



GOBIERNO DE LA  
REPÚBLICA DOMINICANA  

---

**SALUD PÚBLICA**

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

SANTO DOMINGO  
REPÚBLICA DOMINICANA



# **GUÍA DE ATENCIÓN DE LAS EMBARAZADAS CON VIH EN LA REPÚBLICA DOMINICANA (ACTUALIZACIÓN)**

República Dominicana  
Noviembre, 2024



® **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)**

**Título original**

Guía de Atención de las Embarazadas Con VIH en la República Dominicana (Actualización)

**Coordinación técnica editorial**

Viceministerio de Salud Colectiva

**Formato gráfico**

Emmanuel Trinidad, Dirección de Normas, Guías y Protocolos, MISPAS

**eISBN:** 978-9945-644-80-7

**Primera Edición**

Julio, 2020

**Segunda Edición**

Noviembre, 2024

Santo Domingo, República Dominicana

Copyright © Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La mencionada institución 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, a través de la coordinación técnica y metodológica de la Dirección de Normas, Guías y Protocolos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.



## **AUTORIDADES**

**Dr. Víctor Elías Atallah Lajam**

Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

**Dr. José Antonio Matos Pérez**

Viceministro de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

**Dr. Eladio Radhamés Pérez Antonio**

Viceministro de Salud Colectiva

**Lcdo. Miguel Antonio Rodríguez Viñas**

Viceministro de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud

**Lcda. Raysa Bello Arias de Peña**

Viceministro de Asistencia Social

**Dr. Fernando José Ureña González**

Viceministro de Salud Pública

## **EQUIPO RESPONSABLE**

Dr. Ricardo Elías Melgen. Director de Gestión de Salud de la Población  
Dr. Jael Garrido. Director Interino Viceministerio de Salud Colectiva  
Dra. Altagracia Milagros Peña González. Dirección de Normas, Guías y Protocolos  
Dra. MonicanThormann. Coordinadora Programa de ITS/sida y Hepatitis  
Lcda. Yessica Rondón Díaz. Encargada de Documentos Técnicos Sanitarios

## **EQUIPO ELABORADOR 1ERA. EDICIÓN**

Dr. José Ledesma	Dra. Marisol Jiménez
Dr. Lorenzo Heredia	Dra. Matilde Peguero
Dr. Luis Caminero	Dra. Olga Arroyo
Dr. Luis Ernesto Félix Báez	Dra. Zobeida Peralta
Dr. Osvaldo Lorenzo	Licda. Gisela Ventura
Dr. Paulino Díaz Ozoria	Licda. María Castillo
Dr. Ricardo Mercedes	Licda. Noemí Lara
Dra. Andelys de la Rosa	Licda. Nydia Rosario
Dra. Indiana Barinas	Licda. Rachel Adames
Dra. Lidia Minier	Licda. Xiomara Aquino

## **EQUIPO ELABORADOR DE ACTUALIZACIÓN**

### **EQUIPO ELABORADOR DEL MISPAS**

#### **Programa de VIH-SIDA**

Dra. Marisol Jiménez. Coordinadora Unidad Coordinadora de Atención Integral  
Lic. Xiomara Aquino. Coordinadora de Consejería psicología  
Dr. Osvaldo Lorenzo. Coordinador Vigilancia Epidemiológica  
Dra. Farah Peña. Coordinadora de Monitoreo y Evaluación  
Dra. Silvia Guigni. Técnico de Vigilancia Epidemiológica

#### **Programa Materno Infantil**

Dra. Zobeida Peralta. Técnica de la División Materno Infantil y Adolescentes

#### **Dirección Inmunoprevenibles por Vacunas**

Dra. Aida Lucia Vargas. Directora

#### **Unidad Ejecutora de Proyecto (UEP)**

Lic. Karina Reyes Mateo. Coordinadora de Proyecto CDC

## **EQUIPO ELABORADOR EXTERNO**

### **Servicio Nacional De Salud**

Lic. Yoany Arias. Directora del laboratorio clínico-SNS

Dra. Prisca Cabrera. Supervisora departamento gestión clínica

### **Consejo Nacional de VIH-SIDA –CONAVIHSIDA**

Dra. Jhoanne Muñoz. Subdirectora CONAVIHSIDA - Santiago

### **Sociedad Dominicana de Infectología**

Dra. Rosa Abreu. Presidenta

Dra. Genara Santana. Miembro

### **Clínica de Familia**

Dra. Elianna Peña. Pediatra, Clínica de Familia, La Romana

### **Programa conjunto de las Naciones Unidas Sobre El VIH/Sida (ONUSIDA) RD**

Bethania Betances. Directora del ONUSIDA

### **Centers For Disease Control And Prevention (CDC)**

Dra. Carmen Figueroa. Médico epidemiólogo

### **Organización Panamericana de la Salud**

Dr. Omar Sued. Asesor Regional para el Tratamiento y Atención del VIH para América Latina y el Caribe

Lic. Olivia Brathwaite. Asesora de Control de Enfermedades de OPS/OMS República Dominicana

Dra. Emely Fernández. Consultora Nacional Enfermedades Transmisibles OPS/OMS República Dominicana.

### **Fondo de Las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)**

Dr. Elvis Báez. Oficial de Salud / Health Officer República Dominicana

### **Agencia de Los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)**

Dra. Claudia Valdez. Consultora Proyecto Medicamentos

## **ASESORÍA Y VIABILIDAD JURÍDICA, METODOLÓGICA Y SANITARIA**

### **Dirección de Normas, Guías y Protocolos**

Lcda. Anel Payero González. Coordinadora técnico legal

Dra. Ibsen Veloz Suarez. Encargada de Reglamentación Sanitaria

Dra. Delia Nais Castillo Marmolejos. Analista de Documentación Sanitaria

Lcda. Dayanara Lara Vittini. Analista de Documentación

## RESOLUCIÓN MINISTERIAL



### MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

#### Resolución Núm. 0017-2024.

**Que pone en vigencia los Documentos Normativos y Técnicos Sanitarios para Diversos Eventos Clínicos.**

El **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)**, Institución Estatal organizada de acuerdo con la Ley Orgánica de la Administración Pública No. 247-12, G.O.Núm.10691, del catorce (14) de agosto del año dos mil doce (2012) y la ley General de Salud No. 42-01, de fecha ocho (8) de marzo del año dos mil uno (2001), debidamente provista de su Registro Nacional de Contribuyente (RNC) Núm. 401007398, con domicilio y asiento social principal en la avenida Héctor Homero Hernández Vargas, esquina avenida Tiradentes; ensanche la Fe, debidamente representado por el Ministro **Dr. Víctor Elías Atallah Lajam**, dominicano, mayor de edad, casado, titular de la cédula de identidad y electoral No. 001-0974857-4, médico de profesión, con domicilio y residencia en esta ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional.

**Considerando (1):** Que la rectoría del Sistema Nacional de Salud está a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y sus expresiones territoriales, locales y técnicas. Esta rectoría será entendida como la capacidad política del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), de máxima autoridad nacional en aspectos de salud, para regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias, concertar intereses, movilizar recursos de toda índole, vigilar la salud y coordinar acciones de las diferentes instituciones públicas y privadas y de otros actores.

**Considerando (2):** 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. g

**Considerando (3):** 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

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

de la función de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

**Considerando (4):** 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 (5):** 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 (6):** 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 (7):** 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.

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

**Considerando (8):** 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 (9):** 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 (10):** Que, la implantación y apego a reglamentos, guías y protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

**Vista:** La Constitución de la República Dominicana, de fecha del 13) de junio de 2015.

**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. 9

**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.

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

**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, 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 Reglamentos, Guías de Práctica Clínica y 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 los siguientes documentos normativos y técnicos sanitarios:

1. Normas Generales para la Implementación de la Revista Dominicana de Salud
2. Manual Operativo de la Dirección de Inmunoprevenibles por Vacuna
3. Guía para comunicación sobre Vacunación Segura
4. Manual Integrado de supervisión Monitoreo y Evaluación
5. Procedimientos de cuidados de enfermería en la canalización umbilical
6. Procedimientos de cuidados en personas viviendo con diabetes y enfermedad periodontal
7. Protocolo de atención para cirugía de reconstrucción mamaria con implantes y expansores tisulares
8. Protocolo de atención sobre criterios de seguridad en cirugía plástica de liposucción
9. Protocolo de manejo de Linfoma Hodgkin en niños, niñas y adolescentes
10. Protocolo de manejo de Linfomas No Hodgkin en niños, niñas y adolescentes
11. Protocolo de Manejo de Linfoma Hodgkin en adultos
12. Protocolo de Manejo de la Otitis Media Aguda
13. Guía para el llenado y uso correcto de la Cedula de Salud del niño y la niña menor de 5 años
14. Guía de Atención de las embarazadas con VIH en la República Dominicana (Actualización)

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

**Tercero:** El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el uso de los Reglamentos Técnicos, las Guías de Práctica Clínica y los 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 a los 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 de los Servicios de Salud, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

**Quinto:** Se instruye remitir copia íntegra de la presente resolución, para fines de cumplimiento y ejecución, de los documentos puestos en vigencia en la presente a los siguientes: Superintendencia de Salud y Riesgos laborales (SISALRIL), Aseguradoras de Riesgo de Salud (ARS), Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL), Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados (ANDECLIP), Servicio Nacional de Salud (SNS) y demás prestadores privados y ONGs.

**Sexto:** Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información a publicar en el portal web institucional el contenido de la presente resolución.

En Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, a los catorce (14) días del mes de noviembre del año dos mil veinticuatro (2024).



**Dr. Víctor Elías Atallah Lajam**  
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

## CONTENIDO

0.	SIGLAS Y ACRÓNIMOS .....	14
1.	INTRODUCCIÓN.....	16
2.	ACTUALIZACIÓN .....	17
3.	METODOLOGÍA .....	17
4.	OBJETIVO .....	19
5.	EVIDENCIAS CIENTÍFICAS .....	19
6.	USUARIOS DE LA GUÍA.....	19
7.	POBLACIÓN DIANA.....	19
8.	ATENCIÓN A LAS EMBARAZADAS DE PRIMERA CONSULTA .....	19
8.1	Momentos de la Captación de las embarazadas según diagnóstico de VIH.....	20
8.1.1	Embarazadas con diagnóstico VIH previo a la primera consulta de embarazo. ....	20
8.1.2	Mujeres diagnosticadas con VIH en la primera consulta de embarazo .....	22
8.1.3	Diagnóstico de VIH en fases avanzadas de la gestación o durante el parto.....	22
9.	MANEJO DE LAS EMBARAZADAS CON VIH .....	22
9.1	Evaluación inicial de las embarazadas con VIH.....	22
9.2	Pruebas de laboratorio solicitadas a toda embarazada diagnosticada con VIH.....	23
9.3	Abordaje de las embarazadas con VIH .....	24
9.4	Seguimiento de la paciente con VIH durante el embarazo .....	24
10.	TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TAR) .....	25
10.1	Consejería a la mujer embarazada con VIH, para el inicio de tratamiento antirretroviral .....	27
10.2	Manejo de las distintas situaciones clínicas obstétricas .....	28
10.2.1	Embarazada con rotura de membranas en trabajo de parto durante la semana 36 o después, en la que se desconoce serología del VIH.....	28
10.2.2	Embarazada con infección por el VIH conocida en el tercer trimestre, que no ha recibido tratamiento antirretroviral y que se desconoce su CVp del VIH y su recuento de linfocitos T-CD4.....	28
10.2.3	Embarazada con infección por el VIH en TAR, pero con CVp del VIH igual o mayor a 1,000 copias en la semana 36 de gestación <sup>10</sup> .....	29
10.2.4	Embarazada con infección de VIH en TAR con CVp del VIH indetectable (< 50 copias) en la semana 36 de gestación <sup>10</sup> .....	29
10.2.5	Embarazada con infección de VIH que se presenta con rotura de membranas en la semana 37 o más, en trabajo de parto <sup>10</sup> .....	29
10.3	Recomendaciones para el TAR intraparto .....	29

10.4	Seguimiento del tratamiento TAR en embarazadas .....	30
10.5	Cambios en el tratamiento con TAR de las embarazadas con VIH .....	30
10.5.1	Fallos terapéuticos .....	30
10.5.2	Valoración del fallo virológico.....	31
10.5.3	Carga Viral Plasmática (CVp) del VIH <sup>14</sup> .....	31
10.5.4	Pasos para seguir ante el fallo virológico .....	31
10.6	Adherencia al tratamiento antirretroviral <sup>13</sup> .....	32
11.	ENFERMEDAD AVANZADA DEL VIH EN EMBARAZADA <sup>5</sup> .....	32
12.	PATOLOGÍAS QUE COMPLICAN EL EMBARAZO A MUJERES CON VIH .....	33
12.1	Tuberculosis .....	33
12.2	Tratamiento Preventivo para Tuberculosis (TPT) <sup>15</sup> .....	34
12.3	Profilaxis con Cotrimoxazol <sup>16</sup> .....	35
12.4	Coinfección VIH/VHB del virus de la hepatitis B (VHB) .....	35
13.	MANEJO DEL PARTO EN LA EMBARAZADA VIH .....	36
13.1	Requisitos para el parto vía vaginal .....	36
13.2	Requisitos para el parto por cesárea.....	37
13.3	Profilaxis para el RN expuesto al VIH <sup>18</sup> .....	37
13.4	Continuidad del control en el puerperio de una mujer con VIH.....	38
14.	BIBLIOGRAFÍA.....	40

## 0. SIGLAS Y ACRÓNIMOS

<b>3TC</b>	Lamivudina
<b>Abacavir</b>	Abacavir
<b>ADN</b>	Ácido desoxirribonucleico
<b>ARN</b>	Ácido ribonucleico
<b>ATV/r</b>	Atazanavir/ritonavir
<b>CVp</b>	Carga viral plasmática del VIH
<b>DAS</b>	Dirección de Área de Salud
<b>DIEPI</b>	Dirección de Epidemiología
<b>DMG</b>	Diabetes mellitus gestacional
<b>DPS</b>	Dirección Provincial de Salud
<b>DRV/r</b>	Darunavir/ritonavir
<b>DTG</b>	Dolutegravir
<b>EFV</b>	Efavirenz
<b>ENDESA</b>	Encuesta Demográfica y de Salud
<b>ETMI</b>	Eliminación de la Transmisión Materno Infantil
<b>FTC</b>	Emtricitabina
<b>HBsAg</b>	Antígeno de superficie del Virus de la Hepatitis B
<b>HPTN</b>	HIV Prevention Trials Network (Red de ensayos de prevención del VIH)
<b>Ig</b>	Inmunoglobulina
<b>IO</b>	Infección oportunista
<b>IP</b>	Inhibidores de la proteasa
<b>ITRN</b>	Inhibidores de la transcriptasa reversa nucleósido
<b>ITRNN</b>	Inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósido
<b>ITS</b>	Infecciones de transmisión sexual
<b>MSP</b>	Ministerio de Salud Pública
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PCR</b>	Reacción en cadena de las polimerasas
<b>PNCT</b>	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
<b>PVVIH</b>	Personas viviendo con VIH
<b>RAL</b>	Raltegravir
<b>RH</b>	Rifampicina e Isoniacida
<b>RN</b>	Recién Nacido
<b>SAI</b>	Servicio de Atención Integral
<b>SIDA</b>	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
<b>SIRI</b>	Síndrome inflamatorio de reconstitución inmunológica
<b>SNS</b>	Servicio Nacional de Salud

<b>SRS</b>	Servicio Regional de Salud
<b>TAR</b>	Tratamiento con antirretroviral
<b>TB</b>	Tuberculosis
<b>TBP</b>	Tuberculosis pulmonar
<b>TDF</b>	Tenofovir
<b>TMI</b>	Transmisión Materno Infantil
<b>TMP-SMX</b>	Trimetoprin sulfametosaxol
<b>TPI</b>	Tratamiento preventivo con isoniacida
<b>VHB</b>	Virus de la hepatitis B
<b>VHC</b>	Virus de la hepatitis C
<b>VIH</b>	Virus de inmunodeficiencia humana

## 1. INTRODUCCIÓN

En la República Dominicana el número estimado de PVVIH en la población total es de 78.500 lo que representa el 0.71 % de la población total. Entre la población de 15 a 49 años, se estima que la prevalencia en el año 2021 es del 0.94 %. Es algo superior en los hombres (1.01%) que en las mujeres (0.88%). En la población de 15 a 24 años la prevalencia es mucho menor, 0.17 %, con una prevalencia más alta entre las mujeres jóvenes (0.19%) que entre los hombres jóvenes (0.15 %).<sup>1</sup>

El número de nuevas infecciones entre la población de 15 a 49 años es de 3815, con 2560 entre hombres y 1255 entre mujeres y 540 entre la población de 15 a 24 años, 265 entre hombres y 275 entre mujeres<sup>1</sup>, 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 y una cobertura estimada del 99% de partos que ocurrieron en un establecimiento de salud, de los cuales, el 72% fue en establecimientos públicos y el 27% en clínicas privadas. Estos desembarazos fueron atendidos en un 77% por un ginecólogo/obstetra y un 22% por un médico general, según ENDESA 2013.<sup>2</sup>

Las embarazadas con VIH constituyen un grupo poblacional priorizado, ya que el embarazo aporta 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 estimada de uso de tratamiento antirretroviral (TAR) durante la etapa gestacional, fue de 1,221 embarazadas en el 2021<sup>1</sup>, para una tasa de infección de transmisión materno-infantil a las 6 semanas de nacidos de 3.2% en el año 2023<sup>3</sup>. Este es un indicador de que debemos fortalecer en la adherencia de las mujeres embarazadas, ya que, tenemos buena cobertura en los antirretrovirales.

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; así como, utilizar los fármacos que mejor atraviesan la placenta y evitar los que puedan ocasionar defectos congénitos al recién nacido (RN), los que resulten tóxicos o los que interfieran con otras medicaciones.

Como el país es compromisario de erradicar la transmisión del VIH al 2030, la red sanitaria ha asumido la Estrategia 95-95-95, que consiste en lograr que el 95% de la población conozca su estado serológico frente al VIH, en proveer tratamiento con TAR al 95 % de las personas seropositivas y en lograr la supresión viral en el 95 % de los casos. Por tal razón, la presente guía tiene el propósito de contribuir con este compromiso.

## 2. ACTUALIZACIÓN

Dado el surgimiento de nuevas evidencias científicas en estos últimos años, se decidió actualizar la “Guía de Atención de las embarazadas con VIH en la República Dominicana” (Versión 2021). En esta actualización se contemplan los siguientes puntos:

- **Atención de Embarazadas con VIH**

La realización de dos determinaciones de CD4 y de Carga viral plasmática del VIH (CVp): en el primer control analítico y en las 34-36 semanas de gestación. <sup>4</sup>

- **Diagnóstico de VIH en fases avanzadas de la gestación o durante el parto**

Proceder en caso de prueba positiva de VIH con la administración de esquemas basado en dolutegravir <sup>5</sup>

- **Eliminación**

- Realizar dos determinaciones de CD4 y de CVp del VIH, con intervalo de 12 a 16 semanas antes del parto
- En la prueba de laboratorio en la pesquisa de otras ITS, se elimina la Escherichia Coli
- Se elimina el esquema Tenofovir/Emtricitabina + Raltegravir (TDF/FTC+RAL)

- **Temas incluidos en esta actualización**

- Principales tipos de toxicidad asociados a los medicamentos antirretrovirales de esquema preferente y alternativo
- Enfermedad avanzada del VIH en embarazada
- Profilaxis con Cotrimoxazol
- Tratamiento Preventivo para Tuberculosis (TPT)
- Coinfección TB/VIH
- Recomendaciones para la prevención de la TV del VHB

## 3. METODOLOGÍA

Para la actualización de este documento fueron revisadas las nuevas recomendaciones contenidas en las guías consolidadas sobre el uso de antirretrovirales para la prevención y tratamiento del VIH, de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022). Asimismo, se consultó información basada en evidencias científicas disponibles, que presentan las características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH en el país.

El documento se sometió a un amplio proceso de revisión, donde participaron profesionales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Servicio Nacional de Salud y

representantes de la Sociedad Dominicana de Infectología; así como, especialistas en el tema, pertenecientes a organizaciones no gubernamentales y a organismos internacionales.

### **Marco conceptual**

Esta guía se fundamenta en un conjunto de enfoques conceptuales de gran valor técnico, político y ético relacionado a: derecho, salud sexual y reproductiva, equidad de género y de manejo del VIH en la embarazadas.

### **Enfoque de derecho**

La OMS establece que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades”.<sup>6</sup>

### **Enfoque de Género**

Es importante promover servicios de salud en un ambiente libre de estigma y discriminación hacia cualquier persona.

### **Salud reproductiva**

Las Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo define la salud reproductiva como “es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia”.<sup>7</sup>

### **Sexualidad humana**

Se define como “un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual”.<sup>8</sup>

### **Salud sexual**

Es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. Para que esta se logre es necesario que se reconozcan y se garanticen los derechos sexuales de las personas. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.<sup>8</sup>

#### **4. OBJETIVO**

Proporcionar lineamientos actualizados, según las últimas evidencias científicas disponibles, para orientar a los proveedores de los servicios de salud (públicos y privados) tanto en el diagnóstico y tratamiento de las embarazadas con VIH, como en la prevención de la transmisión materno-infantil en la República Dominicana.

#### **5. EVIDENCIAS CIENTÍFICAS**

- Organización Panamericana de la Salud: Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. 2.ed. Washington, DC: OPS, 2021.
- Grupo de Estudio Sida (GESIDA). Madrid España. Documento de consenso para el seguimiento de la infección del VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto, julio 2023.
- Unidad de Infecciones Perinatales, Barcelona, España. Protocolo: infección por VIH y gestación.

#### **6. USUARIOS DE LA GUÍA**

Personal de salud multidisciplinario compuesto por: médicos generales, psicólogos clínicos, laboratorios, farmacias, infectólogos, internistas, pediatras, intensivistas, emergenciólogos, medicina familiar, enfermería, auditoría médica clínica entre otros.

#### **7. POBLACIÓN DIANA**

Todas las mujeres embarazadas con VIH, que demandan servicios de atención en centros de salud públicos y privados de la República Dominicana.

#### **8. ATENCIÓN A LAS EMBARAZADAS DE PRIMERA CONSULTA**

- Ofrecer a toda embarazada de consulta de primera vez la información adecuada frente al VIH, sífilis y la hepatitis B, el porqué de la solicitud y sus posibles resultados.<sup>9</sup>
- Realizar la prueba rápida de VIH y sífilis en la primera consulta, previa consejería y consentimiento informado con la entrega de resultados el mismo día.
- Si el resultado de la prueba de VIH es positivo, iniciar el abordaje de las embarazadas con VIH.
- Ante una prueba rápida de sífilis reactiva, administrar la primera dosis de penicilina benzatínica y realizar la prueba de VDRL para confirmar diagnóstico para completar la dosificación.

- Repetir la prueba de VIH y sífilis en cada trimestre restante de la gestación, a toda embarazada que haya resultado seronegativa en determinaciones anteriores, o que tenga un estatus serológico desconocido en el tercer trimestre. <sup>5</sup>
- Ejecutar, con carácter de urgencia, una prueba serológica antes de la de alta; esto en caso de que la situación serológica con respecto al VIH sea desconocida al momento del parto o durante el postparto inmediato.

### **8.1 Momentos de la Captación de las embarazadas según diagnóstico de VIH**

Las embarazadas con VIH son captadas en los siguientes tres momentos relacionados con el diagnóstico: <sup>10</sup>

- Las que conocen su estatus frente al VIH al momento de su primera consulta de embarazo.
- Las que son diagnosticadas con VIH en la primera consulta de embarazo.
- Las que son diagnosticadas durante la atención prenatal; en cualquier momento del desarrollo del embarazo; y antes o después del parto.

Aunque cada grupo de estas mujeres conlleva un abordaje diferente, todas deben beneficiarse de la TAR para la eliminación de la transmisión materno infantil, 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.

#### **8.1.1 Embarazadas con diagnóstico VIH previo a la primera consulta de embarazo**

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

Idealmente la mujer debería intentar la gestación una vez conseguida la CVp del VIH indetectable. Se debe explicar adecuadamente el concepto indetectable = intransmisible de cara a la gestación. <sup>10</sup>

El TAR es importante tanto para la salud de la mujer, como para evitar la transmisión de madre a hijo, 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:

- Las que ya reciben TAR en el momento de la concepción no deben suspenderlo, si no es por indicación médica <sup>10</sup>. Valorar la sustitución del antirretroviral, en caso de que muestren intolerancia y otros efectos secundarios.
- Prescribirles la realización de pruebas de laboratorio (Ver acápite 9.2).
- Se investigarán posibles enfermedades relacionadas con el VIH.
- Su situación inmunológica será determinada mediante el conteo de linfocitos T-CD4.
- Determinar su CVp del VIH y hacerles un estudio de genotipo, si el resultado de su CVp del VIH es alto.
- Realizarles prueba de detección de tuberculosis y aplicarles tratamiento, de ser necesario.
- Evaluar la necesidad de aplicar profilaxis contra infecciones oportunistas.
- Administrar la vacuna del tétanos (Antitoxina tetánica) aplicando la primera dosis antes de las 20 semanas y la segunda dosis entre las semanas 27 y 29, vacuna antigripal inactivada durante la temporada gripal a todas las mujeres embarazadas durante cualquier momento del embarazo <sup>11</sup>. Otras vacunas para considerar es la hepatitis b, Haemophilus influenzae tipo b (Hib), COVID.
- Conocer su historia previa y actual de uso del TAR, <sup>9</sup> con especial énfasis en los problemas de adherencia al tratamiento.
- Identificar otros factores de riesgo, tales como: consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ilícitas; violencia domiciliaria y de género.
- Continuar con el uso de los TAR, incluso si tienen niveles bajos de CVp del VIH, ya que disminuye la transmisión de la enfermedad de madre a hijo. <sup>10</sup>
- Brindarles consejería y seguimiento para lograr una buena adherencia al TAR, a fin de disminuir la CVp del VIH e impedir el desarrollo de resistencia.
- Orientarlas sobre los beneficios del tratamiento para la reducción de la CVp del VIH y, por consiguiente, del riesgo de transmisión de madre a hijo.
- Recomendarles el uso de protección (condón) durante las relaciones sexuales.

### **8.1.2 Mujeres diagnosticadas con 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, consejería y atención de apoyo psicológico.<sup>10</sup>
- Ofertar a su pareja y a otros contactos sexuales la prueba de tamizaje de VIH y de sífilis; e integrarlo a la Unidad de Atención.

### **8.1.3 Diagnóstico de VIH en fases avanzadas de la gestación o durante el parto**

- Si no cuenta con una prueba de VIH se debe realizar a toda embarazada una prueba rápida previa consejería, cuando esté en labor de parto. Si no es posible garantizar la consejería previa, se realizará la prueba y se tomarán las precauciones 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 esquemas basado en dolutegravir<sup>5</sup>; y valorar la pertinencia de la cesárea, si está indicada para disminuir el riesgo de transmisión de madre a hijo.
- Hacer la prueba confirmatoria de VIH y brindar seguimiento, según arrojen los resultados, incluyendo apoyo psicoemocional.
- Dar seguimiento al RN expuesto al VIH, acorde a la Guía de diagnóstico temprano en infantes y atención clínica en VIH/sida pediátrico del 2023.

## **9. MANEJO DE LAS EMBARAZADAS CON VIH**

### **9.1 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 los 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.<sup>10</sup>

- Establecer el nivel de desarrollo de la infección y los efectos en el sistema inmune de la embarazada, mediante la determinación de la CVp del VIH y el conteo de los linfocitos T-CD4 en la sangre.

## **9.2 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: <sup>10</sup>

- Hemograma completo.
- Prueba de función hepática y renal.
- Perfil lipídico: triglicéridos, colesterol total y fracciones.
- Orina completa.
- Realizar dos determinaciones de CD4 y de CVp del VIH: en el primer control analítico y en las 34 -36 semanas de gestación <sup>9</sup>
- Tamizaje para sífilis, si no se ha realizado; o si le corresponde por edad gestacional o por control de sífilis.
- Pruebas de otras ITS: Gonorrea, Chlamydia trachomatis, Gardnerella vaginalis, y otras bacterias, hongos y parásitos.
- Antígeno de superficie para hepatitis B y anticuerpo anticore (si resulta positivo).
- Serología para virus hepatitis C.
- Serología para Toxoplasma gondii y Citomegalovirus IgG e IgM, En caso de que resulte positivo para citomegalovirus confirmar por PCR.
- Papanicolaou.
- Prueba molecular para TB (mediante equipo G-Expert), si tiene sospecha de tuberculosis.
- Realizar una primera ecografía al final del primer trimestre y el segundo alrededor de la semana 20, tomando en cuenta que la estimación de la edad gestacional por la fecha de la última menstruación (FUM) no es exacta se recomienda realizar una ecografía con el fin de diagnosticar embarazo, determinar la edad gestacional y detectar embarazo múltiple.<sup>11</sup>

### **9.3 Abordaje de las embarazadas con VIH**

- Todas las embarazadas seropositivas deben de tomar medicamentos contra el VIH, tanto para prevenir la transmisión de madre a hijo, como para proteger su propia salud.<sup>5</sup>
- Las embarazadas seropositivas pueden usar los mismos regímenes de tratamiento contra el VIH recomendados para la población en general, a menos que el riesgo de cualquier efecto secundario conocido para una embarazada o un RN sea mayor que los beneficios del tratamiento.<sup>12</sup>
- Las embarazadas seropositivas empezarán a tomar los medicamentos contra el VIH desde su primera consulta. Las mujeres que ya están tomando medicamentos contra el VIH cuando quedan embarazadas, continuarán tomándolos durante el embarazo.<sup>12</sup>
- A las mujeres con una CVp de VIH alta o desconocida se les debe realizar una cesárea, para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo. En ese tenor, la cesárea se realizará en la semana 39 del embarazo.<sup>4</sup>
- Orientarla acerca de la alimentación y de la nutrición que requiere el RN.

### **9.4 Seguimiento de la paciente con VIH durante el embarazo**

Realizar el control prenatal, según lo que establecen los Protocolo de Atención en Embarazo de Bajo Riesgo de la República Dominicana, conjunto a la cita para la atención del VIH.

En cada visita médica tomar en cuenta lo siguiente:

- Valorar las pruebas anteriores.
- Reforzar la consejería de adherencia al TAR.
- Vigilar los efectos secundarios de los TAR.
- Dar seguimiento al comportamiento decreciente de la CVp del VIH hasta que se haga indetectable.
- Hacer los ajustes en el TAR 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 de las usuarias a entender la necesidad del TAR permanente.
- Asegurar la atención de la pareja, en caso de ser positivo al VIH.
- 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.
- Iniciar el tratamiento adecuado, según las recomendaciones generales para los adultos infectados, así como los individuales para la gestante, considerando su potencial impacto para el feto y el RN.
- En gestantes con una cifra de linfocitos CD4 inferior a 200 se iniciará la profilaxis de las infecciones oportunistas. <sup>10</sup>
- Realizar la segunda ecografía alrededor de la semana 20. El mejor momento para realizar el estudio morfológico del feto por ecografía es durante las 18 y 24 semanas de gestación, óptima a las 22 semanas. En ese momento la ecografía permite la confirmación de viabilidad fetal, biometría fetal (diámetro biparietal, longitud femoral y diámetros abdominales), anatomía fetal y diagnóstico de malformaciones, además de anomalías de anejos ovulares. <sup>11</sup>
- Se debe realizar una CVp del VIH a la semana 34 a 36 de gestación para tomar la decisión acerca del modo del parto y el tratamiento que recibirá el RN. <sup>10</sup>

## 10. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TAR)

El TAR está recomendado para todas aquellas embarazadas que viven con VIH, independientemente de los resultados de su conteo de células CD4, de su nivel de CVp del VIH y de que presenten o no enfermedades defensorias de sida. <sup>5</sup>

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 1: Esquemas recomendados para el tratamiento inicial con TAR en las embarazadas**

Esquema preferente	Esquemas alternativos	Circunstancias Especiales
TDF /3TC + DTG TDF / FTC) + DTG	ABC /3TC + DTG TDF /3TC (o FTC) + ATV/r ABC /3TC + ATV/r TDF /3TC (o FTC) + DRV/r	*TDF + 3TC (o FTC) + EFV 600 mg

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud: Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. 2.ed. Washington, DC: OPS, July 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593><sup>5</sup>

\*Para las pacientes VIH Coinfectadas con tuberculosis

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

- Administrarles el TAR el mismo día de su diagnóstico, para reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo. <sup>10</sup>
- Iniciar el TAR con la opción preferente de TDF /3TC (o FTC) + DTG si se capta a las embarazadas en una etapa tardía de la gestación o en labor de parto, dado el rápido paso transplacentario. <sup>9</sup>
- Mantenerles el TAR, si quedan embarazada tomando este tratamiento, valorar ajustar esquema si es necesario teniendo en cuenta la adherencia y fallo al mismo. <sup>9</sup>
- Seleccionar el TAR basándose en su eficacia, su seguridad en la gestación y su facilidad de cumplimiento.
- Mantener el tratamiento antirretroviral en el posparto, vigilando la adherencia <sup>9</sup> y siguiendo las pautas indicadas en la “Guía Nacional de Atención a la población adulta con VIH-SIDA”.

**TABLA 2: Principales tipos de toxicidad asociados a los medicamentos antirretrovirales**

Antirretroviral	Principales tipos de toxicidad	Comentarios
Abacavir (ABC)	Reacción de Hipersensibilidad (vigilar exantema, dolor muscular, fatiga y adenopatías súbitas), que podría ser fatal si el paciente vuelve a exponerse.	Realizar la determinación del HLAB*5701 (si está disponible), ante la sospecha de hipersensibilidad; y de resultar positiva, suspender inmediatamente el medicamento.
Atazanavir/ritonavir (ATV/r)	Hiperbilirrubinemia indirecta (vigilar la ictericia)	Dar seguimiento y tomar las acciones de lugar ante efectos en la piel
Dolutegravir (DTG)	Hepatotoxicidad Reacción de hipersensibilidad Aumento de peso corporal	Dar seguimiento en pacientes con hepatitis B y C Controlar el peso corporal y promover medidas contra la obesidad (como la dieta y el ejercicio físico) ejercicio). Si un aumento significativo a pesar de las medidas, considerar sustituir por EFV
Efavirenz (EFV)	Toxicidad a nivel Sistema Nervioso Central (como mareos, insomnio y anormal sueños) o mentales síntomas (ansiedad, depresión y mental, confusión)	Evitar este régimen en embarazadas con trastornos neuropsiquiátricos, depresión o ideas suicidas.

Tenofovir (TDF)	Vigilar trastornos a nivel hepático Enfermedad renal crónica	No utilizar el tenofovir en embarazadas con aclaramiento de la creatinina menor a 60 ml/min. No usar si la paciente presenta osteopenia, osteoporosis o problemas renales.
-----------------	---	--

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud: Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. 2.ed. Washington, DC: OPS, July 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/978924003159385>

### 10.1 Consejería a la mujer 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 CVp del VIH 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 las siguientes prerrogativas:

- 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. 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 que la infección por VIH no 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.
- Educar sobre la importancia y los objetivos de usar los medicamentos antirretrovirales y explicar los riesgos de no usar los medicamentos.<sup>13</sup>
- Referir al Departamento de Psicología, en caso de que las pacientes no muestren compromiso o aceptación para llevar a cabo el inicio de la TAR; la idea es trabajar a profundidad con ellas la adherencia al tratamiento y volver a ofrecérselo en las visitas sucesivas.
- Referir a la unidad de salud mental si la paciente tiene enfermedad mental y/o padece de trastornos por el uso de sustancias ilícitas.
- Investigar qué otros medicamentos usa la paciente, para evitar interacciones entre los TAR.

- Apoyar a la gestante para lograr la adherencia al tratamiento, identificando las fallas y establecer el curso de acción a seguir, seleccionando las intervenciones más apropiadas y preparar un plan de apoyo individualizado para el fortalecimiento de la adherencia.<sup>13</sup>
- Garantizar que aquellas embarazadas que tengan problemas mentales o estén utilizando sustancias psicoactivas, recibir el apoyo de algún familiar o amigo durante el proceso del inicio de TAR.

## **10.2 Manejo de las distintas situaciones clínicas obstétricas**

### **10.2.1 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 materno fetal 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.<sup>10</sup> Sin embargo, esta asociación no se presenta si el TAR es efectivo y la gestante tiene CVp del VIH <1000.

Por tal razón, ante la situación planteada resulta preponderante cumplir con los siguientes pasos:<sup>10</sup>

- Realizar la prueba rápida de VIH.
- Iniciar con la administración concomitante de los antirretrovirales: TDF/FTC+DTG.
- 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 RN.

### **10.2.2 Embarazada con infección por el VIH conocida en el tercer trimestre, que no ha recibido tratamiento antirretroviral y que se desconoce su CVp del VIH y su recuento de linfocitos T-CD4<sup>10</sup>**

- Iniciar el tratamiento antirretroviral con TDF/FTC (3TC) +DTG, al tiempo que se solicita las determinaciones de CVp del VIH y de linfocitos T-CD4.
- Programar una cesárea durante la 39.<sup>a</sup> semana.
- Continuar con TAR en el puerperio y dar continuidad al tratamiento en las consultas de Servicio de Atención Integral.

### **10.2.3 Embarazada con infección por el VIH en TAR, pero con CVp del VIH igual o mayor a 1,000 copias en la semana 36 de gestación <sup>10</sup>**

- Continuar con el tratamiento, si se determina que la gestante está respondiendo con una disminución de su CVp del VIH. 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 DTG (como en el caso anterior).

### **10.2.4 Embarazada con infección de VIH en TAR con CVp del VIH indetectable (< 50 copias) en la semana 36 de gestación <sup>10</sup>**

- 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 este último, salvo otras indicaciones obstétricas.

### **10.2.5 Embarazada con infección de VIH que se presenta con rotura de membranas en la semana 37 o más, en trabajo de parto <sup>10</sup>**

- Iniciar con triple terapia que incluya DTG, si la gestante no está en tratamiento previo.
- Decidir el modo de parto de forma individualizada, valorando cuestiones, tales como: el tiempo de rotura de la bolsa, la progresión del parto, la CVp del VIH y si la mujer está en tratamiento antirretroviral adherente.

## **10.3 Recomendaciones para el TAR intraparto**

- El parto es el momento de mayor riesgo de transmisión vertical del VIH, y el factor de riesgo más importante la CVp del VIH detectable, por ello se recomienda la realización de la determinación de la CVp del VIH alrededor de 4 semanas antes de la fecha prevista de parto (entre las semanas 34-36 de gestación) para poder establecer con antelación la vía más adecuada del parto y la profilaxis recomendada. <sup>10</sup>
- Administrar un esquema que contenga el DTG como tratamiento intraparto, recomendado a las embarazadas con VIH que se diagnostican tardíamente o a las que no se les conoce el nivel de CVp del VIH al momento del parto, dado que alcanza supresión viral más rápidamente.
- Utilizar en pacientes que no han recibido TAR durante el embarazo, siguiendo con la pauta de primera línea TDF/FTC (3TC) +DTG, dado su rápido paso placentario.

- Cambiar a la pauta con TDF/FTC (3TC) +DTG dado su rápido paso placentario, en pacientes que han recibido TAR durante poco tiempo y que presentan CVp del VIH > 50 copias/ml cerca de la fecha del parto.

#### **10.4 Seguimiento del tratamiento TAR en embarazadas**

- Asegurarse de que el seguimiento de la embarazada con 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 TAR y el control del embarazo <sup>10</sup>, exámenes obstétricos y evaluación nutricional.
- Dar seguimiento al tratamiento TAR 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.
- Vigilar efectos adversos de los antirretrovirales, teniendo en cuenta las sintomatologías propias del embarazo tales como: náuseas, vómito, mareos entre otros.

En todo caso, ante un cuadro compatible con un efecto adverso, deberá valorarse individualmente su posible relación con el fármaco y la conducta a seguir, teniendo en cuenta posibles modificaciones en la pauta de TAR para asegurar una buena adherencia durante la gestación. <sup>10</sup>

#### **10.5 Cambios en el tratamiento con TAR de las embarazadas con VIH**

##### **10.5.1 Fallos terapéuticos**

Monitorear a las personas que reciben TAR es importante para garantizar un tratamiento exitoso e identificar problemas de la adherencia y determinar si los regímenes de TAR deben cambiarse en caso de falla al tratamiento.

En comparación con la monitorización clínica o inmunológica, las pruebas de CVp del VIH proporcionan una indicación temprana y más precisa del fracaso del tratamiento y de la necesidad de cambiar el tratamiento de primera línea a una segunda línea. <sup>5</sup>

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.

### **Modificar el tratamiento TAR ante los siguientes escenarios:**

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

#### **10.5.2 Valoración del fallo virológico**

- Se determina con una CVp del VIH superior a 1000 copias/ml según dos mediciones de CVp del VIH consecutivas con tres meses de diferencia, con apoyo a la adherencia.

#### **10.5.3 Carga Viral Plasmática (CVp) del VIH <sup>14</sup>**

- La CVp es el indicador más importante de la respuesta inicial y sostenida al TAR. Es el parámetro fundamental en el seguimiento de los pacientes que tienen TAR pues constituye el marcador más fehaciente de la respuesta al mismo.
- La monitorización de la CVp del VIH antes de iniciar el TAR y durante el mismo se ha mostrado una herramienta eficaz para estimar y reforzar la adherencia. De hecho, la CVP del VIH desciende rápidamente tras el inicio de un TAR efectivo.
- Se entiende por respuesta virológica: la reducción de la CVp del VIH en más de 1 log (es decir 10 veces menos que el resultado obtenido de la CVp del VIH de base) a las cuatro semanas del inicio del TAR y ser indetectable (<50 copias/ml) tras 16 y 24 semanas de tratamiento, aunque en pacientes con CVp del VIH muy elevadas (superiores a 100,000 copias/ml) se puede tardar más de 24 semanas en conseguir niveles inferiores a 50 copias/ml.

#### **10.5.4 Pasos para seguir ante el fallo virológico**

Los factores que influyen son los siguientes: <sup>14</sup>

- Mala adherencia al tratamiento o al seguimiento de controles médicos.
- Efectos adversos.
- Interacciones farmacocinéticas con fármacos, alimentos, complementos nutricionales o drogas.
- Preexistencia de mutaciones de resistencia.
- 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.

- Realizar pruebas de resistencia previas al cambio de esquema a tercera línea, el cual será autorizado por la Mesa Técnica de Resistencia a TAR del Programa de ITS-VIH y Hepatitis del MSP de República Dominicana.

### **10.6 Adherencia al tratamiento antirretroviral <sup>13</sup>**

La importancia de la adherencia en las embarazadas, independientemente de si son adolescentes o adultas, es que de su cumplimiento estricto depende en gran medida que el niño o niña nazca sin VIH.

Para definir el plan de educación de adherencia con el que se acompañará a la embarazada se tomará en cuenta si ya conocía su diagnóstico o recién se entera a través de las pruebas de VIH que se realizan durante el embarazo.

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 con 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 TAR.
- 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.
- Identificar experiencia de violencia.
- Identificar problemas de pareja.

## **11. ENFERMEDAD AVANZADA DEL VIH EN EMBARAZADA <sup>5</sup>**

- La OMS define la enfermedad avanzada por VIH para adultos y adolescentes (y niños de cinco años y mayores) con un recuento de células CD4 inferior a 200 células/mm<sup>3</sup> o estadio clínico 3 o 4 de la OMS enfermedad.
- La enfermedad avanzada por VIH incluye a personas que acuden a consulta por primera vez después del diagnóstico por VIH.

- Embarazadas con VIH que tienen fracaso del tratamiento y la consiguiente disminución del recuento de células CD4.
- Embarazadas que habían iniciado previamente el TAR y que están volviendo a recibir atención después de un período de interrupción del TAR debe evaluarse para detectar enfermedad avanzada por VIH y se debe ofrecer el paquete avanzado de enfermedades del VIH, según corresponda.
- Las personas que presentan una enfermedad avanzada por VIH tienen un alto riesgo de muerte, incluso después de iniciar el TAR. El riesgo aumenta al disminuir el recuento de células CD4, especialmente con un recuento de células CD4 <100. células/mm<sup>3</sup>.
- La enfermedad avanzada por VIH también se asocia con mayor riesgo de infecciones oportunistas, síndrome inflamatorio de reconstitución inmune, mayor inflamación, mayor riesgo de comorbilidades relacionadas y no relacionadas con el SIDA.
- Las principales causas de mortalidad entre los adultos con enfermedad avanzada por VIH a nivel mundial incluyen la tuberculosis, infecciones bacterianas, enfermedad criptocócica, histoplasmosis, toxoplasmosis y Pneumocystis Neumonía de Jirovecii.

## **12. 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, 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 TAR y verificar si existe alguna interacción medicamentosa, si la embarazada es tratada por algunas de las enfermedades descritas anteriormente.

### **12.1 Tuberculosis**

Se estima que una cuarta parte de la población mundial está infectada con tuberculosis, y entre el 5% y el 10% de la población tienen el riesgo de desarrollar la enfermedad de tuberculosis activa a lo largo de su vida. La infección depende de varios factores, siendo el más importante el estado inmunológico de la persona. Las personas que viven con VIH tienen

entre 15 y 22 veces más probabilidades de desarrollar tuberculosis activa que las personas sin VIH, siendo la tuberculosis es la principal causa de muerte entre las personas que viven con VIH en todo el mundo. <sup>5</sup>

La evaluación diagnóstica en mujeres gestantes será la misma que para la población general. La radiografía de tórax con protección abdominal produce una mínima exposición fetal a las radiaciones pudiendo realizarse si se considera necesario<sup>10</sup>. El tratamiento recomendado es el mismo que se utiliza en una mujer no embarazada.

Las gestantes con TB activa, deben recibir simultáneamente tratamiento antituberculoso y TAR. En la actualidad se pueden utilizar las mismas pautas de TAR recomendadas para todos los pacientes con TB y VIH. Puede aparecer síndrome de reconstitución inmune (SIRI) que deberá manejarse, siempre que sea posible, manteniendo ambos tratamientos. <sup>10</sup>

## **12.2 Tratamiento Preventivo para Tuberculosis (TPT) <sup>15</sup>**

La TPT es un tratamiento de antibióticos que elimina a las bacterias de la TB que pudieran estar en un estado durmiente, dentro del cuerpo de una persona expuesta. Al eliminarlas, desaparece el riesgo de evolución hacia enfermedad, siendo las personas con VIH unas de las poblaciones prioritarias que se consideran elegibles para el TPT, cuanto más inmunodeprimido y menor la cifra de linfocitos CD4, el riesgo de desarrollo de enfermedad tuberculosa se dispara. También cuanto menor es las cifras de CD4 (ej. <100 células), la presentación es más atípica y el riesgo de TB diseminada aumenta. Descartar la enfermedad activa puede ser difícil en esta situación, por lo que se necesita:

- Ausencia de síntomas: fiebre, tos, pérdida de peso sudoración nocturna.
- Exploración física sin hallazgos.
- Radiografía de tórax: sin hallazgo.
- Una cifra muy baja de CD4 (<100 células) puede orientar hacia el mayor riesgo de una TB atípica, diseminada que es la forma de TB que más contribuye a la mortalidad de las PVVIH, a veces con pocos síntomas aparentes. Una vez descartada una TB activa, se considera toda PVVIH candidata a TPT.

El régimen TPT clásico en embarazadas es 3RH (diario). La suplementación con piridoxina (vitamina B6) a dosis de 25-50mg/día debe administrarse de forma rutinaria a todas las mujeres embarazadas que toman TPT que contenga isoniacida.

Se debe de reajustar la dosis de DTG a 50 mg dos veces al día (separado por 12 horas). Este ajuste de dosis debe mantenerse durante aproximadamente 2 semanas después de suspender la rifampicina.

### 12.3 Profilaxis con Cotrimoxazol

Recomendaciones: <sup>16</sup>

- Se recomienda profilaxis con cotrimoxazol a todas embarazadas con VIH con enfermedad clínica de VIH avanzado en etapa 3 o 4 de la clasificación de la OPS o con un conteo de CD4 menor o igual que 350 células/mm<sup>3</sup>, con una dosificación de (1 comprimido de TMP/SMX 160/800 mg) tres veces en semana VO.
- Se puede suspender la profilaxis con cotrimoxazol cuando estén clínicamente estables con TAR, con evidencia de inmunidad recuperación y supresión viral.
- Se debe administrar profilaxis rutinaria con cotrimoxazol a todas las personas que viven con VIH con enfermedad de tuberculosis activa independientemente del recuento de células CD4.

### 12.4 Coinfección VIH/VHB del virus de la hepatitis B (VHB)

El riesgo de TV del virus de la hepatitis B (VHB) es del 5-15% si la madre tiene una infección aguda muy próxima al parto o si es portadora crónica de HBsAg. La CV materna del VHB es el factor más determinante para la TV, especialmente si >200.000 UI/mL. <sup>10</sup>

Se debe realizar lo antes posible una serología VHA, VHB y VHC a toda mujer embarazada de la que no se conozca su estado serológico, y si no está protegida, se deben administrar las vacunas correspondientes. <sup>10</sup>

En todas las mujeres embarazadas con niveles altos de ADN del VHB ([200.000 UI/ml) o niveles de HBsAg >4 log<sub>10</sub> UI/ml, la profilaxis antiviral con TDF debe iniciar a las semanas 24-28 de gestación y continuar hasta 12 semanas después del parto. <sup>17</sup>

Todas las personas con coinfección por VHB/VIH deben recibir tratamiento antirretroviral independiente del número de CD4 y CVp del VIH y que el mismo incluya TDF o TAF, a menos que tenga antecedentes de intolerancia o toxicidad al TDF <sup>17</sup>. No se debe suspender el TAR que incluya fármacos con acción frente a VHB tras el parto por riesgo de exacerbación de la VHB.

**TABLA 3. Recomendaciones para la prevención de la TV del VHB**

Immunoprofilaxis	Madre HBsAg+	Madre HBsAg desconocido	Madre HBsAg-
Ig anti-hepatitis B	En las primeras 12 h tras el nacimiento	Si se confirma HBsAg+, tan pronto como sea posible (preferiblemente en las primeras 72 horas)	No es necesario
*Vacuna VHB	Al nacer, a los dos meses y a los 6 meses de vida	Si madre HBsAg según calendario vacunal	Según calendario vacuna

Disponible en: Fuente: Grupo de Estudio Sida (GESIDA). Madrid España. Documento de consenso para el seguimiento de la infección del VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto, julio 2023, [citado 15 de [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Documento\\_de\\_consenso\\_para\\_el\\_seguimiento\\_de](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Documento_de_consenso_para_el_seguimiento_de)

\*Se recomienda aplicar la primera dosis de la vacuna contra la Hepatitis B, durante las primeras 12 a 24 horas de vida del neonato, independientemente que la madre sea Madre HBsAg+ o Madre HBsAg- [diciembre 2023].

### 13. MANEJO DEL PARTO EN LA EMBARAZADA CON VIH

El parto es el período en el que se producen la mayor parte de los casos de transmisión materno-fetal, aunque el mecanismo exacto por el que se produce no se ha identificado (microtransfusiones sanguíneas, ascenso de virus a través de la vagina y cérvix, absorción del virus a través del tracto digestivo...). Por ello, en el momento del parto es esencial la aplicación de medidas terapéuticas y profilácticas de la TV. El factor aislado que mejor predice la transmisión materno infantil (TMI) del VIH es la CV materna. Por ello, las principales intervenciones irán dirigidas a la disminución de la CV y a la planificación del modo del parto.<sup>4</sup>

Debe establecerse la vía de parto más adecuada en cada caso, de forma que se garantice el mínimo riesgo de transmisión materno infantil del VIH, y la mínima morbilidad materna y fetal. La decisión debe implicar a la madre y al equipo médico, teniendo en cuenta la CVp del VIH a las 34-36 semanas y su evolución durante la gestación, el uso y cumplimiento de TAR durante el embarazo.<sup>4</sup>

**TABLA 4. Criterio de elección de la vía del parto en gestantes con infección por VIH**

PARTO VAGINAL	CESÁREA
<p>Deben cumplirse <b>TODOS</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TAR sostenido durante la gestación</li> <li>• CV con una CVp del VIH &lt; 1000 copias /ml (entre las 34-36 semanas)<sup>10</sup></li> <li>• Adecuada adherencia a control gestacional y TAR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CV &gt; 1000, o desconocida</li> <li>• No TAR</li> <li>• Diagnóstico de infección VIH periparto o en 3er trimestre</li> <li>• Otras indicaciones obstétricas</li> </ul>

Fuente: Unidad de Infecciones Perinatales, Barcelona, España. Protocolo: infección por VIH y gestación, [citado 15 de diciembre 2023]. Disponible en: <sup>4</sup>

#### 13.1 Requisitos para el parto vía vaginal

- 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 intrapartos.
- Considerar el parto vaginal en mujeres en TAR y con una CVp del VIH < 1000 copias /ml en el tercer trimestre. Idealmente, el objetivo es llegar al momento del parto con CVp del VIH < 50 copias/ml.
- Evitar la ruptura artificial de las membranas.
- Evitar la utilización de instrumentación en el parto (fórceps o ventosa).

- Proceder a separar al RN de la placenta rápidamente, realizar pinzamiento inmediato y evitar el ordeño de la placenta. <sup>4</sup>
- Aspirar y bañar al RN con agua estéril a 35 °C.
- Colocar al RN en alojamiento conjunto, siempre que las condiciones así lo permitan; y recibir su TAR entre las primeras 4 y 6 horas.

### **13.2 Requisitos para el parto por cesárea**

- Se recomienda la realización de una cesárea electiva (antes del inicio de parto, y antes de la rotura de membranas amnióticas) a las 39 semanas de embarazo para prevenir la transmisión materno infantil del VIH en aquellas mujeres que presenten una CVp del VIH >1000 copias/mL en las últimas 4 semanas antes del parto, o que lleguen al parto sin conocerse la CVp del VIH. <sup>10</sup>
- Individualizar la conducta a seguir. En ese sentido, basarse en los antecedentes de adherencia al TAR y en la existencia o no de fracasos previos en mujeres en TAR, con CVp del VIH oscilante entre copias/ml y con una labor de parto muy avanzada.
- Administrar un antibiótico profiláctico 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 RN con agua estéril a 35 °C.
- Colocar al RN en alojamiento conjunto, siempre que las condiciones así lo permitan; y recibir su TAR entre las primeras 4 y 6 horas.

### **13.3 Profilaxis para el RN expuesto al VIH <sup>18</sup>**

- Se divide la profilaxis del RN expuesto al VIH, en bajo y alto riesgo, en aquellos niños cuyas madres con VIH tuvieron buen control del embarazo, que recibe antirretrovirales, llega al parto con viremia plasmática indetectable (<50 copias/ml) o < 1000 y sin otros factores de riesgo, el niño recibirá entre las primeras 4 a 6 horas de vida la monoterapia de zidovudina (AZT) 4 mg/kg/12 h, VO, durante 4 semanas.
- En el niño de bajo riesgo realizar la primera prueba de PCR-ADN proviral del VIH a las 4 semanas de nacido.
- Se consideran alto riesgo los niños nacidos de mujeres con infección por VIH que hayan recibido menos de cuatro semanas de TAR en el momento del parto, con CVp del VIH (CV) >1000 copias/ml en las cuatro semanas previas al parto y las mujeres identificadas por primera vez durante el puerperio. El niño recibirá entre las primeras 4 a 6 horas de vida el siguiente esquema:
  - Zidovudina (AZT): 4 mg/kg/12 h, VO, durante 4 semanas.

- Lamivudina (3TC): 2 mg/kg/12 h, VO, durante 4 semanas.
- Nevirapina (NVP): 2 mg/kg/24 h, VO, durante 4 semanas.

Realizar la primera toma de PCR-ADN a los 15 días, si resulta positivo es altamente sugestivo de infección VIH y debe confirmarse el resultado en una segunda muestra a la mayor brevedad posible e iniciar con tratamiento antirretroviral con ABC + 3TC + DTG a las 4 semanas, si el resultado sale negativo repetir a las 4 semanas.

### **13.4 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 “Protocolo de Atención al Puerperio de Bajo Riesgo”<sup>19</sup>, asegurando que la paciente cumpla con las siguientes recomendaciones:

- Realizar una sola exploración física del bebé en las primeras 24 horas a su nacimiento, con la finalidad de identificar complicaciones que puedan requerir de cuidados especializados.<sup>19</sup>
- Vigilar los factores de riesgo para hemorragia post parto y/o infección.
- Continuar usando los TAR y el resto de los medicamentos antibióticos; así como, hierro y ácido fólico, según se le haya recomendado.
- Iniciar la profilaxis al RN según su tipo de riesgos.
- 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.
- Higiene y cuidado de la herida en aquellas madres en las que se haya practicado una episiotomía o una cesárea, estableciendo un plan de curas.<sup>18</sup>
- Asistir a la primera cita de puerperio, cuando se cumplan siete días.<sup>18</sup>
- 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 cervicovaginal previa, a fin de prevenir el cáncer genital.<sup>10</sup>
- Orientar sobre las prácticas sexuales seguras, el uso del condón y las opciones de anticoncepción, para ser remitida a control ginecológico.
- Referir al psicólogo/a en caso de sospecha de depresión.<sup>19</sup>
- Guiar sobre cómo dar un adecuado seguimiento al tratamiento para evitar abandonos y/o una mala adherencia al mismo.<sup>4</sup>

- Asegurar la evaluación completa y el seguimiento médico de las pacientes con diagnóstico reciente de infección por el VIH antes del alta hospitalaria.

## 14. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud Pública. Programa de ITS- VIH y Hepatitis. República Dominicana Informe de estimaciones y proyecciones de prevalencia de VIH y carga de enfermedad, 2021. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/2255/Informeestimaciones2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Ministerio de Salud Pública. Encuesta Demográfica y de Salud 2013. República Dominicana. Octubre 2014. Disponible: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR292/FR292.pdf>
3. Ministerio de Salud Pública. Programa de ITS/VIH y Hepatitis. República Dominicana. Base de datos SIAI PLUS, módulo de diagnóstico temprano en infantes, <http://66.128.53.89/SIAIPlus/Paciente/FormularioDTI.aspx>.
4. Unidad de Infecciones Perinatales, Barcelona, España. Protocolo: infección por VIH y gestación, [citado 15 de diciembre 2023]. Disponible en: [https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/vih\\_y\\_gestacion.pdf](https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/vih_y_gestacion.pdf)
5. Organización Panamericana de la Salud: Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. 2.ed. Washington, DC: OPS, Julio 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>
6. Organización Panamericana de la Salud. Documentos básicos. Washington, D.C.: OPS; 2017. 19.<sup>a</sup> ed. [citado el 11 de noviembre de 2024]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52974/9789275373521\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52974/9789275373521_spa.pdf)
7. United Nations Population Fun. [Internet]. New York. New. Fondo de la Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Salud Sexual y Reproductiva. Actualizado el 4 de abril 2022. [citado el 11 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva#readmore-expand>
8. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington, D.C. Salud Sexual. [citado el 14 de diciembre de 2023]. Disponible: [https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2)
9. Ruiz Gómez, Fernando, Mocosó, Luis, et al; Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. 2021, [citado 15 de diciembre 2023]; Disponible en: <https://www.acin.org/images/guias/Guia de Practica Clinica basada VIH SIDA en Guia Completa.pdf>

10. Grupo de Estudio Sida (GESIDA). Madrid España. Documento de consenso para el seguimiento de la infección del VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto, julio 2023, [citado 15 de diciembre 2023]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Documento\\_de\\_consenso\\_para\\_el\\_seguimiento\\_de\\_la\\_infeccion\\_por\\_el\\_VIH\\_en\\_relacion\\_con\\_la\\_reproduccion\\_embarazo\\_parto\\_y\\_profilaxis\\_de\\_la\\_transmision\\_vertical\\_del\\_nino\\_expuesto.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Documento_de_consenso_para_el_seguimiento_de_la_infeccion_por_el_VIH_en_relacion_con_la_reproduccion_embarazo_parto_y_profilaxis_de_la_transmision_vertical_del_nino_expuesto.pdf)
11. Ministerio de Salud Pública. Protocolo de Atención en Embarazo de Bajo Riesgo. 1era ed. República Dominicana ,2020. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/2198/9789945621181.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Clinical info HIV gov. El VIH y el embarazo, actualizado agosto 18, 2021. Disponible en: <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/medicamentos-contras-el-vih-durante-el-embarazo-y-parto>
13. Ministerio de Salud Pública. Guía de Atención para la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral. 1<sup>era</sup> ed. República Dominicana, 2020. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/2256>
14. Grupo de Estudio Sida (GESIDA). Madrid España. Documento de Consenso de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento Antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia Humana. Enero 2022, [citado 11 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2022/05/GuiaGeSIDAPlanNacionalSobreElSidaRespectoAlTratamientoAntirretroviralEnAdultosInfectadosPorElVirusDeLaInmunodeficienciaHumanaActualizacionEnero2022.pdf>
15. Ministerio de Salud Pública. Manual de Procedimiento para la administración del Tratamiento Preventivo para la Tuberculosis (TPT) 1era ed. República Dominicana diciembre 2023. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/2323>
16. Ministerio de Salud Pública. Guía Nacional para la Atención de la Coinfección TB/VIH. República Dominicana. 2021. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/2029>
17. Ministerio de Salud Pública. Guía de Atención a las Hepatitis Virales y sus Comorbilidades Asociadas al VIH (Actualización). 2da ed. República Dominicana. Junio 2023. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/2299?show=full>

18. Ministerio de Salud Pública. Guía de Diagnóstico y Tratamiento de VIH/SIDA Pediátrico (Actualización). 2da ed Republica Dominicana, noviembre 2023. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/2318?show=full>
19. Ministerio de Salud Pública. Protocolo de Atención al Puerperio de bajo Riesgo (Actualización). 1era ed República Dominicana, Julio 2020. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/2006>



Av. Héctor Homero Hernández V., Esq. Av. Tiradentes,  
Ensanche La Fe, Santo Domingo, D.N. C.P.10514  
Teléfono: (809) 541-3121  
[www.msp.gob.do](http://www.msp.gob.do)  
RNC. 401-00739-8

SANTO DOMINGO REPÚBLICA DOMINICANA