

**SERIE DE MODULOS EDUCATIVOS PNRTV**

**MODULO II**

**ATENCIÓN INTEGRAL**

**PROGRAMA NACIONAL DE REDUCCION DE LA TRANSMISION VERTICAL  
DEL VIH**

**AUTORAS**

-DRA. MARILUZ RODRIGUEZ  
ALVAREZ CONSULTORA  
DIGECITSS/UNICEF -DRA. MARIA  
ISABEL TAVAREZ ROJAS  
ENC. DE ATENCIÓN VIH. SESPAS/DIGECITSS

**COLABORADORES**

DR. MANUEL TEJADA BEATO  
DR. WILLIAN HERNÁNDEZ  
DR. EDDY PEREZ TEN  
LIC. CLOTILDE PEÑA

**INSTITUCIONES PARTICIPANTES**

SESPAS:

-Subsecretaria de Atención Primaria  
-Dirección General de Control de las ITS Y el SIDA  
(DIGECITSS) Consejo Presidencial del SIDA  
(COPRESIDA)  
UNICEF  
OPS/OMS  
CENISMI  
REDOVIH  
Comisión Nacional de Lactancia Materna (CNLM)

## INDICE

PRESENTACIÓN.....	
INDICE .....	
GLOSARIO DE ABREVIATURAS .....	
INTRODUCCIÓN / PROLOGO .....	
PROPÓSITO .....	
OBJETIVO GENERAL .....	
OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	
ASPECTOS ETICOS A TOMAR EN CUENTA .....	
LIMITES E IMPLEMNETACION DEL PROGRAMA .....	
FASES .....	
COMPONENTES DEL PNRT .....	
PAUTAS DE IMPLEMENTACION .....	
PIRÁMIDE DE INTERVENCIÓN .....	
PASOS PARA LA IMPLEMENTACION .....	
EXTERNALIDADES .....	
ESTRATEGIAS DE IEC SEGÚN PREFIL .....	
LOGÍSTICA DE DISTRIBUCION DE INSUMOS .....	
ALMACENAMIENTO DE LOS INSUMOS .....	
DISTRIBUCIÓN .....	
FORMULAS INFANTILES .....	
MONITOREO Y SEGUIMIENTO .....	
INSUMOS DE LABORATORIO .....	
INSUMOS DEL ÁREA CLINICA .....	
SEGUIMIENTO POST PARTO .....	
GENERALIDADES DE MONOTOREO Y EVALUACIÓN .....	
INDICADORES CUANTITATIVOS .....	
INDICADORES CUALITATIVOS .....	
FORMULARIO DE DIAGNOSTICO .....	
ANEXOS .....	
REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS	

## GLOSARIO DE ABREVIATURAS

SESPAS	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
DIGECITTS	Dirección General de Control de Infecciones de transmisión Sexual y Sida.
PNRTV	Programa Nacional de Reducción de Transmisión Vertical.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
OPS/OMS	Organización Panamericana para la Salud/ Organización Mundial de la Salud.
CENISMI	Centro Nacional de Investigación Materno Infantil.
REDOVIH	Red de Personas Viviendo con VIH.
CNLM	Comisión Nacional de Lactancia Materna.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana.
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
ARV	Antirretrovirales.
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual.
ONG	Organizaciones no Gubernamentales.
IDSS	Instituto Dominicano de Seguros Sociales.
IEC	Información, Educación y Comunicación.
UNAPS	Unidades de Atención Primaria en Salud.
AIEPI	Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.
DPS	Dirección Provincial de Salud.
CIPESA	Circulo de Periodistas para la Salud.
PROMESE	Programa de Medicamentos Esenciales,
PCR	Reacción en Cadena de la Polimerasa.
F.F.A.A	Fuerzas Armadas
COPRESIDA	Consejo Presidencial del Sida.

## INTRODUCCIÓN/ PROLOGO

La importancia del Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana se basa en la repercusión de la morbimortalidad materna e infantil relacionados con el VIH/SIDA, los logros en la sensibilización del personal de salud, la apertura al uso de medicamentos antirretrovirales (ARV) y la disminución de la carga emocional en familias que ya están afectadas por la enfermedad.

Esto junto a la incondicional voluntad política para llevar el proceso de implementación en dos años, son lo que la nueva gerencia Social llama valor público o valor agregado ante un fenómeno relativamente nuevo dentro de un sistema en uso y constituyen avances en el área médica y social de nuestro país.

Es importante recordar que la transmisión Vertical del VIH puede ocurrir durante la gestación (Intra útero) durante el parto y Durante el período de la lactancia. La transmisión materno-infantil o transmisión vertical del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es la fuente más importante de infección por el VIH en los niños menores de 10 años, ha sido responsable de mas de un millón de casos de SIDA pediátrico a nivel mundial, desde los inicios de la epidemia hace casi 20 años.

El Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical (PNRTV) de la SESPAS consta de cuatro estrategias básicas actualmente, de las que se derivan un sin numero de acciones dirigidas a disminuir la posibilidad de transmisión del VIH al bebe.

Estas son:

Conserjería pre y post prueba de VIH, a toda embarazada que acude a un centro de salud. Administración de un antirretroviral a la madre y al niño/a, según protocolo de manejo. Realización de una cesárea a las 38 semanas de gestación.

Suministro de un método de alimentación alterna a la lactancia, según las normas de alimentación para niños/as de madres que viven con el VIH.

Estas realidades plantean la necesidad de que el personal de salud, en el área de la atención, disponga de herramientas para cumplir efectiva y correctamente las estrategias, acciones y normas de cualquier programa de salud, dentro del marco de la atención oportuna consideradas, principios de la medicina preventiva.

## INTRODUCCIÓN / PROLOGO

La Interacción del Estado, las ONGs, las instituciones de investigación, y las personas viviendo con el VIH han estado presente en todo el proceso, dando como resultado la factibilidad de que las estrategias planificadas según los propósitos a lograr por el PNRTV en la República Dominicana se cumplan.

Siempre se ha de tener en cuenta el ordenamiento racional de los recursos financieros que disponemos en países de América Latina sin olvidar que la Secretaria de Estado de Salud Publica y Asistencia Social (SESPAS) esta en un proceso de reforma que avanza, afianzando su liderazgo y rectoría,

La SESPAS es el organismo rector del Sistema Nacional de Salud y ejerce todas las funciones en materia de regulación y autoridad sanitaria amparada por la Ley General de Salud (Ley 42-01) y la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (Ley 87-01); y que la DIGECITSS es el organismo de la SESPAS que ejecuta las políticas de ITS/VIH/SIDA dentro del Sistema Nacional de Salud.

En esta serie de módulos educativos del Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH (PNRTV) se pretende que el personal de salud disponga de herramientas necesarias para la implementación, ejecución y seguimiento de las políticas establecidas por la Secretaría de Estado de Salud Publica y Asistencia Social dentro del Sistema Nacional de Salud en la Republica Dominicana.

LAS AUTORAS

## **PROPOSITO del PNRTV**

Contribuir a la disminución de la transmisión del VIH en la población de la República Dominicana con la implementación de acciones de reducción en la transmisión de la madre a su hijo/a.

## **OBJETIVO GENERAL**

Reducir la Transmisión de Madre a Hijo del VIH, a través de la implementación de estrategias y acciones de promoción, prevención y control dentro de las instancias del Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Reforzar las acciones preventivas en las ITS/VIH/SIDA y planificación familiar en adolescentes, jóvenes y mujeres en edad sexualmente activa.
- Implementar acciones capacitantes al personal de Salud involucrado en el 100% de las provincias, previa implementación del programa a todos los niveles.
- Obtener el consentimiento informado para la realización de la prueba en el 100% de las embarazadas captada por el sistema.
- Ofrecer Consejería pre y post prueba al 100% de las embarazadas que demanden la prueba.
- Identificar, diagnosticar y notificar al 100% de las embarazadas VIH positivas (+) y enfermas de SIDA en el área de acción de los centros del sistema de atención de Salud Pública de la RD.
- Brindar atención integral a todas las embarazadas VIH positivas (+) identificadas por el sistema logrando su aceptación para las acciones del programa.
- Administrar ARV al 100% de las embarazadas VIH positivas (+) ya sus hijos/as según lo establece el programa.
- Realización de cesárea al 100% de las embarazadas VIH positivas (+) identificadas.
- Proveer al 100% de los/as recién nacidos/as de métodos alternativos seguros de lactancia.
- Implementar acciones de IEC en el 100% de los escenarios y segmentos poblacionales involucrados.
- Implementar un componente específico de monitoreo y evaluación para la recogida, verificación y análisis de la información del programa en el 100% de los centros involucrados

<b>Componentes de Servicios clínicos</b>	<b>Componente Atención Primaria / comunitario</b>	<b>Compenetra de Información, educación Y Comunicación</b>
--	---	--

**COMPONETES DE INVESTIGACION**

<b>COMPONENTE DE VIGILANCIA, MONITOREO Y RVALUACION</b>
---

**COMPONENTES DEL PNRTV**

Son las partes que forman el marco de ejecución de las acciones por áreas de intervención. Se han diseñado 5 componentes, con insumos, capacitaciones, módulos didácticos y estrategias diferentes, según la complejidad del componente.

Estos son:

1.Componente de Servicios Clínicos: Abarca toda el área terapéutica, quirúrgica y de laboratorio, así como los protocolos y el área de bioseguridad. La SESPAS dispondra de medicamentos antirretrovirales para brindarle tratamiento a todas las personas positivas al VIH/SIDA, en estos momentos ahy la excepción del tratamiento puntual a la madre y a su bebe contemplado desde el año 1999, dentro de las estrategias del Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH (PNRTV). Esto es así en las instituciones y centros de salud que cumplen los requisitos o criterios que se han establecido para el acceso a estos medicamentos. Se oferta de manera gratuita las pruebas de VIH a toda mujer embarazada que asiste a los servicios de la SESPAS, con la finalidad de detectarlas y ofrecerles los beneficios del PNRTV.

2.Componente de Atención Primaria / Comunitario: Diseñado para integrar las unidades del primer nivel de atención y la captación oportuna de la embarazada, así como las acciones de post parto y la comunidad, como ente fundamental del proceso. La integración de personas que pertenecen a la Red Dominicana de Personas que Viven con el VIH (REDOVIH) ha sido parte del éxito de este componente, ya que mujeres VIH (+) acompañan a la embarazada desde el diagnóstico, la consejería, el parto o cesárea y el post parto.

3.Componente de IEC: Incluye todo lo relacionado con la capacitación de los Recursos Humanos sean o no del área de la salud, información relacionada con el PNRTV a la madre, la familia y la comunidad y las acciones de Información, Educación y Comunicación, así como el diseño y distribución de materiales y soportes de apoyo.

4.Componente de Investigación: Se describe la parte de seguimiento a la embarazada y su bebe, efectos secundarios por alguno de los medicamentos utilizados, cambios en el protocolo nacional ante efectos adversos o fallo terapéutico y otras investigaciones en este campo.

5.Componente de Vigilancia, Monitoreo y Evaluación: Este componente junto al anterior, permean todos los anteriores y ayuda a cambiar o a rediseñar estrategias y acciones. Además de todo el manejo de los datos, prevalencia, seguimiento, entrega de insumos, materiales y equipos.

## **COMPONENTE CLINICO DEL PNTRTV**

### **OBJETIVO**

Implementar en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana las estrategias cl(nico-terapéuticas necesarias para reducir la posibilidad de transmisión del VIH, de las embarazadas seropositivas a sus hijos / as.

### **EMBARAZO Y VIH**

El SIDA es una enfermedad que ataca al sistema inmunológico del organismo, debilitando las defensas naturales contra los agentes microbianos e infecciones. Esta condición deja a la persona expuesta y vulnerable a una variedad de infecciones y enfermedades potencialmente mortales.

Es causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que ataca selectivamente los glóbulos blancos, en especial, una de sus variedades que son los linfocitos y dentro de ellos las células T que son los coordinadores del mecanismo de alarma que desencadena la respuesta inmunológica del organismo.

En la actualidad no existe tratamiento para detener esta secuencia de daño al organismo.

#### **Vías de transmisión del VIH:**

- Relaciones sexuales con personas infectadas, sean estas heterosexuales, bisexuales u homosexuales.
- Por medio de transfusiones sanguíneas o hemoderivados contaminados.
- Mediante el uso de agujas u otros instrumentos perforocortantes contaminados con sangre de personas infectadas
- Por transmisión Madre-H jo Perinatal o transmisión vertical

#### **Es importante señalar que el VIH/SIDA no se transmite por:**

Contactos sociales (abrazos, dar la mano, etc.)

Por compartir baños, teléfonos, piscinas, etc

Por compartir vasos, platos y cubiertos.

Por contacto con lagrimas, sudor o saliva de personas infectadas con el VIH. Por estornudos o tos.



## **FASES DE LA INFECCIÓN VIH**

**ASINTOMÁTICA:** La persona ha sido infectada y no tiene síntomas ni signos de la enfermedad. Puede verse y sentirse saludable durante un largo periodo de tiempo que oscila entre cinco y once años sin mostrar nada que apunte a esta enfermedad y son tan infectantes o transmisibles para otras personas como si estuvieran enfermos y potencialmente más porque no aparentan estarlo.

**SINTOMÁTICA:** Es cuando la persona infectada comienza a presentar algunos síntomas generales como fatiga, inflamación en los ganglios, fiebre, escalofríos nocturnos, diarreas, pérdida de peso, etc.

**SIDA:** Se emite un diagnóstico solo cuando la persona infectada con el VIH ha comenzado a presentar síntomas o si tienen resultados de laboratorio (ver normas nacionales de atención clínica República Dominicana), de infecciones oportunista u otra enfermedad potencialmente mortal. También en esa fase las personas son infectantes o transmisibles. Solo el personal médico estará en capacidad de diagnosticar la enfermedad.

## **LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH**

La Transmisión Vertical del VIH es responsable del 5 al 10% del total de nuevos casos de infecciones por VIH en el mundo, el uso de medicamentos Antirretrovirales (ARV), durante la gestación, en el momento del parto y en el post parto, reduce considerablemente las tasas de transmisión vertical. Aquí radica la importancia de que en la atención integral de toda gestante debe existir consejería y prueba de VIH.

La transmisión del VIH por esa vía es una causa importante de enfermedad y defunción entre los niños pequeños, especialmente en los países en desarrollo con una elevada prevalencia de la infección por el VIH.

La Prueba para el VIH debe ser ofrecida a toda mujer que acude a su primer control prenatal y realizarse siempre previa consejería y consentimiento informado y firmado.

Las intervenciones para prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño, incluidos los recientes progresos en el tratamiento antirretroviral, ofrecen oportunidades inmediatas para:

- a) Salvar las vidas de niños/as
- b) Reducir el impacto del VIH en la familia y la comunidad/\_
- c) Fortalecer los servicios de salud materno-infantil.

La experiencia adquirida en los proyectos pilotos de intervención sobre Transmisión Materno-infantil del VIH han aportado los criterios básicos para las intervenciones del componente clínico que son:

1. El asesoramiento o consejería y las pruebas voluntarias del VIH
2. La administración de Antirretrovirales (ARV) durante la gestación.
3. Evitar el parto vaginal mediante la realización de Cesárea.
4. La administración de ARV en dosis única al recién nacido/a.
5. El asesoramiento sobre las opciones de alimentación del lactante.
6. El seguimiento a ambos.

Existen muchos regímenes de antiretrovirales que han demostrado producir una reducción de la transmisión materno-infantil en las investigaciones clínicas. El curso corto de AZT y la Nevirapina son los de precio más módicos y se correlacionan con la buena adherencia de los pacientes al tratamiento.

El esquema largo de AZT, administrado a la madre vía oral a partir de las 14 semanas del embarazo, durante el trabajo de parto y al recién nacido no amamantado por su madre durante 6 semanas, demostró una reducción importante de la transmisión (22.6% en el grupo con placebo comparado con 7.6% en el grupo con ZDV). (Sperling RS et al. 1996. Maternal viral load, ZDV o AZT treatment, and the risk of transmission of HIV type 1 from mother to infant.)

El estudio en Tailandia utilizando el esquema corto de ZDV o AZT, comparó un grupo que recibió placebo con un grupo que recibió 1 tableta de 300 mg de AZT dos veces al día a partir de las 36 semanas de gestación y cada 3 horas desde el inicio del trabajo de parto hasta el momento del parto.

El régimen combinado de ZDV o AZT y lamivudina administrado a la población mayormente lactante a las 36 semanas y al inicio del trabajo de parto, y durante 1 semana postparto al recién nacido y a la madre, redujo la transmisión aproximadamente en un 50% en comparación con el placebo. (Gray G. 2000. The PETRA study: Early and late efficacy of three short ZDV/3TC combinations regimens to prevent mother-to-child transmission of HIV-1. XIII (Durban, South Africa.)

## **LA TRANSMISIÓN VERTICAL PUEDE OCURRIR EN TRES MOMENTOS FUNDAMENTALES DEL PROCESO, A SABER, :**

**Durante el embarazo:** (intraútero), Se ha detectado la presencia del VIH en cultivos de tejido fetal desde el primer trimestre de gestación. La replicación viral se ha demostrado en el trofoblasto; esta infección intraútero es responsable del 30 al 50% de los casos. Aún cuando la transmisión ocurre durante toda la gestación, se ha estimado que el 95% de las infecciones por VIH en niños por TV ocurren en los dos meses previos al parto.

**Durante el parto:** Del 50 al 60% de los casos ocurren durante la labor de parto, por exposición directa del feto a sangre y secreciones cervico vaginales de la madre. Por lo que la intervención de la cesárea electiva es una manera de reducir este momento de transmisión.

**Durante el posparto inmediato:** El VIH ha sido aislado en cantidad importante en la leche materna y se reporta que esta es responsable del 14 al 22% de las infecciones. Es importante lograr la concientización por medio de la consejería a las madres y la familia de esta vía de infección, a través de la lactancia.

Subsiste la preocupación por el hecho de que hasta el 20% de los lactantes nacidos de madres VIH-positivas puedan contraer el virus por esta vía por lo que la evitación de la lactancia materna mediante la utilización de fórmulas de reemplazo es una opción a discutir.

En 1994 se demostró que un tratamiento largo y complejo con el fármaco antirretroviral zidovudina (AZT protocolo ACTG076), a partir de la semana 14 de gestación y por vía intravenosa durante el parto, reducía en dos tercios (del 26% al 8%) el riesgo de transmisión materno-infantil (67%).

El uso del Nevirapine (NVP) en el protocolo HIVNET 012, ha demostrado una reducción significativa de la transmisión del VIH, usando un esquema de tratamiento con una sola dosis y a un bajo costo.

El Nevirapine, un inhibidor no nucleótido de la transcriptasa reversa, usado en adultos con VIH/SIDA tiene una efectividad en la reducción de la transmisión madre a hijo del VIH igual que el esquema acortado con AZT (50%). Sin embargo, el costo de la terapia es mucho menor con el Nevirapine que con AZT. (De US\$ 50.00 por binomio madre/hijo a US\$ 4.00/dosis).

La implementación de este esquema de tratamiento ha impactado en la transmisión perinatal del VIH en países en vía de desarrollo, proveyendo esperanzas a madres infectadas con VIH y a sus hijos

El régimen dispuesto en el ámbito nacional por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) a través de la Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS), incluye cuatro estrategias principales que son:

- I. Consejería pre y post prueba del VIH, a toda embarazada que asiste a un centro de salud.
- II. Realización de Cesárea electiva a las 38 semanas de gestación.
- III. Administración de ARV, según esquema establecido de un comprimido vía oral, en dosis única de 200 Mg. 8 horas antes la realización de la Cesárea y 2 mg/Kg. de peso al bebé en dosis única dentro de las primeras 72 horas después del parto.
- IV. Ofertar métodos alternos de lactancia materna.

## FACTORES DE RIESGO DE TRANSMISION VERTICAL DEL VIH

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Factores Maternos</b></li> </ul>	<p>Síntomas Clínicos (SIDA)            Descenso de la cifra de linfocitos CD4            Carga viral Plasmática elevada (de VIH-ARN)            Carga vírica genital elevada (tracto genital Toxicomanía activa, tabaquismo, estupefacientes            ETS y otras infecciones correlacionadas            Relaciones sexuales sin protección, múltiples compañeros            Carencias nutricionales (vitamina A)            No uso de agentes antiretrovirales</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Factores Víricos</b></li> </ul>	<p>Virus VIH-1 (frente a VIH-2)            Subtipo de VIH-1, Genotipo, Fenotipo            Resistencia a los antivirales (ARV)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Factores fetales</b></li> </ul>	<p>Genéticos            Respuesta inmunitaria del feto            Co-transmisión del Citomegalovirus, Hepatitis C            Hipotrofia</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Factores Obstétricos</b></li> </ul>	<p>Rotura prematura o prolongada de membranas ovulares            Parto Prematuro            Desgarro de la placenta            Procedimientos invasivos de monitoreo fetal            Infecciones Genitales, Enfermedades de Transmisión Sexual            Corioamnionitis Bacteriana o Parasitaria            Intervenciones invasivas            Parto Vaginal (frente a cesárea programada)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lactancia Materna</b></li> </ul>	<p>Duración prolongada            Lactancia Mixta            Carga vírica elevada en la leche materna            Ausencia de anticuerpos secretores            Carencia de Vitamina A            Complicaciones infecciosas            Receptividad del niño</p>

## INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA TRANSMISION MATERNO- INFANTIL

Estudio (sitio) Drogas	Lactancia Materna	Tipo de Estudio	Terapia Materna	Terapia Infantil Post Parto	Transmisión	Costo Estimado (US\$)	Comentarios
<b>PACTG 076 (USA, Francia) Zidovudina</b>	Sin Lactancia	Controlado con placebo	Ante parto: 100 mg vía oral 5 veces por día desde 14-36 semanas de gestación Intraparto: 2mg/kg IV por 1 hs seguido de infusión continua de 1 mg/fg	2 mg vía oral 4 veces por día por 6 semanas	Del 25,5% con placebo vs 8,3 con AZT a los 18 meses ( reducción de 68%)	800-1000	El mas efectivo caro, complejo, requiere administración intravenosa, incomodidad del largo régimen
<b>Bangkok Trial (Tailandia) Zidovudina</b>	Sin lactancia	Controlado con placebo	Anteparto: 300 mg vía oral 2 veces Por día desde las 36 semanas de gestación	Sin terapia	18,9% con placebo vs 9,4 con ATZ a los 3 meses ( reducción del 37%)	200-400	Menos complejo y caro que el PACTG 076
<b>Ivory Coast Con Trial (Costa de Marfil) Zidovudina</b>	Con lactancia	Controlado con placebo	Anteparto: 300 mg vía oral 2 veces por día comenzando a las 36 semanas de gestación. Intraparto: 300 mg vía oral cada 3 hs	Sin terapia	24,9 con placebo vs 15,7% con AZT a los 3 mes ( reducción del 37%)	200-400	Menos complejo y caro que el PACTG 076, regimen oral, se agrega la lactancia.
<b>PETRA ( Sudrafrica, Uganda, Tanzania) Zidovudina Lamevudina</b>	Lactancia Mixta	Controlado con placebo (se comparo terapia en 3 Partes ante/intra/postparto vs 2 partes intra/postpartos 1 parte intraparto)	Anteparto: 300mg vía oral AZT + 150 mg vía oral de 3TC dos veces por día comenzando a las 36 semanas de gestión. Intraparto: 300 mg vía oral de AZT cada 3hs + 150 mg vía oral de 3tc cada 12hs. Postparto : 300 mg vía oral de AZT + 150 mg vía oral de 3TC dos veces por día por una semana	4 mg/kg vía oral de AZT mas 2mg/kg vía oral de 3TC dos veces por día por una semana	17,2% con placebo vs 8,6% con régimen en tres partes a las 6 semanas ( reducción del 50%) vs 10,8% con régimen en dos partes a las 6 semanas (37% de reducción ) vs 17,7% con régimen 1 parte a las 6 semanas ( sin eficacia)	3 partes: 5 500-600 2 partes: 85	Régimen 3 en partes mas efectivo. El agregado de 3TC en el régimen de 2 portes fue mas efectivo que el mismo régimen de AZT sola.
<b>HIVNET 012 ( Uganda) Neverapina</b>	Con lactacia	Comparación con AZT vía oral administrado intraparto y por 1 semana en el infante	Intraparto: única dosis de 200mg vía oral durante el trabajo de parto.	Única dosis 2mg/kg vía oral a las 48-72 hs del nacimiento	13,1% con neviraparina vs 25,1% con AZT a las 14-16 semanas (47% de reducción)	4	Simple, fácil de 1 administrar, régimen oral. el mas barato, reporte de l posible resistencia (significancia clínica desconocida)

## OTRAS INTERVENCIONES QUE REDUCEN LA TRANSMISION DEL VIH

- Pruebas de detección del VIH durante el embarazo y atención.
- Agentes antiretrovirales
- Intervenciones obstétricas
- Evitar la amniotomía y la episiotomía
- Evitar los procedimientos: fórceps/extractor por vacío, electrodo en el cuello cabelludo, muestras de sangre del mismo
- Recordar las prácticas de prevención de infecciones
- La leche materna comparada con la fórmula infantil,

**Intervenciones No-Antirretrovirales:** Son medidas destinadas a disminuir la exposición fetal al virus, con intervenciones baratas, simples y útiles en lugares donde no es factible la aplicación de un buen programa de detección TMI del HIV-1. Los métodos mas estudiados son: la limpieza viral del canal vaginal materno y limpieza del infante, suplementos nutricionales (vitamina A) y profilaxis de la corioamnionitis subclínica. Ninguna de estas intervenciones ha demostrado reducir la transmisión vertical, sin embargo mejoró la morbilidad materna y neonatal y los efectos adversos durante el embarazo.

**Cesárea Electiva:** Esta vía de finalización del embarazo aplicada antes del inicio del trabajo de parto y la rotura de membranas ovulares, demostró una reducción de la transmisión vertical del HIV-1 del 50 al 87 % en mujeres que recibieron o no profilaxis con AZT. El momento exacto para la realización de esta intervención quirúrgica es entre las 37 y 38 semanas de gestación. El riesgo de transmisión es extremadamente bajo en las mujeres con carga viral indetectable, por lo cual se requieren posteriores estudios para evaluar el rol de la cesárea electiva en pacientes con estas características frente a los riesgos que representa la cirugía. La morbilidad materna con la cesárea electiva fue mayor en las mujeres infectadas por HIV-1 que en las no infectadas, a su vez, el riesgo de complicaciones de la operación cesárea es mayor en países en vías en desarrollo; en un estudio realizado en Ruanda, la mortalidad materna post cesárea solo se vio en mujeres infectadas con el HIV-1 en comparación con mujeres no infectadas.

## RESULTADOS ADVERSOS DEL EMBARAZO Y SU RELACION CON LA INFECCION POR VIH

RESULTADO DEL EMBARAZO	RELACION CON LA INFECCION POR VIH
Aborto espontáneo	Datos limitados, pero existe evidencia de un posible aumento del riesgo
Mortinatos	No se observó relación en los países desarrollados; existe evidencia de un aumento del riesgo en los países en desarrollo
Mortalidad Perinatal	No se observó relación en los países desarrollados pero los datos son limitados; existe evidencia de un aumento del riesgo en los países en desarrollo
Mortalidad del recién nacido	Datos limitados en los países desarrollados; existe evidencia de un aumento del riesgo en los países en desarrollo
Retardo del crecimiento intrauterino	Existe evidencia de un posible aumento del riesgo Resultado del embarazo Relación con la infección por VIH
Bajo peso al nacer	Existe evidencia de un posible aumento del riesgo
Parto pretermo	Existe evidencia de un posible aumento del riesgo, especialmente con enfermedad más avanzada
Preeclampsia	No existen datos
Diabetes gestacional	No existen datos
Amnionitis	Datos limitados; estudios más recientes no sugieren un aumento del riesgo; estudios anteriores hallaron aumento de la inflamación histológica de la placenta, particularmente en los casos de partos preterminos
Oligohidramnios	Los datos son mínimos
Mal formación fetal	No hay evidencia del aumento del riesgo



## **ORIENTACIONES SOBRE EL VIH DURANTE EL EMBARAZO**

- Proporcionar educación y orientación sobre la relación entre el VIH y el embarazo antes de que este se produzca
- Impacto del VIH en el embarazo, y del embarazo en el VIH
- Salud materna
- Salud a largo plazo de la madre y atención de los hijos
- Transmisión perinatal
- Uso de antirretrovirales y otros medicamentos durante el embarazo

### **Transmisión materno-infantil**

- Entre el 25 y el 35% de las mujeres embarazadas seropositivas al VIH transmitirán el VIH a sus recién nacidos.
- En caso de no haber lactancia materna:
- 30% de la transmisión ocurre en útero
- 70% de la transmisión ocurre durante el parto
- Por medio del metanálisis se ha demostrado que 14% de la transmisión ocurre a través de la lactancia materna y 29% de la transmisión ocurre si hay infección aguda por VIH de la madre o seroconversión reciente.

### **Efectos del embarazo sobre el VIH (Orientaciones durante el embarazo)**

- En todas las mujeres el recuento CD4 absoluto disminuye independientemente de que sean seropositivas o seronegativas al VIH (el embarazo no agrava el VIH)
- En las mujeres seropositivas al VIH, no debería cambiar el porcentaje de células CD4, ni debería alterarse la carga viral a causa del embarazo

## **ATENCION PRENATAL EMBARAZADA SORPRESIVAMENTE**

La atención prenatal debe ser realizada por un equipo multidisciplinario motivado y capacitado en el manejo de la embarazada con VIH/SIDA. Siempre debe informársele a la embarazada de forma clara su enfermedad y los beneficios del PNRTV, para ella, para su bebe y su medio familiar.

La embarazada debe ser referida a un servicio que le ofrezca atención integral, donde se descarte la presencia de enfermedades de transmisión sexual, enfermedades oportunistas y la rutina deberá ser la normal del centro donde recibe la atención prenatal.

La vestimenta para la atención al parto debe ser la que establece las Normas de Bioseguridad de la SESPAS y solo durante la atención al parto se pueden considerar el manejo del recién nacido con doble guante, evitando el contacto con sangre y secreciones. Después de la limpieza el recién nacido debe ser enviado a la unidad neonatal correspondiente de acuerdo a su estado de salud

Luego del parto la paciente deberá ser referida al servicio de Planificación Familiar.

El seguimiento post parto de la madre y el bebé se realizará en el hospital donde se le realizó la Cesárea y solo en caso de un evento importante se referirá a un nivel de mayor complejidad

## **EL PARTO Y LA CESARIA**

### **Procedimientos Obstétricos**

Durante el parto, cualquier procedimiento que aumente la posibilidad de sangrado de la madre o que ocasione laceraciones en la piel del feto por las cuales pudiera entrar en contacto directo con la sangre o secreciones vaginales de la madre, aumentará el riesgo de transmisión del VIH de la madre al hijo.

Dado que existe mayor exposición del feto a la sangre y secreciones infectadas de la madre, el aumento de la transmisión puede deberse a:

- Amniotomía
- Aplicación de electrodos o extracción de muestras del cuero cabelludo del feto Uso de fórceps/extractor por vacío (VACUOM)
- Episiotomía
- Desgarros vaginales

### **Comparación de la cesárea con el parto vaginal**

Después de la rotura de las membranas, el riesgo de transmisión materno-infantil aumenta 2% cada hora que transcurre.

La cesárea antes del trabajo de parto y/o de la rotura de las membranas reduce el riesgo de transmisión materno-infantil de un 50 a un 80%, en comparación con otras formas de parto, en las mujeres que no han recibido terapia con antirretrovirales o que solamente han recibido ZDV o AZT. No existe evidencia de ningún beneficio si se realiza la cesárea después del inicio del trabajo de parto o después de la rotura de las membranas. Sin embargo, la cesárea aumenta la morbilidad y posiblemente la mortalidad de la madre.

Administrar antibióticos profilácticos para la cesárea a las mujeres infectadas por el VIH. Sólo durante la atención del parto se recomienda el manejo del recién nacido con doble guante, evitando contacto con sangre, fluidos y secreciones.

### **La placenta:**

La placenta deberá ser considerada como material potencialmente infectante. El manejo deberá apegarse a las Normas de Bioseguridad emitidas por la SESPAS/DIGECITSS.

La disposición final de los reclusos considerados como peligrosos en el establecimiento.

## **Practicas recomendadas para la prevención de infecciones**

- Agujas: ¡Tomar precauciones! Reducir el uso al mínimo.
- Suturas: utilizar la aguja y el agarrador/pinza adecuados.
- Tener cuidado al volver a colocarles las cubiertas y al eliminarlas.
- Usar guantes, lavarse las manos con jabón inmediatamente después de entrar en contacto con la sangre y los fluidos orgánicos.
- Cubrir las heridas con apósitos impermeables durante las primeras 24 horas Utilizar:
- Delantales de plástico para los partos.
- Protectores para los ojos y guantes para los partos y las cirugías.
- Guantes largos para la remoción de la placenta.
- Eliminar la sangre, la placenta y los desechos en forma apropiada y segura

## PROTOCOLO NACIONAL

<b>PARTO</b>	<b>CESARIA</b>
<b>MADRE</b>	<b>MADRE</b>
Viramune / Nevirapine Tabletas de 200 Mg Inicio de labor de parto <b>DOSIS UNICA</b>	Viramune / Nevirapine Tabletas de 200 Mg 8 horas de la cesaría <b>DOSIS UNICA</b>
<b>BEBE</b>	<b>BEBE</b>
Nevirapine ( Jarabe ) 2 mg/Kg. De peso <b>DOSIS UNICA</b> Entre 8-72 horas	Nevirapine ( Jarabe ) 2 mg/Kg. De peso <b>DOSIS UNICA</b> Entre 8-72 horas

### EL NEVIRAPINE

- Medicamento Antiretroviral tipo nucleósido trifosfato
- Cruza la barrera placentaria
- Impide la activación del ARN
- Tiene una rápida absorción en el plasma y una duración en suero de hasta 7 días en el RN.
- Inhibidor no competitivo de la Transcriptasa reversa
- Inhibe el proceso de replicación viral
- Nombre Comercial "Viramune"
- Más de 60,000 adultos en 60 países reportan haberlo utilizado.

#### Las ventajas que tiene el nevirapine incluyen:

- Bajo precio
- Régimen oral
- Administración simple y fácil
- Se puede administrar tratamiento con observación directa

## ESCENARIOS DE INTERVENCION

### Desventajas:

Se desconoce su eficacia si la madre porta un virus resistente a la Nevirapina.  
Es importante señalar que el uso del Nevirapine en gestante esta contraindicado si existe alguna de las siguientes condiciones:

Hipersensibilidad conocida al NVP

Hemoglobina menor de 7 gr. /100 ml o un Hematocrito menor de 25%.

Disfunción Hepática o Renal Graves

### EFECTOS SECUNDARIOS:

7% de las pacientes que lo han usado por más de 6 semanas presentaron Rash severo.

1% aumentó enzimas hepáticas y/o Hepatitis.

Se definen como las diferentes situaciones por las que puede pasar el servicio de salud a los que acude una embarazada dentro del Sistema Nacional de Salud.

#### Escenario # 1:

##### Rrimigesta que llega de Consulta Externa

- Seguimiento de Consulta Obstetricia
- Toda la rutina de laboratorio según normas Materno Infantil
- Indicación de la prueba de VIH.
- Consentimiento informado de la prueba VIH
- Consejería Pre Prueba
- Consejería Post Prueba para entrega de resultados. Si es positiva al VIH.
- Ingresar al PNRTV (Estrategias, previa aceptación)
- Consejería de Seguimiento (Alimentación post parto y Cuidados del Recién Nru:ido/a)

#### Escenario #2: Paciente referida de Centro Teriferico dea primigesta o Multigesta

- Consulta Obstetricia
- Rutina
- Indicación de la prueba
- Consentimiento Informado de la Prueba
- Consejería Pre Prueba
- Conserjería Post Prueba para entrega de resultados. Si es positiva al VIH
- Ingresar al PRTV (Estrategias)
- Consejería de seguimiento (Alimentación Post parto y cuidados del Rocen nacido/a).

**Escenario #3:  
Emergencia conocida de la Consulta**

- Evaluación Obstétrica
- Confirmar la Prueba con antecedents
- Ingresar e Indicar Nevirapine, Dosis única de una pastilla de 200 mg, 8 horas antes de la cesaría la madre
- Avisar a cirugía, Pediatría y Anestesiología
- Indicar Nevirapine al bebe (jarabe) en Dosis única 2 Mg/Kg)
- Avisar a consejería.

**Escenario #4  
Emergencia Conocida Consulta Periférica**

- Evaluación Obstétrica
- Confirmar prueba con "PRUEBA RAPIDA" de Elisa, según normas
- Ingresar, (Indicar NVP, Dosis Única de 200 mg. a la madre) Avisar a Cirugia, Pediatría
- Indicar Nevirapine al Bebe (jarabe) 2 mg/Kg. DOSIS UNICA.
- Anestesiologia
- Avisar a consejería.

**Escenario #5:  
Emergencia Desconocida:**

- Evaluación Obstétrica
- HACER PRUEBA RAPIDA a la madre Guardar Muestra en laboratorio para confirmación. Ingresar
- Consejería
- Indicar Nevirapine a la madre (Dosis Única de 200 mg.)
- Avisar a cirugía, Anestesiología
- Avisar a Pediatría. (Indicar NVP, 2 Mg/Kg.), En Dosis única, entre

**Escenario # 6:**  
**Emergencia que ya alumbró**

- Evaluación Obstétrica de la Madre
- Evaluación Pediátrica del Recién nacido/a
- Hacer Prueba Rápida y Guardar Muestra para confirmar resultados. Ingresar
- Avisar a Consejería, si es positiva al VIH
- Indicar Nevirapine en jarabe al Bebe, en DOSIS UNICA de 2 Mg/Kg. entre 8 y 72 horas después del Alumbramiento.

**Escenario #7:**  
**Pacientes del Sector privado**

- Avisar a la DIGECITSS/SESPAS, a la "Unidad de Atención VIH" o a la DPS correspondiente.
- Informar a la madre del PNRTV
- Planificar la Cesárea
- Solicitar el Medicamento para la Madre y el Bebé.
- La DIGECITSS/SESPAS/DPS, dará la asesoría necesaria y el medicamento (Nevirapine) para la madre y el bebe.
- Asegurar la Confidencialidad

**LA CONSEJERIA**

Es un proceso interactivo de construcción compartida, dialogada, de forma confidencial entre proveedor/a y la cliente, de intercambio de saberes mutuos, de respeto reciproco y de habilitación continua donde el apoyo se muestra en la capacidad de construir escenarios de concertación y negociación de decisiones personales, prácticas y comportamientos mejorados, lo mas seguros y saludables posibles para la persona y los que la rodean y comparten su vida y sus espacios.

La Conserjería en su perfil amplio tiene en las estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC) su marco conceptual y metodológico siendo una de las herramientas más valiosas para reducir las prácticas de riesgo que condicionan la epidemia del VIH/SIDA en el país y el resto del mundo.

No se puede ver la conserjería solamente como un MOMENTO o un acto puntual del servicio, sino como parte de un proceso que integra una gran variedad de técnicas de diferentes campos de las ciencias sociales, la Psicología, la Comunicación Social, la Pedagogía, la Tecnología Educativa y la Epidemiología, entre otras.



Esta visualización de PROCESO le imprime a la Consejería una fuerza diferente: apoyo psicológico combinado con las técnicas de comunicación interpersonal, el mensaje cara a cara, el ambiente de confidencialidad y la credibilidad, en un marco de derecho y respeto. Estos elementos reforzados por pares o iguales comunitarios en la cotidianidad, contribuirán de manera efectiva a que los cambios de conductas propiciados sean reales y sostenibles.

### **TENGA PRESENTE QUE:**

#### **La conserjería NO debe ser:**

- Una oportunidad o escenario para emitir juicios de valor.
- Una oportunidad para juzgar a la persona, amonestarle o imponerle acciones.
- Una oportunidad limitada solamente a "enseñar" o a transmitir información factual.
- Una "receta" de indicaciones o prescripciones.

#### **La conserjería SI debe ser:**

- Un dialogo, una interacción que inspire a la embarazada a tomar decisiones acertadas.
- Una actividad orientadora más que prescriptiva.
- Ser confidencial y personalizada.
- Responder a las necesidades de la usuaria, centrando su atención en ella y animándola para que tome sus propias decisiones.
- Ser un proceso fortalecedor que permita a la usuaria tener responsabilidad plen de las decisiones que directamente afectan su vida, la de sus familiares y la de su comunidad

#### **¿ Quienes deben recibir Conserjería sobre el VIH y EL SIDA?**

- Las personas con SIDA o infectados por el VIH y sus familias.
- Quienes han decidido hacerse la prueba del VIH.
- Quienes están preocupadas porque podrían haber estado expuestas al riesgo de contraer el VIH.
- Las embarazadas para comprobar su estado serológico

## **CONSEJERIA PRE- PRUEBA**

### **OBJETIVOS :**

- Brindar información veraz sobre la prueba y su significado.
- Ayudar al proceso de toma de decisiones para hacerse la prueba.
- Ayudar a la embarazada a analizar sus posibilidades de exposición al riesgo.
- Conocer su Red de Apoyo Social.
- Analizar su situación actual.
- Conocer las razones para la prueba

### **COMPONENTE DE LABORATORIO**

Los servicios de laboratorio constituyen un componente esencial en el diagnóstico y tratamiento de las personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), para la detección temprana de la infección en las embarazadas, es fundamental contar con pruebas precisas y eficaces en la lucha contra la transmisión del VIH madre a h]o(a).

En la detección de la infección por VIH en las embarazadas además de contar con pruebas específicas y sensibles, hay que tener en cuenta los aspectos éticos, legales y sociales que acompañan a la infección por el VIH. En razón de la falta de un tratamiento eficaz y de la necesidad de prevenir la expansión de la infección, el asesoramiento y la confidencialidad juega un rol muy importante en los programas tanto de detección como de prevención.

### **¿ QUE SIGNIFICA LA PRUEBA DEL VIH?**

- La decisión de someterse o no a la prueba es una decisión personal de la embarazada. (Autonomía)
- La prueba no dice si tiene SIDA.
- La prueba solo indica si la persona ha generado anticuerpos contra el virus que produce el SIDA (VIH).

## **PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS**

No existe una prueba para detectar el SIDA como tal, sino una prueba o examen para detectar la presencia de anticuerpos contra el VIH que causa el SIDA.

## **EXAMENES DE DIAGNOSTICO**

- Anticuerpos VIH por técnicas inmuno-enzimática (ELISA)
- Western Blot
- VIH por PCR (Reacción en cadena de la Polimerasa)

## **ANTICUERPOS VIH POR TECNICAS INMUNO-ENZIMATICAS ( ELIZA).**

La prueba detecta los niveles de anticuerpos producidos naturalmente contra el virus; existen pruebas extremadamente sensibles que detectan niveles bajos de infección viral; si el resultado es positivo se debe confirmar con otra prueba por otro principio enzimático o por el ensayo inmunoblot o Western blot.

## **WESTERN BLOT.**

Esta prueba únicamente se utiliza para confirmar los resultados positivos obtenidos por pruebas de inmunoensayo; es una prueba altamente específica ya que detecta anticuerpos contra las proteínas del virus VIH.

Las dos pruebas anteriores son ampliamente confiables pero dependen de la capacidad del paciente para generar respuesta inmune contra el virus VIH, lo que se llama seroconversión, que se puede demorar varias semanas. Si existe la sospecha de una infección reciente se debe elegir la prueba de diagnóstico para VIH por PCR -reacción en cadena de la polimerasa-.

## **VIH por PCR**

Es una prueba de tecnología avanzada que amplifica los componentes genéticos del virus VIH. De esta manera se detecta la presencia del virus en forma directa incluso cuando los niveles virales sean muy bajos. Se puede utilizar en los siguientes caso:

- Sospecha de infección reciente.
- Clarificar resultados de inmunoensayos informados como INDETERMINADOS.
- Evaluaciones de niños recién nacidos h os de madres portadoras.
- Diagnóstico definitivo de infección por VIH.

## PRUEBA DE VIH EN ADULTOS

Durante la infección por el VIH, los anticuerpos se producen entre seis (6) y las doce (12) semanas siguientes a la infección, aunque en raras excepciones pueden no ser detectados durante seis meses (6). Si a un individuo se le hacen pruebas enseguida después de la infección, puede no tener anticuerpos y obtendrá un resultado negativo.

El individuo está realmente infectado en ese momento de la prueba pero como los anticuerpos no son detectados se obtendrá un resultado biológico falso negativo, debido a parámetros reclamados con la muestra o el paciente y no con el proceso. Es importante comprender la dinámica de la respuesta inmunitaria a fin de darse cuenta cuándo un individuo necesita o no un control analítico.

Cuando el individuo se vuelve inmunodeficiente, se registran bajas concentraciones de anticuerpos responsables de reacciones débiles en ensayos serológicos y pueden producir resultados biológicos falsos negativos, principalmente cuando las pruebas usadas tienen baja sensibilidad (habilidad de una prueba para detectar muy pequeñas cantidades de anticuerpos o la habilidad de detectar casos positivos). (Ausencia de falsos negativos)

### ***Periodo de Ventana:***

Ocurre generalmente entre 0-6 semanas, después de la infección donde no se puede probar la presencia de anticuerpos en el laboratorio, porque al inicio de la infección los que aparecen en circulación son los antígenos

### **Pruebas de detección del VIH durante el embarazo**

#### **Ventajas:**

- Posible tratamiento para la madre
- Reducción del riesgo de transmisión materno-infantil
- Asuntos relacionados a la planificación familiar en el futuro
- Precauciones para evitar la mayor propagación
- Si las pruebas son negativas, proporcionar orientación sobre la prevención del VIH

## **Pasos a seguir con la embarazada en el laboratorio**

1. Si la embarazada llega a la emergencia a parir y su situación serológica es desconocida, se le realiza una prueba rápida, para fines de administración del medicamento antirretroviral a la madre y al niño (a) por nacer. Luego que haya pasado el proceso del parto se harán las confirmaciones de su resultado, utilizando la estrategia señalada según aplique.
2. Cada laboratorio debe registrar el tamizaje de las embarazadas en un libro visado por SESPAS, según lo consigna la ley 55-93 y su reglamento. Además debe hacer la notificación mensual de dicha labor. Dicho libro y el formulario se puede adquirir en la DIGECITSS. Además debe hacer el reporte o informe mensual de dicha labor.
3. La notificación de las pruebas de VIH es de carácter obligatorio y cada laboratorio lo hará a través de la Dirección Provincial de Salud correspondiente, con copia al supervisor del Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del territorio.

## **Diagnostico de Laboratorio Recién Nacidos**

La infección por VIH en los recién nacidos presenta problemas de diagnóstico debido a la presencia en el suero del recién nacido de anticuerpos adquiridos por vía materna. Los anticuerpos de clase IG de una madre infectada atraviesan la placenta y son detectados cuando se examina la sangre del recién nacido en busca de anticuerpos. Dentro del Programa de Reducción de la Transmisión vertical del VIH se vigilará al recién nacido usando las pruebas estándares para detectar anticuerpos de clase IgG durante por los menos 18 meses de edad. Una vez que el anticuerpo ha desaparecido del suero del recién nacido (aproximadamente entre 8 a los 14 meses), el recién nacido puede sero-revertirse ( se vuelve negativo).

## **CONSEJERIA POST- PRUEBA ANTES DE NOTIFICAR LA EMBARAZADA**

- Hacer un análisis con base en los resultados mismos.
- Tener en cuenta los riesgos personales específicos respecto al VIH.
- Estar preparado para responder a las posibles reacciones frente al resultado.
- Prepararse para concertar el plan de reducción de riesgo tanto para positivo como para negativos. (Reforzar la percepción de riesgo)
- Ayudar a las que resulten infectadas para evitar transmitir la infección.
- Ayudar a las que resulten infectadas a decidirse a notificar a su pareja(s) sexual (es).

## **SOBRE LA NOTIFICACION DE RESULTADOS:**

### **ENTREGA DE RESULTADOS NEGATIVOS:**

El alivio y el regocijo son invariablemente las reacciones ante un resultado negativo. Existe el peligro de que la embarazada entienda que se le concedió inmunidad para el futuro, por lo que el consejero necesita refutar este falso sentido de seguridad y reafirmar la información sobre la reducción de riesgo.

### **EL/LA CONSEJERO/A DEBERA APROVECHAR LA OCASION PARA:**

- Asegurarse de que ella entiende el resultado
- Limitaciones de la prueba (periodo de ventana)
- Necesidad de repetirla periódicamente
- Reforzar los comportamientos, actitudes y prácticas positivas
- Re-evaluar conocimientos, actitudes y prácticas buscando RIESGO
- Concertar una segunda prueba si existe evidencia de preocupación o RIESGO explicando las características del periodo de ventana inmunológica.

### **ENTREGA DE RESULTADOS POSITIVOS**

Una de las tareas mas difíciles en consejería es la de informar un resultado positivo a una persona y en especial a una embarazada. Usted puede apoyar a su cliente pero no puede impedir que experimente sensaciones de temor, ira y tristeza.

El papel del Consejero/a será el de ayudar a manejar la ansiedad de la usuaria, reconociendo sus sentimiento y asegurándole que habrá tiempo de abordar esos sentimientos, preocupaciones y decisiones.

## **EL / A CONSEJERO / A DEBERÁ ESTAR PREPARADO / A PARA:**

- Dar tiempo a la embarazada para que confronte sus emociones
- Asegurarse de que ella entienda el significado del resultado
- Evaluar las necesidades inmediatas de apoyo medico, de prevención y psicológico
- Establecer un plan de acción personal:
  - Identificar servicios de referencia.
  - Dar información por escrito sobre estos servicios.
- Asegurarse de que ella entienda la necesidad de que la(s) pareja(s) sexual(es) reciban consejería
- Evaluar las posibles formas de compartir su condición con los implicados directos en el riesgo de transmisión
- Recomendar que no debe donar sangre ni otros elementos corporales.
- Ser directo, rápido y tratar de bajar la ansiedad.
- Dar tiempo para esperar la respuesta.
- Tener previsto el referimiento a un servicio de Intervención en crisis
- Recordar que .....No siempre es necesario decir toda la verdad.. pero si es necesario que todo lo que se diga sea verdad.
- Tener presente no sobrecargar al cliente pues en esas situaciones se manifiesta el fenómeno de la audición selectiva.
- Ofrecer las opciones que brinda el programa de Reducción Nacional de la Transmisión Vertical.

## **ATENCION POST NATAL**

### **Recién nacidos y Madres bajo el PNRTV**

- Bañar al recién nacido después de nacido, lavarle especialmente la cara
- Evitar la hipotermia
- Administrar agentes antiretrovirales,
- La madre y el hijo en el post parto deben manejarse sin ninguna restricción, salvo el cuidado especial en el manejo del material contaminado con sangre, como gasas, apósitos o toallas sanitarias.
- En ningún momento necesitan un lugar o sala especial.
- La mayoría de las mujeres seropositivas al VIH permanecerán sintomáticas
- Estar pendiente de los signos/síntomas del SIDA y las complicaciones relacionadas con el embarazo
- No es necesario aumentar el número de consultas a menos que sobrevenga alguna complicación
- Proporcionar orientación respecto a evitar las relaciones sexuales sin protección
- Proporcionar agentes antirretrovirales, si los hay disponibles
- Ofrecer orientación sobre nutrición
- Fuente de calor para el recién nacido, si es necesario.
- Nutrición para el recién nacido
- Protección contra otras infecciones
- Seguridad - (agua sucia, enfermedades diarreicas)
- Riesgo de transmisión del VIH .

## **RIESGOS BAJO LA LACTANCIA MATERNA Y DE LA ALIMENTACION DEL REEMPLAZO**

La lactancia materna aporta sus máximos beneficios durante los primeros seis meses de vida (nutrición óptima, reducción de la morbilidad y mortalidad por infecciones distintas del VIH y recuperación diferida de la fecundidad).

La lactancia materna exclusiva durante los primeros 4-6 meses de vida aporta mayores beneficios que la alimentación mixta en cuanto a morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas distintas del VIH.

Aunque la lactancia natural deja de aportar todas las necesidades nutricionales después de los seis meses, sigue confiriendo protección contra infecciones graves y proporciona una nutrición considerable para el lactante (la mitad o más de las necesidades nutricionales durante los segundos seis meses de vida, y hasta un tercio a lo largo del segundo año).

La alimentación de reemplazo se asocia a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad por malnutrición y enfermedades infecciosas distintas del VIH. Este incremento del riesgo es especialmente notable durante los seis primeros meses de vida, y luego disminuye. El entorno local y la situación de cada mujer concreta, influyen en el riesgo y la viabilidad de la alimentación de reemplazo.

La lactancia materna se asocia a un riesgo adicional significativo de transmisión materno infantil del VIH, en comparación con la alimentación no natural. El riesgo depende de factores clínicos y puede variar según el patrón y duración de la lactancia.

En mujeres no tratadas que siguen amamantando después del primer año, el riesgo absoluto de transmisión por la leche materna es del 10 al 20%.

El riesgo de TMI del VIH por lactancia natural parece ser máximo durante los primeros meses de vida del lactante, pero persiste mientras se mantenga el amamantamiento. La mitad de las infecciones relacionadas con la lactancia materna pueden aparecer en el curso de los primeros seis meses.

Un estudio ha aportado pruebas de que la lactancia materna exclusiva durante los primeros tres meses de vida puede acarrear un menor riesgo de transmisión del VIH que la alimentación mixta.



## RECOMENDACIONES PARA LA LACTANCIA MATERNA

### Si la mujer es:

- Seronegativa al VIH o desconoce su situación respecto al VIH, promueva la lactancia materna exclusiva durante 6 meses
- Seropositiva al VIH y toma como opción usar la alimentación de reemplazo, orientela sobre el uso seguro y apropiado de la fórmula láctea
- Seropositiva al VIH y toma como opción la lactancia materna, promueva la lactancia materna **exclusiva** durante 6 meses

### RECORDAR

- Cuando la alimentación de reemplazo sea, aceptable, factible, asequible, sostenible y segura, se recomienda que todas las madres VIH-positivas eviten la lactancia natural.
- De lo contrario, se recomienda la lactancia materna **exclusiva** durante los primeros meses de vida.
- Para reducir al mínimo el riesgo de transmisión del VIH, la lactancia materna debería interrumpirse lo antes posible, teniendo en cuenta las circunstancias locales, la situación concreta de cada mujer y los riesgos de la alimentación de reemplazo (incluidas la malnutrición y las infecciones distintas del VIH).
- Cuando las madres VIH-positivas (+) decidan no amamantar a sus hijos desde el nacimiento o interrumpir la lactancia en fases posteriores, debe proporcionárseles consejería, apoyo y orientación específica, al menos durante los dos primeros años de vida del niño, con el fin de asegurar una alimentación de sustitución/reemplazo por mejorar las condiciones y hacer más segura la alimentación de reemplazo para las madres infectadas por el VIH y sus familias.

### Interrupción de la Lactancia Materna

Existe la preocupación de que pueda aumentar el riesgo de transmisión del VIH con la alimentación mixta durante el periodo de transición entre la lactancia materna exclusiva y la cesación definitiva de la misma.

Algunas pruebas indirectas sobre el riesgo de transmisión del VIH a causa de la alimentación mixta sugieren que es posible reducir el riesgo acortando al máximo el periodo de transición. Sin embargo, el acortamiento de este periodo de transición puede tener consecuencias nutricionales negativas para el lactante y efectos psicológicos para el niño y la madre, aparte de exponer a ésta al riesgo de patología mamaria, que puede incrementar el riesgo de transmisión del VIH si la lactancia natural no se interrumpe de forma repentina.

No se conoce la duración óptima de esta transición, pero es probable que varíe en función de la edad del lactante y/o el entorno.

## **Salud mamaria**

Hay indicios de que ciertas afecciones mamarias, como la mastitis, los abscesos y la fisura del pezón, pueden aumentar el riesgo de transmisión del VIH durante el amamantamiento, pero no se ha cuantificado de forma adecuada la magnitud de esta asociación. A las madres VIH-positivas que amamanten deben proporcionárseles apoyo y orientación específicos cuando interrumpen la lactancia con el fin de evitar consecuencias nutricionales y psicológicas perjudiciales, así como mantener la salud mamaria.

## **Asesoramiento sobre alimentación del lactante**

Se ha puesto de manifiesto que el asesoramiento sobre alimentación del lactante es más eficaz que el mero consejo de fomentar la lactancia materna exclusiva en un contexto general.

Un asesoramiento adecuado también puede ayudar a las mujeres seropositivas a seleccionar y adoptar opciones de alimentación del lactante más seguras, como la lactancia natural exclusiva o la evitación radical de la misma, que tal vez sean inusuales en su entorno. Un asesoramiento eficaz puede reducir algunos de los problemas de salud mamaria, que tienden a aumentar el riesgo de transmisión.

En el momento de decidir sobre la alimentación del lactante, a muchas mujeres nos les basta con recibir información general sobre las alternativas disponibles, por lo que buscan una orientación más específica.

El asesoramiento experto puede proporcionar esta orientación para ayudar a las mujeres seropositivas a decidir qué es lo más apropiado para su situación y cuál es la opción que tienen mayores probabilidades de seguir. Las alternativas propuestas durante el asesoramiento deben seleccionarse en función de la factibilidad y aceptabilidad locales.

La población general tiene una comprensión muy limitada de la alimentación del lactante en el contexto de la Transmisión Madre Hijo/a (TMI) del VIH, lo que complica aún más los esfuerzos de asesorar eficazmente a las mujeres.

El número de personas calificadas para asesorar sobre alimentación del lactante es escaso en comparación con las necesidades y demandas que cabe esperar de este tipo de información y apoyo.

## **RECOMENDACIONES FINALES:**

- Todas las madres infectadas por el VIH deberían recibir asesoramiento, con información general sobre los riesgos y beneficios de las diversas opciones de alimentación del lactante y orientación concreta para seleccionar la que probablemente se ajuste mejor a su situación. Decida lo que decida, hay que apoyar a la madre en su elección.
- Deben realizarse valoraciones a nivel local para identificar las distintas opciones de alimentación que son aceptables, factibles, asequibles, sostenibles y seguras en ese contexto concreto.
- Urge proporcionar información y educación sobre la transmisión maternoinfantil del VIH al público general, las comunidades afectadas y las familias.
- Es necesario formar, desplegar, supervisar y apoyar a un número adecuado de personas que puedan asesorar a las mujeres seropositivas sobre alimentación del lactante. Este apoyo debería incluir la actualización periódica de la capacitación a medida que aparezcan nuevas informaciones y recomendaciones.

## **SALUS MATERNA:**

En un ensayo aleatorio, el riesgo de mortalidad durante los dos años siguientes al parto fue mayor entre las mujeres VIH positivas (+) que daban de mamar que entre las que utilizaron alimentación artificial. Este dato todavía no se ha confirmado con otras investigaciones. Las mujeres que no amamantan o que dejan de hacerlo pronto corren un mayor riesgo de volver a quedar embarazadas.

### **Recomendación:**

Las mujeres infectadas por el VIH deben tener acceso a información, asistencia clínica continuada y apoyo; así como los servicios de planificación familiar y apoyo nutricional. Los servicios de planificación familiar son especialmente importantes para las mujeres seropositivas que no amamantan.

## **SEGUIMIENTO**

### **PEDIATRICO**

#### **EXAMENES DE SEGUIMIENTO**

Se utilizan en pacientes VIH positivos (+); sirven para evaluar la efectividad y pronóstico del tratamiento

- Recuento de linfocitos CD4 Y CD8
- Carga viral

#### **RECUENTO DE LINFOCITOS CD4 Y CD8:**

- El VIH infecta y destruye a un tipo de glóbulos blancos llamados linfocitos CD4.
- La medición de los niveles de linfocitos CD4 y su proporción con respecto a los linfocitos CD8 ayudarán a seguir el progreso del tratamiento y el estado de las defensas naturales del paciente.
- Se debe realizar preferiblemente en forma simultánea con la medición de la CARGA VIRAL.

#### **CARGA VIRAL**

- Este examen se usa para valorar la cantidad de virus circulando en la sangre y para evaluar el progreso de la infección. Es un factor independiente que predice el progreso del paciente hacia el SIDA. Se debe medir preferiblemente cada 4 meses a fin de detectar resistencias en el virus. Tiene una sensibilidad de 400 copias/ ml.

## **¿PARA QUIEN ES UTIL ESTA PRUEBA?**

La prueba de carga viral sólo es adecuada en algunos casos. La mayoría de las personas que están preocupadas por el VIH no necesitan esta prueba. La prueba de anticuerpos sigue siendo la manera más fácil, barata y confiable de averiguar si alguien es VIH positivo.

- Bebés de madres VIH positivas (+). Estos niños casi siempre resultan positivos a la prueba de anticuerpos durante los primeros 12 a 18 meses de vida porque llevan los anticuerpos de sus madres. La prueba de carga viral puede servir para determinar si el bebé está infectado o no.
- Mujeres embarazadas que tuvieron riesgo reciente. Una mujer que quiere decidir si desea iniciar un tratamiento durante éste, no puede esperar seis meses para tomar la prueba de anticuerpos. La prueba de carga viral puede darle un resultado más pronto y ayudarla a tomar decisiones.
- Personas que se hayan expuesto a una situación de alto riesgo en las últimas 72 horas. En Programas de Prevención Post-Exposición (PEP) que pueden ayudar a impedir la infección.

## **¿PARA QUIEN NO ES RECOMENDABLE ESTA PRUEBA?**

No ha sido diseñada para diagnosticar el VIH. El resultado podría ser falso positivo o falso negativo. Es mucho más cara que la prueba de anticuerpos y no está cubierta por las compañías de seguro médico. Es confidencial, no anónima. Y de todas formas hay que tomar la prueba de anticuerpos después del periodo de ventana para que sea confiable.

A los recién nacidos hijos de madres positivas (+) es recomendable realizarle una carga viral a las seis (6) semanas de nacido, donde los recursos lo permitan.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Albornoz, Rafael. Evans Ronald. Principios de Epidemiología Moderna.** Universidad Central de Venezuela. Ediciones de la Biblioteca, Caracas 2001.
2. **Dabis F, Msellati P, Meda N, et al.** 6-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Côte d'Ivoire and Burkina Faso: a double-blind placebo-controlled multicentre trial. *Lancet* 1999; 353: 786-92.
3. **ONUSIDA, Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA.** Prevención de la Trasmisión Materno infantil del VIH. Opciones Estratégicas Ginebra, Suiza, 1999.
4. **AIDSCAP/FHI, El control de las enfermedades de transmisión sexual, diseño y administración de programas.** Dallabetta, Gina. Laga, Marie. Lamptey, Peter. Wa. 1997
5. **Organización Panamericana de la Salud.** Hacer Frente al SIDA, Prioridades de la Acción Pública ante una epidemia Mundial. Publicaciones Científicas # 570. Washington, DC. 1998.
6. **Guay LA, Musoke P, Fleming T, et al.** Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet* 1999; 354: 795-802.
7. **Moodley D,** en nombre del Equipo de Investigadores SAINT. The SAINT trial: Nevirapine (NVP) versus zidovudine (ZVD) + lamivudine (3TC) in prevention of peripartum HIV transmission. Resumen LbOr2, Decimotercera Conferencia Internacional sobre el SIDA, Durban (Sudáfrica), 9-14 de julio de 2000.
8. **Medina Giopp,** Guía técnica Premio Nacional INDES-BID a la calidad e Innovación en la Gerencia Social. Republica Dominicana. INDES, BID, INTEC. Santo Domingo 20002.
9. **Owor M, Deseyve M, Duefield C, et al.** The one year safety and efficacy data of the HIVNET 012 trial. Resumen LbOr1, Decimotercera Conferencia Internacional sobre el SIDA, Durban (Sudáfrica), 9-14 de julio de 2000.
10. **Medina Alejandro,** Material de apoyo de Métodos de Evaluación de Políticas Públicas. FLACSO, 2002.
11. **Programa Flagship,** Principios de economía de la salud. BID programa de reforma del sector salud y financiamiento sustentable Chile. Junio 2000.
12. **Programa Flagship,** Focalización y paquetes de beneficio. BID, proyecto de reforma y financiamiento sustentable del sector salud. Chile, 2002.
13. **Ardeguéz A, Mofenson L, Spino C, et al.** Lack of clinical or immunologic disease progression with transient use of zidovudine (ZDV) to reduce perinatal HIV-1 transmission in PACTG 076. Resumen 12233, Decimosegunda Conferencia Mundial sobre el SIDA, Ginebra (Suiza), 28 de junio-3 de julio de 1998.
14. **McSherry GD, Shapiro DE, Coombs RW, et al.** The effects of zidovudine in the subset of infants infected with human Immunodeficiency virus type-1 (Pediatric AIDS clinical Trials Group Protocol 076). *J Pediatr* 1999; 134: 717-24.
15. **Chotpitayasunondh T, Ckarskul S, Vanprapa N, et al.** Safety of short-course antenatal zidovudine for children born to HIV-infected women, Bangkok, Thailand. Resumen ThPeC5306, Decimotercera Conferencia Internacional sobre el SIDA, Durban (Sudáfrica), 9-14 de julio de 2000.
16. **Blanche S, Tardieu M, Rustin P, et al.** Persistent mitochondrial dysfunction and perinatal exposure to antiretroviral nucleoside analogues. *Lancet* 1999; 354: 1.084-9.
17. **Infant Feeding and Mother to Child Transmission of HIV** Operacional Exultante note. UNICEF, OPS, ONUSIDA, PNUD.
18. **De aclaración de la OPS** sobre alimentación infantil y transmisión de madre a hijo del VIH, basada en el estado actual de las pautas de OMS/ ONUSIDA/UNICEF.
19. **Morrison, Pamela, IBCLC;** Alternativa de alimentación para hijos de madres VIH positivas. <http://WWW.encolombia.com/medicina/pediatría/pedi36101-alternativ.htm>
20. **Declaración política conjunta de ONUSIDA, la OMS y el UNICEF. 2001**