

**Secretaría de Salud Honduras  
Sub- Secretaría de Riesgos Poblacionales  
Dirección General de Salud  
Departamento ITS/ VIH/SIDA**

**Normas de Atención Integral a la Embarazada para la  
Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a  
Hijo o Hija**

**Tegucigalpa, MDC, Honduras, C.A  
Febrero de 2008**

**AUTORIDADES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE HONDURAS**  
**Período 2006- 2009**

Dra. Elsa Yolanda Palou García  
Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Dra. Nerza Paz  
Sub-Secretaria de Redes y Servicios

Dr. Rubén Villeda Guiot  
Sub-Secretario de Políticas Sectoriales

Dr. Carlos Aguilar Pineda  
Sub-Secretario de Riesgos Poblacionales

Abogada Martha Suyapa Guillén Carrasco  
Secretaria General

Dr. Jorge Alberto Fernández  
Director General de Promoción de la Salud

Dra. Norma Ondina Bejarano  
Directora de la UPEG

Dr. Manuel Adalid Gamero  
Director General de Salud

Dr. Orles Escobar  
Director General de Regulación

Lic. Gilberto Lezama  
Gerente Administrativo

Dra. Mayté Paredes Paz  
Jefa del Departamento ITS/VIH/SIDA

**DOCUMENTO ELABORADO POR**

**Dra. Maribel Rivera**  
Pediatra Infectóloga IHSS  
Profesora Titular, Depto. de Pediatría, UNAH

**Dr. Denis Padgett**  
Internista Infectólogo IHSS  
Profesor Titular, Unidad de Investigación Científica, UNAH

**COORDINACIÓN TÉCNICA**

**Dra. Mayté Paredes Paz**  
Especialista en Salud Pública

**Dra. Odalys García Trujillo**  
Especialista en Medicina Familiar y Epidemiología

**Lic. Tomasa Sierra Pineda**  
Licenciada en Enfermería

**VALIDACIÓN NORMATIVA**

**Dra. Mayté Paredes Paz**  
Especialista en Salud Pública

**Dra. Odalys García Trujillo**  
Especialista en Medicina Familiar y Epidemiología

**Lic. Tomasa Sierra Pineda**  
Licenciada en Enfermería

**Dra. Melisa Lazo**  
Especialista en Salud Pública

**Dra. Rosa Emilia Godoy**  
Dra. en Química y Farmacia

**Dra. Rosa María Arias**  
Dra. en Química y Farmacia

**Dra. Rudy Rosales de Molinero**  
Especialista en Salud Pública

**Dr. Marco Antonio Urquía Bautista**  
Especialista en Salud Pública

**Licda Norma Ramos Nelson**  
Licda. en Trabajo Social

**VALIDACIÓN TÉCNICA**

<b>NOMBRE</b>	<b>LUGAR DE TRABAJO</b>	<b>PROCEDENCIA</b>
Dra. Rosalinda Hernández	Dpto. ITS/VIH/SIDA	Tegucigalpa
Dra. Mayte Paredes	Dpto. ITS/VIH/SIDA	Tegucigalpa
Dra. Odalys García	Dpto. ITS/VIH/SIDA	Tegucigalpa
Dr. Rolando E. Pinel	Dpto. ITS/VIH/SIDA	Tegucigalpa
Dra. Patricia Rivera	Dpto. ITS/VIH/SIDA	Tegucigalpa
Dra. Rudy Rosales	Dpto. ITS/VIH/SIDA	Tegucigalpa
Dr. Marco Urquía	Dpto. ITS/VIH/SIDA	Tegucigalpa
Lic Bertha Alvarez	Dpto. ITS/VIH/SIDA	Tegucigalpa
Lic. Norma Ramos	Dpto. ITS/VIH/SIDA	Tegucigalpa
Lic. Maria Teresa de Rdguez	Dpto. ITS/VIH/SIDA	Tegucigalpa
Dra. Rosslyn Rodriguez	Dpto. ITS/VIH/SIDA	Tegucigalpa
Dr. Javier R. Rodríguez C.	Programa ITS/VIH/SIDA, IHSS	Tegucigalpa
Licda. Sonia Díaz Núñez	Programa ITS/VIH/SIDA, IHSS	Tegucigalpa
Licda. Ana María Lozano	Depto. Nutrición	Tegucigalpa
Licda. Laura Martínez	Depto. Salud Familiar	Tegucigalpa
Licda. Telma A. Romero	Depto. Salud Familiar	Tegucigalpa
Dr. Renato Valenzuela	UNAH	Tegucigalpa
Lic. Abel Rosales	Depto. Salud Mental	Tegucigalpa
Licda Rita Isabel Meza	Laboratorio Central de SIDA	Tegucigalpa
Dr. Denis Padget	IHSS Tegucigalpa	Tegucigalpa
Dr. Marco Tulio Luque	Hospital Escuela	Tegucigalpa
Dra. Maribel Rivera	IHSS Tegucigalpa	Tegucigalpa
Dra. Lesby Castro	Región Metropolitana	Tegucigalpa
Dra. Karen Erazo	Hospital Mario Catarino Rivas	San Pedro Sula
Dra. Luisa Maria Pineda	Hospital Mario Catarino Rivas	San Pedro Sula
Dr. José Ochoa	OPS	Tegucigalpa
Dra. Flor María Matute	UNFPA	Tegucigalpa

**Revisión Julio 2007 - Febrero 2008**

Dr. Enrique Jovel	Hospital Mario C. Rivas	San Pedro Sula
Dra. Karen Erazo	Hospital Mario C. Rivas	San Pedro Sula
Dra. Elsa Y. Palou	Instituto Cardiopulmonar	Tegucigalpa
Dra. Maribel Rivera	IHSS	Tegucigalpa
Dr. Denis Padgett	IHSS	Tegucigalpa
Dr. Marco Tulio Luque	IHSS	Tegucigalpa
Dr. Charles Parchment	IHSS	San Pedro Sula
Dr. Tito Alvarado	Hospital Escuela	Tegucigalpa
Dra. Odalys García	Departamento ITS/VIH/SIDA	Tegucigalpa
Lic. Tomasa Sierra	Departamento ITS/VIH/SIDA	Tegucigalpa
Dra. Meliza Lazo	Departamento ITS/VIH/SIDA	Tegucigalpa
Dra. Jennifer Awad	Hospital Escuela	Tegucigalpa
Dra. Gabriela Cano	Hospital Escuela	Tegucigalpa

## INDICE

CAPITULO	CONTENIDO	Pag.
	Presentación	
1	Introducción	1
2	<a href="#">Propósito y objetivos</a>	3
3	<a href="#">Marco referencial</a>	4
3.1	Vulnerabilidad de la mujer a la infección por el VIH	5
3.2	Transmisión del VIH de madre a hijo/hija	6
3.3	Prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo/hija	8
4	<a href="#">Normas de atención integral a la embarazada para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo/hija</a>	10
4.1	Atención Integral a la embarazada con VIH /SIDA, Intervenciones a Nivel Comunitario	11
4.2	Atención inicial a la embarazada para la prevención del VIH/SIDA, Primer Control Prenatal	14
4.3	Atención Sub-Siguiente a la Embarazada para la Prevención de la Transmisión del VIH/SIDA, Controles Sub-Siguientes en el Centro de Salud Nivel B	16
4.4	Atención Integral a la embarazada con VIH /SIDA en los servicios de salud y criterios para el inicio de la Terapia Antirretroviral en Embarazadas	19
4.5	Atención subsiguiente a la embarazada con VIH /SIDA, Control Prenatal Sub-Siguiente en el Centro de Salud, Hospital y Centro de Atención Integral	21
4.6	Atención al niño/niña perinatalmente expuesto al VIH	24
5	Seguimiento al niño/niña perinatalmente expuesto al VIH	26
5.1	Seguimiento clínico al niño/a perinatalmente expuesto al VIH	26
5.2	Seguimiento clínico y de laboratorio al niño/a perinatalmente expuesto al VIH	29
6	Seguimiento a la mujer con VIH/SIDA después del embarazo	31
	Anexos	
I	Algoritmo de abordaje diagnóstico de la infección VIH para personas adultas	35
II	Clasificación clínica (adultos)	37
III	Clasificación clínica (Pediatria)	38
IV	Efectos adversos	41
V	Profilaxis post exposición	42
	Bibliografía	45
	Glosario de Términos	46

## **PRESENTACIÓN**

Las Normas de Atención Integral a la Embarazada para la Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo/ Hija se fundamentan en un abordaje integral para contribuir a mejorar la calidad de vida de la mujer y a prevenir la transmisión del VIH en los niños y niñas perinatalmente expuestos al VIH.

Estas normas son el resultado de un amplio proceso de consultas, revisión de literatura científica y validaciones con expertos nacionales e internacionales en la atención de embarazadas con VIH/SIDA y de niños y niñas hijos(a) de madres con VIH/SIDA, incluyendo al personal técnico de los diferentes niveles de atención de la red de servicios de salud. Son parte de un conjunto de normas de atención integral en VIH/SIDA.

El documento constituye un apoyo para la prestación de servicios amigables con calidad y eficacia así como para la capacitación y formación de recursos humanos. Define claramente los diferentes aspectos para la atención de la embarazada infectada desde su primer control en los servicios de salud. Asimismo se define la atención integral de los niños/as perinatalmente expuestos al VIH para reducir el riesgo de infección.

Esperamos además con estas normas, homologar conocimientos, unificar criterios y sistematizar los procesos de atención. Su aplicación por parte del personal multidisciplinario de salud fortalecerá la capacidad nacional de respuesta institucional a la epidemia del VIH/SIDA.

La Secretaría de Salud, a través del Departamento ITS/VIH/SIDA, conciente de su responsabilidad pone a la disposición del personal de salud encargado de la atención de la mujer embarazada, este documento, como una herramienta valiosa en apoyo a la labor que realizan en pro de la salud de la población hondureña.

**Dra. Elsa Yolanda Palou**  
Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

## 1. INTRODUCCIÓN

La alta prevalencia de la infección VIH/SIDA en mujeres en edad fértil a nivel mundial, ha traído como consecuencia un número creciente de niños/as infectados.

Se estimó que en el año 2007 ocurrieron 2,5 millones de casos nuevos a nivel mundial, de los cuales 2,1 millones son adultos entre las edades de 15 – 49 años y el 16,8% de ellos están entre los 15 – 24 años. Más del 95% de los casos se presentaron en países de bajos o medianos recursos económicos<sup>1</sup>. Entre 2001 y 2007, se produjeron aumentos similares en la cifra estimada total de nuevas infecciones en varones y mujeres, si bien la razón varón/mujer se mantuvo estable en todo el mundo. El número estimado de 15,4 millones de mujeres que viven con el VIH en 2007 representa 1,6 millones más que los 13,8 millones en 2001. En el caso de los varones, los 15,4 millones que se estima que viven con el VIH en 2007 se comparan con los 13,7 millones en 2001.

Según las proyecciones para el año 2007, Honduras cuenta con una población de 7,536,952 habitantes<sup>2</sup>. Las estadísticas de la Secretaría de Salud hasta diciembre de 2007 registra 24,868 personas viviendo con VIH/SIDA de las cuales 1,331 son niños/as menores de 15 años.<sup>3</sup>

El estudio de vigilancia centinela en embarazadas (2004) realizado por el Departamento ITS/VIH/SIDA, reportó una tasa de prevalencia de VIH de 0.5% en este grupo de población<sup>4</sup>. Con relación a la tasa de transmisión de madre a hijo(a), en un estudio realizado en el Hospital Escuela en 1996 se encontró una tasa de 36%<sup>5</sup>

El 95% de los casos de VIH/SIDA en menores de 15 años se deben a transmisión de madre a hijo/hija. Por lo que se considera factible disminuir los casos en la población pediátrica, mediante el uso de antirretrovirales durante el embarazo, parto y primeras semanas de vida de los niños y niñas, tal como se demostró en 1994 con los primeros resultados del Protocolo 076 en Estados Unidos y Francia (administración de AZT durante embarazo, parto y primeras 6 semanas de vida) reduciendo la tasa de transmisión en un 67%. Desde entonces hay varios esquemas para la prevención de la transmisión de madre a hijo/a, y muchos conceptos relacionados evidencian constante evolución.<sup>6,7</sup>

La existencia de protocolos de prevención con relación a esta forma de transmisión del VIH ha favorecido el desarrollo de estrategias que permiten brindar a la madre la información necesaria sobre la importancia de la prueba para detección del VIH durante el embarazo, y decidir realizársela. Así mismo en caso de un resultado VIH positivo conocerá las medidas

<sup>1</sup> ONUSIDA 00002 – sp –1 Dic 07

<sup>2</sup> Documento de Proyecciones INE - 2007

<sup>3</sup> Informe estadístico de la situación de VIH/SIDA en Honduras. Periodo 1985 – diciembre 2007. Depto. ITS/SIDA

<sup>4</sup> Secretaria de Salud, Estudio de Seroepidemiológico de Sífilis, Hepatitis B y VIH en Mujeres Embarazadas que asisten control prenatal, Honduras, Diciembre de 2004.

<sup>5</sup> Godoy A, Sabillón F, Lorenzana de Rivera I. Prevalencia de infección por VIH en mujeres post parto y tasa de transmisión vertical, Hospital Escuela, Honduras. Revista Médica Hondureña 2001; 69: 3 – 7

<sup>6</sup> 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. November 2, 2007. AIDSinfo Web site (<http://AIDSinfo.nih.gov>).

<sup>7</sup> Mofenson L. and Wilfert C. Pathogenesis and interruption of vertical transmission in Pizzo Philip A. MD, Wilfert Catherine MD. Pediatric AIDS. The Challenge of HIV Infection in Infants, Children, and Adolescents. Third Edition. Williams & Wilkins Baltimore, Maryland, USA, 1998.

para disminuir el riesgo de transmitirle el virus a su hijo/hija (medicamento profiláctico, finalización del embarazo vía cesárea electiva y técnicas de alimentación infantil)<sup>6</sup>

Adicionalmente, estas medidas dirigidas a disminuir el número de niños/as infectados, permiten detectar más tempranamente la infección VIH en las madres y en muchos casos también en sus parejas, dando lugar a un seguimiento con intervenciones oportunas. Este hecho redundará en la disminución de la morbi - mortalidad infantil y materna, y permite mantener una buena calidad de vida al binomio madre – hijo/hija, con el subsiguiente bienestar familiar.

Entre los años 1999 y 2001, en Honduras se inició la implementación de un proyecto piloto para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo/hija. En el año 2003, las autoridades de la Secretaría de Salud considerando como una prioridad la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo/hija decidieron trascender de un proyecto piloto a la estructuración y desarrollo de un Programa Nacional que facilite una mayor cobertura geográfica de estrategias dirigidas a prevenir la transmisión por esta vía.

La visión del Programa Nacional es hacia el fortalecimiento de un abordaje integral a la mujer que contribuya a la prevención primaria, secundaria y terciaria del VIH/SIDA a través del desarrollo de estrategias e intervenciones dirigidas a:

- a) **Mujeres en edad fértil** (embarazadas o no), previniendo la transmisión del VIH
- b) **Mujeres infectadas no embarazadas**, desarrollando con ellas procesos de información, educación y comunicación en apoyo a la toma de decisiones que contribuyan a su bienestar personal y familiar
- c) **Mujeres infectadas embarazadas**, brindando servicios de atención integral con calidad para su salud personal y para prevenir la transmisión de infecciones como el VIH y la sífilis congénita a sus hijos o hijas.

Las presentes Normas contienen las intervenciones para este último aspecto. Los primeros dos aspectos forman parte de una estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC) que debe ser fortalecida con la participación de personal multidisciplinario gubernamental e interinstitucional y de todas las organizaciones que trabajan en el abordaje de la epidemia en el país.



## 2. PROPÓSITO Y OBJETIVOS

### PROPÓSITO

Contribuir a la disminución de la transmisión del VIH de madre a hijo/hija en Honduras

### OBJETIVOS

- a) Brindar al equipo de salud las herramientas para la atención integral y oportuna de la mujer embarazada infectada por el VIH
- b) Contribuir a facilitar la atención oportuna de la mujer y del niño/niña infectado por VIH en los servicios de atención integral, incluyendo terapia antirretroviral de acuerdo a las normas nacionales
- c) Contribuir al mejoramiento de la calidad y calidez de la atención de la mujer embarazada y su hijo/hija, en los servicios de salud
- d) Apoyar directamente el proceso de enseñanza aprendizaje en la formación y capacitación de los recursos humanos del equipo de salud

## **MARCO REFERENCIAL**

### 3.-MARCO REFERENCIAL

#### 3.1.- VULNERABILIDAD DE LA MUJER A LA INFECCION POR EL VIH

La mujer tiene mayor riesgo de adquirir la infección por VIH que el hombre, debido a **factores biológicos, económicos y socioculturales**. La tasa de transmisión del VIH es de dos a tres veces más alta de hombre a mujer.

**En el contexto biológico:** La mujer tiene mayor superficie de mucosa expuesta a las secreciones de su pareja; el tejido blando del aparato reproductor femenino se desgarrará fácilmente, produciendo una vía de transmisión del virus, sobretodo durante la adolescencia y la menopausia. El tejido vaginal absorbe más fácilmente los líquidos, incluyendo el esperma en donde la cantidad de virus es mayor que en la secreción vaginal<sup>8</sup>

Además, la mujer tiene más probabilidades que el hombre de padecer otras ITS debido a que la mayoría son asintomáticas, aumentando el riesgo para infectarse con el VIH. Estudios demuestran que la mujer es cuatro veces más vulnerable a las ITS, las cuales constituyen un factor de riesgo para adquirir la infección por VIH, especialmente cuando estas no se tratan<sup>9</sup>.

Las ITS destruyen las barreras naturales, provocan una respuesta inflamatoria local, estimulan el reclutamiento de macrófagos y linfocitos activados y aumentan los niveles de VIH a nivel genital.

**Desde el punto de vista económico** la mujer tiene poca oportunidad en su formación y empleo; con menos posibilidades de tener acceso a servicios de salud para cubrir los costos de las prescripciones médicas. En situación de desesperación financiera puede intercambiar coito por dinero, alimentos u otros favores.

**Socioculturalmente**, la mujer no tiene el poder de decidir cuando, como, donde y con quién tener relaciones sexuales. Es menos probable que tenga el poder de negociar el uso de protección o la existencia de otras parejas sexuales de su compañero.

Adicionalmente la exigencia de la virginidad lleva a comportamientos sexuales de riesgo como las relaciones anales. También la mujer tiene menos acceso a información, a servicios de salud sexual y limitación a pruebas diagnósticas de ITS/VIH

La violencia contra la mujer limita la libertad física y mental. Existe menos control en la decisión acerca del uso de protección, de la distribución de los recursos y el acceso a los servicios de salud, lo cual hace más difícil y peligroso que ella se rehúse al coito inseguro.

El sexo forzado, la violencia o las amenazas de violencia y el abuso sexual en la niñez y adolescencia limitan y obstaculizan la capacidad de la mujer para exigir relaciones sexuales sin riesgo.

<sup>8</sup> Pan American Health Organization, Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the World Health Organization, Woman and HIV/AIDS. Prevention and care strategies, 2000: 33 – 34

<sup>9</sup> Secretaría de Salud de Honduras, Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer, Septiembre, 1999

### 3.2.- TRANSMISIÓN DEL VIH DE MADRE A HIJO O HIJA

Está demostrado que el VIH puede transmitirse de la madre a su hijo/hija en tres momentos:

- durante el embarazo,
- el parto,
- y por lactancia materna

Se estima que el riesgo total de transmisión oscila entre 25 a 40 %. <sup>13</sup>

La transmisión intra útero es del 25 – 35% y ocurre con mayor frecuencia cerca del parto, ya que en este período se incrementa el intercambio de fluidos entre la madre y el hijo/a.

En el momento del parto el riesgo de transmisión es de 50-60% <sup>7</sup>

Durante la lactancia materna la transmisión oscila desde 15 a más de 40% <sup>10, 11, 12</sup>

#### 3.2.1 Factores que influyen en la transmisión del VIH de madre a hijo/hija: <sup>12,13 14</sup>

Hay factores que influyen en la transmisión del virus de la madre al hijo/hija y factores que condicionan la evolución clínica de la enfermedad en los niños y niñas como los siguientes:

- a) **Factores del virus** relacionados a su genotipo y fenotipo ya que la diversidad de cepas del virus en la madre puede influir en la tasa de transmisión.
- b) **Factores relacionados con la madre:**
  - **Alta carga viral en la madre:** en la primoinfección (primeros tres meses después de la infección) y en el SIDA avanzado se tienen las cargas virales más elevadas
  - **Recuento bajo de linfocitos CD4 con valores menores a 200 células/μl (SIDA en etapa avanzado)**
  - **Deficiencia grave de vitamina A:** Está relacionada a un mayor riesgo por deterioro de las funciones de las células T y B, resultando en aumento de carga viral materna. Además se ha asociado con grietas en los pezones
  - **Infecciones de transmisión sexual no tratadas,** por aumento de la excreción viral en las secreciones cérvico vaginales
- c) **Factores del parto:**
  - Parto pre-termino (menor de 37 semanas de gestación) debido a la inmadurez del sistema inmunológico del prematuro y fragilidad de su piel
  - Parto vía vaginal

7. Mofenson L. and Wilfert C. Pathogenesis and interruption of vertical transmission in Pizzo Philip A. MD, Wilfert Catherine MD. Pediatric AIDS. The Challenge of HIV Infection in Infants, Children, and Adolescents. Third Edition. Williams & Wilkins Baltimore, Maryland, USA, 1998.

<sup>10</sup> Royce RA, Sena A, Cates W, Cohen M. Sexual transmission of HIV. N Engl J Med 1997; 15: 1072 -1078

<sup>11</sup> Center for Diseases Control and Prevention. Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing and Referral and Revised Recommendations for HIV Screening of Pregnant Woman. MMWR 2001; 50 (No. RR – 19) Vol. 50

<sup>12</sup> Greenberg A. E, Dabis F, Marum L. and De Cock K M . HIV infection in Africa in Pizzo Philip A. MD, Wilfert Catherine MD. Pediatric AIDS. The Challenge of HIV Infection in Infants, Children, and Adolescents. Third Edition. Williams & Wilkins Baltimore, Maryland, USA, 1998

<sup>13</sup> UNAIDS/WHO. HIV in pregnancy: a review. Final draft: 25 June 1998

<sup>14</sup> UNICEF/PD/NUT/(J) 98 –1-2-3 VIH y alimentación infantil. Guía para administradores y supervisores de salud. Octubre 1999

- Expulsivo prolongado
- Episiotomía
- Uso de fórceps
- Ruptura de membranas mayor de 4 horas
- Corioamnionitis
- Uso de electrodos en cuero cabelludo del bebé

En resumen toda circunstancia que aumente la posibilidad de exposición a secreciones o sangre materna favorece la transmisión.

**d) Lactancia materna:**

Está demostrado que el VIH se puede transmitir de madre a hijo/hija a través de la leche materna; como se mencionó anteriormente durante la lactancia materna el riesgo de transmisión oscila desde 15 a más de 40% <sup>10, 11, 12</sup>

El riesgo de transmisión varía según la duración de la lactancia de la siguiente forma:

- 6 meses de lactancia materna el riesgo oscila entre 20 a 35%.
- Hasta 18 - 24 meses de lactancia el riesgo asciende a 30 -45% <sup>15</sup>.

Existen algunos estudios que señalan que no se observó tasas de infección con diferencias estadísticamente significativas en niños y niñas hijos de mujeres con VIH positivo que recibieron lactancia materna temprana (en los primeros 2 a 3 meses de edad) comparado con niños(as), hijos(as) de madres con resultado VIH positivo que nunca recibieron lactancia materna, pero ambos grupos si presentaron diferencias estadísticamente significativas con el grupo alimentado de forma mixta, en los cuales las tasas de transmisión fueron mas altas <sup>16</sup>.

Ello nos sugiere que cuando la madre no tiene posibilidades de brindar una alimentación de reemplazo, con el apoyo del personal de salud se podrá brindar lactancia materna exclusiva por el tiempo más corto posible mientras reúne todas las condiciones para brindar una alimentación de reemplazo, y bajo ninguna circunstancia brindar alimentación mixta que conlleve mayores riesgos de transmisión del virus.

Hay factores que aumentan el riesgo de transmisión de la infección por ésta vía como la presencia de grietas y lesiones en los pezones, infecciones como candidiásis tanto en la madre como en el niño/a (hace más vulnerable la piel), mastitis (clínica y subclínica), alta carga viral de la madre y la lactancia mixta (combinación de lactancia materna con lactancia artificial); esta ultima, causa microlesiones y micro hemorragias en la mucosa del tracto digestivo del niño/a, a través de las cuales el virus pasa con más facilidad <sup>11, 14</sup>

<sup>10</sup> Royce RA, Sena A, Cates W, Cohen M. Sexual transmission of HIV. N Engl J Med 1997; 15: 1072 -1078

<sup>11</sup> Center for Diseases Control and Prevention. Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing and Referral and Revised Recommendations for HIV Screening of Pregnant Woman. MMWR 2001; 50 (No. RR – 19) Vol. 50

<sup>12</sup> Greenberg A. E, Dabis F, Marum L. and De Cock K M . HIV infection in Africa in Pizzo Philip A. MD, Wilfert Catherine MD. Pediatric AIDS. The Challenge of HIV Infection in Infants, Children, and Adolescents. Thrird Edition. Williams & Wilkins Baltimore, Maryland, USA, 1998

<sup>14</sup> UNICEF/PD/NUT/(J) 98 –1-2-3 VIH y alimentacion infantil. Guia para administradores y supervisores de salud. Octubre 1999

<sup>15</sup> HIV and infant feeding a guide for health care managers and supervisors ONUSIDA, 2004

<sup>16</sup> Coutsoudis et al. AIDS 2001, 15:379-87

### 3.2.2 Factores que influyen en la evolución clínica de la enfermedad en los niños/as

La evolución clínica a SIDA en el niño/ niña puede ser lenta o rápida (progresores lentos o rápidos), según su condición individual de reacción inmunológica ante el VIH.

- En los **progresores lentos** la evolución a la enfermedad es similar a la del adulto, requiriendo entre 5 a 10 años para el desarrollo de síntomas clínicos (SIDA).
- Con los **progresores rápidos** en cambio, generalmente los niños y niñas se vuelven sintomáticos durante los primeros meses de vida, y mueren antes de los 2 años de edad. Los factores de riesgo para progresión rápida incluyen
  - Alta carga viral en la madre
  - Ruta de transmisión transplacentaria, debido a que llegan grandes cantidades de virus a través del torrente sanguíneo <sup>7, 13</sup>

### 3.3. -PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE MADRE A HIJO/HIJA

En 1994 se demostró la utilidad de zidovudina (AZT) en la prevención de la transmisión del VIH de madre a hija/hijo, mediante el Protocolo 076 (EUA, Francia). Desde esa fecha se ha progresado en el conocimiento de la patogenia de la enfermedad, su tratamiento y monitorización. <sup>6</sup>

El Protocolo 076 demostró una reducción del 67% en la tasa de transmisión madre a hijo/a; dicho protocolo consiste en la administración oral de zidovudina a partir de la 14 a 28 semanas de gestación (SG), hasta el momento de inicio del trabajo de parto, durante el cual se administra endovenoso, con posterior administración de zidovudina al recién nacido/a hasta las seis semanas de edad.

Se han realizado muchos estudios para tener opciones que puedan estar al alcance de países menos favorecidos desde el punto de vista económico; es así como en Tailandia se demuestra que la administración de 300 mg de zidovudina, 2 veces al día (cada 12 horas) durante las 4 últimas semanas de embarazo, seguido por 300 mg de zidovudina vía oral cada tres horas durante el trabajo de parto, hasta el momento del mismo y sin medicamento al recién nacido/a, se logra una reducción de la transmisión en un 50%.

Otro estudio demostró que la administración de una dosis única de 200 mg de Nevirapina a la madre al iniciar el trabajo de parto, seguida de una dosis única de 2 mg/kg de Nevirapina al recién nacido/a, reduce la transmisión en un 50%. Sin embargo este régimen se ha asociado a la aparición de cepas resistentes, cuando se usa solo. Por esta razón han surgido otras alternativas que incluyen el uso combinado de Nevirapina y AZT (para

---

<sup>6</sup> Perinatal HIV Guidelines Working Group. Public Health Service Task Force Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant women infected with HIV 1 for maternal health and for reducing perinatal HIV transmission in the United States. September 2003. AIDS info Web Site: <http://AIDSinfo.nih.gov>

<sup>7</sup> Mofenson L. and Wilfert C. Pathogenesis and interruption of vertical transmission in Pizzo Philip A. MD, Wilfert Catherine MD. Pediatric AIDS. The Challenge of HIV Infection in Infants, Children, and Adolescents. Third Edition. Williams & Wilkins Baltimore, Maryland, USA, 1998.

<sup>13</sup> UNAIDS/WHO. HIV in pregnancy: a review. Final draft: 25 June 1998

disminuir la posibilidad de resistencia) y el uso de Lamivudina (3TC) y AZT en la última semana del embarazo<sup>6</sup>. Actualmente se recomienda la combinación de tres antirretrovirales para la prevención de la transmisión materno infantil, en Honduras se dispone de lopinavir/ritonavir y la combinación fija de 3TC con AZT.

Es importante afirmar que si la embarazada cumple criterios clínicos, inmunológicos y virológicos) para inicio de terapia antirretroviral de acuerdo a las normas de atención del adulto, el embarazo no será razón para diferir el tratamiento<sup>5</sup>.

Sin embargo son necesarias algunas consideraciones especiales relacionadas con el embarazo, que incluyen la necesidad de modificar dosis por los cambios fisiológicos en la madre, las posibilidades de efectos adversos sobre el feto, y la efectividad del medicamento en reducir el riesgo de transmisión del VIH de madre a hija/hijo.<sup>6</sup>

Además está demostrado que la cesárea electiva por si sola disminuye la transmisión del VIH en un 50% y en combinación con medidas farmacológicas la reduce en más del 98%.<sup>6</sup>

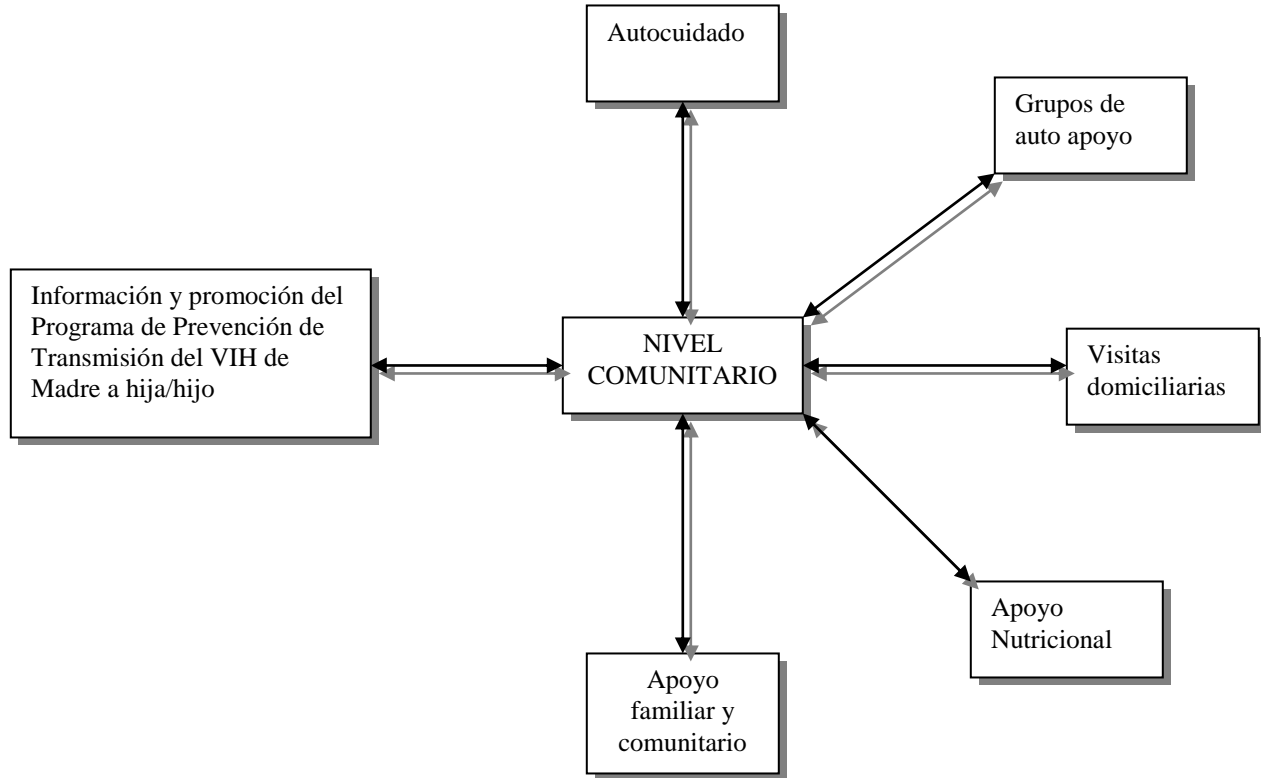
<sup>6</sup> Perinatal HIV Guidelines Working Group. Public Health Service Task Force Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant women infected with HIV 1 for maternal health and for reducing perinata HIV transmission in the United States. September 2003. AIDS info Web Site:<http://AIDSinfo.nih.gov>

**NORMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA EMBARAZADA  
PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE  
MADRE A HIJO O HIJA**



## 4.1 ATENCIÓN INTEGRAL EN VIH/SIDA A LA EMBARAZADA

### NIVEL COMUNITARIO



## 4.1 ATENCIÓN INTEGRAL A LA EMBARAZADA CON VIH/SIDA

### Intervenciones a Nivel Comunitario

En el contexto de la atención integral, el nivel comunitario desempeña un rol importante desarrollando intervenciones dirigidas a promover aspectos como:

- ▶ La consejería en ITS/VIH/SIDA
- ▶ Los grupos de autoapoyo
- ▶ Las visitas domiciliarias
- ▶ Otras acciones que conduzcan a la adopción de conductas y comportamientos de responsabilidad y autocuidado que mejoren la calidad de vida.

En este nivel se apoyan y dirigen las acciones que fortalecen actitudes positivas en las personas que viven con la infección del VIH/SIDA y promueven el cuidado de la salud y la vida.

El aprender a vivir con la infección VIH/SIDA implica cuidarse, tener higiene personal y del hogar, una adecuada nutrición, la atención responsable ante cualquier infección oportunista, la prevención de la transmisión y de las re-infecciones, el autocontrol y manejo de las emociones, y en general la reflexión sobre lo que significa el hecho de vivir con la infección o la enfermedad.

Las intervenciones desarrolladas en el nivel comunitario contribuyen a fortalecer el sistema inmunológico de la persona, prevenir y enfrentar infecciones oportunistas, alargar el período asintomático y lograr una mejor calidad de vida personal, familiar y de su entorno.

Entre las intervenciones están, entre otras, las siguientes:

- En cada oportunidad de contacto con una mujer en edad fértil, tanto el personal institucional como el comunitario, deberá identificar señales de riesgo reproductivo y se promoverá la referencia y el uso de los servicios de salud reproductiva. El personal institucional ofrecerá los servicios de salud reproductiva incluyendo métodos anticonceptivos de barrera (condones) a parejas que deseen utilizar este método como anticonceptivo y/o como protección adicional para ITS/VIH/SIDA
- Se promoverá los servicios de consejería en mujeres en edad fértil y principalmente la que tenga riesgo reproductivo para que consideren responsablemente decidir si posponen o evitan un futuro embarazo
- Se apoyará la detección de mujeres embarazadas en cualquier edad gestacional pero es importante la captación temprana (antes de las 20 semanas) y referirlas a servicios de control prenatal
- Se apoyará la promoción de las intervenciones dirigidas a prevenir la transmisión del VIH/SIDA de la madre al hijo/a incluyendo las acciones que mejoren las coberturas de embarazada en los servicios de salud para recibir los beneficios del Programa de Prevención de la Transmisión del VIH de la Madre al Hijo/a

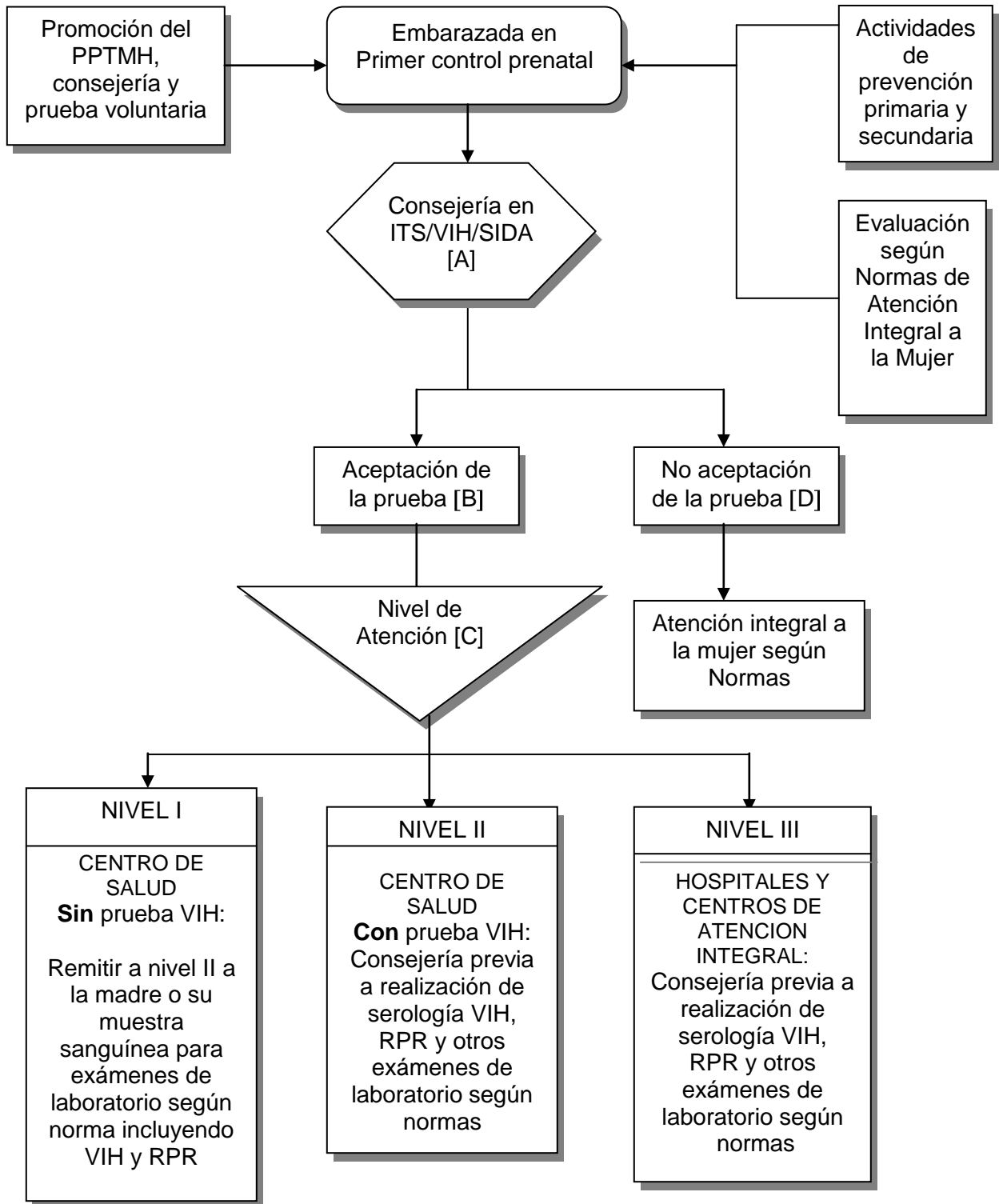
- Se apoyará el desarrollo de la estrategia de información, educación y comunicación para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo(a)
- Se realizará cualquier otra intervención con solidaridad a la mujer embarazada y que propicie entornos favorables para el desarrollo del embarazo, el parto y el pos-parto

## 4.2 ATENCIÓN INICIAL EN VIH/SIDA A LA EMBARAZADA

### PRIMER CONTROL PRENATAL

**Norma:** A toda mujer embarazada se le ofrecerá la prueba de VIH

**Actividad:** Brindar consejería en VIH/SIDA y prevención de la transmisión de madre a hijo(a) a toda embarazada que acuda a control prenatal



## 4.2- ATENCIÓN INICIAL A LA EMBARAZADA PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA PRIMER CONTROL PRENATAL

**Norma:** A toda mujer embarazada en control prenatal se le ofrecerá la prueba de VIH

**Actividad:** Brindar consejería en VIH/SIDA y en prevención de la transmisión de madre a hijo(a) a toda embarazada que acuda a control prenatal

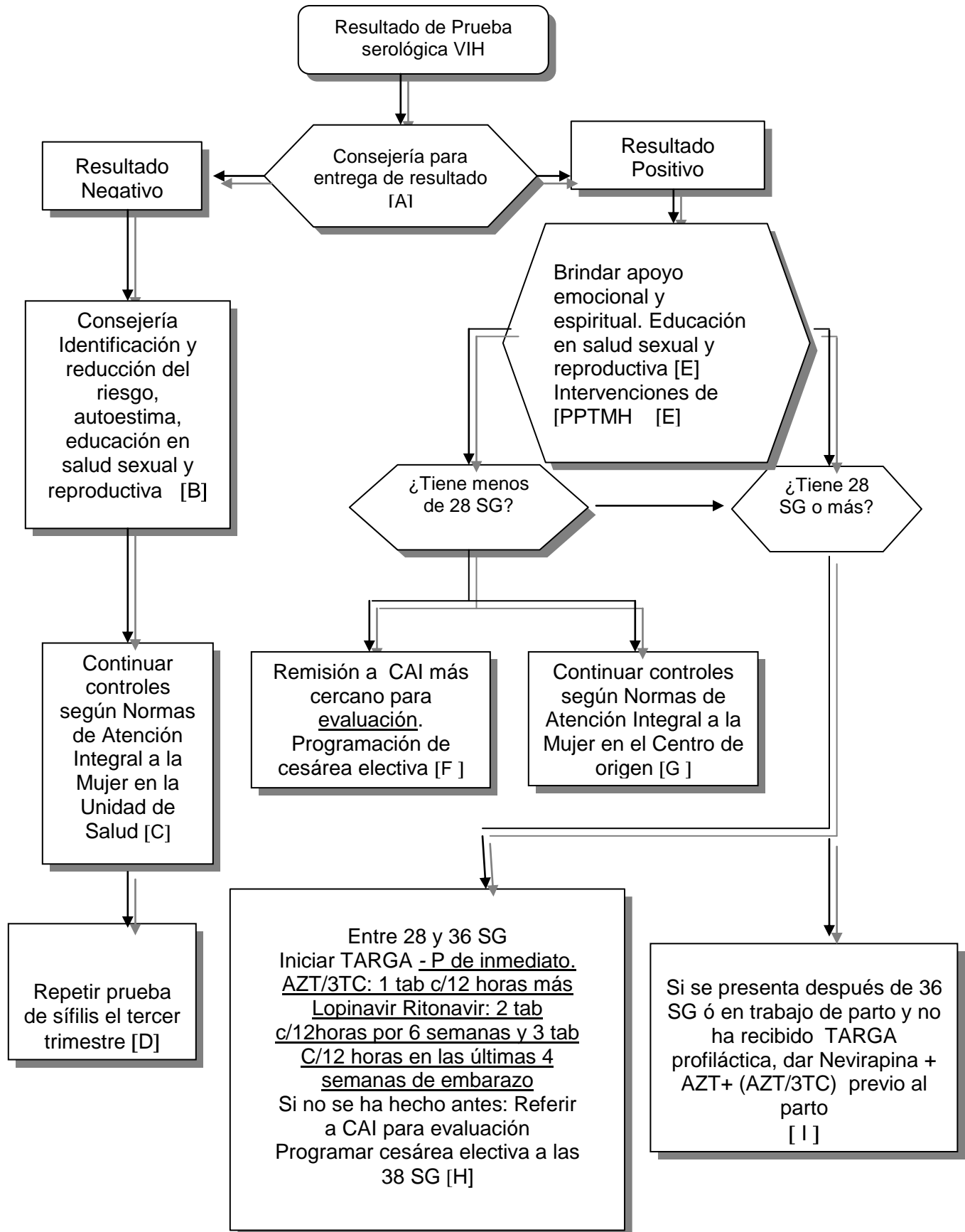
La consejería en VIH/SIDA constituye una estrategia valiosa e indispensable para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hija / hijo<sup>17</sup>

- [A] En todas las unidades de salud la embarazada que acude a su primer control prenatal, independientemente de la edad gestacional, recibirá información sobre la transmisión del VIH, sus vías de transmisión, prevención y riesgo de transmisión de madre a hijo, los beneficios del Programa de Prevención de Transmisión del VIH de Madre a Hijo/ Hija (PPTMH). Se le explicará la importancia que tiene realizarse la prueba de detección del VIH para ella y su hijo/ hija y la oportunidad de recibir los beneficios del programa dependiendo del resultado. Además recibirá consejería para conocer sobre las otras infecciones de transmisión sexual.
- [B] Si la mujer acepta la prueba, durante la consejería se tendrá especial cuidado en la reducción del estrés y la ansiedad que la prueba genera, garantizando en todo momento la confidencialidad. Se reforzará sobre las medidas de prevención y promoción de conductas sexuales saludables. (Para ampliar los aspectos relacionados con consejería, revisar las Normas de Atención en Consejería sobre VIH/SIDA de la Secretaría de Salud). Recuerde llenar completamente la boleta de solicitud de la prueba, y si el resultado es positivo llenar la ficha de vigilancia epidemiológica.
- [C] Los centros de salud que carecen de laboratorio o que no realizan pruebas serológicas de detección de VIH brindarán los servicios de consejería y remitirán lo antes posible a la embarazada ó su muestra sanguínea, a la unidad de servicio más cercana para realizar la prueba VIH, RPR y otros exámenes de laboratorio según el “Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer” de la Secretaría de Salud.
- [D] Las embarazadas que no acepten realizarse la prueba de VIH continuarán recibiendo atención integral de acuerdo a las normas nacionales, debe tenerse especial atención en la educación para la prevención de ITS/VIH/SIDA

---

<sup>17</sup> Secretaría de Salud. Normas de Atención en Consejería VIH/SIDA, Octubre, 2003

**4.3- ATENCIÓN SUBSIGUIENTE A LA EMBARAZADA CON VIH/SIDA  
CONTROL PRENATAL SUBSIGUIENTE EN EL CENTRO DE SALUD NIVEL B**



### 4.3 ATENCIÓN SUBSIGUIENTE A LA EMBARAZADA PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA

#### CONTROLES SUBSIGUIENTES EN EL CENTRO DE SALUD NIVEL B

**Norma:** Toda embarazada con resultado VIH positivo recibirá **Profilaxis** (AZT+ 3TC+ Lopinavir/Ritonavir) a partir de las 28 semanas de gestación, a menos que esté en terapia antirretroviral

**Actividad:** Continuar en consejería, proporcionar **Profilaxis** a partir de las 28 semanas, remitir al centro de atención integral para evaluación, programación de cesárea electiva y cita de control

- [A] El resultado de la prueba serológica para VIH se entregará mediante consejería en un período no mayor de 10 días.
- [B] Si el resultado es negativo, en la consejería post prueba se continuará enfatizando sobre las medidas de prevención primaria dirigidas a la identificación y reducción del riesgo, autoestima, conductas sexuales saludables (fidelidad mutua, uso de condón y abstinencia).
- [C] Continuar control según Normas de Atención Integral a la Mujer, en caso de haber requerido remisión para estudios de laboratorio, seguirá con controles posteriores en el centro de salud donde inició su control.
- [D] Como parte del seguimiento a la embarazada con resultado VIH negativo, el médico(a) tratante considerará la realización de una segunda prueba de VIH de acuerdo a factores de riesgo identificados en la historia clínica epidemiológica. De ser necesaria la prueba de VIH se repetirá tres meses después de la primera. Siempre se repetirá el RPR a toda mujer embarazada en el tercer trimestre del embarazo para el abordaje de acuerdo a Normas para la Eliminación de la Sífilis Congénita.
- [E] Si el resultado es positivo y ha sido confirmado (anexo I) además de brindar apoyo emocional y espiritual, se ayudará a conocer sobre la infección, se debe explicar cómo se transmite y como no se transmite, promoción de conductas sexuales saludables (fidelidad mutua, uso de condón o abstinencia). Se explicará las ventajas de la profilaxis para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hija/ hijo y el momento para inicio de terapia antirretroviral.
- [F] La embarazada VIH positiva debe ser remitida en el momento de su captación al Centro de Atención Integral (CAI) más cercano a su domicilio para evaluación y además remitirse para programación de cesárea electiva. Si hay infección sintomática por el VIH (SIDA) y/o hay criterios inmunológicos, aunque tenga menos de 28 SG, se iniciará TARGA y continuará los controles periódicos en el centro de salud de origen. Al finalizar el embarazo, podrá ajustarse la TARGA, según norma nacional.

- [G] Debe mantenerse en control en la unidad de salud de origen de acuerdo a las normas de atención integral a la mujer.
- [H] Si la paciente está entre las 28 y 36 semana de gestación, **debe iniciar Profilaxis de inmediato (AZT/3TC (300/150 mg): 1 tableta cada 12 horas más, Lopinavir/Ritonavir (200/50 mg): 2 tabletas vía oral cada 12 horas por 6 semanas y 3 tab c/12 horas en las últimas 4 semanas de embarazo,** antes de remitirla al CAI para evaluación clínica-inmunológica, y así evitar el riesgo de iniciar la profilaxis en forma tardía.
- [I]. Si la paciente **no recibe al menos 4** semanas de **Profilaxis** al momento de la finalización del embarazo, debe suspender la **Profilaxis** y recibir **nevirapina, AZT/3TC y AZT**, al referir para programar cesárea electiva a las 38 semanas, ó al momento de su captación si ya ha iniciado trabajo de parto, de acuerdo al esquema y **completar con AZT/3TC por 7 días postparto.**

**Recuerde que cualquier condición que ponga en peligro la vida de la paciente, debe ser atendida de inmediato**



#### **4.4 ATENCIÓN INTEGRAL A LA EMBARAZADA CON VIH/SIDA EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

La atención integral de la embarazada con VIH/ SIDA requiere de un manejo multidisciplinario en los diferentes niveles de la red de servicios de salud tanto en el nivel primario como en los otros niveles incluyendo los centros de atención integral.

La embarazada con VIH/SIDA debe tener una referencia efectiva que permita la atención y/o seguimiento en el nivel local o en un nivel de mayor complejidad.

La atención integral consta de cuatro elementos que incluyen los siguientes aspectos:

##### **1.- Manejo clínico**

Historia clínica completa

Diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas

Diagnóstico precoz y acertado de la infección VIH

Diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades oportunistas

Evaluación ginecológica con toma de citología cervical

Terapia antirretroviral según indicaciones

Evaluación y manejo odontológico

Apoyo nutricional

##### **2.- Educación en salud básica y del nivel familiar**

Promoción y vigilancia de prácticas de higiene: lavado de manos antes de comer o preparar los alimentos y después de ir al baño, lavado de los dientes, evitar el contacto estrecho con animales (especialmente gatos), manejo apropiado de excretas

Promoción de prácticas de nutrición adecuada

Atención domiciliaria y educación a los proveedores de atención en el hogar y a la familia (prevención de la transmisión en el hogar), auto cuidado

Promoción de las medidas de precaución universal

Promoción de la formación de grupos de auto apoyo

##### **3.- Consejo y apoyo emocional**

Apoyo psicológico y espiritual, en especial reducción del estrés y ansiedad

Planificación de la reducción del riesgo y fomentar la capacidad de sobrellevar la enfermedad.

##### **4.- Apoyo social**

Promoción e incorporación a grupos de auto apoyo, que refuerzan los aspectos emocionales y espirituales, promueven la adherencia en aquellas personas que están en terapia Antirretroviral y permiten obtener mejores oportunidades de trabajo o económicas. Además permiten conocer sus deberes y derechos, a la luz de la Ley Especial de VIH/SIDA y los Derechos Humanos.

## Criterios para el inicio de la Terapia Antirretroviral (TARGA) en Embarazadas

Toda embarazada debe evaluarse bajo dos enfoques:

- I. Quimioprofilaxis para reducir la transmisión materno infantil (**Profilaxis**)
- II. Necesidad de terapia antirretroviral para la infección de la mujer embarazada (TARGA)

No toda embarazada infectada por VIH requerirá terapia antirretroviral en el momento de ser detectada; se iniciará terapia antirretroviral (TARGA) únicamente a las embarazadas que cumplan con cualquiera de los criterios clínicos, inmunológicos o virológicos requeridos para el manejo de la infección por VIH de acuerdo a normas nacionales; pero es indispensable que se considere para iniciar terapia que la paciente este de acuerdo, basado este consentimiento en información clara sobre los beneficios, riesgos y el requerimiento de adherencia.

Además de la evaluación médica, la paciente debe tener una evaluación socioeconómica, psicológica y/o consejería, a fin de lograr el mejor suceso de la terapia a largo plazo.

Según normas nacionales los siguientes criterios definen el inicio de la terapia ARV:

### A. Criterios Clínicos:

- a. Todo paciente infectado con síntomas causados por el VIH que se encuentra en la categoría "C" del sistema de clasificación utilizado por el CDC (Tabla 1.1 página 12).
- b. Toda persona que necesite de terapia post exposición ocupacional al VIH.

### B. Criterios Inmunológico:

- a. Todo paciente con conteo de linfocitos T-CD4 menor o igual a 250 células/  $\mu$ l
- b. Todo paciente infectado con síntomas causados por el VIH que se encuentra en la categoría "B" del sistema de clasificación utilizado por el CDC, con un conteo de linfocitos T-CD4 entre 250 – 350 células/  $\mu$ l.
- c. Todo paciente con un conteo de linfocitos T-CD4 entre 250 – 350 células/  $\mu$ l, y con descenso del conteo > 25% del valor anterior evaluado en cuatro meses.

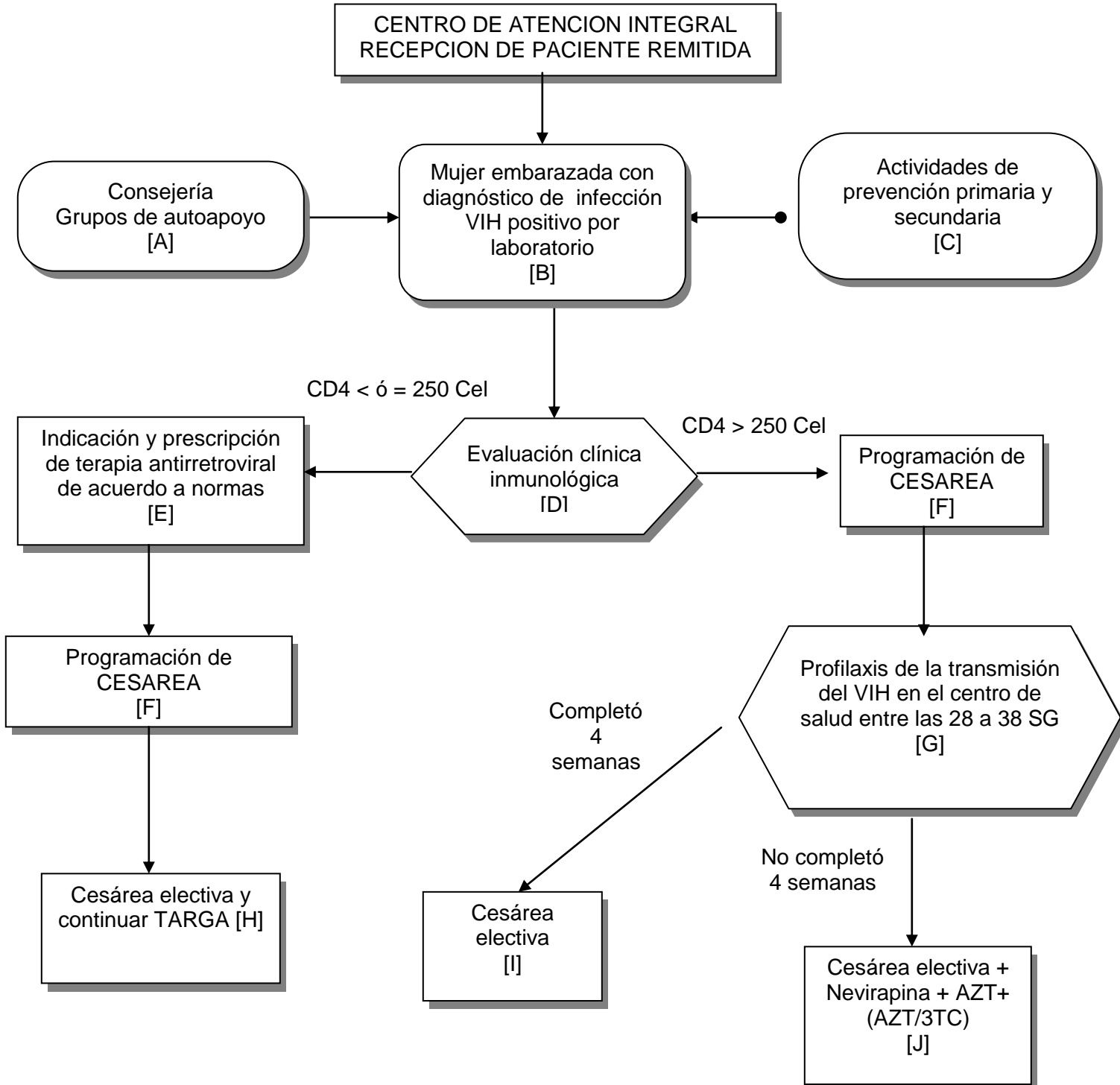
### C. Criterio de Adherencia:

Adherencia es la habilidad de un paciente para seguir un plan de tratamiento. Seguir un plan de tratamiento significa tomar sus medicamentos diariamente y a la hora indicada. La adherencia es un factor importante para lograr que la TARGA alcance sus metas de suprimir la carga viral y restablecer la inmunidad del paciente. Sin una adherencia mayor del 95% no se alcanzan las metas de la TARGA. Hay contra indicaciones al inicio de la TARGA por los efectos secundarios de los medicamentos que deben ser tomados en cuenta.

#### 4.5 ATENCIÓN SUBSIGUIENTE A LA EMBARAZADA CON VIH/SIDA

##### CONTROL PRENATAL SUBSIGUIENTE EN EL HOPITAL Y CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL

**Norma:** Toda mujer embarazada con SIDA o con CD4 menor o igual a 250 células /  $\mu$ l debe recibir terapia antirretroviral y programar cesárea a las 38 semanas de gestación



## 4.5 ATENCIÓN SUBSIGUIENTE A LA EMBARAZADA CON VIH/SIDA

### NIVEL C

**Norma:** Toda embarazada con SIDA o con CD4 < ó igual a 250 células /ml recibirá TARGA y se programará cesárea a las 38 semanas de gestación.

**Acciones:** Evaluación clínica, laboratorial y psicológica de la paciente, servicio de consejería Programación de cesárea a las 38 semanas de gestación.

Paciente sin indicación de TARGA, asegure la profilaxis de transmisión madre a hijo/a.

[A] Consejería: ante un resultado positivo de VIH, la embarazada recibirá servicios de consejería incluyendo: apoyo emocional y espiritual, mayor información sobre autocuidado, alimentación infantil, opción y criterios para TARGA y las ventajas de la profilaxis para prevención de la transmisión del VIH de madre a hija/ hijo. Invitarla a los grupos de auto apoyo.

[B] Los CAI son centros de referencia donde la mayoría de las personas atendidas llegan con diagnóstico de infección por VIH.

[C] En embarazadas con diagnóstico de VIH positivo las actividades de prevención primaria y secundaria se dirigen a prevenir nuevas infecciones, al autocuidado para prevenir re-infecciones, nuevos embarazos y prevenir la transmisión en el niño o niña, alimentación infantil:

- Se dará consejería sobre sexualidad y planificación familiar
- Se recomendará el uso de preservativos en las relaciones sexuales
- Se brindará los beneficios del programa de prevención de la transmisión madre a hijo(a)
- Se dará consejería sobre alimentación infantil

Además el personal institucional debe cumplir con las normas universales de bioseguridad en todo momento, y superar el temor infundado de adquirir la infección VIH durante la atención, contribuyendo a que los trabajadores de la salud adopten una actitud positiva ante las personas que viven con VIH/SIDA.

[D] Se evalúa si cumplen con cualquiera de los criterios clínicos o inmunológicos requeridos para inicio de TARGA, con consentimiento informado sobre beneficios, riesgos y requerimientos de **adherencia**.

[E] Se inicia la triple terapia con AZT/3TC + Ritonavir/Lopinavir. Las dosis recomendadas son las siguientes:

- **AZT/3TC (300/150 mg): 1 tableta cada 12 horas más,**
- **Lopinavir/ Ritonavir (200/50 mg): 2 tabletas vía oral cada 12 horas desde el momento en que se capte o valorar de acuerdo a resultados de evaluación integral el inicio después del primer trimestre del embarazo y 3 tabletas c/12 horas las últimas 4 semanas de embarazo.**

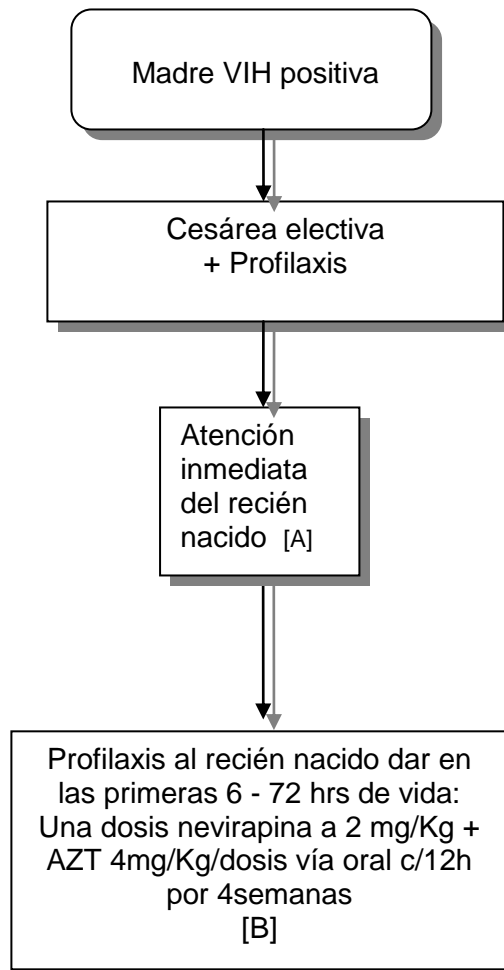
Al finalizar el embarazo, debe ajustarse la TARGA de acuerdo a esquema de primera línea según normas nacionales.

Si estaba recibiendo TARGA previo al embarazo, y su esquema incluye efavirenz, éste debe cambiarse a lopinavir/ritonavir temporalmente, y después de finalizado el embarazo, regresar a su esquema inicial.

- [F] Programar la finalización del embarazo a las 38 SG, mediante cesárea electiva. Cuando la cesárea electiva no sea posible, la atención del parto se realiza de acuerdo al Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer, con énfasis en evitar uso de fórceps, mantener las membranas intactas hasta el periodo expulsivo y en la práctica de episiotomía restrictiva (solamente en caso de sufrimiento fetal, presentaciones diferentes a la de vértice, fórceps y cicatrices perineales que dificulten la distensión)  
En caso de ruptura prematura de membranas sin trabajo de parto, realizar cesárea de inmediato, sin detrimento de la seguridad del neonato.
- [G] El **esquema profiláctico** a partir de al 28 SG consiste en la administración oral de **AZT/3TC** (1 tab cada 12 horas) + **Ritonavir/Lopinavir** (2 tab cada 12 horas las primeras 6 semanas y luego 3 tab cada 12 horas las últimas 4 semanas del embarazo).
- [H] La embarazada VIH que está recibiendo TARGA no necesita medicamentos antirretrovirales adicionales al momento de finalizar su embarazo, debe continuar con TARGA.
- [I] Embarazada que ha completado al menos 4 semanas de **profilaxis**, no necesita medicamentos antirretrovirales adicionales. Debe suspender **profilaxis**, después de la finalización del embarazo, y referirla al CAI para continuar su seguimiento.
- [J] Si la embarazada no ha recibido al menos 4 semanas de **profilaxis**, 12 horas antes de la cesárea electiva debe darse una dosis de **nevirapina 200 mg** vía oral asociado a **AZT/3TC (300/150 mg)**, seguido de dosis de **300 mg de AZT** cada 3 horas, siendo la última 6 horas antes de la cesárea, luego **AZT/3TC por 7 días postparto**  
En caso de que se desencadene trabajo de parto, dar la dosis de nevirapina al inicio del mismo, asociada a AZT/3TC y luego AZT 300 mg cada 3 horas hasta el momento del parto, continuar con AZT/3TC por 7 días postparto. Puede repetirse la dosis de nevirapina si el parto no ha tenido lugar en 72 horas. Debe supervisarse la ingesta de los medicamentos.

#### 4.6 ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO/NIÑA PERITALMENTE EXPUESTO AL VIH

**Norma:** Todo niño/niña perinatalmente expuesto al VIH debe nacer preferiblemente por cesárea electiva y la madre debe recibir profilaxis previo a la cesárea. El recién nacido recibirá quimioprofilaxis durante 4 semanas.



#### 4.6 ATENCION INTEGRAL AL NIÑO/NIÑA PERINATALMENTE EXPUESTO AL VIH

**Norma:** Todo niño/niña perinatalmente expuesto al VIH debe nacer preferiblemente por cesárea electiva y la madre debe recibir profilaxis con antirretrovirales previo a la cesárea. El recién nacido recibirá quimioprofilaxis durante 4 semanas.

**Acciones:** Cesárea electiva, quimioprofilaxis previa a la cesárea, quimioprofilaxis al recién nacido.

[A] Atención inmediata del recién nacido/a hijo/hija de madre VIH positiva: Debe evitarse el contacto con sangre y secreciones. Como en todo recién nacido lo más importante es asegurar la permeabilidad de la vía aérea, aspirar las secreciones con perilla o aspirador eléctrico teniendo cuidado en no provocar sangrado (no usar aspirador de Lee)

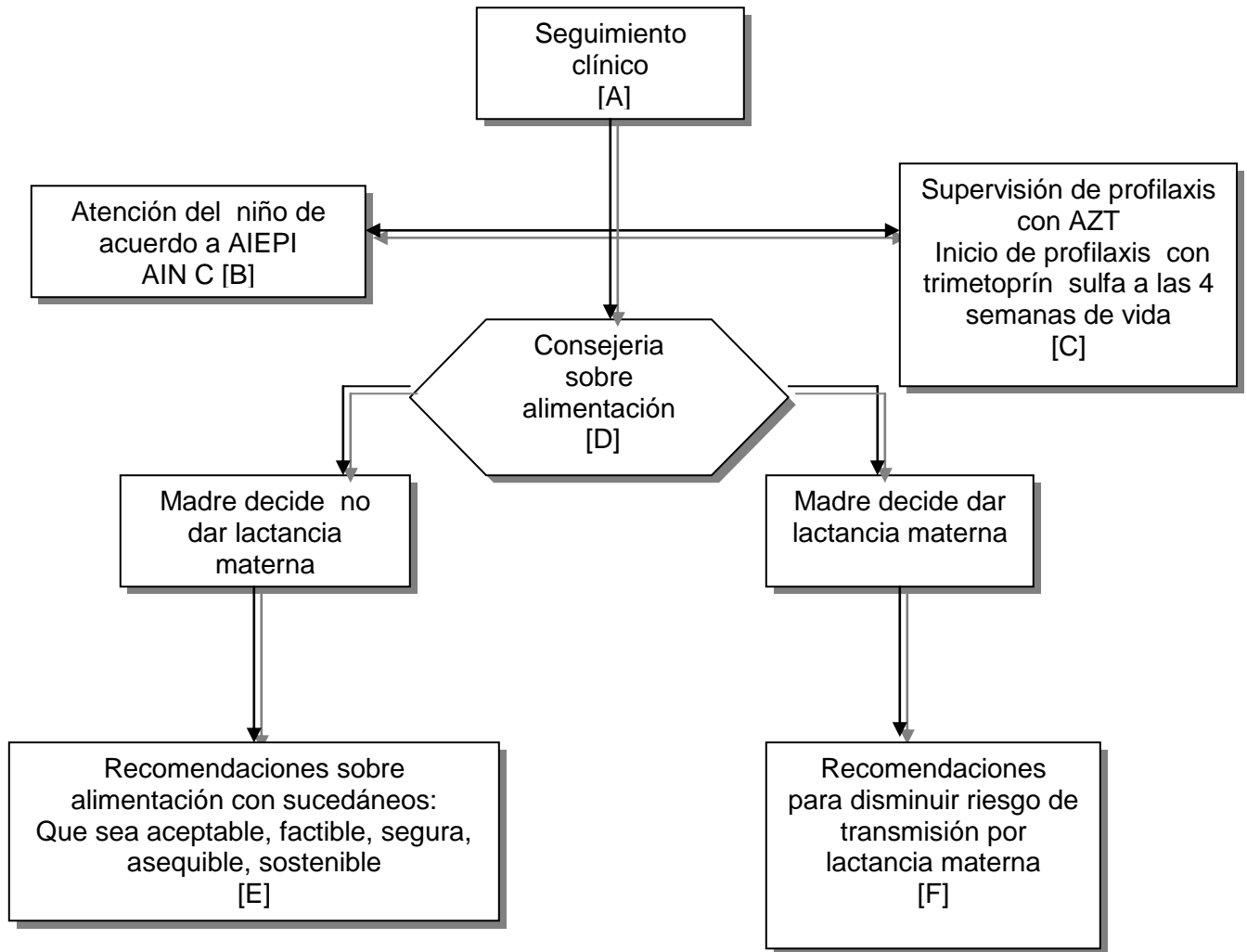
Realizar secado inmediato y estimulación táctil, una vez estable se recomienda realizar un baño con abundante agua tibia para disminuir la exposición a secreciones y/o restos de sangre antes de aplicar la vitamina K (antes de descartar el agua utilizada para el baño debe agregársele cloro) La madre y el hijo/a en el post parto deben ser manipulados /as sin ninguna restricción, salvo el cuidado especial en el manejo del material contaminado con sangre y secreciones. Se recomienda estimular el contacto piel a piel una vez que se ha realizado el baño al bebe y alojamiento conjunto.

**Manejo de la placenta.** La placenta debe colocarse como material biopeligroso, debiendo manipularse con guantes de acuerdo a las medidas de precaución universal.

[B] Quimioprofilaxis al recién nacido/a: Administrar una dosis de **nevirapina a 2 mg/kg entre las 6 a 72 horas de vida y luego AZT 4 mg/Kg / dosis, vía oral cada 12 horas y mantener durante 4 semanas.**

<p>La quimioprofilaxis solo es útil cuando se inicia en las primeras 72 horas de vida. No iniciar profilaxis si han transcurrido más de 72 hrs desde el nacimiento.</p>
---

## 5.1 SEGUIMIENTO CLÍNICO DEL NIÑO/NIÑA PERINATALMENTE EXPUESTO





## 5.1 SEGUIMIENTO CLINICO AL NIÑO/NIÑA PERINATALMENTE EXPUESTO

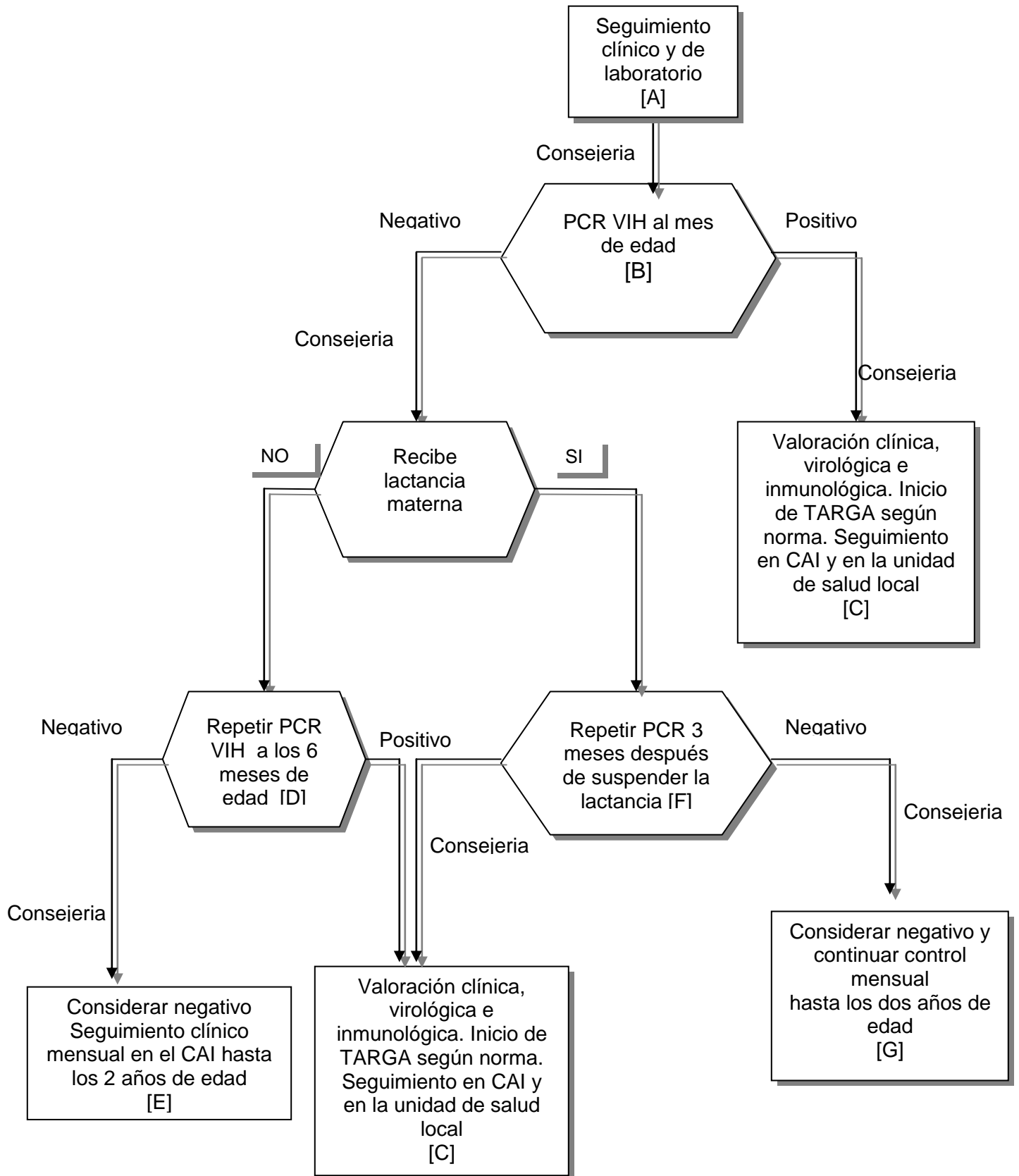
- [A] Seguimiento clínico del niño/a asintomático, hijo de madre VIH positiva: todo niño/a perinatalmente expuesto tendrá control de crecimiento y desarrollo en el centro de salud más cercano a su domicilio, cada 15 días durante el primer mes, luego mensualmente
- [B] La atención debe ser brindada de acuerdo a AIEPI y AIN- C  
El esquema de vacunación del niño o niña perinatalmente expuesto al VIH se aplicará de acuerdo a las normas del PAI.

Sin embargo se tendrá en cuenta lo siguiente:

- Si el lactante tiene contacto intradomiciliario con persona(s) con SIDA avanzado, al momento de iniciar esquema de vacunación con polio, debe administrar vacuna inactivada (Salk), en lugar de la oral, para evitar la exposición de dichos contactos al poliovirus vacunal.
  - La vacuna BCG se aplicará de acuerdo a normas.
- [C] Debe supervisarse la profilaxis con AZT hasta que complete las cuatro semanas (verificando dosificación de acuerdo al peso). Iniciar profilaxis con trimetoprín sulfa a las 4 semanas de vida, a dosis de 5 mg/Kg./día hora sueño, tres veces a la semana (días alternos)
- [D] La consejería en alimentación infantil que se le brinda a la madre VIH positiva incluye:
- Beneficios y riesgos de la lactancia materna y de la alimentación artificial (sucedáneos de la leche).
  - Alternativas de alimentación, a fin de que la madre pueda alimentar a su hijo/a de la manera más efectiva y segura de acuerdo a sus circunstancias. Lineamientos sobre medidas de higiene en la preparación y consumo de los alimentos a fin de prevenir infecciones por contaminación  
(Ver Guía de Alimentación Infantil y VIH, Depto. ITS/VIH/SIDA, Secretaria de Salud).
- [E] Si la madre después del proceso de consejería decide no dar lactancia materna, se revisará con ella las siguientes recomendaciones para la alimentación con sustitutos de la leche materna:
- Que sea culturalmente **aceptable** para la madre brindar sustitutos de la lactancia materna a su hijo/hija
  - Que ésta sea **factible** garantizando seguridad para la preparación de los sustitutos en tiempo, conocimientos, habilidades y recursos
  - Que prepare de manera **segura** los alimentos y brinde alimentación a su hijo/hija en cantidad y frecuencia adecuados
  - Que sea **asequible** disponiendo de los insumos necesarios para la compra y preparación de los sustitutos de la lactancia materna
  - Que pueda mantener este tipo de alimentación durante el tiempo necesario (**sostenible**) de manera ininterrumpida

[F] Si la madre decide dar lactancia materna: se recomendará que lo haga estrictamente en forma exclusiva y que no la prolongue más allá de los seis meses, a fin de disminuir los riesgos de transmisión.

5.2 SEGUIMIENTO CLINICO Y DE LABORATORIO DEL NIÑO/NIÑA PERINATALMENTE EXPUESTO

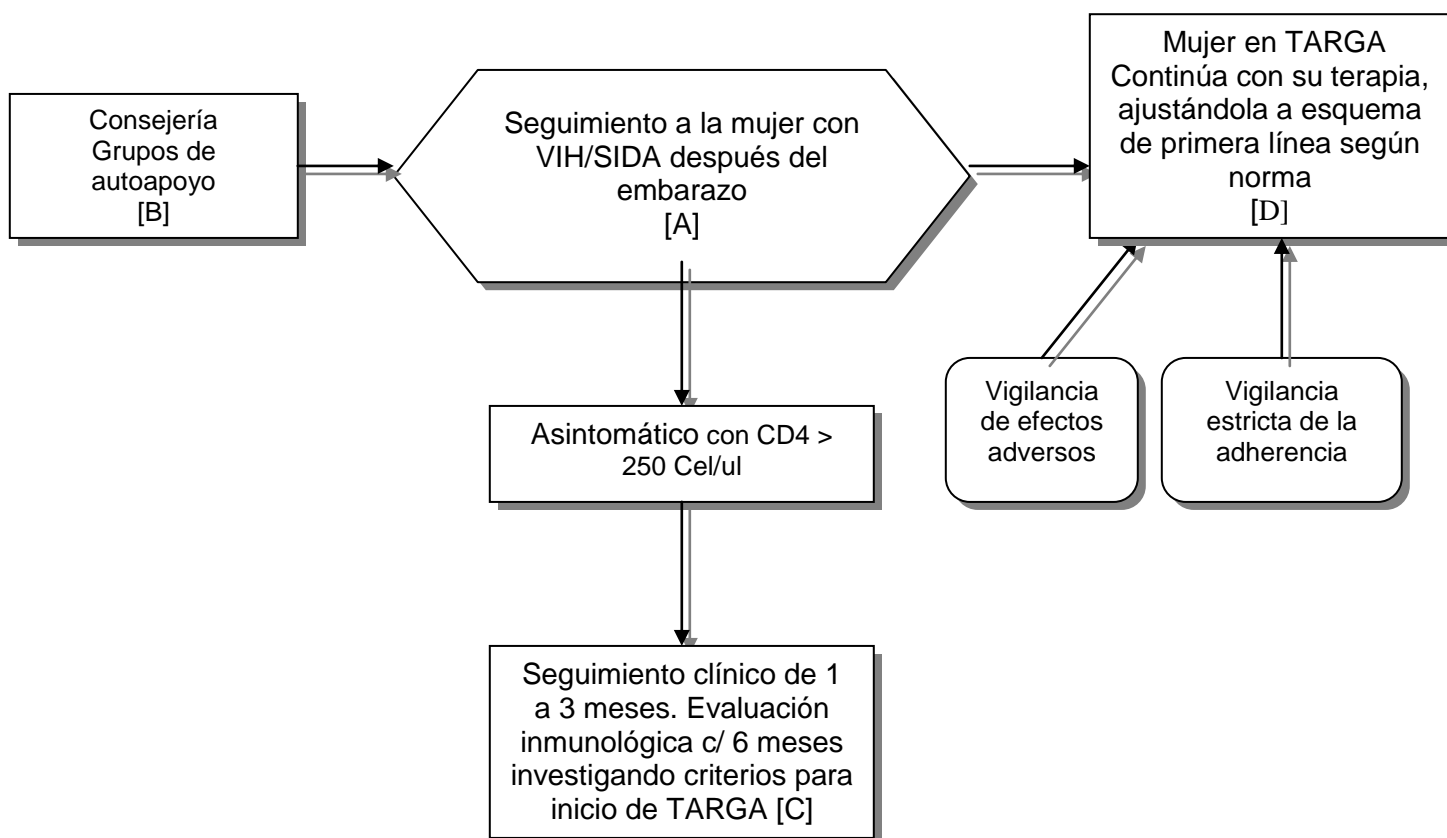


## 5.2 SEGUIMIENTO CLÍNICO Y DE LABORATORIO DEL NIÑO/NIÑA PERINATALMENTE EXPUESTO

- [A] El seguimiento clínico del niño/ niña perinatalmente expuesto depende de si se infectó o no con el VIH, por lo que deben tomarse en cuenta los resultados de laboratorio
- [B] La prueba de PCR-VIH tiene sensibilidad del 93% al mes de edad.
- [C] Un resultado PCR–VIH positivo denota infección en el niño/a, por lo que debe evaluarse clínica, virológica e inmunológicamente. Iniciar la TARGA, de acuerdo a norma nacional. Debe continuar control en la unidad de salud más cercana, con evaluaciones periódicas en el CAI, manteniendo la interacción entre ambos centros. (Ver Normas de atención integral al paciente pediátrico con VIH)
- [D] Si el resultado de PCR–VIH al mes es negativo y el niño/a no recibe lactancia materna, la prueba se repetirá a los 6 meses de edad
- [E] Si el resultado de PCR–VIH a los 6 meses de edad persiste negativa y no recibe lactancia materna, debe considerarse libre de infección VIH en forma definitiva. Continuará su control mensual en el CAI hasta los dos años de edad.
- [F] Si el niño/a recibe lactancia materna debe realizarse el estudio PCR–VIH hasta tres meses después de haber suspendido la lactancia materna
- [G] Si el resultado de PCR-VIH tomada tres meses después de haber suspendido la lactancia materna es negativa, se considera libre de infección VIH en forma definitiva. Continuar su control mensual en el CAI hasta los dos años de edad.

## 6.- SEGUIMIENTO A LA MUJER CON VIH/SIDA DESPUÉS DEL EMBARAZO

**Norma:** Toda mujer con VIH/SIDA debe ser atendida en un centro de atención integral



## 6. SEGUIMIENTO A LA MUJER CON VIH/SIDA DESPUÉS DEL EMBARAZO

Norma: Toda mujer con VIH/SIDA debe ser atendida en un centro de atención integral

Acciones: Evaluación clínica, psicológica, inmunológica, consejería y apoyo social.

[A]. La frecuencia del seguimiento de la paciente dependerá de su evaluación inicial, su estado inmunológico a través del resultado del conteo de linfocitos T CD4. Además tiene que tener en cuenta que en la mujer con serología VIH positiva se pueden presentar muchos problemas ginecológicos y es necesario vigilar en las visitas las siguientes enfermedades:

Infecciones vaginales/cervicitis

Hepatitis C

Hepatitis B (antígeno de superficie)

Sífilis (RPR) y otras ITS

Condiloma acuminado del virus del papiloma

Herpes genital y otras úlceras genitales

Enfermedad inflamatoria pélvica

Displasia cervical (precursora del carcinoma cervical)

Carcinoma cervical invasivo.

Se ha observado que la prevalencia de displasia cervical (asociada a un cierto grado de inmunosupresión) en las mujeres infectadas por el VIH es elevada. El reconocimiento y tratamiento adecuados de la displasia puede prevenir su progresión a carcinoma invasivo.

Se realizará citología cervical cada 6 meses.

[B] Consejería que mantiene apoyo emocional y espiritual, autocuidado, alimentación infantil, adherencia, planificación familiar, medidas para evitar re-infecciones, opción y criterios para TARGA. Invitación a los grupos de auto apoyo

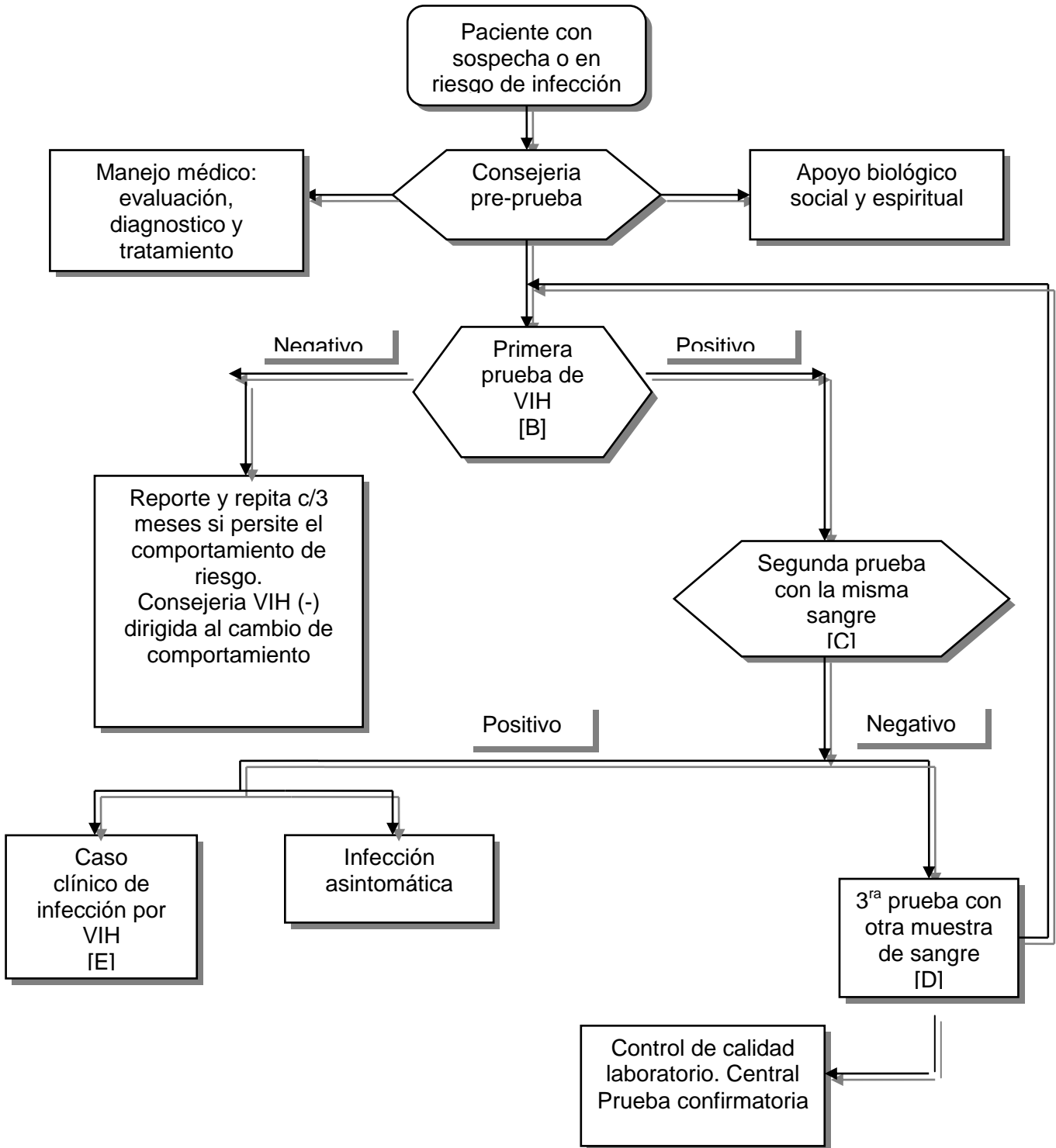
[C] Si durante el seguimiento encontramos indicación de TARGA, ésta debe iniciarse de acuerdo a la norma nacional.

[D] Si la mujer inició TARGA durante el embarazo, al finalizarlo debe ajustarse su esquema terapéutico al esquema de primera línea recomendado según normas nacionales.

## **ANEXOS**

## Anexo I

### ALGORITMO DE ABORDAJE DIAGNOSTICO DE LA INFECCION VIH PARA PERSONAS ADULTAS





## Diagnóstico de la Infección por VIH para Personas Adultas

- [A] Comportamientos de riesgo.
- . Múltiples parejas sexuales
  - . Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres
  - . Personas que se dedican a la prostitución
  - . Pareja o parejas sexuales que tienen SIDA o que están infectadas por el VIH o que tienen un factor de riesgo epidemiológico conocido
  - . Uso de drogas por vía intravenosa o intracutánea
  - . Antecedentes recientes de úlceras genitales
  - . Donantes de sangre por remuneración
  - . Antecedentes de transfusiones de sangre, plasma o factores de la coagulación
  - . Hemofílicos
  - . Escarificación, tatuajes, perforación de las orejas y circuncisión con instrumentos no esterilizados o de uso no individual.
  - . Diagnóstico de otra enfermedad de Transmisión Sexual.
- [B] Al indicar la prueba de VIH por primera vez tiene que dársele consejería al paciente. Explicando las razones de su indicación.
- [C] Todo examen positivo se repite la prueba.
- [D] Paciente con una prueba positivo y otro negativo tiene que repetirse el examen con otra muestra de sangre, realizando una tercera prueba de VIH y remitir la muestra para control de calidad al Laboratorio Central.
- [E] Toda persona con síntomas y signos de SIDA. Se le da manejo según el caso.

## Anexo II

### CLASIFICACION DE LAS CATEGORÍAS CLÍNICAS ADULTOS

Sistema de clasificación utilizado por el CDC (MMRW 1992; 41 (RR17)).<sup>18</sup>

Categoría Clínica	Hallazgos Clínicos
Categoría A	Asintomático, Linfadenopatía persistente Síndrome Retroviral Agudo o Infección por VIH aguda Las condiciones listadas en Categorías B y C no deben haber ocurrido.
Categoría B	Angiomatosis Bacillar. Listeriosis Aftas orales. Candidiásis, oro-faríngea. Leucoplaquia pilosa Candidiásis vulvovaginal persistente, frecuente, o pobremente sensible a la terapia. Displasia cervical (moderado o severo)/ Carcinoma cervical en situ Síntomas constitucionales, como fiebre (38.5 C) o diarrea que dura más de un mes. Herpes Zoster, involucrando dos episodios distintos por lo menos o más de un dermatoma. Púrpura trombocitopénica Idiopática Enfermedad inflamatoria pelviana, particularmente si esta complicada con absceso tubo-ovárico Neuropatía periférica
Categoría C	Candidiásis esofágica, o pulmonar Cáncer cervical invasivo Coccidioidomicosis, diseminada o extra pulmonar Criptococcosis extra pulmonar Criptosporidiosis intestinal crónico (mayor que la duración de 1 mes) Citomegalovirus (□ hígado, bazo, o linfonodos), retinitis (con pérdida de visión) Herpes Simple: ulcera crónico (> 1 mes); o bronquitis, neumonitis, o esofagitis Histoplasmosis, diseminada o extra pulmonar Isosporiasis, intestinal crónico (duración mayor de 1 mes) Sarcoma de Kaposi. Linfoma, Burkitt Linfoma, inmunoblastico. Linfoma primario de cerebro. Micobacterias atípicas. Tuberculosis (pulmonar o extra pulmonar) <i>Pneumocystis carinii</i> (neumonía) Neumonía recurrente. Septicemia recurrente por Salmonella, Leucoencefalopatía multifocal progresiva, Toxoplasmosis de cerebro Encefalopatía, VIH-relacionada. Síndrome de desgaste por VIH

<sup>18</sup> CDC. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992; 41(No. RR-17) : 1-35.

## Anexo III

### Sistema de clasificación para la infección por VIH en pediatría. CDC 1994 (Menores de 13 años) <sup>19</sup>

Categoría	Criterios
Categoría E	Niños/niñas perinatalmente expuestos/as
Categoría N: Asintomático	Niños sin signos o síntomas que se consideren secundarios a infección por VIH o que presenten únicamente una de las condiciones enunciadas en la Categoría A.
Categoría A: Sintomatología leve	Niños/as con dos o más de las condiciones listadas a continuación, pero sin ninguna de las de la Categoría B o C. <ul style="list-style-type: none"> <li>•Linfadenopatía (&gt; 0.5 cm en más de dos sitios, si son bilaterales = un sitio)</li> <li>• Hepatomegalia</li> <li>•Esplenomegalia</li> <li>• Dermatitis</li> <li>•Parotiditis</li> <li>•Infección respiratoria persistente o recurrente (sinusitis, otitis media)</li> </ul>
Categoría B: <b>Sintomatología moderada</b>	Niño(a) que tiene sintomatología diferente a la listada en la categoría A o C pero atribuible a la infección VIH, incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia (&lt;8gr/dL), neutropenia (&lt; 1000/mm<sup>3</sup>) o trombocitopenia (&lt;100,000/ mm<sup>3</sup>) por más de 30 días.</li> <li>• Meningitis bacteriana, neumonía, septicemia (un episodio)</li> <li>• Candidiásis orofaríngea que persiste por más de dos meses en niños/as mayores de 6 meses de edad.</li> <li>• Cardiomiopatía</li> <li>• Infección por citomegalovirus que se inicia en el primer mes de edad</li> <li>• Diarrea recurrente o crónica</li> <li>• Hepatitis</li> <li>• Estomatitis herpética recurrente (más de 2 episodios en un año).</li> <li>• Bronquitis, neumonitis o esofagitis por Herpes simplex (con inicio en el primer mes de edad.)</li> <li>• Herpes zoster que incluya al menos dos episodios diferentes o más de un dermatoma.</li> <li>• Leiomiosarcoma</li> <li>• Neumonitis intersticial linfoide o complejo de hiperplasia linfoide pulmonar.</li> <li>• Nefropatía</li> <li>• Nocardiosis</li> <li>• Fiebre persistente (mas de un mes)</li> <li>• Toxoplasmosis con inicio en el primer mes de vida</li> <li>• Varicela diseminada o complicada</li> </ul>

19. CDC 1994 Revised classification system for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years old. MMWR 1994;43 (RR-12): 1 - 10

## Sistema de clasificación para la infección por VIH en pediatría.

Continuación.....

Categoría	Criterios
<p>Categoría C: Sintomatología grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección bacteriana grave, múltiple o recurrente (al menos dos infecciones confirmadas con cultivo en un periodo de 2 años): septicemia, neumonía, meningitis, osteomielitis, artritis séptica, absceso de un órgano interno o cavidad del cuerpo (excluyendo otitis media, piel superficial, abscesos de mucosas o infecciones relacionadas a catéter)</li> <li>• Candidiásis esofágica o pulmonar (bronquio, tráquea o pulmones)</li> <li>• Coccidiodomicosis diseminada (en otro sitio diferente a pulmones, Cervical o nódulos linfáticos hiliares)</li> <li>• Criptococosis extrapulmonar</li> <li>• Criptosporidiasis o isosporidiasis con diarrea que persista por más de 1 mes</li> <li>• Enfermedad por citomegalovirus con inicio de síntomas a edad Mayor de 1 mes (en un sitio diferente de bazo, hígado o nódulos linfáticos)</li> <li>• Encefalopatía</li> <li>• Infección por virus Herpes simplex que cause una úlcera mucocutánea que persista por más de 1 mes; o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración, que afecte a niños mayores de 1 mes de edad</li> <li>• Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar</li> <li>• Sarcoma de Kaposi</li> <li>• Linfoma primario en cerebro</li> <li>• Linfoma de Burkitt, inmunoblástico o linfoma de células grandes, de células B o fenotipo inmunológico desconocido</li> <li>• Leucoencefalopatía multifocal progresiva</li> <li>• <i>Mycobacterium tuberculosis</i> diseminado o extrapulmonar, mico bacterias de otras especies o no identificadas diseminadas, complejo <i>Mycobacterium avium</i> o <i>Mycobacterium kansaii</i> diseminado</li> <li>• Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i></li> <li>• Septicemia por <i>Salmonella</i> (no <i>typhi</i>) recurrente</li> <li>• Toxoplasmosis cerebral con inicio después de 1 mes de edad</li> <li>• Síndrome de desgaste en ausencia de una enfermedad concurrente que sea diferente a la infección por VIH</li> </ul>

Estas categorías son de utilidad para establecer el valor pronóstico, un incremento ascendente de categoría correlaciona con una menor sobrevida.

Además de los parámetros clínicos, es importante evaluar el compromiso inmunológico mediante la cuantificación de linfocitos CD4 (categorías inmunológicas). Un cambio en el porcentaje de CD4 y no en su número absoluto, se considera un mejor marcador de progresión de la enfermedad.

Para evaluar la evolución de la infección por VIH, momento de inicio de terapia y respuesta al tratamiento es necesario seguir criterios clínicos, inmunológicos y virológicos (carga viral).

### Categorías inmunológicas <sup>19</sup>

Categoría inmunológica	Edad del niño/a					
	< 12 meses		1- 5 años		6-12 años	
	CD4 /mm <sup>3</sup>	%CD4	CD4 /mm <sup>3</sup>	%CD4	CD4 /mm <sup>3</sup>	%CD4
1: No evidencia de supresión	> 1,500	> 25	>1,000	> 25	> 500	> 25
2: Evidencia de supresión moderada	750 -1,499	15 - 24	500- 999	15 - 24	200- 499	15 - 24
3: Evidencia de supresión grave	< 750	< 15	<500	< 15	< 200	<15

<sup>19</sup> CDC 1994 Revised classification system for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years old. MMWR 1994;43 (RR-12): 1 - 10

## Anexo IV

### REACCIONES ADVERSAS DE LOS ANTIRRETROVIRALES USADOS EN EL EMBARAZO

Antirretroviral	Reacción adversa
<b>Zidovudina</b> AZT, (Retrovir), solo o en combinación (Combivir y Trizivir )	<p>Zidovudina puede asociarse con <b>toxicidad hematológica, incluso granulocitopenia y anemia severa</b>, particularmente en pacientes con SIDA avanzado</p> <p>El uso del zidovudina prolongado ha sido asociado con miopatía sintomática</p> <p><b>Acidosis láctica y hepatomegalia severa con esteatosis</b>, se han informado con el uso de antirretrovirales análogo de nucleósidos solos o en combinación</p> <p>Intolerancia gastrointestinal, dolor de cabeza, insomnio, astenia.</p>
<b>Lamivudine</b> , 3TC (Epivir)	<p>(Toxicidad mínima)</p> <p>La acidosis láctica y la esteatosis hepática son muy raras pero la toxicidad amenaza la vida.</p>
Efavirenz (Stocrin)	<p>No debe usarse en el Embarazo. <b>Hepatotoxicidad severa, hepatitis fulminante y colestática, necrosis hepática, e insuficiencia hepática</b></p>
Nevirapina (Viramune)	<p><b>Hepatotoxicidad severa, hepatitis fulminante y colestática, necrosis hepática, e insuficiencia hepática.</b> Se debe aconsejar a los pacientes que busquen evaluación médica inmediatamente si presentan síntomas de hepatitis.</p> <p>Reacciones severas que incluyen: síndrome de Steven-Johnson , necrolisis epidérmica tóxica, y reacciones de hipersensibilidad caracterizados por erupción cutánea, y compromiso del estado general.</p> <p>Deben supervisarse estrechamente los pacientes durante las primeras 12 semanas de terapia con nevirapina evaluando hepatotoxicidad o reacciones en la piel.</p> <p>La dosis de 200mg de nevirapina por un periodo de 14 días debe seguirse estrictamente.</p> <p>Nevirapina no debe reiniciarse si presentó lesión hepática, o reacción de hipersensibilidad.</p>
Indinavir (Crixivan)	<p>Nefrolitiasis</p> <p>Intolerancia GI, náusea,</p> <p>Lab: Bilirrubinemia indirecta †</p> <p>Misceláneo: Dolor de cabeza, astenia, visión borrosa, vértigo, sabor metálico, trombocitopenia, alopecia,</p> <p>Hiperglicemia. Redistribución anormal de la grasa y ↑ lípidos</p> <p>Posibles aumento de episodios de sangrado en pacientes con hemofilia</p>

† La frecuencia global de cualquiera de estos síntomas asociada con uso de Efavirenz era 52% comparado con 26% en los controles; el 2.6% de los pacientes con efavirenz descontinuaron la droga debido a estos síntomas; los síntomas normalmente menguan espontáneamente después de 2-4 semanas. Se han informado casos raros de Síndrome de Steven-Johnson con el uso de INTR. Fuente: DHHS. Guías para el uso de ARV 2002

## Anexo V

### Profilaxis post-exposición al VIH

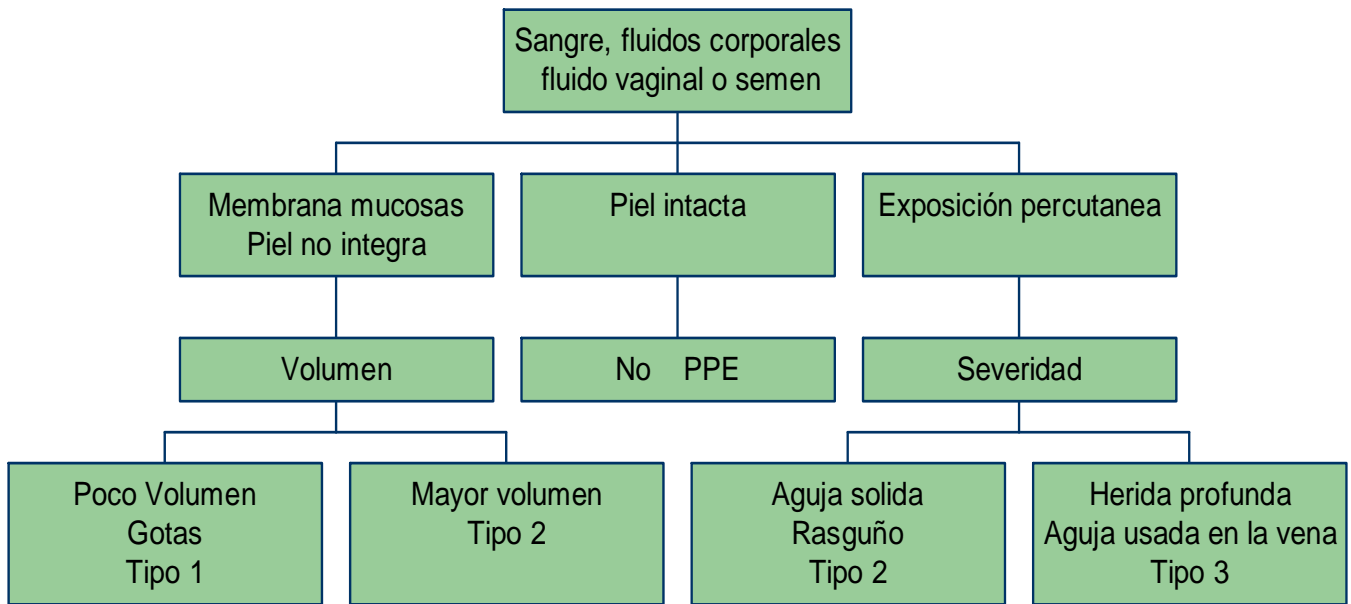
#### Manejo de un accidente laboral

Medidas Inmediatas a realizadas por la persona no infectada que tiene el accidente

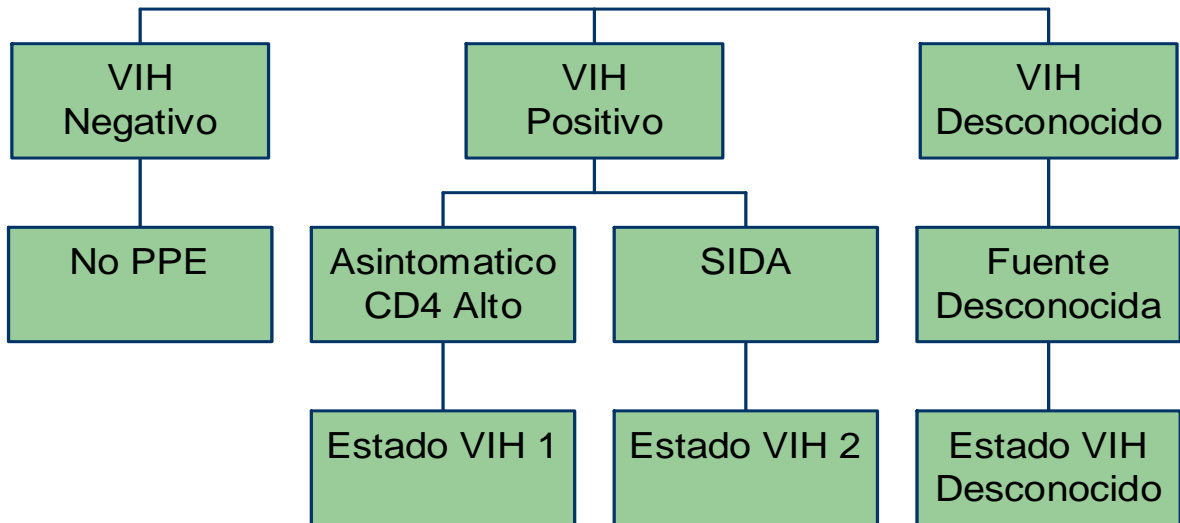
1. Descontaminación:
  - Piel: Lavado enérgico con agua y jabón.
  - Ojos: Enjuague con solución salina
  - Boca y nariz: Enjuague con abundante agua
  
2. Evaluación de la severidad de la exposición:
  - A. Naturaleza de la Exposición  
Piel intacta, mucosas, piel no íntegra, percutánea.
  - B. Tipo de secreción o fluido corporal  
Fluidos con conocido riesgo de transmisión: Sangre, semen, secreciones vaginales.  
Fluidos en los que se sospecha riesgo de transmisión: Líquido pleural, LCR, peritoneal, sinovial, pericárdico y amniótico.  
Materiales con dudoso riesgo de transmisión: Heces, vómitos, orina, saliva, sudor.
  - C. Individuo fuente de contaminación:  
Portador VIH, paciente SIDA, desconocido.  
Cuando el estado serológico de la fuente es desconocido debe iniciarse el régimen de acuerdo al tipo de exposición y tratar de determinar el estado serológico de la fuente tanto para VIH como para hepatitis B y C.
  
3. Cuidados post-exposición:
  - A. Consejería: toda persona que ha sufrido un accidente ocupacional o que ha sido víctima de una violación o abuso sexual, debe recibir consejería.
  - B. Prueba de VIH, antígeno de superficie hepatitis B, serología hepatitis C
  - C. Quimioprofilaxis con régimen básico o expandido según indicación.  
La decisión para PPE debe ser discutida entre el proveedor de salud y la persona que la recibirá tomando en cuenta los factores epidemiológicos de la fuente de contagio, tipo de exposición, efectos secundarios de los medicamentos y datos limitados con relación a la eficacia de la PPE.

La profilaxis post exposición (PPE) se debe aplicar siempre que una persona no infectada se expone a sangre o fluidos corporales en los que se debe determinar el estado de serológico negativo o positivo para VIH, como muestran los flujogramas siguientes:

### Tipo de Exposición



### Determinar el estado de VIH





**Tabla 9.1 Régimen profiláctico recomendado según el tipo de exposición y estado VIH**

Exposición	Estado VIH	PPE
1	1	No Recomendado
1	2	Considerar régimen básico
2	1	Indicar régimen básico
2	2	Indicar régimen expandido
3	1 o 2	Indicar régimen expandido
1	Desconocido	Indicar régimen básico
2 o 3	Desconocido	Indicar régimen expandido

**La PPE debe iniciarse lo antes posible, idealmente en las primeras 12 horas y no después de 36 horas**, debe mantenerse por 4 semanas, debiendo monitorizar por efectos secundarios cada dos semanas. Debe realizarse un hemograma, pruebas de función hepática y renal (basales)

Tipo de profilaxis post exposición:

Régimen Básico: AZT + 3TC (AZT 300mg c/12Hrs y 3TC 150 mg c/12 Hrs).

Régimen Expandido: Régimen Básico + Efavirenz (600 mg HS)

Una vez finalizada la PPE se da seguimiento por un año con serología para VIH cada 3 meses.

En caso de que la fuente sea sero-positiva para hepatitis B y la persona expuesta no ha sido vacunada, debe aplicarse la primera dosis de la vacuna antes de las 24 horas y continuar el esquema abreviado 1 y 2 meses y dar seguimiento; si tiene esquema incompleto debe recibir las dosis restantes, si esta vacunado aplicar una dosis de refuerzo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ONUSIDA 00002 – sp –1 Dic 03
2. Documento de Proyecciones INE – 2004
3. Informe estadístico de la situación de VIH/SIDA en Honduras. Periodo 1985 – marzo 2004. Depto ITS/SIDA
4. Secretaria de Salud, Estudio de Seroepidemiológico de Sífilis, Hepatitis B y VIH en Mujeres Embarazadas que asisten control prenatal, Honduras, Diciembre de 2000.
5. Godoy A, Sabillón F, Lorenzana de Rivera I. Prevalencia de infección por VIH en mujeres post parto y tasa de transmisión vertical, Hospital Escuela, Honduras. Revista Médica Hondureña 2001; 69: 3 – 7
6. *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.* November 2, 2007. AIDSinfo Web site (<http://AIDSinfo.nih.gov>).
7. Mofenson L. and Wilfert C. Pathogenesis and interruption of vertical transmission in Pizzo Philip A. MD, Wilfert Catherine MD. Pediatric AIDS. The Challenge of HIV Infection in Infants, Children, and Adolescents. Third Edition. Williams & Wilkins Baltimore, Maryland, USA, 1998.
8. Pan American Health Organization, Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the World Health Organization, Woman and HIV/AIDS. Prevention and care strategies, 2000: 33 – 34
9. Bibliografía OPS 2002
10. Royce RA, Sena A, Cates W, Cohen M. Sexual transmission of HIV. N Engl J Med 1997; 1072 -1078.
11. Center for Diseases Control and Prevention. Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing and Referral and Revised Recommendations for HIV Screening of Pregnant Woman. MMWR 2001; 50 (No. RR – 19) Vol. 50
12. Greenberg A. E, Dabis F, Marum L. and De Cock K M . HIV infection in Africa in Pizzo Philip A. MD, Wilfert Catherine MD. Pediatric AIDS. The Challenge of HIV Infection in Infants, Children, and Adolescents. Third Edition. Williams & Wilkins Baltimore, Maryland, USA, 1998
13. UNAIDS/WHO. HIV in pregnancy: a review. Final draft: 25 June 1998
14. UNICEF/PD/NUT/(J) 98 –1-2-3 VIH y alimentacion infantil. Guia para administradores y supervisores de salud. Octubre 1999

15. HIV and infant feeding a guide for health care managers and supervisors ONUSIDA, 2004
16. Coutoudis et al. AIDS 2001, 15:379-87
17. Secretaría de Salud. Normas de Atención en Consejería VIH/SIDA, Octubre, 2003
18. CDC. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992; 41(No. RR-17) : 1-35.
19. CDC 1994 Revised classification system for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years old. MMWR 1994;43 (RR-12): 1 – 10

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

AZT: Zidovudina

AIEPI: Atención de Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia

AIN-C: Atención Integral al Niño/a en el Nivel Comunitario

ARV: Antirretrovirales

BCG: Bacille Calmette - Guerin

CAI: Centro de Atención Integral

EUA: Estados Unidos de América

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

IEC: Información, Educación y Comunicación

LCR: Líquido Ceforraquídeo

NNTR: No Nucleósidos Inhibidores de la Transcriptasa Reversa

PPTMH: Programa de Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo/a

PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones

PCR: Reacción en Cadena de la Polimerasa

PPE: Profilaxis Post-Exposición

RPR: Reagina Rápida en Plasma

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SG: Semanas de Gestación

TARV: Tratamiento Antirretroviral

TARGA: Tratamiento antirretroviral de gran actividad

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

## Resumen de la Profilaxis y Manejo Terapéutico de la Mujer Embarazada, durante la Gravidéz, la Cesárea o Parto y del Recién Nacido/a

1. El esquema profiláctico consiste en la administración de la triple terapia con AZT/3TC + Ritonavir/Lopinavir de la 28 a la 38 semanas de gestación. Las **dosís** recomendadas son las siguientes:
  - a. **AZT/3TC (300/150 mg) 1 tableta cada 12 horas más,**
  - b. **Lopinavir/ Ritonavir (200/50 mg): 2 tabletas vía oral cada 12 horas por 6 semanas (a partir de la 28 SG) y luego 3 tabletas c/12 horas las últimas 4 semanas del embarazo**
  
2. **Embarazada que ha completado al menos 4 semanas de profilaxis**, después de la cesárea electiva no necesita medicamentos antirretrovirales adicionales. Debe suspender **profilaxis**, después de la finalización del embarazo, y referirla al CAI y a su Unidad de Salud, para continuar su seguimiento.
  
3. **Si la embarazada no ha recibido al menos 4 semanas de profilaxis**, 12 horas antes de la cesárea electiva debe darse una dosis de nevirapina 200 mg vía oral asociado a AZT/3TC (300/150 mg), seguido de dosis de 300 mg de AZT cada 3 horas, siendo la última 6 horas antes de la cesárea, luego AZT/3TC por 7 días post-parto  
 En caso de que se desencadene trabajo de parto, dar la dosis de nevirapina al inicio del mismo, asociada a AZT/3TC y luego AZT 300 mg cada 3 horas hasta el momento del parto, y luego AZT/3TC por 7 días post-parto. Puede repetirse la dosis de nevirapina si el parto no ha tenido lugar en 72 horas. Debe supervisarse la ingesta de los medicamentos.
  
4. **La embarazada VIH que está recibiendo TARGA:** no necesita medicamentos antirretrovirales adicionales al momento de finalizar su embarazo, debe continuar con TARGA.
  
5. **Quimioprofilaxis al recién nacido/a:** Administrar una dosis de nevirapina a 2 mg/kg entre las 6 a 72 horas de vida y luego AZT 4 mg/Kg / dosis, vía oral cada 12 horas y mantener durante 4 semanas.
  
6. En los niños/as expuestos prenatalmente a estavudina puede plantearse la necesidad de no utilizar AZT debido al metabolismo competitivo entre ambos. En tales circunstancias aun cuando no se ha descrito problemas podría utilizarse este mismo fármaco u otro de los que existe a dosis establecida en el periodo neonatal (lamivudina, nevirapina o didanosina).

