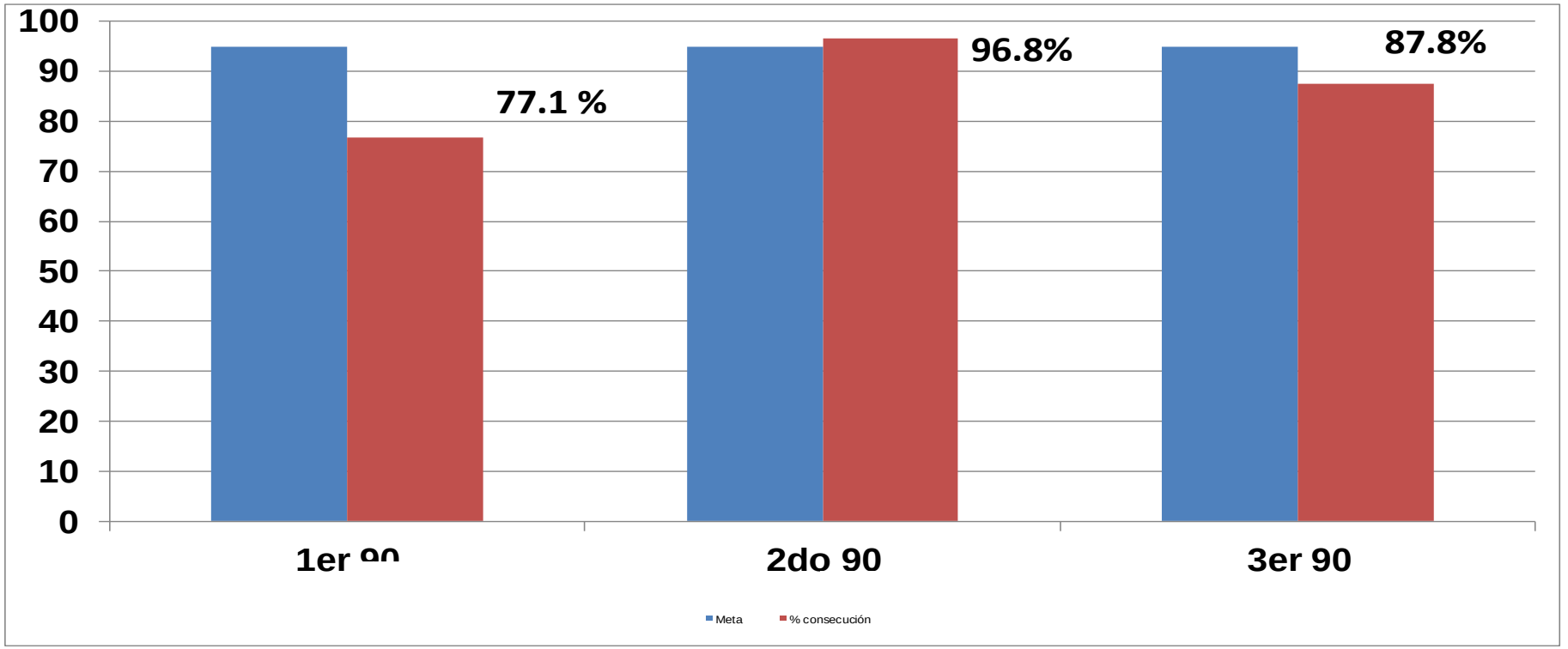
MINISTERIO
DE SALUD PÚBLICA
República de Cuba

Manejo clínico de la gestante, seguimiento del niño y consideraciones especiales en la etapa posnatal para la prevención y control de la TMI del VIH

La Habana, Diciembre 2023

CUMPLIMIENTO METAS 95/95/95 DE ONUSIDA . CUBA, NONESTRE 2023



2023	No.	%
Estimado de PVV (Spectrum)	42.012(*)	100
Total de PVV diagnosticados y vivos	32. 400	77.1
En TAR	27.658	96.8
Carga viral suprimida	15.495	87.8

(*)-Estimación Media de Spectrum 2023

INDICADORES ETMI-VIH. Cuba, 2015-2021

Indicadores obligatorios	Metas	Resultados						
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Tasa de transmisión materno infantil del VIH	≤2%	1,9	2	0	0	0,5	0	0
		(3/157)	(3/148)	(0/151)	(0/188)	(1/191)	(0/196)	0/180
Incidencia de HIV perinatal (por 1000 nacidos vivos)	≤ 0,3	0,03	0,03	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00
		(3/125,064)	(3/116,872)	(0/114,971)	(0/116,333)	(1/109,716)	(0/105,030)	(0 / 99,093)
Cobertura de tamizaje para el VIH	≥95%	97,00%	98,00%	98,80%	98,00%	98,40%	97,90%	99,60%
		(121,160/ 125,064)	(114,421/ 116,872)	(113,602/ 114,971)	(114,118/ 116,333)	(107,995/ 109,716)	(100,010/ 102,155)	(91,372/ 91,647)
Cobertura de tratamiento antirretroviral	≥95%	100%	97,30%	100,00%	100,00%	99,50%	99,70%	100,00%
		(157/157)	(143/147)	(151/151)	(185/185)	(190/191)	(195/196)	(180/180)

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PARA EL CONTROL DE LA INFECCIÓN PERINATAL POR VIH

1. Durante la gestación se realizará la prueba de VIH:
   - En los tres trimestres a todas las gestantes y sus parejas sexuales.
   - De no declarar pareja, o esta negarse, la gestante será chequeada mensualmente.
2. Ante una prueba de VIH positiva se procederá con el algoritmo de diagnóstico establecido.
3. Al realizar la segunda muestra se hará la extracción para carga viral y prueba de resistencia pre tratamiento.
4. En el caso de dar negativa esta segunda muestra se solicitará otra para esclarecer resultado.
5. Test rápido anteparto con **énfasis** en las gestantes que llegan en **periodo expulsivo.**

ESCENARIOS PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LA TMI DE VIH

Escenario No. 1	Seropositiva conocida que se le capta el embarazo.	1a.- No tenía tratamiento ARV antes de embarazarse. * - Iniciar tratamiento antirretroviral con esquema preferente de primera línea (Dolutegravir + Tenofovir + Lamivudina) - Ingreso en hogar materno para evaluación y valorar alta según resultados de su CV (< 50 cps) y seguridad en la continuidad del TAR; - Mantener el tratamiento antirretroviral de por vida; - En caso de mantener CV ≥ 1000 copias/ml a las 12 semanas de haber iniciado el TAR, realizar estudio de resistencia y evaluar la adherencia, para cambio de esquema. *Perdida de observación, negada a TAR, otras razones.
		1b.- Tenía tratamiento ARV antes de embarazarse, si es con Dolutegravir, - Mantener el mismo esquema terapéutico si su carga viral presenta cifras inferiores a las 1000 copias/ml. De presentar cifras ≥ 1000 copias/ml, indicar estudio de resistencia para cambio a esquema adecuado, control de la adherencia.
Escenario No. 2	Gestante seropositiva multitratada con exposición previa a esquemas recomendados y hay evidencias de fracasos virológicos.	- Evaluar esquema apropiado previo estudios de resistencia; - No suspender la terapia que tenga en ese momento; - Ingreso en hogar materno para incidir en la adherencia - Informar al MINSAP resultado y proponer conducta a seguir para aprobación.
Escenario No. 3	Embarazada que se diagnostica a partir de las 24 semanas de gestación.	- Estudio de resistencia; - Iniciar tratamiento antirretroviral inmediatamente con esquemas recomendados preferentes que contengan Dolutegravir. Tener en cuenta el resultado del estudio de resistencia; - Seguimiento estricto de la adherencia; - Ingreso en hogar materno hasta que la CV alcance niveles inferiores a las 50 copias y seguridad en la continuidad del TAR.

ESCENARIOS PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LA TMI DE VIH

Escenario No. 4	Seronegativa que en cualquier momento del embarazo tenga una pareja seropositiva al VIH. Alto riesgo de infección durante el embarazo.	- Garantizar su evaluación personalizada e interdisciplinaria y seguimiento estrictos; - Vigilar aparición de signos y/o síntomas de retrovirosis aguda; - Seguimiento mensual en su provincia con Prueba rápida de cuarta generación (antígeno-anticuerpo) o ELISA de cuarta generación hasta el final del embarazo; - Ante sospecha de infección aguda realizar carga viral de inmediato; - Incorporar a la gestante en programa para uso de la PrEP estrictamente observada por su EBS; - Seguimiento en consejería de ITS-VIH/sida del policlínico; - Promoción del uso del condón; - Evaluación a la pareja sexual por el especialista designado para la atención a personas con VIH: ➢ Si tiene TAR y presenta carga viral ≤ 1000 copias/ml: mantener igual tratamiento y observación estrecha del caso; ➢ Si tiene TAR y presenta carga viral ≥ 1000 copias/ml: evaluar con la comisión de discusión de tratamiento, evaluar adherencia y realizar prueba de resistencia previo cambio de esquema. ➢ Si no está recibiendo TAR iniciar tratamiento con los esquemas recomendados hasta lograr la supresión viral.
Escenario No. 5	Seronegativa que tenga una pareja seropositiva al VIH y esté lactando. Alto riesgo de infección durante la lactancia materna.	- Dispensarización; - Acciones de promoción de salud; - Promoción del uso del condón; - Seguimiento en consejería de ITS-VIH del policlínico; - Incorporar al servicio de PrEP y mantenerla durante todo el periodo que lacte; - **Realización de VIH mensual mientras este lactando** - Evaluación a la pareja sexual por el especialista designado para la atención a personas con VIH. ➢ Si tiene TAR y presenta carga viral ≤ 1000 copias/ml: mantener igual tratamiento y observación estrecha del caso; ➢ Si tiene TAR y presenta carga viral ≥ 1000 copias/ml: evaluar con la comisión de discusión de tratamiento la adherencia y realizar prueba de resistencia previo al cambio de esquema; ➢ Si no está recibiendo TAR iniciar tratamiento con los esquemas recomendados hasta lograr la supresión viral.

ATENCIÓN A LA GESTANTE SEROPOSITIVA POR EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD Y OBSTETRA DEL GRUPO BÁSICO DE TRABAJO (GBT)

- Garantizarán que la gestante con VIH sea evaluada mensualmente por el especialista designado para la atención a personas con VIH.
- Evaluará la inclusión de su pareja (si es seronegativa) a regímenes de PrEP.
- **De no tener las condiciones o negarse al ingreso en el Hogar Materno, será ingresada en su hogar, garantizando en cualquiera de los escenarios posibles, que el tratamiento será estrictamente observado por el EBS para la garantía de la adherencia al tratamiento**.
- Coordinarán con los especialistas correspondientes, de la Atención Secundaria de Salud, el ingreso para la culminación del embarazo, según cesárea o **parto transpelviano**, de acuerdo a las condiciones de cada gestante (buena adherencia TAR, carga viral no detectable antes y durante la gestación, edad gestacional mayor o igual a 34 semanas, presentación cefálica del feto).
- De conjunto con Neonatología, decidirán la indicación o suspensión de la **lactancia materna** y garantizarán que el bebé reciba lactancia artificial cuando sea necesario.

ATENCIÓN A LA GESTANTE SEROPOSITIVA EN EL MOMENTO DEL PARTO

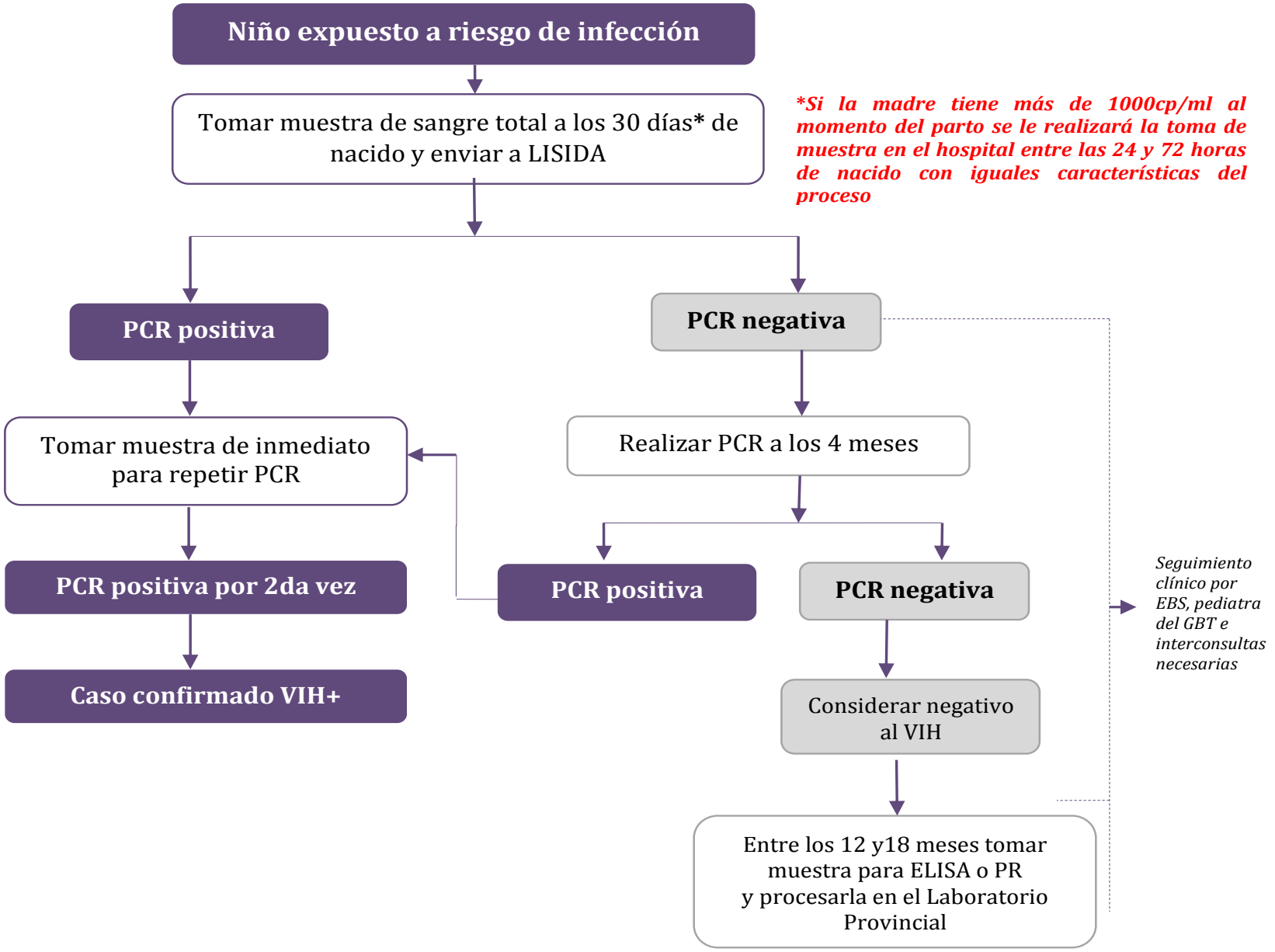
- Ingreso en el hospital que le corresponda por regionalización.
- Se recomendará la realización de cesárea electiva, entre las semanas 37 y 38, o el **parto transpelviano** (buena adherencia TAR, carga viral no detectable antes y durante la gestación, edad gestacional mayor o igual a 34 semanas, presentación cefálica del feto), incluyendo el consentimiento informado de la gestante y su pareja sexual.
- Durante el trabajo de parto **NO** suspender el tratamiento antirretroviral.
- La inducción del parto no está contraindicada, pero se debe limitar a casos con pronóstico favorable de parto (por condiciones cervicales, paridad, peso fetal estimado, etc.), y siempre que se cumplan el resto de los criterios para el parto vaginal. Evitar las manipulaciones cervicales durante el proceso.
- Ante cualquier patología materna o fetal recomendamos realizar cesárea electiva.

CONDUCTA CON EL RECIÉN NACIDO DE MUJER SEROPOSITIVA

1. Iniciar la administración de Zidovudina (jarabe) en las primeras 4-6 horas después del nacimiento a razón de 2 mg x kg de peso cada seis horas y mantener el tratamiento por 42 días (seis semanas). En el caso de no contar con el jarabe, se prepararán papelillos (en el centro dispensarial determinado en cada territorio) a partir de tabletas con igual dosificación.
   - Recién nacido sin condiciones de recibir el medicamento por vía oral, se le debe de administrar por vía iv en la misma dosis que el esquema recomendado en el punto 1, si se trata de recién nacido a término.
   - Recién nacidos prematuros o de bajo peso, comenzar el tratamiento con el jarabe de Zidovudina a razón de 1,5 mg x kg hasta que alcance el peso ideal en que se continúa como se indica en el punto 1.
2. **Lactancia materna** si la puérpera tuvo **antes, durante y después del embarazo** adecuada adherencia al TAR y carga viral no detectable, además de firmado el consentimiento informado de la madre y su pareja sexual.
3. Garantizar lactancia artificial cuando se disponga su uso.
4. Continuar con las medidas establecidas por el PAMI para todos los recién nacidos, según dispensarización.
5. Seguimiento de laboratorio según protocolo para el diagnóstico en niños expuestos, menores de 18 meses.
6. El alta definitiva la define el grupo provincial y será resultado de la evaluación conjunta de los criterios de laboratorio (PCR) y los criterios clínico-epidemiológicos.
7. Consulta especializada en IPK, como institución de tercer nivel de atención, serán atendidos con los médicos tratantes, los niños de difícil manejo y discutidos los cambios de terapia ARV por test de resistencia.

Desde el punto de vista pediátrico se cumplirán todas las consultas y acciones establecidas para todos los niños de su edad en el Programa del Médico y Enfermera de la Familia.

Algoritmo para el diagnóstico de VIH en niños menores de 18 meses



Nota: En niños con alguna enfermedad indicativa de sida, tomar muestra de inmediato e iniciar el esquema de tratamiento recomendado.

- Tener presente que, al nacer, el 100 % de estos niños son positivos por ELISA y Pruebas rápidas a causa de los anticuerpos maternos pasivamente adquiridos, los que comienzan a declinar a los 12 meses y pueden persistir hasta quince o dieciocho meses

- Diagnóstico positivo solo puede ser confirmado a través de pruebas directas de detección, es decir, pruebas virológicas o mediante pruebas moleculares, Reacción en cadena de la polimerasa (PCR por sus siglas en inglés).

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO PARA EMBARAZADAS Y NIÑOS

<table>
<tr><th rowspan="2">Población</th><th colspan="2">Esquemas de 1.ª línea</th><th rowspan="2">Esquemas de
2.ª línea</th><th rowspan="2">Esquemas de 3.ª línea</th></tr>
<tr><th>Preferenciales</th><th>Alternativos</th></tr>
<tr><td>Embarazadas</td><td>Dolutegravir + Tenofovir disoproxilo + Lamivudina.
(TLD)</td><td>Dolutegravir + Tenofovir/Emtricitabina.
Tenofovir/Emtricitabina + Efavirenz (600 mg).</td><td>Elegir nuevo esquema en base a PGR
De ser posible evitar IP</td><td>Elegir nuevo esquema en base a PGR</td></tr>
<tr><td>Niños menores de 4 semanas de edad.</td><td>Abacavir + Lamivudina + Raltegravir.</td><td>Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina.</td><td colspan="2" rowspan="2">Pasar a un IP si utilizó DTG en primera línea + 2 INRT (evaluar siempre PGR)</td></tr>
<tr><td>Niños mayores de 4 semanas de edad y más de 3kg de peso</td><td>Dolutegravir + Abacavir + Lamivudina.</td><td>Dolutegravir + Tenofovir + Lamivudina.
(Más de30 kg de peso).</td></tr>
</table>

IP: Inhibidor de proteasa
PGR: Prueba genotípica de resistencia

RECOMENDACIONES ANTES DE INICIO DEL TRATAMIENTO ARV EN NIÑOS

- Identificar a la o las personas responsables del cuidado del menor, ya que el principal mecanismo de transmisión es perinatal y frecuentemente uno o ambos padres tienen el VIH, por lo que sugiere que intervenga en el manejo un familiar cercano.
- Es importante que en todas las decisiones sobre el tratamiento se involucre al menor, adecuando la información a su edad.
- Discutir las opciones de tratamiento con los padres o tutores, explicándoles claramente la posibilidad de interacciones, efectos secundarios y elegir la combinación menos tóxica que además tenga el mayor efecto de supresión viral. Tener en cuenta las características de la droga y su farmacocinética para lograr la adherencia al tratamiento.
- Seleccionar el tratamiento de menor toxicidad y asegurarse de su disponibilidad para mantenerlo en el tiempo.
- Tener en cuenta la exposición a los medicamentos ARV que recibió la madre durante el embarazo que pudiesen resultar en drogo resistencia.
- Se debe **realizar una prueba de resistencia** al momento del diagnóstico a todo niño infectado por el VIH.