



# OPINIÓN DE EXPERTOS SOBRE INFECCIONES CONGÉNITAS Y PERINATALES (ICP)

**Coordinadora:** Dra Liliana N Vázquez (ARGENTINA)

**Participantes:** Dr Javier Ortiz (MEXICO)

Dra Claudia Domínguez (ARGENTINA)

**Revisores:**

**EGB:** Dra Marisa Mussi-Pinhata (BRASIL)

**VIH:** Dr Roberto Arduino (EEUU)

**Chagas:** Dr Jaime Altcheh\*, Dr Guillermo Moscatelli, Dra Samanta Moroni (ARGENTINA)

**Hepatitis B:** Dra Gabriela Vidiella (ARGENTINA)

**Sífilis:** Dra Fabiana García (ARGENTINA)

**Presidente de SLIPE** (gestión 2011-2013): Dr José Brea

**Presidente de SLIPE** (gestión 2013-2015): Dra Luiza Helena Falleiros Arlant

## CONTENIDO

<b>VIH.....</b>	530
<b>ASESORAMIENTO Y DIAGNOSTICO.....</b>	530
ESCENARIOS POSIBLES EN MUJERES VIH.....	532
MANEJO DEL RN DE MADRE VIH (+).....	534
LECTURAS SUGERIDAS.....	537



# VIH

Uno de los mayores avances en el control de esta infección, es la disminución de las tasas de transmisión perinatal (del 30% al <2%) que se ha logrado con el uso de la droga anti-retroviral (ARV) en la embarazada y el recién nacido. A pesar de esto, el continuo aumento de mujeres en edad fértil VIH (+); la falta de cuidado prenatal, especialmente en mujeres adictas a drogas; la falta de adherencia a los tratamientos antirretrovirales, y la falta de universalidad en la pesquisa prenatal para VIH, son obstáculos que atentan contra la eliminación de la transmisión perinatal.

Según cálculos del ONUSIDA, en el año 2010, 5,000 niños contrajeron la infección por el VIH en la Región de las Américas, la mayoría por transmisión materno-infantil (TMI); de ellos 4,700 fueron en América Latina y el Caribe.

Existen diversos escenarios epidemiológicos en la región, con relación a la prevalencia de infección por el VIH en mujeres gestantes y las tasas de transmisión perinatal. En el Caribe la prevalencia del VIH entre adultos es de alrededor del 1% (el porcentaje regional más alto, luego del de África subsahariana), y va desde el <0.1% en Cuba a 3.1% de Bahamas. Y aún puede variar en cada país. En Haití la prevalencia de VIH en embarazadas va del 12% al <1% en el oeste del mismo país. En República Dominicana, en comunidades cercanas a las plantaciones de caña de azúcar (los bateyes), los niveles de infección por el VIH son cuatro veces más altos que el promedio nacional.

En Brasil, a pesar de contar con una prevalencia de menos del 1% global, viven cerca de un tercio de todas las personas con infección por VIH de la región. Según la OMS, más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH se presentan en jóvenes de entre 15 a 24 años. Teniendo en cuenta que el 25% de todos los nacimientos son de madres adolescentes, la mayor transmisión perinatal se concentra en madres jóvenes.

El Estudio Perinatal de las Américas y el Caribe (NISDI), realizado en Brasil, Argentina, Bahamas, México y USA, mostró una tasa de prevalencia de VIH en gestantes del 0.04 al 1.4%.

En Argentina se calcula una tasa de transmisión vertical del VIH del 6%, con un 15% de mujeres HIV (+) que llegan al parto sin la profilaxis adecuada. La transmisión perinatal

ocupa alrededor del 3.6% del total de las notificaciones de VIH. Un estudio realizado en 2011 en mujeres puérperas, mostró una seroprevalencia de VIH del 0.44%, siendo más de la mitad de las mujeres diagnosticadas en el marco de un embarazo.

Sin duda, el embarazo genera una oportunidad en el sistema de salud para que las mujeres accedan tanto al diagnóstico y tratamiento de su infección, como a la prevención de la transmisión perinatal, como lo documentó esta iniciativa de las américa (NISDI *perinatal study*), donde más de mil mujeres identificadas y tratadas mostraron porcentajes de transmisión perinatal del 0.66%.

En cada uno de nuestros lugares de trabajo debemos establecer intervenciones claras dirigidas a captar precozmente a las embarazadas y sus parejas, reflejadas en acciones que se puedan implementar antes del parto.

## ASESORAMIENTO Y DIAGNÓSTICO

La instancia de asesoramiento previo y posterior a la solicitud y entrega de resultado de un análisis de VIH, es la oportunidad para reflexionar junto con la mujer embarazada y su pareja. Es importante repasar los motivos por los que se solicita este estudio, hablar del rol de la pareja en el cuidado del embarazo, las conductas sexuales responsables, el impacto que las infecciones de transmisión sexual tienen en el embarazo, y despejar dudas.

La devolución de los diagnósticos confirmados no debería superar las dos semanas después de la extracción de sangre. Por lo que hay que coordinar con todos los sectores involucrados en el proceso, principalmente con el laboratorio, para que esto se pueda cumplir.

## DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE INFECCIÓN POR VIH

El diagnóstico se realiza por métodos basados en la detección de anticuerpos VIH-1 y VIH-2 en suero o plasma humano. Las técnicas para la detección inicial o el tamizaje: ELISA de 4° generación (que incluye la detección del an-



# VIH

Uno de los mayores avances en el control de esta infección, es la disminución de las tasas de transmisión perinatal (del 30% al <2%) que se ha logrado con el uso de la droga antirretroviral (ARV) en la embarazada y el recién nacido. A pesar de esto, el continuo aumento de mujeres en edad fértil VIH (+); la falta de cuidado prenatal, especialmente en mujeres adictas a drogas; la falta de adherencia a los tratamientos antirretrovirales, y la falta de universalidad en la pesquisa prenatal para VIH, son obstáculos que atentan contra la eliminación de la transmisión perinatal.

Según cálculos del ONUSIDA, en el año 2010, 5,000 niños contrajeron la infección por el VIH en la Región de las Américas, la mayoría por transmisión materno-infantil (TMI); de ellos 4,700 fueron en América Latina y el Caribe.

Existen diversos escenarios epidemiológicos en la región, con relación a la prevalencia de infección por el VIH en mujeres gestantes y las tasas de transmisión perinatal. En el Caribe la prevalencia del VIH entre adultos es de alrededor del 1% (el porcentaje regional más alto, luego del de África subsahariana), y va desde el <0.1% en Cuba a 3.1% de Bahamas. Y aún puede variar en cada país. En Haití la prevalencia de VIH en embarazadas va del 12% al <1% en el oeste del mismo país. En República Dominicana, en comunidades cercanas a las plantaciones de caña de azúcar (los bateyes), los niveles de infección por el VIH son cuatro veces más altos que el promedio nacional.

En Brasil, a pesar de contar con una prevalencia de menos del 1% global, viven cerca de un tercio de todas las personas con infección por VIH de la región. Según la OMS, más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH se presentan en jóvenes de entre 15 a 24 años. Teniendo en cuenta que el 25% de todos los nacimientos son de madres adolescentes, la mayor transmisión perinatal se concentra en madres jóvenes.

El Estudio Perinatal de las Américas y el Caribe (NISDI), realizado en Brasil, Argentina, Bahamas, México y USA, mostró una tasa de prevalencia de VIH en gestantes del 0.04 al 1.4%.

En Argentina se calcula una tasa de transmisión vertical del VIH del 6%, con un 15% de mujeres HIV (+) que llegan al parto sin la profilaxis adecuada. La transmisión perinatal

ocupa alrededor del 3.6% del total de las notificaciones de VIH. Un estudio realizado en 2011 en mujeres puérperas, mostró una seroprevalencia de VIH del 0.44%, siendo más de la mitad de las mujeres diagnosticadas en el marco de un embarazo.

Sin duda, el embarazo genera una oportunidad en el sistema de salud para que las mujeres accedan tanto al diagnóstico y tratamiento de su infección, como a la prevención de la transmisión perinatal, como lo documentó esta iniciativa de las américa (NISDI *perinatal study*), donde más de mil mujeres identificadas y tratadas mostraron porcentajes de transmisión perinatal del 0.66%.

En cada uno de nuestros lugares de trabajo debemos establecer intervenciones claras dirigidas a captar precozmente a las embarazadas y sus parejas, reflejadas en acciones que se puedan implementar antes del parto.

## ASESORAMIENTO Y DIAGNÓSTICO

La instancia de asesoramiento previo y posterior a la solicitud y entrega de resultado de un análisis de VIH, es la oportunidad para reflexionar junto con la mujer embarazada y su pareja. Es importante repasar los motivos por los que se solicita este estudio, hablar del rol de la pareja en el cuidado del embarazo, las conductas sexuales responsables, el impacto que las infecciones de transmisión sexual tienen en el embarazo, y despejar dudas.

La devolución de los diagnósticos confirmados no debería superar las dos semanas después de la extracción de sangre. Por lo que hay que coordinar con todos los sectores involucrados en el proceso, principalmente con el laboratorio, para que esto se pueda cumplir.

## DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE INFECCIÓN POR VIH

El diagnóstico se realiza por métodos basados en la detección de anticuerpos VIH-1 y VIH-2 en suero o plasma humano. Las técnicas para la detección inicial o el tamizaje: ELISA de 4º generación (que incluye la detección del an-



tígeno p24), aglutinación de partículas y pruebas rápidas.

Los resultados reactivos o dudosos obtenidos por serología de tamizaje deben ser confirmados por técnicas de Western Blot (WB), el inmunoensayo en línea (LIA) y/o prueba molecular (PCR).

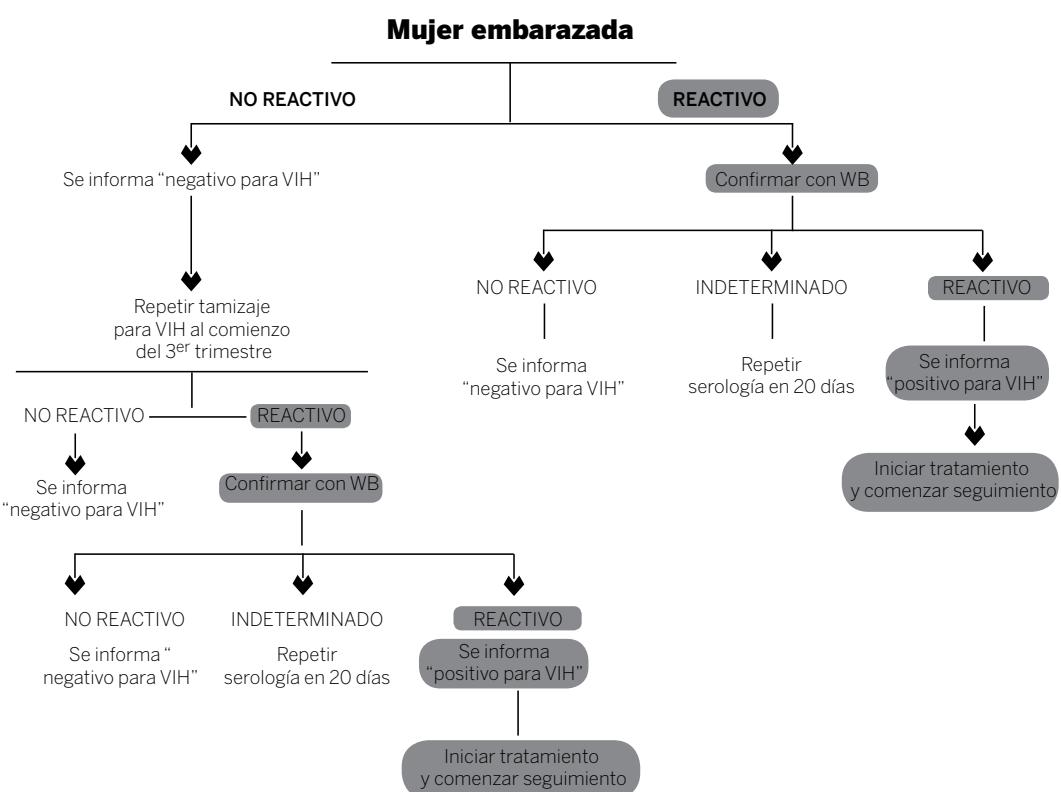
### TAMIZAJE Y CONFIRMACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE INFECCIÓN POR VIH DURANTE EL EMBARAZO

Se recomienda solicitar VIH (ELISA) en la 1ra consulta prenatal, a la mujer y su pareja y repetir a la embarazada en el último trimestre de gestación, independientemente de los

antecedentes (algoritmo 1). En el caso de tratarse de pacientes con conductas de riesgo o parejas VIH (+), se aconseja repetir en cada trimestre.

### EL RESULTADO DEL TAMIZAJE PUEDE SER:

- NO REACTIVO: se informa como tal y se aplican las estrategias de consejería. En caso de que pueda sospecharse un posible periodo de ventana, se saca



Para las mujeres que llegan al momento del parto sin controles de salud o sin serología previa para VIH, se debe realizar un test rápido. Un test rápido reactivo al momento del parto es indicación de iniciar tratamiento antiretroviral (TARV) (ver escenarios clínicos). El resultado reactivo debe ser confirmado.



## ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL (TARV) DURANTE EL EMBARAZO

El mayor porcentaje de transmisión ocurre cerca del momento del parto o durante el mismo, y los niveles de carga viral (CV) plasmática se correlacionan en forma directa con el riesgo de transmisión.

### ANTES DE LA ELECCIÓN DEL TARV SE DEBERÁ TENER EN CUENTA:

- Recomendaciones existentes para el TARV.
- Potenciales riesgos de toxicidad y teratogenicidad.
- Cambios farmacocinéticos que puede ocasionar el embarazo (p.ej., lopinavir/ritonavir).

Las pacientes que no requieran continuar con el TARV luego de finalizar el embarazo, deberán secuenciar la suspensión de las drogas ARV. Si reciben drogas INNTI, se deberá suspender éste en primer lugar, y luego los INTI (AI) o IP (BII) por 7 a 30 días (AII), el tiempo óptimo para la descontinuación se desconoce.

En pacientes en las que por su condición clínica requieren estudios por amniocentesis, se aconseja esperar a tener CV indetectable.

**INTI:** Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa, **INNTI:** Inhibidores NO Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa. en lugar de: inhibidores de las proteasas

### EFAVIRENZ (EFV) Y EMBARAZO

Esta droga se clasifica por la FDA como categoría D (no hay pruebas de riesgo fetal humano, basado en estudios en seres humanos). Aunque los datos sobre el uso de Efv durante el 1er trimestre son limitados, no se puede descartar un aumento entre 2 y 3 veces de defectos asociados al cierre del tubo neural. Se aconseja evitar el uso de Efv durante el 1er trimestre.

El tubo neural se cierra entre los 36 y 39 días después del último periodo menstrual (5ta a 6ta semana de gestación).

En las mujeres en las que el embarazo es reconocido más

allá de la 6ta semana de gestación, es muy probable que la suspensión del Efv no modifique la probabilidad de teratogénesis. Por otro lado, habiendo logrado la supresión viral, el cambio del TARV puede generar la pérdida de control del virus y mayor riesgo de transmisión perinatal del VIH.

Las mujeres que reciben Efv deben ser alertadas y evitar embarazarse durante el tratamiento:

- Se debe considerar TARV que no incluyen Efv en mujeres que están planeando quedar embarazadas o que son sexualmente activas y no usan un método anticonceptivo eficaz.
- Aconsejamos no suspender el Efv, en mujeres embarazadas con **más de 6 semanas de gestación**, que han logrado la supresión virológica con su TARV con Efv.

### EVALUACIÓN Y MONITOREO DE LA MUJER EMBARAZADA VIH (+):

• **INICIAL:** Recuento de CD4, carga viral (CV), test de resistencia (con CV >500-1000 copias/ml), historia de TARV previo, tiempo de gestación, necesidad de tratamientos adicionales o de quimio-profilaxis, y descartar otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

### DURANTE EL TRATAMIENTO:

- CV: repetir luego de 2-4 semanas de haber comenzado o cambiado el TARV. Repetir idealmente en forma mensual hasta tener CV indetectable, luego cada 3 meses hasta el fin del embarazo (última entre las 34-36 semanas, para definir la vía de parto).
- Recuento de CD4: repetir cada 3 meses durante el embarazo, o cada 6 meses en pacientes que se mantienen estables, con CV indetectable y tienen buena



adhesión al TARV en los últimos 2 años.

- Test de resistencia, repetir si no se logra la supresión viral bajo TARV.
- Monitoreo de efectos adversos, según la droga utilizada.
- Ecografía obstétrica en primer trimestre, para confirmar edad gestacional. Necesario en el caso de programarse una cesárea.

## ESCENARIOS POSIBLES EN MUJERES VIH (+)

### 1. BAJO TARV, QUE SE EMBARAZA:

**a)** Si el TARV es efectivo (CV indetectable), no suspender en el primer trimestre (AIII). Aun si contiene EFV (CIII) y/o NVP, independientemente del recuento de CD4 (AIII) (ver EFV y embarazo).

**b)** Con CV >500-1000 copias/ml, consultar con especialista en VIH, quien indicará el test de resistencia y el cambio en el TARV. En caso de embarazos avanzados se realizará el cambio del TARV, sin esperar el resultado del test de resistencia (AI).

### SIN TARV PREVIO

**a)** Deben comenzar TARV, teniendo en cuenta la recomendación para pacientes embarazadas.

**b)** La decisión de comenzar en el 1er trimestre o diferirlo a las 12 semanas de gestación, dependerá del recuento de linfocitos CD4, la carga viral, y de las condiciones maternas, como la presencia de náuseas o vómitos (AIII). Se debe analizar en cada caso, el beneficio teórico vs el riesgo teratogénico potencial de las drogas ARV, en el primer trimestre.

**c)** El TARV debe incluir 1 ó 2 INTI, con buen pasaje transplacentario (AZT, 3TC, ABC, FTC, TNF) (AIII).

**d)** Indicar test de resistencia, si bajo el TARV la supresión viral es subóptima (AI). En caso de embarazos avanzados realizar el cambio, no esperar el resultado.

**e)** Se puede utilizar NVP como parte del TARV en mujeres con CD4 <250 cél/mm<sup>3</sup>. En mujeres con CD4 >250 cél/mm<sup>3</sup>, se utilizará NVP sólo si el beneficio potencial sobrepasa el riesgo de hepatotoxicidad.

**f)** Postparto si se decide la interrupción de TARV, considerar que si el régimen contenía INNTI, descontinuarlo en primer lugar, y 7 – 30 días después los INTI y/ o IP (datos limitados)

**INTI:** Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa, **INNTI:** Inhibidores NO Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa.

**FTC:** Emtricitabina, **EFV:** Efavirenz, **AZT:** Zidovudina, **3TC:** Lamivudina. **NVP:** Nevirapina, **IP:** inhibidores de las proteasas

### CON TARV PREVIO, PERO SIN TARV ACTUAL:

**a)** Consultar con infectólogos especialistas en VIH para la elección del TARV (AIII).

**b)** Registrar historia previa de todos los TARV previos, respuesta virológica, tolerancia a la medicación, resultados de test de resistencia, adherencia a la medicación, etc (AIII).

**c)** Con CV > 500-1000 cp/ml, solicitar test de resistencia antes de iniciar TARV (AIII). En caso de embarazos avanzados comenzar, no esperar el resultado (BIII).

**d)** En caso de que no se logre la supresión viral, repetir test de resistencia, valorar adherencia y consultar con especialista en VIH para guiar los cambios en el TARV.



# VIH

## EJEMPLO PARA UNA PERSONA DE 70 KG (1AMP AZT=200MG)

- Colocar 2 amp de AZT en 200 ml de Dx 5%, e infundir 24 gotas por minuto, a partir de la hora bajar el goteo a 12 gotas/minuto, hasta el pinzamiento del cordón. (Recibirá 2 amp de AZT en total)
- Se infunden 140 mg en la 1ra hora, y luego se disminuye el goteo a la mitad, o sea 70 mg/ hora

*No es necesario indicar AZT intraparto, en mujeres bajo TARV, con CV < 400 copias/ml, después de las 34 semanas de edad gestacional (BII).*

## PACIENTES QUE INGRESAN EN TRABAJO DE PARTO O CON BOLSA ROTA

- Comenzar la infusión de AZT EV lo antes posible.

## PACIENTES QUE INGRESAN PARA CESÁREA PROGRAMADA (CON BOLSA ÍNTegra Y SIN TRABAJO DE PARTO)

- Indicar AZT EV desde 3 horas antes del comienzo de la operación cesárea.
- Luego del pinzamiento del cordón, se interrumpe la infusión.

## PACIENTES QUE INGRESAN AL PARTO SIN CONTROL SEROLÓGICO PARA VIH O SIN RECONTROL EN EL 3ER TRIMESTRE:

- Solicitar test rápido para VIH (AII)
- Con test rápido positivo, comenzar la infusión de AZT EV, lo más rápidamente posible (AII)
- Solicitar estudios confirmatorios. (ELISA y W. BLOT)
- Indicar AZT Jarabe al RN hasta tener el resultado del test confirmatorio materno. Si es negativo se suspenderá el AZT, si se confirma completará 6 semanas y continuará la evaluación del niño (AI)
- Suspender la lactancia hasta corroborar diagnóstico de la madre

*Las parejas serodiscordantes, donde la mujer es VIH (-), debe repetir test de tamizaje mensual y prueba rápida previo a la cesárea o parto.*

## VÍA DE PARTO

No se recomienda la cesárea en mujeres bajo TARV con una CV plasmática <1000 copias/ml, cercano al momento del parto (BIII). Si el progreso del parto es normal, la ruptura artificial de membranas se debe realizar sólo cuando el parto es inminente. La indicación de cesárea queda limitada a la condición obstétrica.

## LA CESÁREA ELECTIVA A LAS 38 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL, ESTÁ RECOMENDADA PARA:

- Mujeres bajo TARV con CV plasmática >1000 copias/ml (en el último trimestre), o desconocida.
- Mujeres coinfecadas con virus de la hepatitis C.

En mujeres con CV plasmática <1000 copias/ml, en quienes se programa cesárea electiva por indicaciones obstétricas o solicitud materna, la misma debe retrasarse hasta las 39 semanas de gestación para reducir la morbilidad neonatal.

## A MENOS QUE TENGA UN CLARO BENEFICIO OBSTÉTRICO, SE DEBE EVITAR:

- La ruptura artificial de membranas (BIII)
- La monitorización fetal por electrodos colocados sobre el cuero cabelludo del feto (BIII)
- Nacimiento con fórceps, vacuum y/o episiotomía (BIII)

## LACTANCIA

No es recomendada la lactancia materna para las mujeres VIH (+), aún bajo TARV (AIII).

En mujeres bajo TARV y CV < 1000 copias/ml, se debe considerar la lactancia materna, en los países donde la provisión de leche de fórmula no esté garantizada.

## MANEJO DEL RN DE MADRE VIH (+) EVALUACIÓN INICIAL

En la atención del parto y la recepción del recién nacido, debe extremarse el uso de las técnicas de barrera habituales (guantes, cubrebocas o barbijo, bata o camisolín y lentes protectores) je-



rarquizando los procedimientos que a continuación se detallan:

- Bañar meticulosamente al recién nacido y quitar los restos de sangre y secreciones maternas
- Evitar las maniobras de aspiración, de ser imprescindible, cuidar de no lacerar los tejidos
- Administrar en el posparto inmediato la vacuna antihepatitis B, y evaluar la necesidad de gammaglobulina específica para el recién nacido, si la madre es HBs Ag positiva
- Inhibir la lactancia materna e indicar fórmulas lácteas adecuadas para la edad
- Realizar hemograma completo al comienzo de la medicación

expuestos al VIH (AI). Comenzar lo antes posible, dentro de las 12 horas de parto (AII). Si no puede administrarse vía oral utilizar la vía endovenosa hasta que la vía oral pueda restituirse.

- Todos los hijos de madres VIH (+), recibirán AZT por 6 semanas, independiente del tratamiento materno y el estado de la enfermedad de la madre. La dosis de AZT se debe ajustar en RNPT.

#### PROFILAXIS ANTIRRETROVIRAL EN EL RN

- Indicar AZT por 6 semanas, a todos los recién nacidos

EG	AZT dosis		Duración semanas
	EV (dosis)	VO (dosis)	
< 30 sem	<b>&lt; 4 semanas de vida:</b> 1.5 mg/kg/ cada 12 h	<b>&lt;4 semanas de vida:</b> 2mg/kg/ cada 12 h	4
	<b>&gt; 4 semanas de vida:</b> 2.3 mg/kg/ cada 12 h	<b>&gt; 4 semanas de vida:</b> 3 mg/kg/ cada 12 h	2
Entre 30-35 sem	<b>&lt; 2 semanas de vida:</b> 1.5 mg/kg/ cada 12 h	<b>&lt;2 semanas de vida:</b> 2 mg/kg/ cada 12 h	2
	<b>&gt; 2 semanas de vida:</b> 2.3 mg/kg/ cada 12 h	<b>&gt; 2 semanas de vida:</b> 3 mg/kg/ cada 12 h	4
>35 sem	3 mg/kg/ cada 12 h	4 mg/kg/ cada 12 h	6



### Deberán recibir AZT + NVP, los hijos de madres que:

- No hayan recibido TARV durante el embarazo
- Recibieron TARV pero no lograron la supresión viral (CV indetectable), especialmente si no es posible el nacimiento por cesárea programada
- Recibieron TARV sólo intraparto
- Con virus resistente al TARV que recibía y CV detectable o desconocida

Peso al nacimiento	Nevirapina (NVP) 1ba (1 ml = 10 mg)	3 dosis la 1ra semana de vida 1ra dosis, la 1er Semana de vida
<b>1,5 – 2 Kg</b>	<b>8 mg (dosis total)</b>	<b>1era dosis: dentro de las 48 horas de vida</b> <b>2da dosis: a las 48 horas de la 1ra dosis</b> <b>3ra dosis: a las 96 horas de la 2da dosis</b>
<b>&gt; 2 Kg</b>	<b>12 mg (dosis total)</b>	

Por falta de información acerca de la seguridad y dosificación en RNPT, no se recomienda el uso de otros ARV que no sea el AZT y NVP (BIII).

Fuera de las indicaciones planteadas, el uso de profilaxis ARV combinado en el recién nacido, debe consensuarse con el pediatra especializado en VIH o infectólogo, evaluando posibles riesgos y beneficios (BII) (algoritmo 2)

### ALGORITMO 2. SEGUIMIENTO DEL HIJO DE MADRE VIH (+)





---

La madre infectada con VIH puede tener coinfección con otros patógenos que pueden transmitirse de madre a hijo, como el citomegalovirus, virus del herpes simple, hepatitis B, hepatitis C, la sífilis, la toxoplasmosis o la tuberculosis, por lo que cada recién nacido debe ser evaluado para descartar otras infecciones.

Detallar, en el carnet de salud del recién nacido, las drogas ARV a las que estuvo expuesto durante la gestación. Estos niños requieren un seguimiento prolongado por la falta de datos actuales de efectos a largo plazo.

#### SE COMPLETA EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN CON LAS SIGUIENTES MODIFICACIONES:

Niños asintomáticos hijos de madre VIH (+), bajo TARV con CV indetectable, deben recibir la vacuna BCG previo al alta. En el caso de niños sintomáticos o aquellos asintomáticos cuyas madres no hayan recibido TARV o no hayan logrado supresión

viral, la vacuna podrá diferirse hasta que se descarte infección perinatal (con 2 PCR, ver algoritmo). Esto se debe reconsiderar si no se puede realizar la PCR o hay alto riesgo de TBC en el entorno familiar.

Reemplazar vacuna VPO (polio oral), por vacuna VPI (polio inactivada), aun después de descartada la infección en el niño, si convive con familiares inmunosuprimidos.

Agradecemos la revisión de este documento realizada por el Dr. Roberto Arduino, Profesor Adjunto en Enfermedades Infecciosas en la Universidad de Texas, en Houston, investigador en el tema VIH y la colaboración del Dr. Antonio J. González Mata (VIH), delegado de Venezuela para la SLIPE y de las Dras Elida Dapena y Tatiana Drummond, colaboradoras y expertas en VIH en Venezuela.

### Lecturas sugeridas

1. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. . July 31, 2012. <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/perinatalgl.pdf>
2. British HIV Association guidelines for the management of HIV infection in pregnant women 2012. HIV Medicine 2012; 13 (Suppl. 2): 87–157.
3. Joao EC, Calvet GA, Krauss MR, Freimanis Hance L, Ortiz J, Ivalo SA, Pierre R, Reyes M, Heather Watts D, Read JS. Maternal Antiretroviral Use during Pregnancy and Infant Congenital Anomalies: The NISDI Perinatal Study. J Acquir Immune Defic Syndr. 2010 February 1; 53(2): 176–185.
4. Read S. J., Cahn P., Lasso M., Management of Human Immunodeficiency Virus-Infected Pregnant Women al Latin American and Caribbean Sites. Obstetrics & Gynecology 2007; 109 (6): 1358-1367.
5. Plazola Camacho N, Ortiz Ibarra FJ Veinte años de experiencia en el manejo de la mujer embarazada infectada por VIH/SIDA en el Instituto Nacional de Perinatología. Bol Med Hosp Infant Mex 2009; 66:350-366
6. D'Ippolito M, Read JS, Korelitz J, João EC, Mussi-Pinhata M, Rocha N; NISDI Perinatal Study Group. Missed opportunities for prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1. Latin America Pediatr Infect Dis J. 2007 Jul; 26 (7):649-53 and the Caribbean: the NISDI perinatal study.