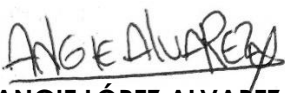
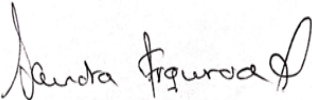

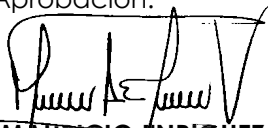

	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-008
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO DE GESTANTES CON VIH	Fecha de aprobación: 28 de julio de 2025
		Página: 1 de 9

Elaboración:  ANGIE LÓPEZ ALVAREZ Profesional IAMII	Revisión Técnico/Científica:  SANDRA FIGUEROA Coordinadora de Calidad y servicios de apoyo	Revisión Calidad:  CRISTIAN JIMENEZ Profesional de Calidad y Riesgos	Aprobación:  MAURICIO ENRIQUEZ Director Ejecutivo
--	--	---	--



	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-008
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO DE GESTANTES CON VIH	Fecha de aprobación: 28 de julio de 2025
		Página: 2 de 9

1. OBJETIVO

El objetivo principal es que ninguna mujer afronte su embarazo sin conocer su condición de infectada por el VIH y prioritariamente, que no llegue al parto sin que se haya determinado su estado serológico frente al VIH. Una vez conocida su serología, mantener durante todo el embarazo un TAR óptimo para llegar al parto con carga viral indetectable.

2. ALCANCE

Este documento establece la necesidad de una aproximación multidisciplinar a la mujer que debe incluir, al menos especialistas en ginecología, infectología, pediatría, personal de enfermería y psicología. Por otro lado, con el objetivo ideal de alcanzar la transmisión “cero” del VIH a los niños, es fundamental que los cuidadores principales (al menos infectólogos, ginecólogos y pediatras) tengan experiencia demostrada en el manejo de estas situaciones.

3. MATERIALES, EQUIPOS E INSUMOS

Materiales:

- Historia clínica perinatal con énfasis en VIH
- Consentimiento informado para toma de pruebas y tratamiento
- Carné perinatal
- Material educativo sobre VIH, embarazo y lactancia segura
- Guías clínicas actualizadas sobre atención a gestantes con VIH


Equipos:

- Báscula materna
- Tallímetro
- Tensiómetro
- Estetoscopio
- Doppler fetal
- Equipo de toma de muestras (venopunción)
- Refrigeración para almacenamiento de muestras

Insumos:

- Pruebas rápidas de VIH y ELISA de cuarta generación
- Insumos para toma de carga viral y CD4
- Medicamentos antirretrovirales (ARV) según protocolo TAR (terapia antirretroviral)
- Preservativos para distribución
- Jeringas, tubos y agujas para toma de sangre
- Guantes, tapabocas, batas desechables



	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-008
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO DE GESTANTES CON VIH	Fecha de aprobación: 28 de julio de 2025
		Página: 3 de 9

- Alcohol glicerinado, solución antiséptica
- Material de bioseguridad para desecho de residuos cortopunzantes y biológicos.

4. RIESGOS Y COMPLICACIONES

Para la gestante:

- Progresión del VIH por no adherencia al tratamiento
- Efectos adversos de los ARV
- Coinfecciones (como sífilis, tuberculosis, hepatitis)
- Discriminación y estigmatización en los servicios de salud
- Mayor riesgo de complicaciones obstétricas si no hay control prenatal adecuado

Para el recién nacido:

- Transmisión vertical del VIH (intrauterina, periparto o por lactancia)
- Exposición perinatal a VIH si no se recibe profilaxis
- Reacciones adversas a la profilaxis neonatal
- Nacimiento prematuro o bajo peso al nacer
- Necesidad de alimentación artificial si no se permite lactancia materna


Riesgos institucionales:

- Falta de confidencialidad o violación del derecho a la privacidad
- Inadecuada trazabilidad de los casos (fallas en el reporte a Sivigila)
- Escasez de ARV o de pruebas diagnósticas
- Ausencia de protocolos diferenciados y personal capacitado

5. DEFINICIONES

- **VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana):** Virus que afecta el sistema inmunológico y puede transmitirse por vía sexual, sanguínea o vertical (madre a hijo).
- **Transmisión vertical:** Transmisión del VIH de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia.
- **TAR (Terapia Antirretroviral):** Tratamiento farmacológico utilizado para controlar la replicación del VIH y evitar la progresión a SIDA.
- **Carga viral:** Medida de la cantidad de VIH en la sangre; su control es clave para prevenir la transmisión vertical.
- **CD4:** Tipo de glóbulo blanco que disminuye en personas con VIH; se utiliza como indicador del estado del sistema inmune.
- **Profilaxis perinatal:** Administración de medicamentos antirretrovirales a la madre y al recién nacido para prevenir la transmisión del VIH.



	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA		Código: PT-ACE-008
			Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO DE GESTANTES CON VIH		Fecha de aprobación: 28 de julio de 2025
			Página: 4 de 9

- **Alimentación segura para el lactante:** Estrategia que garantiza nutrición adecuada del recién nacido, evitando la transmisión del VIH a través de la lactancia cuando esta no es segura.
- **Prueba rápida de VIH:** Prueba diagnóstica de tamizaje que permite obtener resultados en menos de 30 minutos.
- **Consejería en VIH:** Espacio de atención individual que brinda información, apoyo emocional y orientación sobre el diagnóstico, tratamiento y autocuidado.
- **Estigma:** Rechazo o discriminación hacia personas que viven con VIH, que puede generar barreras de acceso a los servicios de salud.

6. MARCO LEGAL


- **Resolución 3280 de 2018:** Define las Rutas Integrales de Atención en Salud; establece atención diferenciada para gestantes con condiciones especiales como VIH.
- **Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH (Minsalud, 2014):** Documento técnico que orienta la atención clínica de la gestante y el neonato expuesto al VIH.
- **Ley 100 de 1993:** Establece el acceso al sistema de salud como un derecho para todos los ciudadanos.
- **Ley 972 de 2005:** Establece lineamientos para la prevención del VIH/SIDA y garantiza el acceso universal al tratamiento.
- **Decreto 1543 de 1997:** Regula la atención integral del VIH/SIDA en Colombia.
- **Sentencia T-721 de 2003 (Corte Constitucional):** Protege los derechos de las personas con VIH frente a la discriminación y la falta de atención en salud.
- **Ley 1098 de 2006 – Código de Infancia y Adolescencia:** Garantiza el derecho del recién nacido a una vida libre de enfermedades prevenibles como el VIH.
- **Guía para la implementación de la atención integral del VIH en la Ruta Materno Perinatal (Minsalud, 2019):** Documento operativo que aterriza la atención del VIH durante el embarazo, parto y puerperio.

7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Las intervenciones clave para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH se agrupan así:

- Tratamiento antirretroviral a la madre en el ante parto.
- Profilaxis antirretroviral a la madre en el intraparto.
- Parto por cesárea o parto vaginal, si está indicado de acuerdo con el resultado de la carga viral realizada 2 - 4 semanas antes de la atención del parto.
- Profilaxis antirretroviral de la niña o niño expuesto, iniciándola lo más cercano al nacimiento, idealmente en las primeras 6 a 12 horas de vida y teniendo en cuenta la clasificación del riesgo: neonato de bajo riesgo, neonato de alto riesgo. Ver GPC vigente del MSPS.



	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-008
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO DE GESTANTES CON VIH	Fecha de aprobación: 28 de julio de 2025
		Página: 5 de 9

- Supresión de la lactancia materna, administración de fórmula láctea al recién nacido desde el momento de su nacimiento hasta los 12 meses de edad y, a partir de los 6 meses, iniciar alimentación complementaria.

7.1. Durante el embarazo

La prevención durante el embarazo se hace con la administración de la terapia antirretroviral, cuyo objetivo es reducir los niveles de carga viral a niveles indetectables para disminuir el riesgo de transmisión. Ver las opciones para gestantes en la guía de práctica clínica vigente.

7.2. Durante el parto

La cesárea electiva realizada antes del inicio del trabajo de parto o de una ruptura de membranas reduce significativamente la transmisión materno infantil en comparación con la cesárea de urgencia o el parto vaginal, particularmente en gestantes con carga viral mayor o igual a 1.000 copias/ml cerca al tiempo del parto.

Se recomienda la cesárea electiva a las 38 semanas de gestación y abstenerse de confirmar madurez pulmonar fetal a través de amniocentesis; si existe duda, debe esperarse hasta la semana 39.

Para cesárea electiva, debe iniciarse zidovudina intravenosa 3 horas antes del inicio de la cirugía. Si la paciente está tomando medicación antirretroviral durante el embarazo, ésta no debe interrumpirse en el momento del parto, independiente de la vía de atención de este. De elegirse parto por vía vaginal, está contraindicada la anotomía y cualquier procedimiento invasivo que aumente el riesgo de exposición fetal a sangre materna como monitoreo fetal invasivo, instrumentación, etc.


7.3. Vía del parto

- Mujer en tercer trimestre de embarazo con antirretrovirales, carga viral tercer trimestre desconocida, mayor o igual a 1.000 copias/ml: programe parto por cesárea electiva semana 38.
- Mujer en tercer trimestre de embarazo con antirretrovirales, carga viral tercer trimestre menor de 1.000 copias/ml: programe parto vaginal.

Preparación de zidovudina para infusión endovenosa en 100 ml de dextrosa al 5%

Peso de la gestante	Bolo de 2 mg/kg IV aplicar en una hora - Zidovudina N° de gotas	Mantenimiento: 1 mg/kg/hora en infusión continua hasta el parto. Zidovudina N° de gotas
40 kilos	8 ml: 18 gotas/minuto	4 ml: 17 gotas/minuto
50 kilos	10 ml: 18 gotas/minuto	5 ml: 18 gotas/minuto
60 kilos	12 ml: 19 gotas/minuto	6 ml: 18 gotas/minuto
70 kilos	14 ml: 19 gotas/minuto	7 ml: 18 gotas/minuto
80 kilos	16 ml: 19 gotas/minuto	8 ml: 18 gotas/minuto
90 kilos	18 ml: 20 gotas/minuto	9 ml: 18 gotas/minuto



	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-008
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO DE GESTANTES CON VIH	Fecha de aprobación: 28 de julio de 2025
		Página: 6 de 9

En gestantes que acuden a parto institucional sin antecedente de control prenatal ni tamizaje para VIH, deberá realizarse una prueba rápida para VIH al momento del parto y si ésta es reactiva, se debe aplicar el goteo de zidovudina según la tabla expuesta, iniciar la profilaxis del recién nacido de acuerdo a la clasificación del riesgo y se debe definir la condición serológica de la madre frente al VIH.

Posterior al parto inmediatamente después del parto se deben suministrar medicamentos para la supresión de la lactancia materna como la Cabergolina y remplazar la leche materna por fórmula infantil desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad, independientemente de si la madre recibe tratamiento antirretroviral o si la niña o el niño se encuentra en profilaxis antirretroviral; **no se debe dar leche materna.**

7.4. Atención del recién nacido

Para reducir la transmisión de la infección durante el momento del parto se debe:


- Lavar al niño o niña con agua y jabón inmediatamente después del nacimiento para disminuir el contacto con secreciones cervicovaginales, el líquido amniótico y la sangre materna.
- Succionar la vía aérea evitando traumatismos.
- Iniciar suministro de profilaxis antirretroviral entre las 6 y 12 horas de vida de acuerdo a la clasificación del riesgo: neonato de bajo riesgo, neonato de alto riesgo.

7.5. Seguimiento del niño o niña expuesto

El seguimiento del niño o niña expuesto al VIH se hará con cargas virales las cuales se realizarán con la frecuencia que determine la guía de práctica clínica vigente hasta que se defina la condición final del niño o niña frente al VIH.

Recomendaciones sobre la elección de la vía de parto:	
CESAREA ELECTIVA (SEM 38)	PARTO VAGINAL
CV plasmática materna desconocida (NI) o > 1000* cgml (8-11)	CV materna indetectable (B-II)
No TAR 0 monoterapia con AZT durante el embarazo o pautas antirretroviral distinta a la triple terapia (A-II)	TAR (triple terapia) durante el embarazo (B-II)
Deseo de la paciente, no acepta parto vaginal (C-III)	Buen control gestacional



	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-008
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO DE GESTANTES CON VIH	Fecha de aprobación: 28 de julio de 2025
		Página: 7 de 9

Se valorará realizar cesárea si ante necesidad de inducir el parto con prontitud (por RPM o sospecha de sufrimiento fetal. por ejemplo) las circunstancias son desfavorables para un parto vaginal (p.e índice de Bishop \leq 4. macrosomía fetal. etc.). Si son otras las indicaciones de la inducción (por ejemplo, ante gestaciones cronológicamente prolongadas), se puede proceder de la forma habitual (maduración cervical previa con prostaglandinas, administración de oxitócicos con bolsa integra, etc.) (C-III)

Inducción si Bishop favorable (B-III)

En el grupo de pacientes que habiendo recibido TAR durante el embarazo la carga viral permanece en valores detectables (entre 50 y 1.000 copias cerca del momento del parto) aunque inferior a 1.000 c/ml. no está claro el beneficio de la cesárea electiva respecto a la transmisión del virus, por tanto, es necesario individualizar los Casos explicando los riesgos asociados a la cirugía frente a los potenciales beneficios, llegando a una decisión consensuada entre obstetra y madre (B-III).

Recomendaciones respecto a la cesárea electiva


1. Cuando la Indicación de la cesárea electiva es la infección por el VIH se debe programar en la semana 38, para evitar el distress respiratorio neonatal (SDR) (8) y que la paciente inicie el tratamiento espontáneo- (B-11). Si la cesárea electiva es por indicación obstétrica, exclusivamente (por ejemplo, presentación podálica) se puede programar en la semana 39.
2. En caso de iniciar trabajo de parto 0 RPM antes de la fecha en que estaba prevista la cesárea. Se debe permitir un parto vaginal si la progresión del parto es rápida o realizar una cesárea urgente cuando se prevé un trabajo de parto largo (C-III).
3. Administrar antibiótico iv profiláctico durante la cesárea (A-II).

Recomendaciones respecto al parto por vía vaginal

1. En aquellas pacientes infectadas por el VIH en las que se decida permitir un parto por vía vaginal debemos Ser cuidadosos en el manejo, para no incrementar el riesgo de transmisión del virus (9) CB-III)
2. Se permite el uso de Oxitocina para acelerar el trabajo de parto (8-111)
3. Se debe evitar la ruptura artificial de las membranas (B-II).
4. Se deben evitar procedimientos invasivos para monitorizar el bienestar fetal como el electrodo interno o la determinación de pH de calota fetal (B411).
5. La instrumentación del parto (fórceps 0 ventosa) y la episiotomía se deben realizar circunstancias muy seleccionadas

Recomendaciones de TAR intraparto



	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-008
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO DE GESTANTES CON VIH	Fecha de aprobación: 28 de julio de 2025
		Página: 8 de 9

1. El tratamiento intraparto recomendado por haber demostrado mayor eficacia en la reducción de la tasa de transmisión vertical -del virus es la ZDV IV independientemente del tratamiento que llevara previamente la paciente (A-J)
Dosis: 2 mg/kg de peso durante 1 h Seguido de ZDV a dosis de 1 mg/kg de peso/hora hasta finalizar el parto (en caso de cesárea se debe iniciar, idealmente, entre 2 y 3 h antes).
2. NO se debe suspender el TAR Oral durante el parto (B•III), excepto en las pacientes tratadas con estavudina durante el embarazo, que deben interrumpirla durante el tratamiento con ZDV (A-I).
3. En algunos casos de pacientes que no han recibido tratamiento antirretroviral durante el embarazo, o que habiendo recibido durante poco tiempo, presentan cargas virales muy elevadas cerca del parto, se puede asociar nevirapina (NVP) oral al menos 2 horas antes del parto, a la ZDV IV, especialmente cuando la vía de parto sea vaginal (C-II). En este contexto se puede valorar también la adición de raltegravir, dado su rápido paso placentario, a dosis de 600 mg/12 horas, aunque la experiencia con este fármaco es escasa (C-III).
4. Este tratamiento no se recomienda en pacientes que, si han recibido antirretrovirales durante el embarazo, aunque permanezca con carga viral >1000 c/ml (A-II).
5. En caso de administrar NVP intraparto, el tratamiento post parto materno debe incluir ZDV/lamivudina 7 días para prevenir la aparición de resistencias a NVP (A-II).
6. En pacientes bajo tratamiento con inhibidores de la proteasa que presentan hemorragia post parto se debe tratar con prostaglandinas, oxitocina o misoprostol. debemos evitar el uso de ergóticos (por riesgo a excesiva respuesta vasoconstrictora) en caso necesario se usará la menor dosis y el menor tiempo posible (C-III).

7.6. Recomendaciones en las distintas situaciones clínicas.

Gestante en la que se desconoce serología de VIH y que se presenta con rotura de membranas o en trabajo de parto en la semana 36 o más


- Realización de test rápido de VIH.
- Si es positivo. iniciar tratamiento IV con zidovudina, administrar una dosis única de NVP de 200 mg al menos 2 horas antes del parto y practicar cesárea.
- Confirmar la serología de VIH lo antes posible.

Gestante con infección por el VIH conocida, de 36 semanas o más, que no ha recibido tratamiento antirretroviral y en la que se desconoce su carga viral y recuento de linfocitos CD4

- Se recomienda iniciar tratamiento antirretroviral al tiempo que se solicitan las determinaciones de carga viral y CD4.
- Cesárea electiva en la Semana 38, bajo tratamiento IV Con zidovudina que Se debe iniciar entre 2 y 3 horas antes de la cirugía y hasta el corte del cordón umbilical. Valorar la adición de NVP si carga viral alta.

Gestante con infección por el VIH en TAR combinado, pero con carga viral igual o mayor a 1.000 copias, en la semana 36:



	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-008
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO DE GESTANTES CON VIH	Fecha de aprobación: 28 de julio de 2025
		Página: 9 de 9

- Continuar el tratamiento ya que está respondiendo con disminución de su CVP, pero dado que todavía no se han alcanzado niveles indetectables. se recorriendo cesárea electiva en la semana 38, bajo tratamiento IV con Zidovudina, como en el caso anterior.

Gestante con infección por ef. VIH en TAR combinado con carga viral indetectable en la semana 36.

- En estos casos no se ha comprobado que la cesárea electiva mejore el riesgo de transmisión vertical al feto (1% 0 menor) frente al parto vaginal aumentando sin embargo los riesgos maternos: por tanto, Se recomienda este último. salvo Otras indicaciones obstétricas.

Gestante con infección por e/ VIH la que se ha decidido previamente cesárea electiva que se presenta con rotura de membranas en la semana 37 o más 0 bien en trabajo de parto:

- Iniciar Zidovudina IV
- El modo de parto debe decidirse de forma individualizada valorando el tiempo de rotura de las membranas, la progresión del parto, la carga viral y si está en tratamiento antirretroviral adecuado.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organización panamericana de la salud eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis b y la enfermedad de Chagas. Colombia 2021-2030
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/pp/et/etmi-plus-colombia-2021-2030.pdf>
- Colombia. ministerio de salud y protección social. circular externa 013 de 2019 por la cual se definen las acciones de gestión en salud pública para la prevención, el diagnóstico, manejo, control y vigilancia del VIH, confección tb/VIH, sífilis gestacional y congénita, hepatitis b y hepatitis c.

