

# Instituto Departamental de salud de Nariño

Subdirección Salud Pública  
Dimensión Sexualidad DSR

*Guía para el manejo de VIH/SIDA*

# Algoritmos



1. Niños y niñas menores de 18 meses , de quien no se conoce el estado serológico de su madre durante el embarazo.



2. Hijos e hijas de mujeres con VIH



3. Personas mayores de 18 meses, no gestantes



4. Personas gestantes

# Algoritmos

## Menores de 18 meses



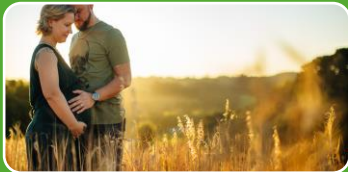
1. Expuestos desde el nacimiento
  2. Desconocimiento del estado serológico de la madre.
- 2 Cargas Virales positivas
  - = > a 5000 copias



## A partir de 18 meses (Algoritmo 13 años o mas)

- 2 Pruebas Positivas (Escenario A-E)
- Diferente plataforma o técnicamente diferente

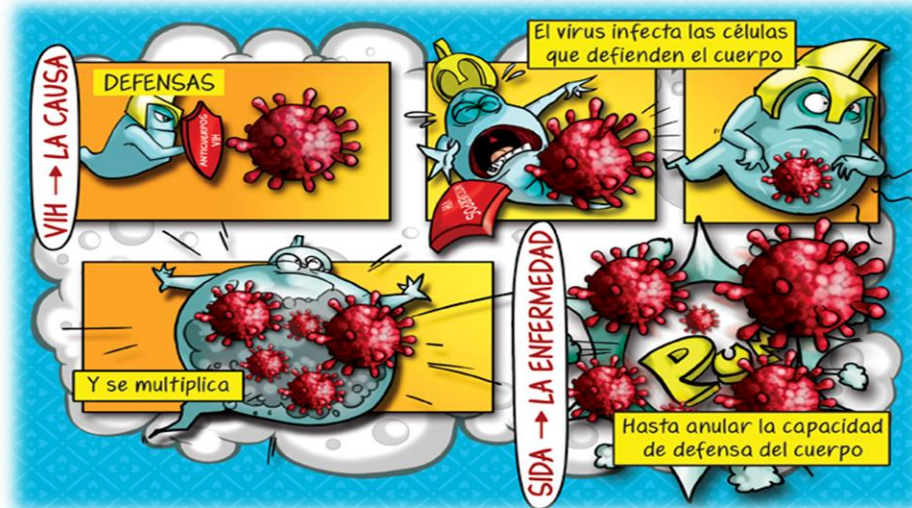
## Gestantes Algoritmo



- 2/1 Prueba Positiva (+) Mas carga viral \*\* o Western blot o prueba rápida discriminadora (mide por separado VIH-1 y VIH-2)- depende el Escenario (A –J)
- Diferente plataforma o técnicamente diferente

## 3ª y 4ª generación

3ª: Detecta Anticuerpos contra VIH

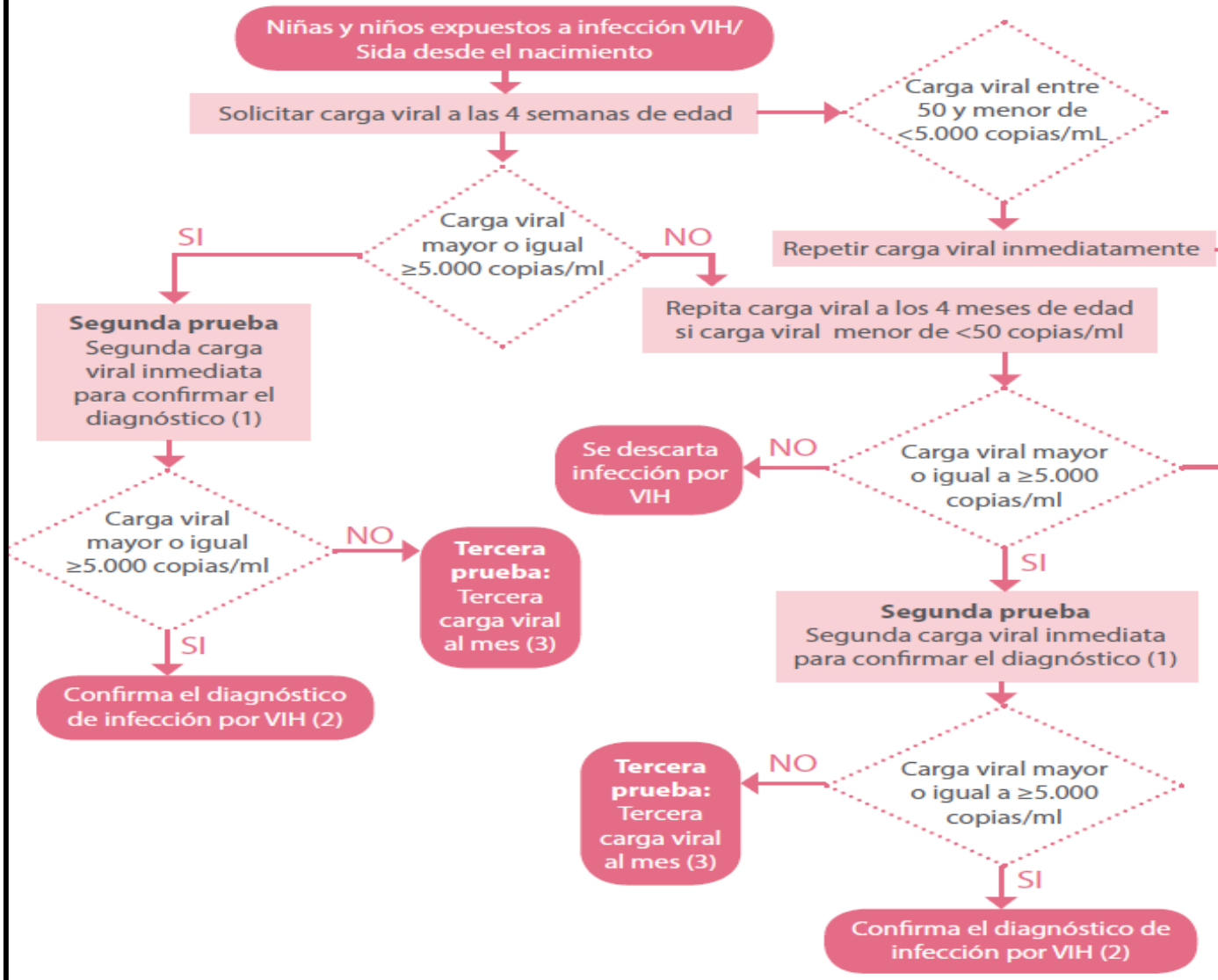


4ª: Detecta Antígenos del VIH (P24) y Anticuerpos contra VIH

# 1. < 18 meses (Algoritmo)



Figura 1. Algoritmo diagnóstico en niñas y niños menores de 18 meses de edad expuestos a infección VIH/Sida desde el nacimiento\*



Fuente: GPC VIH/Sida. 2015.

## Diagnostico < 18 meses Expuestos desde el nacimiento

Metodología	Resultado	Intervencion
<p><b><u>Prueba Inicial</u></b> Carga Viral (C.V.) 4 semanas</p>	<p><b>1. NO REACTIVO</b> C.V. &lt; 50 copias</p>	<p><b>Solicito (C.V.)</b> <b>4 meses</b></p>
	<p><b>2. <u>INDETERMINADO</u></b> C.V. 50 &lt; 5.000 copias</p>	<p><b>Solicito (C.V.)</b></p>
	<p><b>3. <u>REACTIVO</u></b> C.V. = &gt; 5.000copias</p>	<p><b>Inmediatamente</b></p>

Fuente: GPC VIH/Sida. 2015.



## Diagnostico < 18 meses Expuestos desde el nacimiento

Metodología	Resultado	Interpretación e intervención
<u>Prueba Inicial</u> Carga Viral (C.V.) 4 semanas	<u>REACTIVO</u> C.V. => 5.000 copias	Caso confirmado: Notificar el caso al Sivigila. MANTENER tratamiento antirretroviral CONTINUAR manejo con médico infectólogo o médico experto al programa de atención integral
Segunda prueba: Carga Viral (C.V.)	<u>REACTIVO</u> C.V. => 5.000 copias	

Fuente: GPC VIH/Sida. 2015.



## Diagnostico < 18 meses Expuestos desde el nacimiento

Metodología	Resultado	Interpretación e intervención
<p><b><u>Prueba Inicial</u></b> Carga Viral (C.V.) 4 semanas</p>	<p><b><u>REACTIVO</u></b> *C.V. = &gt; 5.000 copias</p>	<p><b><u>Solicitar carga viral al</u></b>  <b><u>mes</u></b></p>
<p><b>Segunda prueba:</b> Carga Viral (C.V.)</p>	<p><b>INDETERMINADO</b> C.V. 50 &lt; 5.000 copias</p>	

Fuente: GPC VIH/Sida. 2015.

## Diagnostico < 18 meses Expuestos desde el nacimiento

Metodología	Resultado	Interpretación e intervención
<u>Prueba Inicial</u> Carga Viral (C.V.) 4 semanas	<b>INDETERMINADO</b> C.V. $50 < 5.000$ copias	Se solicita segunda carga viral inmediata
Segunda prueba: Carga Viral (C.V.)	<u><b>REACTIVO</b></u> C.V. $= > 5.000$ copias	

Fuente: GPC VIH/Sida. 2015.

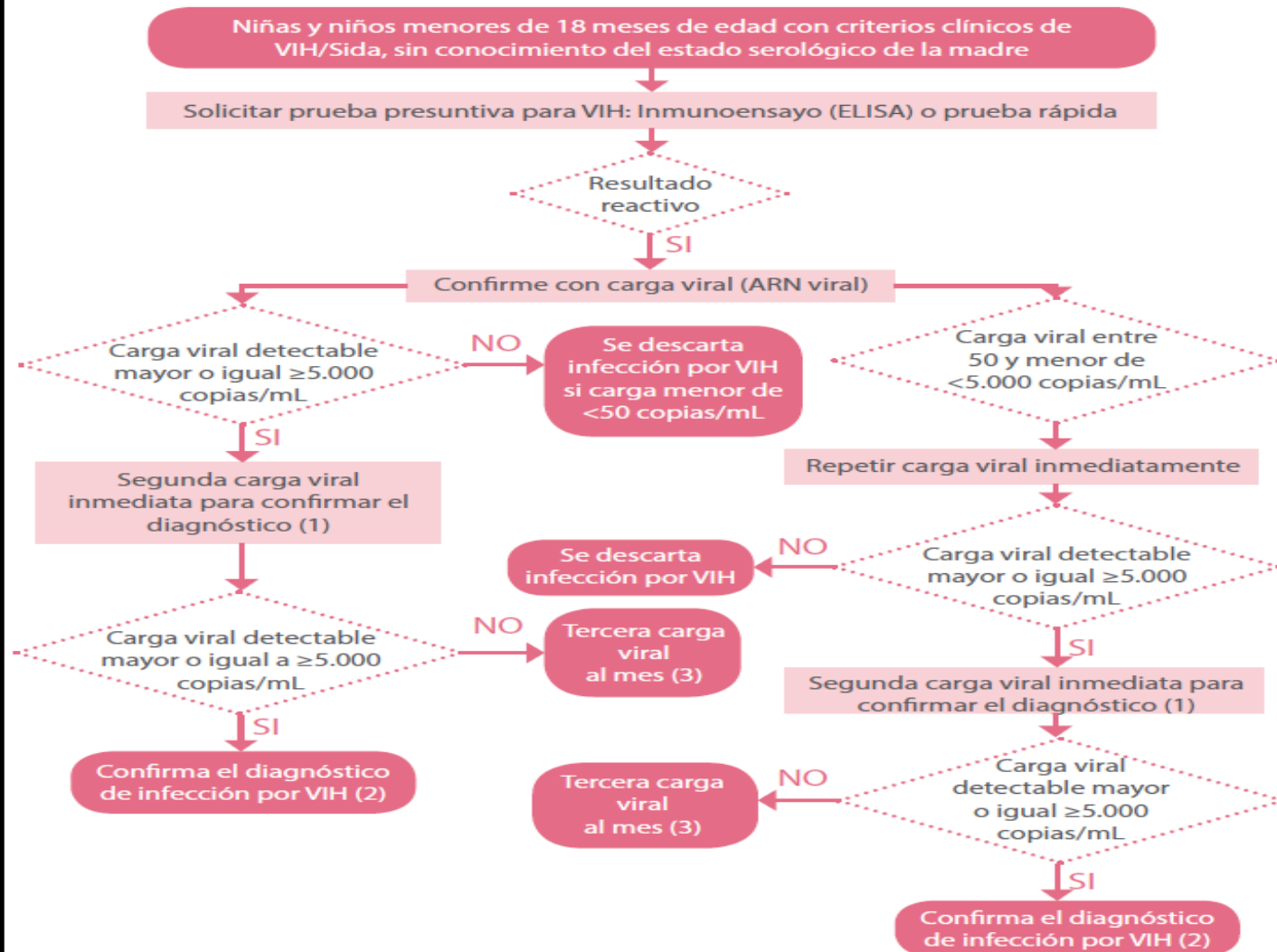
# Diagnostico < 18 meses

## Expuestos desde el nacimiento

Metodología	Resultado	Interpretación e intervención
<u>Prueba Inicial</u> Carga Viral (C.V.) 4 semanas	<b>INDETERMINADO</b> <b>C.V. 50 &lt; 5.000 copias</b>	<b>Se descarta infección</b>
<b>Segunda prueba:</b> Carga Viral (C.V.)	<b>INDETERMINADO</b> <b>C.V. 50 &lt; 5.000 copias</b>	

Fuente: GPC VIH/Sida. 2015.

Figura 2. Algoritmo en niñas y niños menores de 18 meses de edad con criterios clínicos de VIH/Sida, sin conocimiento de estado serológico de la madre con referencia a infección por VIH.



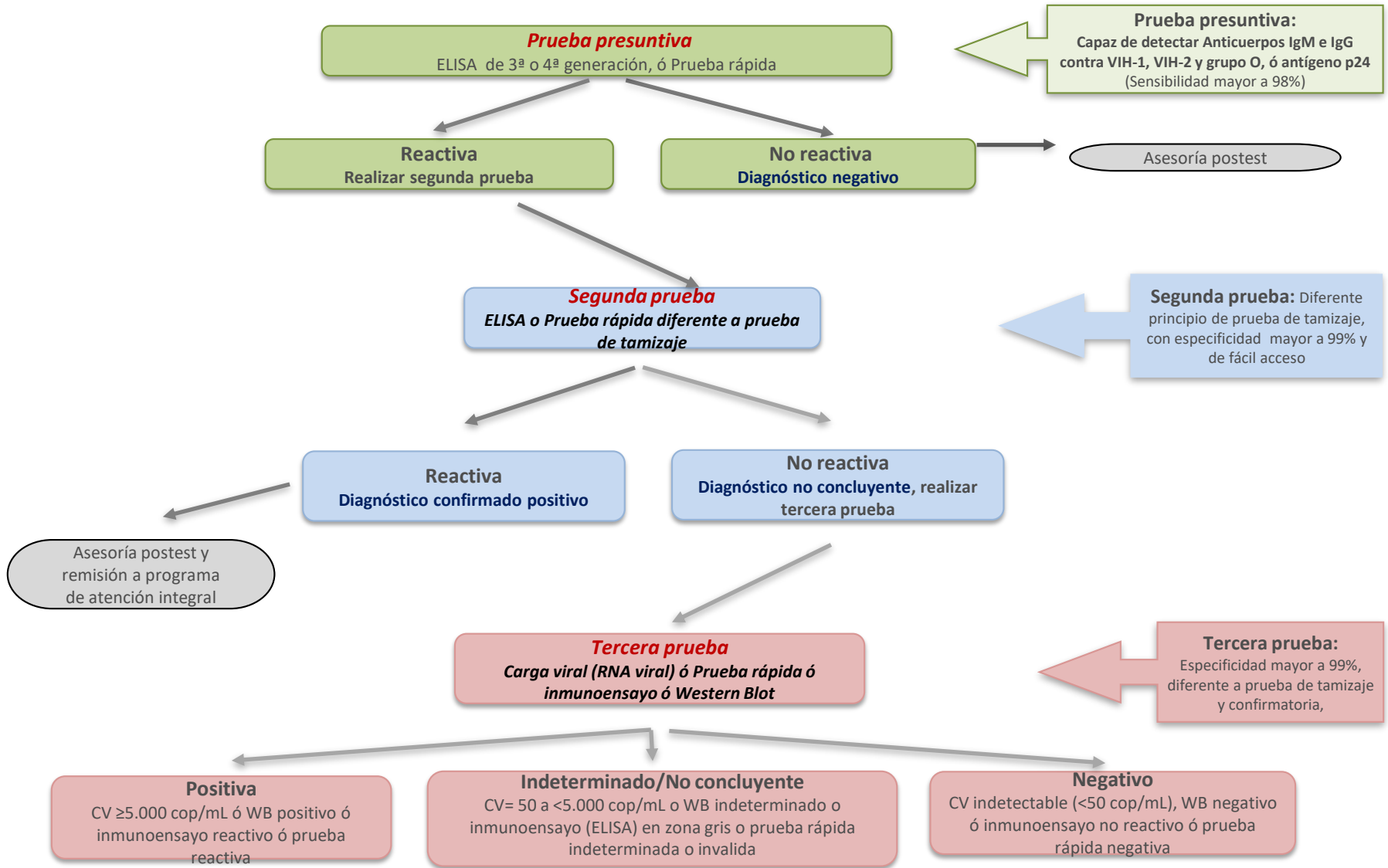
**Pie de gráfico**

1. Resultado positivo para Infección por VIH, notificar al Sivigila. Intervención: iniciar tratamiento antirretroviral sin esperar reporte de segunda carga viral y remitir el paciente para manejo con médico infectólogo o médico experto al programa de atención integral de VIH.
2. Resultado confirmado positivo para infección VIH, notificar al Sivigila. Intervención: brindar asesoría y remitir el paciente para manejo con médico infectólogo o médico experto al programa de atención integral de VIH.
3. Dada la baja frecuencia con que se presenta esta situación requiere remisión a médico infectólogo o médico experto en VIH.

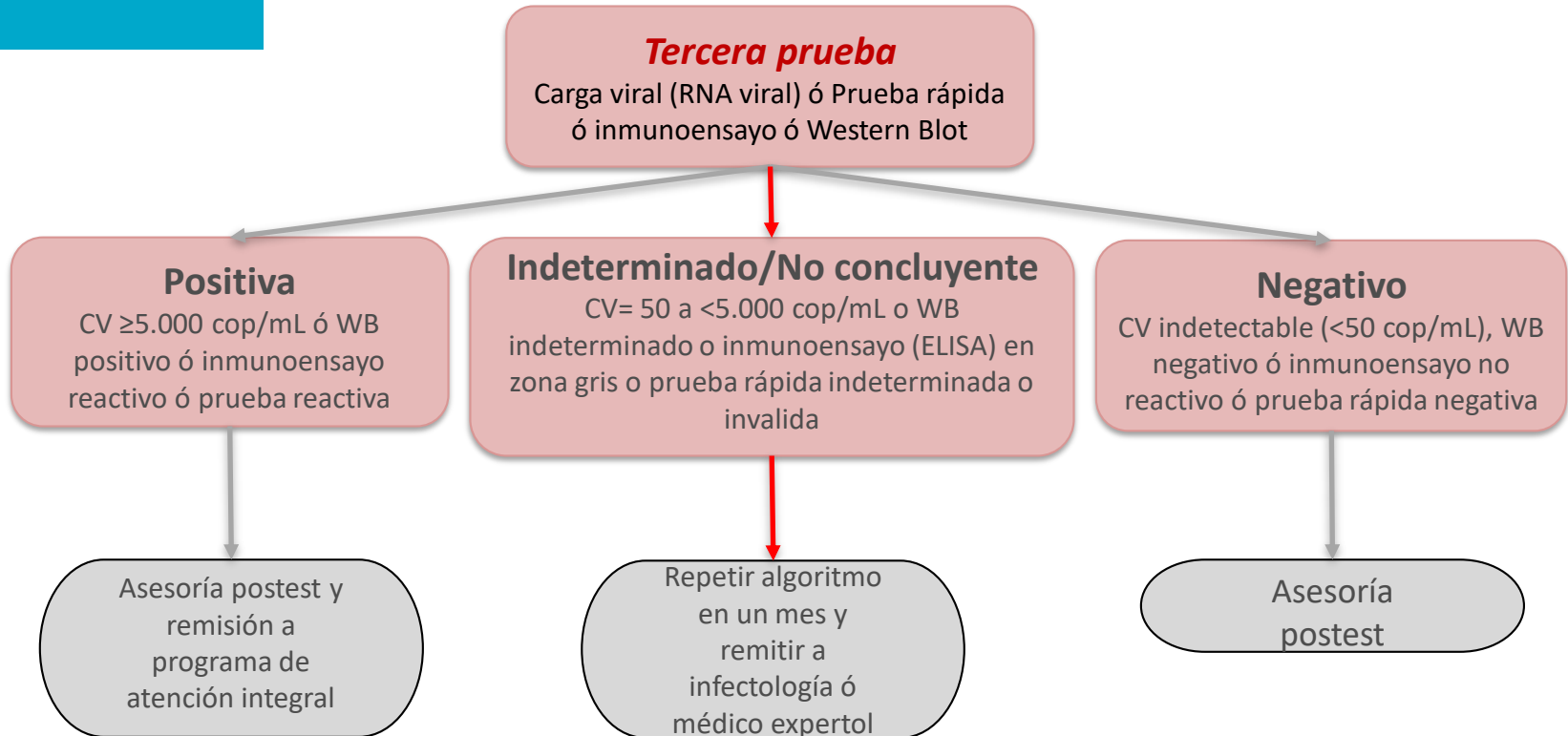
## 2. A partir de los 18 meses (Algoritmo 13 años o mas - No gestante)



# Algoritmo para diagnóstico: Paciente de 13 años y más y adulto con sospecha de infección por VIH (No incluye gestantes)

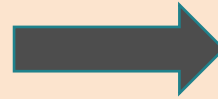


## Algoritmo para diagnóstico: Paciente adolescente mayor de 13 años y adulto con sospecha de infección por VIH ( No incluye gestantes )





# Diagnostico adolescentes con 13 años o más y adultos



## Escenario A

- NO HA TENIDO CONTACTO CON EL VIRUS.
- LA INFECCIÓN ES MUY RECIENTE.



1



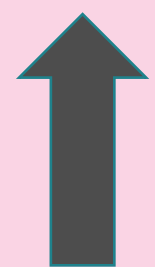
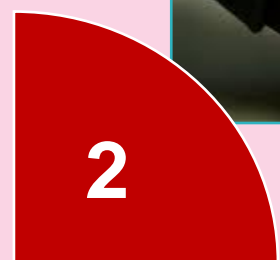
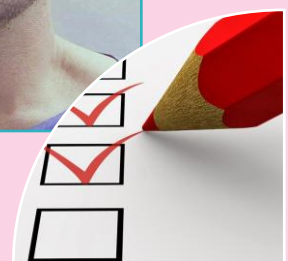
NO REACTIVA



**INTERVENCIÓN:** Brindar APV postest, recomendar nueva prueba en **3 meses\*** según los factores de riesgo y los criterios clínicos. Considerar C. V. para VIH ante sospecha de infección aguda.

# Diagnostico adolescentes con 13 años o más y adultos

## Escenario B



2.  
REACTIVA



1.  
REACTIVA

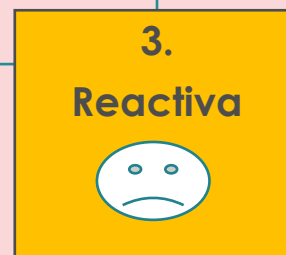
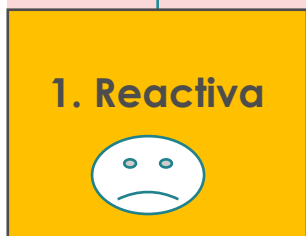


- INTERVENCIÓN:
- APV postest y remitir el PTE al programa de atención integral en VIH.



# Diagnostico adolescentes con 13 años o más y adultos

## Escenario C



Fuente: GPC VIH/Sida. 2015.

# Diagnostico adolescentes con 13 años o más y adultos

## Escenario D



1.



Reactiva

2.



No reactiva

3.



Indeterminada



Reiniciar el algoritmo  
en un **mes** y remitir a  
**Infectedología** o a  
médico experto en  
VIH

# Diagnostico adolescentes con 13 años o más y adultos

## Escenario E



1.



Reactiva

2.



No reactiva

3.



No reactiva



Brindar APV postest, recomendar nueva prueba en **3** meses según los factores de riesgo y los criterios clínicos; para reiniciar algoritmo.

# Puntos de buena práctica

- Este algoritmo diagnóstico es aplicable no solo para personas de 13 años o más sino también desde la edad de los 18 meses.
- Se debe implementar las estrategias necesarias para aumentar el acceso al proceso diagnóstico.
- El proceso de asesoría pre y postest de la prueba debe cumplir los estándares de calidad recomendados por el MSPS, “Pautas para la realización de asesoría y prueba voluntaria para VIH (APV)”, y en **ningún** caso la APV debe convertirse en una **barrera de acceso al diagnóstico**.



## Puntos de buena práctica

La selección de la técnica de inmunoensayo convencional (v.g. ELISA) o prueba rápida debe obedecer a factores de accesibilidad y oportunidad de diagnóstico.

Para las pruebas que requieran de infraestructura se debe contar con la habilitación requerida según las entidades competentes.



# Puntos de buena práctica

Resolución 2338 de junio de 2013, la APV para VIH puede ser dada por **personal con formación en áreas de la salud o sin ella**, siendo condición para éste último, tener entrenamiento teórico y práctico certificado por entidades públicas o privadas.

La misma Resolución permite la realización de pruebas rápidas fuera del **contexto del laboratorio**, por profesionales de la salud en medicina, enfermería y auxiliares de enfermería, **debidamente certificados** por los laboratorios de salud pública, favoreciendo así, la reducción de la gran brecha al Dx oportuno, especialmente en poblaciones más expuestas a factores de vulnerabilidad frente al VIH.

# Prevención de la Transmisión Maternoinfantil del VIH



# Transmisión materno infantil

Probabilidad de TMI del VIH **SIN**  
intervención: **28 al 40%**

La probabilidad de TMI del VIH  
**CON** intervención: **2% o menos**



**Eliminación materno infantil del VIH**  
**Objetivos de desarrollo sostenible -**  
**ODS 2016**

# Transmisión materno infantil

**Prenatal:** Durante la gestación, transmisión intrauterina aporta el **10%**



# Transmisión materno infantil del VIH

Perinatal: Preparto e intraparto  
**60% - 70%**



# Transmisión materno infantil del VIH

Posnatal: Leche materna **30% -40%**



# 3. Gestantes (Algoritmo)

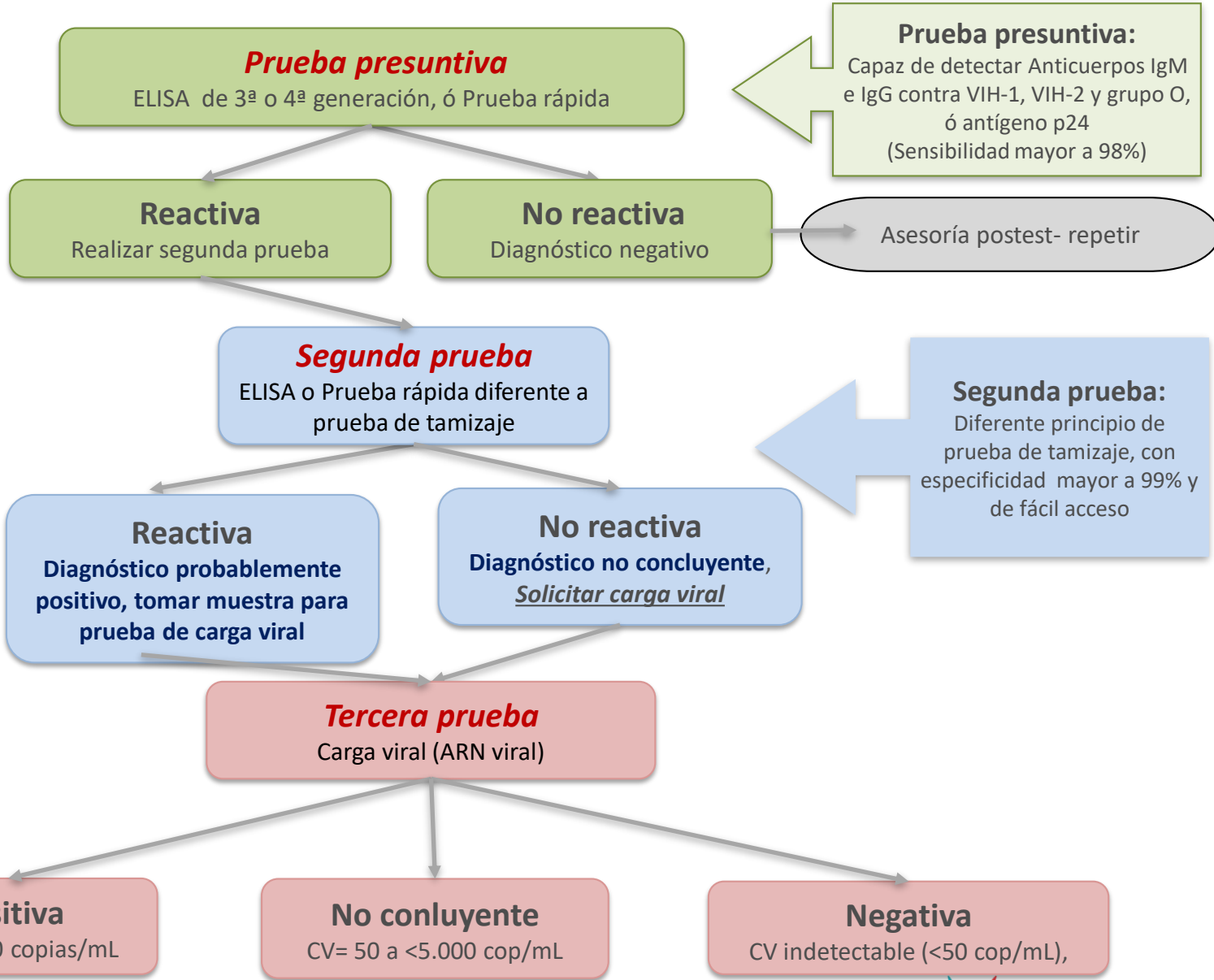




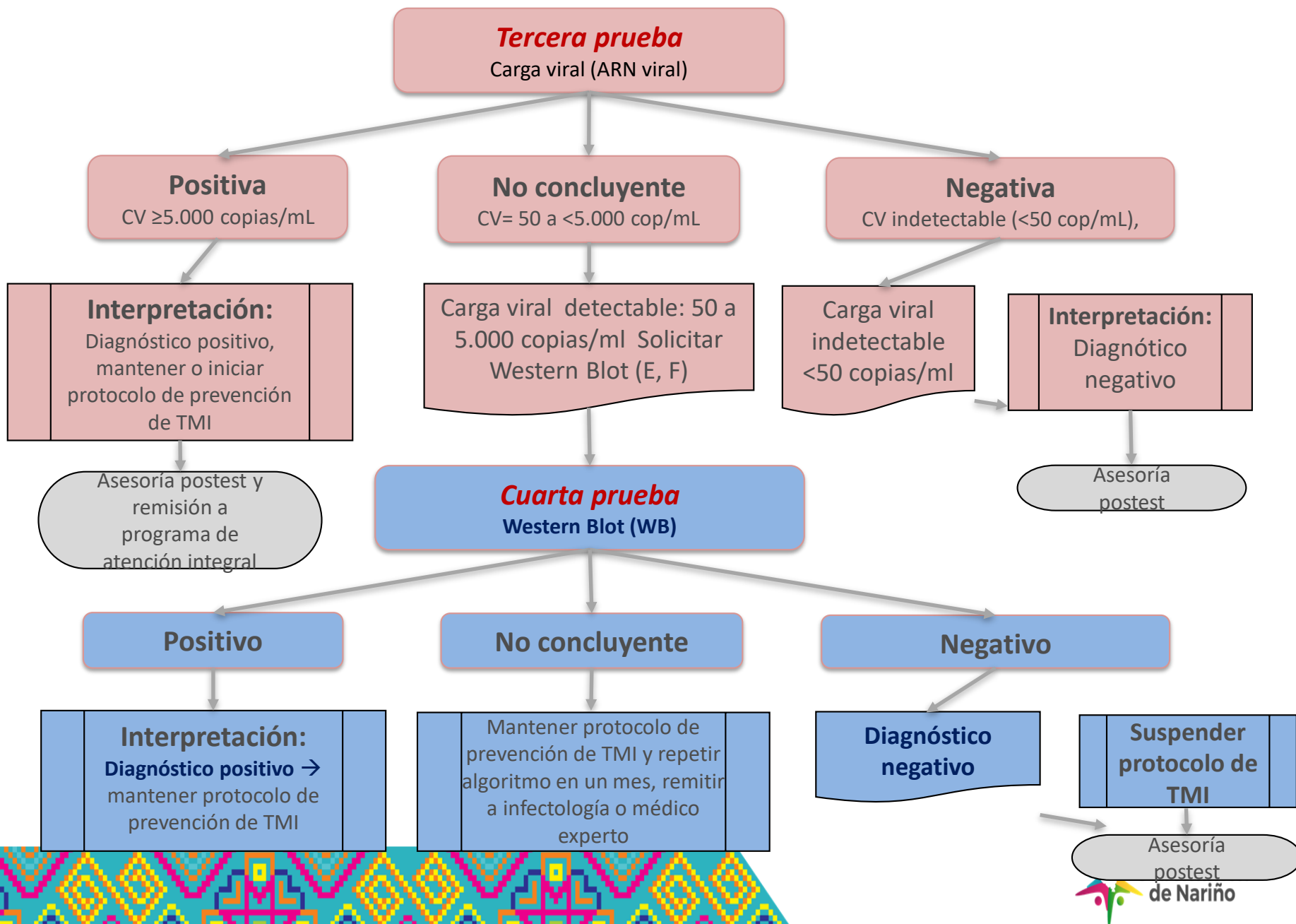
Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en adolescentes (mayores de 13 años de edad) y adultos

# Algoritmo para el diagnóstico de infección por VIH en mujeres gestantes





Iniciar protocolo prevención de TMI DESPUES SEM 28







# Algoritmo para el diagnóstico de infección por VIH en mujeres gestantes







# Gestantes

	Primera prueba	Segunda prueba	Tercera prueba		Reporte	Intervencion
Metodologia	 Prueba de Elisa o rapida	 Prueba de Elisa o rapida	Carga viral	western blot		
Escenario A	No reactivo				Negativo	APV pos test Nueva prueba en <b>3er trimestre</b> gestacion o durante el trabajo de parto.
Escenario B	Reactivo	Reactivo			Probablemente positivo	Tomar inmediatamente C.V. Remitir a programa integral de VIH Iniciar protocolo prevencion TMI Explicar a la paciente riesgos y beneficios
Escenario C	Reactivo	Reactivo	> o igual a 5000 copias		Positivo	Notificar al SIVIGILA Mantener o iniciar ARV Mantener en programa integral para VIH

# Gestantes

	Primera prueba	Segunda prueba	Tercera prueba		Reporte	Intervencion
Metodologia	 Prueba de Elisa o rapida	 Prueba de Elisa o rapida	Carga viral	western blot		
Escenario D	Reactivo	No reactivo	> o igual a 5000 copias		Positivo	Notificar al SIVIGILA Mantener o iniciar ARV Mantener en programa integral para VIH
Escenario E	Reactivo	Reactivo	50 a < 5000 copias		No concluyente probablemente negativo	Practicar western blot
Escenario F	Reactivo	No reactivo	50 a < 5000 copias		No concluyente probablemente negativo	Practicar western blot

# Gestantes

	Primera prueba	Segunda prueba	Tercera prueba		Reporte	Intervencion
Metodologia	 Prueba de Elisa o rapida	 Prueba de Elisa o rapida	Carga viral	western blot		
Escenario G	Reactivo	Reactivo	< 50 copias		Negativo	APV pos test Remitir durante el <b>3er trimestre</b> a valoración por infectologo o medico experto para decidir conducta.
Escenario H	Reactivo	Reactivo o no reactivo	50 a < 5000 copias	Positivo	Positivo	Notificar al SIVIGILA Mantener o iniciar protocolo de prevencion de TMI Mantener en programa integral para VIH
Escenario I	Reactivo	Reactivo o no reactivo	50 a < 5000 copias	Negativo	Negativo	Suspender protocolo de prevencion TMI. Nueva prueba según la edad gestacional <b>3er trimestre o durante el trabajo de parto.</b> Directamente W.B. ante el antecedente de 2 inminoenayos reactivos previos.
Escenario J	Reactivo	Reactivo	50 a < 5000 copias	Indeterminado	No concluyente probablemente negativo	Mantener protocolo de TMI APV sobre los riesgos y beneficios Repetir Western Blot en un mes Solicitar valoración por infectologo o medico experto en VIH

Fuente: GPC VIH/Sida, 2015.

# Intervenciones de **PTMI** para Disminuir el Riesgo de Transmisión del VIH al niño o niña (o al bebé)

## Durante el embarazo

- Reducir la carga viral al usar profilaxis y tratamiento de ARV
- Seguimiento y tratamiento de infecciones
- Óptimo apoyo nutricional





# Transmisión materno infantil

**Contener la transmisión por las 6 estrategias:**

- ✓ Solicitud de prueba voluntaria
- ✓ TARV anteparto
- ✓ AZT intraparto
- ✓ Cesárea
- ✓ ARV al recién nacido por 6 semanas
- ✓ Sustitución de lactancia



# Importante

- ❑ En gestantes, siempre una tercera prueba confirmatoria con CV.
- ❑ La AZT (Zidovudina )IV es efectiva con Carga Viral  $>1.000$  copias.
- ❑ La cesárea se recomienda con CV  $>1.000$  copias o desconocida.
- ❑ Siempre solicitar genotipo viral.
- ❑ En caso de presentación tardía considere Raltegravir.
- ❑ Nevirapina al RN usar con pauta de 3 dosis. **(0,48,96)**

## PROFILAXIS ANTIRRETROVIRAL EN EL RN HIJO DE MADRE CON VIH/SIDA

- Para disminuir la transmisión materno infantil, iniciar la profilaxis neonatal lo más cerca al nacimiento, idealmente en las primeras 6 a 12 horas de vida.
- Al iniciar la profilaxis, tener en consideración los siguientes subgrupos de neonatos según el estado de tratamiento de la madre:
  - En hijos de madres que reciben tratamiento antirretroviral adecuado y con evidencia de supresión viral en las últimas 8 semanas del embarazo, usar Zidovudina postnatal por 6 semanas (42 días).
  - En hijos de madres que no recibieron tratamiento antirretroviral durante el embarazo o no se alcanzó supresión viral en la medición realizada en las últimas 8 semanas del embarazo, el recién nacido debe recibir 3 dosis de Nevirapina (1ª dosis al nacer, 2ª dosis a las 48 horas de la 1ª y 3ª dosis a las 96 horas de la 2ª) en conjunto con Zidovudina por 6 semanas (42 días).

## ESQUEMA DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN POBLACIÓN < 13 AÑOS

- En las niñas y niños con infección por VIH/SIDA menores de 13 años de edad, el esquema para iniciar el tratamiento antirretroviral varía de acuerdo con la edad de la niña o del niño, por lo tanto para iniciar tratamiento antirretroviral se hacen recomendaciones específicas según los siguientes grupos de edad:
- Neonatos.
- Población mayor de 14 días y menor de 3 años.
- Población de 3 años o más y menor de 13 años.

## INICIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN POBLACIÓN GENERAL > 13 AÑOS Y GESTANTES

- Para todos los adolescentes (con 13 años o más), adultos y gestantes, iniciar el tratamiento antirretroviral de la infección por VIH/SIDA, en los siguientes casos:
  - Independientemente del recuento de LT CD4, paciente con infección grave o avanzada por VIH/SIDA
  - Recuento de LT CD4  $\leq 500$  células/mm<sup>3</sup> , en pacientes asintomáticos.
  - Recuento de LT CD4  $> 500$  células/mm<sup>3</sup> y cualquiera de las siguientes enfermedades concomitantes o situaciones especiales :

- Coinfección por tuberculosis.
- Coinfección crónica con virus de la hepatitis B o con virus de la hepatitis C.
- Historia de enfermedad cardiovascular o riesgo > 20% por Framingham.
- Historia de nefropatía asociada a VIH.
- Edad mayor de 60 años.
- Pareja con serología discordante.
- Infección temprana.
- Caída rápida de LT CD4 (> 100 células/mm<sup>3</sup> en un año).
- Carga viral mayor > 100.000 copias/ml.
- Estado previo a la concepción.
- Mujeres gestantes, en puerperio y en lactancia materna

## ESQUEMA DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL POBLACIÓN GENERAL > 13 AÑOS Y GESTANTES

- Iniciar el tratamiento antirretroviral de la infección por VIH/SIDA como primera línea de elección o alternativa.
- En pacientes con cargas virales > 100.000 copias/ml, no se recomienda el uso de ABC/3TC en combinación con efavirenz o atazanavir/ritonavir, por mayor probabilidad de falla virológica.
- En general, la mujer que viene recibiendo tratamiento con supresión viral óptima y buena tolerancia y queda embarazada, debe mantener el mismo esquema antirretroviral, con excepción de la combinación D4T (Estavudina) y DDI (Didanosina)
- En mujeres gestantes debe continuarse el tratamiento antirretroviral después de finalizado el embarazo, para disminuir las pérdidas de seguimiento y posibles complicaciones asociadas con su interrupción.
- Dicho tratamiento puede sufrir modificaciones, si es necesario.

