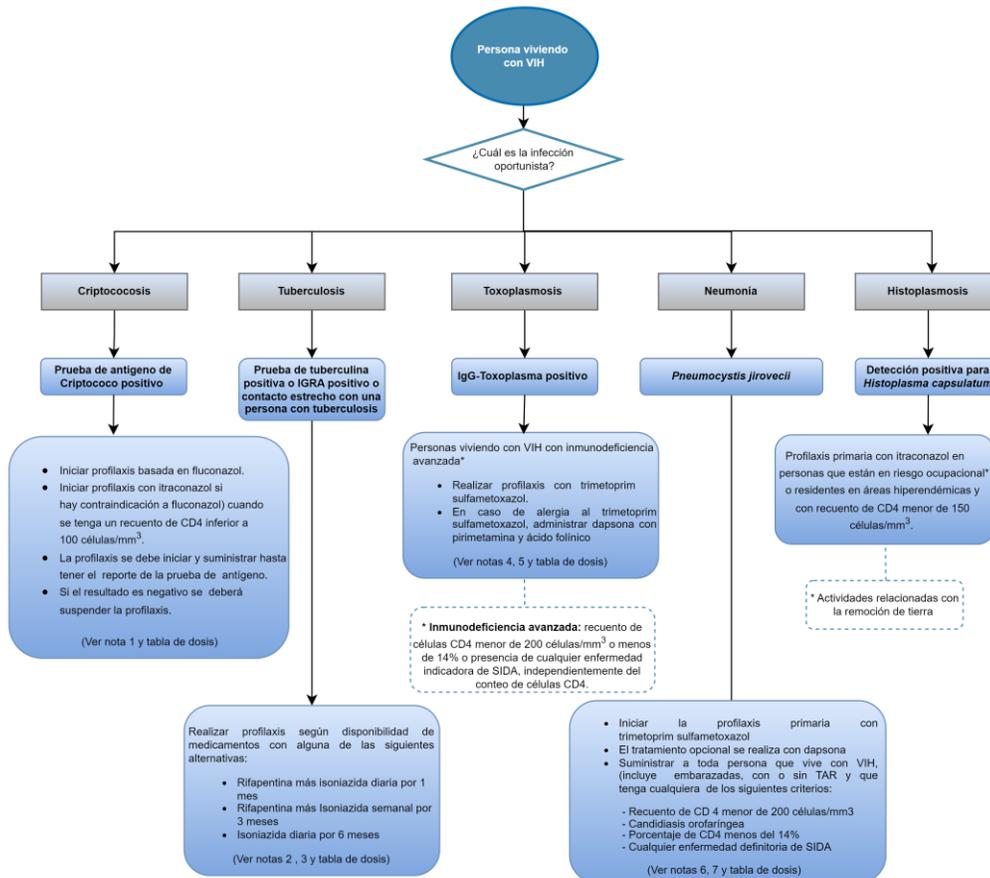
En las atenciones por el equipo interdisciplinario, es ideal que, cuando el paciente tenga más de una consulta, se puedan asignar el mismo día y la misma jornada (mañana o tarde) para facilitar la adherencia y asistencia a las diferentes especialidades del equipo interdisciplinario.



Estrategias de telesalud

En los pacientes en los que se reconozcan barreras de acceso, se deben contemplar estrategias para realizar la atención con el apoyo de telesalud, otras estrategias de atención ambulatoria y presencialidad mínima cada seis meses. Se sugiere que las estrategias de telesalud estén encaminadas a complementar y apoyar el seguimiento efectivo de las personas que viven con VIH y a mejorar la adherencia a la atención integral en VIH. Su uso debe ser recomendado por el médico experto o el infectólogo encargado, siguiendo los protocolos y las normas de habilitación en el país.

4.6.3. Algoritmo 9. Profilaxis de infecciones oportunistas en personas viviendo con VIH



Notas

- Se recalca a quienes se encargan de la atención de personas con VIH sobre la necesidad de descartar la criptococosis meningea siempre que el antígeno para criptococo se encuentre positivo.
- No se debe utilizar la rifampicina por el posible riesgo de interacciones con los medicamentos antirretrovirales y selección de resistencia.
- No se recomienda usar profilaxis para el complejo *Mycobacterium avium* (MAC) excepto en aquellas personas que por criterio clínico no se les pueda iniciar la TAR en un lapso de cuatro semanas y que tengan recuento de CD4 menor de 50 células/mm³.
- Los criterios de suspensión son: recuento de CD4 mayor a 200 células/mm³ en dos conteos, o en aquellas pacientes en tratamiento antirretroviral que presentan una recuperación inmunológica lenta puede suspenderse la profilaxis cuando tengan carga viral indetectable (2 cargas virales indetectables en un lapso de 6 meses) si el conteo de CD4 está entre 100 y 200 células/mm³.
- En pacientes con hipersensibilidad al trimetoprim sulfametoxazol se debe realizar desensibilización.
- Dapsona está recomendado como medicamento opcional en casos que no se puede emplear trimetoprim sulfametoxazol.
- Los criterios de suspensión de la profilaxis son: personas adherentes a la terapia antirretroviral que además tengan: Recuento de células CD4 mayor a 200 células/mm³ o en aquellas personas que estén en tratamiento antirretroviral, evolucionen con recuperación inmunológica lenta, tengan conteo de células CD4 entre 100 células/mm³ y 200 células/mm³ y se documenten dos cargas virales indetectables (obtenidas en un lapso de seis meses (mínimo 90 días y máximo 180 días).
- Los criterios de suspensión establecidos por los profesionales clínicos son: Recuento de células CD4 mayor de 150 células/mm³ y carga viral indetectable por 6 meses.
- Se sugiere la profilaxis para histoplasmosis con itraconazol según regiones geográficas con mayor prevalencia de la infección: Antioquia, Valle, Bogotá. Otras zonas geográficas con menor prevalencia que el anterior grupo son: Norte de Santander, Caldas, Meta y Santander.
- En personas o regiones donde sea necesario el uso de fluconazol para profilaxis de criptococosis y en quienes adicionalmente sea necesario tratamiento con itraconazol para histoplasmosis, se use solamente itraconazol, con lo cual se abarcarían las opciones terapéuticas para las dos infecciones. Se sugiere priorizar las acciones que permitan una rápida implementación de la recomendación con las aseguradoras, puesto que se prevén algunas barreras o limitaciones de acceso al medicamento, dadas por posibles problemas de aprobación o dispensación del medicamento por la tramitología que implica realizar el MIPRES para su dispensación.

Notas adicionales

- Para candidiasis: no se recomienda usar profilaxis primaria para candidiasis en personas que viven con VIH.
- Para citomegalovirus: no se recomienda realizar profilaxis primaria para citomegalovirus en personas viviendo con VIH.

Esta infografía recoge las indicaciones de las recomendaciones 42 a 49 de la GPC adultos, Colombia, 2021.

Tabla 14. Indicaciones y esquemas de medicamentos para profilaxis en población adulta que vive con VIH/SIDA para prevención de enfermedades oportunistas.

Infección oportunista	Indicación	Esquema	Alternativa																									
Tuberculosis	En personas con prueba de tuberculina positiva, IGRA positivo, estrecho contacto con personas con tuberculosis pulmonar o laríngea.	<p>Según disponibilidad y criterio clínico alguno de los siguientes dos esquemas:</p> <p>1- Isoniazida administrada diariamente por 6 meses. Dosis 5 mg Kg/día, dosis máxima diaria 300 mg. *Adicionar Piridoxina 50 mg/día.</p> <p>2- Rifapentina más Isoniazida administrada semanalmente bajo supervisión por 3 meses a las siguientes dosis:</p> <p>-Isoniazida: (Tab 100 o 300 mg) De 12 años o más: 15mg /kg/día con dosis máxima de 900 mg/día</p> <p>-Rifapentina (Tab 150 mg):</p> <table border="0"> <tr><td>10.0-14.0</td><td>kg</td><td>=</td><td>300</td><td>mg</td></tr> <tr><td>14.1-25.0</td><td>kg</td><td>=</td><td>450</td><td>mg</td></tr> <tr><td>25.1-32.0</td><td>kg</td><td>=</td><td>600</td><td>mg</td></tr> <tr><td>32.1-50.0</td><td>kg</td><td>=</td><td>750</td><td>mg</td></tr> <tr><td>> 50 kg</td><td></td><td></td><td>= 900 mg</td><td>(dosis máxima/día)</td></tr> </table>	10.0-14.0	kg	=	300	mg	14.1-25.0	kg	=	450	mg	25.1-32.0	kg	=	600	mg	32.1-50.0	kg	=	750	mg	> 50 kg			= 900 mg	(dosis máxima/día)	<p>Esquema alternativo (solo para pacientes con CD4 mayor de 250 células/mm³):</p> <p>Rifapentina + isoniazida administrada diariamente por UN (1) mes a las siguientes dosis:</p> <p>-Rifapentina: 30 a 34.9 kg: 300 mg 35 a 44.9 kg: 450 mg 45 kg o más: 600 mg</p> <p>-Isoniazida: (Tab 300 o 100 mg) De 12 años o más: 300 mg *Adicionar piridoxina 50 mg/día</p>
10.0-14.0	kg	=	300	mg																								
14.1-25.0	kg	=	450	mg																								
25.1-32.0	kg	=	600	mg																								
32.1-50.0	kg	=	750	mg																								
> 50 kg			= 900 mg	(dosis máxima/día)																								
Criptococosis	Recuento de CD4 inferior a 100 células/mm ³	Fluconazol 400 mg al día	Itraconazol 200 mg al día por contraindicación de fluconazol																									
Toxoplasmosis	IgG positiva con recuento de CD4 inferior a 200 células/mm ³ o con sospecha clínica de inmunodeficiencia avanzada o con enfermedad indicadora de SIDA.	Trimetoprim (TMP) 160 mg / sulfametoxazol (SMX) 800 mg; una tableta dos veces a la semana.	<p>TMP/SMX 160/800 mg tres veces por semana.</p> <p>Dapsona 50 mg diario + (Pirimetamina 50 mg+ Ácido fólico 25 mg) VO semanal, o,</p>																									

Infección oportunista	Indicación	Esquema	Alternativa
			(Dapsona 200 mg +Pirimetamina 75 mg +Ácido fólico 25 mg) VO semanal. Nota (aplica para todas las profilaxis que incluyen TMP-SMX): Para todos los casos en donde hay hipersensibilidad (alergia) a TMP-SMX se sugiere hacer desensibilización a este medicamento.
Complejo <i>Mycobacterium Avium</i> (MAC)	<p>No se recomienda excepto en: Personas con CD4 de menor de 50 células/ mm³ con carga viral detectable (mayor 200 copias/mL) o que no vayan a iniciar TAR en las próximas 4 semanas, hasta CD4 >100 células/ mm³ por más de tres meses.</p> <p>La profilaxis debe suspenderse cuando se alcanza, hasta un CD4 mayor de 100 células/ mm³ por más de tres meses.</p>	<p>En personas con la indicación según la recomendación:</p> <p>Azitromicina: 1200 mg una vez a la semana</p>	<p>En personas con la indicación según la recomendación:</p> <p>Claritromicina - 500 mg dos veces al día</p>
Pneumocystosis	<p>Se recomienda como criterios para iniciar la profilaxis primaria para PCP a toda persona infectada con VIH incluyendo embarazadas, con o sin tratamiento antirretroviral y una de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recuento de CD4 menor de 200 células / mm³. - Candidiasis orofaríngea. - Linfocitos T CD4 con porcentaje menor de 14% 	<p>TMP/SMX, 1 tableta 160/800 mg VO diaria, o,</p> <p>TMP/SMX, 1 tableta 80/400 mg VO diaria.</p> <p>Se recomienda como criterios para suspender la profilaxis primaria de la PCP:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aumento de recuento de CD4 a 200 o más células/ mm³ durante al menos 3 meses en respuesta a la terapia antirretroviral o -Recuento de CD4 entre 100 a 200 células/ mm³ + carga viral indetectable durante al menos 3 meses en respuesta a la terapia antirretroviral. 	<p>* TMP-SMX 1 tableta 160/800 mg tres veces a la semana o</p> <p>- Dapsona 100 mg VO diarios o 50 mg cada 12 horas</p>

Infección oportunista	Indicación	Esquema	Alternativa
	- Antecedente de enfermedad definitiva de SIDA no clasificada		
Candidiasis	No se recomienda profilaxis para candidiasis		
Citomegalovirus (CMV)	No se recomienda profilaxis para CMV		
Histoplasmosis	CD4 menor de 150 células/mm ³ y en alto riesgo debido a exposición ocupacional o residencia en una comunidad con una tasa hiperendémica de histoplasmosis (más de 10 casos / 100 pacientes-año)	Itraconazol 200 mg/día VO en solución oral	

Fuente: Tomado de Tabla 8.5 GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. MinSalud 2021 (9).

Tabla 15. Paraclínicos durante el inicio y seguimiento de adultos viviendo con VIH

Intervención	Primera valoración	Al inicio de la terapia antirretroviral	Frecuencia de seguimiento	Comentarios
Aspartato aminotransferasa (AST)	x	x	Cada seis meses	Además, a criterio médico de acuerdo con el seguimiento requerido por medicamentos hepatotóxicos o indicaciones clínicas específicas.
Alanina aminotransferasa (ALT)	x	x	Cada seis meses	Además, a criterio médico de acuerdo con el seguimiento requerido por medicamentos hepatotóxicos o indicaciones clínicas específicas.

Intervención	Primera valoración	Al inicio de la terapia antirretroviral	Frecuencia de seguimiento	Comentarios
Bilirrubinas	x	x	Según criterio médico	Si hay la necesidad de evaluar adherencia a atazanavir puede ser una herramienta útil (basado en consenso de expertos).
Fosfatasa alcalina	x	x	Cada seis meses	Además, a criterio médico de acuerdo con necesidad.
Creatinina sérica, depuración de creatinina estimada (CKD-EPI o MDRD) y uroanálisis	x	Al inicio o al modificar el tratamiento antirretroviral	2 meses después de iniciar la terapia antirretroviral y en adelante cada seis meses	En personas con tratamiento con tenofovir disoproxil fumarato o atazanavir, tomar a los 60 días luego del inicio, luego cada seis meses. Ampliar estudios de función renal a criterio médico con las variaciones de creatinina mayores a 0.3mg/dL con relación a las basales en pacientes que inician tenofovir disoproxil fumarato, cobicistat, atazanavir, dolutegravir o Lopinavir/ritonavir. Se sugiere utilizar de forma consistente un único método de determinación de la depuración de creatinina (CKD-EPI o MDRD)
Cuadro hemático completo (leucocitos, hemoglobina, hematocrito, plaquetas)	x	Al inicio o al modificar el tratamiento antirretroviral	2 meses después de iniciar la terapia antirretroviral y en adelante cada seis meses	
Perfil lipídico (colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos)	x	Al inicio o al modificar el tratamiento antirretroviral	2 meses después de iniciar la terapia antirretroviral y en adelante cada seis meses	Se puede tomar en ayunas o sin ayunas. En el caso de tomar sin ayunas, el laboratorio puede remitir una nota para interpretación del médico.
Hormona estimulante de la tiroides (TSH)	x		Cada año	Con mayor frecuencia según criterio médico
Glucemia basal	x	Al inicio o al modificar el	Cada año si el resultado previo es normal	Se recomienda realizar glucemia basal. En aquellos en caso en los que no se puede hacer en ayunas, el

Intervención	Primera valoración	Al inicio de la terapia antirretroviral	Frecuencia de seguimiento	Comentarios
		tratamiento antirretroviral		<p>laboratorio también puede hacer la medición de glucemia y escribir una nota para interpretación del médico.</p> <p>Cada seis meses en pacientes con inhibidores de proteasa; anual en todos los demás.</p> <p>El manejo de la diabetes debe hacerse según el criterio del médico tratante y de acuerdo con las guías de manejo. En pacientes diabéticos incluir HbA1c (hemoglobina glicosilada).</p>
Evaluación de riesgo cardiovascular (Framingham)	Al inicio o al modificar el tratamiento antirretroviral		Cada año	Usar las formas habituales de clasificación del riesgo cardiovascular como es familiar en la práctica clínica.
Densitometría ósea			Seguir recomendaciones para la población general (mayores de 50 años y posmenopáusicas)	<p>Adicionalmente, cada dos años si hay progresión de enfermedad o en los resultados de la densitometría, o valor de CD4 bajo (menos de 200 células/ mm³), o uso de tenofovir y a criterio médico de acuerdo con la condición de las personas.</p> <p>Determinar el riesgo mediante la ecuación FRAX (sin densitometría) en mayores de 40 años y ante presencia de factores de riesgo</p>
Electrocardiograma			En presencia de riesgo cardiovascular alto (puntaje mayor o igual a 20 en la ecuación de Framingham) o según criterio clínico	
Radiografía de tórax			En personas con cualquier síntoma respiratorio a criterio clínico.	

Fuente: Tomado de Tabla 8.1 GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. MinSalud 2021 (9).

Tabla 16. Pruebas específicas de VIH

Intervención	Primera valoración	Al inicio de la terapia antirretroviral	Frecuencia de seguimiento	Comentarios
ARN cuantitativo del VIH (carga viral)	x	X	2 meses después de iniciar terapia antirretroviral y en adelante cada seis meses	Además, ante sospecha de fracaso virológico repetirla a los 30 días y no más de 60 días de la medición anterior.
Conteo de linfocitos T CD4 y porcentaje de CD4	x	X	Cada seis meses	
Relación de CD4/CD8	x	X	Cada seis meses	

Toma de exámenes sin ayunas: considerar en pacientes que provienen de áreas de difícil acceso, o que tienen dificultad de locomoción, para que el requisito del ayuno no se convierta en una barrera para el cumplimiento de la frecuencia de los exámenes.

Fuente: Tomado y ajustado de Tabla 8.2 GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. MinSalud 2021 (9).

Tabla 17. Tamización de coinfecciones en adultos viviendo con VIH

Intervención	Primera valoración	Frecuencia de seguimiento	Después de iniciar terapia antirretroviral	Comentarios
Antígeno de superficie virus de la hepatitis B (Ag SHB o HBsAg); Anticuerpos anti-HBs (Ac SHB o Ac HBs); Anticuerpos anti-core (IgG Ac CHB o IgG Ac HBc)	x	Si Ag SHB (-) y Ac SHB (-), repetir cada año y según conductas de riesgo.	Si Ag SHB (-) y Ac SHB (-), repetir cada año en no respondedores a la vacunación y según conductas de riesgo. Vacunado que no responde: seguimiento con todas las pruebas. Con VHB previo y Ac SHB menor de 100UI/mL: seguimiento con Ag SHB únicamente.	- Personas con anti-Ac SHB mayor de 100 UI/ mL no necesitan nuevos exámenes periódicos de Ag SHB /Ac CHB. - Personas con Ac anticore aislado: Vacunar con una dosis HBV y evaluar Ac SHB previa remisión a infectología. - Realizar Ac SHB postvacuna máximo dos meses después de la última dosis. En personas vacunadas con respuesta (Ac SHB mayor de 10) y con exposición de riesgo (relaciones sexuales sin protección) se recomienda hacer seguimiento con anticuerpos, si anticuerpos Ac SHB mayor de 100 UI/mL no requiere refuerzo. Si anticuerpos Ac SHB menor de 100 UI/mL sí requiere refuerzo de vacunación (una dosis). Toda persona con infección crónica por VHB y VHC y/o con cualquier hepatopatía debe ser vacunada para VHA.
Anticuerpos contra hepatitis C (Ac VHC)	x	Si es negativa: cada año, según conductas de riesgo cada 6 meses (por ejemplo, usuarios de drogas por vía endovenosa)		En caso de Ac positivos se realiza carga viral para VHC. La evaluación debe hacerse acorde a las Guías vigentes.
Anticuerpos IgG o totales contra hepatitis A	x	Si es negativa: vacunar.		Ofrecer vacunación para hepatitis A en estos grupos de riesgo: personas que refieran sexo anal, contacto oro-anal, coinfección con hepatitis B o C, presencia de hepatopatías crónicas o en caso de epidemia.

Intervención	Primera valoración	Frecuencia de seguimiento	Después de iniciar terapia antirretroviral	Comentarios
Prueba treponémica rápida y según resultado prueba no treponémica (VDRL o RPR)	x	Cada año. Si existen factores de riesgo o antecedentes de sífilis repetir cada seis meses. Si la prueba treponémica previamente es positiva, hacer seguimiento sólo con pruebas no treponémicas		Tamizar con prueba treponémica rápida y, si es positiva, solicitar prueba no treponémica para confirmar.
Tamizaje para (VPH) anogenital (hombre/ mujer) /citología vaginal (mujer)	x	Cada año si la primera está alterada o existen factores de riesgo.	Cada año si la primera está alterada o existen factores de riesgo.	Se consideran factores de riesgo para infección por VPH: múltiples parejas sexuales, sexo sin protección, presencia de condilomatosis anal o genital.
Antígeno contra criptococo (látex)	Si los Linfocitos T CD4 son inferiores a 100 células/ mm ³	Cada año o a criterio clínico, si los LT CD4 son inferiores a 100 células/ mm ³		En zonas de alta endemicidad el punto de corte de CD4 es de menos de 200. Implementación: las pruebas rápidas en el punto de atención facilitan un diagnóstico temprano y ayuda en la toma de decisiones del inicio de TAR.
IgG toxoplasma	Si los LT CD4 son inferiores a 200 células/ mm ³			En pacientes con IgG negativa considerar repetir según criterio médico cuando haya clínica o factores de riesgo (consume comidas crudas o mal cocidas).
Antígeno urinario para Histoplasma	Al ingreso a todos con CD4 menor a 50 células/ mm ³ y según criterio clínico.			

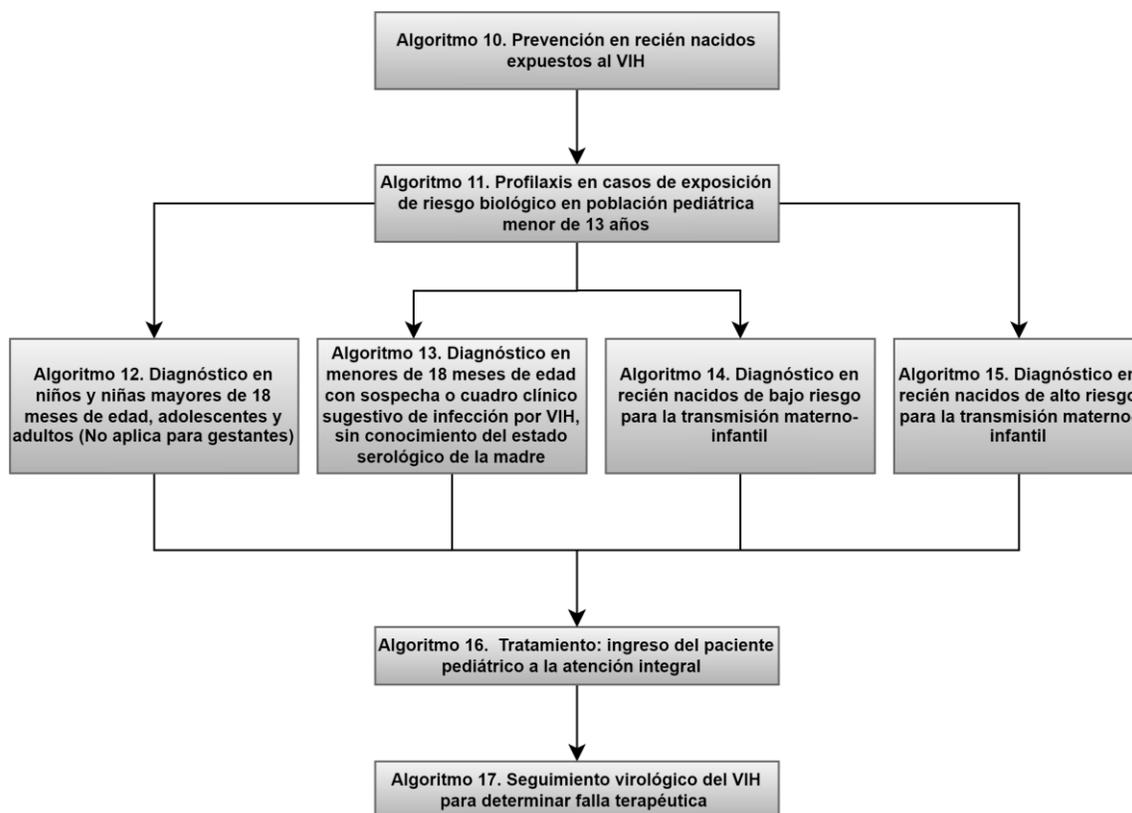
Intervención	Primera valoración	Frecuencia de seguimiento	Después de iniciar terapia antirretroviral	Comentarios
<p>Tamización para tuberculosis</p>	<p>x</p>	<p>Cada año si el resultado previo es negativo</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Prueba de tamización es la PPD (tuberculina o prueba de Mantoux), se considera positiva si la induración es igual o superior a 5 mm. - Booster o repetición de la PPD cuando el resultado inicial es negativo: no realizarlo de manera rutinaria, repetir únicamente en pacientes con CD4 de menos de 200 células/mm³ ya que al estar con inmunodepresión severa un valor negativo no es confiable. - Incluir nuevas tecnologías en el país como IGRA con indicación médica. - En cada valoración por médico o enfermera se deben hacer las 4 preguntas de tamizaje (tos, fiebre, pérdida de peso y sudoración nocturna). -Adicionalmente estudiar con paraclínicos para tuberculosis a las personas sintomáticas, identificadas con las 4 preguntas. -Seguir algoritmos de TB latente y TB activa vigentes.

Fuente: Tomado y ajustado de Tabla 8.3 GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. MinSalud 2021 (9)



5. Algoritmos clínicos para uso en población pediátrica

5.1. Algoritmo general



5.2. Algoritmos para dimensión de prevención

La eliminación de la transmisión materno infantil del VIH es una de las metas nacionales e internacionales adoptadas por Colombia al año 2030, para ello, es fundamental el tamizaje para VIH desde el primer contacto de la gestante con los servicios de salud y la implementación de las intervenciones clave definidas para el logro de esta meta, las cuales incluyen:

- Tratamiento antirretroviral a la madre en el anteparto.
- Profilaxis antirretroviral a la madre en el intraparto.
- Parto por cesárea o parto vaginal, si está indicado, de acuerdo con el resultado de la carga viral realizada 2 o 4 semanas antes del parto.

- d. Profilaxis antirretroviral oportuna y completa, de acuerdo con la clasificación de riesgo de la niña o niño expuesto.
- e. Administración exclusiva de fórmula láctea al recién nacido, desde el momento de su nacimiento hasta los 6 meses de edad y complementaria hasta los 12 meses de vida.

Por otra parte, el algoritmo para profilaxis en casos de exposición de riesgo biológico en población menor de 10 años define los esquemas de tratamiento antirretroviral a ser utilizados en los casos de exposiciones de riesgo biológico, incluyendo situaciones de violencia sexual, de acuerdo con la evaluación del riesgo de infección que lleve a cabo el profesional de la salud que atiende a la persona expuesta (ver protocolo vigente).

A continuación, se presentan los algoritmos de prevención en pediatría comprenden las opciones de prevención de la transmisión materno fetal y profilaxis posexposición de riesgo (PEP) en menores de 10 años (numerales 5.2.1 y 5.2.2)

5.2.1. Algoritmo 10. Prevención en recién nacidos expuestos al VIH

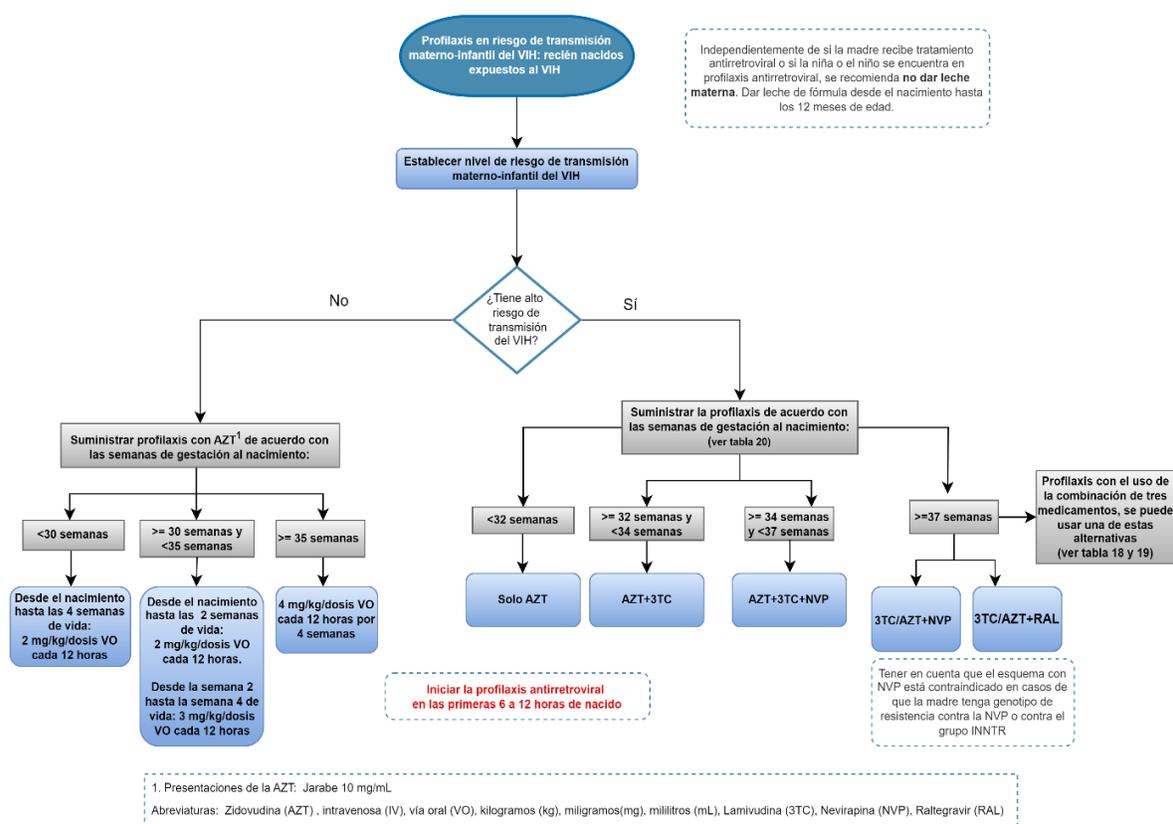


Tabla 18. Dosificación de medicamentos profilácticos en neonatos de alto riesgo a término (37 – 41 semanas de gestación)

Régimen	Medicamentos y dosis	Presentación y preparación
Esquema con nevirapina	Zidovudina <ul style="list-style-type: none"> 4 mg/kg/dosis VO cada 12 horas por 6 semanas 	Zidovudina Jarabe 10 mg/ml
	Lamivudina <ul style="list-style-type: none"> 2 mg/kg/dosis VO cada 12 horas por 6 semanas 	Zidovudina amp. para infusión IV 10 mg/ml *
	Nevirapina** <ul style="list-style-type: none"> 6 mg/kg/dosis VO cada 12 horas por 4 semanas 	Lamivudina Jarabe 10 mg/ml Nevirapina Jarabe 10 mg/ml
Esquema con raltegravir	Zidovudina <ul style="list-style-type: none"> 4 mg/kg/dosis VO cada 12 horas por 6 semanas 	Zidovudina Jarabe 10 mg/ml
	Lamivudina <ul style="list-style-type: none"> 2 mg/kg/dosis VO cada 12 horas por 6 semanas 	Zidovudina amp. para infusión IV 10 mg/ml Lamivudina Jarabe 10 mg/ml
	Raltegravir se administra a niñas y niños mayores o igual de 37 semanas de gestación al nacimiento y al menos 2000 gramos de peso, hasta las 6 semanas de vida (ver tabla 2 de dosificación del raltegravir)	Raltegravir gránulos para suspensión oral 100 mg/10 ml de agua

* La dosis IV de AZT es el 75% de la dosis por vía oral.

** La dosificación de nevirapina recomendada es la dosis plena (dosis de tratamiento). Los expertos consideraron que debido a que la vida media de la nevirapina es larga, solo es necesario administrarla por 4 semanas y esto permite suspenderla dos semanas antes que los otros dos medicamentos. Recomendación de experto.

Abreviaturas: IV (intravenoso), kg (kilogramos), mg (miligramos), mL (mililitros), VO (vía oral).

Fuente: tomado de tabla 5.2 de la GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes. MinSalud 2021 (10).

Tabla 19. Dosis de raltegravir según peso

Peso / edad	Volumen (dosis) de suspensión
<u>Desde el nacimiento y durante la primera semana de vida - Dosis vía oral una vez al día</u>	<u>Aproximadamente 1.5 mg/kg/dosis</u>
2 kg a menor de 3 kg	0.4 ml (4 mg) una vez al día
3 kg a menor de 4 kg	0.5 ml (5 mg) una vez al día
4 kg a menor de 5 kg	0.7 ml (7 mg) una vez al día
<u>Desde la semana 1 hasta la semana 4 de vida - Dosis vía oral dos veces al día</u>	<u>Aproximadamente 3 mg/kg/dosis</u>
2 kg a menor de 3 kg	0.8 ml (8 mg) dos veces al día
3 kg a menor de 4 kg	1 ml (10 mg) dos veces al día

Peso / edad	Volumen (dosis) de suspensión
4 kg a menor de 5 kg	1.5 ml (15 mg) dos veces al día
<u>4-6 semanas de edad- Dosis vía oral dos veces al día</u>	<u>Aproximadamente 6 mg/kg/dosis</u>
3 kg a menor de 4 Kg	2.5 ml (25 mg) dos veces al día
4 kg a menor de 6 kg	3 ml (30 mg) dos veces al día
6 kg a menor de 8 kg	4 ml (40 mg) dos veces al día

Abreviaturas: IV (intravenoso), kg (kilogramos), mg (miligramos), mL (mililitros), VO (vía oral).

Fuente: tomado de Tabla 5.3 de la GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes. MinSalud 2021 (10)

Tabla 20. Dosificación de medicamentos profilácticos según edad gestacional al nacer (prematuros)

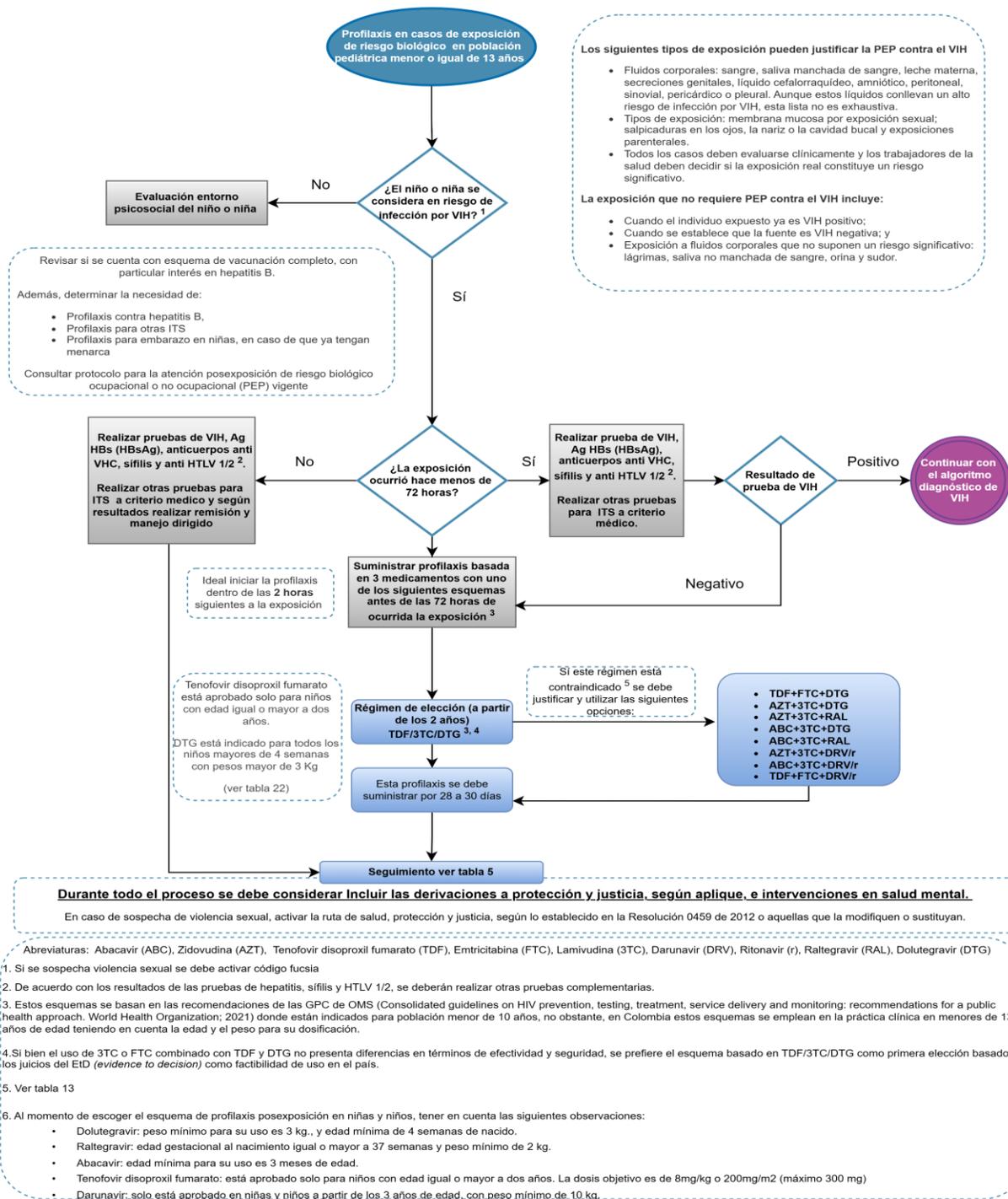
Medicamentos y dosis	Presentación y preparación
<p>Zidovudina</p> <p>Mayor o igual de 35 semanas y menor de 37 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> 4 mg/kg/dosis VO cada 12 horas por 6 semanas <p>Mayor o igual de 30 semanas y menor de 35 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> Desde el nacimiento hasta las 2 semanas de vida: 2 mg/kg/dosis VO cada 12 horas Desde la semana 2 hasta la semana 6 de vida: 3 mg/kg/dosis VO cada 12 horas <p>Menor de 30 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> Desde el nacimiento hasta las 4 semanas: 2 mg/kg/dosis VO cada 12 horas Desde la semana 4 hasta la semana 6 de vida: 3 mg/kg/dosis VO cada 12 horas <p>Lamivudina</p> <p>Mayor o igual de 32 semanas y menor de 37 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> Desde el nacimiento hasta las 4 semanas: 2 mg/kg/dosis VO cada 12 horas Mayor a 4 semanas de vida: 4mg /kg/dosis cada 12 horas, hasta la semana 6 de vida. <p>Nevirapina</p> <p>Mayor o igual de 34 semanas y menor de 37 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> Desde el nacimiento y durante la primera semana: 4 mg/kg/dosis VO cada 12 horas Semana 1 hasta la semana 4 de vida: 6 mg/kg/dosis VO cada 12 horas 	<p>Zidovudina Jarabe 10 mg/ml</p> <p>Zidovudina amp para infusión IV 10 mg/mL *</p> <p>Lamivudina Jarabe 10 mg/mL</p> <p>Nevirapina Jarabe 10 mg/mL</p>

* La dosis IV de AZT es el 75% de la dosis por vía oral.

Abreviaturas: IV (intravenoso), kg (kilogramos), mg (miligramos), mL (mililitros), VO (vía oral).

Fuente: tomado de Tabla 5.4 de la GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescente. MinSalud 2021 (10).

5.2.2. Algoritmo 11. Profilaxis en casos de exposición de riesgo biológico en población pediátrica menor de 13 años.

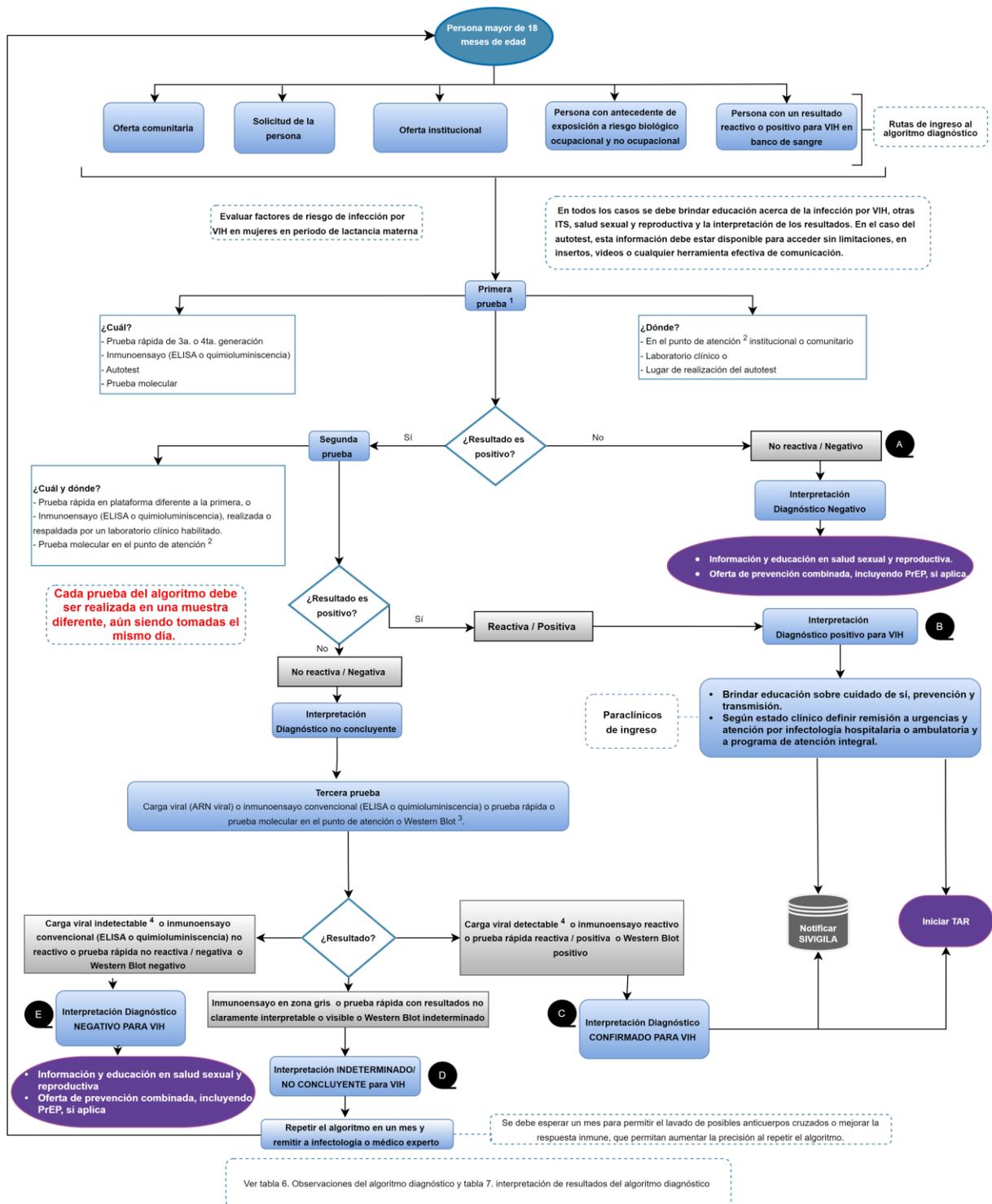


5.3. Algoritmos para dimensión de diagnóstico

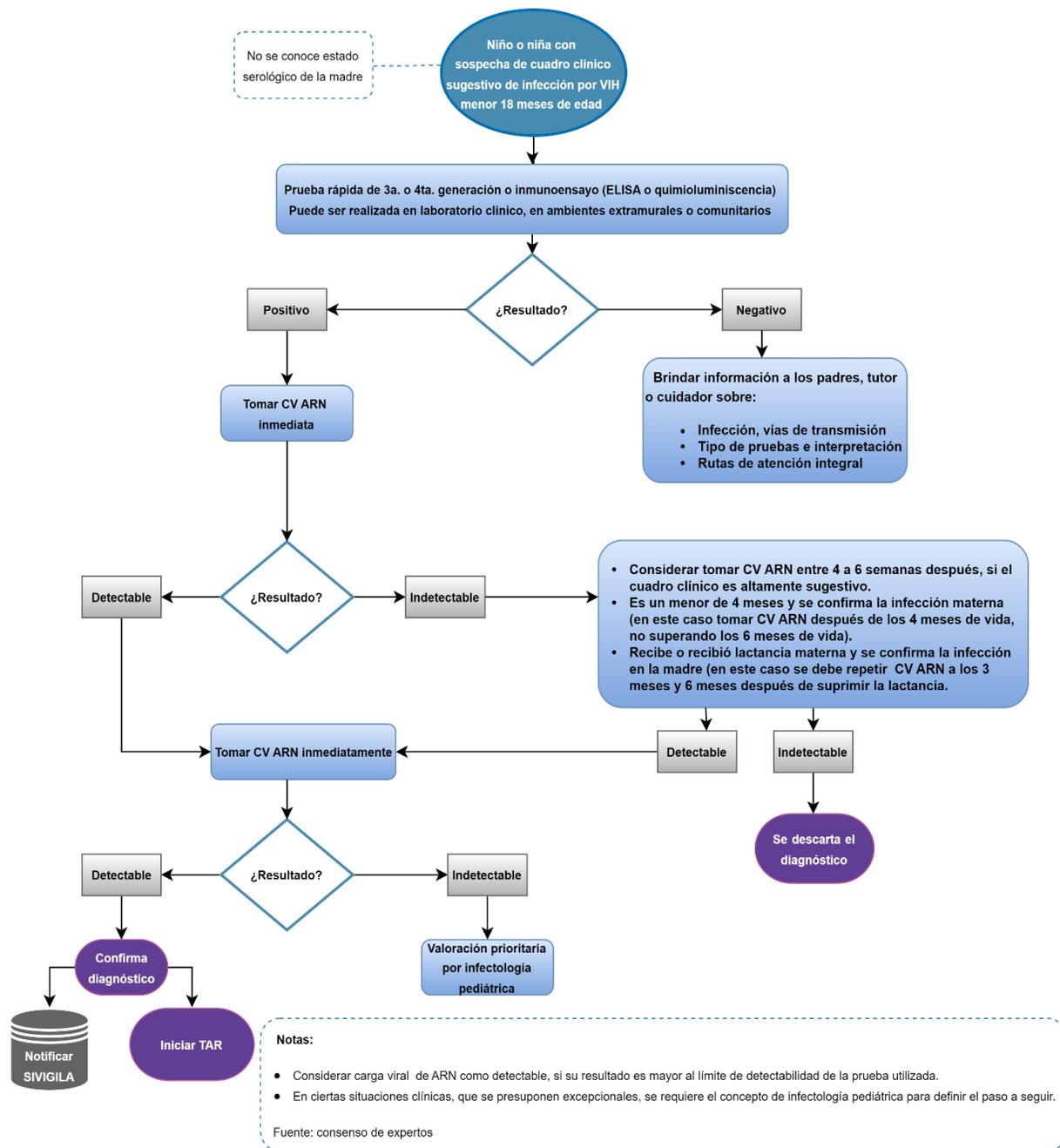
Actualmente, se debe garantizar un diagnóstico oportuno de la infección por VIH mediante la realización de pruebas diagnósticas con alta sensibilidad y especificidad que permitan una identificación rápida, dado el riesgo de transmisión de VIH en recién nacidos, así como en niñas y niños menores o mayores de 18 meses de edad, en quienes se debe iniciar un tratamiento y seguimiento oportuno para mejorar el pronóstico de niñas, niños y adolescentes.

Los algoritmos de diagnóstico comprenden el proceso detallado para realizar el diagnóstico confirmado de infección por VIH, se presenta de manera diferencial para población mayor de 18 meses, menores de 18 meses y recién nacidos de bajo y alto riesgo para la TMI (numerales 5.3.1, 5.3.2, 5.3.3 y 5.3.4).

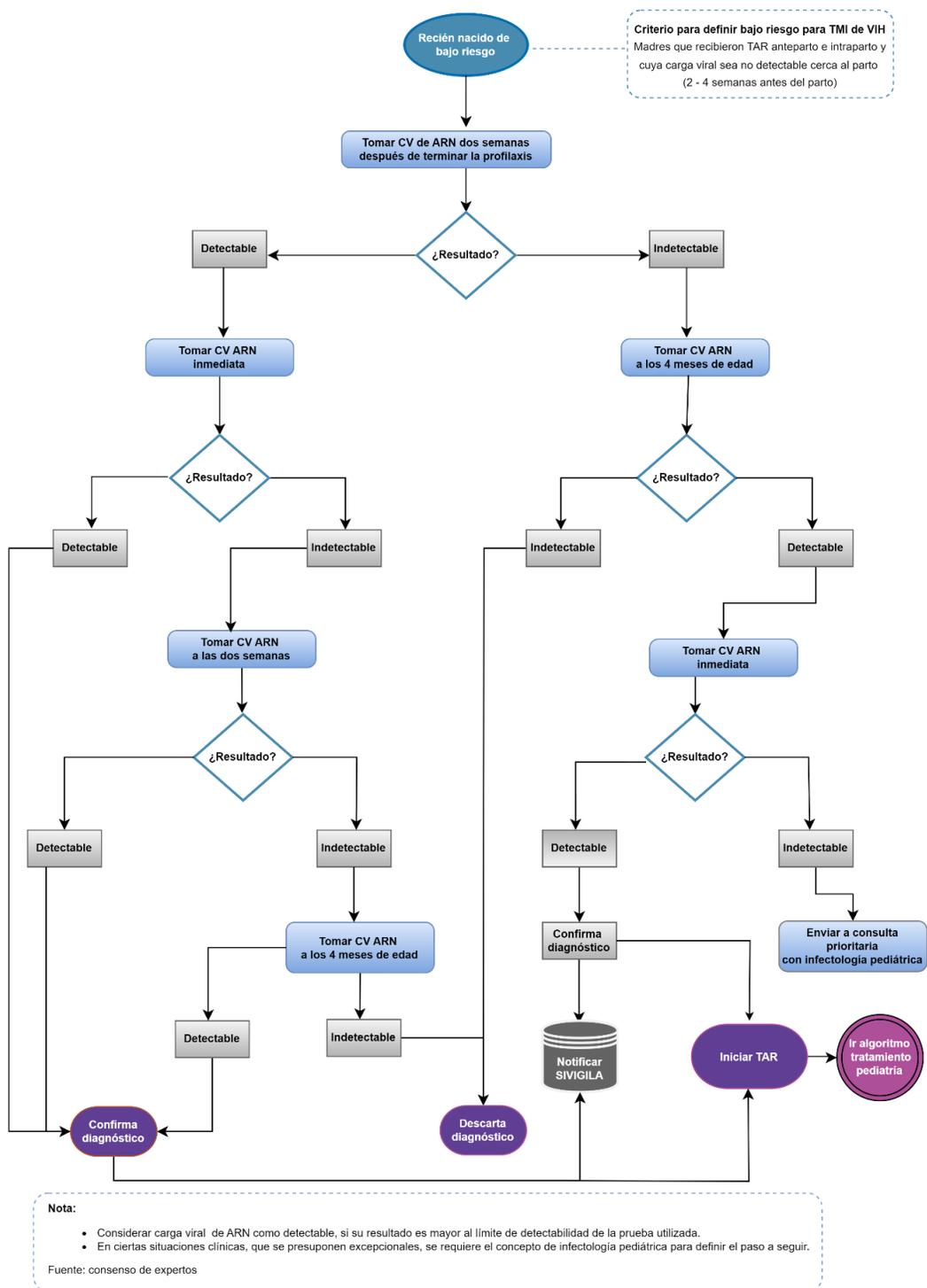
5.3.1. Algoritmo 12. Diagnóstico en niñas y niños mayores de 18 meses de edad, adolescentes y adultos (No aplica para gestantes)



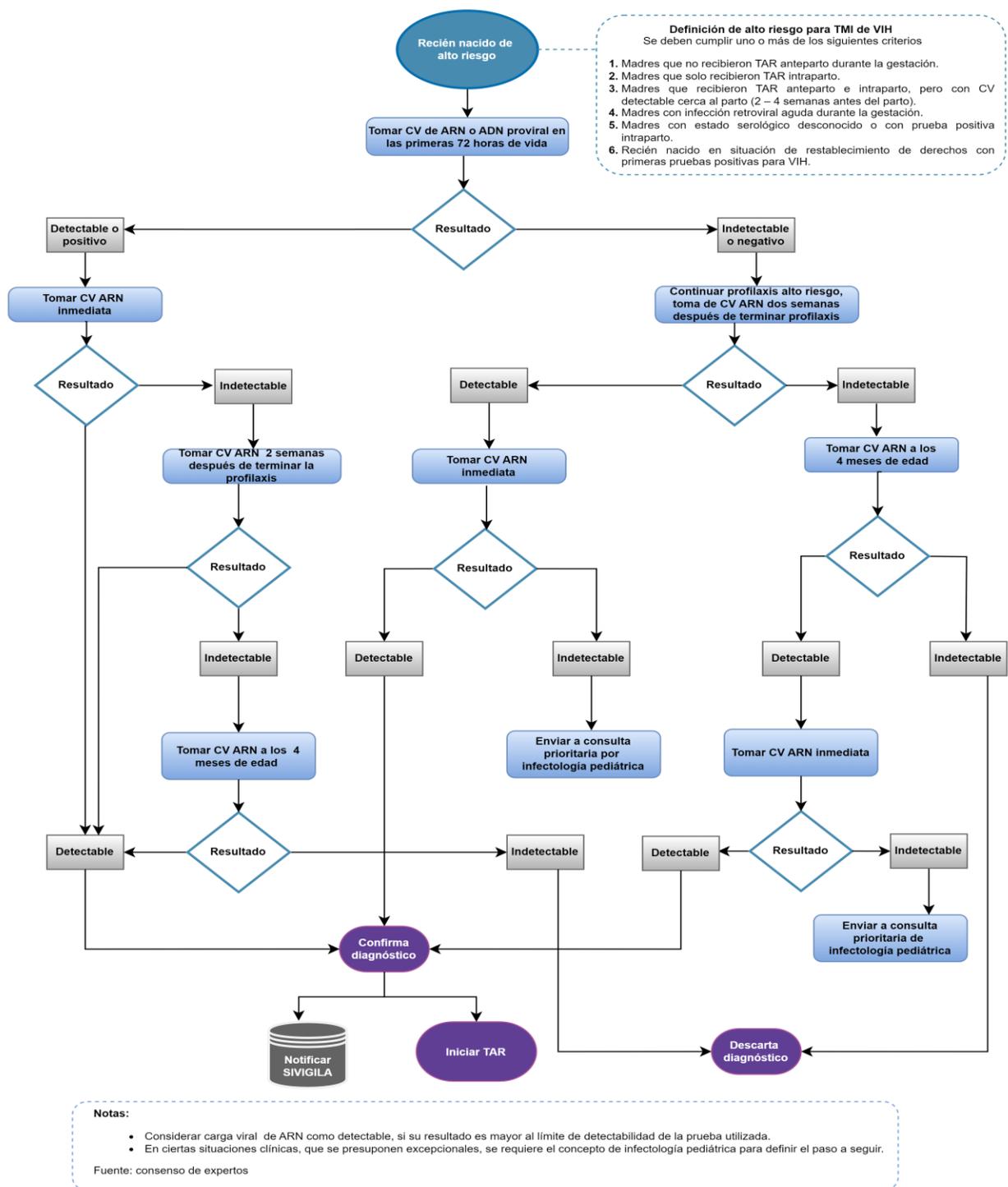
5.3.2. Algoritmo 13. Diagnóstico en menores de 18 meses con sospecha o cuadro clínico sugestivo de infección por VIH, sin conocimiento del estado serológico de la madre



5.3.3. Algoritmo 14. Diagnóstico en recién nacidos de bajo riesgo para la transmisión materno-infantil



5.3.4. Algoritmo 15. Diagnóstico en recién nacidos de alto riesgo para la transmisión materno-infantil



5.4. Algoritmos para dimensión de tratamiento

El tratamiento temprano del VIH en niñas, niños y adolescentes es fundamental para garantizar su salud a largo plazo. No solo reduce la carga viral y preserva la función inmunológica, sino que también mejora su calidad de vida al prevenir el desarrollo de enfermedades oportunistas. Además, el tratamiento antirretroviral reduce significativamente el riesgo de transmisión del virus, tanto verticalmente de madre a hijo durante el embarazo, parto o lactancia, como horizontalmente a través de relaciones sexuales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones especializadas recomiendan el acceso universal al tratamiento antirretroviral para niños y adolescentes infectados con VIH para lograr mejores resultados clínicos y prevenir la transmisión del virus (9,11). A continuación, se presentan las opciones dependiendo si son pacientes sin experiencia previa en el TAR, y las dosificaciones (numeral 5.4.1 y tablas 22 a 25).

5.4.1. Algoritmo 16. Tratamiento: ingreso del paciente pediátrico a la atención integral

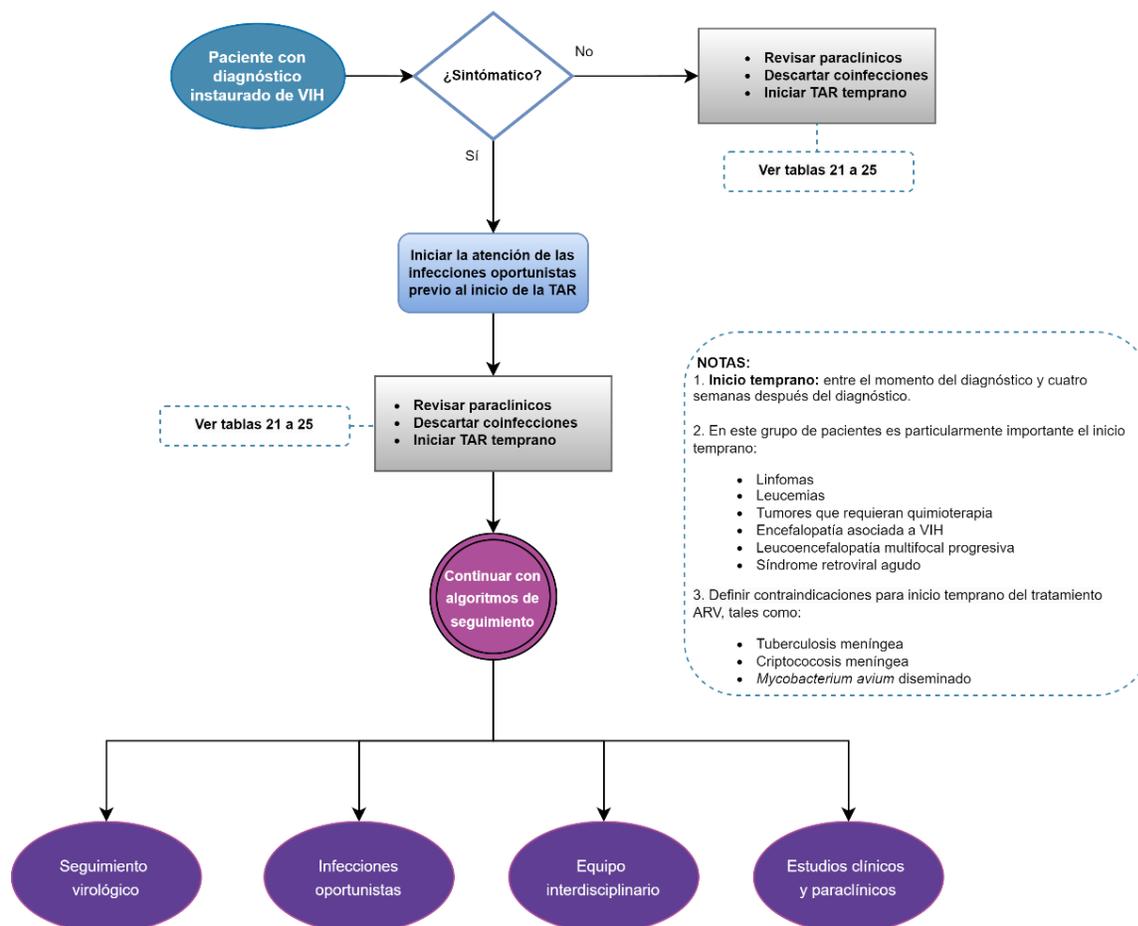


Tabla 21. Esquemas de tratamiento en menores de 18 años con diagnóstico de infección por VIH sin experiencia previa con ARV

Población	Esquema de tratamiento e indicaciones
Prematuros (mayor o igual a 34 semanas de gestación al nacimiento):	<p>Iniciar un régimen basado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nevirapina (NVP) en combinación con dos inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa (INTR) (lamivudina (3TC)* + zidovudina (AZT)) <p><i>*Excepto si la madre ha recibido nevirapina (NVP), por riesgo de resistencia</i></p>
Niñas y niños a término, con edad menor a 15 días de nacido:	<p>Iniciar un régimen basado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nevirapina (NVP) en combinación con dos inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa (INTR) (zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC))* <p>O un régimen basado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> Raltegravir (RAL) en combinación con dos inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa (INTR) (zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC))** <p><i>*Excepto si la madre ha recibido nevirapina (NVP), por riesgo de resistencia</i></p> <p><i>**Condiciones de uso de raltegravir (RAL): más de 2kg y mayor o igual de 37 semanas edad gestacional al nacimiento.</i></p>
Menores de 1 año:	<p>Iniciar un régimen basado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dolutegravir (DTG)* + abacavir (ABC) + lamivudina (3TC) Raltegravir (RAL) en combinación con dos inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa (INTR) (zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC)) ó Raltegravir (RAL) en combinación con dos inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa (INTR) (abacavir (ABC) + lamivudina (3TC)) <p><i>*Nota: Dolutegravir (DTG) está indicado para todos los niños mayores de 4 semanas de vida con peso mayor de 3 kg (nota g tabla 23).</i></p> <p>O un régimen basado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lopinavir/ritonavir (LPV/r)* en combinación con dos Inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa (INTR) (zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC)) o Lopinavir/ritonavir (LPV/r) en combinación con dos Inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa (INTR) (abacavir (ABC) + lamivudina (3TC)) <p><i>*Condiciones de uso de lopinavir/ritonavir: mayor a 42 semanas de edad gestacional y 14 días post natal.</i></p>

Población	Esquema de tratamiento e indicaciones
Edad de 1 año a 12 años:	<p>Iniciar un régimen basado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolutegravir (DTG) + abacavir (ABC) + lamivudina (3TC) • Dolutegravir (DTG) + tenofovir alafenamida (TAF)* + lamivudina (3TC) • Dolutegravir (DTG) + tenofovir alafenamida (TAF)* + emtricitabina (FTC) • Raltegravir (RAL) en combinación con dos Inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa (INTR) (zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC)) • Raltegravir (RAL) en combinación con dos Inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa (INTR) (abacavir (ABC) + lamivudina (3TC)) <p><i>*Nota: Tenofovir alafenamida (TAF) está indicado para niñas y niños mayores de 6 años de edad o que pesen al menos 25 kg (ver numeral c de la tabla 23).</i></p> <p>O un régimen basado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lopinavir/ritonavir (LPV/r) en combinación con dos Inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa (INTR) (zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC)) o • Lopinavir/ritonavir (LPV/r) en combinación con dos Inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa (INTR) (abacavir (ABC) + lamivudina (3TC))
Mayor de 12 años hasta menores de 18 años:	<p>Primera opción: Iniciar un régimen basado en</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolutegravir (DTG) + tenofovir disoproxil fumarato (TDF) + lamivudina (3TC) <p>En caso de contraindicación a la primera opción de tratamiento, el médico podrá seleccionar las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolutegravir (DTG) + abacavir (ABC) + lamivudina (3TC) • Dolutegravir (DTG) + tenofovir disoproxil fumarato (TDF) + emtricitabina (FTC) <p>Regímenes alternativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raltegravir (RAL) + abacavir (ABC) + lamivudina (3TC) • Raltegravir (RAL) + tenofovir disoproxil fumarato (TDF) + emtricitabina (FTC) <p>Si ninguno de los esquemas anteriores se puede utilizar, se puede iniciar un Iniciar un régimen basado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efavirenz (EFV) + tenofovir disoproxil fumarato (TDF) + emtricitabina (FTC)
<p>Consideraciones adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En adolescentes gestantes, se podrán asumir las recomendaciones de adultos cuando exista desarrollo de caracteres sexuales secundarios con una escala de Tanner de 4 o más. • El efavirenz en pacientes adolescentes deberá utilizarse en caso de contraindicación o intolerancia a los inhibidores de integrasa. 	

Fuente: tomado de esquemas de tratamiento incluidos en la recomendación 18 de la GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescente. MinSalud 2021 (10) y OMS 2021 (11).

Tabla 22. Presentación simplificada de la dosificación de formulaciones sólidas con dosis fija, dos veces al día, aptas para niñas, niños e infantes con cuatro semanas de edad o mayores ^a

Medicamento	Dosis de la tableta (mg)	Número de tabletas por banda de peso										Dosis de la tableta para adultos (mg)	Número de tabletas por banda de peso	
		3.0 a 5.9 kg		6.0 a 9.9 kg		10.0 a 13.9 kg		14.0 a 19.9 kg		20.0 a 24.9 kg			25.0 a 34.9kg	
		AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM		AM	PM
Zidovudina (AZT) / Lamivudina (3TC)	Tableta (dispersable) 60mg/30mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	300mg/150mg	1	1
	Zidovudina (AZT) / Lamivudina (3TC) / Nevirapina (NVP) ^b	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	300mg/150mg/200mg	1	1
Abacavir (ABC) / Lamivudina (3TC)	Tableta (dispersable) 60mg/30mg ^c	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	600mg/300mg	0.5	0.5
	Tableta (dispersable) 120mg/60mg	0.5	0.5	0.5	1	1	1	1	1.5	1.5	1.5	600mg/300mg	0.5	0.5

^a Para infantes menores de cuatro semanas de edad, ver tabla 7.4, para una dosis más apropiada, la cual está reducida debido a menor capacidad para excretar y metabolizar los medicamentos. Para infantes que tienen al menos cuatro semanas de edad, pero pesan menos que 3 kg, hay menor preocupación por la inmadurez de las vías renales y hepáticas de excreción. Sin embargo, hay incertidumbre sobre la dosificación apropiada de la TAR para recién nacidos pretérmino e infantes con bajo peso al nacer.

^b Tener en cuenta que este régimen y formulación ya no está recomendado y debe usarse sólo en condiciones especiales donde otras formulaciones apropiadas para la edad no están disponibles.

^c Esta formulación será eliminada gradualmente y los programas deben hacer la transición para usar las tabletas ranuradas dispersables de 120/60mg.

Fuente: Tomado de Tabla 7.1 de la GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes. MinSalud 2021 (10).

Tabla 23. Presentación simplificada de la dosificación de formulaciones sólidas, una vez al día, aptas para niñas, niños e infantes con cuatro semanas de edad o mayores ^a

Medicamento	Dosis de la tableta (mg)	Número de tabletas o cápsulas por banda de peso, una vez al día					Dosis de la tableta en adultos (mg)	Número de tabletas o cápsulas por banda de peso una vez al día
		3.0 a 5.9 kg	6.0 a 9.9 kg	10.0 a 13.9 kg	14.0 a 19.9 kg	20.0 a 24.9 kg		25.0 a 34.9 kg
Efavirenz (EFV)^b	Tabletas (ranurada) 200mg	-	-	1	1.5	1.5	200mg	2
Abacavir/lamivudina (ABC/3TC)	Tableta (dispersable) 60/30mg ^e	2	3	4	5	6	600mg/300mg	1
	Tableta (dispersable) 120/60mg	1	1.5	2	2.5	3		
Tenofovir alafenamida (TAF)^c	Tableta 25 mg	-	-	-	-	-	25 mg	1
Tenofovir disoproxil fumarato (TDF)^d	Cucharadas de polvo oral	-	-	3	-	-	300mg	2 (100mg) ^e o 1 (300mg)
	Tabletas de 140mg o 200mg	-	-	-	1 (150mg)	1 (200mg)		

^a Para infantes menores de cuatro semanas de edad, ver tabla 7.4 (de la GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes. MinSalud 2021 (8), para una dosis más apropiada, la cual está reducida debido a la menor capacidad para excretar y metabolizar los medicamentos. Para infantes que tienen al menos cuatro semanas de edad, pero pesan menos que 3 kg, hay menor preocupación por la inmadurez de las vías renales y hepáticas de excreción. Sin embargo, hay incertidumbre sobre la dosificación apropiada de la TAR para pretérminos e infantes con bajo peso al nacer.

^b No se recomienda efavirenz en niños menores de tres años y que pesen menos que 10 kg.

^c Para esta actualización, las tabletas recubiertas de TAF estaban aprobadas para niñas y niños mayores de 6 años de edad por la FDA, para uso en regímenes no potenciados, como dolutegravir (DTG). Una combinación de dosis fija que contenga TAF/FTC/DTG (combinación de dosis fija con TAF 25mg, emtricitabina 200mg, dolutegravir 50mg) recibió aprobación tentativa por la FDA y puede ser usada una vez al día en niñas, niños y adolescentes viviendo con VIH que pesen al menos 25kg.

^d Tenofovir disoproxil fumarato está aprobado solo para niños con edad igual o mayor a dos años. La dosis objetivo es de 8mg/kg o 200mg/m² (máximo 300 mg). El grupo de trabajo de antirretroviral pediátrico del grupo desarrollador de la guía OMS 2015 desarrolló esta guía para armonizar la dosis de TDF con las bandas de peso de OMS y reducir el número de TDF dosis de medicamentos para hacer disponibles. Se usó la herramienta genérica de la OMS con base en la dosis objetivo-provista por los fabricantes en el inserto del medicamento. De acuerdo con este abordaje, se desarrolló la dosificación para asegurar que un niño no recibirá más del 25% por encima de la dosis objetivo-máxima o menos del 5% por debajo de la dosis objetivo-mínima.

Fuente: Tomado de Tabla 7.2 de la GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes. MinSalud 2021 (8)

Tabla 24. Presentación simplificada de la dosificación de dolutegravir para niñas y niños a partir de 3 kg de peso

Medicamento	Dosis de la tableta (mg)	Número de tabletas o cápsulas por banda de peso, una vez al día					
		3.0 a 5.9 kg	6.0 a 9.9 kg	10.0 a 13.9 kg	14.0 a 19.9 kg	20.0 a 24.9 kg	25.0 y más kg
Dolutegravir (DTG)^h	Tabletas dispersables de 5mg para suspensión oral ^{b, d}	5 mg una vez al día (1 tableta)	15 mg una vez al día (3 tabletas)	20 mg una vez al día (4 tabletas)	25 mg una vez al día (5 tabletas)	30 mg una vez al día (6 tabletas)	30 mg una vez al día (6 tabletas)
Dolutegravir (DTG)	Tabletas recubiertas de 10 mg. ^{c, d}	-	-	-	40 mg una vez al día (4 tabletas)	50 mg una vez al día (5 tabletas)	50 mg una vez al día (5 tabletas)
Dolutegravir (DTG)^h	Tabletas recubiertas de 25 mg. ^{c, d}	-	-	-	-	50 mg una vez al día (2 tabletas)	50 mg una vez al día (2 tabletas)
Dolutegravir (DTG)^h	Tabletas recubiertas de 50 mg.	-	-	-	-	50 mg una vez al día (1 tableta)	50 mg una vez al día (1 tableta)

^a Dolutegravir (DTG) fue aprobado en junio 2020 para todos los niños mayores de 4 semanas, pesando más de 3 kilos.

^b La presentación de 5 mg. en tabletas dispersables es la presentación preferida para niñas y niños que pesan menos de 20 kg. Las tabletas no se deben cortar, masticar o machacar. Deben tomarse enteras una a una o dispersarse en 5 ml de agua cuando se usan 1 a 3 tabletas para suspensión oral, o 10 ml. de agua cuando se usan 4, 5 o 6 tabletas para suspensión oral. Mezclarse hasta que se disuelvan completamente y administrarse en máximo 30 minutos desde su dilución.

^c Dolutegravir está disponible en tabletas recubiertas que vienen de 10 y 25mg. Para niños que pesan más de 20 kg se pueden utilizar las tabletas recubiertas de 50 mg. utilizadas en adultos*

^d **La dosis de dolutegravir en tabletas y dolutegravir en tabletas para suspensión oral NO SON BIOEQUIVALENTES y NO SON INTERCAMBIABLES SOBRE LA BASE DE MILIGRAMO POR MILIGRAMO. Por esa razón, el total de miligramos a suministrar varía acorde con la presentación del medicamento.**

Fuente: tomado de (31)

Tabla 25. Presentación simplificada de la dosificación de formulaciones sólidas y orales líquidas con dosis fija, dos veces al día, aptas para niñas, niños e infantes con cuatro semanas de edad o mayores ^a

Medicamento	Dosis de la tableta (mg) u oral líquida (mg/ml)	Número de tabletas o ml por banda de peso en la mañana (AM) o en la noche (PM)										Dosis de tableta de adultos (mg)	Número de tabletas por banda de peso	
		3.0 a 5.9 kg		6.0 a 9.9 kg		10.0 a 13.0 kg		14.0 a 19.9 kg		20.0 a 24.9 kg			25.0 a 34.9 kg	
		AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM		AM	PM
Formulaciones sólidas														
Zidovudina (AZT)	Tableta (dispersable) 60mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	300mg	1	1
Abacavir (ABC)	Tableta (dispersable) 60mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	300mg	1	1
Nevirapina (NVP) ^b	Tableta (dispersable) 60mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	200mg	1	1
Lopinavir/ritonavir (LPV/r) ^c	Tableta 100mg/25mg	-	-	-	-	2	1	2	2	2	2	-	3	3
	Pellets 40mg/10mg	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	-	3	3
	Gránulos (40mg/10mg) /bolsa	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	-	-	-
Raltegravir (RAL) ^d	Tabletas masticables 25mg	1	1	2	2	3	3	4	4	6	6	400mg	1	1
	Tabletas masticables 100mg	-	-	-	-	-	-	1	1	1.5	1.5	400mg		

Medicamento	Dosis de la tableta (mg) u oral líquida (mg/ml)	Número de tabletas o ml por banda de peso en la mañana (AM) o en la noche (PM)										Dosis de tableta de adultos (mg)	Número de tabletas por banda de peso	
		3.0 a 5.9 kg		6.0 a 9.9 kg		10.0 a 13.0 kg		14.0 a 19.9 kg		20.0 a 24.9 kg			25.0 a 34.9 kg	
		AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM		AM	PM
Formulaciones líquidas														
Zidovudina (AZT)	10mg/ml	6ml	6ml	9ml	9ml	12ml	12ml	-	-	-	-	-	-	-
Abacavir (ABC)	20mg/ml	3ml	3ml	4ml	4ml	6ml	6ml	-	-	-	-	-	-	-
Lamivudina (3TC)	10mg/ml	3ml	3ml	4ml	4ml	6ml	6ml	-	-	-	-	-	-	-
Nevirapina (NVP) ^b	10mg/ml	5ml	5ml	8ml	8ml	10ml	10ml	-	-	-	-	-	-	-
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)^c	80/20mg/ml	1ml	1ml	1.5ml	1.5ml	2ml	2ml	2.5ml	2.5ml	3ml	3ml	-	-	-
Raltegravir (RAL) ^d	10mg/ml (Gránulos orales para suspensión: 100mg/bolsa)	3ml	3ml	5ml	5ml	8ml	8ml	10ml	10ml	-	-	-	-	-

a Para infantes menores de cuatro semanas de edad, ver tabla 26 para una dosis más apropiada, la cual está reducida debido a la menor capacidad para excretar y metabolizar los medicamentos. Para infantes que tienen al menos cuatro semanas de edad, pero pesan menos de 3 kg, hay menor preocupación por la inmadurez de las vías renales y hepáticas de excreción. Sin embargo, hay incertidumbre sobre la dosificación apropiada de la TAR para pretérminos e infantes con bajo peso al nacer.

b Aún se recomienda el escalamiento de nevirapina con la mitad de la dosis por dos semanas cuando se inicia la TAR para evitar la toxicidad por altos niveles iniciales de nevirapina. Sin embargo, los análisis secundarios del experimento (CHAPAS)-1 sugirieron recientemente que niños menores tienen menor riesgo de toxicidad, por lo que se puede considerar empezar con la dosis completa. Tenga en cuenta que este régimen ya no se recomienda y que debe ser usado en condiciones especiales cuando otras formulaciones apropiadas para la edad no estén disponibles.

c El lopinavir/ritonavir líquido requiere cadena de frío durante su transporte y conservación. La tableta estable al calor de LPV/r debe ser consumida completa y no debe partirse, masticarse, disolverse o romperse. La tableta de adulto 200/50ml puede ser usada en niños con peso entre 14.0 a 24-9 kg (una tableta en la mañana y una tableta en la noche) y para niños con peso entre 25.0 a 34.9 kg (dos tabletas en la mañana y dos tabletas en la noche). La formulación de LPV/r en pellets no debe usarse en infantes menores de tres meses. Para más información en la administración de pellets de LPV/r, consultar en <http://www.emtct-iatt.org/wp-content/uploads/2015/09/IATT-LPV-r-Factsheet-Final-30-September-2015.pdf>. Este calendario de dosificación aplica al equivalente de la formulación sólida, como los gránulos de LPV/r que pueden usarse desde las 2 semanas de edad. Debido a que la disponibilidad está actualmente restringida, el uso de pellets y gránulos debe desestimularse en niños con peso mayor a 14 kg, quienes deberían recibir tabletas de LPV/r 100/25mg. Información sobre formulaciones de LPV/r en niños se puede encontrar en: <https://www.arvprocurementworkinggroup.org/lpv-r-supply>

d Los gránulos de RAL están aprobados desde el nacimiento. La factibilidad y aceptabilidad de esta formulación no está ampliamente investigada y hay preocupación sobre la

administración en contextos de recursos limitados. Debido a los retos de la administración presentados por la formulación en gránulos, el uso de tabletas masticables de 25mg como dispersable ha sido propuesta por parte del grupo desarrollador de las recomendaciones pediátricas para infantes y niños mayores de cuatro semanas y que pesen al menos 3kg. Esto está basado principalmente en datos in vitro sobre la solubilidad y bioequivalencia entre tabletas y gránulos 6, así como consideraciones sobre la disponibilidad limitada de alternativas adecuadas para este grupo de edad. Sin embargo, hallazgos como la evaluación de la factibilidad y aceptabilidad llevados a cabo en Sudáfrica han mostrado que la administración de gránulos de raltegravir en contextos rurales es factible y respaldada con entrenamiento adecuado y acompañamiento

Fuente: Tomado de Tabla 7.3 de la GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes. MinSalud 2021 (8).

Tabla 26. Dosis de medicamentos en presentación líquida para dosificación dos veces al día en menores de 4 semanas de edad ^a

Medicamento	Dosis líquida oral (mg/ml)	2-3 kg		3-4 kg		4-5 kg	
		AM	PM	AM	PM	AM	PM
Zidovudina (AZT)	10 mg/ml	1 ml	1 ml	1.5 ml	1.5 ml	2 ml	2 ml
Nevirapina (NVP)	10 mg/ml	1.5 ml	1.5 ml	2 ml	2 ml	3 ml	3 ml
Lamivudina (3TC)	10 mg/ml	0.5 ml	0.5 ml	0.8 ml	0.8 ml	1 ml	1 ml
Lopinavir/ritonavir (LPV/r) ^b	80/20 mg/ml	0.6 ml	0.6 ml	0.8 ml	0.8 ml	1 ml	1 ml
	Gránulos 40mg/10mg por bolsa	-	-	2	2	2	2
Raltegravir (RAL)	10mg/ml	<1 semana	0.4ml (una vez al día)		0.5ml (una vez al día)		0.7ml (una vez al día)
	Gránulos orales para suspensión oral: 100mg/bolsa ^c	>1 semana	0.8ml	0.8ml	1ml	1ml	1.5ml

^b No usar solución de LPV/r en infantes con edad inferior a 2 semanas de edad. Los pellets de LPV/r no deben usarse en infantes menores de 3 meses. Más detalles sobre la administración de pellets de LPV/r puede encontrarse en <https://www.who.int/hiv/pub/toolkits/iatt-factsheet-lopinavir-ritonavir/en/>. Debido a la falta de datos clínicos para documentar el uso de gránulos de LPV/r en neonatos, estas recomendaciones se desarrollaron con base en la aprobación por parte d FDA (respalda el uso de gránulos de LPV/r desde las dos semanas) y considerando la incertidumbre importante que hay en particular par neonatos que pesan 2 a 3kg. Donde no exista otra formulación, una bolsa dos veces al día puede considerarse para neonatos mayores de 2 semanas que pesen entre 2 a 3 kg, con el fin de minimizar el riesgo potencial de toxicidad por sobredosis.

^c Los gránulos de RAL para suspensión oral podrían usarse en neonatos de al menos 2kg y ser administrados una vez al día durante la primera semana de vida (http://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/i/isentress/isentress_pi.pdf) y dos veces al día posteriormente.

Fuente: Tomado de Tabla 7.4 de la GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes. MinSalud 2021(10).

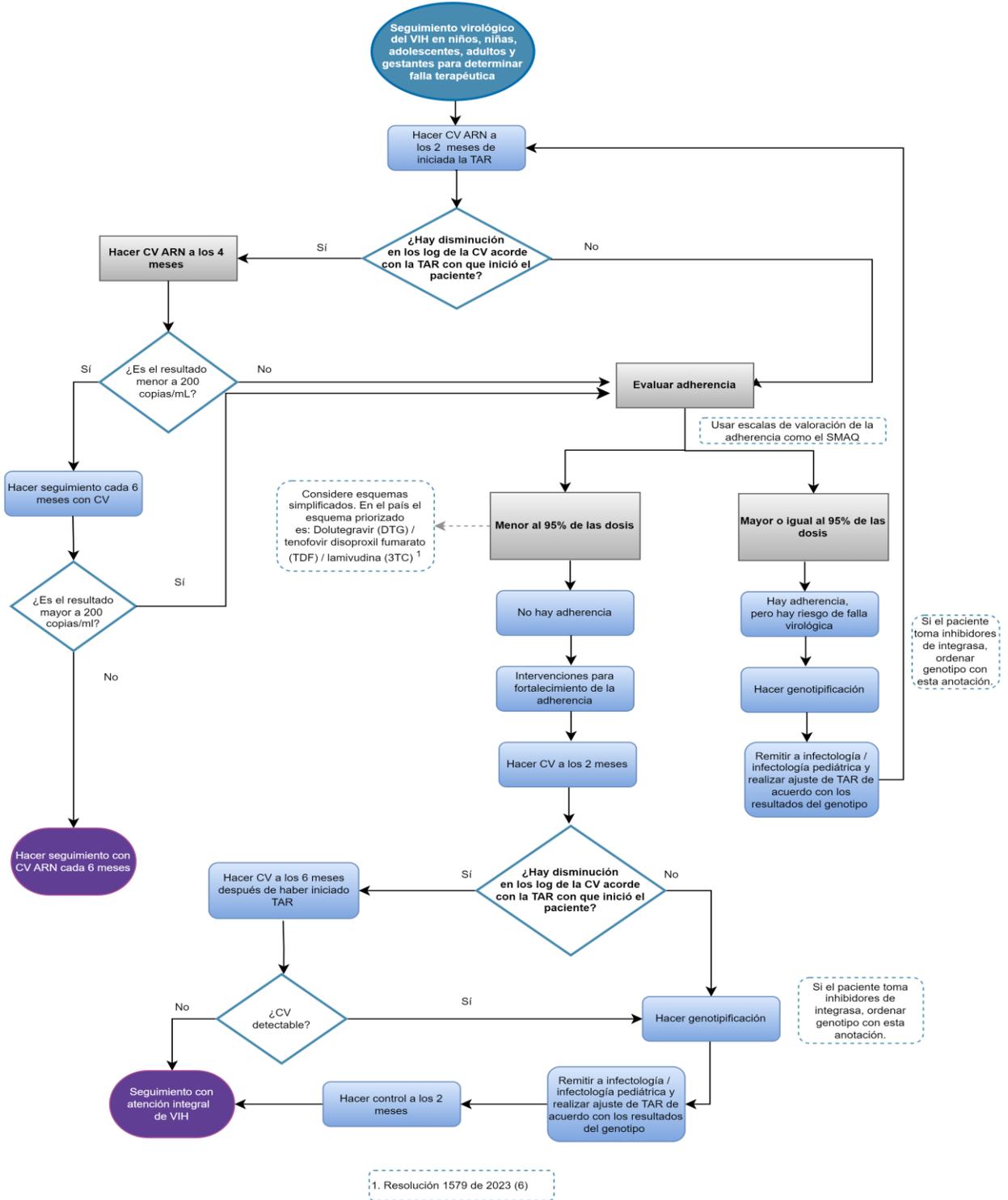


5.5. Algoritmos para dimensión de seguimiento

El seguimiento es un paso clave en el éxito del tratamiento, se requiere un equipo interdisciplinario que se encargue de todos los desafíos que asaltan el proceso de cuidado de niñas, niños y adolescentes que viven con la infección y que pueda considerar las individualidades del paciente, del entorno social y del contexto de atención.

A continuación, se presenta el algoritmo y las tablas que hacen parte del seguimiento en población pediátrica viviendo con VIH, que comprenden el seguimiento virológico para determinar falla terapéutica, profilaxis de infecciones oportunistas, paraclínicos de seguimiento y tamización de coinfecciones (numerales 5.5.1, 5.5.2, 5.5.3 y 5.5.4).

5.5.1. Algoritmo 17. Seguimiento virológico del VIH para determinar falla terapéutica



5.5.2. Indicaciones para el manejo de profilaxis de oportunistas en población pediátrica

La guía de práctica clínica publicada en Colombia en el año 2021 (recomendación 44) (10) recomienda que en niñas y niños viviendo con VIH, se realicen intervenciones de profilaxis contra infecciones oportunistas de acuerdo con el recuento de CD4 y evaluación del riesgo de acuerdo con el tipo de agente oportunista, como se precisa en la [Tabla 27](#).

Tabla 27. Indicaciones para el manejo de profilaxis de infecciones oportunistas y coinfecciones

Infección oportunista	Indicación	Esquema	Alternativa
Citomegalovirus (CMV)	<p>La profilaxis primaria se puede considerar para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Positividad de anticuerpos CMV e inmunosupresión grave (recuento de CD4 menor que 50 células/ mm³ en niñas y niños mayor o igual de 6 años; porcentaje de CD4 menor de 5% en niñas y niños menor de 6 años) <p>Criterios para interrumpir la profilaxis primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recuento de CD4 mayor que 100 células/ mm³ para niñas y niños mayor o igual de 6 años; porcentaje de CD4 mayor que 10% en niñas y niños menor de 6 años <p>Criterios para considerar reiniciar la profilaxis primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recuento de CD4 menor que 50 células/ mm³ en niñas y niños mayor o igual de 6 años; porcentaje de CD4 menor que 5% en niñas y niños menor de 6 años 	<p>Valganciclovir comprimidos 900 mg por vía oral una vez al día con alimentos para niñas y niños mayores que pueden recibir dosis para adultos</p> <p>Valganciclovir solución oral (50 mg/ml) a la dosis total en miligramos = 7 x superficie corporal (m²) x CrCl (Utilizar CrCl* máximo 150 ml/min/1.73 m²) por vía oral una vez al día, con alimentos para niñas y niños de 4 meses a 16 años (dosis máxima 900 mg/día)</p>	Ninguno
Virus de la hepatitis B (VHB)	Profilaxis primaria indicada para: Todos los individuos que no están infectados por el VHB	<ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la hepatitis B <p>Combinación de inmunoglobulina contra la hepatitis B y vacuna contra la hepatitis B para bebés nacidos de madres con infección por hepatitis B, aplicada en las primeras 12 horas de vida.</p>	Inmunoglobulina contra la hepatitis B después de las exposiciones de riesgo biológico si no se ha completado el esquema de vacunación o se rechaza la vacunación o se es no

Infección oportunista	Indicación	Esquema	Alternativa
			respondedor a la vacunación (no respuesta de anticuerpos luego de dos esquemas completos de vacunación contra la hepatitis B.
Influenza A y B	<p>Quimioprofilaxis solo posexposición.</p> <p>Indicaciones recomendadas para:</p> <p>La quimioprofilaxis antiviral se puede iniciar dentro de las 48 horas de la exposición a una persona enferma con influenza confirmada o sospechada.</p> <p>Duración:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si la exposición es a un contacto en el hogar: La duración de la quimioprofilaxis debe ser de 7 días. ✓ Si la exposición ocurre en un brote institucional, la duración es de 14 días o 7 días después del inicio de los síntomas en la última persona infectada. 	<p>Oseltamivir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lactantes de 3 a 8 meses de edad: Datos limitados disponibles: Oral: 3 mg / kg / dosis una vez al día • Lactantes mayores o igual de 9 meses de edad: Datos limitados disponibles: Oral: 3,5 mg / kg / dosis una vez al día <p>Niñas, niños y adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menor o igual a 15 kg: Oral: 30 mg una vez al día. • Mayor que 15 kg a 23 kg: Oral: 45 mg una vez al día. • Mayor que 23 kg a 40 kg: Oral: 60 mg una vez al día. • Mayor que 40 kg: Oral: 75 mg una vez al día. 	Ninguno
Malaria	<p>Para viajar a áreas con susceptibilidad a cloroquina. Las opciones igualmente recomendadas incluyen cloroquina, doxiciclina (para niñas y niños mayor o igual de 8 años). La primaquina se recomienda para áreas con mayor presencia de <i>Plasmodium vivax</i>.</p> <p>La detección de G6PD debe realizarse antes del uso de primaquina.</p> <p>Debe considerarse la distribución del parásito y patrón de resistencia y la distribución geográfica del patógeno más prevalente en Colombia.</p>	<p>Para viajar a áreas sensibles a la cloroquina:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Base de cloroquina 5 mg/kg de peso corporal por vía oral, hasta 300 mg una vez a la semana (equivalente a 7.5 mg/kg de peso corporal de fosfato de cloroquina). ✓ Comience de 1 a 2 semanas antes de viajar, tome semanalmente mientras está fuera y luego tome una vez a la semana durante 4 semanas después de regresar a casa ✓ Doxiciclina 2.2 mg/kg de peso corporal (máximo 100 mg) por vía oral una vez al día 	Para viajar a áreas resistentes a la cloroquina, los medicamentos preferidos son la doxiciclina (para niñas y niños mayor o igual de 8 años)

Infección oportunista	Indicación	Esquema	Alternativa
		<p>para niñas y niños mayor o igual de 8 años. Debe tomarse 1-2 días antes del viaje, diariamente mientras está fuera, y luego hasta 4 semanas después de regresar</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Para áreas con <i>Plasmodium vivax</i>: Fosfato de primaquina 0.6 mg/kg de base de peso corporal una vez al día por vía oral, hasta un máximo de 30 mg de base/día. Comenzando 1 día antes de salir, tomado diariamente, y durante 3-7 días después de regresar ✓ Para viajar a áreas resistentes a la cloroquina: Doxiciclina 2.2 mg/kg de peso corporal (máximo 100 mg) por vía oral una vez al día para niñas y niños mayor o igual de 8 años. Se debe tomar de 1 a 2 días antes del viaje, diariamente mientras está fuera y luego hasta 4 semanas después de regresar. <p>Se debe considerar los datos de la región geográfica o la especie de <i>Plasmodium falciparum</i> o <i>Plasmodium vivax</i> para verificar circulación del patógeno por zona (datos que se encuentran disponibles en Colombia). Se debe tener en cuenta la región geográfica y el patógeno más prevalente para el uso de cloroquina (para determinar patrones de resistencia)</p>	
<p>Complejo <i>Mycobacterium avium</i> (MAC)</p>	<p>Profilaxis primaria indicada para niñas y niños:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad menor de 1 año: recuento de CD4 menor que 750 células/ mm³; ✓ Edad 1 año a menor de 2 años: recuento de CD4 menor que 500 células/ mm³; ✓ Edad de 2 años a menor de 6 años: recuento de CD4 menor que 75 células/ mm³; 	<p>Claritromicina 7.5 mg/kg de peso corporal (máximo 500 mg) por vía oral dos veces al día</p> <p>o</p> <p>Azitromicina 20 mg/kg de peso corporal (máximo 1200 mg) por vía oral una vez a la semana</p>	<p>Azitromicina 5 mg/kg de peso corporal (máximo 250 mg) por vía oral una vez al día</p> <p>Niñas y niños mayor de 5 años: rifabutina 300 mg por vía oral una vez al día con alimentos</p>

Infección oportunista	Indicación	Esquema	Alternativa
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad mayor o igual de 6 años: recuento de CD4 menor que 50 células/ mm³ <p>Criterios para la interrupción de la profilaxis primaria: Después de mayor o igual de 6 meses de TAR, y:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad de 2 años a menor de 6 años: recuento de CD4 mayor que 200 células/mm³ durante mayor de 3 meses consecutivos ✓ Edad mayor o igual de 6 años: recuento de CD4 mayor que 100 células/mm³ durante mayor de 3 meses consecutivos <p>Nota: No interrumpir en niñas y niños menores de 2 años.</p> <p>Criterios para reiniciar la profilaxis primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad de 2 años a menor de 6 años: recuento de CD4 menor que 200 células/mm³ ✓ Edad mayor o igual de 6 años: recuento de CD4 menor que 100 células/ mm³ 		
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	<p>Se deben considerar las interacciones farmacológicas con el TAR para todas las alternativas que contienen rifampicina. Indicado cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Prueba cutánea de tuberculina positiva mayor o igual que 5 mm o IGRA sin tratamiento previo de tuberculosis. ✓ Contacto cercano con cualquier caso de tuberculosis infecciosa. (Las exposiciones repetidas justifican una profilaxis repetida después de la exposición). 	<p>Caso de origen susceptible a medicamento: <u>Isoniazida/rifapentina de acuerdo con los lineamientos nacionales</u></p> <p><u>Isoniazida más rifapentina semanal por 3 meses:</u></p> <p>Edad 2–11 años: 25 mg (niñas y niños con desnutrición se recomienda el uso de vitamina B6 para evitar riesgo de neuritis periférica)</p> <p>Edad mayor o igual que 12 años: 15 mg</p>	<p>Si no se puede garantizar la adherencia con la isoniazida diaria, entonces se puede considerar la isoniazida 20-30 mg/kg de peso corporal (máximo 900 mg/día) por vía oral 2 veces por semana durante 9 meses.</p> <p>Isoniazida 10-15 mg/kg de peso corporal (máximo 300 mg/día) y rifampicina 10-20</p>

Infección oportunista	Indicación	Esquema	Alternativa
	<p>✓ La enfermedad de tuberculosis debe excluirse antes de comenzar el tratamiento.</p> <p>Criterios para la interrupción de la profilaxis:</p> <p>Solo con un evento adverso grave documentado.</p> <p>Tratamiento adyuvante: Piridoxina 1-2 mg/kg de peso corporal una vez al día (máx: 25-50 mg/día) con isoniazida; se recomienda la suplementación con piridoxina exclusivamente para bebés amamantados y para niñas, niños y adolescentes con dietas deficientes en carne y leche; niñas y niños con deficiencias nutricionales, incluidos todos las niñas y niños sintomáticos infectados por el VIH; y adolescentes embarazadas y mujeres</p>	<p><u>Rifapentina</u> según peso corporal: 10.0-14.0 kg = 300 mg 14.1-25.0 kg = 450 mg 25.1-32.0 kg = 600 mg 32.1-50.0 kg = 750 mg mayor que 50 kg = 900 mg</p> <p><u>Isoniazida, 10-15 mg/kg de peso corporal (máximo 300 mg/día) por vía oral al día durante 6 meses.</u></p> <p>Isoniazida por 6 meses: En niñas y niños 10 mg (rango 7-15 mg) diaria (Auto administrada con seguimiento mensual), dosis máxima 300mg.</p> <p><u>Nota:</u> Fuente resistente a los medicamentos: consultar a las autoridades de salud pública expertas y locales</p>	<p>mg/kg/peso corporal (máximo 600 mg/día) por vía oral al día durante 3-4 meses</p> <p>Rifampicina, 10–20 mg/kg de peso corporal (máximo 600 mg/día) por vía oral al día durante 4 a 6 meses</p>
<p>Neumonía <i>Pneumocystis jirovecii</i></p>	<p>Profilaxis primaria indicada para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Todos los bebés que viven con VIH menores de 12 meses de edad independientemente del recuento/porcentaje de células CD4. ✓ Niñas y niños expuestos al VIH por vía materno-infantil clasificados de alto riesgo. ✓ Ofrecer profilaxis desde las 6 semanas de edad hasta los 4 meses de edad cuando se descarte la infección. ✓ Niñas y niños con diagnóstico de VIH de 1 a 6 años de edad con recuento de CD4 menor que 500 células/mm³ o porcentaje de CD4 menor que 15%. ✓ Niñas y niños con diagnóstico de VIH de 6 a 12 años de edad con recuento de CD4 menor que 	<p>Trimetoprim sulfametoxazol: Trimetoprim (5 mg/kg de peso corporal/dosis) con sulfametoxazol. Dosificación basada en el componente trimetoprim.</p> <p>La dosis diaria total no debe exceder los 320 mg de trimetoprim y 1600 mg de sulfametoxazol.</p> <p>Esquemas de dosificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dado 3 días a la semana en días consecutivos o en días alternos o ✓ Dado 2 días a la semana en días consecutivos o en días alternos o ✓ Administrado todos los días (dosis diaria total de trimetoprim de 5 a 10 mg/kg de peso corporal administrada como una sola dosis cada día) 	<p>Dapsona (uso <i>off label</i>) Niñas y niños mayor o igual de 1 mes de vida: 2 mg/kg de peso corporal (máximo 100 mg) por vía oral una vez al día o 4 mg/kg de peso corporal (máximo 200 mg) por vía oral una vez a la semana.</p>

Infección oportunista	Indicación	Esquema	Alternativa
	<p>200 células/mm³ o porcentaje de CD4 menor que 15%.</p> <p>Criterios para la interrupción de la profilaxis primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Después de mayor o igual de 6 meses de TAR: <ul style="list-style-type: none"> • Entre 1 y 6 años de edad; el porcentaje de CD4 mayor o igual que 15% o el recuento de CD4 es mayor o igual que 500 células/ mm³ durante mayor que 3 meses consecutivos, o • Mayor o igual a 6 años de edad, porcentaje de CD4 mayor o igual que 15% o recuento de CD4 es mayor o igual que 200 células/ mm³ durante mayor que 3 meses consecutivos, <p>Nota: No interrumpir en niñas y niños que viven con VIH de menos de 1 año de edad.</p> <p>Criterios para reiniciar la profilaxis primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entre 1 y 6 años de edad con porcentaje de CD4 menor que 15% o recuento de CD4 menor que 500 células/ mm³ ✓ Niñas y niños mayor o igual de 6 años de edad con porcentaje de CD4 menor que 15% o recuento de CD4 menor que 200 células/ mm³ 		
Toxoplasmosis	<p>Profilaxis primaria indicada para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anticuerpos IgG contra toxoplasma e inmunosupresión grave: <ul style="list-style-type: none"> • Niñas y niños que viven con VIH de edad menor de 6 años con porcentaje de CD4 menor que 15%. 	<p>Trimetoprim sulfametoxazol 5 mg/Kg cada 12h por vía oral, tres veces a la semana. En niñas y niños mayores de 10Kg calcular la dosis: 150mg/m² de superficie corporal en dos dosis diarias, tres veces a la semana.</p>	<p>Para niñas y niños de 1 mes de vida en adelante: Dapsona 2 mg/kg de peso corporal o 15 mg/ m²de superficie corporal (máximo</p>

Infección oportunista	Indicación	Esquema	Alternativa
	<ul style="list-style-type: none"> Niñas y niños que viven con VIH de mayor o igual a 6 años de edad con recuento de CD4 menor que 100 células/mm³ <p>Criterios para la interrupción de la profilaxis primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mayor o igual de 6 meses de TAR, y ✓ Entre 1 y 6 años de edad; el porcentaje de CD4 es mayor o igual que 15% durante más de 3 meses consecutivos. ✓ De 6 años de edad o más; recuento de CD4 mayor que 200 células/mm³ durante más de 3 meses consecutivos <p>Nota: No interrumpir en niñas y niños menores de 1 año de edad.</p> <p>Criterios para reiniciar la profilaxis primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entre 1 y 6 años de edad con porcentaje de CD4 menor que 15% ✓ Mayor o igual que 6 años de edad con recuento de CD4 menor que 100 a 200 células/mm³ 		<p>25 mg) por vía oral una vez al día, más Pirimetamina 1 mg/kg de peso corporal (máximo 25 mg) por vía oral una vez al día, más Leucovorina 5 mg por vía oral cada 3 días</p> <p>Horarios de dosificación alternativa para Trimetoprim sulfametoxazol:</p> <p>Trimetoprim sulfametoxazol 150/750 mg/ m² de superficie corporal por dosis una vez al día por vía oral 3 veces a la semana en 3 días consecutivos por semana.</p> <p>Trimetoprim sulfametoxazol 75/375 mg/ m² de superficie corporal por dosis dos veces al día por vía oral todos los días</p> <p>Trimetoprim sulfametoxazol 75/375 mg/m² de superficie corporal por dosis dos veces al día por vía oral 3 veces por semana en días alternos</p>
Virus Varicela-Zoster (VZV) Profilaxis primaria (posexposición)	<p>Profilaxis primaria post- exposición Indicada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Para pacientes con exposición a varicela zóster que no tienen antecedentes verificados de varicela zóster, o que son 	<p>inmunoglobulina humana anti-VZV 125 UI por 10 kg (Máximo 625 UI) IM administradas tan pronto sea posible y en un periodo de hasta 10 días después de una exposición significativa a una persona con varicela o herpes zóster activo.</p>	<p>Si la inmunoglobulina específica de varicela zoster no está disponible, se debe considerar la inmunoglobulina 400 mg/kg de peso corporal,</p>

Infección oportunista	Indicación	Esquema	Alternativa
	<p>seronegativos para virus varicela zoster por prueba anticuerpos, o que carecen de evidencia de vacunación.</p> <p>✓ Algunos expertos comienzan el Aciclovir en la primera aparición de erupción en niñas y niños con VIH, en lugar de proporcionar aciclovir como profilaxis.</p>	<p>Administrado idealmente dentro de las 96 horas (potencialmente beneficioso hasta 10 días) después de la exposición.</p>	<p>administrada una vez. Idealmente, la inmunoglobulina se debe administrar dentro de las 96 horas de la exposición.</p> <p>Cuando la inmunización pasiva no es posible, algunos expertos recomiendan la profilaxis con aciclovir 20 mg/kg de peso/dosis corporal (dosis máxima de aciclovir 800 mg) por vía oral, administrada cuatro veces al día durante 7 días, comenzando de 7 a 10 días después de la exposición</p>

CrCl*: Aclaramiento de creatinina,

Fuente: Tomado de Tabla 8.3 de la GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes. MinSalud 2021 (10). , la cual fue tomada y adaptada de: Recomendaciones en inmunización y prevención de enfermedades oportunistas de pacientes con VIH adultos y adolescentes del *Centers for Disease Control and Prevention (CDC), the National Institutes of Health*, y la asociación de medicina de VIH y SIDA (34), guía de prevención de enfermedades oportunistas en niñas y niños (35), INVIMA – SIVICOS (36), Normatividad nacional vigente tuberculosis (37) y GPC: Diagnóstico y tratamiento de la malaria 2020 (38).

5.5.3. Seguimiento paraclínico a niñas, niños y adolescentes viviendo con VIH

Tabla 28. Seguimiento paraclínico a niñas, niños y adolescentes viviendo con VIH

Evaluación preclínica	Al momento del diagnóstico	Al inicio o modificación de la TAR	A los 2 meses de TAR	Cada 6 meses desde el diagnóstico o inicio de TAR	Observaciones
Aspartato aminotransferasa (AST) – alanina aminotransferasa (ALT)	X	X	X	X	
Fosfatasa alcalina	X	X		X	
Bilirrubinas total y directa	X	X		X	
Amilasa	X	X		X	
Glicemia	X	X		X	En el caso de no poderse realizar en ayunas, se puede hacer la toma y se hace la respectiva anotación por parte del laboratorio, para que sea considerada durante la interpretación por el médico tratante.
Perfil lipídico completo (colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos)	X	X		X	
Creatinina	X	X		X	
Hemograma	X	X	X	X	
Hormona estimulante de la tiroides (TSH), tiroxina libre (T4 libre)	X	X			Repetir de acuerdo con criterio médico
Carga viral VIH (ARN cuantitativo).	X	X	X	X	
Recuento de Linfocitos T CD3, CD4, CD8 (total y porcentual)	X	X	X	X	Si no hay disponibilidad para realización de CD3 y CD8, solicitar como mínimo CD4.

Fuente: Tomado de Tabla 9.1 de la GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes. MinSalud 2021 (10).

5.5.4. Tamización para otras infecciones oportunistas en niñas, niños y adolescentes

Tabla 29. Tamización para otras infecciones oportunistas en niñas, niños y adolescentes viviendo con VIH

Evaluación preclínica	Al momento del diagnóstico	Al inicio o modificación del TAR	A los 2 meses de TAR	Cada 6 meses desde el diagnóstico o inicio de TAR	Cada año desde el diagnóstico inicio de TAR	Observaciones
Tuberculina	X				X	Si ha tenido tuberculosis previa, no se debe realizar.
Antígeno de superficie del VHB	X					Repetir sólo en caso de riesgo de infección: Se consideran factores de riesgo: tener relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas sexuales o con alguien que está infectado con el virus de la hepatitis B; compartir agujas durante el consumo de drogas intravenosas; hijo de madre que vive con el virus de la hepatitis B.
Anticuerpos HBsAg	X					Repetir si tiene valores de anticuerpos menor de 10 UI/ml luego de revacunación con 3 dosis y realizar control a las 2 semanas.
Anticuerpos hepatitis C	X					Repetir si existen factores de riesgo (consumo de drogas intravenosas)
Anticuerpos Virus Hepatitis A IgG	X					Si no ha sido vacunado al momento del diagnóstico
Toxoplasma IgG/IgM	X					Repetir de acuerdo con criterio médico
Prueba treponémica rápida y según resultado prueba no treponémica (VDRL/RPR)	X					Repetir en adolescentes con factores de riesgo
Citomegalovirus	X					Repetir a criterio médico

Fuente: Tomado de Tabla 9.2 la GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes. MinSalud 2021 (10).



6. Indicadores

Tabla 30. Indicadores VIH en población adulta

Nombre del indicador	Tipo de indicador	Definición operativa	Fórmula	Periodicidad	Unidad de medida	Fuente	Observaciones
Dimensión prevención							
Prescripción de PrEP (Indicador ONUSIDA)	Proceso	Número de personas que recibieron cualquier tipo de profilaxis previa a la exposición (PrEP) por lo menos una vez durante el período de notificación.	Número de personas que recibieron cualquier tipo de profilaxis previa a la exposición (PrEP) por lo menos una vez durante el período de notificación.	Anual	Número	SISCOSSR Módulo PrEP	Factible Módulo en desarrollo
Porcentaje de personas que completaron la profilaxis posexposición	Resultado	Proporción de personas que completaron la profilaxis	Numerador: Número de personas que completaron la profilaxis posexposición para VIH (28-30 días) / Denominador: Número de personas que iniciaron la profilaxis posexposición para VIH.	Anual	Proporción	SISCOSSR Módulo PEP	Factible Módulo en desarrollo
Dimensión tratamiento							
Inicio oportuno de TAR (adultos)	Resultado	Proporción de personas viviendo con VIH mayores a 18 años con inicio de	Numerador: Número de personas viviendo con VIH mayores de 18 años que inician	Anual	Proporción	Sistema de información de prestaciones de Servicios RIPS	Factible

Nombre del indicador	Tipo de indicador	Definición operativa	Fórmula	Periodicidad	Unidad de medida	Fuente	Observaciones
		oportuno de TAR dentro de los 28 días luego del diagnóstico	TAR dentro de los 28 días luego del diagnóstico/ Denominador: Número de personas viviendo con VIH mayores de 18 años confirmados con VIH en el periodo de estudio			(SIVIGILA y CAC)	
Inicio oportuno de TAR (gestantes)	Resultado	Proporción de personas viviendo con VIH gestantes con inicio oportuno de TAR dentro de los 7 días luego del diagnóstico	Numerador: Número de personas viviendo con VIH gestantes que inician TAR durante los 7 días luego de 2 pruebas iniciales positivas Denominador: Número de personas viviendo con VIH gestantes con 2 pruebas iniciales positivas	Anual	Proporción	Registros de EAPB (Revisar seguimiento nominal*Pruebas rápidas) y CAC)	Posiblemente factible
Carga viral indetectable a los 12 meses de tratamiento	Resultado	Proporción de personas viviendo con VIH en tratamiento antirretroviral con carga viral indetectable a los 12 meses de TAR	Numerador: Número de personas viviendo con VIH con carga viral indetectable a los 12 meses del inicio del tratamiento / Denominador: Número de personas viviendo con VIH que se encuentran en TAR por 12 meses	Anual	Proporción	Registros de EAPB (CAC)	Factible

Nombre del indicador	Tipo de indicador	Definición operativa	Fórmula	Periodicidad	Unidad de medida	Fuente	Observaciones
Cambio de TAR durante los primeros doce meses de tratamiento	Resultado	Proporción de personas viviendo con VIH con cambio de TAR del esquema inicial en el primer año de tratamiento	<p>Numerador: Número de personas viviendo con VIH que inician TAR en el período de reporte que cambian alguno de los medicamentos de la TAR dentro de los 12 meses posteriores al inicio del tratamiento /</p> <p>Denominador: Número de personas viviendo con VIH que inician TAR hasta dos años antes de la fecha de corte.</p>	Anual	Proporción	Registros de EAPB (CAC)	Posiblemente factible: otro que explore cambios falla virológica-proxy falla de primera vez.
Cobertura de la TAR en adultos (Indicador 28 del Consenso 2023 de la CAC)	Proceso	Proporción de PVV que se encuentran recibiendo TAR	<p>Numerador: Número de PVV que se encuentran recibiendo TAR actualmente /</p> <p>Denominador: Total de PVV reportadas en el periodo</p>	Anual	Proporción	CAC	Factible Se mide cobertura al momento del corte de información
Abandono de la TAR durante el periodo (Indicador 19 del Consenso 2023 de la CAC)	Proceso	Proporción de PVV	<p>Numerador: Número de PVV que no han reclamado la TAR durante 6 meses o más /</p> <p>Denominador: Total de PVV reportadas en el periodo</p>	Anual	proporción	CAC	Factible Abandono se define como PVV con 6 o más meses sin reclamar la TAR en el periodo (así sean intermitentes). Se validará según la

Nombre del indicador	Tipo de indicador	Definición operativa	Fórmula	Periodicidad	Unidad de medida	Fuente	Observaciones
							cantidad de entregas de TAR que reciba el paciente en el periodo.
Dimensión seguimiento y retención							
Atención por equipo interdisciplinario en el periodo (Indicador 20 del Consenso 2023 de la CAC)	Proceso	Proporción de personas que viven con VIH que recibieron atención por el equipo interdisciplinario	Numerador: Número de personas que viven con VIH que recibieron atención por el equipo interdisciplinario según la GPC Denominador: Total de personas viviendo con VIH reportadas en el período.	Anual	proporción	CAC,	Factible Según la GPC el equipo interdisciplinario está compuesto por: médico experto, médico especialista en infectología, químico farmacéutico, odontólogo, psicólogo y/o trabajador social y/o enfermería. Deberá recibir mínimo una atención por todas las especialidades o profesiones mencionadas.
Atención integral de las gestantes que viven con VIH	Proceso	Proporción de gestantes que viven con VIH que reciben atención obstétrica en	Numerador: Número de gestantes que viven con VIH que reciben atención	Anual	proporción	Sistema de información de prestaciones de Servicios RIPS	Ninguna

Nombre del indicador	Tipo de indicador	Definición operativa	Fórmula	Periodicidad	Unidad de medida	Fuente	Observaciones
		un programa de atención integral.	obstétrica en un programa de atención integral al VIH. Denominador: Total de mujeres gestantes que viven con VIH.				
Esquema completo de vacunación (Indicador 18 del Consenso 2023 de la CAC)	Proceso	Proporción de PVV que tienen completo el esquema de vacunación	Numerador: Número de PVV que tienen el esquema completo de vacunación / Denominador: Total de PVV reportadas en el periodo	Anual	proporción	CAC	Factible El numerador incluye los casos que cuentan con los siguientes esquemas de vacunación completa según la edad al corte: * En población adulta: vacunación de neumococo, influenza y VPH.

Fuente: tomado Tabla 12.7 de GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. MinSalud 2021 (9) y CAC 2023 (39)

Tabla 31. Indicadores de VIH en población pediátrica

Nombre del indicador	Tipo de indicador	Definición operativa	Fórmula	Periodicidad	Unidad de medida	Fuente	Observaciones
Dimensión prevención²							
Profilaxis en niñas y niños expuestos a VIH	Proceso	Proporción de niñas y niños expuestos al VIH que reciben profilaxis ³ , hijos e hijas de madres con diagnóstico de VIH	Numerador: Número de niñas y niños expuestos al VIH, que reciben profilaxis / Denominador: Número de niñas y niños expuestos a VIH	Anual	Proporción	MinSalud (sistema de información de la estrategia TMI) CAC	Factible
Porcentaje de TMI del VIH	Resultado	Proporción niñas y niños menores de 2 años de edad con diagnóstico de VIH por vía materno infantil.	Numerador: Número de niñas y niños menores de 2 años infectados con VIH por vía materno infantil / Denominador: Número de niñas y niños menores de 2	Anual	Proporción	MinSalud (sistema de información de la estrategia TMI)	Factible Se desagregaría para dar cuenta también en quienes no desarrollan la infección por VIH

² Desagregación de los siguientes indicadores

Según categoría de riesgo de TMI (alto o bajo riesgo) y edad gestacional:

a. Alto riesgo:

- Menor de 32 semanas
- Mayor o igual de 32 semanas y menor de 34 semanas
- Mayor o igual de 34 semanas y menor de 37 semanas
- Mayor o igual de 37 semanas

b. Bajo riesgo:

- Menor de 32 semanas
- Mayor o igual de 32 semanas y menor de 34 semanas
- Mayor o igual de 34 semanas y menor de 37 semanas
- Mayor o igual de 37 semanas

³ Ver criterios de alto/bajo riesgo de TMI

Nombre del indicador	Tipo de indicador	Definición operativa	Fórmula	Periodicidad	Unidad de medida	Fuente	Observaciones
			años de edad expuestas al VIH en el periodo a medir.				
Cobertura de tamización con pruebas de ADN proviral o carga viral ARN a recién nacidos de alto riesgo de infección por VIH en las primeras 72 horas de nacido	Proceso	Proporción de niñas y niños con alto riesgo de infección por VIH con tamización con pruebas de ADN proviral o carga viral ARN en las primeras 72 horas de nacido.	Numerador: Número de niñas y niños de alto riesgo de infección por VIH, a quienes se les realizó una prueba de ADN proviral o carga viral ARN en las primeras 72 horas de nacidos / Denominador: Número total de niñas y niños de alto riesgo de infección por VIH en el período a medir	Anual	Proporción	MinSalud, sistema de información de la estrategia TMI	Factible
Dimensión tratamiento							
Tiempo de inicio de TAR (niñas, niños y adolescentes)	Proceso	Mediana del tiempo transcurrido entre el diagnóstico de VIH de niñas, niños y adolescentes y el inicio de TAR	Tiempo en días a partir de la fecha del diagnóstico de VIH y la prescripción de TAR	Anual	Mediana	Información reportada por EAPB o quien haga sus veces (CAC)	Factible. A medida que el país amplía el acceso al diagnóstico del VIH y la estrategia "test and treat" es importante vigilar si las personas reciben la TAR de manera temprana.
Carga viral indetectable a los 12 meses de tratamiento en niñas, niños y adolescentes	Resultado	Proporción de personas viviendo con VIH en tratamiento antirretroviral con Carga viral indetectable a los 12 meses de TAR	Numerador: Número de personas viviendo con VIH con carga viral indetectable a los 12 meses del inicio del tratamiento / Denominador: Número de niñas, niños y adolescentes viviendo con VIH que se encuentran en TAR por 12 meses	Anual	Proporción	Registros de EAPB o quien haga sus veces (CAC)	Factible

Nombre del indicador	Tipo de indicador	Definición operativa	Fórmula	Periodicidad	Unidad de medida	Fuente	Observaciones
<p>Cobertura de la TAR en niñas, niños y adolescentes.</p> <p>(Indicador 28 del Consenso 2023 de la CAC)</p>	Proceso	Proporción de niñas, niños y adolescentes viviendo con VIH que se encuentran recibiendo TAR	<p>Numerador: Número de niñas, niños y adolescentes viviendo con VIH que se encuentran recibiendo TAR actualmente /</p> <p>Denominador: Total de niñas, niños y adolescentes viviendo con VIH reportados en el periodo</p>	Anual	Proporción	CAC	<p>Factible</p> <p>Se mide cobertura al momento del corte de información</p>
<p>Abandono de la TAR durante el periodo en niñas, niños y adolescentes.</p> <p>INDICADOR 19 DEL CONSENSO 2023 DE LA CAC</p>	Proceso	Proporción de PVV	<p>Numerador: Número de PVV que no han reclamado la TAR durante 6 meses o más /</p> <p>Denominador: Total de PVV reportadas en el periodo</p>	Anual	Proporción	CAC	<p>Factible</p> <p>Abandono se define como PVV con 6 o más meses sin reclamar la TAR en el periodo (así sean intermitentes). Se validará según la cantidad de entregas de TAR que reciba el paciente en el periodo.</p>
Dimensión seguimiento y retención							
<p>Atención por parte de equipo interdisciplinario (psicología) a adolescentes que viven con VIH y tienen comorbilidades en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas</p>	Proceso	Proporción de adolescentes que viven con VIH y tienen comorbilidades en salud mental o trastornos por consumo de sustancias psicoactivas que son atendidos por parte de psicología.	<p>Numerador: Número de adolescentes que viven con VIH y tienen comorbilidades en salud mental o trastornos por consumo de sustancias psicoactivas que son atendidos por psicología.</p> <p>Denominador: Número de adolescentes que viven con VIH y tienen trastornos de salud mental o que consumen sustancias psicoactivas.</p>	Anual	Proporción	RIPS	Ninguna

Nombre del indicador	Tipo de indicador	Definición operativa	Fórmula	Periodicidad	Unidad de medida	Fuente	Observaciones
Esquema completo de vacunación en niñas, niños y adolescentes. INDICADOR 18 DEL CONSENSO 2023 DE LA CAC	Proceso	Proporción de PVV que tienen el esquema completo de vacunación	Numerador: Número de PVV que tienen el esquema completo de vacunación / Denominador: Total de PVV reportadas en el periodo	Anual	Proporción	CAC	Factible El numerador incluye los casos que cuenten con los siguientes esquemas de vacunación completa según la edad al corte: * En población pediátrica: esquema del programa ampliado de inmunización (PAI), neumococo, influenza, y VPH.

Fuente: tomado de Tabla 11.6 de GPC para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescente. MinSalud 2021 (10). y Consenso 2023 de la CAC (39)

Tabla 32. Otros indicadores

Nombre del indicador	Tipo de indicador	Definición operativa	Fórmula	Periodicidad	Unidad de medida	Fuente	Observaciones
Personas con nuevo diagnóstico de VIH que inician TAR con esquemas basados en Dolutegravir	Proceso	Proporción de personas con nuevo diagnóstico de VIH que inician TAR con esquemas basados en dolutegravir	Numerador: Número de personas con nuevo diagnóstico de VIH que inician TAR con esquemas basados en dolutegravir / Denominador: número de personas con nuevo diagnóstico de VIH reportadas a la CAC.	Anual	Proporción	CAC	Ninguna
Personas migrantes regulares recibiendo TAR con	Proceso	Proporción de personas migrantes regulares que	Numerador: Número de personas migrantes regulares que viven con VIH que reciben TAR con	Anual	Proporción	CAC	Ninguna

esquemas basados en Dolutegravir		viven con VIH que reciben TAR con esquemas basados en dolutegravir	esquemas basados en dolutegravir / Denominador: Número de personas migrantes regulares que viven con VIH reportadas a la CAC.				
Personas migrantes irregulares recibiendo TAR con esquemas basados en dolutegravir	Proceso	Proporción de personas migrantes irregulares que viven con VIH que reciben TAR con esquemas basados en dolutegravir	Numerador: Número de personas migrantes irregulares que viven con VIH que reciben TAR con esquemas basados en dolutegravir / Denominador: número de personas migrantes regulares que viven con VIH reportadas a la CAC.	Anual	Proporción	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de MinSalud a proveedores de atención a migrantes. - CAC tan pronto salga la modificación de la Resolución 273 de 2019 	En proceso

Fuente: Elaboración propia



Salud



7. Referencias

1. ONUSIDA. Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. [Internet]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
2. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Los casos nuevos de infección por el VIH aumentaron más del 20% en América Latina en la última década. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-11-2020-casos-nuevos-infeccion-por-vih-aumentaron-mas-20-america-latina-ultima-decada>
3. Instituto Nacional de Salud (INS). VIH/SIDA. Periodo epidemiológico 13. Colombia, 2022. [Internet]. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH%20PE%20XIII%202022.pdf>
4. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). Situación del VIH en Colombia, 2022. 2023.
5. UNAIDS. HIV estimates with uncertainty bounds 1990-Present. [Internet]. Disponible en: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/HIV_estimates_with_uncertainty_bounds_1990-present
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1579 de 2023 Por medio de la cual se declara la existencia de razones de interés público para someter una patente de los medicamentos cuyo principio activo es el Dolutegravir a licencia obligatoria en la modalidad de uso gubernamental [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%201579%20de%202023.pdf
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), ONUSIDA. Propuesta para incrementar la cobertura de salud de las personas refugiadas y migrantes con VIH de la República Bolivariana de Venezuela Consideraciones sobre la pandemia de COVID-19 [Internet]. 2021. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54912/OPSONUSIDACDECOVID19210013_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe de Recomendaciones del Comité Técnico Interinstitucional sobre la declaración de interés público de los medicamentos cuyo principio activo es el dolutegravir con fines de licencia obligatoria [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/informe-recomendaciones-comite-tecnico-interinstitucional-dip-dmts-05092023.pdf>
9. Ministerio de Salud y Protección Social, Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. Versión completa. Bogotá D.C. Colombia; 2021. 2021.
10. Ministerio de Salud y Protección Social, Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes. Guía Completa 2021. 2021.

11. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. World Health Organization; 2021.
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las infecciones de transmisión sexual, el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el virus de la hepatitis B y el virus de la hepatitis C. [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/protocolo-riesgo-biologico-its-vih-hepatits.pdf>
13. Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W, editores. Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2019. 419 p. (Health policy series).
14. World Health Organization. Updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring. Geneva: World Health Organization; 2021.
15. HHS Panel on Treatment of, HIV During Pregnancy and Prevention of Perinatal Transmission—, A Working Group of the NIH Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC), HHS Panel on Treatment of. Panel on Treatment of HIV During Pregnancy and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs During Pregnancy and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Department of Health and Human Services [Internet]. 2024 [citado 30 de abril de 2024]. Disponible en: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal>
16. Panel on Antiretroviral Therapy and Medical Management of Children Living with HIV. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection. Department of Health and Human Services [Internet]. 2023. Disponible en: <https://clinicalinfo.hiv.gov/sites/default/files/guidelines/documents/pediatric-arv/guidelines-pediatric-arv.pdf>
17. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). Manual metodológico para la elaboración e implementación de rutas integrales de atención en salud [Internet]. Bogotá; 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>
18. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. *Aids*. 2014;28(10):1509-19.
19. Weller S, Davis K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission . *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(1):CD003255.
20. Bailey RC, Moses S, Parker CB, Agot K, Maclean I, Krieger JN, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*. febrero de 2007;369(9562):643-56.
21. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, Nalugoda F, et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *The lancet*. 2007;369(9562):657-66.

22. Millett GA, Flores SA, Marks G, Reed JB, Herbst JH. Circumcision status and risk of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men: a meta-analysis. *JAMA*. octubre de 2008;300(14):1674-84.
23. Irvine C, Egan KJ, Shubber Z, Van Rompay KKA, Beanland RL, Ford N. Efficacy of HIV Postexposure Prophylaxis: Systematic Review and Meta-analysis of Nonhuman Primate Studies. *Clinical Infectious Diseases*. junio de 2015;60(suppl_3):S165-9.
24. Ministerio de Salud y Protección Social - Organización Panamericana de la Salud. Profilaxis Preexposición al VIH (PrEP) Lineamiento para la implementación de la PrEP en Colombia. 2023.
25. World Health Organization. WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection. Module 13. Integrating STI services. [Internet]. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057425>
26. Kuhar DT, Henderson DK, Struble KA, Heneine W, Thomas V, Cheever LW, et al. Updated US Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. update 2018 de 2013;
27. Asanati K, Bhagani S, Boffito M, Cresswell F, Delpech V, Ellis J, et al. UK Guideline for the use of HIV Post-Exposure Prophylaxis 2021. *British Association for Sexual Health and HIV*. 2023;
28. World Health Organization; Guidelines for HIV post-exposure prophylaxis. [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240095137>
29. Lockman S, Brummel SS, Ziemba L, Stranix-Chibanda L, McCarthy K, Coletti A, et al. Efficacy and safety of dolutegravir with emtricitabine and tenofovir alafenamide fumarate or tenofovir disoproxil fumarate, and efavirenz, emtricitabine, and tenofovir disoproxil fumarate HIV antiretroviral therapy regimens started in pregnancy (IMPAACT 2010/VESTED): a multicentre, open-label, randomised, controlled, phase 3 trial. *The Lancet*. 2021;397(10281):1276-92.
30. Waitt C, Orrell C, Walimbwa S, Singh Y, Kintu K, Simmons B, et al. Safety and pharmacokinetics of dolutegravir in pregnant mothers with HIV infection and their neonates: a randomised trial (DoIPHIN-1 study). *PLoS medicine*. 2019;16(9):e1002895.
31. Ministerio de relaciones exteriores- Migracion. Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela R4V a Noviembre de 2023 [Internet]. Disponible en: <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias-migracion-colombia/infografias-2022>
32. Varela Arévalo MT, Salazar Torres IC, Correa Sánchez D. Adherencia al tratamiento en la infección por vih/sida: consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta colombiana de psicología*. 2008;11(2):101-13.
33. Arrieta-Martínez JA, Estrada-Acevedo JI, Gómez CA, Madrigal-Cadavid J, Serna JA, Giraldo PA, et al. Factores relacionados con la no adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH/sida. *Farmacia Hospitalaria*. 2022;46(6):319-26.
34. Jonathan E. Kaplan M, Constance Benson M, King K. Holmes, MD P, John T. Brooks M, Alice Pau P, Henry Masur M. Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents </P><P>Recommendations from CDC,

- the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America</p></div>
<div data-bbox="134 153 864 202" data-label="Text"><p>35. George K. Siberry, MD MJA, Sharon Nachman, MD3 , Michael T. Brady, MD4 KLD. Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Exposed and HIV-Infected Children: Bone. 2014;23(1):1-7.</p></div>
<div data-bbox="134 208 836 226" data-label="Text"><p>36. (INVIMA) IN de V de M y A. Sistema de Tramites en Línea - Consultas Públicas.</p></div>
<div data-bbox="134 231 864 297" data-label="Text"><p>37. Social. M de S y P. Resolución 227 de 2020 Por medio de la cual se adoptan los lineamiento técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis -PNPCT y se dictan otras disposiciones [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 227 de 2020.pdf</p></div>
<div data-bbox="134 303 864 335" data-label="Text"><p>38. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la malaria Guía 2020.</p></div>
<div data-bbox="134 342 864 408" data-label="Text"><p>39. Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). Consenso basado en la evidencia: indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano (actualización); Bogotá, D. C. 2023.</p></div>
<div data-bbox="134 414 864 479" data-label="Text"><p>40. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS. Manual de participación y deliberación [Internet]. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS; 2014 [citado 15 de febrero de 2024]. Disponible en: http://www.iets.org.co/Archivos/65/Manual Participacion.pdf</p></div>
<div data-bbox="134 486 864 551" data-label="Text"><p>41. Mesa L, Estrada K. Guía para el involucramiento de actores en las evaluaciones de tecnología en salud [Internet]. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS; 2020 [citado 15 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.iets.org.co/Archivos/Guia_para_el_involucramiento_de_actores.pdf</p></div>
<div data-bbox="134 558 864 606" data-label="Text"><p>42. Hunger T, Schnell-Inderst P, Sahakyan N, Siebert U. Using expert opinion in health technology assessment: A guideline review. Int J Technol Assess Health Care. enero de 2016;32(3):131-9.</p></div>
<div data-bbox="134 612 864 678" data-label="Text"><p>43. EUnetHTA. Stakeholder Involvement Policy: EUnetHTA Joint Action 2010-2012 [Internet]. 2010 [citado 16 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.eunetha.eu/wp-content/uploads/2018/01/EUnetHTA-JA-Stakeholder-Involvement-Policy.pdf</p></div>
<div data-bbox="134 685 864 733" data-label="Text"><p>44. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS. Política de Transparencia [Internet]. 2013 [citado 16 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.iets.org.co/Archivos/Pol%C3%ADtica_Transparencia_final.pdf</p></div>
<div data-bbox="134 739 864 789" data-label="Text"><p>45. Beltrán E. Metodología para identificación y gestión de los conflictos de interés. Fundamentos conceptuales y procedimentales. Bogotá: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS; 2020.</p></div>
<div data-bbox="134 795 864 844" data-label="Text"><p>46. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS. Gestión de conflictos de interés [Internet]. [citado 14 de febrero de 2024]. Disponible en: http://www.iets.org.co/ciudadania/comite-de-gestion-de-los-conflictos-de-intereses/</p></div>
<div data-bbox="134 850 864 900" data-label="Text"><p>47. Fundación Santa Fe de Bogotá. Ministerio de Salud y Protección Social Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. 2014.</p></div>
<div data-bbox="913 920 951 937" data-label="Page-Footer"><p>106</p></div>
<div data-bbox="406 977 583 994" data-label="Page-Footer"><p>www.minsalud.gov.co</p></div>

8. Anexos

Anexo 1. Informe de conformación del grupo desarrollador, mapeo de los actores, contacto con partes interesadas, convocatoria y conformación del momento de validación externa

Introducción

La participación en salud, al ser interdependiente de la realización efectiva del derecho a la salud, permite a los diferentes actores sociales asumir la responsabilidad y el compromiso de hacer parte de las deliberaciones y discusiones sobre los problemas en salud que afectan a la comunidad (40).

En este marco, el Ministerio de Salud y Protección Social y el IETS favorecen el involucramiento de actores interesados en los proyectos que ejecutan, pues configura una participación muy importante en la medida en que los espacios de deliberación con las partes interesadas son clave para la obtención de datos relevantes en la definición de aspectos centrales de los procesos y que no son necesariamente identificables en la literatura (41). En términos generales, se espera que los actores aporten datos cuantitativos, cualitativos, experiencia y conocimiento derivado de la práctica alrededor del tema en particular (42), y que permitan orientar los procesos de toma de decisiones en salud (41).

Para el caso específico de la vía clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas viviendo con VIH, al ser una herramienta de gestión que procura la estandarización de la práctica clínica detallando y operativizando los pasos esenciales para el cuidado de los pacientes, se requiere de la participación de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud competentes y expertos en el tema para apoyar el proceso. Así, la participación tiene un alcance determinado y se da en momentos específicos: es una participación consultiva en la que los actores expresan voluntaria y libremente sus ideas, opiniones y posturas respecto del tema por el cual fueron convocados (40) y acompañan el desarrollo de la vía clínica desde su trayectoria y experiencia clínica.

En este punto, es necesario mencionar que los expertos son considerados como personas eruditas en un tema o método; cuentan, además, con la formación y trayectoria suficiente para ser reconocidos como conocedores en profundidad (41).

Así las cosas, y considerando la necesidad de contar con expertos en el grupo desarrollador (GD), se hizo una identificación de organizaciones relacionadas con el tema que rápidamente podrían delegar profesionales clínicos para apoyar al GD. Posteriormente, se desarrolló un espacio de socialización con el GD, el Ministerio de Salud y Protección Social como ente regulador y financiador del proceso, y otros actores expertos conforme al mapeo desarrollado.

A continuación, se describe con más detalle la gestión adelantada, hasta el momento, del proceso participativo de la vía clínica para VIH.

Metodología de convocatoria

Mapeo de los actores

Todo proceso de gestión de espacios participativos comienza con un mapeo de actores involucrados, de acuerdo con la Red Europea de Evaluación de Tecnologías (EUnetHAT, *European Network for Health Technology Assessment*, por su sigla en inglés). Se entiende por actores aquellos que corresponden a grupos u organizaciones que pueden proveer información relevante sobre la perspectiva de los grupos que representan y que serán afectados por la decisión; también son grupos u organizaciones que pueden, en un rol consultivo, contribuir a las acciones u objetivos de una organización, proyecto o política en salud (43).

En este contexto, para la vía clínica (VC) en referencia, el mapeo o identificación de los actores clave se desarrolló conforme el objetivo del involucramiento y la temática. Luego de diversas evaluaciones tienen aval del comité de gestión de conflictos de intereses del IETS y del Ministerio de Salud y Protección Social los siguientes expertos:

Tabla 33. Expertos clínicos del grupo desarrollador

Organización que delega	Delegado	Perfil
Asociación Colombiana de Infectología (ACIN)	Alexandra Sierra García	Médica y cirujana. Especialista en pediatría. Especialista en enfermedades infecciosas en pediatría. Máster de actualización en la infección por VIH. Actual líder del comité de VIH (pediatría) de la ACIN. Docente de la Universidad del Valle.
Experto independiente	Carlos Humberto Saavedra Trujillo	Médico y cirujano. Especialista en medicina interna. Especialista en patología infecciosa. Magíster en epidemiología clínica. Profesor titular de la Universidad Nacional de Colombia.

Fuente: elaboración propia

Acompañan a este grupo de expertos clínicos, el grupo desarrollador, el cual se encuentra enunciado en los autores de este documento.

Para el momento de la validación se complementó el mapeo de actores considerando otros actores como:

Tabla 34. Actores identificados

Tipo de actor	Actores
Expertos clínicos	ACIN – comités de VIH (adultos y pediatría). Expertos que participaron en el desarrollo de la GPC para VIH.
Entidades del gobierno nacional y territorial	Referentes de salud sexual y reproductiva de las secretarías de salud territoriales de departamentos y distritos. Cuenta de Alto Costo. Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles.
Gremios de aseguradores	ACEMI y Gestar salud.
Referentes especializados de programas de VIH de IPS	<ul style="list-style-type: none"> ● Aunarsalud Servicios Integrales en Salud ● Asistencia Científica de Alta Complejidad ● Biosamar IPS ● Infectólogos Clínicos Colombia ● Renacerá IPS ● IPS de la Costa ● Oportunidad y vida ● Quimiosalud S.A.S - Agencia San Andrés Islas, Riohacha y Cartagena

públicas y privadas	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de Atención en Salud Cafam El Bosque y Avenida Américas • Clínica Comfamiliar • Centro de atención y diagnóstico de enfermedades infecciosas C.D.I. S.A • CMIAC IPS Guajira • Corporación de lucha contra el SIDA • E.S.E Hospital La María • EPS Sanitas Centro Médico Palermo • Salud Llanos IPS 	<ul style="list-style-type: none"> • IPS Saludable Medica Sede Guajira • IPS Vital Guajira • Medicina Integral IPS – Valledupar, Sincelejo Montería y Manizales • Mediser IPS • Hospital Universitario San Ignacio • Mi IPS S.A.S • Mega Salud Villavicencio • Todomed Ltda. Cali • Hospital Militar Central • Unidad de Servicios de Salud Santa Clara • Sies Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Sies Salud Villavicencio • IPS Sura Salud en Casa - Rionegro • IPS Sura Salud en Casa - Medellín • Vital Salud del Caribe IPS S.A • Vidamedical IPS S.A.S • Virrey Solis IPS • Esvida Magangué • Fundación Siam - Pereira • Fundación Tiempo de Vida - Sede Valledupar • Unidad de vida San Juan de Dios IPS
Referentes especializados de programas de VIH de IPS públicas y privadas	<ul style="list-style-type: none"> • Cajacopi • Capresoca EPS • Comfaorient • Comfasucre • Comfenalco Valle • Comfachocó • Coosalud Subsidiado • Compensar EPS • Capital Salud EPS • Salud Mia EPS 	<ul style="list-style-type: none"> • EPS Sanitas • Famisanar EPS • Nueva EPS - Contributivo • Nueva EPS - Subsidiado • Mutual Ser EPS - Contributivo • Mutual Ser EPS - Subsidiado • Servicio Occidental De Salud • Savia Salud EPS • Salud Total EPS • Convida EPS 	<ul style="list-style-type: none"> • Pijaos Salud EPSI • Mallama • Dusakawi EPSI • Acosos EPS • EPS Sura • Aliansalud • Asmet Salud EPS • Anas Wayuu EPSI • Asociación Indígena del Cauca
Organizaciones de base comunitaria y organizaciones de sociedad civil	<ul style="list-style-type: none"> • FUVADIS • Fundación RASA • Corporación Mujer, Denuncia y Muévete • Senderos Asociación Mutual • Fundación Huellas de Arte • Fundación Hoasis • Fundación CENSURADOS • Fundación OAH • Liga colombiana de lucha contra el sida • Corazón Doble Tricolor • Panas Sin Fronteras • Corporación Red Somos • Pastoral Social Palmira • Fundación Ancla • Fundación El Bochinche • Fundación Casa Gami • Fundación Chaina • Fundamor • Proyecto Espiritual Quirón • RECOLVHI – Cali 	<ul style="list-style-type: none"> • FUNDAHUSTA • Profamilia • Fundación Manos de Alegría • Fundación Nakamás • Corporación CONPAZES • Corporación Consentidos • Acción Prometea • Fundación Mano Amiga • Corporación Casa Camiliana • Organización Acción Humanística • Fundación FUNVIMESOL • Santamaria Fundación • Comunidad Internacional de mujeres viviendo - ICW Colombia • Obc Manos Unidas Por La Vida • Asmubuli • Fundación Sky • Caribe Afirmativo • Corporación Pazaporte • Fundación Cedecsocial 	<ul style="list-style-type: none"> • Fundación Shalom Casa de Paz • Red TRANS - Santander • Fundación Mujer y Futuro • Abrazos de mamá/Plataforma LGBTIQ Santander • FUNDARVI • Sinergia Centro de Asesoría • Enlace LGBTI Alcaldía Distrital • Corporación Diversa • Corporación Equidad • Fundación Volver a Vivir • Recolvih • Fundación Híbridas • Asociación Lila Mujer • Asociación Proyecto Gente • Asociación Transmujer • Corporación Viviendo • Fundación FUDESMAL • Lilihelbe

Fuente: elaboración propia.

Para el momento de la validación externa se completó el mapeo de actores, considerando la importancia de su rol en la atención de VIH en el país y su alcance (para el caso de las

IPS, si tenían programas especializados de atención de pacientes viviendo con VIH), adicionalmente, se tuvieron en cuenta aquellos actores que en un primer momento de convocatoria se inscribieron para participar:

Tabla 35. Mapeo de actores para la validación externa

Tipo de actor	Organizaciones identificadas
Expertos temáticos	Expertos independientes
Expertos temáticos	Expertos independientes
Academia	Grupo de investigación VIH/Sida y salud pública del Doctorado en Salud Pública Universidad Nacional
Academia	Grupo de investigación PROMESA, Escuela de enfermería de la Universidad del Valle
Academia	Grupo Inmunovirología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia
IPS pública	Hospital Civil de Ipiales E.S.E.
IPS pública	E.S.E Hospital Regional Occidente
IPS privada	Fundación SIAM
IPS privada	SIES Salud IPS
IPS privada	Virrey Solís IPS
IPS privada	Corporación de Lucha Contra el Sida
IPS privada	Servicios médicos integrales IPS
EAPB	Salud Total EPS
EAPB	Nueva EPS
EAPB	Capital Salud EPS
Entidades departamentales	Gobernación del Atlántico
Entidades departamentales	Gobernación de Caquetá
Entidades departamentales	Gobernación de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
Entidades departamentales	Instituto Departamental de Salud de Nariño
Entidades distritales	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Entidades distritales	Departamento Administrativo Distrital de Salud- DADIS
Entidades del gobierno nacional	Cuenta de Alto Costo
Entidades del gobierno nacional	INVIMA
Usuarios vía clínica	Corporación Red Somos
Usuarios vía clínica	Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA
Usuarios vía clínica	Fundación Ancla
Agremiaciones	ACEMI
Agremiaciones	Gestar Salud

Fuente: elaboración propia.

Convocatoria y desarrollo de espacio de validación externa

Para el desarrollo del espacio de validación externa con el financiador y demás partes interesadas se realizó una convocatoria vía correo electrónico en la que se solicitó la inscripción al proceso a través de este enlace: <https://forms.gle/5CV3obwU4ZD2jnZc6>

Las personas que se inscribieron posteriormente diligenciaron la declaración de intereses y acuerdo de confidencialidad. Paralelamente, el Ministerio de Salud y Protección Social consultó en la base de transferencias de valor la información sobre los participantes, que sirviera de insumo para la gestión de los conflictos de intereses. Con el aval, tanto del comité de conflictos del IETS como del Ministerio, se les convocó a dos espacios virtuales los días 29 y 30 de mayo a las 4:00 p.m. y para que la participación fuera informada, a los participantes se les envió previamente un enlace para acceder a los algoritmos y tablas

contenidas en la vía clínica, así como un formulario para la recolección de comentarios: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdG6QEVvKAKDj_VCVTP4CDb1mgSVM_BH_zcxwP6Q6GsBeOuwyw/viewform?usp=sf_link

Gestión de los conflictos de intereses

Se parte de entender los conflictos de intereses (CDI), como aquellas “*posibles situaciones de orden moral, intelectual y económico que pueden impedirle a una persona actuar en forma objetiva e independiente, ya sea porque le resulte particularmente conveniente, le sea personalmente beneficioso o porque sus familiares en los grados indicados en la ley se vean igualmente beneficiados*” (44). En otras palabras, los conflictos de intereses son las tensiones que existen cuando los intereses privados pueden llegar a prevalecer sobre los intereses generales, colectivos o públicos (45).

En el IETS ha establecido la política de transparencia mediante la cual se busca gestionar de forma adecuada los potenciales conflictos de intereses, asegurando la legitimidad y la transparencia de todos los procesos que el IETS tiene a su cargo, especialmente garantizando que quienes participen en los procesos no tengan intereses que puedan afectar su objetividad o incidir en las recomendaciones a favor de sus intereses personales (46).

El proceso de identificación y gestión de los CDI potenciales inicia con la declaración de estos por parte de los participantes. Para ello, el IETS dispone de un formato electrónico cuyo enlace se puede ver aquí: <http://herramientas.iets.org.co/declaracion/home.aspx> Una vez los participantes han diligenciado el formato de declaración de CDI, la información entregada es analizada por parte del comité de gestión de los conflictos de intereses con el fin de identificar, tipificar y gestionar los potenciales conflictos.

Para la adecuada gestión de los conflictos, la deliberación del comité parte del reconocimiento la inevitable tensión entre procurar el derecho a la participación y, al mismo tiempo, generar condiciones adecuadas que no les resten legitimidad, validez y confiabilidad a la emisión de recomendaciones que se generan desde el IETS (45).

También se toman en cuenta, los hechos con vigencia de dos años hacia atrás del momento en el que se hace la declaración, así como las características de los procesos o proyectos en los que las personas participarán o ejercerán sus funciones. Valorando caso a caso, se tipifican los conflictos de intereses (si son financieros, no financieros, personales u organizacionales), y se valora la experticia en función del tema utilizando una matriz que facilita el análisis y la ponderación de la experticia y del conflicto potencial (45).

Para los casos en los que la información consignada en los formatos no es suficiente, se solicita la aclaración respectiva por correo electrónico. Las respuestas enviadas por los actores también son tenidas en cuenta como elementos adicionales de análisis.

Con estos elementos de análisis (la experiencia y trayectoria profesional, la declaración de los potenciales CDI y las aclaraciones adicionales), el comité define el alcance de la participación de los actores de acuerdo con los niveles establecidos en la política de transparencia, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 36. Categorías de participación.

Alcance de la participación	Definición	Implicación
Participación	Identifica el conflicto como inexistente. Esta condición ocurre cuando la persona no declara ningún interés en particular o cuando se declara algún interés que no guarda relación específica con el tema, proyecto o proceso.	La persona puede participar en todos los procesos y pasos sin limitaciones.
Limitación parcial	Identifica el conflicto como probable. Esta condición ocurre cuando la persona declara un interés particular que, a consideración del comité, podría afectar la independencia y objetividad de la persona de alguna manera, pero que no le impide completamente su participación en algunas etapas del proceso.	Se limita la participación del individuo en el proceso o procesos relacionados con el interés (específico o no específico) declarado y considerado potencialmente conflictivo. Así, su participación solo se dará en aquellos ámbitos en los que el conflicto no se materialice.
Exclusión	Identifica el conflicto como confirmado. Esta situación ocurre cuando el comité identifica un claro conflicto de los intereses de la persona con el proceso en cuestión.	Se considera que, dada la importancia de los intereses declarados y su relación con el tema de interés, el individuo no debe participar ya que pondría en riesgo la validez del y/o la confianza en el proceso.

Fuente: elaborado a partir de política de transparencia (44).

Para los casos en los que la participación es limitada o no puede darse, se delibera sobre los posibles cursos de acción que buscan alcanzar un equilibrio reflexivo (45), lo que quiere decir que se pretende optimizar la experticia y disminuir el riesgo de materialización de los conflictos de intereses, generando recomendaciones de acción.

Con estas consideraciones, se presenta a continuación la síntesis de los resultados del análisis y deliberación del comité de gestión de CDI respecto a los expertos participantes en el proceso:

Tabla 37. Matriz síntesis de declaración y análisis de conflictos de interés.

Nombre	Rol	Intereses Declarados	Experticia soportada para el producto	Tipo de conflicto de interés identificado	Resultado de deliberación Comité de Conflictos de Interés
Carlos Humberto Saavedra Trujillo	Experto del GD	Ninguno	Médico y cirujano. Especialista en medicina interna. Especialista en patología infecciosa. Magíster en epidemiología clínica. Profesor titular de la Universidad Nacional de Colombia.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Alexandra Sierra García	Experta del GD	Asistencia a eventos académicos con patrocinio de la industria farmacéutica.	Médica y cirujana. Especialista en pediatría. Especialista en enfermedades infecciosas en pediatría. Máster de actualización en la infección por VIH. Actual líder del comité	Conflicto de interés personal, financiero e inespecífico.	En el equilibrio reflexivo entre la experiencia, el potencial conflicto y el alcance del proceso en el que va a participar, se concluye que su potencial conflicto no se materializará. Por

Nombre	Rol	Intereses Declarados	Experticia soportada para el producto	Tipo de conflicto de interés identificado	Resultado de la deliberación del Comité de Conflictos de Interés
			de VIH (pediatría) de la ACIN. Docente de la Universidad del Valle.		tanto, se le da aval de participación.
Fabio Sierra Matamoros	Experto metodólogo	Ninguno	Epidemiólogo senior del IETS. Psicólogo. Magíster en epidemiología clínica.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Betty Katherin Cabrera Andrade	Experta metodóloga	Ninguno	Fisioterapeuta. Magíster en epidemiología.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Ani Julieth Cortés	Experta metodóloga	Ninguno	Bacterióloga y laboratorista clínica. Magíster en epidemiología.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Sandra Johanna Echeverry Coral	Experta metodóloga	Ninguno	Bacterióloga y laboratorista clínica. Especialista en bioquímica clínica. Magíster en epidemiología.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
César Ricardo Huérfano Herrera	Experto metodólogo	Ninguno	Químico farmacéutico. Magíster en epidemiología clínica.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Ingrid Minotta Díaz	Experta metodóloga	Ninguno	Enfermera. Magíster en epidemiología. Doctoranda en ciencias económicas.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Katherin Cortés Palacio	Experta metodóloga	Ninguno	Médica y cirujana. Especialista y magíster en epidemiología clínica.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Andrea Lara Sánchez	Especialista de participación	Ninguno	Especialista de participación el IETS. Politóloga. Especialista en Estado, políticas públicas y desarrollo. Candidata a Magíster en gestión pública.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Luis Gabriel Ortega Silva	Delegado del Instituto Departamental de Salud de Nariño. Participante en la validación externa.	Ninguno	Médico y cirujano. Magíster en salud pública. Máster en VIH-Sida.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Jhon Fredy Ramírez Correa	Delegado de Corporación Red Somos.	Ninguno	Enfermero. Especialista en gerencia de la calidad	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto

Nombre	Rol	Intereses Declarados	Experticia soportada para el producto	Tipo de conflicto de interés identificado	Resultado de la deliberación del Comité de Conflictos de Interés
	Participante en la validación externa.		de los servicios de salud. Representante legal de Corporación Red Somos.		potencial, se le otorga participación completa.
Angie Michelle Márquez Hernández	Delegada de la Fundación SIAM. Participante en la validación externa.	Coordinadora regional sede Cali de la Fundación SIAM	Médica cirujana con experiencia de atención de pacientes con VIH.	Conflicto de interés personal, financiero e inespecífico.	En el equilibrio reflexivo entre la experiencia, el potencial conflicto y el alcance del proceso en el que va a participar se concluye que su potencial conflicto no se materializará. Por tanto, se le da aval de participación.
Karen Tapias	Delegada de la Fundación SIAM. Participante en la validación externa.	Gerente de Calmark Pharma y directora científica de la Fundación SIAM	Médica y cirujana. Máster en VIH-Sida. Magister en salud sexual y reproductiva.	Conflicto de interés personal, financiero e inespecífico.	En el equilibrio reflexivo entre la experiencia, el potencial conflicto y el alcance del proceso en el que va a participar se concluye que su potencial conflicto no se materializará (en el caso de Calmark, es una empresa gestora farmacéutica). Por tanto, se le da aval de participación.
Nohora Patricia Reyes	Delegada de Capital Salud EPS. Participante en la validación externa.	Honorarios como ponente en conversatorio con patrocinio de CEMDI.	Médica y cirujana. Especialista en medicina interna. Especialista en gerencia de la calidad en salud.	Conflicto de interés personal, financiero e inespecífico.	En el equilibrio reflexivo entre la experiencia, el potencial conflicto y el alcance del proceso en el que va a participar se concluye que su potencial conflicto no se materializará (el conversatorio fue sobre HTA). Por tanto, se le da aval de participación.
Patricia Durán Víctor	Delegada de DADIS-Secretaría de Salud Cartagena. Participante en la validación externa.	Ninguno	Médica y cirujana. Máster en VIH-Sida. Actual referente de ITS y VIH de la Secretaría de Salud de Cartagena.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Shirley Vanessa Correa Forero	Delegada de Clínica de Occidente - Universidad Santiago de Cali. Participante en la validación externa.	Honorarios como ponente en evento de vacunas de Pfizer.	Médica y cirujana. Especialista en medicina interna. Especialista en infectología. Máster en VIH-Sida.	Conflicto de interés personal, financiero e inespecífico.	En el equilibrio reflexivo entre la experiencia, el potencial conflicto y el alcance del proceso en el que va a participar se concluye que su potencial conflicto no se materializará (la participación en el evento fue sobre vacunas Prevenar,

Nombre	Rol	Intereses Declarados	Experticia soportada para el producto	Tipo de conflicto de interés identificado	Resultado de deliberación Comité de Conflictos de Interés
					Nimenrix y COVID19). Por tanto, se le da aval de participación.
Mónica Mantilla Suarez	Delegada de Virrey Solís IPS. Participante en la validación externa.	Honorarios como ponente en DOVATO Master de GSK.	Médica y cirujana. Especialista en epidemiología. Máster en VIH-Sida.	Conflicto de interés personal, financiero y específico.	En el equilibrio reflexivo entre la experiencia, el potencial conflicto y el alcance del proceso en el que va a participar se concluye que su participación debe ser limitada en caso de advertir la posibilidad de que su conflicto se pueda materializar, específicamente en la dimensión de tratamiento. Por tanto, se le da aval de participación limitada.
Wilquinson Ortiz Caicedo	Delegado de Secretaría de salud del Atlántico. Participante en la validación externa.	Ninguno	Bacteriólogo. Especialista en gerencia en seguridad y salud en el trabajo. Referente del programa de ITS/VIH-SIDA del Atlántico.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Juan Pablo Rojas Hernández	Delegado de Hospital Universitario del Valle. Participante en la validación externa.	Speaker de vacunas Sanofi y Pfizer.	Médico y cirujano. Especialista en pediatría. Especialista en infectología pediátrica. Magíster en epidemiología. Candidato a doctor en salud pública.	Conflicto de interés personal, financiero y específico.	En el equilibrio reflexivo entre la experiencia, el potencial conflicto y el alcance del proceso en el que va a participar se concluye que su potencial conflicto no se materializará. Por tanto, se le da aval de participación.
Lida Quitián	Delegada de Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Participante en la validación externa.	Ninguno	Nutricionista Dietista. Especialista en epidemiología general. Profesional especializado referente de infecciones de transmisión sexual de la SDS.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Luz Eliana Espinosa	Delegada de Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Participante en la validación externa.	Ninguno	Enfermera. Especialista en promoción de la salud y desarrollo humano. Magíster en desarrollo humano.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Luis Alberto Soler Vanoy	Delegado de Cuenta de Alto Costo. Participante en la validación externa.	Ninguno	Médico y cirujano, Máster en VIH. Máster en economía de la salud. Especialista en gerencia estratégica. Vinculado a las Cuenta de Alto Costo hace 12	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.

Nombre	Rol	Intereses Declarados	Experticia soportada para el producto	Tipo de conflicto de interés identificado	Resultado de deliberación Comité de Conflictos de Interés
			años, liderando la gestión del riesgo de la cohorte de VIH.		
Luis Antonio Ceballos	Delegado de Hospital civil de Ipias. Participante en la validación externa.	Ninguno	Médico y cirujano, Máster en VIH. Máster en economía de la salud. Especialista en gerencia en sistemas de calidad.	Ninguno	Dado que no tiene ningún conflicto potencial, se le otorga participación completa.
Luis Felipe Fontal	Delegado de SIES Salud IPS. Participante en la validación externa.	Médico gestor nacional del programa de VIH y del programa PrEP	Médico y cirujano. Especialista en gerencia en salud y en epidemiología. Máster en VIH.	Conflicto de interés personal, financiero y específico.	En el equilibrio reflexivo entre la experiencia, el potencial conflicto y el alcance del proceso en el que va a participar se concluye que su potencial conflicto no se materializará. Por tanto, se le da aval de participación.
Ana Karina Arroyo	Delegada de Gestar Salud. Participante en la validación externa.	Asistente a DOVATO Master de GSK.	Médica y cirujana. Especialista en auditoría en salud. Máster en VIH.	Conflicto de interés personal, financiero y específico.	En el equilibrio reflexivo entre la experiencia, el potencial conflicto y el alcance del proceso en el que va a participar se concluye que su potencial conflicto no se materializará (la participación fue en calidad de asistente y no recibió ningún patrocinio). Por tanto, se le da aval de participación.

Fuente: elaboración propia.

Anexo 2. Búsqueda, selección y evaluación de calidad de GPC

Búsqueda de GPC

La búsqueda de guías se llevó a cabo de forma manual en los siguientes organismos ([Tabla 38.](#)), con el objetivo de identificar posibles GPC publicadas posteriormente al 2020.

Tabla 38. Organismos recopiladores y fuentes de GPC

Tipo de fuente	Fuente recomendada
Organismos recopiladores	National Guideline Clearinghouse Guideline International Network Catalogageetl' Indexation des Sites Médicaux German Agency for Quality in Medicine National Electronic Library for Health CMA Infobase Canadian Medical Association
Organismos elaboradores	NICE (National Institute for Clinical Excellence) SIGN (Scottish Intercollegiate Network) OMS (Organización Mundial de la Salud) NHRMC (National Health and Medical Research Council) National Health and Medical Research Council Institute for Clinical Systems Improvement: Agency for Health Care Research and Quality American College of Physicians European Society of Cardiology
Guías de práctica clínica nacionales o iberoamericanas	Guía Salud Redsalud Cenetec Guías Clínicas AUGE
Otras fuentes	Trip Medical Database Catálogo de la Biblioteca Sede de la OPS WHOLIS - Sistema de Información de la Biblioteca de la OMS Guidelines Central ECRI guidelines

La búsqueda manual permitió identificar los siguientes documentos ([Tabla 39](#)):

Tabla 39. GPC identificadas

Título original	Título en inglés	Año	País	Población
HIV-Therapie in der Schwangerschaft und bei HIV-exponierten Neugeborenen. S2k-LL (DAIG) -	HIV therapy in pregnancy and in HIV-exposed infant	2020	Alemania	Adulto
Deutsch-Österreichische Leitlinien zur antiretroviralen Therapie der HIV-1-Infektion. S2k-LL (DAIG)	German-Austrian guidelines for antiretroviral therapy of HIV-1 infection	2021	Alemania	Adulto
<u>Prise en charge des patients vivant avec le vih (Guide de pratique clinique)</u>	Management of persons with HIV in primary care (Guideline)	2023	Bélgica	Adulto /Niños
<u>Zorg voor patiënten met hiv in de eerste lijn (Richtlijn)</u>	The care for a person living with HIV in primary care (Guideline)	2023	Bélgica	Adulto
Draft National HIV Action Plan for New Zealand Aotearoa 2022–2032	Draft National HIV Action Plan for New Zealand Aotearoa 2022–2032	2022	Nueva Zelanda	Adulto
<u>National HIV Action Plan for Aotearoa New Zealand 2023-2030</u>	<u>National HIV Action Plan for Aotearoa New Zealand 2023-2030</u>	2023	Nueva Zelanda	Adulto
Cabotegravir with rilpivirine for treating HIV-1	Cabotegravir with rilpivirine for treating HIV-1	2022		Adulto

Título original	Título en inglés	Año	País	Población
Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH - México 2021	Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH - México 2021	2022	México	Adulto
Primary Care Guidance for Persons With Human Immunodeficiency Virus: 2020 Update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America	Primary Care Guidance for Persons with Human Immunodeficiency Virus: 2020 Update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America	2020	EE. UU.	Adulto
Venezuela: Guía práctica Tratamiento antirretroviral para personas con VIH		2021	Venezuela	Adulto
Directrices consolidadas sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública (sólo en inglés)	Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach	2021	OMS-Ginebra Suiza	Adulto /Niños
Guía clínica para la atención de las personas con coinfección TB/VIH		2022	El Salvador	Adulto
Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection	Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection	2023	EE. UU.	Niños
Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV	Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV	2023	EE. UU.	Adulto/ adolescente
Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs During Pregnancy and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States	Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs During Pregnancy and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States	2023	EE. UU.	Niños
Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Children with and Exposed to HIV	Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Children with and Exposed to HIV	2023	EE. UU.	Niños
Primary Care Guidance for Persons With Human Immunodeficiency Virus: 2020 Update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America	Primary Care Guidance for Persons with Human Immunodeficiency Virus: 2020 Update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America	2022	EE. UU.	Niños
Guidelines on long-acting injectable cabotegravir for HIV prevention	Guidelines on long-acting injectable cabotegravir for HIV prevention	2022	OMS	Niños
Updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring	Updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring	2022	OMS	Niños

Selección de GPC

Con el fin de seleccionar aquellas candidatas a entregar nueva evidencia que permita ajustar recomendaciones, en caso de que sea pertinente, se aplica la herramienta para su selección (47) ([Tabla 40](#)):

Tabla 40. Priorización de GPC seleccionadas

En la siguiente tabla se presentan los criterios de priorización para la selección:

- C1: ¿Los alcances y objetivos de las GPC colombianas 2021, están incluidos en la guía evaluada?
- C2: ¿Es una GPC basada en la evidencia?
- C3: ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?
- C4: ¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?
- C5: ¿Establece recomendaciones?
- C6: ¿Cuál fue el año de publicación?

Para la calificación de estos criterios: 0 indica que no se cumple, 1 indica que sí se cumple.

Nombre de la guía	Adultos	Pediatria	Criterios de priorización						Dimensión	Comentarios
			C1	C2	C3	C4	C5	C6		
HIV-Therapie in der Schwangerschaft und bei HIV-exponierten Neugeborenen. S2k-LL (DAIG) -	x	x	1	0	0	1	1	2020	Tratamiento en embarazadas	Se realizo medio de consenso
Deutsch-Österreichische Leitlinien zur antiretroviralen Therapie der HIV-1-Infektion. S2k-LL (DAIG)	x		1	0	0	1	1	2021	Tratamiento	No tiene información de cómo se elaboró
<u>Prise en charge des patients vivant avec le vih (Guide de pratique clinique)</u>	x	x	NA	NA	NA	NA	NA	2023	NA	No se pudo acceder al documento
<u>Zorg voor patiënten met hiv in de eerste lijn (Richtlijn)</u>	x		1	1	0	1	1	2023	Tratamiento VIH 1	*No hay criterios de búsqueda clara.
Draft National HIV Action Plan for New Zealand Aotearoa 2022–2032	x		NA	NA	NA	NA	NA	2022		Es el borrador de un plan
<u>National HIV Action Plan for Aotearoa New Zealand 2023-2030</u>	x		NA	NA	NA	NA	NA	2023		No aplica es un plan
Cabotegravir with rilpivirine for treating HIV-1	x		1	0	0	1	1	2022	Tratamiento	Ninguno
Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH - México 2021	x	x	1	0	0	1	1	2021	Diagnóstico, tratamiento y falla virológica	Incluye embarazadas y niños
Primary Care Guidance for Persons With Human Immunodeficiency Virus: 2020 Update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America	x	x	1	0	0	1	1	2020	Tratamiento	Incluye embarazadas y niños
Venezuela: Guía práctica Tratamiento	x		1	0	0	0	1	2021	Diagnóstico, tratamiento y	Es un guía en el marco de otro plan.

Nombre de la guía	Adultos	Pediatria	Criterios de priorización						Dimensión	Comentarios
			C1	C2	C3	C4	C5	C6		
antirretroviral para personas con VIH									falla virológica	
Consolidated Guidelines On Hiv Prevention, Testing, Treatment, Service Delivery And Monitoring: Recommendations For A Public Health Approach (Directrices consolidadas sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública (sólo en inglés))	x	x	1	1	0	1	1	2021	Diagnóstico, tratamiento	Consolida evidencia del 2016-2021
Guía clínica para la atención de las personas con coinfección TB/VIH	x		1	0	0	0	1	2022	Coinfección con Tuberculosis	
Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection		x	1	1	0	1	1	2023	Diagnóstico, tratamiento	
Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV	x	x	1	0	0	1	1	2023		
Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs During Pregnancy and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States		x	1	1	0	1	1	2023	Diagnóstico, tratamiento	No está completa en el sentido de que no aportan las búsquedas sistemáticas de literatura, pero lo mencionan en su proceso de desarrollo
Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Children with and Exposed to HIV		x	1	0	0	1	1	2023	Tratamiento	No es claro el proceso de búsqueda de evidencia
Primary Care Guidance for Persons with Human Immunodeficiency Virus: 2020 Update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America		x	1	0	0	1	1	2022	Seguimiento	
Guidelines on long-acting injectable cabotegravir for HIV prevention		x	0	1	0	1	1	2022	NA	Prevención

Nombre de la guía	Adultos	Pediatria	Criterios de priorización						Dimensión	Comentarios
			C1	C2	C3	C4	C5	C6		
Updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring		x	1	1	0	1	1	2021	Diagnóstico, tratamiento	

Fuente: Elaboración Propia

A partir de la aplicación de la herramienta anterior se seleccionaron las siguientes GPC:

- Updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring
- Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs During Pregnancy and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States
- Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection
- Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Testing, Treatment, Service Delivery and Monitoring: Recommendations For A Public Health Approach

Evaluación de calidad de las GPC

Fue realizada por medio de la herramienta AGREE II. A continuación, se presentan los resultados de aplicación de esta herramienta. Los dominios evaluados fueron:

- D1: Alcance y objetivos
- D2: Involucramiento de los interesados
- D3: Rigor en la elaboración
- D4: Claridad en la presentación
- D5: Aplicabilidad
- D6: Independencia editorial
- E1: Evaluación global del primer evaluador
- E2: Evaluación global del segundo evaluador

Tabla 41. Resumen de aplicación de herramienta AGREE II

GPC	D1	D2	D3	D4	D5	D6	E1	E2
1	83%	78%	79%	83%	79%	96%	6/7	6/7
2	69%	86%	67%	78%	85%	71%	4/7	3/7
3	64%	83%	64%	78%	21%	78%	4/7	3/7
4	89%	78%	86%	79%	75%	75%	6/7	5/7

1. Updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring
2. Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs During Pregnancy and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States
3. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection
4. Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Testing, Treatment, Service Delivery and Monitoring: Recommendations For A Public Health Approach

Anexo 3. Análisis de comentarios para el proceso de validación externa

A continuación, se presentan los comentarios obtenidos por medio de formulario durante el ejercicio de validación externa:

Tabla 42. Comentarios validación externa

No	Comentario	Análisis grupo desarrollador
1	“Me parece que se debe hacer énfasis en realizar como primera prueba presuntiva de diagnóstico a la prueba rápida de 4ta generación, dada la ventaja de diagnóstico más temprano y no dejarla solamente como recomendación a criterio del profesional. Pues si utilizan de entrada la de 3era generación podrían ocurrir falsos negativos”	Esta modificación puede plantearse una vez se actualice la GPC colombiana publicada en el 2021, dado que requiere la síntesis de evidencia al respecto y el análisis del grupo desarrollador.
2	“Al mencionar el límite de carga viral, considero importante determinar por consenso cual debería ser el límite de indefectibilidad mínimo o promedio para la carga viral, puesto que puede haber muchas variaciones según los laboratorios y lo que para algunos será indetectable para otros no”	Esta modificación puede plantearse una vez se actualice la GPC colombiana publicada en el 2021, dado que requiere la síntesis de evidencia al respecto y el análisis del grupo desarrollador en un ejercicio de consenso interdisciplinario.
3	“Me parece muy bien que se haya detallado mucho más los esquemas terapéuticos para los niños de alto riesgo. Las IPS han mencionado en Cartagena tener dificultades con la consecución de nevirapina y objetan sobre el costo del raltegravir, por lo que algunos tienen sus kits incompletos, pero se está trabajando para mejorarlo”	Comentario positivo. Es un objetivo de la vía clínica facilitar la implementación de la GPC.
4	“La consulta de cierre no solamente se realizaría bajo una indicación médica que lo amerite, a los pacientes en abandono o no adherentes intermitentes, a los pacientes con reactividad a pruebas de VIH, con seroconversión, también se les debe realizar consulta de cierre”.	Se realizaron ajustes para el cierre en este algoritmo.
5	“En el algoritmo de prevención, sugiero que en la pregunta ¿Evaluar si existe riesgo? agregar "Mediante la encuesta de autoevaluación de riesgo". Queda abierta la pregunta y es necesario especificar debe evaluarse el mismo mediante la encuesta”	Se realizaron ajustes para ayudar a mejorar la evaluación de riesgo.
6	Mi comentario va frente a la definición de carga viral suprimida en gestantes para evitar transmisión materno-infantil, como lo mencioné ayer se debe tener un corte de “éxito terapéutico” que no puede ser el que se tiene actualmente de carga detectable según cada laboratorio... comparto lo que dice la guía del departamento salud de los Estados Unidos, donde el corte es menor de 50 copias repito... como lo mencioné ayer (se envía imagen).	Esta modificación puede plantearse una vez se actualice la GPC colombiana publicada en el 2021, dado que requiere la síntesis de evidencia al respecto y el análisis del grupo desarrollador, así como un ejercicio de consenso interdisciplinario.

Fuente: elaboración propia