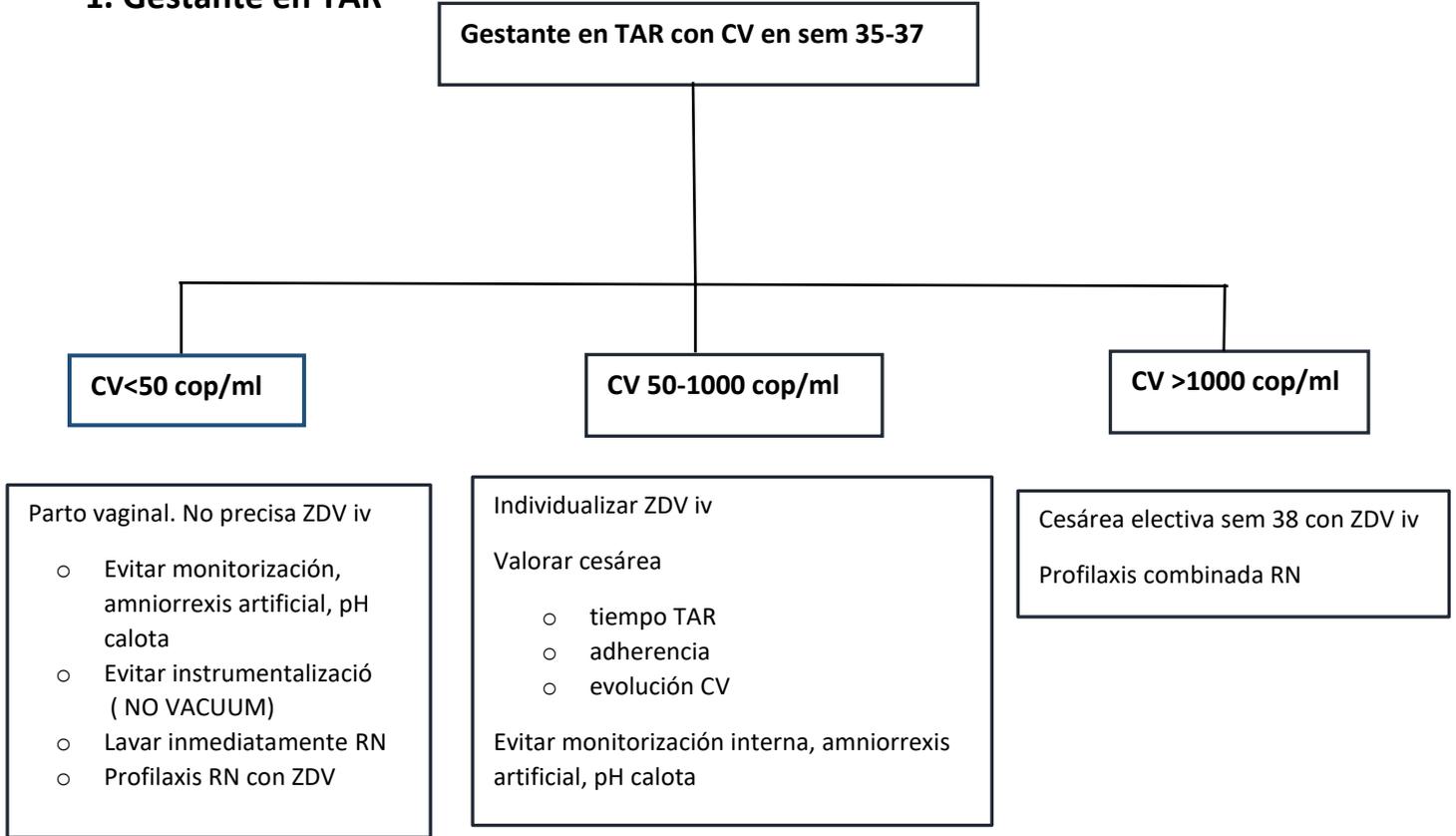
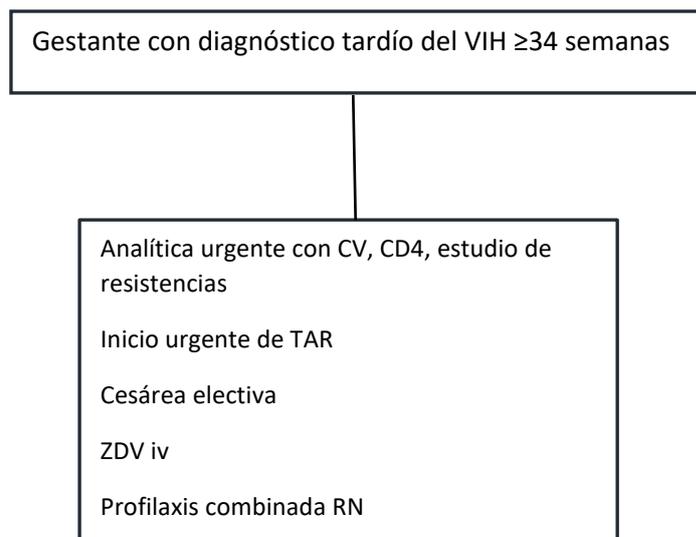


ALGORITMOS DE MANEJO

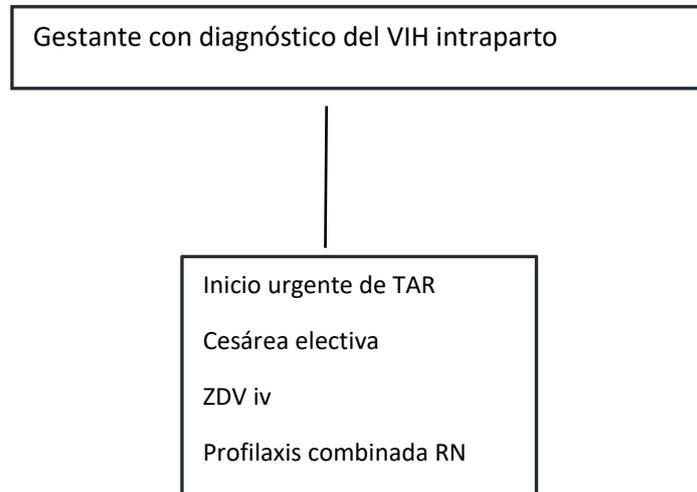
1. Gestante en TAR



2. Gestante con diagnóstico tardío del VIH



3. Gestante con diagnóstico de VIH intraparto



RN prematuro (<32 semanas) con CV materna >50 cop/ ml o desconocida considerar administrar NVP dosis única en el parto a la madre

ADMINISTRACIÓN INTRAPARTO DE ZIDOVUDINA IV

Zidovudina GES 200 mg en 100 ml

Es una bolsa ya lista para su utilización sin manipulación

Concentración 2 mg/ml

DOSIS:

Dosis de choque: 2 mg/ kg peso (a pasar en 1 hora)

Dosis de mantenimiento: 1 mg/kg/ hora durante al menos 2 horas previas a cesárea hasta clampaje cordón

ADMINISTRACIÓN:

Con bomba de infusión

La velocidad de administración va en función del peso de la gestante

- Durante la primera hora: ml a pasar = Kg peso paciente
- A partir de segunda hora : ml a pasar = ½ Kg peso paciente

	DOSIS 1ª HORA	DOSIS DE MANTENIMIENTO
Peso	Vol/ Vel perfusión	Vol/ Vel perfusión
60 Kg	60 ml = 20 gotas/ min	30 ml/h= 10 gotas/min
70 Kg	70 ml= 23 gotas/min	35 ml/h= 12 gotas/ min
80 Kg	80 ml= 26 gotas/min	40 ml/ h= 13 gotas/ min

4. ACTUACIÓN POSTPARTO

LA LACTANCIA MATERNA SE CONSIDERARÁ CONTRAINDICADA EN TODOS LOS CASOS
ESCENARIOS POSTPARTO:
BAJO RIESGO: ESCENARIO A
<p>A.1. RN hijo de madre con infección por VIH que cumple siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - EG \geq37 semanas - No primoinfección durante la gestación -Ha recibido terapia antirretroviral durante el embarazo (al menos 10 semanas antes del parto) con buena adherencia - Supresión viral (<50 cop) (al menos dos separadas al menos 4 semanas y una de ellas en la últimas 4 semanas). <p>Iniciar a las 6 horas de vida tratamiento con zidovudina oral a 4 mg/k/12h. vía oral durante 2 semanas* (3 mg/k /12 h si tto IV).</p>
<p>A.2. RN hijo de madre con infección por VIH que no cumplen todos los criterios de A.1., pero sí los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ha recibido terapia antirretroviral durante el embarazo (al menos 10 semanas antes del parto) con buena adherencia -Supresión viral (<50 cop) en las últimas 4 semanas. <p>Si <35 semanas de EG: 2 mg/k q12 h 2 semanas y continuar con 3 mg/k q 12h el resto. Si EG <30 s: 2mg/k/12 h 4 semanas y 3 mg/k/12 h hasta 6 semanas si precisara. Si se administrara IV se pautaría 3/4 de la dosis oral.</p> <p>Contraindicación de zidovudina:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hiperbilirrubinemia que precise exanguinotransfusión. -Alteraciones hematológicas: Neutropenia <750, Anemia <8 g/dl, Plaquetopenia <50.000.
ALTO RIESGO: ESCENARIOS B Y C
<p>B.1. RN hijo de madre con infección por VIH que cumple alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Primoinfección en los últimos seis meses de gestación. -Diagnóstico intraparto o postparto. -Ausencia de tratamiento adecuado (al menos diez semanas antes del parto). -Ausencia de supresión viral (carga viral positiva o desconocida las últimas 4 semanas). <p>Se extraerá lo antes posible muestra de la madre y del RN para conocer lo antes posible la carga viral materna y estudio de resistencias (hablar con biología molecular (402619) para realización preferente)</p> <p>Se iniciará el tratamiento TRIPLE* si RN \geq 34 semanas lo antes posible a partir de 6 h durante seis semanas:</p> <p>Zidovudina (AZT) durante 6 semanas</p> <p>Lamivudina (3TC) (Epivir® solución oral 10 mg/ml): 2mg/k q12h durante 4 semanas y 4 mg/k/12 h el resto.</p> <p>Nevirapina (NVP) (Viramune® solución oral 10mg/ml)</p>

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH

≥ 37 s: 6 mg/k dosis q 12 h 4 semanas (suspender 2 semanas antes que el resto)

≥34-<37: 4 mg/k/q 12 h la primera semana, 6 mg/k q 12 h el resto.

≥32-<34: 2mg/k/ q 12 h hasta 2 sem, 4 mg/k/12 h 2-4 sem, 6 mg/k/12 h el resto

(Alternativa a NVP) Raltegravir (RAL): si EG≥37 s y Peso≥ 2k (suspensión 10 mg/ml)

-En casos de VIH2 o de madre con VIH1 resistente a ITINAN

-Valorar individualmente en casos de VIH1

0-7 días: 1.5 mg/k/24 h (si la madre tomó RAL 24 h antes parto, retrasar inicio 24-48 h)

7-28 días: 3 mg/k/12h

28-42 días: 6 mg/k/12h

B.2. RN Terapia Doble: valorar en gestantes de bajo riesgo pero con leve elevación de carga viral al final del embarazo (50-1000 cop)

Zidovudina (AZT) durante 6 semanas

Nevirapina (NVP)

3 dosis 4 mg/k :1º las primeras 6-12 h, que se repetirá a las 48 h de la 1ª dosis y a los 7 días

C. RN hijo de madre con infección VIH tratada, pero ausencia de supresión viral por probable resistencia a antirretrovirales:

Se administrará monoterapia con **zidovudina durante 6 semanas.**

Se valorará tratamiento combinado, evaluando los fármacos dependiendo del perfil de resistencias conocidas y posibilidad de tratamiento apropiado para el RN. (consultar siempre a especialista pediátrico)

*En RN entre 32-34 semanas RN valorar individualmente la posibilidad de tratamiento combinado

Valorar dosis única NVP si EG <32 semanas (no existen pautas de tratamiento combinado aprobadas para menores de 32 semanas: consultar especialista)

*Se interrumpirá la terapia combinada si la carga viral materna es negativa y la carga viral del RN es indetectable de RN y a las 2 semanas, continuando exclusivamente con zidovudina hasta 6 semanas. También se interrumpirá o modificará el tratamiento combinado si hay constancia de toxicidad hematológica y/o mitocondrial.

ESTUDIO DEL RN CON EXPOSICIÓN PERINATAL

1. Recoger sangre de cordón para hemograma y para centrifugar suero para realizar perfil bioquímico.
2. Extraer carga viral plasmática de VIH la primera mañana siguiente al ingreso (preferiblemente en día laborable).
3. Recoger orina para PCR de CMV.
4. Tras realizar las pruebas y si el paciente no es de alto riesgo puede ser dado de alta con informe en formato electrónico donde conste la fecha exacta en la que debe suspender el tratamiento (habitualmente a las 2 o 4 semanas)
5. Al alta dar volantes para repetir carga viral de VIH, hemograma y perfil bioquímico al mes de vida y cita posterior en consulta de Neonatos. En los casos de alto riesgo con terapia combinada, repetir la analítica a los 15 días incluyendo hemograma, carga viral, perfil bioquímico y bioquímica urgente con gasometría, a. láctico y GPT.

 Hospital Universitario Príncipe de Asturias <small>SaludMadrid</small>	Comisión de Infecciones	Revisión: Servicio de Ginecología, Neonatología y Medicina Interna
		Fecha de última revisión: enero 2024
PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH		

6. Si se obtiene carga viral positiva se valorará iniciar terapia combinada previo estudio de resistencias y repetición de la determinación. Al mes de vida se iniciaría profilaxis de neumonía por pneumo. carini con TMP/STX

SEGUIMIENTO EN CONSULTAS

1. En la cita tras los resultados del mes de vida solicitar carga viral de VIH a los 4 meses y cita posterior en consulta.
2. Si la carga viral persiste negativa hacer informe con diagnóstico de “No transmisión de VIH” y dar volante para realizar serología de VIH a los 18 meses para comprobar serorreversión. y cita posterior en consulta.
3. Si se produce la serorreversión dar informe y valorar alta en consulta si no existen datos que lo desaconsejen.

BIBLIOGRAFÍA:

- Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. Grupo de expertos de la división de control de VIH,ITS; Hepatitis virales y Tuberculosis (DCVIHT), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA) y Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Julio 2023.
- Protocolo de infección por VIH y Gestación del Clínic de Barcelona. 2022.
- Intrapartum management of pregnant women with HIV and infant prophylaxis in resource-rich settings. Brenna L Hughes, MD, MSc, Susan Cu-Uvin, MD. Uptodate Sep 08, 2022.

Autores:

Estefanía Cordero Etchebarne. Servicio de Ginecología. Dr. José Beceiro. Servicio de Pediatría. Jo José Sanz Moreno. Jefe de sección Medicina Interna

Aprobado por la Comisión de Infecciones y Política de Antibióticos