



Efraín de Jesús Gordillo García

INFOGRAFIA:

PEDIATRIA

6°A

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 28 de JUNIO del 2025

Infografía VIH EN EL EMBARAZO MEDICINA

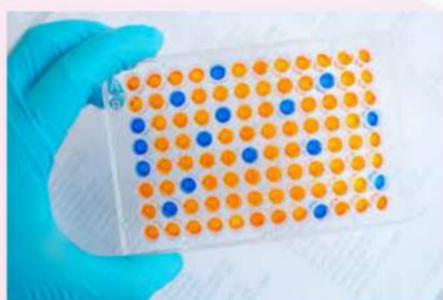
01. QUE ES?

- es un retrovirus que infecta linfocitos CD4, causando inmunodeficiencia progresiva.
- En mujeres embarazadas, es crítico prevenir la transmisión vertical



METODOS DX

02. Tamizaje inicial (primer trimestre)



Test combinados (antígeno p24 + anticuerpos, 4ta generación): sensibilidad ~99,7% .

Alternativamente test rápidos o ELISA tradicionales.

03. Confirmación

Si positivo, realizar ensayo de diferenciación anticuerpo (HIV-1/HIV-2) o Western blot, y PCR para ARN viral



04. Re-testeo en el embarazo

Trimesterico en mujeres de alto riesgo o según pautas locales; repetir serología en tercer trimestre, incluso en mujeres de bajo riesgo



Infografía VIH EN EL EMBARAZO MEDICINA

05. Evaluaciones adicionales

PCR o carga viral si hay sospecha de seroconversión (ej. embarazada sin tamiz negativo en 3.er trimestre) .
Evaluaciones de CD4, perfil hepático/renal, pruebas de coinfecciones (hepatitis, TB, ETS, toxoplasma)



ATENCIÓN EN EL PARTO

Estrategia según carga viral



06. CV \leq 1000 copias/ml:

Continuar TAR oral durante el trabajo de parto
Parto vaginal autorizado, sin inducir ni cesárea por VIH

07. CV $>$ 1000 copias/ml, desconocida o mala adherencia

Iniciar Zidovudina IV al ingreso o 3 h antes de la cesárea
Ideal cesárea programada a las 38 semanas; si inicia trabajo de parto o ruptura prematura, evaluación individual



TX DURANTE EL PARTO

08. Zidovudina IV:

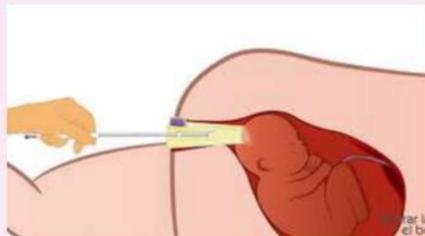
pauta inicial 2 mg/kg + 1 mg/kg/h hasta el corte del cordón
Continuar TAR oral durante el parto, sin suspender



Infografía VIH EN EL EMBARAZO MEDICINA

09. Evitar procedimientos innecesarios

No usar monitoreo fetal interno, ni amniorrexis artificial temprana ni partos instrumentales, ni episiotomía sistemática para reducir la transmisión



MANEJO INMEDIATO EN EL NEONATO

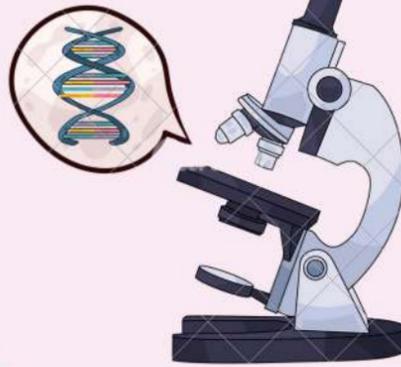
10. Iniciar profilaxis antirretroviral neonatal

en primeras 6–12 h (ZDV ± nevirapina según riesgo) por 4–6 semanas



11. Realizar PCR (ADN o ARN)

al nacer, a 1 mes y a los 4–6 meses para confirmar o descartar infección



12. Evitar la lactancia

si no se garantiza supresión viral, usar alimentación de fórmula



Infografía VIH EN EL EMBARAZO MEDICINA

FUNDAMENTOS DE MANEJO

13. Iniciar TAR lo antes posible

independientemente de CD4 o CV, y mantenerla durante embarazo, parto y postparto .

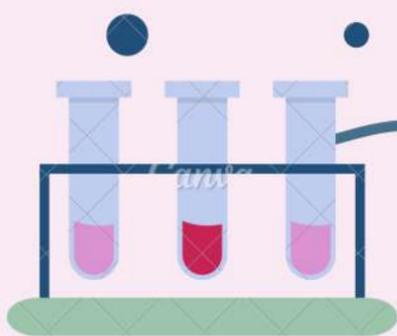


SEGUIMIENTO DEL RN

14. ESTUDIOS A SOLICITAR

Al nacer: hemograma completo, recuento diferencial

Durante tratamiento: monitoreo CBC, función hepática y renal (AST/ALT, creatinina), CD4 y carga viral según seguimiento pediátrico estándar: basal, 1-2, 4-8 semanas, luego cada 3-4 meses.



15. PROFILAXIS

Iniciar dentro de las primeras 6-12 h tras el nacimiento.

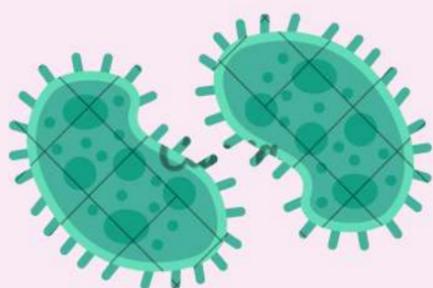
Bajo riesgo (madre con carga < 1000 copias/ml): monoterapia con zidovudina durante 4 semanas

Alto riesgo: régimen triple (por ejemplo, zidovudina + lamivudina + nevirapina o lopinavir-ritonavir) por 6 semanas



16. Profilaxis contra *Pneumocystis jirovecii*

Iniciar a las 4-6 semanas, y continuar hasta exclusión presumpta o definitiva del VIH



Infografía VIH EN EL EMBARAZO MEDICINA

SEGUIMIENTO

17. Reevaluaciones clínicas

- 2 semanas post-alta para evaluar adherencia, efectos adversos, plan de laboratorio,



18. Derivación urgente a especialista

- PCR positiva.
- Grave sospecha clínica.



19. Monitorización continua:

seguimiento del crecimiento, desarrollo, inmunológico, carga viral y toxicidad del TARV siguiendo pautas pediátricas estandarizadas



20. Serología tradicional (anticuerpos)

- Solo en > 18 meses; en menores, invalidada por anticuerpos maternos.
- Se recomienda una prueba de anticuerpos entre 12-18 meses para confirmar seronegatividad en bebés con riesgo bajo o confirmado como no infectados.



Infografía VIH EN EL EMBARAZO MEDICINA

DIAGNOSTICO: Siempre usar pruebas virológicas (PCR de ARN o ADN)

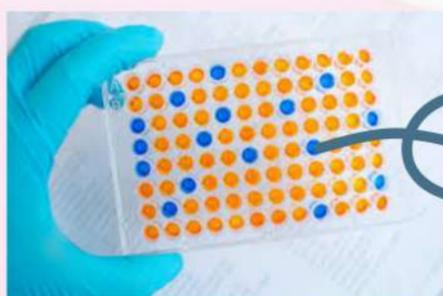
21. Calendario estándar (riesgo bajo):

- al nacer o primera semana (opcional), luego a 14–21 días, 1–2 meses y 4–6 meses. Exclusión definitiva tras dos PCR negativas a ≥ 1 y ≥ 4 meses.



21. Calendario alto riesgo (madre sin ART o carga alta):

pruebas al nacer, 14–21 días, 1–2 meses, 2–3 meses (post-profilaxis), y 4–6 meses



22. Confirmación:

si PCR positiva, repetir de inmediato. Dos positivas confirman infección.



20. REFERENCIAS:

infección por virus de la inmunodeficiencia humana y gestación
By Container: Progresos de Obstetricia y Ginecología
Publisher: CIG Media Group
Year: 2007
Volume: 50
Issue: 8
DOI: 10.1016/s0304-5013(07)73221-1
URL: https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-infeccion-por-virus-inmunodeficiencia-humana-13108328?utm_source=chatgpt.com

