



Itzel García Ortiz

Dr. Jesus Alejandro Morales Perez

BINOMIO MADRE- HIJO VIH

Pediatría

6º "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 02 de julio de 2025.



VIH *en el* BINOMIO MADRE-HIJO

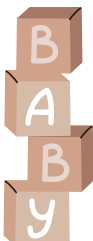


Definiciones

Conjunto de 2 personas que incluye: **madre/hijo**, con estrecha relación biológica y que predispone a la transmisión de diferentes agentes infecciosos.

Durante:

- Gestación
- Periodo anterior al parto o nacimiento,
- En forma simultanea o posterior al mismo



Transmisión perinatal del VIH de madre a hijo

Infección transmitida de una madre infectada a su hijo, durante



- Embarazo
- Trabajo de parto
- Nacimiento
- Lactancia Materna

Transmisión vertical del VIH

Infección por el VIH, que puede ocurrir durante



Gestación

Postparto

Intraparto

alrededor del nacimiento

lactancia materna

Protocolo de tamizaje

PROTOCOLO DE TAMIZAJE EN LA EMBARAZADA

1.TAMIZAJE INICIAL



- Primera consulta prenatal
- Primer contacto con el sistema de salud

Ofrecer

PRUEBA RAPIDA

2.Repetición del tamizaje



- Ante resultado (-) inicial. **Repetir** en el 3° trimestre (antes de 36 SDG)
- SI es nuevamente (-) se descarta infección por VIH

3. Resultado (+)



Realizar prueba confirmatoria

ELISA

4. Resultado (+)



- Realizar carga viral y recuento de linfocitos CD4
- Iniciar Terapia Antirretroviral combinada.

5. Seguimiento con carga viral cada 3meses hasta la semana 36-38



Continúa con la carga viral

6

Carga viral indetectable antes del nacimiento

5a. Continúa con la carga viral

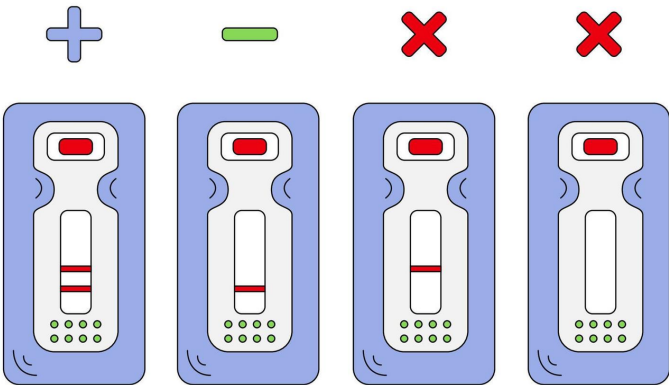


Valorar vía de nacimiento. Zidovudina intraparto

5b. Carga viral indetectable antes del nacimiento



Valorar cambio de esquema y/o referencia a comité especializado. Nacimiento por cesárea, Zidovudina intraparto



RESULTADOS NEGATIVOS

1.TAMIZAJE INICIAL

- Prueba rápida (-)

Con factores de riesgo

- REPETIR INMEDIATAMENTE

Sin factores de riesgo

- REPETIR EN 3 MESES

Métodos diagnósticos

- Situación serológica desconocida con respecto al VIH en Parto postparto inmediato



- Prueba rápida**, carácter urgente

- factores de riesgo **ELISA / CARGA VIRAL**

EVALUACION INICIAL DE LA EMBARAZA INFECTADA

Px ya diagnosticada, revisar: Enfermedades relacionadas con VIH Recuentos previos de linfocitos CD4 y cargas virales

Evaluar situación inmunológica → **Quantificación de Linfocitos CD4**

Determinar carga viral actual

Actualizar serología para VHA,B,C Toxoplasma gondii Treponema p.

evaluar la necesidad de profilaxis para infecciones oportunistas

Evaluar el estado de vacunación → Hepatitis A,B Influenza Neumococo

Atención particular





Seguimiento de embarazo durante gesta



Objetivo de tx

- **Suprimir** a niveles de indetectabilidad la carga viral, lo mas rápido posible.
- **Mantener la supresión** para disminuir los riesgos al momento del nacimiento

Investigar la presentación de complicaciones habituales

- Nauseas/vomito- 1° trimestre
- Anemia
- Ruptura prematura de membranas
- Corioamnionitis
- Preeclampsia
- Dm gestacional
- Colestasis del embarazo
- Riesgo de prematurez
- Amenaza de aborto/parto premo
- Metrorragia del 3° trimestre

Vigilancia de carga viral plasmática

- **Desde la visita inicial**
- A las 2°-4° semanas después del inicio o cambio de tx ARV
- Mensualmente hasta obtener carga viral indetectable
- Cada tres meses durante la gestación
- En 34-36SDG ► toma de decisión nacimiento + tx profilactico al RN

Linfocitos CD4

Monitorizar desde visita inicial + cada 3 meses durante gesta
*En px con tx y carga viral suprimida, con cuenta de CD4 ↑, evaluar cada 6 meses

Estudio de resistencias

- Px con tx combinado ARV, niveles de carga viral >1000 copias/ml
- Antes de modificar esquema ARV con carga viral detectable
- carga viral > de 500 pero <1000 copias/ml debe ser considerado

Vigilancia estrecha

- Presentación de efectos adversos a los fármacos ARV
- Glucosa, en especial cuidado entre sem 24 a 28, sobre todo en quienes reciben Inhibidores de proteasa

Linfocitos CD4

< de 200 células/mm3, inicio de profilaxis para infecciones oportunistas

Atención durante el parto



Via de nacimiento

- Previamente consensuada con la madre y un equipo multidisciplinario

SE TOMA EN CUENTA:

- Evolución de la carga viral
- Última determinación en 36 a 37 SDG

Cesárea electiva

- Programar en la semana 38

PARA EVITAR

- Síndrome de dificultad respiratoria neonatal
- Inicie el trabajo de parto espontáneo.



Por indicación obstetrica

se puede programar en la semana 39.

recomendaciones para realizar una Cesárea electiva en la semana 38

- Carga viral plasmática para VIH desconocido
- >1,000 copias/mL

- Sin tratamiento ARV (triple) o con monoterapia con ZDV durante el embarazo

- La paciente no acepta nacimiento por parto vaginal

- Valorar realizar Cesárea con ruptura prematura de membranas
- Sospecha de sufrimiento fetal
- Circunstancias desfavorables para el nacimiento por vía vaginal
- Índice de Bishop ≤4, macrosomia fetal

carga viral para VIH >1,000 copias/mL

- Realización de Cesárea + Zidovudina endovenosa.

Zidovudina IV

tratamiento ARV intraparto recomendado

- iniciar entre 2-3 h antes de la qx y hasta el corte del cordón umbilical
- Independientemente de si recibe o no tx ARV

Las mujeres con prueba rápida + al momento del nacimiento → se consideran **INFECTADAS** hasta realizar una prueba confirmatoria = Adm. ZVD endovenosa, inmediata para prevenir transmisión perinatal

Cuando ocurre ruptura prematura de membranas antes de la 37 SDG, la decisión sobre el momento del nacimiento debe basarse en las mejores prácticas obstétricas



Seguimiento + Estudios del RN

PROTOCOLO DE TAMIZAJE EN LA EMBARAZADA	
Estudios virológicos en RN y lactante menor de 18m	deben efectuarse en tres periodos diferentes durante los primeros 6 meses de vida: - entre 14 a 21 días - de 1 a 2 meses, y 4 a 6 meses . Una prueba virológica + debe ser confirmada lo antes posible con un segundo estudio virológico en muestras diferentes.
Establecer el diagnóstico de la infección en menor de 18 meses	2 resultados positivos mediante estudios virológicos como: <u>PCR ya sea del RNA y/o DNA</u>
Descarte de infección en lactante en etapa perinatal	Mediante dos o más estudios virológicos +, después de las 8 semanas de vida extrauterina, en los periodos de seguimiento establecidos: 14 a 21 días - al mes de vida - antes de los 6 meses La exclusión definitiva puede realizarse en niños que no recibieron lactancia materna con dos o más estudios virológicos negativos a los seis meses de vida
seguimiento clínico del recién nacido expuesto	- BH completa con cuenta diferencial en forma basal - medición neutrófilos y hemoglobina a las 4 semanas de haber iniciado la profilaxis ARV Tiempo de monitorización subsecuente dependerá de: - Valores hematológicos basales, - Edad gestacional al nacimiento - Condición clínica del niño - Dosis administrada de ZDV - Recepción de otros ARV y fármacos concomitantes - Terapia ARV materna anteparto.
después de completar esquema de profilaxis ARV de 4 a 6 semanas	Todos los niños expuestos al VIH perinatal deben recibir profilaxis para neumonía por Pneumocystis jirovecii
Verificar que no se proporcione alimentos premasticados al recién nacido por el cuidador y utilizar mejores prácticas alimentarias como las formulas industrializadas	

PROFILAXIS ARV INTRAPARTO



FARMACO	DOSIS	DURACIÓN
Dispone de Zidovudina (IV) Continuar esquema ARV sin cambios.		
ZIDOVUDINA (IV) (Sol. IV 10 mg/mL)	2 mg/kg dosis inicial en infusión para 1h - seguida de 1mg/kg/hora en infusión - continua hasta el nacimiento	- En Cesárea programada, iniciar 3h antes de la incisión. - En trabajo de parto, desde que inicia el trabajo de parto hasta el nacimiento.
NO dispone de Zidovudina (IV) Carga viral materna >1,000 copias/mL Continuar esquema ARV sin cambios.		
ZIDOVUDINA (VO) (Tab 300 mg- Tab 250 mg)	600 mg dosis inicial - seguida de 300 - 400 mg VO c/3h hasta una hora antes de la incisión.	En forma ideal iniciar 12 a 24h antes del nacimiento, a pesar de que la absorción es pobre



PROFILAXIS EN EL RN EXPUESTO

TODO RECIÉN NACIDO EXPUESTO AL VIH DEBE RECIBIR PROFILAXIS LO MAS TEMPRANO POSIBLE, IDEALMENTE A LAS 6 HORAS DE VIDA EXTRAUTERINA

ARV	DOSIS	DURACIÓN
ZIDOVUDINA (ZDV)	RN ≥35sdg al nacimiento: 4 mg/kg/dosis VO C/12h Iniciar lo antes posible entre las 6 y 12h del nacimiento. Si no es posible usar VO,: 3 mg/kg/dosis IV C/12h Iniciar entre 6 y 12 h después del nacimiento	Del nacimiento a las 4 a 6 semanas
	RN >30 a <35 sdg al nacimiento: 2 mg/kg/dosis VO c/ 12 h (o 1.5 mg/kg/dosis IV) Iniciar lo antes posible, entre las 6 y 12h del nacimiento Avanzar a partir de los 15 días de vida extrauterina a 3 mg/kg/dosis VO (o 2.3 mg/kg/dosis IV) cada 12 H	Del nacimiento a las 4 a 6 semanas
	<30 sdg al nacimiento: 2 mg/kg/dosis VO (o 1.5 mg/kg/dosis IV) iniciar lo antes posible entre las 6 y 12h del nacimiento cada 12 horas incrementar a: 3 mg/kg/dosis VO (o 2.3 mg/kg/dosis IV) c/12 h a las cuatro semanas de vida extrauterina	Del nacimiento a las 4 a 6 semanas



PROFILAXIS EN EL RN EXPUESTO

PROFILAXIS PARA EL RECIÉN NACIDO EXPUESTO AL VIH VÍA PERINATAL CUANDO LA MADRE NO RECIBIÓ PROFILAXIS ARV ANTEPARTO. INICIAR LO ANTES POSIBLE.

ARV	DOSIS	DURACIÓN
NEVIRAPINA (NVP) + ZDV	Con Peso al Nacer de 1.5 A 2 KG : <u>8 mg/dosis VO</u>	3 dosis en la 1º semana de vida: 1) Dentro de las primeras 48 horas del nacimiento. 2) 48 horas después de la primera. 3) 96 horas después de la segunda.
	Con Peso al Nacer >2 KG : <u>12 mg/dosis VO</u>	

DX Y SEGUIMIENTO DEL NIÑO EXPUESTO



EDAD	Profilaxis ARV	Dx de la Infección por el VIH	Laboratorios
0 a 48 horas	Iniciar Profilaxis ARV de acuerdo a la carga viral materna	Considerar PCR RNA-VIH si la CV materna es elevada	- BH + transaminasas - Investigar infecciones oportunistas
14 a 21 días	Continuar profilaxis 4 a 6 semanas de acuerdo a la carga viral materna	Realizar PCR RNA-VIH	Evaluar toxicidad ARV con BH y transaminasas
1 a 2 meses (4 a 8 semanas)	=	=	=
4 a 6 meses	No requiere	=	Evaluar toxicidad por TMP/SMX* con BH
18 meses	No requiere	Realizar ELISA-VIH	No requiere