



## HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

---

### DOCUMENTO DE CONSENSO

### GUIA PARA ATENCION DE MUJERES EMBARAZADAS INFECTADAS POR VIH Y PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN PERINATAL

#### INTRODUCCIÓN

El éxito del testeo de VIH significa que cada vez más personal de salud esté involucrado en los cuidados de mujeres con VIH que se embarazan. La práctica médica en términos de atención a esta población ha cambiado significativamente en los últimos años, en parte debido a:

1. Mayor rango de escenarios clínicos, que incluyen mayor consideración de eventos adversos obstétricos, especialmente prematuridad.
2. Claras recomendaciones acerca de documentar la realización del test de VIH en el control prenatal y considerar repetirlo en la mujeres con alto riesgo de adquirir la infección, además del aconsejamiento y testeo durante el trabajo de parto en mujeres previamente no testeadas o sin control prenatal
3. Una mayor reducción del potencial teratogénico de las drogas antirretrovirales, muy bien referenciado en el Registro Internacional de Uso de Antirretrovirales durante el Embarazo
4. Mayor evidencia acerca de la posibilidad de partos vaginales y riesgos muy bajos de transmisión perinatal en mujeres con cargas virales indetectables o muy bajas al momento del parto.

Dados estos nuevos conocimientos, prácticas y escenarios, es necesario adaptar en un documento institucional, cómo, cuándo y dónde deben brindarse los cuidados a mujeres embarazadas infectadas por VIH y sus hijos expuestos.

#### OBJETIVO

Las siguientes guías quieren representar en un formato simple y práctico la implementación y ofrecimientos de los recursos disponibles en nuestro medio y en nuestra institución con el objetivo de favorecer y fortalecer la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo.

#### ALCANCE

A todo el personal del hospital que esté directa o indirectamente involucrado en la atención de mujeres embarazadas y sus hijos recién nacidos atendidos en el hospital en las áreas de:

- Obstetricia.
- Pediatria/ Neonatología.
- Enfermería.
- Hemoterapia.
- Inmunocomprometidos.
- Infectología.
- Farmacia.
- Servicio Social.



## HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

---

### **RECOMENDACIONES:**

- 1. Mantener y mejorar la realización del test diagnóstico durante el control prenatal:** a toda mujer embarazada se le debe recomendar la realización del test en las primeras consultas o tan pronto como sea posible en cualquier etapa del embarazo, incluyendo el trabajo de parto. Se debe favorecer un sistema de aconsejamiento y testeo que sea **ACCESIBLE, SIMPLE**, y con **DEVOLUCIÓN ADECUADA DEL RESULTADO**.
- 2. Identificar las seroconversiones durante el embarazo:** la posibilidad de transmisión del VIH en una mujer que adquiere la infección durante el embarazo, es significativamente alta, y puede ser inadvertida si no se evalúa esta posibilidad en aquellas madres con alto riesgo de exposición/ adquisición del virus, que tengan un test negativo en el primer trimestre. El seguimiento cercano con retest, el ofrecimiento del test a sus parejas sexuales y la información acerca de conductas seguras forman parte de una adecuada atención prenatal en estas pacientes.
- 3. Test rápido:** la utilización de este tipo de screening cuando la mujer llega en trabajo de parto sin control prenatal previo, permite implementar medidas de prevención de la transmisión perinatal del VIH durante el parto y postparto. El escenario ideal de utilización es aquél donde no hubo oportunidad previa de contacto de la embarazada con el sistema de salud, sabiendo que los mejores beneficios se obtienen con la detección precoz de la infección: idealmente en la primer etapa del embarazo, o inclusive antes de la concepción como parte de las políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a la población general.
- 4. Reportes de los resultados:** el personal involucrado en el proceso de testeo (médicos, obstétricas, enfermeros, personal de laboratorio) deberá comprometerse en asegurar que los resultados del testeo estén claramente explicados a la embarazada y adecuadamente documentados en un tiempo razonable que permita implementar con éxito las medidas de prevención en caso de un resultados positivo. La obtención de resultados, incluyendo los negativos deberán estar siempre disponibles en el momento del parto.
- 5. Aspectos psico-sociales de las mujeres embarazadas con VIH.** La conformación de equipos multidisciplinarios representa el recurso humano fundamental para la atención de pacientes embarazadas con VIH, conformado por especialistas en VIH, psicólogos, obstetras, obstétricas, trabajadores sociales, pediatras, enfermeros, farmacéuticos, personal de laboratorio. La valoración de las circunstancias sociales de una paciente recientemente diagnosticada es esencial. El trabajo en equipo podrá contener y orientar a las mujeres para que puedan develar su diagnóstico de infección a sus parejas y familia, también para recomendar el testeo de otros hijos.



## HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

---

6. **Carga viral del VIH:** es un determinante importante de la transmisión, por lo que se recomienda cuantificarla: en el momento del diagnóstico; al iniciar el tratamiento antirretroviral (TARV); precozmente luego del inicio del TARV, al menos cada 3 meses, y al menos una vez entre las semanas 32 y 36 de gestación. El circuito de solicitud está facilitado, ya que no se necesita esperar la autorización de la misma en caso de embarazo. Solo se requiere colocar en la orden que la paciente cursa un embarazo y que el formulario de solicitud ya se ha completado. Los días de extracción son los habituales pero el laboratorio del Hospital Muñiz podría recibir muestras en días no habituales que se deberán acordar previamente en forma telefónica.
7. **Manejo de enfermedades oportunistas:** tanto los procedimientos diagnósticos como el inicio de la terapia indicada, no deberían demorarse por la condición de embarazo de una mujer con VIH.
8. **Manejo obstétrico del embarazo y parto en mujeres con VIH.**
  - Más allá de las consideraciones obstétricas para la realización de una cesárea electiva, esta se encuentra recomendada para:
    - a) Las mujeres que sean diagnosticadas tardíamente, es decir con fecha probable de parto muy cercana y en las cuales no podrá obtenerse el resultado de un test de carga viral para esa fecha.
    - b) Las mujeres que bajo tratamiento antirretroviral, su control de carga viral entre semana 32 y 36 sea mayor a 50 copias/ml. Planear la cesárea en la semana 38.
    - c) Para aquéllas mujeres con co-infección con el virus de la hepatitis C, ya que podría disminuir la transmisión de este virus (VHC) y no se cuenta hasta el momento con otras medidas de prevención
    - d) También debe ser una opción para las mujeres con TARV y carga viral indetectable. Planear la cesárea en la semana 39 sería un objetivo deseable, para favorecer los procesos naturales de maduración pulmonar fetal, que se saben fundamentales para disminuir la morbimortalidad neonatal.
  - El modo de parto vaginal es una opción para las mujeres con carga viral indetectable que están recibiendo TARV.
  - Cabe destacar que en los últimos meses en nuestra Institución ya no es necesario planear un parto por cesárea para las mujeres que optan por un método definitivo de anticoncepción. La ligadura tubaria puede realizarse con un procedimiento mínimo invasivo entre las 24 y 48 horas posteriores a un parto normal.
  - Evitar la ruptura artificial de membranas.



## HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

---

- Evitar el monitoreo invasivo del feto.
- Indicar corticoides en presencia de amenaza de parto pretérmino (<34 semanas) para la maduración pulmonar fetal.
- Prescribir antibióticos perioperatorios para todas las cesáreas y para la ruptura prematura de membranas (RPM).
- Decidir la modalidad de parto más expedita cuando haya RPM.
- La comunicación entre miembros del equipo es esencial y cada parto debe ser planeado, independientemente de cuál sea finalmente el modo de parto elegido para cada paciente.
- Asegurar la provisión de: Zidovudina (AZT) en ampollas para el parto y en jarabe para el recién nacido, inhibidores de la lactancia, leche maternizada, para sostener las estrategias conocidas de prevención de la transmisión perinatal del VIH intraparto y postparto.
- Darles a las pacientes indicaciones por escrito del plan de tratamiento, modo de parto y último resultado de carga viral. Además se encuentra disponible un formulario de consentimiento informado para el uso de antirretrovirales durante el embarazo, parto y postparto para ser utilizado en aquellas mujeres que iniciarán tratamiento en el embarazo o lo estaban recibiendo cuando se quedaron embarazadas. **(Anexo 1)**

### 9. Co-infección con virus de hepatitis B o C:

- Todas las mujeres con VIH deberán ser testeadas para hepatitis B y C.
- Los recién nacidos de mujeres con HBsAg (+) y HBeAg (+) deberán recibir además de la vacunación anti VHB, la inmunización pasiva con gammaglobulina hiperinmune anti VHB.
- El tratamiento antirretroviral para mujeres embarazadas con co-infección por VIH/VHB deberá definirse en función de la indicación del tratamiento antirretroviral a la embarazada: si lo recibe por su condición clínica además de preventivo de la transmisión vertical, se sugiere incluir drogas activas contra el VHB (tenofovir y lamivudina o emtricitabina)
- Las mujeres coinfectadas VHC/VIH deberán recibir TARV.
- Considerar la cesárea electiva para las mujeres con co-infección HIV/HCV

### 10. Manejo de los recién nacidos de mujeres con VIH:

- Los recién nacidos de mujeres con VIH que llegaron al parto con carga viral baja (<1000 o indetectable: <50 copias) deberán recibir jarabe de AZT a dosis de 4 mg/Kg/dosis, dos veces por día, durante 4 semanas (si bien inicialmente el intervalo interdosis y la duración de éste componente de la profilaxis fue de 2 mg/kg /dosis, cada 6 horas y 6 semanas, ningún estudio ha demostrado que en este escenario,



## HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

---

umentar la frecuencia de la dosis o prolongar por 2 semanas sea mejor que 4 mg/kg cada 12 horas y 4 semanas). En experiencia de cohortes con miles de pacientes, desde hace más de 5 años el esquema en los recién nacidos es el sugerido en este documento. Esta estrategia podría mejorar significativamente la adherencia a esta fase de la profilaxis en los recién nacidos.

- Una alternativa en niños cuyas madres llegaron al parto con carga viral >1000 copias/ml, podría incluir 1 dosis única de nevirapina dentro de las primeras 72hs, 1 semana de lamivudina (2 mg/Kg/ dosis, 2 veces por día) y AZT 4 mg/Kg/ dosis, 2 veces por día, por 4 semanas.
- Se podría considerar una TARV específico como profilaxis para recién nacidos de mujeres que no recibieron tratamiento antirretroviral o tuvieron carga viral detectable a pesar del TARV.
- **Seguridad:** si bien los datos disponibles hasta el momento son inadecuados para excluir un riesgo teratogénico para la mayoría de las drogas ARV y para todas las combinaciones posibles, no hay evidencia hasta la fecha de un incremento de las malformaciones congénitas en humanos con exposición durante el primer trimestre.
- Está demostrado que existen efectos hematológicos prolongados del AZT en niños expuestos no infectados, aunque la importancia clínica es incierta.
- A las madres con VIH se les inhibirá la lactancia inmediatamente después del parto y recibirán consejos acerca de esta inhibición. El Hospital provee medicación para este propósito, disponible en farmacia. Este medicamento es la carbegolina, su presentación es de 0.5 mg y la indicación es recibir 2 comprimidos (dosis total 1 mg) dentro de las primeras horas en el postparto, junto con asesoramiento y medidas higiénicas y físicas para evitar la mastitis postparto. A sus recién nacidos se los alimentará en forma exclusiva con leche maternizada, que será provista en forma gratuita durante los primeros 6 meses de vida.
- La determinación del status de infección frente al VIH de los niños nacidos de madres con VIH se realizará mediante un test de PCR para detectar el DNA proviral, durante: 1) las primeras 72 horas posteriores al nacimiento; 2) luego de las primeras 4 semanas; y 3) luego del 4º mes de vida. Las determinaciones se realizarán en el laboratorio del Hospital Muñiz. Se documentará la pérdida de los anticuerpos maternos a los 18 meses mediante un test de ELISA. Este último puede realizarse en el laboratorio de nuestro Hospital.
- Sólo en casos en que no se haya podido ofrecer todos los componentes de prevención de la transmisión perinatal y el escenario sea de riesgo,



## HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

---

se indicará profilaxis con trimetoprima/ sulfametoxazol (**Bactrim®**) en los recién nacidos. En los siguientes casos no existe evidencia de beneficio para prevenir enfermedad oportunista y **NO deberían recibir** trimetoprima/ sulfametoxazol ; los niños que recibieron 4 semanas de AZT desde el nacimiento cuyas madres tomaron antirretrovirales durante el embarazo, llegaron al parto con carga viral baja (< 1000 copias/ml) o indetectable y recibieron profilaxis intraparto, y se dispone del resultado (negativo) de las dos primeras pruebas de PCR. El propósito sería evitar los potenciales efectos adversos de esta droga (toxicidad medular, agregada a la asociada a AZT) en un escenario con altas probabilidades de **NO** transmisión del VIH. La evidencia acerca de los beneficios de esta profilaxis, se basaba en situaciones donde casi ninguna de las estrategias hoy bien conocidas de prevención de la transmisión perinatal estaban disponibles. En todos los casos donde las condiciones antedichas no estén presentes, los niños deberán recibir trimetoprima/ sulfametoxazol a dosis de 5 mg/kg/día (de trimetoprima) 3 veces por semana, a partir de las 6 semanas de vida.

### **CONDUCTAS**

Se establecen e ilustran en función de los diferentes escenarios clínicos (**ver Anexo 2**). Dichas conductas se basan en niveles de evidencia y grados de recomendación. Los niveles de evidencia derivan desde los resultados obtenidos de estudios clínicos controlados o meta-análisis, hasta estudios descriptivos, de casos y opinión de expertos (nivel I a IV). Los grados se establecen desde al menos un estudio randomizado controlado (evidencia nivel I), pasando por los estudios no randomizados, bien controlados acerca del tópico de la recomendación (nivel II y III) hasta la ausencia de estudios directamente aplicables pero con opinión de panel de expertos o autoridades con experiencia clínica (nivel IV).



## HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

---

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Recomendaciones para el uso de drogas antirretrovirales en mujeres embarazadas infectadas por HIV e intervenciones para la reducción de la transmisión perinatal del VIH en Estados Unidos. Abril de 2009.  
(<http://AIDSinfo.nih.gov>)
2. Guías para la prevención y tratamiento de las infecciones oportunistas en niños expuestos e infectados por HIV. Recomendaciones del CDC, de los Institutos Nacionales de la Salud, de la Asociación de Medicina en HIV de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas y de la Academia Americana de Pediatría. MMWR volumen 58, Nº RR 11. 4 de Septiembre de 2009.  
([www.cdc.gov/mmwr](http://www.cdc.gov/mmwr))
3. Recomendaciones de tratamiento antirretroviral 2007. Consensuadas por el Comité Técnico Asesor de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 2007.
4. Recomendaciones para el seguimiento y tratamiento de la infección por HIV. Sociedad Argentina de Infectología. Comisión de SIDA. Consenso Argentino 2008.
5. Situación epidemiológica del VIH/ SIDA en la Ciudad de Buenos Aires – Coordinación SIDA/ Ministerio de Salud/ GCBA – Mayo 2009.



## HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

### ANEXO 1: formulario de consentimiento informado.

Buenos Aires,..... / ..... / 20.....	
<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE EL USO DE MEDICACION ANTIRRETROVIRAL COMO PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL</b>	
Yo, _____ he sido informada por el/la Dr/a. _____, que la infección por VIH puede ser transmitida a mi hijo/a durante el embarazo, el parto o la lactancia. Que para disminuir el riesgo de transmitir el virus a mi hijo debo recibir tratamiento con antirretrovirales durante el embarazo y en el parto, que en algunas situaciones puede ser necesario realizar cesárea y que mi hijo deberá tomar tratamiento antirretroviral cuando nazca, como me indiquen los doctores. También tengo conocimiento de que <b>NO</b> debo darle el pecho al bebé en ningún momento. El/la doctor/a me informó que si ninguna de estas cosas se hacen, mi hijo tendrá un riesgo de contagio entre el 25 al 35%, (esto significa que de 100 niños nacidos de madres con VIH, 25 o 35 se infectarán). Si mi bebé y yo recibimos tratamiento según las normas Nacionales e Internacionales, el riesgo de contagio disminuye al 1 % aproximadamente (1 niño infectado de cada 100 nacidos de madres con VIH). He sido informada acerca de los efectos adversos que estas medicaciones pueden tener sobre mi organismo, que actualmente se sabe que en el bebé no producen complicaciones severas, pero que se necesitan estudios mas largos para asegurar este conocimiento. Se sabe que los beneficios de recibir el tratamiento superan ampliamente los riesgos conocidos actualmente, debido a que con el tratamiento antirretroviral durante el embarazo, el parto y administrado al bebé, junto con la inhibición de la lactancia, existe una alta posibilidad de que mi hijo nazca sin infección por el VIH. Por lo tanto: (circular lo que usted decida, y firmar y aclarar en el lugar indicado)	
<b>1) SI Acepto iniciar el tratamiento para el HIV durante mi embarazo</b>	
<b>2) NO Acepto iniciar el tratamiento para el HIV durante mi embarazo</b>	
FIRMA Y ACLARACION DE LA PACIENTE	FIRMA Y ACLARACION DEL MEDICO



## HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

### ESCENARIOS CLÍNICOS

Escenario	Carga viral y CD4 al inicio	TARV anteparto	Carga viral en semana 32/36	Modo de parto y ARVs intraparto	Postparto en el niño	Postparto en la madre	Nivel de evidencia <sup>o</sup> recomendación
Madre que no necesita TARV acorde con las guías de tratamiento, <32s, virgen de tratamiento ARV	Independientemente de la CV y CD4 >350 cel/ml	AZT+3TC+Lopinavir+r a partir de la semana 20	<50 copias/ml	Parto vaginal <sup>1</sup> AZT IV	4 semanas de AZT 4 mg/kg cada 12 horas por 4 semanas	Suspender ARVs	1b A
			>50 copias/ml	Cesárea electiva <sup>2</sup> AZT IV	4 semanas de AZT 4 mg/kg cada 12 horas por 4 semanas <sup>3</sup>	Suspender ARVs <sup>4</sup>	IV C
Madre que necesita TARV acorde con las guías de tratamiento, <32s, virgen de tratamiento ARV	Cualquier valor de carga viral y CD4 < 350 cel/ ml	AZT+3TC+Lopinavir/r o AZT+3TC+Nevirapina si CD4 <350 cel/ ml Comenzar inmediatamente	<50 copias/ml	Parto vaginal AZT IV <sup>1</sup>	4 semanas de AZT 4 mg/kg cada 12 horas por 4 semanas	Continuar ARVs	III B
			>50 copias/ml	Cesárea electiva	4 semanas de AZT 4 mg/kg cada 12 horas por 4 semanas <sup>3</sup>	Continuar ARVs <sup>4</sup>	IV C
Madre que está recibiendo TARV	< 50 copias/ ml y cualquier nivel de VD4	Continuar TARV	<50 copias/ml	Parto vaginal <sup>1</sup> AZT IV	AZT 4 mg/kg cada 12 horas por 4 semanas	Continuar TARV	III B IV C
	>50 copias/ ml y cualquier nivel de CD4	Evaluación por especialista, test de resistencia, historia					



## HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

		clínica y antecedente de uso de ARVs para seleccionar un nuevo esquema eficaz	>50 copias/ml	Cesárea electiva, AZT IV, considerar 1 dosis de NVP	Profilaxis post exposición <sup>5</sup>	Reevaluar	IV C
Madre que está recibiendo TARV con CV >50 copias en semana 36	N/A	Evaluación por especialista, test de resistencia, historia clínica y antecedente de uso de ARVs para seleccionar un nuevo esquema eficaz	>50 copias/ml	Cesárea electiva, AZT IV, considerar 1 dosis de NVP	Profilaxis post exposición <sup>5</sup>	Continuar TARV	III B IV C
Diagnóstico o presentación tardía, antes del inicio del trabajo de parto	Cualquier valor	Comenzar inmediatamente AZT+3TC+Lopinavir/r o AZT+3TC+Nevirapina si CD4 <350 cel/ ml	< 50 copias/ml	Parto Vaginal o cesárea electiva, AZT IV	4 semanas de AZT 4 mg/kg cada 12 horas por 4 semanas	Basado en recuento de CD4+ continuar o no el TARV	IV C
			>50 copias/ml	Cesárea electiva, AZT IV, considerar 1 dosis de NVP <sup>6</sup>	Profilaxis post exposición <sup>5</sup>	Evaluar CD4+ y necesidad de TARV	

1. Si no hay indicación de cesárea electiva por causa obstétrica u otra (ej. : deseo de la paciente de tener una CE).
2. Cesárea electiva (CE): desde el punto de vista de la prevención de la transmisión vertical del VIH (PTV) es la cesárea llevada a cabo antes del inicio de trabajo de parto y con membranas íntegras.
3. En los casos donde la madre llegara al parto con cargas virales detectables, el pediatra especialista decidirá que otro/s ARV/s podría agregarse el régimen estándar de AZT. La indicación de una única dosis de nevirapina dentro de las 72 horas de vida y



## HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

---

**una semana de lamivudina a dosis de 2 mg/kg cada doce horas sumados a la profilaxis con AZT suele ser el régimen con más evidencia para reforzar la profilaxis y evitar el desarrollo de resistencia.**

- 4. Evaluar en estos casos si los factores de adherencia, tiempo de tratamiento y eventualmente resistencia a las drogas ARVs pueden jugar un rol en el no descenso de la carga viral.**
- 5. Combinación de ARVs para sumar eficacia a la monoterapia de AZT. Se determinará esquema caso por caso, en función de escenario y exposición materna a ARVs.**
- 6. En el caso que no recibiera esta droga como parte del régimen anterior.**



## HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

### EN TODOS LOS SIGUIENTES ESCENARIOS ES IMPRESCINDIBLE LA OPINIÓN DE PERSONAL CON EXPERIENCIA

Amenaza de parto pretérmino o RPM <sup>A</sup>	Carga viral y CD4 al inicio	TARV anteparto	Carga viral en semana 32/36	Modo de parto y ARVs intraparto	Postparto en el niño	Postparto en la madre	Nivel de evidencia/ <sup>o</sup> recomendación
Madre Naive	Cualquiera	Comenzar TARV con NVP o TARV + 1 dosis de NVP		AZT IV Considerar Cesárea de emergencia <sup>B</sup>	Profilaxis post exposición <sup>C</sup>	Continuar o no TARV en función del recuento de CD4+	IV C
Madre con TARV	<50 copias/ml	Evaluar una dosis de NVP		AZT IV Considerar Cesárea de emergencia <sup>B</sup>	4 semanas de AZT 4 mg/kg cada 12 horas por 4 semanas	Continuar o no en función de los antecedentes	IV C
	>50 copias/ml	Reevaluar TARV y considerar una dosis de NVP		AZT IV Considerar Cesárea de emergencia <sup>B</sup>	Profilaxis post exposición <sup>C</sup>	Continuar o no en función de los antecedentes	IV C

A. Siempre buscar opinión de especialista.

B. Siempre evaluar riesgos y beneficios en función de la edad gestacional, la carga viral y los factores obstétricos que puedan incidir sobre esta indicación.

C. Siempre buscar opinión de especialista.



## HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

Parto pretérmino o RPM	Carga viral y CD4 al inicio	TAR anteparto	Carga viral en semana 32/36	Modo de parto y ARVs intraparto	Postparto en el niño	Postparto en la madre	Nivel de evidencia/ <sup>o</sup> recomendación
Madre Naive	Cualquiera	Comenzar TARV con NVP		AZT IV Considerar cesárea tan pronto como se pueda, pero no menos de 2 horas luego de NVP	Profilaxis post exposición	Continuar o no TARV en función del recuento de CD4+ Cubrir con nucleósidos los niveles prolongados de NVP	IV C
Madre con TARV	<50 copias/ml	Continuar con el TARV oral		AZT IV Inducir parto vaginal o considerar cesárea	4 semanas de AZT 4 mg/kg cada 12 horas por 4 semanas	Continuar o no en función de los antecedentes	IV C
	>50 copias/ml	Reevaluar TARV y considerar una dosis de NVP		AZT IV Considerar cesárea tan pronto como se pueda, pero no menos de 2 horas luego de NVP	Profilaxis post exposición	Continuar o no en función de los antecedentes	IV C



## **HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA**

---

- I) EN LOS CASOS DE UN DIAGNÓSTICO LUEGO DEL PARTO, ADMINISTRAR PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN AL RECIÉN NACIDO E INHIBICIÓN DE LA LACTANCIA. CON RELACIÓN AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LA MADRE, TENER EN CUENTA LA CONDUCTA GENERAL DE INICIO DE TRATAMIENTO SEGÚN LAS GUÍAS LOCALES.**
  
- II) EN EL CASO DE UNA MUJER EN TRABAJO DE PARTO Y CON ESTADO DESCONOCIDO DE INFECCIÓN FRENTE A VIH, Y CON UN TEST POSITIVO NO CONFIRMADO, NAIVE DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL: OFRECER UNA DOSIS DE NVP O HAART + AZT IV. MANEJO ACTIVO DEL TRABAJO DE PARTO O CONSIDERAR CESÁREA DE URGENCIA, PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN AL RECIÉN NACIDO. ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO EN LA MADRE**



## HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

---

### **Autores:**

Foradori Irene; Stankievich Erica; Hakim Alejandro; Lic. Lelia Adissi; Ivalo Silvina; Bruguera José María; Losso Marcelo H. en representación del Comité de SIDA y miembros del equipo de consenso.

### **Comité de SIDA:**

Dr. Javier Toibaro, Dra. Viviana Ybarra, Enf. Juan Ebenrstejin, Lic. Liliana León, Farm. María Inés Morales, Dr. Eduardo Marini, Lic. Pedro Gordillo, Dr. Carlos Díaz Machioli.

### **Equipo de Consenso:**

Dr. Dunayewsky Armando, Dr. Codina Alberto, Dr. Pandulo Hugo.