

GUÍA DE ATENCIÓN DE LAS EMBARAZADAS CON VIH

EN LA REPÚBLICA DOMINICANA



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



GUÍA DE ATENCIÓN DE LAS EMBARAZADAS CON VIH EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

SANTO DOMINGO, REPÚBLICA DOMINICANA
2020

® **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**

Título original:

Guía de atención de las embarazadas con VIH en la República Dominicana

Coordinación técnica:

Dra. Marisol Jiménez

Consultor:

Dr. Luis Lara Roa

Corrección de estilo:

Lic. Olga Agustín Cámara

Diagramación:

Pia Menicucci & Asocs., SRL

Impresión:

La Unión

ISBN:

978-9945-621-29-7

Primera edición:

250 ejemplares

Impreso en República Dominicana

Copyright © Ministerio de Salud Pública. Se autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud.



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



AUTORIDADES

Dr. Rafael Augusto Sánchez Cárdenas
Ministro de Salud Pública

Dr. Adrián Puello Guerrero
Viceministro de Salud Colectiva

Dr. Bienvenido Peña
Viceministro de Salud Pública

Dr. Francisco Neftalí Vásquez Bautista
Viceministro de Garantía de Calidad

Dr. Héctor Quezada
Viceministro de Planificación y Desarrollo

Dr. Oscar Suriel
Director de la Gestión de Salud de la Población

Dr. José A. Mordán
Departamento de Salud de la Familia

Dr. Luis Ernesto Feliz Báez
Programa Nacional de las ITS-VIH-SIDA

EQUIPO RESPONSABLE

Coordinación técnica

Dra. Marisol Jiménez

Consultor

Dr. Luis Lara Roa

EQUIPO TÉCNICO

PROGRAMA NACIONAL DE LAS ITS-VIH-SIDA (DIGECITSS)

Dr. Luis Ernesto Félix Báez

Dr. José Ledesma

Dr. Luis Caminero

Dra. Marisol Jiménez

Dr. Osvaldo Lorenzo

Dr. Lorenzo Heredia

Dra. Tessie Caballero

Dra. Nuris Vargas

Dr. Ricardo Mercedes

Lic. Nydia Rosario

Lic. Xiomara Aquino

Lic. Gisela Ventura

Lic. Noemí Lara

Lic. Rachel Adames

DIVISIÓN DE SALUD MATERNOINFANTIL Y ADOLESCENTES (DIMIA)

Dra. Indiana Barinas

Dra. Olga Arroyo

Dra. Zobeida Peralta

Dra. Lidia Minier

Dr. Paulino Díaz Ozoria

UNIDAD DE GUÍAS Y PROTOCOLOS DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP)

Dra. Andelys de la Rosa

**DIRECCIÓN DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD,
MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS (DASIS)**

Dra. Matilde Peguero

CONSEJO NACIONAL PARA EL VIH Y EL SIDA (CONAVIHSIDA)

Lic. María Castillo

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF)

Dra. Sara Meléndez

Lic. Cándida María Gil

CONTENIDO

ABREVIATURAS	10
RESOLUCIÓN	11
PRESENTACIÓN	15
INTRODUCCIÓN	16
OBJETIVO	18
ALCANCE	18
USUARIOS DE ESTA GUÍA	18
POBLACIÓN DIANA.....	18
METODOLOGÍA.....	18
1. ATENCIÓN DE EMBARAZADAS CON VIH	20
1.1. Abordaje de las embarazadas con VIH	20
1.2. Evaluación inicial de las embarazadas con VIH	21
1.3. Pruebas de laboratorio solicitadas a toda embarazada diagnosticada con VIH	21
1.3.1. Diagnóstico de VIH en el primer contacto de la embarazada.....	22
1.3.2. Embarazadas con diagnóstico VIH previo a la primera consulta de embarazo	22
1.3.3. Embarazadas diagnosticadas VIH en la primera consulta de embarazo	23
1.3.4. Diagnóstico de VIH en fases avanzadas de la gestación o durante el parto	24
1.4. Seguimiento de la paciente con VIH durante el embarazo.....	24
1.5. En cada visita	24
2. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.....	26
2.1. Consejería a la embarazada con VIH, para el inicio de tratamiento antirretroviral	28
2.2. Manejo de las distintas situaciones clínicas obstétricas	29
2.2.1. Embarazada con rotura de membranas en trabajo de parto durante la semana 36	29
2.2.2. Embarazada con infección por el VIH conocida en el tercer trimestre.....	30
2.2.3. Embarazada con infección por el VIH en TARV, pero con carga viral igual o mayor a 1,000 copias en la semana 36.....	30
2.2.4. Embarazada con infección de VIH en TARV con carga viral indetectable (< 50 copias) en la semana 36	30

2.2.5. Embarazada con infección de VIH que se presenta con rotura de membranas en la semana 37 o más, en trabajo de parto	30
2.3. Recomendaciones para el TARV intraparto.....	31
2.4. Seguimiento del tratamiento ARV en embarazadas.....	31
2.5. Cambios en el tratamiento con ARV de las embarazadas con VIH	31
2.6. Fallos terapéuticos.....	32
2.6.1 Valoración del fallo clínico.....	32
2.6.2 Valoración del fallo virológico	32
2.6.3 Valoración del fallo inmunológico.....	33
2.6.4 Pasos a seguir ante los fallos terapéuticos.....	33
2.7. Adherencia al tratamiento antirretroviral	33
3. PATOLOGÍAS QUE COMPLICAN EL EMBARAZO A MUJERES CON VIH.....	35
4. MANEJO DEL PARTO EN LA EMBARAZADA VIH.....	36
4.1. Requisitos para el parto por vía vaginal	36
4.2. Requisitos para el parto por cesárea.....	36
4.3. Continuidad del control en el puerperio de una mujer con VIH.....	37
5. APLICACIÓN DE LA GUIA EN LOS DIFERENTES NIVELES DE LA RED DE PRESTADORES	38
5.1. Primer Nivel de Atención	38
5.2. Manejo de la embarazada VIH en el Segundo y Tercer Nivel de Atención.....	38
5.3. Registro y sistema de información del VIH.....	39
6. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA DE ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA VIH.....	40
6.1. Monitoreo del plan de implementación.....	41
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXOS	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N.º 1.	Esquemas recomendados para el tratamiento inicial con ARV en las embarazadas	26
Tabla N.º 2.	Elementos y estrategias para el plan de implementación de la “Guía de atención de la embarazada VIH”	40
Tabla N.º 3.	Indicadores para monitorear la efectividad de las acciones, a fin de prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH	41
Tabla N.º 4.	Categorías clínicas	50
Tabla N.º 5.	Listado de enfermedades oportunistas definitorias de SIDA	50

ÍNDICE DE IMÁGENES

Lámina N.º 1.	Ruta de las embarazadas con VIH	51
----------------------	---------------------------------------	----

ABREVIATURAS

ADN	Ácido desoxirribonucleico
ARV	Antirretroviral
ARN	Ácido ribonucleico
CONAVHISIDA	Consejo Nacional para el VIH y SIDA
CD4	Clúster de diferenciación 4
CVP	Carga viral plasmática
DIGECITSS	Programa Nacional de las ITS-VIH-SIDA
DIGEPI	Dirección General de Epidemiología
DAS	Dirección de Área de Salud
DMG	Diabetes mellitus gestacional
DPS	Dirección Provincial de Salud
ENDESA	Encuesta Demográfica y de Salud
HPTN	HIV Prevention Trials Network (Red de ensayos de prevención del VIH)
IO	Infección oportunista
IP	Inhibidores de la proteasa
ITRN	Inhibidores de la transcriptasa reversa nucleósido
ITRNN	Inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósido
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PCR	Reacción en cadena de las polimerasas
PNCT	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
PTMI	Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH
PVVIH	Personas viviendo con VIH
SAI	Servicio de Atención Integral
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIRI	Síndrome inflamatorio de reconstitución inmunológica
SNS	Servicio Nacional de Salud
SRS	Servicio Regional de Salud
TARV	Terapia antirretroviral
TB	Tuberculosis
TBP	Tuberculosis pulmonar
TMP-SMX	Trimetoprin sulfametosaxol
TPI	Tratamiento preventivo con isoniacida
VHB	Virus de la hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

01-7-2020

RESOLUCION NO. 00019

QUE PONE EN VIGENCIA LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PARA DIVERSOS EVENTOS CLÍNICOS.

CONSIDERANDO: Que los Ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

CONSIDERANDO: Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la función de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CONSIDERANDO: Que desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

CONSIDERANDO: Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, medidas, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

CONSIDERANDO: Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que la implantación y apego a guías y protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

VISTA: La Constitución dominicana.

VISTA: La Ley Orgánica de la Administración Pública, No.247-12 de fecha 14 de agosto del 2012.

VISTA: La Ley General de Salud, No.42-01 del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, N0. 87-01 de fecha 8 de mayo del 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, No. 1-12 de fecha 25 de enero del 2012.

VISTA: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, No. 166-12 del 19 de junio de 2012.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Nacional de Salud, No. 123-15 de fecha 16 de julio de 2015.

VISTO: El Decreto No. 434-07, que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, de fecha 18 de agosto del 2007.

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

PRIMERO: Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG a acatar el uso de protocolos de atención para los principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para mejoría continua de la calidad de los servicios prestados.

SEGUNDO: Se ordena la puesta en vigencia de las siguientes guías y protocolos de atención en salud:

1. Protocolo de Atención para el Diagnóstico y Manejo del Hipotiroidismo Congénito. Actualización.
2. Protocolo de Atención para Diagnóstico y Manejo de las Hiperfenilalaninemias.
3. Protocolo de Atención para Diagnóstico y Manejo de las Galactosemias.
4. Protocolo de Atención para el Diagnóstico y Manejo de las Talasemias en Pediatría.
5. Protocolo Diagnóstico y Manejo de la Anemia Falciforme en Paciente Pediátrico.
6. Protocolo de Atención para Diagnóstico y Manejo del Déficit de Glucosa 6 Fosfato Deshidrogenasa.
7. Protocolo de Manejo de Colitis Ulcerativa.
8. Protocolo de Manejo de la Enfermedad de Crohn en el Paciente Ambulatorio.
9. Protocolo de Atención Preconcepcional.
10. Protocolo de Atención en Embarazo de Bajo Riesgo.
11. Protocolo de Actuación para Reducción de Cesáreas Innecesarias.
12. Protocolo de Atención al Puerperio de Bajo Riesgo.
13. Protocolo de Atención del Recién Nacido Prematuro.
14. Protocolo de Estabilización y Traslado Neonatal.
15. Protocolo para el Cuidado del Recién Nacido Prematuro y el de Peso Bajo al Nacer Mediante el Método Madre Canguro, con Énfasis en la Alimentación.
16. Protocolo de Evaluación y Atención Inmediata el Recién Nacido.
17. Protocolo de Atención del Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR).
18. Protocolo para la Prevención Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Materna.
19. Guía de Prevención y Manejo Integral del Sobrepeso y la Obesidad en la Niñez y la Adolescencia.
20. Guía de Atención de las Embarazadas con VIH en la República Dominicana.
21. Guía Nacional para la Atención de la Coinfección TB y VIH.
22. Guía de la Profilaxis Preexposición (PrEP) al VIH en la República Dominicana.

TERCERO: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el uso de protocolos de atención dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los centros de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

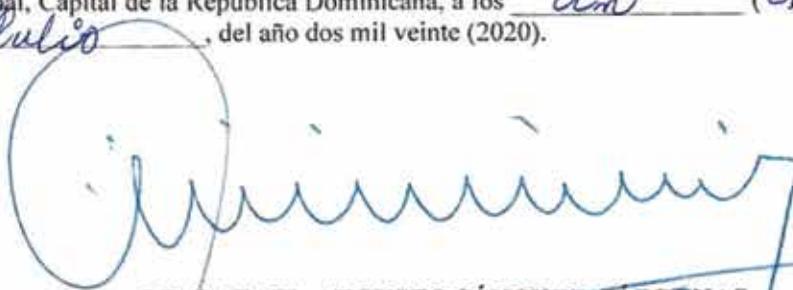
CUARTO: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

QUINTO: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información publicar en el portal web institucional el contenido de la presente disposición.

600019

01-7-2020

DADA, FIRMADA Y SELLADA, en la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los 01 días del mes de Julio, del año dos mil veinte (2020).



DR. RAFAEL AUGUSTO SÁNCHEZ CÁRDENAS
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



PRESENTACIÓN

El Programa Nacional de la Reducción de la Transmisión Maternoinfantil al VIH inició en el 1999 en la República Dominicana, y a la fecha se ha implementado en 144 establecimientos de salud para disminuir a menos de un 2 % la transmisión de madre a hijo. Para esto, es imprescindible que tanto las embarazadas como las que planifiquen estar en estado de gestación, conozcan su condición serológica para identificar si están infectadas por el VIH, evitando así que nazcan niños infectados por VIH.

Por lo tanto, el Ministerio de Salud Pública, a través del Programa Nacional de las ITS-VIH-SIDA (DIGECITSS), pone a disposición de los profesionales de la salud, especialmente de quienes tienen la responsabilidad de atender a la embarazadas, la presente “Guía de atención de las embarazadas con VIH en la República Dominicana”.

INTRODUCCIÓN

La República Dominicana se encuentra entre los países de América Latina con prevalencia más alta de VIH a nivel general, con alrededor de un 1 % de la población; y, de manera más específica, con una población comprendida entre los 15 y los 49 años de edad que alcanza un 0.8 % (de 0.5 % a 0.9 % en mujeres y de 0.7 % a 1.2 % en hombres) dentro de esa tendencia. En ese mismo sentido, se observan alta prevalencia en poblaciones claves, tales como: hombres que tienen sexo con hombres, 5.2 %; trabajadoras sexuales, 4.5 %; migrantes haitianos, 3.8%; y mujeres en vulnerabilidad social, 2.4%.

La DIGECITSS, con el apoyo técnico del Programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONUSIDA), estimó que en el 2018 había unas 67,190 personas vivían con el VIH en la República Dominicana y se espera que se produzcan 2,300 nuevos casos cada año, de los cuales más de 1,500 casos corresponderán a hombres y menos de 700 casos a mujeres, con una tendencia a permanecer como infección crónica por la influencia de la creciente cobertura del tratamiento que disminuye la letalidad al pasar de ser una infección aguda a una enfermedad crónica controlada.

Cabe resaltar que el país cuenta con una amplia capacidad de infraestructura sanitaria. Asimismo, presenta una favorable cultura de atención al embarazo, con una cobertura estimada del 93.3 %; de parto institucional, con un 97.5 %; y de participación de personal especializado, con un 98.2 %, según ENDESA 2013, garantizando así el acceso de las embarazadas a los servicios de atención a la salud.

Las embarazadas con VIH constituyen un grupo poblacional priorizado, ya que el embarazo le imprime una carga de vulnerabilidad a la mujer por el aumento de riesgo que constituye para ella y por la probabilidad de transmitir la infección al producto del embarazo. Sin embargo, la cobertura de uso de ARV durante la etapa gestacional, estimada en un 89.2 % en el 2019, con una tasa de pruebas de VIH en niños de dos meses de 74.2 % y con una implementación de ARV de 99.4 %, para una tasa de infección a los 6 meses de 3.1 % (UNGASS, 2019), es un indicador de éxito; esto, si se toma en cuenta la debilidad en la adherencia por las limitaciones en el seguimiento y la ausencia de guía para apoyar estos procesos, lo cual explica los casos de transmisión de madre a hijo.

El propósito de este documento es, precisamente, la prevención del VIH en la embarazada y en su hijo, a través del diagnóstico temprano y del tratamiento inmediato. La finalidad es prevenir tanto la infección congénita del RN, como la morbilidad en la mujer, a consecuencia de la vulnerabilidad inducida por el embarazo y de la progresión de la infección de VIH en su organismo.

Tanto el fácil acceso a las pruebas de detección y al tratamiento de la infección por VIH, como la implementación de otras estrategias para reducir nuevas infecciones por VIH en recién nacidos y la preservación de la salud y del bienestar de sus madres mediante la captación tem-

prana y el seguimiento oportuno, deben de impactar en la tasa de transmisión de madre a hijo y la transmisión sexual del virus.

En general, la embarazada debe recibir el mismo tratamiento antirretroviral que el resto de la población adulta, tomando en cuenta los cambios metabólicos y farmacocinéticos que ocurren mientras se encuentra en estado de gestación; así como, utilizar los fármacos que mejor atraviesan la placenta y evitar los que puedan ocasionar defectos congénitos al RN, los que resulten tóxicos o los que interfieran con otras medicaciones.

El propósito general del tratamiento antirretroviral en la embarazada con VIH es lograr que la carga viral plasmática sea indetectable al momento del parto; conservar la función inmunitaria o restablecerla; y reducir la morbilidad y mortalidad. Para lograr estos propósitos, se requiere un tratamiento combinado con múltiples fármacos y la sostenibilidad de este durante todo el embarazo y más allá.

Como el país es compromisorio de erradicar la transmisión del VIH al 2030, la red sanitaria ha asumido la Estrategia 90-90-90, que consiste en lograr que el 90 % de la población conozca su estado serológico frente al VIH, en proveer tratamiento con ARV al 90 % de las personas seropositivas y en lograr la supresión viral en el 90 % de los casos en tratamiento. Por tal razón, la presente guía tiene el propósito de contribuir con este compromiso.

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar lineamientos actualizados, según las últimas evidencias disponibles, a los proveedores de los servicios del Sistema Nacional de Salud tanto en el diagnóstico y tratamiento de las embarazadas con VIH, como en la prevención de la transmisión maternoinfantil en la República Dominicana.

ALCANCE

Esta guía debe de ser aplicada en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana, que atienden a embarazadas VIH.

USUARIOS DE ESTA GUÍA

Este documento está dirigido a médicos generales, especialistas (ginecobstetras, pediatras, infectólogos), personal de enfermería, consejeros pares y profesionales de la psicología clínica, y laboratorios, que tienen entre sus responsabilidades la de atender tanto a las embarazadas con VIH/sida, como a sus parejas, en la República Dominicana.

POBLACIÓN DIANA

Todas las embarazadas, sus hijos y a sus parejas, con el VIH positivo y que demandan servicios de atención en un establecimiento del sistema de salud de la República Dominicana.

METODOLOGÍA

Para la elaboración de esta guía se revisaron tanto las nuevas recomendaciones contenidas en las "Guías consolidadas sobre el uso de antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016)", como un conjunto de "Guías de práctica clínica" de América Latina, el Caribe y España, actualizadas entre los años 2013 y 2018. Además, se consultaron algunos ensayos clínicos que sustentan las recomendaciones contenidas en estos documentos.

El borrador fue sometido a un amplio proceso de revisión en el que participaron profesionales expertos del Ministerio de Salud (técnicos de la DIGECITSS, DIMIA y DASIS), así como especialistas del Consejo Nacional para el VIH/SIDA y el UNICEF. Finalmente, las observaciones y modificaciones sugeridas fueron incorporadas al documento hasta su consenso y estructuración final.

1. ATENCIÓN A EMBARAZADAS CON VIH

Es obligatoria la información y el diagnóstico de la infección por VIH en la gestación, por lo que se debe de realizar lo siguiente:

- Ofrecer a toda embarazada la información adecuada sobre VIH.
- Realizar la prueba rápida de VIH en la primera consulta, previa consejería.
- Repetir la prueba de VIH en cada trimestre restante de la gestación a toda embarazada que haya resultado seronegativa en determinaciones anteriores, y no basarse solo en la presencia o no de factores de riesgo.
- Realizar la prueba serológica, en caso de que sea VIH desconocida al momento del parto o durante el posparto inmediato; de no poder realizarse la prueba, antes de la de alta debe salir con el diagnóstico.
- Hacer la prueba cada trimestre y una prueba serológica antes del parto a mujeres con serología negativa para el VIH; así como, prácticas de riesgo durante la gestación, especialmente si su pareja está infectada. De ser posible, realizar un test viral para superar la probabilidad de un posible falso negativo de los test de anticuerpos, cuando la paciente se encuentra en período de ventana.
- Realizar dos determinaciones de CD4 y de carga viral, con intervalo de 12 a 16 semanas antes del parto.
- Orientar acerca de la alimentación y de la nutrición que requiere el recién nacido.

1.1. ABORDAJE DE LAS EMBARAZADAS CON VIH

- Todas las embarazadas seropositivas deben de tomar medicamentos antirretrovirales, tanto para prevenir la transmisión de madre a hijo como para proteger su propia salud.
- Las embarazadas seropositivas empezarán a tomar los medicamentos antirretroviral desde su primera consulta. Las mujeres que ya están tomando medicamentos cuando quedan embarazadas, continuarán tomándolos durante el embarazo, haciendo los ajustes medicamentosos que se consideren dañinos para el feto.
- A las mujeres con una carga viral alta o desconocida se les debe realizar una cesárea, para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo. En este sentido, la cesárea se realizará en la semana 39 del embarazo.

1.2. EVALUACIÓN INICIAL DE LAS EMBARAZADAS CON VIH

La valoración inicial de una embarazada que ha sido diagnosticada con VIH por primera vez, debe de cumplir con varios objetivos:

- Obtener datos personales, familiares, laborales; así como información clínica y de salud sexual y reproductiva de la embarazada.
- Proveer toda la información posible sobre su condición y tratamiento.
- Determinar el estado general de la gestante mediante exámenes físicos y pruebas de laboratorio.
- Establecer el nivel de desarrollo de la infección y los efectos en el sistema inmune de la embarazada, mediante la determinación de la carga viral plasmática (CVP) y el conteo de los linfocitos T-CD4 en la sangre. (Ver estadíos clínicos).

1.3. PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS A TODA EMBARAZADA DIAGNOSTICADA CON VIH

En la primera consulta o en cualquier momento próximo después de esta, se les pedirá a todas las embarazadas que se realicen la siguiente analítica general:

- Hemograma.
- Perfil bioquímico, que incluya pruebas hepáticas y creatinina.
- Perfil lipídico: triglicéridos, colesterol total y fracciones.
- Orina completa.
- Tamizaje para sífilis, si no se ha realizado; o si le corresponde por edad gestacional o por control de sífilis.
- Pesquisa de otras ITS: *Chlamydia trachomatis*, *Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli* y otras bacterias, hongos y parásitos.
- Antígeno de superficie para hepatitis B, anti-HBs y anticuerpo anticore.
- Serología para virus hepatitis C.
- Serología para *Toxoplasma gondii* IgG e IgM.
- Papanicolaou.

- G-Expert.
- Sonografía entre las 12 y las 14 semanas, para determinar la edad gestacional (EG) y combinar el resultado con la fecha de la última regla (FUR).

1.3.1. Diagnóstico de VIH la embarazada

Las embarazadas con VIH son captadas en los siguientes tres momentos relacionados con el diagnóstico:

- Las que conocen su estatus frente al VIH al momento de su primera consulta de embarazo.
- Las que conocían su infección antes de la gestación.
- Las que son diagnosticadas en una etapa avanzada del embarazo antes del parto o después del parto.

Aunque cada grupo de estas mujeres conlleva un abordaje diferente, todas deben beneficiarse de la TARV y del PTMI después de un diagnóstico confirmado de VIH.

En tanto, las embarazadas que resultan con serología de VIH negativa deben recibir consejería preprueba y posprueba, haciendo énfasis en los factores de riesgos individuales identificados y en la necesidad de repetir la prueba cada tres meses y al momento del parto, lo cual será seguido desde la consulta prenatal.

1.3.2. Embarazadas con diagnóstico VIH previo a la primera consulta de embarazo

Estas embarazadas han recibido información del diagnóstico y tratamiento de VIH, incluso algunas han usado ARV por motivo de embarazos previos, cirugías u otros eventos.

El TARV es importante tanto para la salud de la mujer, como para evitar la transmisión de madre a hijo; prevenir la transmisión sexual a su pareja; y reducir el riesgo de intercambio de cepas de VIH diferentes al de la infección de la mujer en estado de gestación.

A partir de esto, se tomarán en cuenta los siguientes aspectos con relación a estas embarazadas:

- En las que ya reciben TARV en el momento de la concepción se valorarán cambios, si fuese necesario.
- Prescribirles la realización de pruebas de laboratorio, tales como: ALT (alanina aminotransferasa), AST (aspartato aminotransferasa), creatinina, nitrógeno ureico (función hepática y renal).

- Se investigarán posibles enfermedades relacionadas con el VIH, los recuentos de linfocitos CD4 y sus cargas virales anteriores.
- Su situación inmunológica será determinada mediante el conteo de linfocitos T-CD4.
- Determinar su carga viral plasmática del VIH y hacerles un estudio de genotipo, si el resultado de su carga viral es alto.
- Realizarles screening de tuberculosis y aplicarles tratamiento, de ser necesario.
- Evaluar su necesidad de aplicar profilaxis contra infecciones oportunistas.
- Verificar su estatus de vacunación y completar el esquema, con atención particular en la hepatitis B, la influenza, la difteria y el tétanos.
- Conocer su historia previa y actual de uso del TARV, con especial énfasis en los problemas de adherencia al tratamiento.
- Identificar en estas otros factores de riesgo, tales como: consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ilícitas; violencia domiciliaria y de género.
- Brindarles consejería y seguimiento para lograr una buena adherencia al TARV, a fin de disminuir la CVP e impedir el desarrollo de resistencia.
- Orientarles sobre los beneficios del tratamiento (reducción de la CVP y, por consiguiente, del riesgo de transmisión de madre a hijo); así como, de las posibles repercusiones en el embarazo y el recién nacido.
- Valorar la sustitución del antirretroviral, en caso de que muestren intolerancia y otros efectos secundarios.
- Recomendarles el uso de protección (condón) durante las relaciones sexuales.

1.3.3. Embarazadas diagnosticadas VIH en la primera consulta de embarazo

- Realizarles la prueba confirmatoria de VIH, en los casos de una prueba rápida positiva.
- Abordarlas de manera integral por un equipo multidisciplinario que incluya: atención obstétrica, atención a la condición VIH, nutrición, consejería y atención de apoyo psicológico.
- Citar a su pareja para realizarle la prueba de tamizaje de VIH y de sífilis; e integrarlo a la Unidad de Atención.

1.3.4. Diagnóstico de VIH en fases avanzadas de la gestación o durante el parto

- A toda gestante con serología no realizada o desconocida para el VIH se le realizará una prueba rápida para el VIH, previa consejería; si no es posible garantizar la consejería previa, se realizará la prueba y se tomarán las precauciones, según lo establezca la guía al alcance de los proveedores, para prevenir la transmisión de madre a hijo.
- Proceder en caso de prueba positiva de VIH con la administración de raltegravir en tripleterapia; y valorar la pertinencia de la cesárea, si está indicada para disminuir el riesgo de transmisión de madre a hijo.
- En caso de que se capte en el momento del parto, hacer la prueba confirmatoria de VIH y brindar seguimiento, según arrojen los resultados, incluyendo apoyo psicoemocional.
- Dar seguimiento al recién nacido expuesto al VIH, acorde al protocolo específico.

1.4. SEGUIMIENTO DE LA PACIENTE CON VIH DURANTE EL EMBARAZO

- Realizar el control prenatal, según lo que establecen los protocolos de atención al embarazo.
- Establecer las citas según las necesidades de atención de la usuaria, para el control de VIH y para lograr la adherencia.

1.5. EN CADA VISITA

- Valorar las pruebas anteriores.
- Reforzar la consejería de adherencia al TARV.
- Vigilar los efectos secundarios de los ARV.
- Dar seguimiento al comportamiento decreciente de la CVP hasta que se haga indetectable.
- Hacer los ajustes en el TARV y verificar las posibles interacciones de todos los fármacos que use la paciente.
- Revisar la necesidad de realizarle análisis y los valores de los resultados.

- Ayudar a cada una de estas mujeres a entender la necesidad del TARV permanente.
- Asegurar la atención de la pareja, en caso de ser positivo al VIH o de estar serodiscordante..
- Investigar factores de riesgo en la embarazada, tales como: el consumo de alcohol, el uso de drogas y de tabaco, y la existencia de enfermedades asociadas.
- Estimular positivamente a la usuaria para que reduzca o elimine los posibles factores de riesgo.
- Comenzar la profilaxis de infecciones oportunistas, si se registran los siguientes niveles de linfocitos: $CD4 < 200 \text{ cel/mm}^3$ (Ver "Guía nacional de atención a la población adulta con VIH -SIDA").
- Dar seguimiento al bienestar fetal, mediante controles seriados de proteinuria, tensión arterial y peso materno; así como ecografía y doppler fetal, si las condiciones lo requieren, a partir de la 20.^a semana.
- Realizar un perfil biofísico tanto a partir de las semanas 36 y 37, como en los casos de alteración del estudio doppler, de un bajo peso para la edad gestacional o si la opinión perinatal lo considera necesario.

2. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

El tratamiento antirretroviral (TARV) está recomendado para todas aquellas embarazadas que viven con VIH, independientemente de los resultados de su conteo de células CD4, de su nivel de carga viral y de que presenten -o no- enfermedades definitorias de sida.

Cabe destacar que se debe reducir al mínimo el tiempo entre el momento del diagnóstico y el inicio del tratamiento antirretroviral, una vez la embarazada se haya comprometido a asistir a las citas puntualmente y a tomar los medicamentos tal y como se le prescriben, con todas las particularidades de lugar.

TABLA N.º 1 - ESQUEMAS RECOMENDADOS PARA EL TRATAMIENTO INICIAL CON ARV EN LAS EMBARAZADAS*

	ESQUEMA DE PRIMERA LÍNEA	COMENTARIOS
ESQUEMA PREFERENTE	Tenofovir/emtricitabina (300/200 mg) + raltegravir (400 mg) (TDF/FTC+RAL)	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar trastornos a nivel hepático. • Vigilar procesos alérgicos. • Se recomienda el uso de TDF ya que TAF (tenofovir alafenamida furamato) no tiene indicación ni contraindicación en embarazadas; por tanto, debe quedar de respaldo en caso de que se necesite su uso previo autorización valorando los riesgos-beneficios.
ESQUEMAS ALTERNATIVOS	Tenofovir/emtricitabina (300/200 mg) + efavirenz (600 mg) (TDF/FTC+EFV)	<ul style="list-style-type: none"> • No utilizar el tenofovir en embarazadas con aclaramiento de la creatinina menor a 60 ml/min. • Usar con cuidado y vigilar estrictamente si la paciente presenta osteopenia, osteoporosis o problemas renales. • No implementar en embarazadas que realizan trabajos nocturnos con maquinarias o que conducen vehículos, ya que produce somnolencia. • Evitar el uso de efavirenz en embarazadas con trastornos neuropsiquiátricos, depresión o ideas suicidas.

CONTINUACIÓN

	ESQUEMA DE PRIMERA LÍNEA	COMENTARIOS
<p>ESQUEMAS ALTERNATIVOS</p>	<p><i>Abacavir/lamiduvina (600/300 mg) + efavirenz (600 mg) (ABC/3TC + EFV)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>No usar el abacavir en embarazadas con carga viral mayor a 100,000 copias/mm³.</i> ▪ <i>Tomar en cuenta que el abacavir puede asociarse a reacciones de hipersensibilidad (vigilar exantema, dolor muscular, fatiga y adenopatías súbitas), que podría ser fatal si el paciente vuelve a exponerse.</i> ▪ <i>Realizar la determinación del HLAB*5701 (si está disponible), ante la sospecha de hipersensibilidad; y de resultar positiva, suspender inmediatamente el medicamento.</i> ▪ <i>Evitar el uso del efavirenz (EFV) en embarazadas con trastornos neuropsiquiátricos, depresión o ideas suicidas.</i>

	ESQUEMA DE PRIMERA LÍNEA	COMENTARIOS
	<p><i>Tenofovir/emtricitabina (300/200 mg) + atazanavir/ritonavir (300/100 mg) (TDF/FTC + ATV/r)</i></p> <p><i>Abacavir/lamiduvina(600/300 mg) + Atazanavir/ritonavir (300/100 mg) (ABC/3TC + ATV/r)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>El abacavir puede asociarse a reacciones de hipersensibilidad (vigilar exantema, dolor muscular, fatiga y adenopatías súbitas), que podría ser fatal si el paciente vuelve a exponerse.</i> ▪ <i>En el caso de detectar reacción de hipersensibilidad, realizar la determinación del HLAB*5701 (si está disponible); y de ser positivo, informar a la usuaria para evitar su uso de por vida.</i> ▪ <i>Dar seguimiento y tomar las acciones de lugar ante debilidad muscular, efectos en la piel y posible riesgo de parto prematuro.</i> ▪ <i>El uso del dolutegravir (DTG) está contraindicado en embarazadas durante el primer trimestre.</i>

*World Health Organization. *Guidelines for Managing Advanced HIV Disease and Rapid Initiation of Antiretroviral Therapy*, July 2017.

En materia de aplicación del tratamiento antirretroviral en mujeres gestantes que viven con VIH, también hay que considerar:

- Administrarles el TARV lo más rápido posible, para reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo.
- Mantenerles el TARV, si quedan embarazadas tomando este tratamiento; y así asegurarse de que el VIH esté bien controlado. Si la pauta incluye algún fármaco contraindicado en la gestación, modificar el tratamiento.
- Si quedan embarazadas tomando TARV de segunda línea y la infección por VIH no está bien controlada, se recomienda realizar un estudio tanto de resistencia a los antirretrovirales, como de la historia detallada del TARV, con el objetivo de adecuar una pauta de tratamiento que controle el VIH.
- Indicarles el nuevo TARV antes de recibir el resultado del estudio de resistencias; modificándolo, si fuera preciso, cuando se disponga de los resultados.
- Iniciar el TARV de manera inmediata con la opción de primera línea, que incluye la tripleterapia con raltegravir, si se capta a las embarazadas en una etapa tardía de la gestación o en labor de parto, ya que este consigue un descenso rápido de la CV.
- Mantener el tratamiento antirretroviral en el posparto, siguiendo las indicaciones esbozadas en la “Guía nacional de atención a la población adulta con VIH-SIDA”.

2.1. CONSEJERÍA A LA EMBARAZADA CON VIH, PARA EL INICIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

El objetivo de la preparación de la embarazada con VIH para el inicio de la terapia antirretroviral es realizar un conjunto de intervenciones que garanticen la adherencia al tratamiento; así como lograr su meta, que es reducir la carga viral a niveles indetectables antes del parto y, por tanto, prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo.

De igual modo, en la consejería hay que tomar en consideración los siguientes aspectos:

- Proveer el soporte necesario a la paciente, para lograr que acepte el diagnóstico antes de prescribir la terapia antirretroviral.
- Hablar con la embarazada en un lenguaje adecuado y comprensible, y explicarle qué es el VIH, informar el control de la enfermedad con el uso de los antirretrovirales y decirle que si no es tratada (aunque sea asintomática) produce un desgaste progresivo y, en ocasiones, irreversible del sistema inmune, lo cual aumenta el riesgo futuro de enfermedades y muerte.

- Explicar a la gestante la importancia de tomar los medicamentos en las dosis y horarios recomendados, y acudir a las consultas de seguimiento de forma puntual para el monitoreo de la efectividad del tratamiento.
- Referir al Departamento de Psicología, en caso de que las pacientes no muestren compromiso o aceptación para llevar a cabo el inicio de la TARV; la idea es trabajar a profundidad con ellas la adherencia al tratamiento y volver a ofrecérselo en las visitas sucesivas (Ver “Guía de educación para la adherencia al tratamiento antirretroviral en la República Dominicana”).
- Investigar qué otros medicamentos usa la paciente, para evitar interacciones entre los ARV.
- Apoyar a la gestante para lograr la adherencia al tratamiento, identificando las barreras y trabajando para superarlas de forma conjunta.
- Garantizar que aquellas embarazadas que tengan problemas mentales o estén utilizando sustancias psicoactivas, recibieron el apoyo de algún familiar o amigo durante el proceso del inicio de TARV.

2.2. MANEJO DE LAS DISTINTAS SITUACIONES CLÍNICAS OBSTÉTRICAS

2.2.1 Embarazada con rotura de membranas en trabajo de parto durante la semana 36 o después, en la que se desconoce serología del VIH

Se observa un incremento en la transmisión maternofoetal del virus cuando la duración de la ruptura prematura de membranas supera las 4 y 6 horas, especialmente si se acompaña de un trabajo de parto superior a las 5 horas. Sin embargo, esta asociación afortunadamente no se presenta si el TARV es efectivo y la gestante tiene CVP indetectable.

Por tal razón, ante la situación planteada resultante preponderante cumplir con los siguientes pasos:

- Realizar el test rápido del VIH.
- Iniciar de inmediato con la administración concomitante de los antirretrovirales: raltegravir + tenofovir/emtricitabina.
- Realizar cesárea, si la evolución de la labor de parto lo permite.
- Asegurarse de aplicar el protocolo descrito más adelante, si se decide realizar un parto vaginal.

- Confirmar la serología del VIH lo antes posible.
- Aplicar el protocolo de prevención al recién nacido.

2.2.2 Embarazada con infección por el VIH conocida o no que inicia el control gestacional en el tercer trimestre (36 semanas o más) que no ha recibido tratamiento antirretroviral y que se desconoce su carga viral y su recuento de linfocitos T-CD4

- Iniciar el tratamiento antirretroviral con RAL + TDF/FTC, al tiempo que se solicita las determinaciones de carga viral y de linfocitos T-CD4.
- Programar una cesárea durante la 39.^a semana.
- Continuar con TARV en el puerperio y dar continuidad al tratamiento en las consultas de Servicio de Atención Integral.

2.2.3 Embarazada con infección por el VIH en TARV, pero con carga viral igual o mayor a 1,000 copias en la semana 36 de gestación

- Continuar con el tratamiento, si se determina que la gestante está respondiendo con una disminución de su CVP. Sin embargo, dado que todavía no se han alcanzado niveles indetectables, se recomienda realizar una cesárea electiva en la semana 39, bajo triple terapia con RAL (como en el caso anterior).

2.2.4 Embarazada con infección de VIH en TARV con carga viral indetectable (< 50 copias) en la semana 36 de gestación

- En estos casos no se ha comprobado que la cesárea electiva mejore el riesgo de transmisión de madre a hijo (1 % o menor) frente al parto vaginal; por el contrario, aumenta los riesgos maternos. Así que, se recomienda el parto vaginal, salvo otras indicaciones obstétricas.
- En los casos de gestantes con CV entre 50 y 1,000 copias/ml se individualizará la conducta a seguir; pero, con una CV > 400 copias/ml se considera que hay riesgo de transmisión de madre a hijo. (Ver punto 2.2.1).

2.2.5 Embarazada con infección de VIH en la que se ha decidido previamente cesárea electiva que se presenta con rotura de membranas en la semana 37 o más, en trabajo de parto

- Iniciar con triple terapia que incluya raltegravir, si la gestante no está en tratamiento previo.
- Decidir el modo de parto de forma individualizada, valorando el tiempo de rotura de la bolsa, la progresión del parto, la carga viral y si la mujer está en tratamiento antirretroviral adherente.

2.3. RECOMENDACIONES PARA EL TARV INTRAPARTO

- Administrar un esquema que contenga el raltegravir como tratamiento intraparto, recomendado a las embarazadas con VIH que se diagnostican tardíamente o a las que no se les conoce el nivel de carga viral al momento del parto, dado que alcanza niveles altos en el cordón umbilical horas después de su administración.
- Mantener el tratamiento antirretroviral VO durante el parto. En todos los casos, asegurarse de la administración de la pauta habitual de TARV durante todo el parto y si se realiza una cesárea.
- Utilizar en pacientes que no han recibido TARV durante el embarazo, siguiendo con la pauta de primera línea (tenofovir+emtricitabina y raltegravir), dado su rápido paso placentario.
- Cambiar a la pauta con tenofovir+emtricitabina y raltegravir, dado su rápido paso placentario, en pacientes que han recibido TARV durante poco tiempo y que presentan CVP > 50 copias/ml cerca de la fecha del parto.

2.4. SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO ARV EN EMBARAZADAS

- Asegurarse de que el seguimiento de la embarazada VIH sea multidisciplinario (incluye obstetricia, infectología y valoración psicosocial); y basarse tanto en el control de los parámetros analíticos relativos a la propia infección, como en la vigilancia de los efectos secundarios del TARV en el control del embarazo (acorde al "Protocolo nacional de atención del embarazo").
- Dar seguimiento al tratamiento ARV en las embarazadas durante los chequeos prenatales, establecidos mensualmente hasta las 34 semanas y cada 15 días durante las semanas restantes, a menos que las necesidades propias de cada gestante ameriten modificar esta frecuencia.
- Promover la adherencia al tratamiento en cada encuentro con la gestante.

2.5. CAMBIOS EN EL TRATAMIENTO CON ARV DE LAS EMBARAZADAS CON VIH

- **Efectos adversos:** Es recomendable realizar consejería ante la presencia de efectos adversos producidos por los ARV, ya que el acceso a una buena comunicación para dar seguridad y orientar a la paciente sobre modificaciones, principalmente en los hábitos alimentarios, establece la diferencia entre suspender los medicamentos y continuarlos.
- **Modificar el tratamiento ARV ante los siguientes escenarios:**

- Se presentan efectos adversos que amenazan la vida del paciente.
- Aparecen infecciones oportunistas nuevas o padecidas previamente.
- Aumenta la carga viral aun con evidencia de adherencia al tratamiento.

2.6. FALLOS TERAPÉUTICOS

Monitorear y valorar los factores relacionados a los fallos terapéuticos al inicio del TARV, por un equipo multidisciplinario que pueda aplicar un segundo o tercer régimen con drogas completamente diferentes.

Entre los factores a valorar están:

- La supresión viral incompleta.
- La inadecuada potencia de las drogas.
- Los niveles plasmáticos no sostenidos de los medicamentos.
- Las interacciones medicamentosas.
- La pobre adherencia al tratamiento.
- La resistencia previa.

2.6.1 Valoración del fallo clínico

- Se caracteriza por la ocurrencia de enfermedades oportunistas tardías, luego de 12 semanas del inicio de la TARV.
- Se asocia a pobre respuesta inmunológica y virológica.

2.6.2 Valoración del fallo virológico

- Se determina por la imposibilidad de mantener una carga viral por debajo de 1,000 copias/ml después de 24 semanas de tratamiento continuo y en dos lecturas consecutivas, disminuyendo su carga en las primeras cuatro semanas de uno a dos logaritmos de base 10; y a las 24 semanas de no ser detectado.
- En caso de alcanzar la indetectabilidad y que la CVP vuelva a ser > 50 copias/ml en dos determinaciones consecutivas (separadas de 2 a 4 semanas), tener presente la administración de la vacunación y la aparición de infecciones intercurrentes que puedan producir elevaciones transitorias de CVP.

2.6.2.1 Carga viral plasmática del VIH-1

La CVP se ha de determinar en la valoración inicial del paciente y antes de comenzar con el TAR. De hecho, la CVP desciende rápidamente tras el inicio de un TAR efectivo.

Se entiende por respuesta virológica: la reducción de la CVP en más de 1 log a las cuatro semanas del inicio del TAR y ser indetectable (<50 copias/ml) en 12 semanas de tratamiento, aunque en pacientes con CVP muy elevadas (superiores a 100,000 copias/ml) se puede tardar más de 24 semanas en conseguir niveles inferiores a 50 copias/ml.

2.6.3 Valoración del fallo inmunológico

Es la incapacidad de mantener o incrementar el nivel de células CD4, a pesar de haber logrado la indetectabilidad del VIH en la CVP.

Se determina cuando una persona presenta un conteo de CD4 por debajo de 200 cel/mm³ de forma persistente o cuando existe en las variaciones superiores al 30 % de las cifras absolutas y del 3 % en los valores porcentuales de CD4 y la carga viral se mantiene indetectable. Esto tomando en cuenta la disociación inmunoviológica.

2.6.4 Pasos a seguir ante los fallos terapéuticos

- Confirmar la presencia de falla virológica mediante la determinación de una nueva CV, con un intervalo máximo de 4 semanas (AI).
- Si no es posible realizar la prueba de confirmación, podrá considerarse como una falla virológica si la CV es mayor a 5,000 copias/ml en una sola determinación para pacientes con tratamiento ARV ininterrumpido durante 6 meses o más (AII).
- Detectar, y en su caso corregir, problemas de adherencia, absorción o interacciones farmacológicas independientemente de si existen o no mutaciones de resistencia.
- Toda vez que se confirma la falla, realizar el cambio lo antes posible para evitar acumulación de resistencia (AIV).
- Realizar pruebas de resistencia previas al cambio de esquema a tercera línea, el cual será autorizado por la Mesa Técnica de Resistencia a ARV de la DIGECITSS.

2.7. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

De acuerdo a lo establecido en la "Guía de educación para la adherencia al tratamiento antirretroviral en la República Dominicana", se pondrá especial énfasis en:

- Reforzar la importancia del apego estricto al tratamiento.
- Valorar los aspectos psicológicos y emocionales.

- Evaluar la aceptación del embarazo (si es deseado o producto de una violación; o si es fruto de una relación estable o casual), y tratar o derivar según sea su grado de complejidad.
- Identificar temores en relación a la salud del niño; clarificar y tranquilizar a la madre.
- Medir la presencia de culpa o de resentimiento por la infección, y tratar en consecuencia.
- Explicar cómo manejar los malestares propios del embarazo (náuseas y vómitos) y la implicación de la eficacia de los ARV.
- Ofrecer apoyo para la revelación del diagnóstico a la pareja o a las personas significativas de su red de apoyo.
- Identificar el uso y/o abuso de alcohol y de otras sustancias psicoactivas.

3. PATOLOGÍAS QUE COMPLICAN EL EMBARAZO A MUJERES CON VIH

Hay una serie de patologías que complican el embarazo y que en las mujeres con VIH pueden adquirir dimensiones que ameritan un manejo diferenciado. Entre estas se incluyen: la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el asma bronquial y las infecciones de transmisión sexual, entre otras.

Es importante tomar en cuenta:

- Recibir cuidados prenatales regulares desde el inicio del embarazo, para detectar a tiempo posibles patologías subyacentes.
- Referir a la paciente con los especialistas relacionados a la patología que presente, para la interconsulta de lugar.
- Continuar con los ARV y verificar si existe alguna interacción medicamentosa, si la embarazada es tratada por algunas de las enfermedades descritas anteriormente.

4. MANEJO DEL PARTO EN LA EMBARAZADA VIH

El período de mayor riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo es el momento del parto. Entre los factores de riesgo más importantes están: la CVP y las secreciones cervicales vaginales, el estadio de la enfermedad, la duración de la rotura de las membranas, la duración del trabajo de parto, el TARV recibido y la vía del parto.

4.1. REQUISITOS PARA EL PARTO POR VÍA VAGINAL

- Tener recientemente una carga viral indetectable.
- Iniciar el TARV en etapa temprana o antes del embarazo.
- Realizar el parto vaginal en caso de RPM y ante un trabajo de parto avanzado (más de 6 cm de dilatación), aplicando todas las medidas intraparto.
- Hacer el parto vaginal en mujeres en TARV, con progresión rápida de la labor de parto y con una carga viral < 50 copias /ml (indetectable) en el tercer trimestre.
- Evitar la ruptura artificial de las membranas.
- Evadir la utilización de instrumentación en el parto (fórceps o ventosa).
- Aplicar episiotomía restrictiva.
- Proceder a separar al RN de la placenta rápidamente, realizar pinzamiento inmediato y evitar el ordeño de la placenta.
- Aspirar y bañar al recién nacido con agua estéril a 35 °C.
- Colocar al RN en alojamiento conjunto, siempre que las condiciones así lo permitan; y garantizar que reciba zidovudina a 2mg/kg entre las primeras 4 y 6 horas.

4.2. REQUISITOS PARA EL PARTO POR CESÁREA

- Realizar la cesárea electiva a la embarazada con VIH en la semana 39.
- Individualizar la conducta a seguir. En ese sentido, basarse en los antecedentes de adherencia al TARV y en la existencia o no de fracasos previos en mujeres en TARV, con CVP oscilante entre las 50 y 400 copias/ml y con una labor de parto muy avanzada.
- Hacer una cesárea programada o de emergencia en casos de CV > 400 copias/ml.
- Administrar cefalosporina de primera generación durante la cesárea.

- Proceder a separar al RN de la placenta rápidamente, realizando un pinzamiento inmediato y evitando el ordeño de la placenta.
- Proceder a aspirar y a bañar al recién nacido con agua estéril a 35 °C.
- Colocar al RN en alojamiento conjunto, siempre que las condiciones así lo permitan; y recibir su TARV entre las primeras 4 y 6 horas.

4.3. CONTINUIDAD DEL CONTROL EN EL PUERPERIO DE UNA MUJER CON VIH

El control de puerperio de una mujer con VIH sigue las pautas de los “Protocolos de atención del embarazo, parto y puerperio”, asegurando que la paciente cumpla con las siguientes recomendaciones:

- Continuar usando los ARV y el resto de medicamentos antibióticos (si fue prescrito); así como, hierro y ácido fólico, según se le haya recomendado.
- Continuar la profilaxis del RN con zidovudina a 2 mg/kg cada 6 horas por 6 semanas.
- No amamantar al RN, que sea hijo de una mujer VIH.
- Poner en práctica las instrucciones para la preparación, conservación y administración de la alimentación de reemplazo del RN.
- Asistir a la primera cita de puerperio, cuando se cumplan siete días.
- Dar seguimiento para el control del puerperio en la mujer seropositiva, siguiendo las pautas establecidas en la población general y recomendándose la realización de la analítica según el criterio del médico.
- Realizar una consulta de seguimiento en caso de presentar una patología cérvicovaginal previa, a fin de prevenir el cáncer genital.
- Orientar sobre las prácticas sexuales seguras, el uso del condón y las opciones de anticoncepción, para ser remitida a control ginecológico.
- Remitir a la paciente a un servicio de salud mental, en caso de que la mujer presente una depresión posparto.
- Guiar sobre cómo dar un adecuado seguimiento al tratamiento para evitar abandonos y/o una mala adherencia al mismo.
- Asegurar la evaluación completa y el seguimiento médico de las pacientes con diagnóstico reciente de infección por el VIH antes del alta hospitalaria.

5. APLICACIÓN DE LA GUIA EN LOS DIFERENTES NIVELES DE LA RED DE PRESTADORES

La iniciativa de la OMS para facilitarle a la población el acceso al diagnóstico de VIH es coherente con la meta 90-90-90, pues permite que cada vez más personas que viven con la infección sean identificadas oportunamente, incluyendo a las embarazadas. De ahí, que la oferta de diagnóstico a las embarazadas en el Primer Nivel de Atención les brinde la oportunidad de ser intervenidas oportunamente, reduciendo así el riesgo de la transmisión de madre a hijo.

Si bien el tamizaje puede ser realizado en cualquier nivel de la Red, el tratamiento y seguimiento de las embarazadas con VIH, incluyendo el parto, puede realizarse en el Segundo y Tercer Nivel de Atención.

5.1. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

- Aquí es posible captar a las embarazadas que se encuentran en su área de influencia, para realizarles la prueba de VIH; y, en caso de resultar positivas, referirlas a un Servicio de Atención Integral.
- Las UNAP o CPN que disponen de servicios de toma y procesamiento de muestras de laboratorio y consejería, pueden captar embarazadas VIH positivas y hacer referimiento a un establecimiento de Segundo o Tercer Nivel, con atención integral para el seguimiento y la administración de medicamentos antirretrovirales.
- Los centros de Primer Nivel de Atención pueden dar seguimiento al embarazo en mujeres VIH positivas que no presenten complicaciones y referirlas a establecimientos de Segundo y Tercer Nivel de forma documental a partir de la semana 34, donde se les realizará el parto o cesárea.
- Los centros de Primer Nivel de Atención pueden recibir y dar seguimiento a las mujeres positivas desembrasadas contrarreferidas documentalmente desde los centros de Segundo y Tercer Nivel de Atención, siempre que las usuarias así lo consientan.

5.2. MANEJO DE LA EMBARAZADA VIH EN EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

- Las pacientes VIH diagnosticadas serán asistidas en los centros de Segundo Nivel de Atención siempre que se cuente con el Servicio Integral de Atención de las embarazadas con VIH.

- Se tomará la decisión de referir al Tercer Nivel de atención a las pacientes con 34 semanas, a las que encuentran en un inminente trabajo de parto o a las que alumbrarán en la fecha programada para la cesárea.
- El centro receptor de la embarazada con VIH le ofrecerá atención, obviando los trámites administrativos y burocráticos del Centro e insertándola directamente en la atención y seguimiento de la embarazada VIH.

5.3. REGISTRO Y SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL VIH

- Los casos de las embarazadas y de los niños expuestos al VIH son de notificación obligatoria en el Módulo de Notificación Semanal de Enfermedades no Transmisibles y Otros Eventos, a través del SINAVE.
- El Programa de Transmisión Madre a Hijo tiene como registro para el niño el “Formulario de Diagnóstico Temprano en Infantes”, el cual se procesa en el Laboratorio Nacional Dr. Defilló y en la Dirección de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida (DIGECITSS).
- También el “Formulario de Reporte Mensual de la Acciones Programáticas del PTMI (Form. SIS-04), el cual se realiza en los establecimientos de salud; y se analiza y consolida en las Direcciones de Áreas y Provinciales de Salud (DPS/DAS) y se notifican a la DIGECITSS.

6. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA DE ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA VIH

Las instituciones prestadoras de servicios de salud, según sus características particulares y su Nivel de Atención, definirán las estrategias que usarán para la implementación de la presente guía. De este modo, su aplicación estará claramente definida en los procesos de gestión de la organización, estableciendo las directrices, los responsables y las acciones a seguir para llevarla a la práctica; de igual forma, las Direcciones Provinciales y de Área darán el seguimiento de lugar para que las directrices sean cumplidas por la Guía.

A fin de garantizar su efectividad, se sugiere que los planes de implementación contengan los siguientes elementos:

TABLA N.º 2 - ELEMENTOS Y ESTRATEGIAS PARA EL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE LA "GUÍA DE ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA VIH"

EQUIPO SUPERVISOR	<i>Elegir a un equipo responsable de impulsar la implementación de la Guía.</i>
DISPONIBILIDAD DEL DOCUMENTO	<i>Garantizar que estos documentos estén disponibles en todos los lugares establecidos para su obligatoria utilización (sobre todo, en los servicios de salud).</i>
CAPACITACIÓN	<i>Asegurar que los usuarios de las guías dominen su contenido y posean las habilidades y actitudes para su aplicación.</i>
ACCIONES CORRECTIVAS	<i>Identificar posibles obstáculos para la aplicación de las recomendaciones de la Guía y de sus elementos correctivos y/o para los facilitadores de la implementación.</i>
SUPERVISIÓN Y RETROALIMENTACIÓN	<i>Supervisar y monitorear el cumplimiento de las acciones establecidas en la Guía, y retroalimentar al personal de Salud sobre las buenas y malas prácticas para la toma de acciones correctivas.</i>
RECORDATORIOS	<i>Establecer diferentes actividades y medios de alerta que le recuerden constantemente a los usuarios de la Guía las recomendaciones claves establecidas.</i>
INCENTIVOS AL PERSONAL	<i>Realizar actividades que motiven la realización práctica de las acciones incluidas en la Guía, disponiendo de reconocimientos de diferentes clases para los usuarios que los cumplan.</i>

CONTINUACIÓN

SEGUIMIENTO

Verificar la adopción de las recomendaciones a través de los indicadores propuestos en la Guía o la selección de otros indicadores específicos establecidos por el programa.

6.1. MONITOREO DEL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

Se han definido nueve indicadores para seguimiento a la implementación de la “Guía de atención de la embarazada VIH”, los cuales se plasman en la tabla a continuación:

TABLA N.º 3 - INDICADORES PARA MONITOREAR LA EFECTIVIDAD DE LAS ACCIONES, A FIN DE PREVENIR LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL VIH

N.º	INDICADOR	DESCRIPCIÓN
1	Porcentaje de embarazadas a las que se les hizo la prueba de VIH y le entregaron los resultados.	Mide el acceso al tamizaje de VIH y conocieron su condición.
2	Porcentaje de embarazadas diagnosticadas con VIH.	Mide la capacidad de identificación de la embarazada VIH.
3	Porcentaje de embarazadas diagnosticadas con VIH, que reciben tratamiento antirretroviral.	Mide el acceso de las embarazadas VIH al tratamiento antirretroviral.
4	Porcentaje de embarazadas con carga viral suprimida.	Mide la efectividad y la adherencia al tratamiento antirretroviral.
5	Porcentaje de embarazadas con VIH, que tuvo parto por cesárea.	Mide el acceso de las embarazadas VIH, a fin de realizarles la cesárea para disminuir la transmisión maternoinfantil.
6	Porcentaje de hijos de madres con VIH, que recibió profilaxis con ARV.	Mide el acceso de los niños expuestos, para recibir el antirretroviral que disminuya la transmisión maternoinfantil.

CONTINUACIÓN

N.º	INDICADOR	DESCRIPCIÓN
7	<i>Porcentaje de hijos de madres con VIH, a quienes le hicieron la prueba ADN/PCR.</i>	<i>Mide tanto el acceso a la realización de la prueba de PCR-ADN en el niño expuesto, así como su captación.</i>
8	<i>Porcentaje de niños de 6 semanas de edad, hijos de madres VIH positivas, que también son positivos.</i>	<i>Mide la efectividad de la “Estrategia de la transmisión maternoinfantil al VIH”.</i>

BIBLIOGRAFÍA

- AIDS. 2017 Jan 2; 31(1): 113-125. *The Association Between HIV, Antiretroviral Therapy and Gestational Diabetes Mellitus*. Soepnel LM.
- Antiretroviral Pregnancy Registry Steering Committee. *Antiretroviral Pregnancy Registry International Interim Report for 1 Jan 1989-31 Jan 2011*. Wilmington, NC: Registry Coordinating Center. 2011.
- Arab, K., Czuzoj-Shulman, N., Spence, A. & Abenhaim HA. *Obstetrical Outcomes of Patients With HIV in Pregnancy, a Population Based Cohort* [25]. *Obstet Gynecol*. 2016; 127 Suppl 1:10S.
- Arab K., Spence, A., Czuzoj-Shulman, N. & Abenhaim, HA. *Pregnancy Outcomes in HIV-positive Women: a Retrospective Cohort Study*. *Arch Gynecol Obstet.*, 2017.
- Bartled, J.G. The Johns Hopkins Hospital 2001. *Guide to Medical Care of Patients with HIV Infection*. Philadelphia: 28. Lippincott Williams and Wilkins, 2001.
- Boer, K., Nellen, JF., Patel, D. et al. *The AmRo Study: Pregnancy Outcome in HIV-1-infected Women Under Effective Highly Active Antiretroviral Therapy and a Policy of Vaginal Delivery*. *Br J Obstet Gynecol* 2007; 114:148-155.
- Boyajian, T., Shah, P.S. & Murphy KE. *Risk of Preeclampsia in HIV-positive Pregnant Women Receiving HAART: A Matched Cohort Study*. *J Obstet Gynecol Can*. 2012; 34 (2): 136-41.
- Briand, N., Warszawski, J., Mandelbrot, L. et al. *Is Intrapartum Intravenous Zidovudine for Prevention of Mother-to-child HIV-1 Transmission Still Useful in the Combination Antiretroviral Therapy Era?* *Clin. Infect Dis*. 2013; 57(6): 903-914.16.
- Bulterys, M., Jamieson, D.J., O'Sullivan, M.J. et al. *Mother-Infant Rapid Intervention at Delivery (MIRIAD) Study Group*. Rapid HIV-1 testing during labor: a multicenter study. *JAMA* 2004;292(2):219-23.
- Cecchini, D., Martínez, M., Morganti, L. & Rodríguez, C. *Antiretroviral Therapy Containing Raltegravir to Prevent Mother-to-Child Transmission of HIV in Infected Pregnant Women*. *Infect Dis Rep*. 2017 May 31; 9(2): 7017.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents and Pregnant Women in Health-Care Settings*. *MMWR* 2006;55 (N.º RR-14): 1-24.

- Chou, R., Cantor, A., Bougatsos, C. & Zakher, B. *Screening for HIV in Pregnant Women: Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation*. Evidence Synthesis N.º 96. AHRQ Publication N.º 12-05173-EF-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; November 2012.
- Cortina-Borja, M., Peckham, C.S., De Ruiter, A., Lyall, H. & Tookey, P.A. *Low Rates of Mother-to-child Transmission of HIV Following Effective Pregnancy Interventions in the United Kingdom and Ireland, 2000-2006*. AIDS 2008; 22(8):973-981.
- Connor, E.M., Sperling, R.S., Gelber, R., Kiselev, P., Scott, G., O'Sullivan, M.J. et al. *Reduction of Maternal-infant Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 with Zidovudine Treatment*. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. N Engl J Med 1994; 331(18):1173-80.
- Cotter, A.M., Brookfield, K.F., Duthely, L.M. et al. *Duration of Membrane Rupture and Risk of Perinatal Transmission of HIV-1 in The Era of Combination Antiretroviral Therapy*. Am J Obstet Gynecol 2012; 207: 482.e1-5.
- Documento de consenso de GeSIDA. *Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento anti-retroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana* (actualización en enero de 2018).
- Documento de consenso de Panel de Expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Sociedad Española de Infectología Enferm Infecc Microbiol Clin. *Seguimiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en relación con la reproducción, el embarazo, el parto y la profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto*. 2014; 32(5): 310.e1-310.e33.
- Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. *El diagnóstico y el tratamiento de la infección congénita por citomegalovirus*. F. Baquero-Artigao. An Pediatr 2009;71:535-47.
- Documento de prevención y tratamiento de las infecciones oportunistas y otras coinfecciones en pacientes con infección por VIH (actualización en mayo de 2015).
- Dorenbaum, A., Cunningham, C.K., Gelber, R.D., Culnane, M., Mofenson, L., Britto, P. et al. *Two-dose Intrapartum/newborn Nevirapine and Standard Antiretroviral Therapy to Reduce Perinatal HIV Transmission: a Randomized Trial*. JAMA 2002; 288(2):189-198.
- El VIH y en embarazo. Medicamentos durante el embarazo y el parto. Última versión: 21 de diciembre, 2018. (consultado por última vez 31/12/2019: 13:21 h).
- Escala de depresión postparto de Edimburgh. Recuperado de: https://nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf.

- European Collaborative Study. *Mode of Delivery in HIV-infected Pregnant Women and Prevention of Mother-to-child Transmission: Changing Practices in Western Europe*. HIV Medicine 2010; 11: 368-378.
- Ferrero, S. y Bentivoglio, G. *Post-operative Complications After Caesarean Section in HIV-infected Women*. Arch Gynecol Obstet. 2003; 268: 268-73.
- Frank, K.A., Buchmann, E.J. & Schackis, R.C. *Does Human Immunodeficiency Virus Infection protect Against Preeclampsia-eclampsia?* Obstet Gynecol. 2004; 104(2):238-42.
- Frye, R.E. *Human Immunodeficiency Virus Infection*. World Medical Library; 2005 June (fecha de acceso: 22 de junio de 2005).
- García, P.M., Kalish, L.A., Pitt, J., Minkoff, H., Quinn, T.C., Burchett, S.K. et al. *Maternal Levels of Plasma Human Immunodeficiency Virus Type 1 RNA and The Risk of Perinatal Transmission*. Women and Infants Transmission Study Group. N Engl J Med 1999; 341(6):394-402.
- Grinsztejn, Beatriz et. al. *Effects of Early Versus Delayed Initiation of Antiretroviral Treatment on Clinical Outcomes of HIV-1 Infection: Results from the Phase 3 HPTN 052 Randomised Controlled Trial*. The Lancet Infection Disease. Volume 14, N.º 4, p281-290, April 2014.
- Grupo de Trabajo sobre el Tratamiento del VIH. *¿Qué debo saber sobre la coinfección por Hepatitis C y VIH?* Barcelona, 2015.
- Hitti, J., Andersen, J., McComsey, G. et al. *Protease Inhibitor Based Antiretroviral Therapy and Glucose Tolerance in Pregnancy: AIDS Clinical Trials Group A5084*. Am J Obstetr Gynecol 2007; 196: 331.
- HPTN. *Initiation of Antiretroviral Treatment Protects Uninfected Sexual Partners from HIV Infection (HPTN Study 052)*, WDC, Mayo 2011.
- Ioannidis, J.P., Abrams, E.J., Ammann, A. et al. *Perinatal Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 by Pregnant Women with RNA Virus Loads <1000 copies/ml*. J Infect Dis. 2001;183(4):539-545.
- Keller, M.J. *Screening for Human Papillomavirus-Associated Cervical Disease in HIV-Infected Women*. Top Antivir Med. 2015;23(4):142-145.
- Liao, C., Golden, W.C., Anderson, J.R. & Coleman, J.S. *Missed Opportunities for Repeat HIV Testing in Pregnancy: Implications for Elimination of Mother-to-Child Transmission in the United States*. AIDS Patient Care and STDs. January 2017, 31(1): 20-26. doi:10.1089/apc.2016.0204
- Lee, P.J. *HIV (Monograph on the Internet)*. World Medical Library; 2004 December (fecha de acceso: 14 de diciembre de 2004).

- Loannidis, J.P., Abrams, E.J., Ammann, A., Bulterys, M., Goedert, J.J., Gray, L. et al. *Perinatal Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 by Pregnant Women with RNA Virus Loads <1000 Copies/ml*. J Infect Dis 2001; 183(4):539-45.
- Louis, J., Buhari, M.A., Allen, D., Gonik, B. & Jones, T.B. *Postpartum Morbidity Associated with Advanced HIV Disease*. Infect Dis Obstet Gynecol 2006; 2006: 79512.
- Louis, J., Landon, M.B., Gersnoviez, R.J., Leveno, K.J., Spong, C.Y., Rouse, D.J. et al. *Perioperative Morbidity and Mortality Among Human Immunodeficiency Virus Infected Women Undergoing Cesarean Delivery*. Obstet Gynecol 2007; 110 (2 Pt 1): 385-90.
- Machado, E.S., Krauss, M.R., Megazzini, K., Coutinho, C.M., Kreitchmann, R., Melo, V.H. et al. *Hypertension, Preeclampsia and Eclampsia Among HIV-infected Pregnant Women from Latin America and Caribbean Countries*. J Infect. 2014; 68 (6):572-80.
- Mandelbrot, L., Tubiana, R., Le Chenadec, J. et al. *No Perinatal HIV-1 Transmission from Women with Effective Antiretroviral Therapy Starting Before Conception*. Clinical Infectious Diseases. 2015;61(11):1715-25.
- Miller, S. *Antiretroviral Resistance. Highlights from the XV International AIDS Conference, Bangkok, 11-16 July 2004*. South Afr. J. HIV Med. 2004; (3): 23-25.
- Ministerio de Salud Pública. *Alianza nacional para acelerar la reducción de la mortalidad materna e infantil*. Santo Domingo. Marzo de 2019.
- Ministerio de Salud Pública. *Informe de estimaciones y proyecciones de prevalencia de VIH y carga de enfermedad, 2017*. Santo Domingo. 2019.
- Mol, B.W., Roberts, C.T., Thangaratinam, S., Magee, L.A., De Groot, C.J. & Hofmeyr, G.J. *Pre-eclampsia*. Lancet. 2016; 387(10022): 999-1011.
- Morales, R., Ruíz-Mateos, E., Rubio, A., Abad, M.A., Vallejo, A., Rivero, L. et al. *Long-Term Virological Outcome and Resistance Mutations at Virological Rebound in HIV Infected Adults on Protease Inhibitor-Sparing Highly Active Antiretroviral Therapy*. J Antimicrob Chemother. 2004; 53 (1): 95-101.
- MSP/DIGECITSS. *Guía de educación para la adherencia al tratamiento antirretroviral en la República Dominicana*. Santo Domingo.
- MSP/DIGECITSS. *Plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, del VHB y de la sífilis congénita, 2017-2021*.
- National Center for HIV, STD and TB Prevention, CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Atlanta, Georgia. *Guidelines for Using Antiretroviral Agents Among HIV-Infected Adults and Adolescents. Recommendations of the Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV*. MMWR; 2002 May, 51 (RR 7); (fecha de acceso: 17 de mayo de 2002).

National Department of Health. South Africa, 2004. *National Antiretroviral Treatment Guidelines. HIV and AIDS Policy Guidelines*. 2004.

Nielsen-Saines, K., Watts, D.H., Veloso, V.G., Bryson, Y.J., Joao, E.C., Pilotto, J.H. et al. *Three Postpartum Antiretroviral Regimens to Prevent Intrapartum HIV Infection*. N Engl J Med. 2012 Jun 21; 366 (25):2368-2379.

Nóbrega, I.I., Travassos, A.G., Haguihara, T., Amorim, F., Brites, C. *Short Communication: Use of Raltegravir in Late-Presenting HIV-Infected Pregnant Women*. AIDS Res Hum Retroviruses. 2013 Nov; 29(11):1451-1454. doi: 10.1089/AID.2013.0059. Epub 2013, Jun 25.

Organización Panamericana de la Salud. *Guía clínica para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C., 2009 (OPS/FCH/HI/06-09.E).

Panel on Treatment of HIV-Infected Pregnant Women and Prevention of Perinatal Transmission. *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*.

Peters, H., Byrne, L., De Ruiter, A. et al. *Duration of Ruptured Membranes and Mother-to-Child HIV Transmission: a Prospective Population-Based Surveillance Study*. BJOG 2016; 123(6): 9 75-81. doi: 10.1111/1471-0528.13442.

Pinninti, SG1. y Kimberlin, D.W. *Management of Neonatal Herpes Simplex Virus Infection and Exposure*. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2014 May; 99 (3): F240-4

Prieto, L.M., González-Tomé, M.I., Muñoz, E., Fernández-Ibieta, M., Soto, B., Del Rosal, T., Cuadrado, I., Navarro, M.L., Roa, M.A., Beceiro, J., De José, M.I., Santos, M.J., Lora, D. & Ramos, J.T. *Madrid Cohort of HIV-Infected Mother-Infant Pairs. Low Rates of Mother-to-child Transmission of HIV-1 and Risk Factors for Infection in Spain: 2000-2007*. Pediatr. Infect Dis J. 2012 Oct; 31(10):1053-8.

Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). *Puerperio normal y patológico*.

Rahangdale, L1; Cates, J2; Potter, J3; Badell, ML4; Seidman, D5; Miller, ES6; Coleman, JS7; Lazenby, GB8; Levison, J9; Short, WR10; Yawetz, S11; Ciaranello, A12; Livingston, E13; Duthely, L3; Rimawi, BH14; Anderson, JR7; Stringer, EM15. HOPES (HIV OB Pregnancy Education Study) Group. *Integrase Inhibitors in Late Pregnancy and Rapid HIV Viral Load Reduction*. Am J Obstet Gynecol. 2016 Mar; 214 (3): 385. e1-7.

Read, P.J., Mandalia, S., Khan, P. et al. *When Should HAART Be Initiated in Pregnancy to Achieve an Undetectable HIV Viral Load by Delivery?* AIDS. 2012;26(9):1095-1103.

- Reitter, A., Stücker, A.U., Linde, R., Königs, C., Knecht, G., Herrmann, E. et al. *Pregnancy complications in HIV-positive women: 11-year data from the Frankfurt HIV Cohort*. HIV Med. 2014; 15 (9): 525-36.
- Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Hypertension in Pregnancy*. Obstet Gynecol. 2013; 122(5):1122-1131.
- Sarno, L., Saccone, G., Berghella, V., Maruotti, G.M., Migliucci, A. et al. *Risk of Preeclampsia in Human Immunodeficiency Virus-Infected Pregnant Women*. 2016. pp. 1027-1032.
- Sirimarco, M.P., Guerra, H.M., Lisboa, E.G., Vernini, J.M., Cassetari, B.N., De Araujo, R.A. et al. *Diagnostic Protocol for Gestational Diabetes Mellitus (GDM) (IADPSG/ADA, 2011): Influence on the Occurrence of GDM and Mild Gestational Hyperglycemia (MGH) and on the Perinatal Outcomes*. Diabetol Metab Syndr. 2017; 9:2.
- Tang, J.H., Sheffield, J.S., Grimes, J. et al. *Effect of Protease Inhibitor Therapy on Glucose Intolerance in Pregnancy*. Obstet Gynecol 2006; 107: 1115-1119.
- Townsend, C.L., Byrne L., Cortina-Borja, M., Thorne, C., De Ruiter, A., Lyall, H. et al. *Earlier Initiation of Art and Further Decline in Mother-to-Child HIV Transmission Rates, 2000-2011*. AIDS. 2014; 28 (7): 1049-1057.
- Tubiana, R. et al. *Factors Associated with Mother-to-Child Transmission of HIV-1 Despite a Maternal Viral Load <500 Copies/ml at Delivery: a Case-Control Study Nested in the French Perinatal Cohort (EPF-ANRS CO1)*. Clin Infect Dis. 2010; 50:585-596.
- Uthman, O.A., Anderson, J., Kanters, S., Mills, E.J., Renaud, F., Essajee, S., Doherty, M.C. & Mofenson, L.M. *Timing of Initiation of Antiretroviral Therapy and Adverse Pregnancy Outcomes: a Systematic Review and Meta-analysis*. Lancet HIV. 2017; 4: e21-e30.
- Wade, N.A., Birkhead, G.S., Warren, B.L. et al. *Abbreviated Regimens of Zidovudine Prophylaxis and Perinatal Transmission of the Human Immunodeficiency Virus*. New England Journal of Medicine, vol. 339, N.º 20, pp. 1409-1414, 1998.
- Wimalasundera, R.C., Larbalestier, N., Smith, J.H., De Ruiter, A., McG Thom, S.A., Hughes, A.D. et al. *Preeclampsia, Antiretroviral Therapy, and Immune Reconstitution*. Lancet. 2002;360(9340):1152-4.
- World Health Organization. Department of HIV/AIDS. *Antiretroviral Therapy in Resource-Limited Settings. Guidelines for a Public Health Approach*. June 2002.
- World Health Organization. *Guidelines for Managing Advanced HIV Disease and Rapid Initiation of Antiretroviral Therapy*. France, 2017.
- World Health Organization. *Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a Public Health approach, 2nd edition*. France, 2016.

ANEXOS

TABLA N.º 4 - CATEGORÍAS CLÍNICAS

		A	B	C
ESTADÍOS CLÍNICOS	NIVELES DE LINFOCITOS CD4+	INFECCIÓN AGUDA ASINTOMÁTICA O LGP	INFECCIÓN SINTOMÁTICA NO A O C	CONDICIONES INDICADORAS DE SIDA
1	500 cel/mm ³	A1	B1	C1
2	200-499 cel/mm ³	A2	B2	C2
3	< 200 cel/mm ³	A3	B3	C3

TABLA N.º 5 - LISTADO DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS DEFINITORIAS DE SIDA

INFECCIONES OPORTUNISTAS	<ul style="list-style-type: none"> - Neumonías adquiridas en comunidades bacterianas recurrentes (U 2 veces durante 12 meses) - Bacteriemia recurrente por salmonella - Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar - Micobacteriosis diseminadas (micobacterias atípicas) - Candidiasis en esófago, bronquios, tráquea o pulmones - Neumonía por <i>Pneumocystis jiroveci</i> - Histoplasmosis extrapulmonar - Coccidioidomicosis extrapulmonar - Criptococosis extrapulmonar - Isosporosis - Criptosporidiosis - Infecciones por virus del herpes simple: ulceraciones crónicas, bronquitis, neumonía o esofagitis - Infecciones por el citomegalovirus (localizadas fuera del hígado, bazo y ganglios linfáticos) - Toxoplasmosis de órganos internos - Leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP)
NEOPLASIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Sarcoma de Kaposi - Linfomas (de Burkitt, cerebrales primarios, inmunoblásticos) - Carcinoma de cérvix uterino invasivo
CONJUNTO DE SÍNTOMAS	<ul style="list-style-type: none"> - Encefalopatía asociada al VIH - Síndrome de caquexia progresiva por VIH

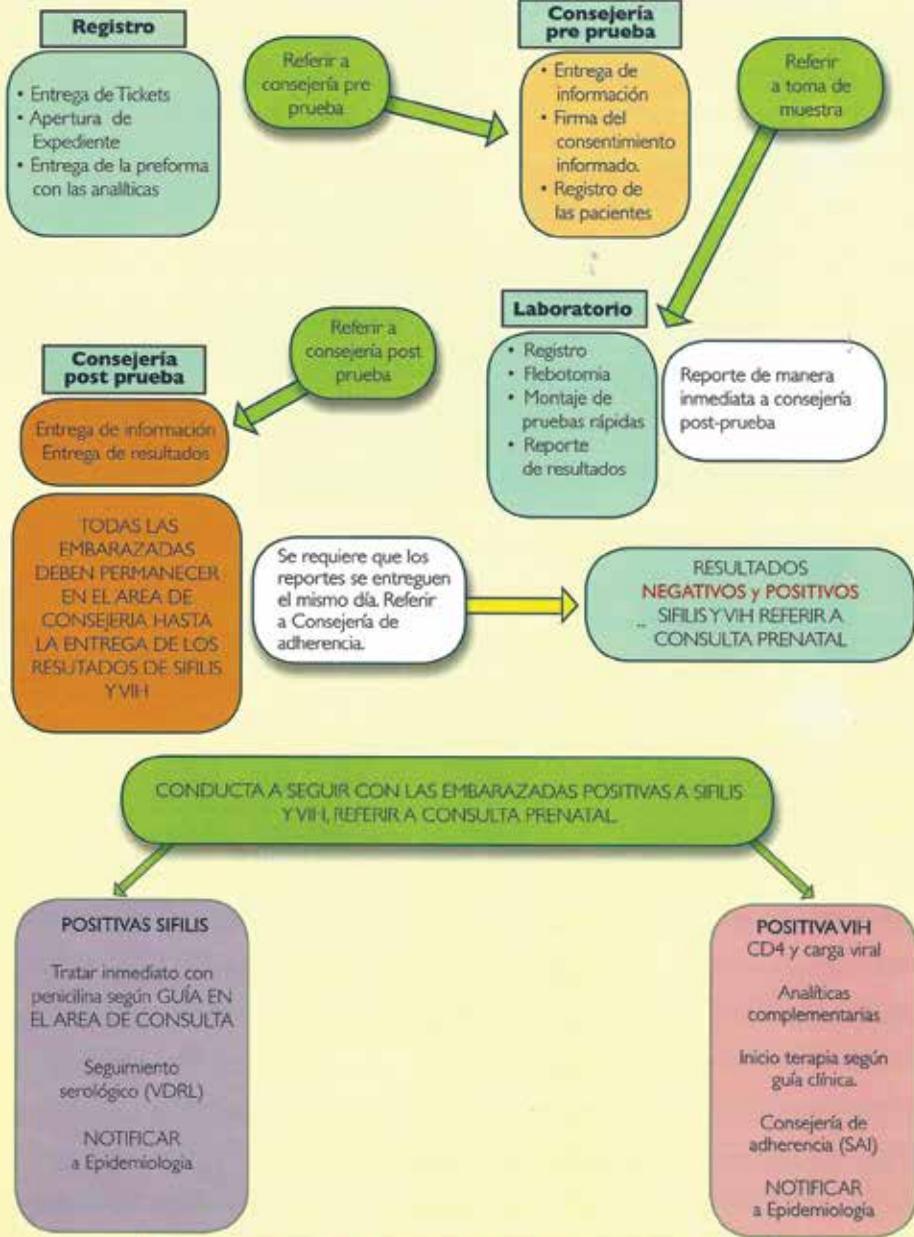
LÁMINA N.º 1 - RUTA DE LAS EMBARAZADAS CON VIH



ESTRATEGIA DE ELIMINACIÓN DEL VIH Y SIFILIS CONGENITA



FLUJOGRAMA PARA LA CAPTACIÓN, IDENTIFICACIÓN Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS EMBARAZADAS POSITIVAS A SÍFILIS Y VIH



NOTIFICACION DE TODOS LOS CASOS A EPIDEMIOLOGIA



Esta guía se realizó con el apoyo financiero del UNICEF



