

RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 07 GCPS-ESSALUD-2010

Lima,

08 ENE. 2010

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 230-PE-ESSALUD-2008 de fecha 20 de Mayo del 2008, se aprobó la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.

Que, mediante el referido Reglamento de Organización y Funciones se establece en el inciso d) del artículo 7° como una de las funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud: conducir y controlar las prestaciones de salud en el contexto de los órganos desconcentrados y acorde con las normas técnicas establecidas;

Que, mediante el referido Reglamento de Organización y Funciones se establece en el artículo 6° como unidad orgánica de línea a la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias, que tiene dentro de sus funciones: Conducir la formulación de los lineamientos para la implementación de las Estrategias Sanitarias Nacionales en concordancia con las disposiciones sectoriales, en los aspectos vinculados a la prevención y control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, en coordinación con la gerencia de Prestaciones Primarias de Salud

Que, sobre la base de los objetivos institucionales relacionados con el otorgamiento de prestaciones integrales con eficacia y calidad, la administración eficiente y transparente de los recursos, la Institución viene introduciendo elementos de reforma con la finalidad de reorientar el accionar de ESSALUD hacia el cumplimiento de sus fines y objetivos, que la sitúen a la altura de las necesidades de los asegurados

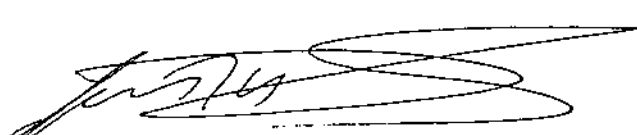
Que, en este sentido, resulta necesario aprobar un documento técnico normativo que garantice la continuidad y oportunidad de los cuidados relacionados con la Coinfección Crónica por VIH y VHB, acorde con las normas institucionales vigentes; por lo que la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias encargó al Comité Nacional de Control de ITS-VIH/SIDA la elaboración de los mismos

Estando a lo propuesto y de conformidad a la delegación conferida:

**SE RESUELVE:**

6. **APROBAR** la "Guía para la Prevención de la Transmisión Vertical de la Infección por VIH en ESSALUD"
7. **ENCARGAR** a la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias a través de la Sub Gerencia de Servicios Finales, la difusión y monitoreo de la indicada Guía
8. **FACULTAR** a la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias a través de la Sub Gerencia de Servicios Finales la supervisión del cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución
9. **ENCARGAR** a la Gerencia de Control de Prestaciones de Salud realizar las actividades de monitoreo, evaluación y control correspondientes al ámbito de su competencia
10. **FACULTAR** a la Gerencia de Operaciones de Salud realizar las acciones correspondientes para la operatividad de la normativa del presente documento técnico

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE**

  
.....  
Dr. ALFREDO BARREDO MOYANO  
Gerente Central de Prestaciones de Salud  
ESSALUD

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud

08 ENE 2010  
Jorge M. Cabello Yacolca  
Pedatario Titular  
Resolución N° 024-GCPS-EsSalud-2009

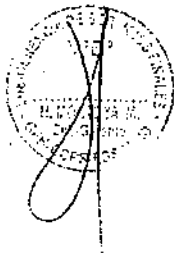
**TITULO ORIGINAL: GUIA PARA LA PREVENCION DE LA TRANSMISION  
VERTICAL DE LA INFECCION POR VIH EN ESSALUD**



GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD  
GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS  
SUB-GERENCIA DE SERVICIOS FINALES  
Jr. Domingo Cueto N° 120-8° piso- Lima 11-Perú

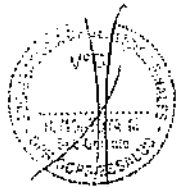
**DERECHOS DE AUTOR**

Queda hecho el depósito que previene la Ley  
Este documento no puede reproducirse total o parcialmente por ningún método gráfico,  
electrónico o mecánico, incluso los sistemas de fotocopiado, registro magnetofónico o  
alimentación de datos, sin permiso previo de la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias –  
Gerencia Central de Prestaciones de Salud –EsSalud.



## ÍNDICE

1. OBJETIVOS.....	6
2. DEFINICIONES.....	6
3. NIVEL DE ATENCIÓN Y ESPONSABILIDAD.....	7
4. PRIMERA VISITA DEL CONTROL PRE-NATAL.....	8
5. CONSIDERACIONES PRÁCTICAS Y SITUACIONES CONCRETAS.....	9
6. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS EN EL NIÑO EXPUESTO.....	13
7. SEGUIMIENTO DE LA MUJER INFECTADA.....	15
8. SEGUIMIENTO DEL NIÑO DE MADRE INFECTADA.....	15
9. BIBLIOGRAFÍA.....	17



## INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas han habido avances importantes en las opciones terapéuticas de las personas infectadas con el VIH, lo que se ha traducido en mejor calidad de vida y mayor supervivencia.

Gracias a la rápida identificación de las vías de transmisión del VIH se pudo plantear las estrategias de prevención. Es en el campo de la Prevención de la Transmisión Vertical donde las medidas preventivas han sido más exitosas reduciéndola a niveles mínimos. Sin embargo, queda el reto de difundir y promover estas estrategias para disminuir la posibilidad de seguir teniendo niños infectados cuando ya contamos con el conocimiento para minimizar la transmisión.

El estudio ACTG 076 mostró que el uso de Zidovudina reduce la transmisión de la infección en cerca de 70%. Evidencias posteriores muestran que cuando existen niveles elevados de CV este beneficio es considerablemente menor si la mujer es tratada únicamente con monoterapia. La terapia antirretroviral de alta potencia disminuye aún más las tasas de transmisión y la adición de otras medidas paralelas han convertido a la Transmisión Vertical en un evento realmente prevenible.

Medidas como la TARV, la cesárea y la sustitución de la leche materna, han revolucionado la manera de manejar a las gestantes seropositivas, sin embargo, aún constituye un reto la identificación temprana de la infección por VIH en las gestantes y, más aún, darles el acceso a todos los componentes de una prevención eficaz. Esta Guía tiene la finalidad de enfrentar todos estos retos.

CIE-10: B20 - B24 SIDA y complicaciones

### 1. OBJETIVOS:

#### 1.1 Objetivo General:

- Disminuir la transmisión madre-niño de la infección por VIH.

#### 1.2 Objetivos Específicos:

- La detección temprana de la infección por VIH durante el embarazo
- Normar la aplicación de la profilaxis de transmisión vertical en gestantes infectadas con VIH o con sospecha de estarlo
- Normar la profilaxis neonatal de los niños expuestos al VIH

### 2. DEFINICIONES

**2.1. Transmisión vertical del VIH:** También se denomina transmisión Madre-Niño y se refiere a la adquisición del VIH por el neonato.

Existen tres posibles rutas en la transmisión madre-niño del VIH:



- transmisión intraútero, durante el embarazo, siguiendo el similar mecanismo que el de la rubéola;
- transmisión durante el período perinatal, especialmente durante el trabajo de parto, siguiendo el mecanismo de la hepatitis B;
- transmisión post parto, a través de la lactancia materna, análoga a la transmisión del HTLV-I.

Esta transmisión puede ocurrir entre el 25 al 30% de casos si no se aplican medidas de prevención. La suma de medidas preventivas aplicadas durante los tres periodos descritos han reducido la tasa a transmisión vertical a menos del 2%. Estas medidas incluyen: La terapia antirretroviral preventiva de la madre infectada por el VIH durante la gestación, la profilaxis neonatal con antirretrovirales, el parto por cesárea y la provisión de leche maternizada.

**2.2. Gestante infectada por el VIH:** El diagnóstico de la infección por VIH en gestación es igual que en cualquier otra persona. Se considera gestante infectada por el VIH si después de una prueba rápida y/o prueba de ELISA para VIH reactiva se tiene una prueba confirmatoria para infección por VIH (Western Blot de preferencia o Inmunofluorescencia indirecta – IFI).

Sin embargo, hasta que se tenga la prueba confirmatoria, se iniciarán las medidas profilácticas o preventivas en toda gestante que tenga alguna de las pruebas de tamizaje positivas

**2.3. Tratamiento Antirretroviral de la gestante:** Se refiere al esquema de terapia antirretroviral que se le indicará a la gestante para prevenir la transmisión madre-niño durante la gestación. En ESSALUD este esquema se refiere a la terapia antirretroviral completa (TARV) y su continuación en el período postparto se decidirá caso por caso.

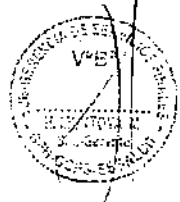
**2.4 Profilaxis antirretroviral del neonato:** Se refiere a la medicación antirretroviral que se indica en las primeras semanas de vida del neonato como parte de las medidas preventivas

**2.5. Niño expuesto al VIH:** Todo niño nacido de madre infectada o con sospecha de infección por el VIH hasta los 18 meses de edad.

**2.6. Niño infectado por el VIH:** Todo niño expuesto al VIH al que se le realice una prueba de PCR-ADN con resultado positivo en 2 oportunidades diferentes (de acuerdo a la Guía de Terapia Antirretroviral Pediátrica de ESSALUD). Después de los 18 meses de vida el diagnóstico de la infección se hace con los criterios convencionales: Un ELISA reactivo con una prueba confirmatoria positiva

### 3. NIVEL DE ATENCIÓN Y RESPONSABILIDAD

- Todos los establecimientos de EsSalud



- Coordinador de programa ITS/VIH-SIDA
- Coordinador de Atención Primaria
- Jefes de cada establecimiento
- Director de cada Hospital
- Gerentes de Red Asistencial

#### 4. PRIMERA VISITA DEL CONTROL PRENATAL: Prevención y Promoción de la Salud

4.1 En la primera visita al establecimiento de salud se hará la evaluación general y obstétrica de rutina incluyendo los siguientes datos relevantes desde el punto de vista infectológico. Esta evaluación inicial se cumplirá incluso si la paciente viene en trabajo de parto o en el puerperio si es que no tuvo control prenatal apropiado previo o se desconozca su estado serológico respecto al VIH.

- a. Anamnesis completa.
- b. Exploración clínica general y obstétrica: peso, talla y presión arterial.
- c. Realización de citología cérvicovaginal.
- d. Descartar enfermedades de transmisión sexual.
- e. Descartar la presencia de infección por el VIH con la prueba rápida o un ELISA. En el caso de que la paciente llegue en trabajo de parto o en el puerperio se preferirá la prueba rápida. Debe ofrecerse consejería previa en todos los casos.
- f. Determinaciones analíticas generales de la gestación:  
Grupo sanguíneo y Rh. Hemograma y bioquímica. Serologías: HBsAg, lúes, toxoplasma y rubéola. Urocultivo.

4.2 Cualquier gestante con infección conocida por VIH o cuya prueba de descarte sea positiva deberá referirse de inmediato a consultorio de manejo de ITS/VIH/SIDA o al Establecimiento de Salud que ofrezcan terapia antirretroviral de acuerdo a los procedimientos de referencia establecidos. En el consultorio especializado se completarán las evaluaciones clínicas o de laboratorio descritas en el acápite 6.1 y que no pudieron realizarse porque el centro de origen no contaba con los recursos o servicios apropiados.

En el consultorio de referencia se completará el plan diagnóstico y terapéutico tal como sigue:

**a. En caso de ser paciente con infección conocida por VIH:**

Determinar el estadio clínico de la infección por el VIH: Manifestaciones clínicas, recuento de células CD4, carga viral

Historia de uso de drogas antirretrovirales, anterior o actual.

Se evaluará: Continuar, modificar o iniciar la terapia antirretroviral

Determinar presencia de VHC y CMV si no se hubiera hecho antes

**b. En caso de ser paciente con prueba de tamizaje positiva para VIH:**

- Confirmar diagnóstico con la prueba correspondiente
- Determinar estadio clínico: Manifestaciones clínicas, recuento de células CD4, carga viral
- Decidir inicio de terapia antirretroviral de acuerdo a Guías vigentes.
- Determinar presencia de VHC y CMV

**4.3** En el caso de que la prueba rápida salga positiva estando la paciente en trabajo de parto, o cuando la información de la prueba positiva previa recién se conozca en dicha situación se indicará la terapia profiláctica apropiada, tal como se describe en esta guía, y la responsabilidad del reporte inmediato será del médico tratante del trabajo de parto. La prescripción de la TARV estará a cargo del médico del Programa.

**4.4** Las pruebas de ELISA para VIH y las pruebas confirmatorias serán procesadas expeditivamente en el Laboratorio Local o, si fuera el caso, en el del Centro de Referencia que corresponda.

**4.5** El resultado de las pruebas diagnósticas (ELISA o prueba rápida) debe estar registrado en la historia clínica y en el carné de control prenatal siempre, sea este positivo o negativo (reactivo o no reactivo).

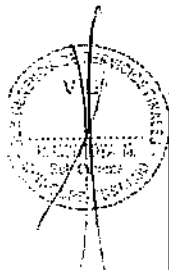
**5. CONSIDERACIONES PRÁCTICAS Y SITUACIONES CONCRETAS. ALGORITMOS DE MANEJO Y TRATAMIENTO.**

La terapia antirretroviral es una herramienta eficaz para reducir la transmisión vertical del VIH y toda gestante infectada debe recibirla. En la historia clínica deberá quedar constancia escrita de la no aceptación por parte de la gestante de recibir la terapia antirretroviral.

La manera como pueden presentarse:

**5.1. Mujer gestante con infección por el VIH conocida y sin Terapia Antirretroviral previa**

Gestación	Parto	Recién Nacido	Comentarios
<p>ZDV + 3TC** + IP ó ZDV + 3TC** + NVP (esta última pauta sólo en mujeres con CD4 &lt;250/microL.</p> <p>Inicio del TARV en gestantes deberá ser a las 14 semanas de gestación, a menos que la paciente requiera un inicio más temprano por su propia salud. (22)</p>	<p>Tener una determinación de CV en semanas 32-36. Si la CV es indetectable, en consenso con la paciente, se puede decidir parto vaginal.</p> <p><b>Siempre ZDV i.v. 2mg/Kg en bolo a pasar en una hora al inicio del parto y luego 1mg/Kg/hora hasta pinzar el cordón.</b></p> <p>En caso de no contarse con</p>	<p>Siempre ZDV en las primeras 8 horas postparto, a 2mg/Kg/6h., durante 6 sem. (1cc:10 mg).***</p>	<p>Si la mujer está en desacuerdo con el tratamiento propuesto, por su trascendencia, debe ser recogido en la historia clínica.</p> <p>Deben evitarse EFV, ddC y la combinación d4T + ddI ↓ (contraindicados) y aquellos fármacos con los que no existe experiencia, o ésta es muy limitada (TDF, ATV/r, FPV/r, TPV/r, enfuvirtide).</p>



	<p>ZDV parenteral: ZDV (600 mg VO) y 3TC (150 mg VO) al inicio del trabajo de parto. Luego ZDV 300 mg cada 3 horas y 3TC 150 mg c/12h hasta el final del trabajo de parto</p> <hr/> <p>Si la CV es detectable o no se dispone de CV <b>Cesárea electiva en semana 37-38:</b> Recomendada si CV cercana al parto &gt; 1000 copias/ml. Considerar si CV &lt; 1000 copia/ml, pero detectable Se iniciará perfusión de ZDV i.v. un mínimo de 2 horas antes de la cesárea.</p>		<p>Se elegirán los fármacos con los que haya mayor experiencia.</p> <p>Tras el parto se podrá retirar el TARV a la madre si no existe indicación de tratamiento para la madre, teniendo en cuenta la vida media de los fármacos para no hacer mono o biterapia encubierta. En caso de que la madre precisara seguir con TARV, ésta se adaptará a su nueva situación (según la Guía de Terapia Antirretroviral de Adultos de ESSALUD)</p>
--	---	--	--

Abreviaturas: CV: carga viral plasmática, ZDV: zidovudina; 3TC: lamivudina; IP: Inhibidor de proteasa; NVP: nevirapina; EFV: efavirenz; ddC: zalcitabina; d4T: estavudina; ddI: didanosina; TDF: tenofovir; ATV: atazanavir; r: ritonavir a dosis bajas como potenciador; FPV: fosamprenavir; TPV: tipranavir; TARGA: tratamiento antirretroviral.

\*Antes de iniciar monoterapia con ZDV, debe asegurarse que la CV indetectable es real (no se trata de un error de laboratorio ni de un subtipo diferente de virus).

\*\*Si por cualquier razón no se puede utilizar 3TC, ddI es una alternativa razonable.

\*\*\* Recién nacido: En caso de no poder utilizar la vía oral, la dosis i.v. es de 1.5 mg/Kg/6h. En prematuros de < 34 semanas de edad gestacional: dosis 1.5 mg/Kg/12h. Desde el nacimiento hasta 2 semanas, con incremento posterior a 2 mg/kg/8h entre la semana 2 y 6 por vía oral. Dosis i.v.: 2/3 de la dosis oral.





## 5.2. Mujer gestante con infección por el VIH conocida y con Terapia Antirretroviral previa

Gestación	Parto	Recién Nacido	Comentarios
<p><b>Con CV indetectable</b></p> <p><b>1. TARGA incluyendo ZDV:</b> Mantener mismo tratamiento (siempre que no haya fármacos teratogénicos o de elevada toxicidad)</p> <p><b>2. TARGA no incluyendo ZDV:</b> Si no hay resistencia (o sospecha de la misma) ó toxicidad por ZDV, considerar el cambio de un INTR por ZDV, dada la amplia experiencia con su uso y su eficacia. En cualquier caso, sustituir siempre aquellos fármacos teratogénicos o de elevada toxicidad y, en la medida de lo posible, aquellos fármacos con los que se tiene poca experiencia (ver última columna).</p>	<p>Tener una determinación de CV en semanas 32-36</p> <p>Si la CV es indetectable, en consenso con la paciente, se puede decidir parto vaginal.</p> <p><b>Siempre ZDV i.v.</b> 2mg/Kg en bolo a pasar en una hora al inicio del parto y luego 1mg/Kg/hora hasta pinzar el cordón.</p> <p>En caso de no contarse con ZDV parenteral: ZDV (600 mg VO) y 3TC (150 mg VO) al inicio del trabajo de parto. Luego ZDV 300 mg cada 3 horas y 3TC 150 mg c/12h hasta el final del trabajo de parto</p> <p>Si la CV es detectable o no se dispone de CV <b>Cesárea electiva en semana 37-38:</b> Recomendada si CV cercana al parto &gt; 1000 copias/ml. Considerar si CV &lt; 1000 copia/ml, pero detectable Se iniciará perfusión de ZDV i.v. un mínimo de 2 horas antes de la cesárea.</p>	<p><b>Madre con CV Indetectable</b></p> <p>Siempre ZDV en las primeras 8 horas postparto, a 2mg/Kg/6h., durante 6 sem. (1cc:10 mg).*</p> <p><b>Madre con CV &gt; 1000 cop/ mL a pesar de terapia antirretroviral se aconsejará triple terapia en el niño</b></p> <p>ZDV en las primeras 8 horas postparto, a 2mg/Kg/6h., durante 6 semanas</p> <p><b>3TC</b> en las primeras 12 horas; 2 mg/kg/12 horas durante 6 semanas</p> <p>En caso de factores de riesgo de transmisión (prematuridad, bolsa rota de más de 4 horas, infecciones del tracto genital o sangrado): añadir NVP en las primeras 12 h y a las 48-72 horas. Se valorará continuar NVP a dosis de 4 mg/kg una vez al día desde el 5º día hasta los 14 días de vida</p>	<p>Los datos de seguridad de antirretrovirales son limitados en el primer trimestre de la gestación. Deben evitarse EFV, ddC (contraindicados); la combinación d4T + ddl (si existen otras alternativas) y, en lo posible, aquellos fármacos con los que no existe experiencia, o ésta es muy limitada (TDF, ATV/r, FPV/r, TPV/r, enfuvirtide).</p> <p>Si se puede, se elegirán los fármacos con los que haya mayor experiencia.</p> <p>Si NVP forma parte del TARV en curso no hay necesidad de cambiarlo independientemente del CD4 de la mujer. La CV indetectable para definir parto vaginal no deberá tener una antigüedad mayor de 4 semanas.</p> <p><b>Idealmente:</b> Indicado estudio de resistencias para una mejor selección de los fármacos.</p>
<p><b>Con CV detectable</b></p> <p>Utilizar nuevo régimen con tres o cuatro fármacos, en función de la historia previa de TARGA, Prueba de resistencia (si estuviera disponible) y la seguridad de los fármacos en la gestación, con el objetivo de conseguir CV indetectable, al menos en el último trimestre</p>			

Abreviaturas: TARGA: tratamiento antirretroviral; ZDV: zidovudina; CV: carga viral plasmática; INTR: inhibidor de transcriptasa inversa nucleósido o nucleótido; EFV: efavirenz; ddC: zalcitabina; d4T: estavudina; ddl: didanosina; TDF: tenofovir; ATV: atazanavir; r: ritonavir a dosis bajas como potenciador; FPV: fosamprenavir; TPV: tipranavir; NVP: nevirapina.

\* Recién nacido: En caso de no poder utilizar la vía oral, la dosis i.v. es de 1.5 mg/Kg/6h. En prematuros de < 34 semanas de edad gestacional: dosis 1.5 mg/Kg/12h. desde el nacimiento hasta 2 semanas, con incremento posterior a 2 mg/kg/8h entre las semanas 2 y 6 por vía oral. Dosis i.v.: 2/3 de la dosis oral.

### 5.3. Mujer gestante que conoce su infección por el VIH muy cerca del parto

Gestación	Parto	Recién Nacido	Comentarios
<p><b>Final de la gestación:</b> TARGA incluyendo ZDV + 3TC + tercer componente (IP ó NVP), considerando el paso placentario limitado de los IP y la potencial toxicidad de NVP</p>	<p><b>Siempre ZDV IV.</b> 2 mg/Kg en bolo a pasar en 1 hora al inicio del parto y luego 1 mg/Kg hora hasta pinzar el cordón.</p> <p>En caso de no contarse con ZDV parenteral: ZDV (600 mg VO) y 3TC (150 mg VO) al inicio del trabajo de parto. Luego ZDV 300 mg cada 3 horas y 3TC 150 mg c/12h hasta el final del trabajo de parto</p> <p>Si CV materna &gt;1000 copias/ml ó desconocida: Cesárea electiva a las 37-38 semanas. Se iniciará perfusión de ZDV i.v un mínimo de 2 horas antes de la cesárea.</p>	<p>Siempre ZDV en las primeras 8 horas postparto, a 2mg/Kg/6h., durante 6 semanas (1cc:10 mg).*</p> <p>Siempre 3TC en las primeras 12 horas; 2 mg/kg/12 horas durante 6 semanas (1cc:10 mg)**.</p> <p>En caso de factores de riesgo de transmisión (prematuridad, bolsa rota de más de 4 horas, infecciones del tracto genital o sangrado): añadir NVP en las primeras 12 h y a las 48-72 horas. Se valorará continuar NVP a dosis de 4 mg/kg una vez al día desde el 5º día hasta 14 días de vida</p>	<p>Toda gestante con elisa o prueba rápida para VIH reactiva, durante su tamizaje, debe recibir ZDV 200 mg. c/12 horas + 3TC (Lamivudina) 150 mg. c/12 horas en espera de prueba confirmatoria.</p> <p>Puede no disponerse de ninguna determinación de CV.</p> <p>Tras el parto se mantendrá o retirará el TARV a la madre en función de su situación inmuno-virológica. Tener en cuenta la vida media de los fármacos para no hacer mono o biterapia encubierta y poder generar resistencias.</p>
<p><b>En el momento del parto:</b> no hay tiempo para TARGA</p>	<p><b>INDICACION ABSOLUTA de CESAREA ELECTIVA</b></p> <p>Siempre ZDV IV. 2mg/Kg en bolo a pasar en 1 hora al inicio del parto y luego 1mg/Kg/ hora hasta pinzar el cordón. Si es posible, administrar a la madre ZDV + 3TC + NVP, que se seguirá tras el parto, ajustando el TARGA en función de los CD4 de la madre obtenidos en el periparto, retirando el TARGA de forma escalonada, para evitar resistencias (ver texto), caso de no existir indicación el TARGA en la madre.</p>	<p>Ver comentarios en la columna de parto para la actitud a seguir con el TARGA de la madre tras el parto.</p>	

Abreviaturas: TARV: tratamiento antirretroviral; ZDV: zidovudina; 3TC: lamivudina; IP: Inhibidor de proteasa; NVP: nevirapina; CV: carga viral plasmática.

\*Recién nacido: En caso de no poder utilizar la vía oral, la dosis i.v. es de 1.5 mg/Kg/6h. En prematuros de < 34 semanas de edad gestacional: dosis 1.5 mg/Kg/12h. desde el nacimiento hasta 2 semanas, con incremento posterior a 2 mg/kg/8h entre la semana 2 y 6 por vía oral. Dosis i.v.: 2/3 de la dosis oral.

\*\* Se valorará la retirada de 3TC y nevirapina a partir de los 15 días si las pruebas diagnósticas del VIH han resultado negativas al nacimiento y a los 15 días. Sin embargo, la validez diagnóstica de la PCR-ARN o PCR-ADN a los 15 días es desconocida cuando se administra terapia combinada al recién nacido.

#### 5.4. Mujer puérpera con infección por VIH no conocida ni en la gestación ni en el parto

Gestación	Parto	Recién Nacido	Comentarios
		<p>Siempre ZDV en las primeras 8 horas postparto y hasta 7 días después del nacimiento a 2mg/Kg/6h, durante 6 semanas (1cc:10 mg).*</p> <p>O según criterio clínico ZDV 2mg/Kg/6h, durante 6 semanas (1cc:10 mg).+</p> <p>3TC (Lamivudina) 2 mg/kg cada 12 horas durante 6 semanas (1cc:10 mg)**</p>	<p>Aunque la dosis de 3TC y NVP son desconocidas en los prematuros, parece justificado utilizar la misma dosis que en el niño a término en situaciones de riesgo de transmisión vertical.</p> <p>Se debe estudiar a la madre y valorar la necesidad o no de TARGA. En cualquier caso se orientará su seguimiento en una unidad especializada.</p>

Abreviaturas: ZDV: zidovudina; 3TC: lamivudina; NVP: nevirapina; TARGA: tratamiento antirretroviral.

\*Recién nacido: En caso de no poder utilizar la vía oral, la dosis i.v. es de 1.5 mg/Kg/6h. En prematuros de <34 semanas de edad gestacional: dosis 1.5 mg/Kg/12h. desde el nacimiento hasta 2 semanas, con incremento posterior a 2 mg/kg/8h entre la semanas 2 y 6 por vía oral. Dosis i.v.: 2/3 de la dosis oral.

\*\* Se valorará la retirada de 3TC y nevirapina a partir de los 15 días si las pruebas diagnósticas del VIH han resultado negativas al nacimiento y a los 15 días. Sin embargo, la validez diagnóstica de la PCR-ARN o PCR-ADN a los 15 días es desconocida cuando se administra terapia combinada al recién nacido.

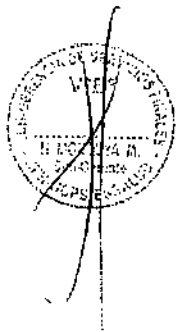
#### 6. CONSIDERACIONES ESPECIALES EN EL NIÑO EXPUESTO AL VIH

El TARGA durante el embarazo ha demostrado ser la medida más eficaz de prevención de la transmisión TV del VIH. Sin embargo, la exposición a los fármacos antirretrovirales, no exentos de toxicidad, determina que los recién nacidos y los lactantes deban ser controlados exhaustivamente durante los primeros años de vida.

La profilaxis de la TV incluye tres periodos: prenatal, perinatal y postnatal. El tratamiento que deberá realizar el recién nacido expuesto al VIH (profilaxis post-natal) vendrá determinado por el riesgo materno de transmisión del VIH (situación clínica, CV y estado de inmunosupresión), por el tratamiento realizado durante el embarazo y por las características del parto.

##### Consideraciones:

- La lactancia materna está contraindicada en todos los recién nacidos expuestos al VIH, o en los que se desconozca la situación materna frente a esta infección y hasta que pueda ser descartada.
- Todo recién nacido expuesto al VIH deberá ser controlado por un equipo asistencial con experiencia en el seguimiento y atención de niños infectados por



el VIH. El centro dispondrá de pruebas para el diagnóstico de la infección del VIH (determinación del genoma del VIH por PCR). En su defecto, el pediatra responsable contará con el asesoramiento de un centro de referencia para esta patología.

- La profilaxis post-exposición durante el periodo neonatal se realiza fundamentalmente con zidovudina. No obstante, en aquellas circunstancias en las que el riesgo de transmisión vertical del VIH es elevado puede utilizarse terapia combinada.
- Todo neonato expuesto al VIH tendrá atenciones prioritarias. Se le atenderá en el consultorio del Programa de VIH independientemente si cuenta con Documento Nacional de Identidad DNI o no.

### 6.1 Profilaxis con ZDV

Es el tratamiento recomendado en todos los neonatos cuyas madres:

- Tienen un riesgo bajo de transmitir el VIH y han recibido por ello monoterapia con ZDV, habiendo dado a luz por cesárea electiva.
- Han realizado TARGA con control de la replicación viral en el momento del parto.

**Aspectos a tener en cuenta sobre el tratamiento con ZDV en los recién nacidos:**

- Dosis: 2 mg/Kg de zidovudina cada 6h, o 4 mg/Kg (solución oral, 10 mg/ml) cada /12 horas. Si el niño no tolera la vía oral, la dosis de ZDV por vía intravenosa es de 1,5 mg/mg/Kg cada 6 horas.
- Inicio: lo antes posible, entre las 6 y 12 horas de vida, y siempre antes de las 48 horas.
- Duración: la pauta de tratamiento establecida en el PACTG 076 es de 6 semanas. No obstante, en la actualidad hay información de igual eficacia con pautas más cortas <sup>20-21</sup> La recomendación actual sería de 4 semanas con el fin de minimizar la toxicidad de la ZDV.
- Otras consideraciones: las dosis en prematuros (edad gestacional inferior a 37 semanas) deben ajustarse 2 mg/Kg de ZDV oral o 1,5 mg/Kg intravenosa, cada 12 horas, aumentando la dosis a 2 mg/Kg (oral) cada 8 horas a las dos semanas de vida si la edad gestacional es superior o igual a 30 semanas. En prematuros extremos (EG<30 semanas) se mantendrá el intervalo de dosificación cada 12 horas durante las primeras 4 semanas.

En los niños expuestos prenatalmente a estavudina, puede plantearse la necesidad de no utilizar zidovudina, debido al metabolismo competitivo entre ambos fármacos. La dosis neonatal de estavudina es de 0,5 mg/Kg/12 horas.

En tales circunstancias aún cuando no se han descrito problemas podría utilizarse este mismo fármaco u otro de los que existe dosis establecida en el periodo neonatal (lamivudina, nevirapina, didanosina).

## 7. SEGUIMIENTO DE LA MUJER INFECTADA POR EL VIH

7.1 En toda gestante diagnosticada de infección por el VIH debe realizarse la búsqueda activa de Tuberculosis.

- De no considerarse la enfermedad activa se deberá evaluar el inicio de la quimioprofilaxis con Isoniacida por nueve meses.
- De considerarse enfermedad activa recibirá tratamiento antituberculoso según guía de manejo de Terapia Antirretroviral del Adulto de Essalud.

7.2 Se solicitará carga viral y recuento de células CD4, para establecer el inicio de quimioprofilaxis para *Pneumocystis jirovecii* (antes *Pneumocystis carinii*) y criterios para inicio de TARGA de acuerdo a la Guía de Essalud para el tratamiento antirretroviral– TARGA en adultos infectados por el VIH.

7.3 Durante la gestación la mujer infectada por el VIH y que recibe tratamiento antirretroviral debe ser evaluada de acuerdo a la Guía de Essalud para el tratamiento antirretroviral– TARGA en adultos infectados por el VIH.

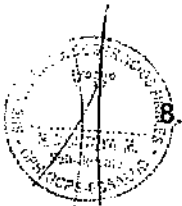
7.4 La mujer que estuvo recibiendo TARGA antes del embarazo o inició TARGA durante la gestación, continuará su seguimiento clínico, viral e inmunológico en el consultorio especializado en VIH o en el hospital de referencia correspondiente, una vez finalizada la gestación.

7.5 El seguimiento de la madre infectada por VIH, debe ser obligatorio por lo cual cada establecimiento de salud debe establecer los mecanismos necesarios para el cumplimiento de la misma.

## 8. SEGUIMIENTO DEL NIÑO DE MADRE INFECTADA POR EL VIH

8.1 El niño, hijo de madre infectada por el VIH, haya o no recibido profilaxis antirretroviral para la prevención de la transmisión vertical del virus, debe ser considerado como paciente de alto riesgo y por tal motivo debe ser evaluado por un médico pediatra con experiencia o capacitado en el manejo de niños infectados por el VIH y derivado al hospital de referencia correspondiente para su seguimiento especializado.

8.2 Toda madre infectada por el VIH, debe recibir consejería referente a la importancia del tipo de alimentación de su hijo. Esta consejería debe ser reforzada en los diferentes controles de crecimiento y desarrollo.



**8.3 Todo hijo de madre infectada por el VIH, NO DEBE RECIBIR LACTANCIA MATERNA.**

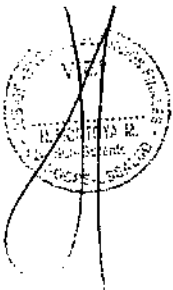
Todo hijo de madre infectada por el VIH debe recibir fórmula láctea, por la Institución, hasta los doce meses de edad, según el siguiente cuadro de programación:

MESES	1° mes	2° mes	3° mes	4° mes	5° mes	6°- 12
N° DE LATAS (400-500 gr)	9	11	13	14	14	15

**8.4.** La prueba de reacción de cadena polimerasa debe ser realizada a los 6 meses de edad, su resultado positivo será considerado como diagnóstico de infección y se procederá a solicitar recuento de CD4 y Carga Viral para determinar si tiene o no criterios de inicio de TARGA.

**8.5** Todo niño VIH expuesto debe ser evaluado cada seis meses hasta cumplir los 18 meses de edad con la prueba de ELISA para establecer su condición de infectado o no infectado por el VIH. De ser reactivo, el manejo se realizará de acuerdo a la "Guía de Manejo de Terapia Antirretroviral en Niños-Essalud".

**8.6** El seguimiento de los hijos de madre infectada por VIH, es prioritario por lo cual deben ser referidos a los Centros Asistenciales con capacidad para realizar el manejo respectivo.



## 9.- BIBLIOGRAFÍA

1. Jamieson DJ, Clark J, Kourtis AP, et al. Recommendations for human immunodeficiency virus screening, prophylaxis, and treatment for pregnant women in the United States. *Am J Obstet Gynecol*, 2007. 197(3 Suppl):S26-32.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Mofenson LM, Taylor AW, et al. Achievements in public health. Reduction in perinatal transmission of HIV infection--United States, 1985-2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2006. 55(21):592-7.
3. Cooper ER, Charurat M, Mofenson LM, et al. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1 infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*, 2002. 29(5):484-94.
4. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med*, 1994. 331(18):1173-80.
5. CDC. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. *MMWR*: The guidelines are periodically updated by panels of HIV experts and available at: <http://AIDSinfo.nih.gov>.
6. Wortley PM, Lindegren ML and Fleming PL. Successful implementation of perinatal HIV prevention guidelines. A multistate surveillance evaluation. *MMWR Recomm Rep*, 2001. 50(RR-6):17-28.
7. European collaborative study. HIV-infected pregnant women and vertical transmission in Europe since 1986. *AIDS*, 2001. 15(6):761-70.
8. Mandelbrot L, Landreau-Mascaro A, Rekacewicz C, et al. Lamivudine-zidovudine combination for prevention of maternal-infant transmission of HIV-1. *JAMA*, 2001. 285(16):2083-93.
9. Dorenbaum A, Cunningham CK, Gelber RD, et al. Two-dose intrapartum/newborn nevirapine and standard antiretroviral therapy to reduce perinatal HIV-1 transmission: a randomized trial. *JAMA*, 2002. 288(2):189-98.
10. Peters V, Liu KL, Dominguez K, et al. Missed opportunities for perinatal HIV prevention among HIV-exposed infants born 1996-2000, pediatric spectrum of HIV disease cohort. *Pediatrics*, 2003. 111(5 Part 2):1186-91.
11. Mofenson LM. Successes and challenges in the perinatal HIV-1 epidemic in the United States as illustrated by the HIV-1 Serosurvey of childbearing women. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2004. 158(5):422-5.
12. Ioannidis JP, Abrams EJ, Ammann A, et al. Perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 by pregnant women with RNA virus loads <1000 copies/mL. *J Infect Dis*, 2001. 183(4):539-45.
13. Sperling RS, Shapiro DE, Coombs RW, et al. Maternal viral load, zidovudine treatment, and the risk of transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. *N Engl J Med*, 1996. 335(22):1621-9.
14. Jackson JB, Musoke P, Fleming T, et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: 18-month follow-up of the HIVNET 012 randomised trial. *Lancet*, 2003. 362(9387):859-68.



15. Petra Study Team. Efficacy of three short-course regimens of zidovudine and lamivudine in preventing early and late transmission of HIV-1 from mother to child in Tanzania, South Africa, and Uganda (Petra study): a randomised, double-blind, placebocontrolled trial. *Lancet*, 2002. 359(9313):1178-86.
16. Wade NA, Birkhead GS, Warren BL, et al. Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med*, 1998. 339(20):1409-14.
17. Moodley D, Moodley J, Coovadia H, et al. A multicenter randomized controlled trial of nevirapine versus a combination of zidovudine and lamivudine to reduce intrapartum and early postpartum mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1. *J Infect Dis*, 2003. 187(5):725-35.
18. Taha TE, Kumwenda NI, Gibbons A, et al. Short postexposure prophylaxis in newborn babies to reduce mother-to-child transmission of HIV-1: NVAZ randomised clinical trial. *Lancet*, 2003. 362(9391):1171-7.
19. Taha TE, Kumwenda NI, Hoover DR, et al. Nevirapine and zidovudine at birth to reduce perinatal transmission of HIV in an African setting: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2004. 292(2):202-9.
20. Robbins GK, De Gruttola V, Shafer RW, Smeaton LM, Snyder SW, Pettinelli C et al. Comparison of sequential three-drug regimens as initial therapy for HIV-1infección. *N Engl J Med* 2003; 349:2293-2303.
21. Gallant JE, Staszewski S, Pozniak AL, DeJesus E, Suleiman JM, Miller MD et al. Efficacy and safety of tenofovir DF vs stavudine in combination therapy in antiretroviral-naive patients: a 3-year randomized trial. *JAMA* 2004; 292(2):191-201.
22. Public Health Service Task Force Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. July 8, 2008.

