

Guías Nacionales de Neonatología

Ministerio de Salud - Chile

2005

MANEJO DEL RN HIJO DE MADRE VIH POSITIVA

INTRODUCCIÓN

- El riesgo de infección de un niño que nace de una madre seropositiva que no recibió terapia antiviral durante el embarazo se estima entre el 13-39%
- El tiempo de transmisión se ha estimado que ocurre antes del nacimiento en 30% de los casos, y durante el parto en el 70% de los casos.
- Seroconversión durante el embarazo, enfermedad avanzada en la madre al igual que primer gemelo que nace y ruptura prolongada de membranas se asocian a mayor riesgo de transmisión.
- Transmisión post-parto puede ocurrir a través de leche materna. Se estima que 1/3 a 1/2 de transmisión madre-hijo puede ser debida a alimentación por leche materna.

PRE-PARTO:

- Señalar la terapia antiretroviral que recibió la madre y desde que semanas de gestación.
- La terapia se considera adecuada si se comenzó entre las 14 y 34 semanas.
- Si la madre es VIH(+) confirmada y no tiene tratamiento, debe iniciar Zidovudina (AZT) idealmente entre las 14-34 semanas de gestación con:
 - AZT 100 mgs. 5 veces por día, ó
 - AZT 200 mgs. 3 veces por día, ó
 - AZT 300 mgs. 2 veces por día vía oral

DURANTE EL PARTO:

- Protocolo 076: AZT ev. a la madre durante el trabajo de parto: 2 mg/kg a pasar en 1 hora, seguido de infusión ev. de 1 mg /kg/h hasta el parto.
- Evitar ruptura de membranas y maniobras invasivas (monitoreo de pH en cuero cabelludo, amniocentesis, etc.)
- Intentar un período de latencia entre ruptura de membranas y parto menor de 4 horas.
- Cesárea electiva.
- Durante el parto y posparto se deben adoptar las precauciones estándar de manejo de sangre y fluidos, u otros productos contaminados con sangre (eliminación adecuada de la placenta de loquios, etc.) con el fin de evitar el contagio del personal de salud u otras personas.
- Ruptura prematura de membranas conducta sugerida:
 - Después de 32 sem.: Cesárea.
 - Entre las 26 y 30-32 sem. se plantea antibióticos de amplio espectro, inducción de

madurez pulmonar con corticoides e interrupción en 48 horas.

DURANTE POST-PARTO:

Objetivos Manejo del RN:

- **Evitar contagio con HIV especialmente en período de RN inmediato.**
- **Disminuir riesgo de contagio del personal de salud.**
- **Hospitalizar para estudio en la sala de cuidados básicos.**
- **Suspender lactancia materna.**
- **Mantener precauciones estándar para el manejo de fluidos.**
- **Iniciar protocolo 076 del recién nacido.**

Manejo en Atención Inmediata:

- **Precaución universal de sangre y fluidos corporales.**
- **Aspiración oro faríngea suave, con máquina de aspiración. (no usar pipeta).**
- **Baño con agua jabonosa. (Eliminar agua previa cloración).**
- **Aseo prolijo de la piel donde se colocará vitamina K.**
- **BCG. Esperar recuento de linfocitos CD4: sí es mayor de 1.500 vacunar.**

Manejo Mediato:

- **Suspender lactancia materna.**
- **Hospitalizar para estudio**
- **Protocolo 076:**
 - **AZT ó Zidovudina: 2 mg/Kg/dosis cada 6 horas comenzando a las 6- 8 horas de vida máximo a las 12 horas posparto y durante 6 semanas. Jarabe 10 mg/dl.**
 - **Nevirapina no es de regla. Dosis: 2 mg/kg/día, solo 1 dosis, si la madre recibió protocolo con AZT+ Nevirapina durante el embarazo, antes de las 72 horas de vida.**
 - **Si la madre no recibió tratamiento con AZT completo o recibió Nevirapina menos de 1 hora previo al parto, administrar 2 mg/kg/día el primer día y repetir a las 48 horas.**
 - **Desde las 4-6 semanas iniciar tratamiento profiláctico para P. carinii con sulfatrimetropin oral.**
 - **Estudio y control, ó asesoría por representante del área ó de la región del Comité de SIDA pediátrico.**
 - **Todo hijo de madre HIV + debe ser notificado.**
- **Si la madre recibió terapia antiretroviral solo intraparto, igual se debe indicar AZT jarabe oral al RN por 6 semanas.**
- **Si la madre no recibió terapia se debe ofrecer profilaxis con AZT al RN de menos de 24-48 horas de vida.**

Estudio:

- **Instituto de Salud Pública:** (tubo lila EDTA 3 ml de sangre). Estudio de pro virus mediante PCR en polimorfonucleares, serología y antigenemia (adjuntar formulario SIDA pediátrico). Tomar muestras de sangre periférica, no del cordón (por riesgo de contaminación con sangre materna) antes de las 48-72 horas de vida para efectuar serología, antigenemia y PCR.
- **Laboratorio de inmunología:** Estudio de población linfocitaria CD4 (tubo lila EDTA +1ml de sangre) RN linfocitos CD4 normal: 2.500-5.000. Sí CD4 > de 1500 por ml. ó > de 25 % vacunar con BCG.
- **Estudio Hemograma** ver grado de anemia secundario a AZT desde los 15 días de vida
- **Transaminasas, BUN., bilirrubinemia, sí presenta ictericia.**
- **Estudio TORCH con o sin clínica.** (toxoplasmosis, citomegalovirus).
- **Estudio inmunológico:** cuantificación de inmunoglobulinas.

Seguimiento:

- **En policlínico de infectología, servicio social y psicología.**
- **No se recomienda la vacuna contra la varicela.**
- **La vacuna para polio debe ser a virus polio muerto (inyección, no oral)**
- **Debe recibir vacuna para la gripe cada año y vacuna neumocócica a los 2 años.**
- **Se debe tomar una segunda muestra para PCR entre los 7- 15 días, si la primera muestra es positiva y luego una tercera muestra al mes de vida.**

BIBLIOGRAFIA:

1. Burns DN, Mofenson LM. Paediatric HIV Infection. Lancet. 1999, 354: sn1-sn6.
2. Bulterys M and Fowler MG. Prevention of HIV Infection in Children. Pediatr Clin N Amer. 2000,47:241-260.
3. CDC. Recommendations of the U.S. Public Health Service Task Force on the Use of Zidovudine to Reduce Perinatal Transmission of Human Immunodeficiency Virus. MMWR. 1994, 43 (RR-11) :1-20.
4. American Academy of Pediatrics. Committee of Infectious Diseases Eds. Red Book 2000, 25 Ed. , USA.
5. CONASIDA, Area ETS, Ministerio de Salud, Chile. Normas de Manejo y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual 2000. 2000,15-85.
6. Wu E. Infección por VIH en Niños. En Sida, Sepúlveda C y Afani A, Eds, 2ª Ed, Publicaciones Técnicas Mediterráneo, Santiago, Chile, 1997:427-35.