



No Hacer

Grupo de Trabajo de Infección VIH

No Dejar

De cribar frente a VIH a todas las gestantes.

No Administrar

Zidovudina durante el parto de gestantes infectadas por VIH con control de la replicación viral (Carga viral de VIH en el embarazo < 50 copias/ml)

No Recomendar

Lactancia materna en el recién nacido de madres infectadas por VIH en nuestro medio

No Hacer

Determinación de ácido láctico a los recién nacidos expuestos a VIH.

No Olvidar

Monitorizar la adherencia al TAR en cada visita de seguimiento de los pacientes pediátricos infectados por el VIH



Las medidas de prevención de la transmisión vertical del VIH se han demostrado muy eficaces (tasas de transmisión <1%), pero sólo se pueden aplicar cuando la gestante está diagnosticada. Cuanto más precoz es el inicio del tratamiento antirretroviral en el embarazo, menor es el riesgo de transmisión vertical. Por lo tanto, se debe cribar para infección VIH:

A todas las gestantes sin factores de riesgo en el 1er y 3er trimestre del embarazo.

A las gestantes con factores de riesgo, en el 1er, 2o y 3er trimestre del embarazo.

Debe de haber pruebas de diagnóstico rápido disponibles para realizara las gestantes no estudiadas previamente que se presenta en trabajo de parto una prueba rápida intraparto.

No

dejar

de cribar frente al VIH a todas las gestantes

Bibliografía

1. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan nacional sobre el SIDA. Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. Disponible en: https://www.mschs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docConsensoSgtoVIHReproduccion_23May18.pdf
2. Sollai S, Noguera-Julian A, Galli L, et al. Strategies for the prevention of mother to child transmission in Western countries: an update. *Pediatr Infect Dis J.* 2015 May;34(5 Suppl 1):S14-30.
3. Soriano-Arandes A, Noguera-Julian A, López-Lacort M, et al. Pregnancy as an opportunity to diagnose human-immunodeficiency virus immigrantwomen in Catalonia. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2018 Jan;36(1):9-15.

La eliminación de la transmisión vertical del VIH es posible, pero deben aplicarse las medidas preventivas de forma concienzuda. La primera es diagnosticar de infección VIH a las gestantes.



No

administrar zidovudina durante el parto de gestantes infectadas por el VIH con control de la replicación viral (carga viral de VIH en el embarazo <50 copias/ ml).

Bibliografía

1. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan nacional sobre el SIDA. Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docConsensoSgtoVIHReproduccion_23May18.pdf
2. Intrapartum Antiretroviral Therapy/ Prophylaxis. Disponible en: https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/glchunk/glchunk_180.pdf
3. Wong VV. Is peripartum zidovudine absolutely necessary for patients with a viral load less than 1,000 copies/ml? J Obstet Gynaecol. 2011 Nov;31(8):740-2.

Los protocolos de prevención de la transmisión maternoinfantil han ido adaptándose a las evidencias que van conociéndose con el paso de los años.

Desde el año 1996 se conoce que el TAR en el embarazo, parto y periodo neonatal reduce el riesgo de transmisión del VIH maternoinfantil y que el parámetro que mejor predice este riesgo es la carga viral materna en la gestación y próxima al parto. Es por ello que el embarazo supone una indicación urgente de TARc, con el objetivo de conseguir lo antes posible controlar la viremia en la gestante hasta hacerla indetectable ($cv < 50$ copias/ml).

La cesárea programada ha demostrado ser una medida de protección para el feto cuando la gestante infectada no controla la replicación viral, está en monoterapia con ZDV o sin tratamiento. Sin embargo no ha demostrado reducir el riesgo de transmisión frente el parto vaginal, en gestantes con control de la replicación viral (CV VIH <50 copias) cerca del momento del parto.

Con respecto a la administración de zidovudina endovenosa durante el parto, ésta debe administrarse a las gestantes infectadas por el VIH si se sabe o se sospecha que el ARN del VIH es > 1.000 copias/mL (o si el ARN del VIH es desconocido) cerca del parto.

Por el contrario no sería necesario para las mujeres que están recibiendo regímenes de ART y que tienen ARN del VIH ≤ 50 copias/mL durante el embarazo tardío y cerca del parto y existe una buena adherencia al TARc.

Puede considerarse la administración de zidovudina endovenosa en aquellas gestantes con viremias entre 50 y 999 copias/mL ya que los datos en este grupo de gestantes no son concluyentes.

El tratamiento intraparto con zidovudina (AZT) por vía endovenosa estará **indicado** en mujeres con CVP > 1000 copias o desconocida en el momento del parto, con independencia del TAR que hubiese llevado previamente la paciente (A-I) y debe ser **considerado** en mujeres con CV < 1000 cop/ml pero detectable en el momento del parto.



No

recomendar

lactancia materna en el recién nacido de madres infectadas por el VIH en nuestro medio.

La lactancia materna es una vía de transmisión del VIH con un riesgo directo de transmisión del 10-16% que se asocia a: la carga viral elevada en la leche materna y en el plasma, la situación clínico-inmunológica materna avanzada, la infección aguda materna, la lactancia mixta (versus la lactancia materna exclusiva), lesiones en el pezón (estrías o mastitis) o en la mucosa oral del lactante (erosiones o muguet), el periodo inicial de lactancia, el calostro, y el tiempo y volumen acumulados de lactancia materna.

Asimismo, el uso de TAR en la madre o el mantenimiento de profilaxis con TAR en el lactante en distintas pautas serían factores protectores para la transmisión del VIH por esta vía .

En el momento actual, en nuestro medio, la estrategia más eficaz para eliminar el riesgo de transmisión a través de la lactancia materna es su sustitución por la alimentación con fórmula adaptada.

Deberá disponerse de forma de fórmula adaptada, así como de capacidad material y humana para implementar esta técnica de alimentación.

Debería considerarse el suministro de fórmula adaptada durante el primer año de vida a todos los niños, hijos e madres infectadas por el VIH, de forma gratuita.

Bibliografía

1. Coutoudis A, Dabis F, Fawzi W, et al. Breastfeeding and HIV International Transmission Study Group. J Infect Dis. 2004 Jun 15; 189(12):2154-66.
2. Kumwenda NI, Hoover DR, Mofenson LM, et al. Extended antiretroviral prophylaxis to reduce breast-milk HIV-1 transmission. N Engl J Med. 2008 Jul 10;359(2):119-29.
3. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan nacional sobre el SIDA. Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docConsensoSgtoVIHReproduccion_23May18.pdf

El riesgo de transmisión de VIH a través de la lactancia materna no es 0, por ello, en nuestro medio, a las madres con VIH debe recomendarse la alimentación con fórmula adaptada.



No

hacer

determinación de ácido láctico a los recién nacidos expuestos a VIH.

El grupo francés **1** describe la presencia de toxicidad mitocondrial con acidosis láctica y alteraciones neurológicas en recién nacidos expuestos a VIH que reciben profilaxis antirretroviral con zidovudina y nevirapina. Con esta alarma se analizan cohortes extensas de lactantes expuestos a antirretrovirales llegándose a la conclusión de que la elevación de ácido láctico puede existir en estos recién nacidos siendo ello transitorio y sin que tenga relevancia clínica. La presencia de hiperlactatemia no se asoció con trastornos neurológicos o de neurodesarrollo. No se estableció ninguna asociación entre el uso de agentes ARV y el desarrollo de hiperlactatemia o trastornos neurológicos en niños expuestos al VIH durante su primer año de vida

Por ello no se recomienda la monitorización del ácido láctico en neonatos expuestos a ARV.

Únicamente se encuentra justificado en caso de pacientes con síntomas sugestivos (pérdida de peso, astenia, dolor abdominal, vómitos, hiperventilación o clínica neurológica) sin causa justificada.

Bibliografía

1. Blanche S, Tardieu M, Benhammou V, et al. Mitochondrial dysfunction following perinatal exposure to nucleoside analogues. *AIDS* 2006;20:1685- 1690.
2. Noguera A, Fortuny C, Muñoz Almagro C et al. Hyperlactatemia in human immunodeficiency virus-uninfected infants who are exposed to antiretrovirals. *Pediatrics* 2004;114:598-603.
3. Soler-Palacín P, Martín-Nalda A, Martínez-Gómez X, et al. Hyperlactatemia and in utero exposure to antiretrovirals: is the control group the clue? *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2012 Aug;28(8):752-8.

El valor predictivo positivo de desarrollar acidosis láctica en los neonatos con hiperlactatemia asintomática es bajo.

Por ello, no se recomiendan determinaciones de ácido láctico en neonatos asintomáticos.



La infección VIH se ha convertido en una nueva enfermedad crónica gracias al tratamiento antirretroviral (TAR), también en la edad pediátrica.

El TAR inhibe la replicación del VIH, lo que permite recuperar o preservar el sistema inmune, evitando la progresión de la enfermedad y sus complicaciones.

A día de hoy, los nuevos fármacos antirretrovirales son seguros y eficaces, pero requieren de un riguroso cumplimiento.

Si el paciente deja de tomarlos, el virus replica y puede desarrollar mutaciones asociadas a resistencia, y fracaso, con el riesgo de que el paciente pueda enfermar.

No

olvidar

**monitorizar la
adherencia al TAR en
cada visita de
seguimiento de los
pacientes pediátricos
infectados por el VIH.**

Bibliografía

1. Panel de expertos de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) y del Plan Nacional sobre el SIDA (PNS) Documento de consenso sobre tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docConsensoTARNinosAdolescentes_paraComentarios_11abr19.pdf
2. Evans SD, Mellins CA, Leu CS, et al. HIV treatment adherence measurement and reporting concordance in youth with perinatally acquired HIV infection and their caregivers. *AIDS Patient Care STDS*. 2015 Jan;29(1):43-51.
3. Medin G, García-Navarro C, Navarro Gomez M, et al. Disease disclosure, treatment adherence, and behavioural profile in a cohort of vertically acquired HIV- infected adolescents. *NeuroCoRISpeS study*. *AIDS Care*. 2016;28(1):124-30.

El paciente pediátrico con infección VIH será un paciente con un desarrollo normal y que podrá llevar una vida normal si toma la medicación de forma regular.

Debemos insistir en la adherencia al tratamiento antirretroviral en todas las visitas, y especialmente en el adolescente.