

VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

RECOMENDACIONES

- Realizar tamizaje VIH a toda gestante al ingreso del control prenatal
- Repetir a las 32 – 34 semanas en aquellas que tengan mayor riesgo de adquirir VIH
 - ATCD abuso de OH o drogas
 - Parejas múltiples o nuevas durante gestación (situación de calle, trabajadoras sexuales, etc.)
 - ATCD Hepatitis B dentro de la pareja, Hepatitis C, TBC, sífilis u otra ETS
 - Pareja VIH (+)
- Todo resultado reactivo debe ser enviado a confirmación por ISP
- Si VIH (+) obtenido desde la semana 20 debe ser derivada de inmediato a médico tratante VIH sin esperar confirmación de ISP para la aplicación de protocolo TV
- Mujeres que lleguen a parto sin serología conocida para VIH se debe realizar test rápido, si reactivo se debe proceder con protocolo de transmisión vertical incluida la suspensión de LM
- Si VIH (+) sin TARV previa al parto administrar Zidovudina según esquema, dosis única de Nevirapina y cesárea

EXAMENES Y MONITOREO

- CV y recuento CD4
- Genotipificación viral aunque no debe retrasar inicio de TARV
- Control de CV y CD4 a las 6 semanas de iniciada TARV para evaluar respuesta y luego de forma mensual hasta las 34 semanas para definir vía de parto y TARV adicional al binomio
- **Exámenes generales:** Hemograma, perfil bioquímico, perfil hepático, perfil renal, perfil lipídico, Grupo RH y coombs indirecto, OC + UC, VDRL o RPR, pesquisa de otras ETS, serología VHC, Toxoplasma gondii (IgG e IgM), serología enfermedad de Chagas, PPD, PAP

CUANDO INICIAR TARV

- Prevención de transmisión vertical desde la semana 20
- En la semana 14 si CV >100.000 copias/ml
- Inmediatamente si cumple criterios clínicos o inmunológicos de inicio de TARV
- Si seroconversión se presenta durante la gestación deberá iniciarse de inmediato
- Se debe continuar con TARV postparto

RESOLUCIÓN DEL PARTO

- Prevenir parto prematuro
- En presencia de contracciones regulares, se indica administración de Zidovudina 2 mg/kg/hr durante la primera hora y luego 1 mg/kg/hr hasta que ceda la dinámica uterina. Si se desencadena parto y/o se produce RPM se deberá realizar cesárea
- Cesárea si: CV >1000 copias/ml a las 34 semanas
- Parto vaginal si: TARV desde las 24 semanas y CV <1000 copias/ml a las 34 semanas y que cumplan con EG >37 semanas, feto único en presentación cefálica, condiciones obstétricas favorables y atención por médico especialista
- Evitar maniobras invasivas amniocentesis, biopsia vellocidades coriales, monitorización interna, rotura artificial de membranas y parto instrumental
- Suspender LM en todas las VIH (+) e interrumpir lactancia con Cabergolina 0.25 mg c/12 horas por 2 días o Bromocriptina 2.5 mg c/12 h por 7 – 10 días inmediatamente post parto

MANEJO ATENCIÓN INMEDIATA

- Evitar monitoreo invasivo
- Aspiración orofaríngea prolija y suave con máquina de aspiración y lavado bucofaríngeo
- Baño con abundante agua, jabón y enjuague. Eliminar agua previa cloración
- Aseo de la piel donde se pondrá vitamina K y otros tratamientos inyectables
- Alimentar con lactancia artificial

MANEJO MEDIATO

- Examen físico dirigido a pesquisar hepatoesplenomegalia, adenopatías, etc.
- Exámenes generales: hemograma precoz y periódico (efecto adverso más frecuente de zidovudina es anemia)
- Exámenes infectológicos: según antecedentes maternos clínicos y epidemiológicos
- Evaluación inmunológica del RN expuesto a VIH: solicitar dentro de las primeras 48 horas CV y CD4 para completar o diferir vacuna BCG (NO vacunar si CD4 <35% linfocitos o leucopenia para la edad)

SEGUIMIENTO DE LABORATORIO RN

Tomar 1ra muestra PCR VIH durante las primeras 48 horas

- Si (+) tomar 2da muestra → con 2 muestras (+) se confirma diagnóstico
- Si (-) tomar 2da muestra entre los 15 y 30 días de vida
- Tomar 3ra muestra a los 3 meses de vida
- Para descartar infección por VIH debe tener 2 PCR negativas posterior a los 15 días de vida

TARV EN EL RN

- Todo RN hijo de madre VIH (confirmado por ISP o reactivo al parto) deben recibir TARV
- Deben recibir Zidovudina 2 mg/kg cada 6 horas vía oral por 6 semanas a partir de las 6 – 12 horas de vida. Si no tolera vía oral 1.5 mg/kg cada 6 horas endovenoso (RNT) y cada 12 horas (RNPT)
- RN hijos de madre que recibió Nevirapina, aquellos que no recibieron protocolo de TV o que sólo recibieron profilaxis intraparto: administrar Zidovudina por 6 semanas y agregar 2 dosis de Nevirapina a partir de las 4 horas de vida y la segunda a las 48 – 72 horas de vida
- Hijos de madre con viremia persistencia o de madres resistentes a TARV se les deben adicionar TARV en base a antecedentes clínicos, virológicos, disponibilidad de formulaciones pediátricas y de la evaluación de expertos

DOSIS DE TARV EN RN

Edad gestacional	Zidovudina oral	Zidovudina ev
>35 semanas	4 mg/kg/dosis c/12 horas	3 mg/kg/dosis c/12 horas
30 - 35 semanas	2 mg/kg/dosis c/12 horas por 14 días y luego aumentar a 3 mg/kg/dosis c/12 horas	1.5 mg/kg/dosis c/12 horas por 14 días y luego aumentar a 2.3 mg/kg/dosis c/12 horas
<30 semanas	2 mg/kg/dosis c/12 horas por 4 semanas y luego aumentar a 3 mg/kg/dosis c/12 horas	1.5 mg/kg/dosis c/12 horas por 4 semanas y luego aumentar a 2.3 mg/kg/dosis c/12 horas

ALIMENTACIÓN EN EL RN E HIJO DE MADRE VIH

- Deben recibir leche maternizada exclusiva hasta los 5 meses 29 días y se debe proceder a interrumpir lactancia materna de forma farmacológica

EXÁMENES DE CONTROL EN HIJOS DE MADRE VIH

- RN: CD4, hemograma con recuento plaquetario, GSV, ELP, pruebas hepáticas, ácido láctico, shell vial orina CMV (1 – 15 días de vida), serología toxoplasmosis, chagas, VHB, VHC y sífilis si madre no tiene estudio
- 1 mes de edad: Hemograma con recuento plaquetario, GSV, ELP, ácido láctico si el primero esta alterado

CUANDO INICIAR TARV:

- Debe basarse en 2 determinaciones previas de CD4 y CV. Debe considerar el análisis integral
- <1 año: iniciar tratamiento independiente de clínica, estadio inmunológico y CV
- >1 año:

- Considerar tratamiento en etapa clínica A y B con episodio único de infección bacteriana grave
 - Iniciar tratamiento en etapa clínica B con CD4 <20% (excepto si tiene episodio único de infección bacteriana grave), C, etapa inmunológica 2
- Inicio de TARV en <1 año
 - Zidovudina + Lamivudina
 - Abacavir (previa determinación de HLA-B*5701) + Lamivudina
 - Como tercera droga:
 - Nevirapina a cualquier edad
 - Lopinavir/Ritonavir para RNT >14 días

SINDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNE (SIRI)

- Caracterizado por empeoramiento de síntomas de inflamación o infección asociada temporalmente con el inicio del TARV y no son explicados por nuevas infecciones o enfermedades o por el curso habitual de enfermedades previas.