

# APROXIMACIÓN AL RECIÉN NACIDO MADRE VIH +

---

Nicolás Álvarez – Interno Medicina  
Dr. Gerardo Flores – Neonatólogo HBPM  
05-11-2020



UNIVERSIDAD  
SAN SEBASTIAN

---

# CASO CLÍNICO

RNT 38° semanas, AEG. Hijo de madre 30 años multípara de 1, con antecedente de VIH diagnosticada 2016, en tratamiento con triterapia (raltegravir/tenofovir/emtricitabina), con controles pre natales en ARO. Exámenes control pre natal: CV indetectable. Última ecografía de control evidencia oligoamnios y fisura labio palatina, sin otras anomalías. Madre no refiere uso otros fármacos o tóxicos durante embarazo. Nace por cesárea programada el 21.10.20. Apgar 9-9 en buenas condiciones generales, observándose fisura labio palatina izquierda completa e ingresa a UTI neonatología para manejo y estudio de cuadro de base.

## Ex. Físico:

- General: activo, buena respuesta a estímulo. Rosado, bien perfundido
- Cabeza: Normocráneo, fontanela permeable y normotensa
- Tórax: simétrico, normo expansible. MP +. SRA
- Cardíaco: RR 2T, NAS
- Abdomen: BDI. RHA +. No palpo masas ni visceromegalias
- Extremidades: simétricas, sin lesiones, pulsos presentes y simétricos
- Genitales: Masculino maduros. Testículo en escroto. Sin lesiones
- Neurológico: Activo, tono conservado. ROT simétricos. Reflejo moro y succión presentes y simétricos

# DATOS PERINATALES:

Embarazo controlado desde semana 14 de gestación, con carga viral indetectable, por ARO e infectología, sin otras patologías asociadas. Último control VIH 16.09.20 no reactivo. VDRL 14.10.20 negativo

Nacido por cesárea con protocolo VIH a las 38 semanas.

Peso al nacer: 3.360 gr

Talla: 50 cm

CC: 35 cms

Buena adaptación neonatal, alimentándose con F1.

# INDICACIONES:

Alimentación con F1 150 cc/kg/día 8 veces al día cada 3 horas. Vía oral

Zidovudina (AZT) 10mg/ml jarabe: 1.5 cc cada 12 horas. Vía oral

Control en policlínico de cirugía infantil en 10 días

Control en policlínico de pediatría-infectología en 3 semanas

HIJO MADRE VIH +





Introducción al virus

Transmisión vertical

Clínica del RN

Atención del RN expuesto al Virus

Diagnóstico de RN con antecedente madre VIH +

Tratamiento

Algoritmo de enfrentamiento

# VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA

## Mayores problemas para la salud pública mundial

2016: 1 millón fallecidos por causa relacionada al virus

- 36.7 millones de infectados
- 1.8 millones de nuevas infecciones

## Chile:

65.000 personas viven con VIH

41.681 confirmadas por ISP -> 34.301 control en red salud pública

**62%** diagnosticada en etapa NO SIDA

**38%** diagnosticada en etapa SIDA

1° caso pediátrico: 1982 secundario a transfusión  
2° caso pediátrico: 1983 transmisión vertical

## Chile:

1° caso 1987 -> transfusiones con VIH

1° caso descrito por transmisión vertical 1989

Gemelos VIH (+) -> 2° a transfusión materna



# PATOGENIA

Human immunodeficiency virus (HIV)

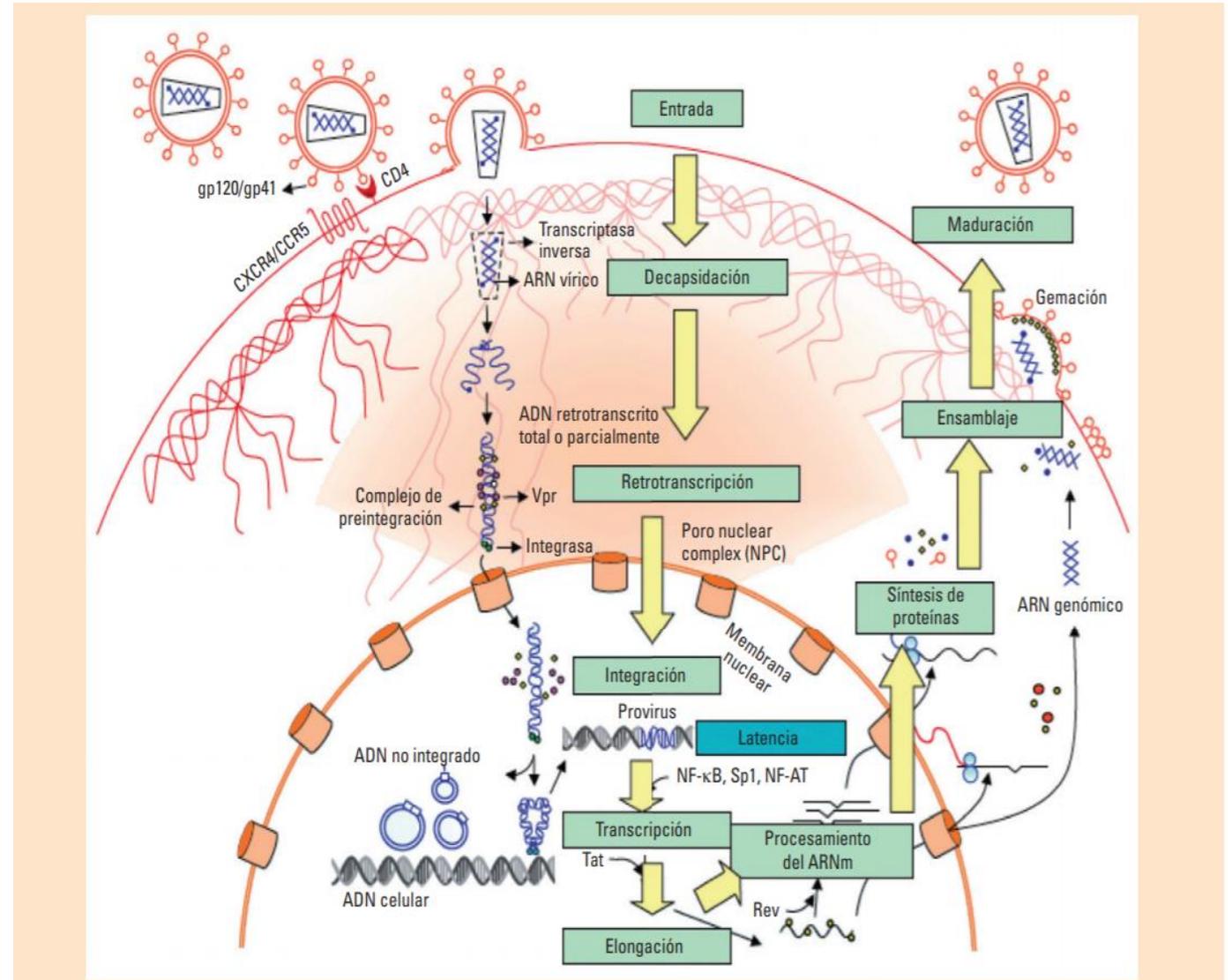
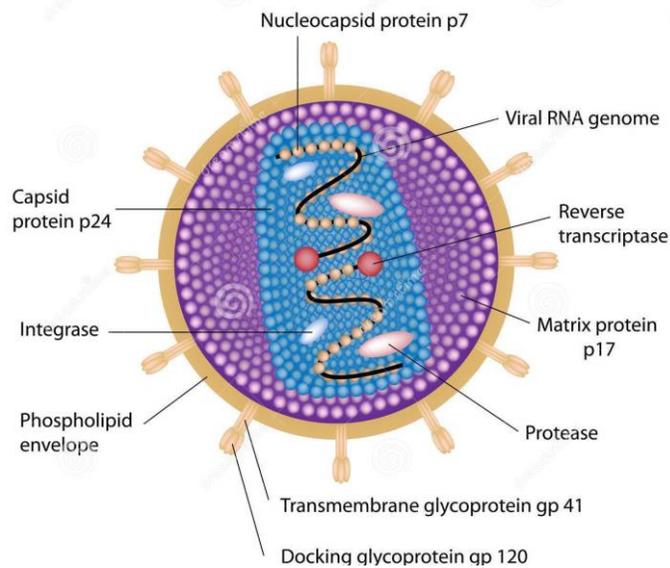


Fig. 1. Ciclo biológico del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Tomada de Alcami J, et al.<sup>11</sup>.

# TRANSMISIÓN VERTICAL

**Define:** ocurre entre madre – hijo durante pre natal, intra parto, post natal

**Principal vía de transmisión en niños (95%)**

1. 35% pre natal
2. 65% intra parto
3. 14-29% post natal

**Factores de riesgo**

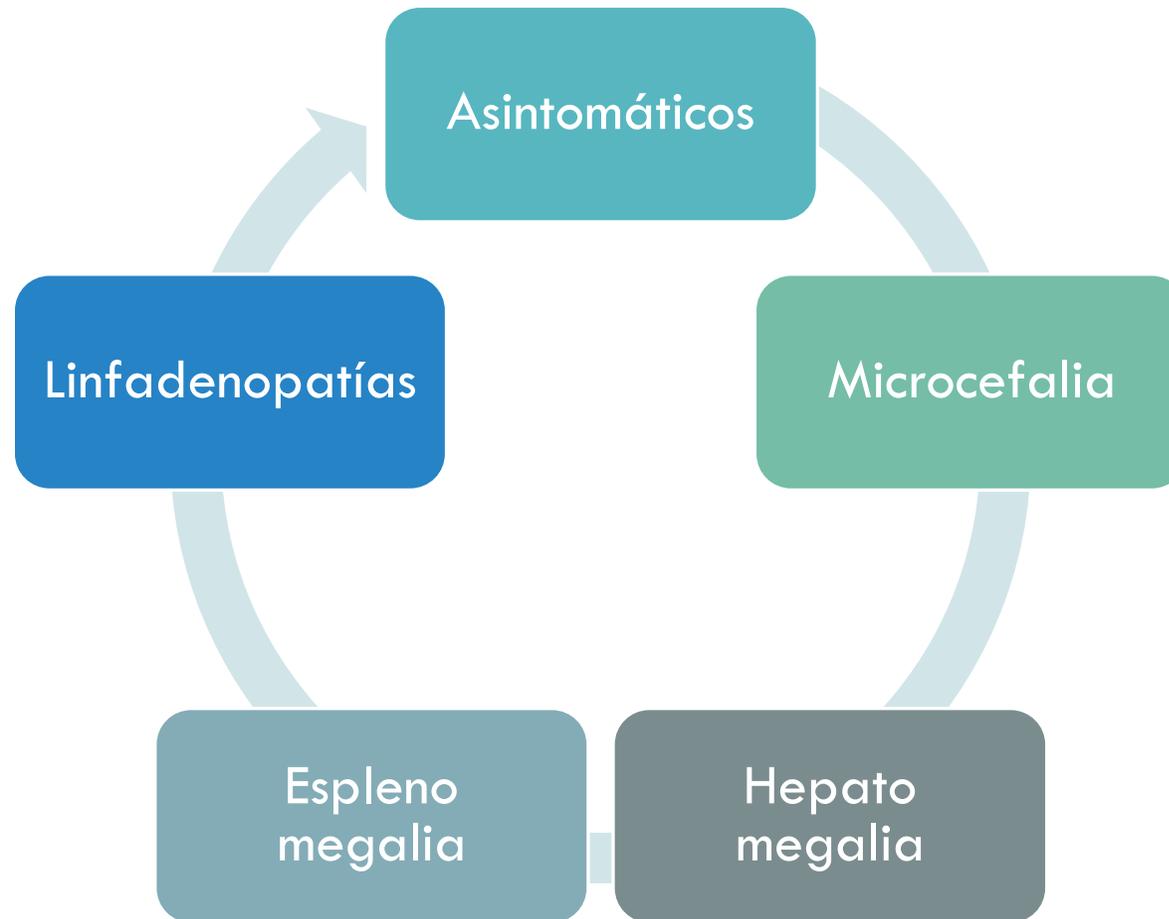
- **Carga viral:** principal factor que aumenta riesgo de transmisión de enfermedad
- Niveles de CD4 maternos bajos

**Estrategias preventivas:**

- Diagnostico precoz
- Parto vía cesárea programado
- Profilaxis TARV embarazada intra parto
- Profilaxis TARV al RN
- Suspensión de lactancia materna



# CLÍNICA



# ATENCIÓN DEL RN EXPUESTO AL VIH

Manejo inmediato:



# ATENCIÓN DEL RN EXPUESTO AL VIH

Manejo mediato:



# DIAGNÓSTICO

## **Tabla 1. Muestras para diagnóstico específico de VIH en recién nacidos expuestos, hijos de madre VIH (+)**

1ª muestra para VIH-ADN-RCP: antes de las 48-72 h del nacimiento (sangre periférica, no del cordón).

2ª muestra para VIH-ADN-RCP: a las 2-4 semanas de vida (o lo antes posible frente a un resultado positivo de la primera muestra).

3ª muestra para VIH-ADN-RCP: tomar lo antes posible si la primera y/o la segunda muestra resultan positivas, y no más tarde de los 3 a 4 meses de edad si las dos primeras resultan negativas.

*Esto es válido siempre que el RN Expuesto no reciba alimentación a pecho materno o por nodrizas.*

El estudio virológico para diagnóstico de la infección por VIH se efectúa en el Instituto de Salud Pública (ISP).

# DIAGNÓSTICO

**Tabla 2. Infección por VIH en Niños: Diagnóstico de Laboratorio (ISP; Diciembre 1997)**

Edad	Confirmación Infección	Descarte Infección
Recién nacidos	Al menos 2 muestras con RCP (+) sin considerar 1ª muestra de antes de las 48 h de vida	Al menos 2 muestras con RCP (-) sin considerar 1ª muestra de antes de las 48 h de vida
Niños $\geq$ 1 mes y $<$ 18 meses	2 RCP deben ser (+)	2 RCP deben ser (-)
Niños $\geq$ 18 meses	Basta 1 RCP (+) y/o serología VIH (+) confirmada	Basta 1 RCP (-) y/o serología VIH (-)

\*Siempre que no estén con alimentación a pecho por la madre o por nodrizas. El estudio virológico para diagnóstico de la infección por VIH se efectúa en el Instituto de Salud Pública (ISP).

# TRATAMIENTO

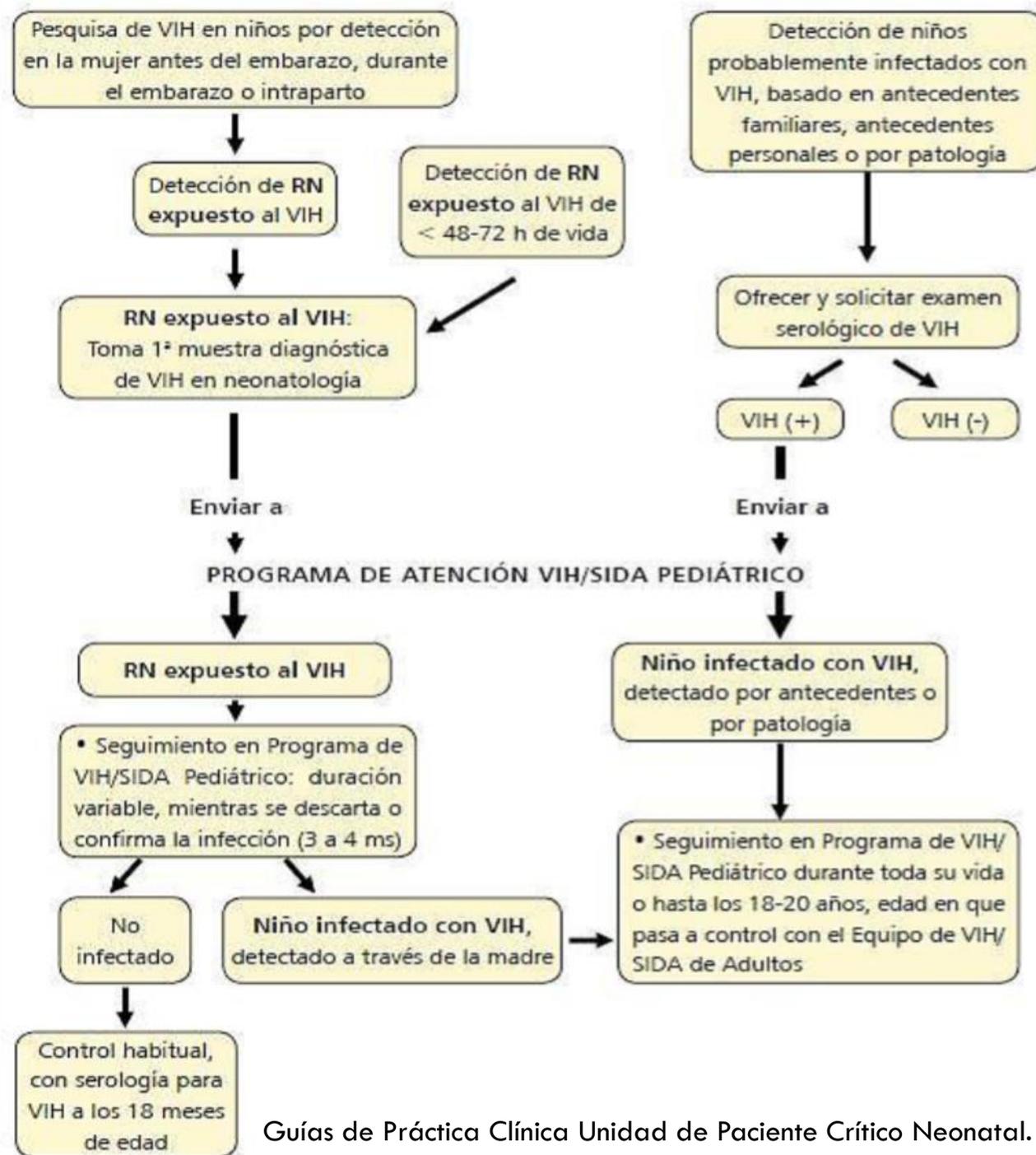
## Manejo del RN de acuerdo al riesgo de infección VIH en el RN

Categoría	Descripción	Manejo ARV RN
Bajo riesgo de transmisión perinatal del VIH	Madres recibieron TAR estandar durante el embarazo con supresión viral sostenida cerca del parto y sin preocupaciones relacionadas a la adherencia	4 semanas de ZDV
Mayor riesgo de transmisión perinatal del VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Madres que no recibieron drogas ARV ni anteparto ni intraparto</li> <li>• Madres que recibieron sólo drogas ARVs intraparto</li> <li>• Madres que recibieron drogas ARVs anteparto e intraparto, pero que tienen CV detectable cerca del parto, particularmente si el parto fue vaginal</li> <li>• Madres con infección VIH aguda o primaria durante el embarazo a lactancia materna</li> </ul>	Profilaxis con combinación de ARVs con 6 semanas de ZDV y 3 dosis de NVP (dosis de profilaxis)  <u>O</u>  Terapia empírica para VIH con ZDV, 3TC y NVP (dosis de tratamiento)
RN con exposición presumida al VIH	Madres con estatus VIH desconocido con test positivo al parto o postparto o cuyos RN tienen un test de anticuerpos VIH positivos	Manejo ARV como arriba (para mayor riesgo de transmisión perinatal del VIH)  El manejo ARV debe ser discontinuado inmediatamente si test suplementario confirma que la madre no tiene VIH
RN con VIH confirmado	RN confirmado positivo por test virológico de AN	Régimen ARV con combinación de 3 drogas en dosis de tratamiento

# TRATAMIENTO

Categoría	Descripción	Manejo ARV Neonatal								
<b>ZDV</b> Dosis de tratamiento y profilaxis  <b>Nota:</b> Para RN incapaces de tolerar los agentes orales, la dosis IV es 75% de la dosis, manteniendo el mismo intervalo de dosis		<u>≥35 semanas de gestación al nacer</u> <i>Nacimiento a 4-6 semanas de edad</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>4 mg/ kg/ dosis O x 2v/ día</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Banda de Peso (kg)</th> <th>Volumen (ml) ZDV 10 mg/ mL O 2v/ d</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2 a &lt;3 kg</td> <td>1 ml</td> </tr> <tr> <td>3 a &lt;4 kg</td> <td>1,5 ml</td> </tr> <tr> <td>4 a &lt;5 kg</td> <td>2 ml</td> </tr> </tbody> </table>	Banda de Peso (kg)	Volumen (ml) ZDV 10 mg/ mL O 2v/ d	2 a <3 kg	1 ml	3 a <4 kg	1,5 ml	4 a <5 kg	2 ml
		Banda de Peso (kg)	Volumen (ml) ZDV 10 mg/ mL O 2v/ d							
2 a <3 kg	1 ml									
3 a <4 kg	1,5 ml									
4 a <5 kg	2 ml									
<u>≥30 a &lt;35 semanas de gestación al nacer</u> <i>Nacimiento-2 semanas de edad:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>2 mg/ kg/ dosis O 2v/ día</li> </ul> <i>Edad 2 semanas a 4-6 semanas:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>3 mg/ kg/ dosis = 2v/ día</li> </ul> <u>&lt;30 semanas de gestación al nacer</u> <i>Nacimiento a 4 semanas de edad:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>2 mg/ kg/ dosis O x 2v/ día</li> </ul> <i>Edad 4-6 semanas:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>3 mg/ kg/ dosis O x 2v/ día</li> </ul>										
<b>3 TC</b> Dosis de Profilaxis y de Tratamiento		<u>≥32 semanas de gestación al nacer:</u> <i>Nacimiento-4 semanas de edad</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>2 mg/ kg/ dosis O x 2v/ día</li> </ul> <i>Edad 4-6 semanas:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>4 mg/ kg/ dosis x 2v/ día</li> </ul>								

<b>NVP</b> Dosis de Profilaxis		<u>Peso Nacimiento 1,5-2 kg:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>8 mg dosis= 1v/ día</li> <li><b>Nota:</b> No se requiere cálculo para esta dosis: <b>esta es la actual dosis, no una dosis mg/ kg</b></li> </ul> <u>Peso Nacimiento &gt; 2 kg:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>12 mg dosis= 1v/ día</li> </ul>
<b>NVP</b> Dosis de Tratamiento		<u>≥37 semanas de gestación al nacer</u> <i>Nacimiento-6 semanas de edad:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>6 mg/ kg/ dosis O x 2v/ día</li> </ul> <u>34 a &lt; 37 semanas de gestación al nacer</u> <i>Nacimiento -1 semana de edad</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>4 mg/ kg/ dosis O x 2v/ día</li> </ul> <i>Edad 1-6 semanas:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>6 mg/ kg/ dosis O 2v/ día</li> </ul>



# APROXIMACIÓN AL RECIÉN NACIDO MADRE VIH +

---

Nicolás Álvarez – Interno Medicina  
Dr. Gerardo Flores – Neonatólogo HBPM  
05-11-2020



UNIVERSIDAD  
SAN SEBASTIAN

---