



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

M24: 2021

**MANUAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA EMBARAZADA
PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE
MADRE A HIJO E HIJA**



Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, C.A.

Abril, 2021



M24: 2021

MANUAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA EMBARAZADA PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE MADRE A HIJO E HIJA



Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, C.A.
Abril, 2021



Autoridades

Licda. Alba Consuelo Flores

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Dr. Roberto Enrique Cosenza

Sub-Secretario de Redes Integradas de Servicios de Salud

Lic. Cesar Raymundo Barrientos

Sub-secretario de Regulación

Dr. Nery Conrado Cerrato

Sub-secretario de Proyectos e Inversiones

Dr. Fredy Antonio Guillen Guevara

Sub secretario Red Hospitales

Dra. Elvia María Ardón

Directora General de Normalización

Dra. Silvia Yolanda Nazar

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

Dr. Roney Alcides Martínez

Director General de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Mireya Gertrudis Fuentes

Directora General de Desarrollo de Recurso Humano

APROBACION

Elvia María Ardón, Directora General de Normalización mediante **RESOLUCION No. DGN 009** del 31 de Mayo del 2021, me permito aprobar el **M24: 2021, rev.01-2021 “MANUAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA EMBARAZADA PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE MADRE A HIJO E HIJA”**

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	OBJETO.....	3
3.	CAMPO DE APLICACIÓN.....	3
4.	ACRÓNIMOS SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS	3
5.	TERMINOS Y DEFINICIONES.....	5
6.	DOCUMENTOS RELACIONADOS	8
7.	ATENCIÓN INTEGRAL A LA EMBARAZADA PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE MADRE A HIJO E HIJA.....	9
7.1	CAPÍTULO I GENERALIDADES SOBRE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE MADRE A HIJO E HIJA.....	9
7.1.1.	Intervenciones fundamentales para la prevención de la transmisión materna infantil del VIH	9
7.1.2.	Mujer con VIH.....	13
7.1.3	Vinculación con los servicios de tratamiento y atención	16
7.2	CAPÍTULO II ATENCIÓN INTEGRAL A LA EMBARAZADA PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH	18
7.2.1.	Intervenciones a nivel comunitario	18
7.2.2.	Intervenciones a nivel institucional	21
7.2.2.1.	Atención en VIH a la embarazada en la primera atención prenatal	21
7.2.2.2.	Tamizaje a la embarazada para el diagnóstico del VIH	26
7.2.3.	PrEP para una concepción más segur	30
7.3	CAPÍTULO III ATENCIÓN INTEGRAL A LA EMBARAZADA CON VIH.....	32
7.3.1.	Intervenciones a nivel comunitario	32
7.3.2.	Flujo de la atención a la embarazada con VIH en el servicio de atención integral y en el hospital.....	36
7.3.3.	Manejo de la embarazada en los Servicios de Atención integral	40
7.3.3.1.1.	Evaluación inicial de la embarazada:	43
7.3.3.1.2	Seguimiento clínico de la persona con diagnostico confirmado de VIH.....	46
7.3.3.1.3	Inicio rápido de la TAR	46
7.3.3.1.4.	En la primera visita.	47
7.3.3.1.5.	En la segunda visita.....	47
7.3.3.1.6.	Visita a los 3 meses de iniciado la TAR.....	48

7.3.3.1.7. Visita a los 6 meses de iniciado la TAR:.....	48
7.3.3.1.8. Visitas subsiguientes.....	49
7.3.3.2. Manejo y tratamiento de la embarazada con VIH por escenarios	49
7.3.3.2.1 Manejo de la embarazada captada en etapas tempranas del embarazo o con menos de 34 semanas de gestación.....	49
7.3.3.2.1.1 Manejo pre parto:.....	49
7.3.3.2.1.2. Manejo intraparto	52
7.4 CAPÍTULO IV SEGUIMIENTO Y CUIDADOS POST PARTO DE LA MUJER CON VIH.....	57
7.4.1 Consideraciones generales	57
7.4.2 Control de la infección:.....	57
7.4.3 Atención médica	58
7.4.4 Apoyo social.....	58
7.4.5. Consejería en alimentación infantil	58
7.4.6. Planificación familiar.....	59
7.5 CAPÍTULO V ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO/NIÑA PERINATALMENTE EXPUESTO AL VIH.....	62
7.5.1. Recomendaciones para el manejo del RN perinatalmente expuesto al VIH	62
7.5.2. Factores de Alto riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo e hija	62
7.5.3. Terapia antiretroviral en el Recién nacido:	63
7.5.4. Alimentación del Recién nacido hijo de madre VIH positiva	65
7.5.5. Diagnóstico de laboratorio para hijo/hija de madre con VIH.....	69
7.5.6. Diagnóstico de laboratorio para hijo/hija de madre con estado serológico desconocido para VIH.....	71
8. FUNDAMENTO LEGAL	75
9. BIBLIOGRAFÍA.....	76
10. ANEXOS.....	79
ANEXO N° 1 Marco Referencial de la transmisión materno infantil del VIH	79
ANEXO N°2 Guía para consultar los algoritmos	83
ANEXO No. 3. Escala internacional para la evaluación de la demencia asociada al Sida	84
ANEXO No. 4. Clasificación clínica propuesta por la OMS para la infección por el VIH	85
ANEXO No. 5a. Clasificación clínica e inmunológica de los CDC de EUA para personas con VIH.....	89
Anexo No. 5b. Clasificación clínico-inmunológica de la infección por VIH en adolescentes y adultos. CDC 1993	91

ANEXO N°6. Riesgo cardiovascular (RCV) mediante la ecuación Framingham. Calculadoras de RCV disponibles en internet.....	92
ANEXO N°7. Periodicidad de los exámenes básicos de laboratorio durante el seguimiento clínico de la persona con VIH en TAR.....	93
ANEXO N°8. Principales efectos secundarios de los ARV	93
ANEXO N°9 Intervenciones en la atención prenatal por trimestre de embarazo	100
ANEXO N°10 Consideraciones para la transición a TDF + 3TC + DTG entre adultos y adolescentes	102

1. INTRODUCCIÓN

La prevención de nuevas infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en los niños y niñas es factible en la medida en que la mujer se empodere del conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, brindando información científica y oportuna a los y las jóvenes previo al inicio de las relaciones sexuales sobre el ejercicio de la sexualidad y de los derechos sexuales, reproductivos y la atención prenatal, de manera que adquieran conciencia sobre los riesgos y responsabilidades que asumen ante los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH, la Sífilis y las consecuencias relacionadas. ⁽¹⁾

La prevención de la transmisión materna infantil debe ser el objetivo prioritario ante una mujer con infección por el VIH con deseo reproductivo o embarazada. Por ello, deben tener un correcto asesoramiento por parte de los profesionales y realizar un tratamiento antirretroviral (TAR) óptimo para llegar al momento del parto con una CV indetectable. ⁽²⁾

Para prevenir la transmisión materno infantil es fundamental iniciar la TAR a toda embarazada con VIH independientemente de su edad gestacional, estado inmunológico y virológico. Es imprescindible para ello que toda mujer que planifique embarazarse o aquellas que ya lo están conozcan su estado serológico en relación al VIH, por esta razón es un compromiso que el personal de salud brinde a toda embarazada la información adecuada para la realización de la prueba del VIH, previo a la consejería y el consentimiento para la realización de la misma; este es el primer paso para poder eliminar la transmisión madre hijo e hija.

El desconocimiento del estado serológico de la madre, de la pareja y de los cuidados materno-neonatales impide, en muchas ocasiones, tomar decisiones de forma oportuna en cuanto al abordaje y manejo de las diferentes patologías que durante el período de gestación pueden transmitirse al niño o niña.

El programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo e hija ha sido una de las estrategias con mejores resultados en los últimos años en Honduras, entre las intervenciones que se consideran más efectivas para reducir el riesgo de la transmisión del VIH de madre a hijo e hija está el diagnóstico oportuno de la embarazada, vincularla a los servicios de atención integral (SAI) para recibir la TAR lo más pronto posible, la selección y programación adecuada del modo de parto de acuerdo a estricto cumplimiento de criterios clínicos inmunológicos y virológicos (cesárea o parto vaginal), ofrecer el sustituto de la leche materna y diagnóstico temprano con profilaxis al recién nacido perinatalmente expuesto.

Por ello en éste documento se incluye información amplia sobre el tema para fortalecer nuestros servicios de atención con información actualizada y con evidencia científica sobre el tema.

Una estrategia de prevención de la transmisión madre hijo/hija debe de estar dirigida a ampliar el acceso a los servicios de atención prenatal fortaleciendo el abordaje integral a la mujer que contribuya a la prevención primaria, secundaria y terciaria del VIH y Sida a través del desarrollo de estrategias e intervenciones dirigidas a:

Mujeres en edad fértil: previniendo la transmisión del VIH

Mujeres en edad fértil con VIH: desarrollando con ellas procesos de información, educación y comunicación en apoyo a la toma de decisiones que contribuyan a su bienestar personal y familiar

Embarazadas sin VIH: asegurando el acceso a la atención prenatal y previniendo la transmisión del VIH

Embarazadas con VIH: asegurando el acceso a los servicios de atención prenatal y brindando servicios de atención integral con calidad para su salud personal y para prevenir la transmisión de infecciones como el VIH y la sífilis congénita a sus hijos o hijas. ⁽³⁾

Compromisos para la eliminación de la transmisión del VIH y la Sífilis

Con la aprobación del Plan de acción para la prevención y el control del VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021 (documento CD55/14), los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) no solo renovaron su compromiso con la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis, sino que aceptaron además ampliar esta iniciativa a otras enfermedades.

Esta ampliación se formalizó con la publicación del marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas (ETMI PLUS). ⁽⁴⁾

En Honduras ya se cuenta desde el 2018 con el plan de acción de fortalecimiento de la prevención y control de la transmisión materna infantil de VIH / Sífilis, Hepatitis B y enfermedad de Chagas en el marco de la ETMI-Plus que busca garantizar una generación libre de estas enfermedades, fue realizado con el apoyo técnico de la OPS en conjunto con personal integrado por la SESAL. ⁽⁵⁾

El objeto del presente documento es estandarizar las acciones relacionadas a las diferentes intervenciones del personal de salud en todos los niveles de la red de servicios, procurando garantizar una atención de calidad y calidez a la embarazada para la prevención de transmisión materno infantil iniciando con la oferta de la prueba para el diagnóstico precoz del VIH y vinculación a los SAI de la madre y del recién nacido perinatalmente expuesto.

2. OBJETO

Brindar al personal de salud directrices actualizadas del manejo integral de la embarazada para la prevención de la transmisión de VIH de madre a hijo e hija asegurando la integralidad de las intervenciones estratégicas bajo el enfoque de derechos, procurando el pleno bienestar de la madre y el recién nacido perinatalmente expuesto y así reducir el número de nuevas infecciones pediátricas en Honduras.

3. CAMPO DE APLICACIÓN.

El presente manual será aplicado por proveedores de la red integrada de los servicios de salud donde se brinda atención prenatal y en los servicios de atención integral a las personas con VIH a nivel nacional.

4. ACRÓNIMOS SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS

3TC: Lamivudina

AFASS: Aceptable, factible, asequible, sostenible y segura

ALT: Alanina aminotransferasa

AST: Aspartato aminotransferasa

AZT: Zidovudina

ARV: Antirretrovirales

BCG: Bacille Calmette-Guerin

CDC: Centro para el control y prevención de enfermedades (por sus siglas en inglés).

CIA: Consejería intensificada en adherencia

CME 1: Criterios médicos de elegibilidad que no implican restricción

CME 2: Criterios médicos de elegibilidad donde la ventaja supera los riesgos

CV: Carga Viral

DIU-LNG: Dispositivo intrauterino -Levonorgestrel

DTG: Dolutegravir

EFV: Efavirenz

ETG: Etonogestrel

ETMI Plus: Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas

ES: Establecimiento de salud

ESFAM: Equipos de salud familiar

FTC: Emtricitabina

GAA: Grupos de autoapoyo

Hb: Hemoglobina.

HbsAg: Antígenos de superficie para la Hepatitis B

HDL: Lipoproteínas de alta densidad

HSH: Hombres que tienen sexo con hombres
IMC: Índice de masa muscular
INNTI: Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa
INTR: Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa.
IO: Infecciones oportunistas
IP: Inhibidores de la proteasa.
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
IV: Intravenoso
LDL: Lipoproteínas de baja densidad
LNG: Levonorgestrel
LVP: Lopinavir
MNS: Modelo Nacional de Salud
NAC: Notificación asistida a contactos de personas con VIH
NVP: Nevirapina
OBC: Organizaciones de base comunitaria
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONG: Organización no gubernamental
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones
PCR: Reacción en Cadena de la Polimerasa
PDR: Prueba de diagnóstico rápido
PFR: Pruebas de función renal
PPE: Profilaxis postexposición al VIH
PPTMH: Programa de Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo/Hija
PTMI: Prevención de la transmisión Materno infantil
POES: Procedimientos operativos estándar.
PPD: Prueba de tuberculina
PrEP: Profilaxis previa exposición
PVIH: Persona con VIH
RAL: Raltegravir
RCV: Riesgo cardiovascular
RN: Recién nacido
RPM: Ruptura Prematura de Membranas
RPR: Prueba rápida de reargininas plasmáticas
RTV: Ritonavir
SAI: Servicio de Atención Integral
SESAL: Secretaría de Salud de Honduras
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SG: Semanas de Gestación
TAR: Tratamiento Antirretroviral.

TB: Tuberculosis

TDF: Tenofovir

TLD: Tenofovir, Lamivudina, Dolutegravir dosis única.

TFG: Tasa de filtración glomerular.

UNICEF: Fondo de las naciones unidas para la infancia

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory, por sus siglas en inglés (prueba serológica para tamizaje de Sífilis.

VICITS: Vigilancia centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual

VHB. Virus de la hepatitis B

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

VO: Vía Oral

5. TERMINOS Y DEFINICIONES

Adherencia al tratamiento: Se refiere al acto de tomar el tratamiento tal y como se prescribe, es decir, en el momento indicado y acompañado o no de alimentos, según sea necesario.

Carga viral: Es la cuantificación de las partículas virales en los fluidos corporales, por ejemplo, ARN viral por mililitro de sangre

Confidencialidad

Se refiere al deber ético y jurídico de que el personal de salud y otros profesionales no revelen a nadie más sin autorización, información que se les haya proporcionado o que hayan obtenido en el contexto de su relación profesional con una persona usuaria de los servicios.

Desde el inicio de la sesión, la persona debe tener claro que la información que proporcione no será divulgada a otras personas, esto ayudará a que se sienta en confianza de poder hablar de su vida sexual.

Consejería en VIH basada en riesgo: es una intervención breve e interactiva, enfocada en la persona que, a través de la evaluación de las circunstancias particulares de riesgo, estimula a que la persona desarrolle pasos graduales y realistas para reducir los riesgos de infección, reinfección o transmisión del VIH

Consentimiento informado: La consejería y la prueba de diagnóstico del VIH deben contar siempre con la aprobación voluntaria, expresada en el consentimiento informado del usuario/a. Ello se aplica tanto para aquellas personas que por su propia iniciativa demandan la prueba procurando conocer su situación ante el VIH como aquellos que han sido orientados por un proveedor/a de salud a hacerse la prueba de VIH.

Diagnostico serológico: consiste en establecer la existencia de una infección mediante análisis de sangre para detectar la presencia de anticuerpos contra un microorganismo

Establecimiento de Salud: son aquellos establecimientos públicos o privados, en los

cuales se brinda atención dirigida fundamentalmente a la prevención, curación, diagnóstico y rehabilitación de la salud; como hospitales, maternidades, policlínicas, centros de salud, consultorios, clínicas médicas, clínicas odontológicas, clínicas homeopáticas y naturales, clínicas de acupuntura, dispensarios, sanatorios, asilo, casa de reposo, laboratorios mecánicos dentales, deposito dentales, ópticas, bancos de sangre y derivados, bancos de leche materna, banco de tejidos y órganos, establecimientos de psicoterapia, fisioterapia y radioterapia, laboratorios de salud, laboratorios de análisis, centros de diagnóstico, laboratorios farmacéuticos, droguerías, farmacias, puestos de venta de medicamentos y botiquines de emergencia médica, fondos comunales de medicamentos, establecimientos de estética y nutrición, ambulancias, unidades móviles: terrestres, áreas y marítimas; y otros que defina la autoridad sanitaria.

Infecciones Oportunistas: son enfermedades causadas por diversos organismos, muchos de los cuales no suelen originar una enfermedad en las personas con sistemas inmunitarios saludables.

Infección por el VIH: sucede cuando el VIH ingresa a las células del organismo con circulación y multiplicación activa de este.

Infección aguda por VIH: período después que una persona es infectada por el VIH y antes de que los anticuerpos contra el VIH puedan detectarse mediante una prueba serológica.

Infección avanzada por el VIH: en los adultos y adolescentes, así como en los niños de 5 años de edad o más, la infección avanzada por el VIH se define como la presencia de una cifra de linfocitos CD4 <200 células/mm³ o de un evento característico del estadio clínico 3 o 4 según la clasificación de la OMS.

Infección de transmisión sexual: infección que se transmite a través de las relaciones sexuales.

Medicamentos antirretrovirales (ARV): son fármacos que sirven específicamente para inhibir la replicación del VIH en el organismo.

Mujeres y adolescentes con potencial reproductivo: son aquellas definidas como femeninas pre menopáusicas capaces de embarazarse.

Notificación asistida a contactos: proceso sistemático por el cual, las personas con VIH (caso índice) proporcionan su consentimiento para recibir la asistencia técnica de un proveedor de salud, para revelar su diagnóstico y sugerir la realización de pruebas a sus contactos, para determinar su riesgo potencial a la infección por VIH.

Parejas serodiscordantes: aquellas en las que un miembro es seropositivo y el otro seronegativo frente al VIH. Se denomina pareja a dos personas que mantienen relaciones sexuales regularmente; el término “pareja” se aplica también a cada una de estas dos personas. La forma en que las personas definen sus relaciones varía en función del contexto cultural y social.

Período de ventana: el período entre la infección por el VIH y la detección de

anticuerpos contra el VIH-1 y el VIH-2 usando análisis serológicos, que marca el final del período de seroconversión.

Proveedor de Salud: persona naturales o jurídicas, privadas o mixtas, nacionales o extranjeras, debidamente licenciadas y de preferencia acreditadas (o en vías de serlo) que tienen como objetivo la provisión de servicios de promoción, recuperación y rehabilitación de salud y prevención y control del riesgo y la enfermedad que requiere la población a su cargo, respetando los principios y el enfoque del Modelo Nacional de Salud (MNS)

Prueba de diagnóstico rápido (PDR): diagnóstico in vitro del formato inmunocromatográfico o de inmunofiltración para, en el caso de diagnóstico de infección por el VIH, detectar el antígeno p24 del VIH o anticuerpos contra el VIH

Recuento de linfocitos CD4: expresa el número de linfocitos con el marcador CD4 en su superficie por ml. Se usa para evaluar la situación inmunológica de una persona

Referencia y respuesta: el Sistema Nacional de Referencia y Respuesta (SINARR) se constituye como el mecanismo de coordinación de país, que favorece el cumplimiento del compromiso de asegurar una atención oportuna integral, completa y continua en cada Unidad Prestadora de Servicios de Salud (UPSS/ES) de la red, mediante el adecuado y ágil flujo de usuarios referidos y atendidos entre niveles de atención.

Terapia o Tratamiento Antirretroviral: es la terapia que utiliza simultáneamente al menos tres fármacos ARV con efecto contra el VIH. Es un tratamiento de por vida.

VIH: es el virus de inmunodeficiencia humana, agente infeccioso que afecta al sistema inmunológico, principalmente a los glóbulos blancos (linfocitos T). Es el causante del Sida.

Vinculación: proceso de medidas y actividades que apoyan a las personas que se hacen pruebas de VIH y a las personas con diagnóstico de VIH para que participen en los servicios de prevención, tratamiento y atención. En lo que respecta a las personas con VIH, se refiere al período que comienza con el diagnóstico de la infección y concluye con el inicio de la atención o el tratamiento.

Violencia obstétrica. Violencia física: parto atendido por personal no calificado, tactos vaginales innecesarios, tactos vaginales durante la contracción, dilatación digital del cérvix, maniobra de Kristeller, revisión uterina sin analgesia/anestesia, cesáreas sin indicación, episiotomía de rutina, episiotomía y/o episiorrafia sin anestesia, obviar medidas de bioseguridad, suministro de medicación innecesaria, parto operatorio por personal sin experiencia, manipulación vaginal durante la expulsión, extracción manual de la placenta sin anestesia/analgésico, restricción de las necesidades básicas de la mujer, divulgación de imágenes o información sin consentimiento, obligar o negar el derecho a recibir un método de planificación familiar.

Violencia Psicológica: lenguaje inapropiado y grosero, discriminación, humillación, burlas y críticas con respecto al estado de la madre y a su hijo, omisión de la

información sobre la evolución del embarazo por parte del personal de salud, irrespeto a la dignidad de la mujer, no ser llamada por su nombre.

6. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Los siguientes son los documentos directamente relacionados con el desarrollo del presente manual:

1. Ley especial sobre el VIH y sus reformas.
2. Norma Técnica del Sector Salud, Atención integral a la población. Promoción, prevención, atención integral a las personas, vigilancia epidemiológica e investigación relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). SESAL, Tegucigalpa, Honduras 2015.
3. Manual de atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH SESAL, actualización 2020.
4. Norma Técnica del sector Salud, Atención integral a la población en el abordaje de las infecciones de transmisión sexual. SESAL, Tegucigalpa, Honduras 2015.
5. Guía de Consejería en VIH basada en riesgo. SESAL, 2015. Re-estructurada en 2017. Tegucigalpa, Honduras.
6. Manual de adherencia al tratamiento antirretroviral para personas con VIH. SESAL, Tegucigalpa, Honduras, 2017.
7. Norma de atención durante la preconcepción, embarazo, parto, puerperio y del neonato. SESAL, 2016.
8. Norma técnica del sector salud para la atención de la adolescencia, SESAL 2017.
9. Guía de Consejería Intensificada en Adherencia a la terapia ARV. SESAL, Tegucigalpa, Honduras, 2020.
10. Manual de Atención Psicosocial para Personas con VIH. SESAL, Tegucigalpa, Honduras, 2018.
11. Guía para proveer servicios de notificación asistida a contactos de personas con VIH. SESAL, Tegucigalpa, Honduras, 2019.
12. Proyecto Piloto de Capacitación a Parteras en Promoción de la Salud Materno Neonatal y Pruebas Rápidas de VIH y Sífilis, 2017.
13. Protocolos para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato. SESAL, 2017.
14. Protocolo de atención integral a los y las adolescentes en el primer nivel de atención. SESAL, 2018.
15. Lineamientos técnicos para la certificación de servicios que realizan pruebas rápidas para el diagnóstico de VIH en establecimientos de salud de Honduras.

7. ATENCIÓN INTEGRAL A LA EMBARAZADA PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE MADRE A HIJO E HIJA

7.1 CAPÍTULO I GENERALIDADES SOBRE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE MADRE A HIJO E HIJA.

7.1.1. Intervenciones fundamentales para la prevención de la transmisión materna infantil del VIH

Promoción

- Promover la prevención primaria y secundaria de la infección por VIH en mujeres en edad reproductiva.
- Asegurar el acceso a los servicios de control prenatal de la mujer en etapas tempranas del embarazo.
- Ofertar la prueba del VIH a toda embarazada en el momento de la captación y en el último trimestre de la gestación.

Prevención

- Diagnóstico precoz de la embarazada con VIH para su manejo.
- Prevención en positivos: planificación familiar y consejería de riesgo del embarazo, proporcionar anticonceptivos para espaciar los embarazos e intervención a la pareja en el tema de ITS y VIH.

Atención y Tratamiento

- Se brindará atención a toda persona con VIH de acuerdo al artículo N°47 de la Ley especial del VIH y sus reformas citado textualmente: “Se reconoce el derecho a la salud de toda persona con VIH a recibir sin distinción de ninguna naturaleza, la atención médica hospitalaria pública o privada que requiera.
El incumplimiento de lo establecido en este artículo dará lugar a que se deduzca la responsabilidad administrativa, civil y penal correspondiente. Las personas que viven con VIH, quedarán exentas de pagos de cuotas de recuperación o cualquier otro cobro por prestación de servicios de salud o suministro de cualquier tipo de medicamentos en instituciones del estado”.
- Atención prenatal cada mes hasta la resolución del embarazo o según Normas Materno Neonatales
- Prescripción de TAR combinado a fin de disminuir la CV a niveles indetectables
- Reducir exposición del niño a sangre o secreciones vaginales, a través de la cesárea electiva o parto vía vaginal de acuerdo a criterios de estricto cumplimiento.
- Tratamiento ARV profiláctico al niño y niña perinatalmente expuesto.

- Evitar la lactancia materna y administrar sucedáneos de la leche materna con fórmula infantil para hijos e hijas de madres con VIH, debe garantizarse que esta sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (AFASS): es decir cuando se puede asegurar suministro permanente de la fórmula, acceso a agua limpia y posibilidad de prepararla en condiciones higiénicas.

Disposiciones generales en las y los adolescentes.

- Los adolescentes mayores de 12 años en su condición de sujetos de derechos, podrán acudir a los servicios de salud, de manera individual para solicitar información, orientación, atención y tratamiento para la prevención de problemas relacionados con su salud física, psicosocial y/o sexual, deberán ser atendidos sin discriminación. ⁽⁶⁾

Los menores de 12 años serán acompañados por madre, padre o tutor. ⁽⁷⁾

- Adolescente que ha iniciado relaciones sexuales de riesgo se ofertará prueba de VIH previa consejería y con consentimiento informado de el o la adolescente, con dos o más de los siguientes criterios: ⁽⁶⁾
 - Relaciones sexuales sin condón.
 - Antecedentes y/o clasificación de ITS.
 - Uso de drogas intravenosas.
 - Trabajador/a sexuales.
 - Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)
 - Ha recibido transfusiones de sangre o derivados.
 - Ha sufrido abuso sexual.
- Atención de adolescente embarazada: Los proveedores de servicios de salud a toda embarazada que haya sido captada en su primera atención prenatal se le hará anamnesis y examen físico completo, indicación de exámenes de laboratorio incluyendo prueba de VIH previa consejería y consentimiento informado. ⁽⁶⁾

Adolescentes y prueba de VIH ⁽⁸⁾

Con relación a los y las adolescentes, de acuerdo a las directrices de OMS ⁽⁹⁾, se debe:

- Ofrecer la prueba de VIH a adolescentes de poblaciones clave, y vincularlos a los servicios de prevención, atención y tratamiento.
- Brindar consejería a adolescentes con VIH y apoyarlos en su decisión de revelar o no su estado serológico (NAC).
- Brindar accesibilidad a las pruebas de VIH y vincularlos al continuo de la atención.

7.1.1.1. Promoción de las pruebas para el diagnóstico del VIH

Para poder ejercer las medidas preventivas de la transmisión del VIH de madre a hijo e hija es esencial conocer si la mujer gestante está infectada con el VIH, razón por lo que

a TODA embarazada se le debe ofrecer la prueba previa consejería, además se le debe ofrecer SIEMPRE a toda mujer en edad reproductiva y con planes de embarazarse, idealmente la mujer debería conocer su serología referente al VIH antes de embarazarse.

Tabla 7-1: Momentos del ofrecimiento y realización de la prueba del VIH a mujeres ⁽³⁾

PRUEBA DEL VIH EN EL EMBARAZO	
Población general, mujeres en edad reproductiva	Promover que el mayor número posible de ellas se realice la prueba del VIH antes de la gestación
Mujeres gestantes	Toda embarazada debe realizarse la prueba del VIH lo antes posible, idealmente en el primer y tercer trimestre de embarazo
Mujeres gestantes con serología desconocida e ingreso en el tercer trimestre de la gestación	Realización de prueba rápida
Gestante con serología negativa en el primer trimestre y factores de riesgo (pareja VIH positiva, drogadicción etc.)	Repetir la prueba del VIH cada Trimestre
Gestante con serología negativa en el primer trimestre y sin factores de riesgo reconocibles	Repetir la prueba en el tercer Trimestre

7.1.1.2. Resumen de recomendaciones de la OMS sobre servicios de pruebas del VIH

⁽⁹⁾

- Personal comunitario certificado: capacitados y supervisados pueden realizar de forma independiente pruebas del VIH seguras y eficaces usando las pruebas de diagnóstico rápido (PDR).
- Repetir la prueba en fecha posterior: Epidemia de VIH concentrada, debe repetirse la prueba a las embarazadas seronegativas en parejas serodiscordantes o a las embarazadas de los grupos de población clave.
- Repetir de la prueba antes del tratamiento con ARV (retesteo) ⁽⁹⁾: Los programas nacionales deben repetir la prueba a todas las personas a las cuales se les ha diagnosticado infección por el VIH, recientemente o con anterioridad, antes de que se inscriban en un programa de atención médica e inicien el tratamiento con ARV.

- No se recomienda repetir la prueba a las personas que ya están recibiendo TAR porque pueden correr el riesgo de que se les haga un diagnóstico incorrecto, particularmente si se recurre al diagnóstico in vitro que utiliza muestras de secreciones bucales.
- Pruebas del VIH y asesoramiento a parejas estables u ocasionales: En los entornos de atención prenatal deben ofrecerse a las parejas (estables u ocasionales) pruebas del VIH realizadas de forma voluntaria, brindando apoyo para que se revelen mutuamente los resultados.⁽¹⁰⁾

7.1.1.3. Servicios de pruebas del VIH en entornos comunitarios⁽⁹⁾

Los servicios de pruebas del VIH a domicilio* se ofertarán específicamente como parte de la notificación asistida a contactos de personas con VIH (NAC) y siguen principalmente dos modelos: 1) servicios que se ofrecen puerta a puerta y se prestan a todas las personas, parejas y familias que dan su consentimiento y viven en una zona geográfica determinada y 2) servicios que se ofrecen a las personas que viven con una persona que se sabe que tiene VIH (caso índice) o una persona con tuberculosis (TB) presunta o activa, obteniendo el consentimiento del caso índice antes de la visita a domicilio. Debe tenerse en cuenta que al ofrecer la prueba puerta a puerta durante el día quizá solo se llegue a mujeres que no estén trabajando y niños pequeños. Ofrecer los servicios durante la noche o los fines de semana puede aumentar su uso entre otros grupos de personas, incluidos los hombres.

**Los servicios de pruebas a domicilio se implementarán únicamente como parte del proceso de notificación asistida a contactos de personas con VIH (NAC) por el personal institucional y con autorización del caso índice. Ver la Guía para la notificación asistida a contactos de personas con VIH de la SESAL.*

Servicios de pruebas del VIH: posibles métodos para mejorar la detección de casos de infección por el VIH en lactantes, niños y adolescentes⁽⁹⁾

En los entornos de prevalencia alta, adicionalmente:

Ofrecer pruebas a todos los niños cuyos padres o hermanos estén recibiendo cualquier servicio relacionado con el VIH (por ejemplo, PTMI o tratamiento antirretroviral) mediante los servicios de pruebas del VIH realizados en la comunidad o en instalaciones sanitarias.

7.1.1.4. Consideraciones especiales para las embarazadas o en puerperio ⁽⁹⁾

La información antes de la prueba o la educación sanitaria para las mujeres que están o pueden quedar embarazadas o están en la fase del puerperio también debe incluir (ver Anexo N°1):

- El posible riesgo de transmitir el VIH al niño o niña;
- Las medidas que pueden tomarse para reducir la transmisión materno infantil, incluida la provisión de TAR para beneficiar a la madre y evitar transmitir el VIH al niño o niña;
- Orientación en cuanto a prácticas de alimentación de lactantes para reducir el riesgo de transmisión del VIH;
- Los beneficios del diagnóstico temprano del VIH para la madre y a su hijo e hija;
- El incentivo a la pareja para que se haga la prueba del VIH (NAC).

7.1.2. Mujer con VIH

7.1.2.1. Recomendaciones a la mujer con VIH y con deseo reproductivo

Toda mujer en edad reproductiva con VIH debe recibir consejería orientada hacia los siguientes aspectos:

- Selección efectiva y apropiada de un método anticonceptivo para reducir la probabilidad de embarazo no deseado.
- Eliminación de alcohol, drogas y tabaco.
- Consejería sobre prácticas sexuales seguras.
- Educación sobre factores de riesgo de transmisión perinatal del VIH.
- Explicar la importancia de comunicar un embarazo por las implicaciones que tienen algunos ARV.
- Seleccionar un régimen ARV adecuado para una mujer en edad reproductiva que logre cargas virales no detectable y el menor estado de inmunosupresión posible.
- Evaluar y controlar los efectos adversos de los ARV.
- Profilaxis para infecciones oportunistas.
- Consejería de la importancia de que su pareja conozca su estado serológico y la realización de la prueba.
- Informar que la finalización del embarazo es por medio de cesárea electiva o parto vaginal bajo cumplimiento estricto de los criterios de inclusión (ver manejo de la embarazada con VIH).
- La indicación de no lactancia materna.
- Realización de citología vaginal una vez al año.
- Realización de tamizaje para Sífilis.

- Recomendaciones nutricionales de acuerdo al Manual de atención integral al adulto y adolescente con VIH. ⁽⁸⁾
- Las indicaciones para el inicio de la TAR y los objetivos del tratamiento para las mujeres con VIH están descritas en el Manual para la atención integral del adulto y adolescente con VIH.
- A la mujer con VIH y con deseo reproductivo se le deberá informar sobre el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo e hija, toxicidad de los ARV y los riesgos obstétricos (prematuridad, pre-eclampsia y demás complicaciones durante el embarazo).
- Optimizar el control clínico: la mujer debe recibir el tratamiento ARV según las recomendaciones para el tratamiento del adulto infectado, excluyendo los fármacos de uso restringido durante el embarazo.
- La eficacia de la terapia antirretroviral ha cambiado las expectativas de vida de la persona infectada, lo que ha producido un incremento del número de parejas con deseo reproductivo por lo que el planteamiento ético es ayudar a estas parejas en la orientación oportuna de la planificación de su familia, planteando tres grandes retos:
 - Educar a la pareja en el manejo adecuado de su fertilidad.
 - Reducir al máximo la transmisión del VIH al hijo e hija durante el embarazo.
 - Prevenir la infección del recién nacido.
- Parejas serodiscordantes: Se recomienda el uso de condón ⁽¹¹⁾ para evitar la infección y PrEP específicamente para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo e hija cuando la embarazada es negativa por VIH.
- Se recomienda el uso de condón para evitar reinfección en parejas con diagnóstico de VIH excepto en los periodos de fertilidad cuando se desee concepción, informando sobre las estrategias para prevenir la transmisión materno infantil del VIH.

7.1.2.2. Embarazadas con diagnóstico de VIH.

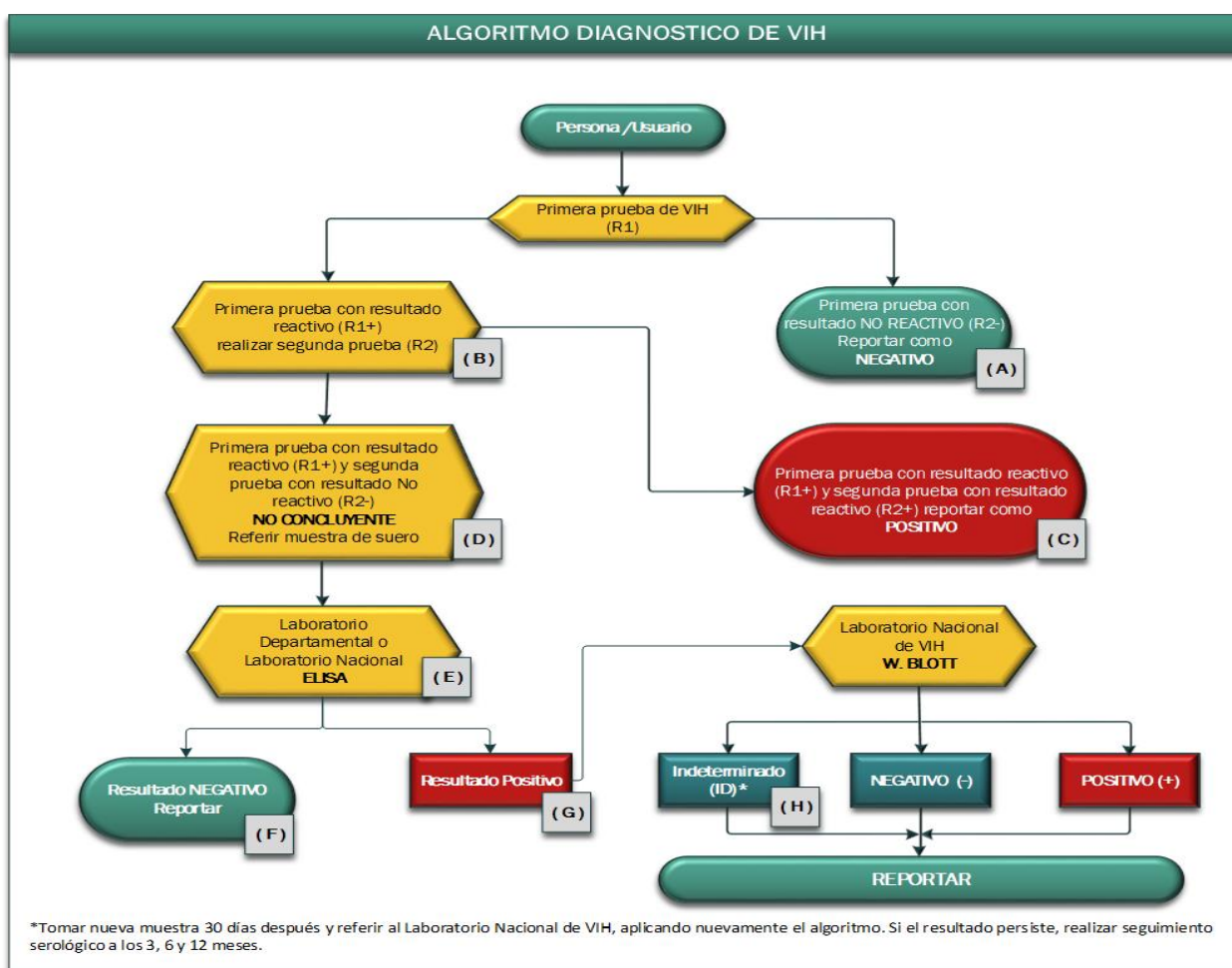
Orientación después de la prueba para las embarazadas ⁽⁹⁾

Además de los mensajes descritos anteriormente que de forma rutinaria se transmiten a todas las personas a las cuales les han diagnosticado VIH, el asesoramiento después de la prueba ofrecida a las embarazadas con diagnóstico seropositivo debe cubrir los siguientes aspectos:

- Planificación del parto: quienes prestan el servicio de pruebas del VIH deben alentar a las embarazadas seropositivas a dar a luz en un establecimiento de salud por su propio bienestar y para tener garantizado el acceso a los servicios de PTMI.
- El personal de salud durante la atención del parto se deben evitar prácticas consideradas como violencia obstétrica. ^{(1) (12) (13) (14)}

- Realización de tamizaje de TB y pruebas para detectar otras infecciones como la sífilis e información sobre la disponibilidad de dichos servicios para las parejas.
- Asesoramiento sobre una adecuada nutrición materna, que incluya hierro y ácido fólico. Asesoramiento sobre las opciones de alimentación para bebés y apoyo para llevar a cabo la decisión de la madre en cuanto a la alimentación de su hijo e hija.
- Pruebas virológicas (PCR) para el lactante y el seguimiento necesario para los lactantes expuestos al VIH.
- Promoción de la adherencia a la TAR a la embarazada enfatizando la importancia de mantener una CV suprimida durante todo el período de gestación especialmente en el último trimestre del embarazo para la reducción de riesgo de transmisión del VIH al bebé.

Flujograma #1. Algoritmo diagnóstico de VIH (ver Anexo N°2) ⁽⁸⁾



Pasos en el diagnóstico laboratorio de la infección por VIH según algoritmo de la SESAL (Flujograma No. 1)

[A] Si la primera prueba es un resultado **NO REACTIVO (R1-)**, reportar como **NEGATIVO**

[B] Si la primera prueba es un resultado **REACTIVO (R1+)**, se realiza una segunda prueba

[C] Si la primera prueba es resultado **REACTIVO (R1+)** y segunda prueba da resultado **REACTIVO (R2+)**, reportar como **POSITIVO**

[D] Si primera prueba es resultado **REACTIVO (R1+)** y segunda prueba es resultado **NO REACTIVO (R2-)**, reportar como **NO CONCLUYENTE**

[E] En tal caso, se debe enviar muestra de suero al Laboratorio Regional o Laboratorio Nacional de VIH para realizar otra prueba (con la misma muestra o de ser posible con nueva muestra).

[F] Si el resultado de la prueba es **NEGATIVO**, Reportar.

[G] Si el resultado de la prueba es **POSITIVO**, realizar **WESTERN BLOTT** y reportar **POSITIVO NEGATIVO O INDETERMINADO**

[H] Si el resultado es **INDETERMINADO** realizar prueba a los 3 meses, si prosigue con el mismo resultado realizará los 6 y 12 meses

7.1.3 Vinculación con los servicios de tratamiento y atención ⁽⁹⁾

Para las personas con VIH, se refiere al período que comienza con el diagnóstico de VIH y finaliza cuando el usuario se inscribe en servicios de atención o tratamiento.

7.1.3.1. Prácticas adecuadas para aumentar la vinculación ⁽⁹⁾

Quienes prestan los servicios de pruebas del VIH tienen un papel fundamental en la tarea de asegurar que las personas que reciben un diagnóstico seropositivo al VIH se vinculen con los servicios de atención ya sea de manera rápida o con retraso. Lo ideal es que la vinculación con los servicios de atención y tratamiento se establezca inmediatamente: esto es lo que debe promoverse. Sin embargo, muchas personas no se vinculan con estos servicios de inmediato; a menudo, antes de que se establezca ese vínculo las personas necesitan tiempo para aceptar el diagnóstico y buscar apoyo de sus parejas y familiares. Ver las diferentes actividades de vinculación en la sección

7.2 Atención integral a la embarazada para la prevención del VIH.

7.1.3.2. Políticas de vinculación ⁽⁹⁾

- Fortalecer los entornos comunitarios para reducir la estigmatización y aumentar el apoyo comunitario a la adhesión al tratamiento y la retención en los servicios.
- Mejorar la prestación de los servicios y los mecanismos de notificación y retroalimentación.
- Reducir las barreras a la atención médica, como los procesos administrativos y el requisito de presentar un documento de identificación para inscribirse en los servicios de atención para personas con VIH.

7.2 CAPÍTULO II ATENCIÓN INTEGRAL A LA EMBARAZADA PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH

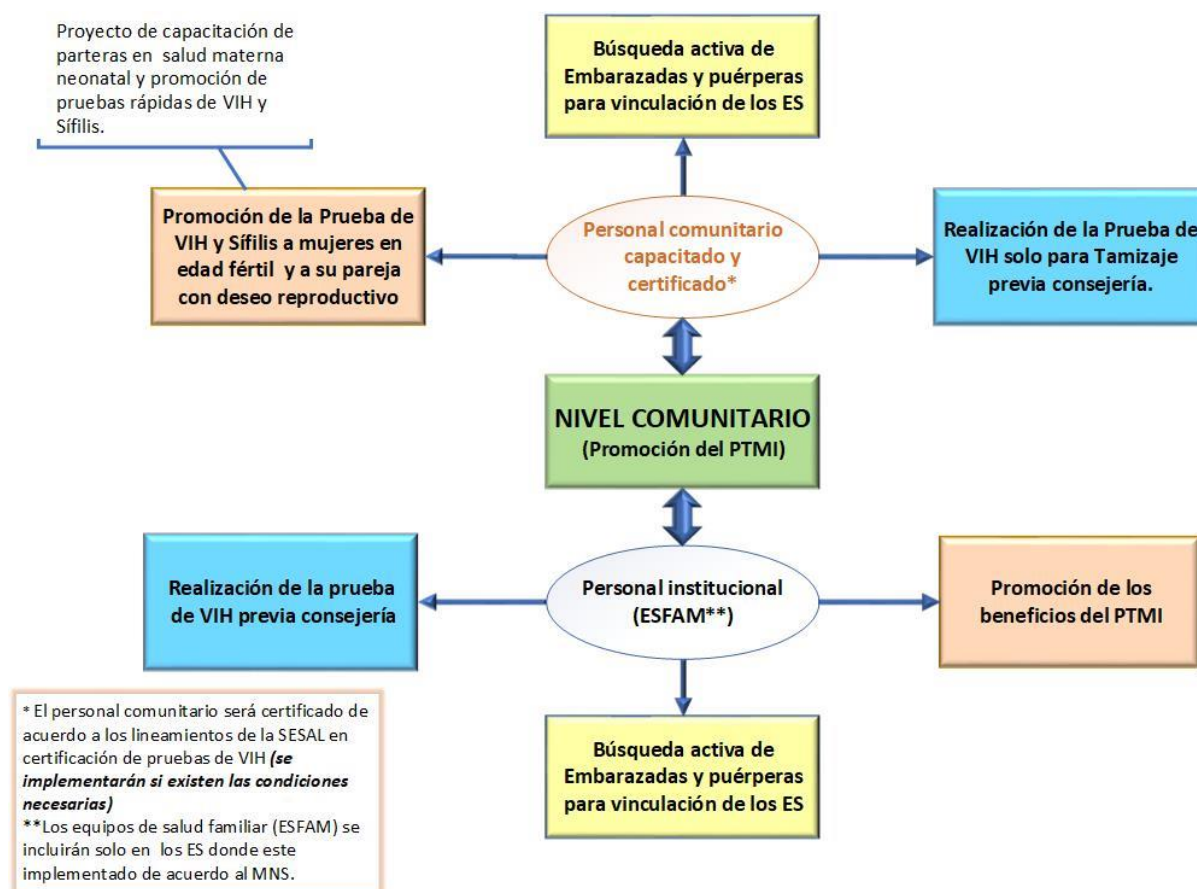
7.2.1. Intervenciones a nivel comunitario

En el contexto de la atención integral, el nivel comunitario desempeña un rol importante desarrollando intervenciones dirigidas a aumentar la cobertura a las embarazadas en atención prenatal, así como la promoción y realización de la prueba de VIH ⁽¹⁰⁾.

Acciones principales:

- Se promoverá los servicios de consejería en salud sexual y reproductiva, en mujeres en edad fértil
- Se promoverá la captación temprana de embarazadas y su referencia a servicios de salud
- Se apoyará la promoción de las intervenciones dirigidas a prevenir la transmisión del VIH de la madre a hijo e hija, incluyendo las acciones que mejoren las coberturas de embarazada en los servicios de salud para recibir los beneficios del Programa de Prevención de la transmisión del VIH de la madre a hijo e hija
- Se apoyará el desarrollo de estrategias de información, educación y comunicación para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo e hija

Flujograma N°2 Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo e Hija en la Comunidad



Adaptado del Flujograma Atención integral a la embarazada con VIH en el nivel comunitario (3)

Actividades a nivel comunitario.

- Se apoyará cualquier otra intervención de solidaridad a la embarazada que propicie entornos favorables para el desarrollo del embarazo, el parto y el post-parto
- Se fortalecerá la coordinación entre los servicios de salud, personal comunitario, sociedad civil y gobiernos locales, a fin de mejorar las intervenciones de promoción y prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo e hija
- En cada oportunidad de contacto con una mujer en edad fértil el personal comunitario, deberá identificar señales de riesgo reproductivo y se promoverá la referencia y respuesta en el uso de los servicios de salud.
- Dar continuidad al Proyecto Piloto de capacitación a la partera tradicional que inició su implementación en el 2017 en algunos ES y se refiere específicamente a la incorporación en este proceso de aprendizaje a la partera tradicional en la promoción de las pruebas de VIH y sífilis en su nuevo rol; además de reforzar los conocimientos en atención a la mujer, familia y comunidad, en el embarazo, el parto y pos-parto de urgencia, cuidados del recién nacido, referencia-respuesta, acompañamiento, todo lo anterior con la finalidad de

favorecer la captación de la embarazada para un diagnóstico oportuno, con el objetivo la prevención del VIH y de la sífilis de madre a hijo e hija.⁽¹⁵⁾

Delegación de tareas al personal comunitario certificado

- Personal comunitario certificado: a cualquier persona que cumple tareas relacionadas con la prestación de servicios de salud y se ha capacitado para prestar servicios específicos, pero que no tiene un certificado profesional o para profesional formal ni un título de educación superior. *Adaptado del termino personal no profesional de la OPS/OMS*⁽⁹⁾
- La certificación del personal comunitario para la realización de consejería basada en riesgo y pruebas de tamizaje de VIH se deberá realizar de acuerdo a los perfiles y criterios que establece de la SESAL.
- El personal comunitario certificado que se capacite en consejería basada en riesgo, realización de pruebas de VIH y que trabajan bajo supervisión, pueden prestar los servicios de forma segura y eficaz.
- El personal comunitario certificado realizará promoción de la prevención de la transmisión del VIH a nivel de la comunidad previa capacitación por el personal institucional.
- El personal comunitario certificado realizara búsqueda activa de embarazadas para la promoción de la atención prenatal, vinculación a los ES y promoción de las pruebas de VIH y sífilis.

Condiciones necesarias para la implementación de la realización de las pruebas de VIH por personal comunitario certificado

Para la implementación de las pruebas de VIH realizadas por el personal comunitario certificado se requieren de las siguientes condiciones en la red de servicios de salud:

- Fortalecida la red de servicios de pruebas de VIH institucional.
- Personal capacitado en consejería basada en riesgo institucional.
- Personal certificado de laboratorio regional para capacitar al personal comunitario en la realización de pruebas de VIH.
- Selección de personal comunitario de acuerdo al perfil establecido por la SESAL
- Capacitación del personal comunitario de acuerdo a los lineamientos establecidos por la SESAL.
- Capacidad logística de la región de salud para proveer los insumos necesarios para la realización de las pruebas de VIH por el personal comunitario capacitado.

- Desarrollo de planificación operativa estandarizada (POES) para establecer el proceso de implementación en la comunidad identificando a socios en la respuesta al VIH como Organizaciones de base comunitaria (OBC), organizaciones no gubernamentales (ONG), gobierno local, entre otros, así como para establecer el flujo de la información y el monitoreo programático.
- Apoyo financiero y técnico para la implementación de los servicios de pruebas de VIH a nivel de la comunidad.

Actividades del personal institucional

- En cada oportunidad de contacto con una mujer en edad fértil, el personal institucional, deberán identificar señales de riesgo reproductivo y se promoverá la referencia y respuesta en el uso de los servicios de salud.
- Detección temprana de las embarazadas, promoción del control prenatal y del parto institucional
- La consejería en ITS, VIH y Sida; ofrecimiento de la prueba de VIH e indicar prueba de Sífilis.
- El personal institucional o los equipos de salud familiar (ESFAM) ofrecerá los servicios de salud reproductiva, incluyendo la promoción de métodos anticonceptivos duales (condones y hormonales) que además de ofrecer los beneficios de la anticoncepción brinda protección contra la infección de otras ITS y la infección por el VIH.
- El personal institucional o los ESFAM realizarán búsqueda activa de embarazadas y puérperas para vincularlas a los servicios de atención prenatal, promoción y realización de las pruebas rápidas de VIH y sífilis a nivel de la comunidad
- El personal institucional o los ESFAM realizaran promoción de la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo e hija.

La actividad de los ESFAM ⁽¹⁶⁾ se incluirá solo en las redes de servicios que lo tengan implementado de acuerdo al Modelo Nacional de Salud (MNS), de lo contrario las actividades realizadas en la comunidad se recomienda realizarlas por el personal institucional en sus actividades extramuros.

7.2.2. Intervenciones a nivel institucional

7.2.2.1. Atención en VIH a la embarazada en la primera atención prenatal

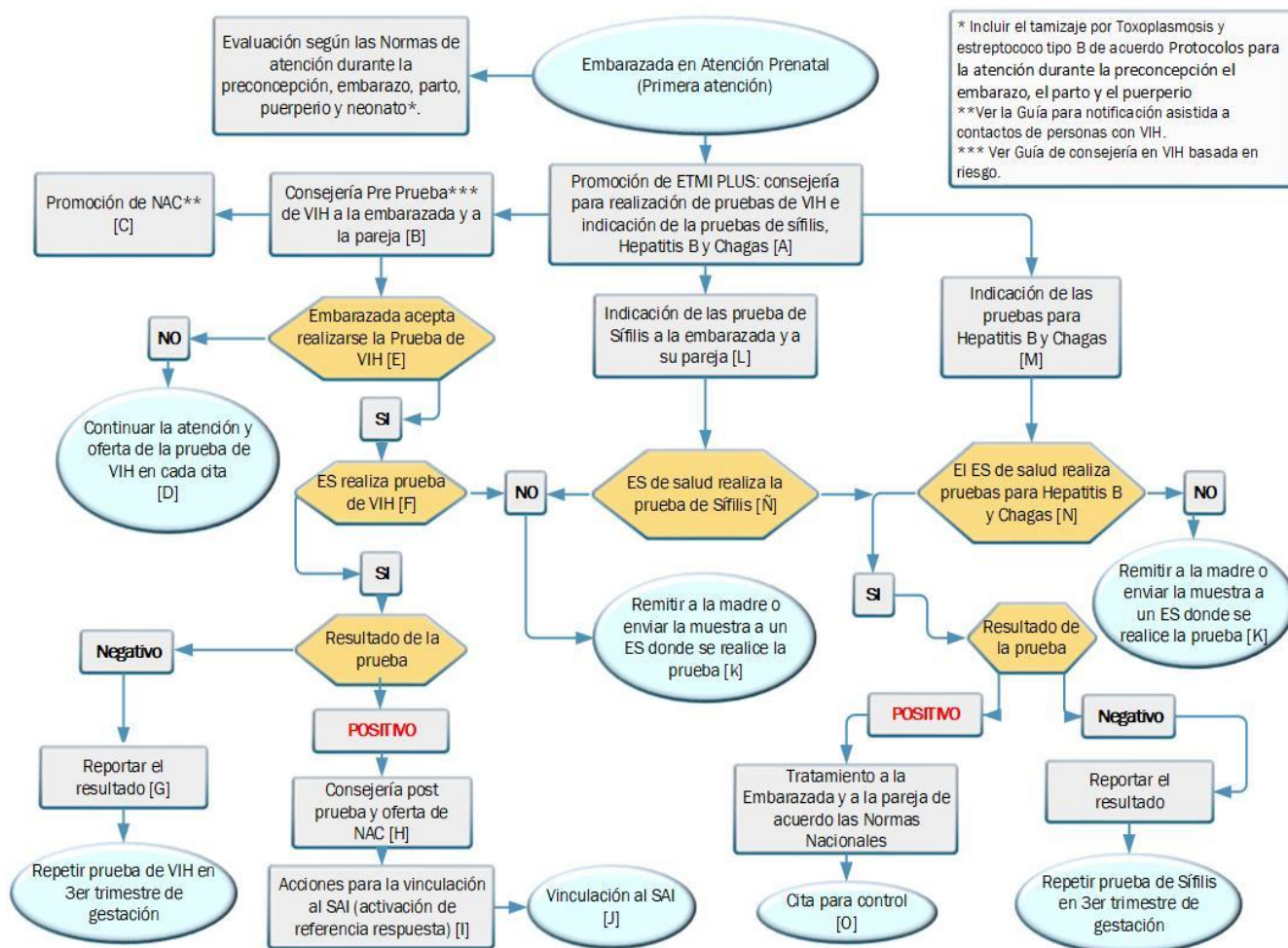
Consideraciones:

- El personal de salud captará a la embarazada para atención prenatal en las primeras doce semanas de embarazo. ⁽¹²⁾
- Provisión adecuada de los servicios de atención prenatal que promueva la participación masculina.
- Garantizar el acceso a las medidas de prevención y protección en los casos de violencia de género. ⁽¹⁷⁾
- En los establecimientos de salud se deben promover los servicios de salud sexual y reproductiva para la prevención primaria de la infección de VIH, Sífilis Congénita, Hepatitis B, Chagas. ⁽¹⁷⁾
- A toda embarazada en su primera atención prenatal se le ofrecerá la consejería para la realización de la prueba de VIH previo consentimiento informado y se le indicará la prueba Sífilis, Hepatitis B y Chagas.
- A toda embarazada se le realizará tamizaje por otras patologías como Toxoplasma y Estreptococo tipo B de acuerdo a los Protocolos para la atención durante la preconcepción el embarazo, el parto y el puerperio.
- Promoción de la atención libre de estigma y discriminación ⁽¹⁸⁾
- Promoción de las prácticas libres de violencia obstétrica. ⁽¹²⁾

Acciones: Brindar consejería en ITS, VIH y Sida según Guía de Consejería en VIH basada en riesgo ⁽¹⁸⁾. La consejería constituye una estrategia valiosa e indispensable para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo e hija.

A toda embarazada en su primera atención prenatal se deberá ofertar los servicios de tamizaje para la diagnóstico de VIH, Sífilis Congénita, Hepatitis B y Chagas. ⁽¹⁷⁾ .

Flujograma 3: Atención a la embarazada en el establecimiento de salud (Primera atención, Integración ETMI-PLUS)



Flujograma creado en el marco de la actualización del presente documento y del ETMI plus.

- [A] A toda embarazada y a su pareja se le ofertará la prueba de VIH y Sífilis en la primera visita para la atención prenatal, además se le indicará las pruebas para diagnóstico de Hepatitis B y Chagas.
- [B] En todos los establecimientos de salud la embarazada que acude a su primera atención prenatal, independientemente de la edad gestacional, se le debe ofrecer consejería sobre la transmisión del VIH, la prevención y el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo e hija y los beneficios del Programa de Prevención de Transmisión del VIH de Madre a hijo e hija (PPTMH). Se le explicará la importancia que tiene realizarse la prueba de detección del VIH para ella y su hijo e hija y la oportunidad de recibir los beneficios del programa dependiendo del resultado. Además, recibirá consejería para conocer sobre las otras infecciones de transmisión sexual como sífilis.

- [C] A toda embarazada se le deberá promover la notificación asistida a contactos de personas con VIH (NAC). Estos servicios se deben promocionar durante la consejería pre prueba y se ofertarán a las personas que reciben el diagnóstico durante la consejería post prueba, dichos servicios deben seguir siendo ofertados a las personas con VIH que reciben los SAI, según los criterios definidos.⁽¹⁹⁾
- [D] Las embarazadas que no acepten realizarse la prueba de VIH continuarán recibiendo atención integral de acuerdo a las Normas Nacionales para la Atención Materno-Neonatal debe tenerse especial atención en la educación para la prevención de ITS, VIH y Sida, continuar con la oferta de la prueba de VIH en las visitas subsiguientes.
- [E] Si la mujer acepta realizarse la prueba de VIH, durante la consejería se tendrá especial cuidado en la reducción del estrés y la ansiedad que la prueba genera, garantizando en todo momento la confidencialidad. Se realizará una evaluación sobre las circunstancias particulares de riesgo, con el propósito que la persona adopte cambios de comportamiento de manera paulatina para reducir al máximo los riesgos.
- [F] En los establecimientos de salud con laboratorio o donde estén capacitados en pruebas rápidas de VIH se realizará el tamizaje lo más pronto posible de acuerdo al algoritmo nacional para el diagnóstico del VIH.⁽⁸⁾
- [G] Si el resultado de la prueba es negativo se reporta el resultado y se le brinda la información a la embarazada mediante consejería post prueba, procurando la promoción de conductas sexuales saludables para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo e hija.

A la embarazada sin factores de riesgo asociados se dará cita para repetir la prueba de VIH en el tercer trimestre de gestación y en las que se identificaron factores de riesgo se recomienda citar a los tres meses para repetir la prueba de VIH. Si el resultado de la prueba es positivo se reporta el resultado y se brinda consejería post prueba a la embarazada con oferta de los servicios de NAC (Ver numeral [C]).

Las mujeres que se presenten durante el trabajo de parto con estado de VIH desconocido y las mujeres con mayor riesgo de infección por VIH que no se volvieron a realizar la prueba en el tercer trimestre deben someterse a una prueba rápida de VIH.⁽²⁰⁾

- [H] Resultado positivo: Se dará consejería post prueba resultado positivo de acuerdo a la Guía de consejería basada en riesgo, se ofertará el NAC⁽¹⁹⁾ y se realizarán inmediatamente las acciones para la vinculación.

- [I] Acciones para la vinculación. Inmediatamente de brindar el resultado positivo mediante consejería post prueba se activa el sistema de referencia respuesta para la vinculación inmediata de la embarazada a los SAI de su preferencia, asegurando la confidencialidad y la participación voluntaria de un familiar cercano de la embarazada o de un amigo o amiga cercana a ella.
- [J] Vinculación: se refiere al período que comienza con el diagnóstico de VIH y finaliza cuando el usuario se inscribe en los SAI. ⁽¹⁹⁾
- [K] Los establecimientos de salud que carecen de laboratorio o que no realizan pruebas rápidas de VIH, Sífilis, Hepatitis B y Chagas, brindarán los servicios de consejería pre prueba de VIH y remitirán lo antes posible a la embarazada o su muestra sanguínea, al establecimiento de salud más cercano.
- [L] A toda embarazada y a su pareja en la primera atención prenatal se indicará la prueba para la detección de sífilis en el establecimiento de salud
- [M] Se deberá indicar las pruebas para la detección de Hepatitis B y Chagas en la embarazada que asiste a su primera cita de atención prenatal en el establecimiento de salud de acuerdo al algoritmo nacional.
- [N] Si el establecimiento de salud realiza las pruebas para el diagnóstico de sífilis, Hepatitis B y de Chagas en la embarazada y el resultado es positivo deberá realizar los siguiente:
- Brindar tratamiento y seguimiento a la embarazada y a su pareja con resultados serológicos que indiquen:
- Sífilis (tratamiento según el Manual para el Manejo de las ITS),
 - Infección por el virus de la Hepatitis B (VHB) (referirse para evaluar y determinar su idoneidad para el tratamiento)
 - Coinfección VIH y VHB (tratamiento según la norma establecida)
 - Seguimiento a toda embarazada con infección por Chagas de acuerdo a la normativa nacional. ⁽¹⁷⁾
- En el caso de reportar resultado negativo se dará cita para repetir la prueba de Sífilis a la embarazada en el tercer trimestre de gestación.
- [O] Se continuará el seguimiento a la embarazada pos-tratamiento por Sífilis, Hepatitis B y Chagas en el establecimiento de salud de nivel de complejidad correspondiente según sea el caso.

7.2.2.2. Tamizaje a la embarazada para el diagnóstico del VIH

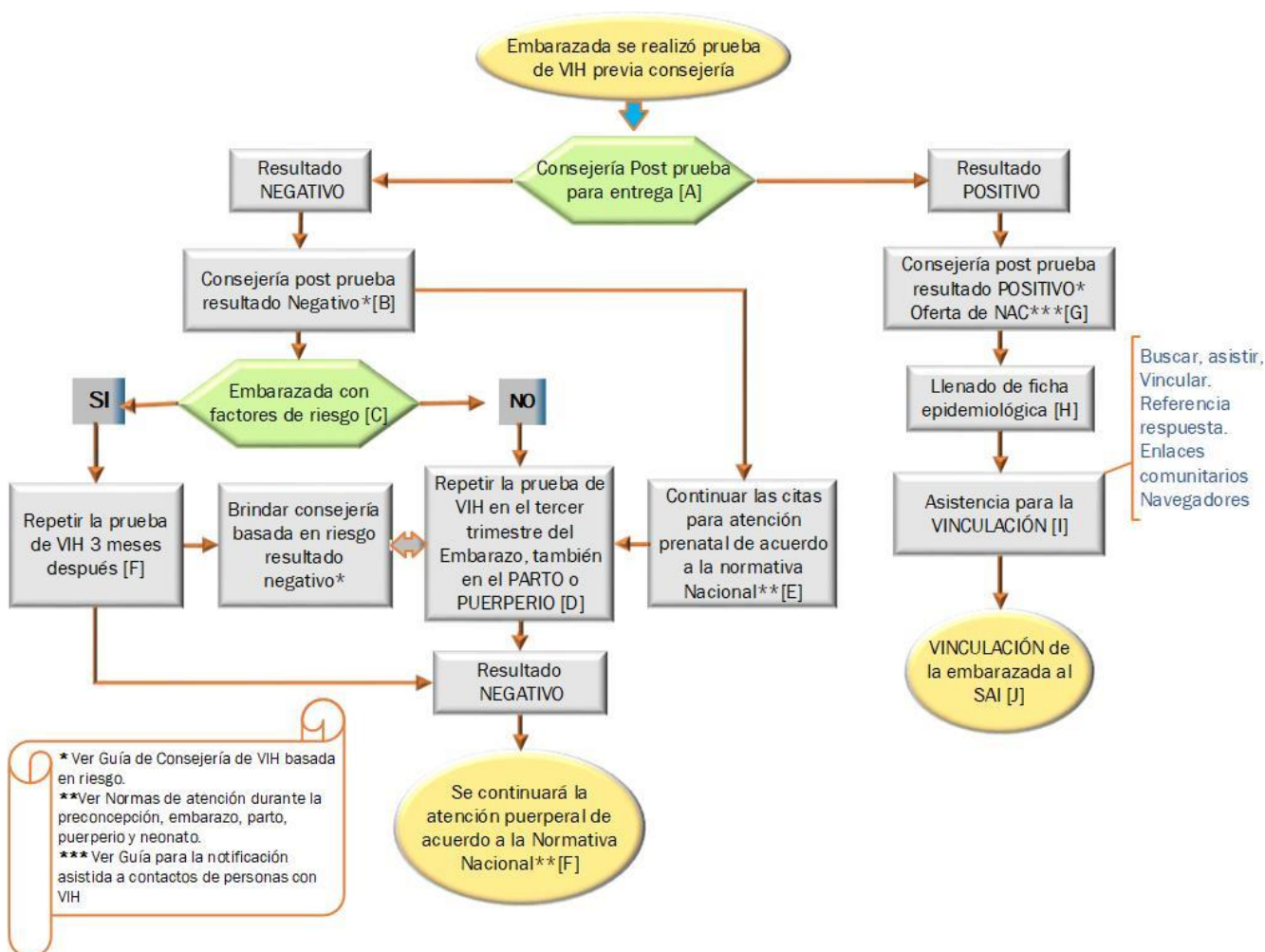
Consideraciones: A toda embarazada se le debe ofertar la prueba de VIH previa consejería basada en riesgo y consentimiento informado tomando en cuenta lo siguiente⁽¹⁸⁾:

- Explique el riesgo de transmisión de madre a su hijo e hija en el embarazo, parto y lactancia materna.
- Enfatice que las mujeres que se infectan por el VIH durante el embarazo o durante el amamantamiento tienen un mayor riesgo de transmitir el VIH a sus bebés debido a la carga vírica elevada.
- Explique la importancia de realizarse la prueba de VIH y beneficios para su hijo e hija y a ella.

De información sobre las alternativas en la prevención de la transmisión del VIH al niño o niña durante el embarazo el parto y la lactancia materna.

Acción: A toda embarazada que asiste a los establecimientos de salud se debe considerar de prioridad la realización de la prueba de VIH previa consejería⁽¹⁸⁾ y consentimiento informado, ofertando la NAC a la pareja en caso de resultar positiva y asegurando una vinculación efectiva a los SAI.

Flujograma No.4: Tamizaje a la embarazada para el diagnóstico del VIH



Flujograma adaptado del Flujograma N°3 Atención integral a la embarazada con VIH⁽³⁾

[A] El resultado de la prueba de VIH se entregará mediante consejería post prueba lo más pronto posible

[B] Si el resultado es negativo, se brindará la consejería post prueba según la Guía de Consejería en VIH basada en riesgo ⁽¹⁸⁾, enfatizando sobre las medidas de prevención primaria dirigidas a la identificación y reducción del riesgo y se continuara dando seguimiento a la evolución del embarazo actual de acuerdo a la Norma de atención de preconcepción, embarazo, parto, puerperio y neonato de la SESAL. ⁽¹²⁾

[C] Si a la embarazada se le ha identificado factores de riesgo se indicará la prueba de VIH tres meses después asegurando su seguimiento en la consejería basada en riesgo.

[D] La embarazada sin factores de riesgo se repetirá la prueba de VIH en el tercer trimestre del embarazo. En caso de no contar con el resultado de la prueba

realizada en el último trimestre se repetirá la prueba INTRAPARTO o en el PUERPERIO según sea el caso, lo anterior aplica también para las embarazadas con factores de riesgo vinculados.

[E] Continuar las citas para la atención prenatal según Normas Nacionales de atención durante la preconcepción, embarazo, parto, puerperio y neonato, en caso de haber requerido remisión para estudios de laboratorio y continuará con sus citas posteriores en el establecimiento de salud de su preferencia.

[F] Si el resultado de la prueba intraparto o en el puerperio es negativa se continuará la atención de la embarazada del periodo post natal de acuerdo a la Norma Nacional de atención durante la preconcepción, embarazo, parto, puerperio y neonato.

[G] Si el resultado es positivo, se brindará la consejería post prueba según la Guía de Consejería en VIH basada en riesgo, además de brindar apoyo emocional, se promocionará las conductas sexuales ~~saludables~~ (fidelidad mutua, uso de condón). Se explicará las ventajas del inicio de la TAR para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo e hija.

A toda embarazada se le deberá ofertar la NAC, estos servicios se deben *promocionar* durante la consejería pre prueba y se *ofertarán* a las personas que reciben el diagnóstico durante la consejería post prueba y deben seguir siendo ofertados a las personas con VIH que reciben los SAI, según los criterios definidos. Para mayor información consultar la Guía de NAC⁽¹⁹⁾.

[H] El llenado y el reporte de la ficha epidemiológica es obligatorio para toda persona que ha sido diagnosticada con VIH de acuerdo al algoritmo nacional, el o la responsable de esta actividad en el establecimiento de salud es la persona que brinda los servicios de consejería post prueba de VIH y el envío es inmediato a la región de salud correspondiente al sistema de vigilancia de la salud regional.

[I] La asistencia para la vinculación a los SAI es un factor clave para evitar la pérdida del seguimiento a la embarazada recientemente diagnosticada con VIH y es de carácter prioritario vincularla inmediatamente para el inicio rápido de la TAR independientemente de su estado inmunológico y virológico, es por eso que se sugieren algunas actividades relacionadas a la vinculación:

- **Buscar asistir y vincular:** Búsqueda activa de las embarazadas que aún no se presentan a los SAI en las diferentes comunidades; esto podría lograrse mediante el personal institucional en actividades extramuros, los ESFAM o los agentes comunitarios que han recibido capacitación en PTMI o con apoyo de

las ONG que trabajan como socios en la respuesta nacional al VIH identificados previamente en los sitios donde el SAI brinda el servicio a las personas con VIH.

- **Referencia respuesta:** El Sistema Nacional de Referencia y Respuesta, es el mecanismo de coordinación entre los diferentes Establecimientos de Salud públicos y no públicos que se articulan en Redes Integradas de Servicios de Salud, a fin de asegurar la continuidad e integralidad de la atención y facilitar, además, una mayor oportunidad y eficiencia en la prestación de servicios del usuario referido (Enviado) y atendido (Recibido) de forma bidireccional. ⁽²¹⁾

El sistema nacional de referencia respuesta se activa inmediatamente con acciones enmarcadas en la comunicación directa de los ES con los diferentes SAI de manera que se puedan identificar las acciones necesarias para la vinculación efectiva de la embarazada dependiendo de los factores asociados de orden cultural, sociodemográfico y económicos que podría retardar el proceso y establecer soluciones al respecto.

- **Enlaces comunitarios:** se deben visualizar alianzas estratégicas con las comunidades de manera que los gobiernos locales y las instituciones estén sensibilizados en la atención prioritaria a las embarazadas y la prevención de la transmisión del VIH al niño o niña, identificando personas claves que puedan contribuir a la captación de la embarazada en la comunidad de forma sistemática, estableciendo un flujo de la información desde la comunidad a los diferentes establecimientos de salud.
- **Navegación:** Es un proceso de acompañamiento a las personas que se inicia después de un diagnóstico de VIH, brindando soporte emocional y buscando disminuir el tiempo de vinculación a los SAI, favorecer la retención, la adherencia a los ARV y que la persona logre la supresión viral. ⁽²²⁾

Los navegadores pueden ser personas que colaboran en los diferentes ES contratados por algunas ONG o puede ser una persona asignada del personal asistencial de los diferentes establecimientos de salud y que entre sus actividades extramuros puedan brindar un servicio diferenciado a las embarazadas para asegurar la vinculación efectiva a los SAI, este servicio ha venido funcionando de manera exitosa en las clínicas de vigilancia centinela de las ITS (VICITS).

[J] La embarazada con VIH debe ser remitida en el momento de su captación al SAI más cercano a su domicilio para su vinculación efectiva y manejo de acuerdo al Manual de atención integral al adulto y adolescente con VIH vigente.

La embarazada con VIH puede continuar su atención prenatal en el ES de su preferencia según su evaluación médica y socio-económica y se debe continuar la coordinación entre el SAI y el establecimiento de salud donde reciba su atención prenatal.

7.2.3. PrEP para una concepción más segura*

¿Qué es la PrEP?

PrEP es el uso diario de tenofovir disoproxil fumarato (TDF) oral o TDF / emtricitabina co-formulado (TDF / FTC) para prevenir la infección por el VIH. Se ha demostrado que la PrEP es eficaz en una amplia gama de poblaciones VIH negativas. ⁽²³⁾

Los datos de seguridad existentes respaldan el uso de PrEP en embarazadas y puérperas en el período de lactancia que están en riesgo sustancial continuo de infección por el VIH. TDF, junto con 3TC (o FTC), es parte del TAR de primera línea preferido por la OMS régimen recomendado para adultos, incluidas embarazadas. Es ampliamente utilizado con buena tolerancia. ⁽²³⁾

Informes de seguridad y eventos adversos.

Las mujeres VIH negativas en entornos de alta prevalencia siguen teniendo un alto riesgo de contraer el VIH durante el período de concepción cuando sus parejas son de estado serológico desconocido, o seropositivas por VIH y (a) no reciben TAR o (b) no son virales suprimidos (incluidos las parejas que comenzaron recientemente el TAR, cuya supresión viral puede tardar hasta seis meses). Ofrecer PrEP durante este tiempo podría disminuir el riesgo de transmisión viral a la mujer VIH negativa y reducir ansiedad por la transmisión del VIH en un momento en que las parejas no siempre utilizan condones para prevenir la transmisión del VIH. La decisión de tomar PrEP debe ser siempre realizado por la mujer, tras la discusión de los riesgos y beneficios con su proveedor de atención médica. ⁽²³⁾

La PrEP se puede ofrecer a una mujer negativa que está tratando de concebir si su pareja es VIH-positivo y no viralmente suprimido o ella no conoce su estado serológico de VIH.

Cuestiones y Consideraciones ⁽²³⁾

Embarazo y Lactancia

La PrEP puede iniciarse o continuarse durante el embarazo y la lactancia en mujeres con riesgo sustancial de contraer el VIH.

Se debe ofrecer una variedad de intervenciones a las mujeres VIH negativas durante el embarazo y la lactancia para prevenir y detectar incidente de VIH. Estos incluyen promoción de condones, asesoramiento para reducir el riesgo, evaluación de riesgos, detección y tratamiento de ITS, prueba y tratamiento de la pareja, repetir la prueba del VIH y la PrEP para las mujeres con riesgo sustancial de infección por el VIH.

Deseo de concebir

Se debe considerar la PrEP para mujeres VIH negativas en relaciones serodiscordantes que desean un embarazo, en particular mujeres con parejas sin TAR o que no están suprimidas viralmente. En tales casos, la PrEP se puede utilizar como puente hacia la supresión viral. Además, la PrEP puede beneficiar a las mujeres que no conocen el estado serológico de sus parejas o en entornos de prevalencia muy alta, o con parejas que no están dispuestos a realizar la prueba.

Planificación familiar

A las mujeres que eligen comenzar o continuar tomando PrEP durante el período posparto también se les debe ofrecer una variedad de opciones de planificación familiar, al igual que todas las mujeres en el posparto.

Violencia basada en género Las barreras socioculturales y los facilitadores de la PrEP entre las mujeres deben examinarse dado el contexto de género desigualdades, incluida la violencia de género.

Trabajadoras sexuales

Los países están comenzando a centrarse en ofrecer PrEP a las trabajadoras sexuales por lo que es necesario mejorar los vínculos con los servicios de salud, en particular la planificación familiar y atención prenatal.

Niñas adolescentes

Esta población requiere más apoyo mejorando información para la adherencia y una salud sexual y reproductiva integral. Los requisitos de consentimiento pueden ser una barrera para iniciar la PrEP y otros servicios de salud.

**** La PrEP se recomienda para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo e hija de parejas serodiscordantes cuando la embarazada es negativa.***

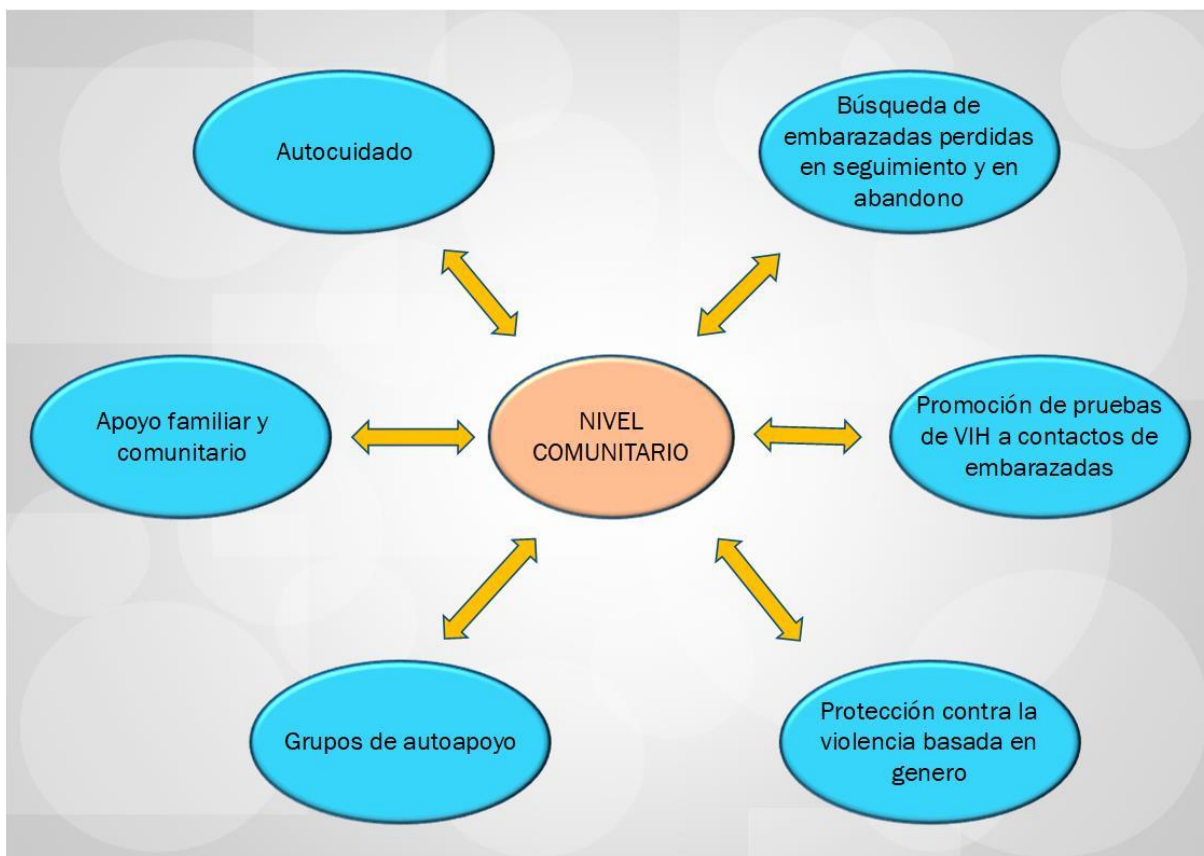
El inicio de la implementación de la PrEP dependerá de los resultados del estudio de PrEP en población clave y parejas serodiscordantes en Honduras y la capacidad logística del país de provisión de medicamentos e insumos para su implementación.

7.3 CAPÍTULO III ATENCIÓN INTEGRAL A LA EMBARAZADA CON VIH

7.3.1. Intervenciones a nivel comunitario

En el contexto de la atención integral, el nivel comunitario desempeña un rol importante desarrollando intervenciones dirigidas a promover aspectos que favorecen la adherencia de las embarazadas a los SAI para su atención oportuna y TAR.

Flujograma No.5: Atención integral a la embarazada con VIH en el nivel comunitario.



Adaptado del Flujograma Atención integral a la embarazada con VIH en el nivel comunitario (3)

7.3.1.1. Autocuidado ⁽²⁴⁾

¿Qué es el autocuidado?

- Es la capacidad del ser humano de incorporar hábitos de conducta y realizar actividades positivas para mantener una buena salud física, mental y espiritual. Los aspectos en que las Personas con VIH deben tener mayor cuidado son:
 - La salud física y mental
 - La salud sexual y reproductiva
 - La alimentación e higiene personal
 - El sueño y descanso reparador
- Las medidas del autocuidado son establecidas para adquirir y mantener una buena

calidad de vida, que deben ser aplicadas adecuadamente tanto por las PVIH como el entorno familiar y social.

- Estas medidas comprenden diversas acciones como: cuidados higiénicos en la preparación y consumos de alimentos y bebidas, dieta de alto contenido proteico-calórico, la realización de ejercicios físicos y de relajación, vigilar la aparición de infecciones y cumplir con las indicaciones de los proveedores de la salud.
- Se entiende por hábitos de vida saludable el abandono del consumo de tabaco, drogas, alcohol, evitar deportes peligrosos o cualquier conducta de riesgo que pueda perjudicar la salud de las PVIH o interferir en su tratamiento.
- El apoyo nutricional a la embarazada radica en la educación. La infección por el VIH induce a cambios metabólicos que junto a las dificultades de ingesta de alimentos, llevan al individuo a una situación de riesgo de malnutrición, por lo que es importante realizar una adecuada evaluación para definir un plan nutricional apropiado, recomendaciones generales:
 - Es aconsejable siempre la prevención de potenciales complicaciones nutricionales.
 - El abordaje de trastornos nutricionales debe ser integral e individualizado.
 - La educación nutricional debe formar parte de la atención integral desde el momento del diagnóstico y en su seguimiento.
 - Se debe recomendar el consumo diario de diversos alimentos, pertenecientes a los diferentes grupos.
 - Hacer cuatro tiempos de comida al día y acompañados de suficiente agua (unos 2 litros/día). Para mayor información consultar el Manual de atención integral del Adulto y Adolescente con VIH. ⁽⁸⁾

7.3.1.2. Apoyo familiar y comunitario

- A la embarazada con reciente diagnóstico de VIH se le sugerirá el acompañamiento de un familiar o amigo cercano para el apoyo emocional y servirá de contacto con la institución para el seguimiento de la embarazada en la comunidad.
- El personal institucional realizará acciones de capacitación que conduzcan a la adopción de conductas y comportamientos de responsabilidad y autocuidado que mejoren la calidad de vida a la embarazada y a su entorno familiar.
- Empoderamiento a la familia y a la comunidad sobre la infección del VIH y la posibilidad de mantener una adecuada calidad de vida, así como de acceder a tratamiento (TAR) y atención integral en los SAI a nivel Nacional.
- Educación en estigma y discriminación en la familia y en la comunidad de acuerdo a la Normativa Nacional. ⁽²⁵⁾
- Educación en nutrición orientada a las personas con VIH y durante el embarazo a la familia y a la comunidad de acuerdo al Manual de atención integral a los

adultos y adolescentes con VIH. ⁽⁸⁾

7.3.1.3. Grupos de autoapoyo ⁽²⁶⁾

- Los grupos de apoyo (GAA) forman parte de la atención integral para personas con VIH y lo realiza trabajo social. GAA son grupos de personas que tienen un problema común y en el que, a base de compartir, empatía, identificación, confrontarse y mirarse en el espejo de otras personas, cada uno de sus miembros tiene la posibilidad de aprender a conocerse y de esta forma mejorar su situación psicológica y social.
- El grupo de auto apoyo es un espacio seguro en donde no se tienen restricciones sobre los sentimientos.
- Las Personas de los GAA ofrecen y reciben ayuda como:
 - Sostén Emocional: ofrece un espacio donde la persona puede exponer sus emociones para renovar sus energías y confianza en sí mismo(a).
 - Desarrollo de Destrezas: Provee con el tiempo para aprender nuevos métodos, fortalecer destrezas y resolver problemas. Brindar ayuda a la persona en su diario vivir.
 - Información Actualizada: Proporciona un lugar seguro donde adquirir y compartir información reciente sobre su problema o situación.
- Para las embarazadas con diagnóstico reciente es muy importante la adhesión a los GAA conformados por personas con VIH y que son coordinados desde el personal del SAI a nivel de las comunidades.

7.3.1.4. Protección contra la violencia basada en género ^{(8) (25) (28)}

- Siguiendo las recomendaciones de la OMS, se debe ofrecer apoyo inmediato a las mujeres que indiquen alguna forma de violencia ya sea de una pareja íntima o de un familiar o que manifiesten haber sufrido violencia sexual.
- En esos casos, el personal de salud debe brindar apoyo de primera línea. Si el personal de salud no puede proporcionarlo, debe asegurarse de que haya alguien más, ya sea dentro del servicio de salud u otra dependencia u organización de fácil accesibilidad al que se pueda referir.
- Es importante que el personal de salud indague sobre situaciones relacionadas con violencia de pareja y valorar la presencia de lesiones u otras condiciones como probable consecuencia de violencia.
- Se deben brindar intervenciones sobre autoeficacia y empoderamiento respecto a la salud y los derechos sexuales y reproductivos a fin de optimizar su salud y ejercer sus derechos.
- Es importante que se brinde apoyo como la NAC de la condición de seropositividad cuando la mujer con VIH así lo decida y valorando el potencial riesgo de violencia contra la mujer.

7.3.1.5. Promoción de pruebas a los contactos de las embarazadas con VIH en la comunidad. ⁽¹⁹⁾

- El tema de NAC, en los casos de las embarazadas, ya fue abordado anteriormente en la sección “Atención integral a la embarazada para la prevención del VIH”.
- La NAC es parte de las actividades de consejería y el seguimiento a los contactos a nivel comunitario dependiendo de la modalidad que la persona seleccione para la oferta de la prueba.
- El personal institucional con apoyo de las ONG y los agentes comunitarios podrían programar paquetes básicos que incluyan la realización de pruebas de VIH a nivel de las comunidades para acercar éste servicio a los contactos identificados de las embarazadas con reciente diagnóstico, asegurando la asistencia de los mismos a estas actividades.

7.3.1.6. Búsqueda de la embarazada perdida en seguimiento y en abandono. ⁽⁸⁾

Abandono a la terapia antirretroviral

- El abandono a la TAR se define, para fines administrativos, como el acto puntual del no retiro de la medicación por parte de la persona, por un periodo de tres meses o 90 días después de la fecha de la última cita para recoger sus medicamentos.
- Se debe entender como un proceso, que se inicia desde la no aceptación de la terapia hasta su abandono definitivo, en el cual intervienen múltiples factores que lo condicionan y posteriormente van determinando la aparición de sus diferentes momentos hasta llegar al abandono total y la desvinculación de la persona con el SAI/servicio de salud.
- Entre los múltiples factores que pueden obstaculizar una vinculación eficaz y el abandono al tratamiento están:
 - La distancia de los SAI.
 - Los costos de transporte.
 - Las preocupaciones sobre la revelación del estado serológico.
 - El estigma y discriminación.
 - Los períodos prolongados de espera en los establecimientos.
 - Permisos en los trabajos
 - Otros
- Es muy importante identificar los diferentes aspectos antes mencionados para evitar el abandono a la TAR incluyendo todos los factores socio-económicos que afecten a la embarazada.
- Una vez identificado el abandono a la TAR se deben definir las acciones pertinentes y las ONG que trabajan a nivel de las comunidades para alcanzar a las embarazadas que están en situación de abandono.

7.3.1.7. Perdidas en seguimiento ⁽⁸⁾

Las personas perdidas en seguimiento son aquellos que no han tenido contacto clínico ni han recibido TAR durante más de 28 días desde el último contacto clínico o recolección de sus medicamentos ARV.

- Se deben iniciar los esfuerzos de rastreo inmediatamente después de que se haya perdido una cita clínica.
- Los SAI y socios en la respuesta al VIH deben asegurarse de adoptar medidas programáticas inmediatas para localizar a las personas que no hayan tenido ningún contacto clínico durante más de 28 días desde su última visita al SAI
- Se deben realizar intentos exhaustivos (por ejemplo, llamadas telefónicas, visitas domiciliarias, triangulación con otros ES) para localizar a la persona. Intentos exhaustivos significa completar más de 3 intentos para contactar o localizar a la persona utilizando múltiples métodos.

7.3.2. Flujo de la atención a la embarazada con VIH en el servicio de atención integral y en el hospital.

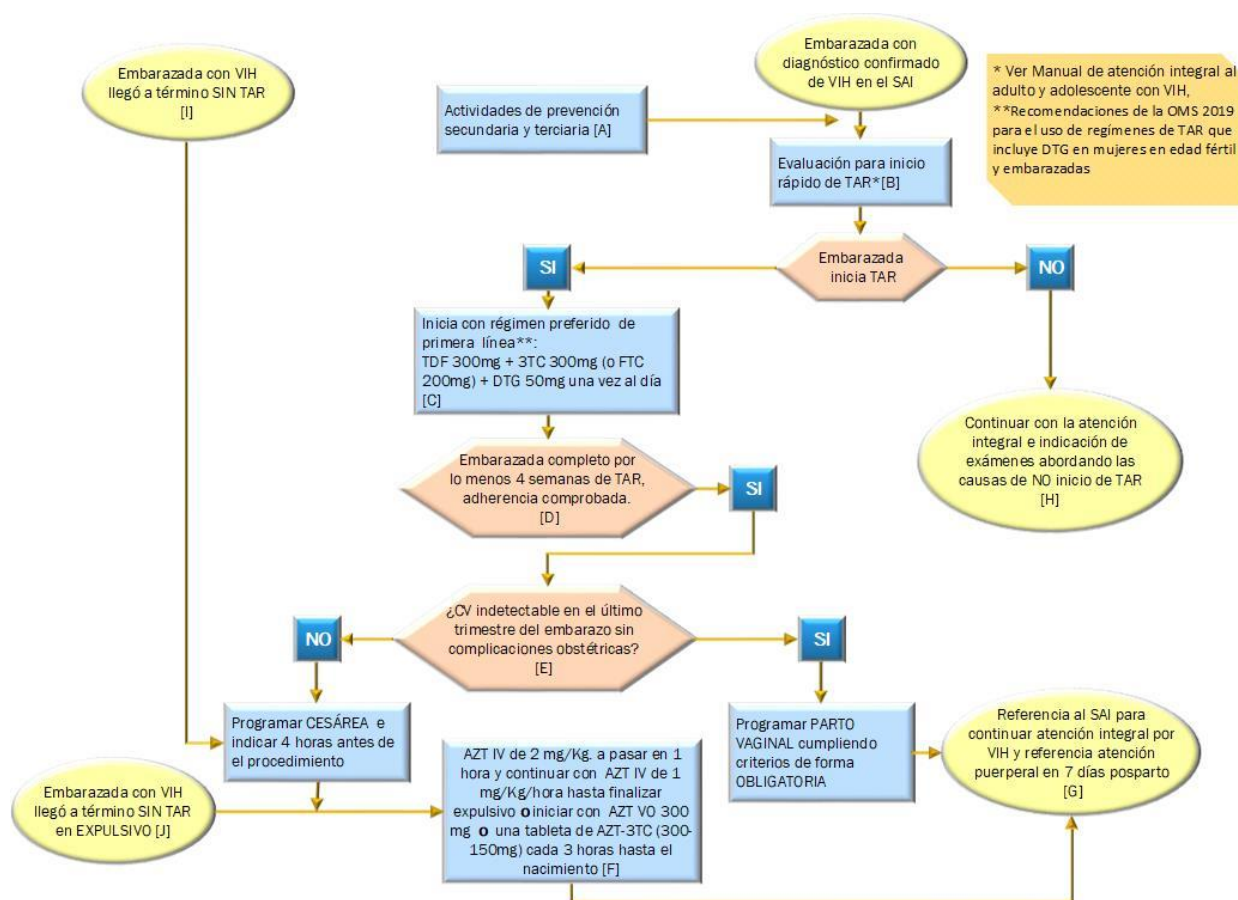
Consideraciones: Toda embarazada con diagnóstico confirmado de VIH se vinculará lo más pronto posible a los SAI para evaluación e inicio de TAR y se programará cesárea para las 38 semanas de gestación o evolución a parto vaginal según los criterios de estricto cumplimiento establecidos y de acuerdo a las recomendaciones de la OMS.

Acciones: Inicio de TAR independientemente de la edad gestacional, niveles de CD4 y CV, evaluación clínica, laboratorial y psicológica de la persona ⁽²⁹⁾.

Referir al servicio correspondiente para programación de cesárea a las 38 semanas de gestación o evolución a parto vaginal según los criterios de estricto cumplimiento establecidos y de acuerdo a las recomendaciones de la OMS ^{(26) (2) (20)}.

Los SAI son servicios de referencia donde la mayoría de las personas atendidas llegan con diagnóstico de infección por VIH. Si el diagnóstico se realizó en un laboratorio privado deberá realizarse el procedimiento de acuerdo al algoritmo nacional de la Secretaría de Salud.

Flujograma No.6: Atención de la embarazada con VIH en Servicio de Atención Integral y Hospital.



Flujograma adaptado del Flujograma N°4 Atención prenatal de la embarazada con VIH en los Centros de Atención Integral y Hospital⁽³⁾

[A] En embarazadas con diagnóstico de VIH las actividades de prevención secundaria y terciaria se dirigen a prevenir nuevas infecciones, autocuidado, para prevenir re-infecciones:

- Se dará acompañamiento y soporte psicológico.
- Se dará consejería sobre sexualidad y planificación familiar.
- Se recomendará el uso de preservativos en las relaciones sexuales.
- Se brindará los beneficios del Programa de Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo e Hija.
- Fortalecer la adherencia⁽³¹⁾, explicar la importancia de evitar el uso de drogas, alcohol y tabaco enfatizando en la importancia de mantener una CV suprimida durante el embarazo.
- Se brindará información a la madre sobre los riesgos y beneficios del modo de terminación del embarazo ya sea por cesárea o parto vaginal.
- Se implementarán actividades en coordinación con los socios en la respuesta al VIH a nivel comunitario para el seguimiento a las embarazadas con

diagnostico nuevo para la vinculación oportuna y búsqueda de embarazadas perdidas en seguimiento o en abandono. (ver flujograma N°5).

- Se recomendará compartir su resultado de VIH con la pareja y promover su integración a los GAA. ⁽²⁶⁾
- Promoción de la atención libre de estigma y discriminación. ⁽²⁷⁾
- Promoción de las prácticas libres de violencia obstétrica. ^{(12) (13) (14)}

[B] Evaluación para el inicio de TAR: Se debe iniciar con la anamnesis y el examen físico de la embarazada y continuar con los criterios descritos en el Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH.

Indicaciones para el inicio de TAR ⁽⁸⁾

- El inicio de la TAR debe ser dentro de los primeros 7 días o preferiblemente en el primer día de haberse obtenido la confirmación del diagnóstico de VIH. Su inicio se priorizará en las diferentes situaciones entre ellas la condición de embarazo y lactancia.
- La TAR se debe proveer a todas las personas con VIH, sin importar su conteo de células CD4 ni el estadio clínico de la enfermedad.
- Las únicas situaciones en que se recomienda diferir la TAR por 4 a 8 semanas son la presencia de ciertas infecciones oportunistas (IO) como la tuberculosis (TB), criptococosis o histoplasmosis

[C] De acuerdo a las últimas recomendaciones de la OMS ^{(8) (32) (33)}, la evidencia respalda el uso de DTG como droga preferida en esquemas de primera línea para todas las personas con VIH, incluyendo adultos, embarazadas, mujeres y adolescentes con potencial reproductivo y personas coinfectadas con TB.

En cuanto al uso del actual esquema preferente de primera línea: TDF 300mg + 3TC 300mg (o FTC 200mg) + DTG 50mg una vez al día se recomienda utilizar con las siguientes consideraciones: Ver sección **7.3.3.2.1 Manejo de la embarazada captada en etapas tempranas del embarazo o con menos de 34 semanas de gestación**

[D] Si la embarazada completo por lo menos 4 semanas de terapia ARV y se comprueba buena adherencia se solicitará la CV en el último trimestre del embarazo (a las 34 SG).

[E] La vía de terminación del embarazo de la mujer con VIH se menciona en el Manual de atención integral al adulto y adolescente con VIH de acuerdo a criterios definidos y a las recomendaciones de la OMS. ^{(8) (20) (30) (20)}

Recomendaciones para tipo de parto en embarazadas con VIH ^{(8) (20) (30) (20)}

Cesárea programada a las 38 semanas a aquellas mujeres que:

- No tengan una CV realizada en el tercer trimestre del embarazo
- Tengan una CV > 50 copias/ml
- Diagnóstico de VIH realizado en labor y parto.

Criterios para parto vaginal:

- Mujeres sin indicación obstétrica de cesárea
- En TAR estable, buena adherencia
- CV No **detectable** realizada a las 34 semanas de embarazo*.

**El Parto vaginal está condicionado a los criterios definidos y a su cumplimiento de manera estricta para su programación.*

**Es de carácter obligatorio que la embarazada con VIH tenga una carga viral no detectable del último mes de embarazo. (Mesa ARV, Oct-2020)*

[F] **Componente intraparto:** La embarazada que ha iniciado la TAR debe recibir desde el inicio del trabajo de parto o desde cuatro horas antes de la cesárea, una dosis de carga intravenosa de AZT* de 2 mg/Kg. a pasar en 1 hora y continuar con una infusión continua intravenosa de AZT de 1 mg/Kg/hora hasta la finalización del periodo expulsivo. En caso de no haber disponibilidad de AZT intravenoso, se debe administrar 300 mg de AZT vía oral o una tableta de AZT/3TC (300/150mg) al inicio del trabajo de parto o 4 horas antes de la cesárea y repetir cada 3 horas hasta el nacimiento. ⁽³⁰⁾

*AZT IV preparación: Se recomienda diluir dos frascos de AZT en 360 ml de dextrosa al 5% o solución salina, para producir una concentración de 1mg/ml. La solución preparada es estable 8 horas a temperatura ambiente o 24 horas en refrigeración.

Presentación de AZT IV: 1 frasco de AZT contiene 200 mg en 20 ml.

[G] **Post parto:** Una vez finalizado el periodo del embarazo la madre y su recién nacido se deben referir al SAI para continuar la atención integral y profilaxis al RN (ver capítulo V). Continuar a la madre la TAR si se inició con el régimen preferido de primera línea que incluye DTG y hacer la transición si se seleccionó el régimen para circunstancias especiales de primera línea que incluye EFV (de acuerdo al plan de optimización a la TLD), previo consentimiento informado y asegurando un método adecuado de anticoncepción.

Se dará referencia para atención puerperal a los 7 días posparto asegurando la formula infantil para el bebe y TAR a la madre.

Se activará el sistema de referencia-respuesta y las actividades para la vinculación efectiva (*ver flujograma N°5*) para el seguimiento a la madre y su RN perinatalmente expuesto.

[H] Si la embarazada no acepta la TAR o no se puede iniciar de forma inmediata se debe continuar la atención integral en el SAI identificando y solucionando las barreras para el inicio de la terapia, derivando a la embarazada a los servicios pertinentes (Psicología, trabajo social, consejería, etc.). En el caso de infecciones oportunistas, diferir el tratamiento de acuerdo al Manual de atención Integral al adulto y adolescente con VIH vigente ⁽⁸⁾.

[I] Si la embarazada llega a término sin TAR se programa Cesárea e indicar tratamiento intraparto con AZT 4 horas antes del procedimiento: Ver inciso [F] ⁽²⁰⁾

[J] Si la embarazada con VIH llega al período expulsivo sin TAR se indica tratamiento intraparto con AZT de acuerdo al inciso [F].

7.3.3. Manejo de la embarazada en los Servicios de Atención integral ⁽⁸⁾.

Considerando que el embarazo en las mujeres con VIH, conlleva una serie de riesgos y connotaciones diferentes (posibilidad de patologías y/o infecciones asociadas u oportunistas, posibilidad de transmisión del VIH de madre a hijo e hija), la atención integral de la embarazada con VIH requiere de un manejo multidisciplinario en los diferentes niveles de la red de servicios de salud garantizando un sistema de referencia y respuesta efectiva que le permita una atención continua entre los diferentes servicios asistenciales.

El seguimiento de la embarazada seguirá las mismas pautas de atención del adulto (ver Manual de Atención Integral del adulto con VIH) y se basará en la atención clínica de la mujer con VIH y del embarazo, determinaciones laboratoriales relativas a la infección, vigilancia de los efectos secundarios y del bienestar fetal, además se debe asegurar a la persona conductas saludables tales como reducción o eliminación del uso del alcohol, tabaco, evitar relaciones sin protección, consumo de una dieta adecuada etc.

La atención integral consta de cuatro elementos que incluyen los siguientes aspectos:

- Manejo clínico

- Cuidados de enfermería
- Consejería y apoyo emocional
- Apoyo social

El **manejo clínico** debe incluir:

- Diagnóstico confirmado de VIH.
- Historia clínica completa (anamnesis y examen físico) y pruebas laboratoriales para evaluar estado de salud de la persona.
- Ofrecer el inicio rápido de TAR y tomar las decisiones clínicas correspondientes (*ver flujograma No. 2 del Manual de atención integral al adulto y adolescente con VIH.*)
- Definición del esquema de TAR a administrar.
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades asociadas al VIH.
- Valoración neuropsiquiátrica, valoración de la demencia asociada VIH. (*Ver Anexo N°3*).
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas.
- Diagnóstico, tratamiento y/o profilaxis de enfermedades oportunistas.
- Evaluación ginecológica con toma de citología cervical para las mujeres con VIH.
- Brindar opciones de planificación familiar.
- Toma de citología rectal en personas con historia de relaciones sexuales anales.
- Evaluación oftalmológica.
- Evaluación odontológica y manejo según sea requerido.
- Apoyo nutricional.

Los **cuidados de enfermería** dependerán de si la persona recibe atención intrahospitalaria o ambulatoria. Si la persona está hospitalizada, los cuidados de enfermería incluirán:

- Aplicar de manera estricta las indicaciones médicas.
- Vigilar el cumplimiento de las medidas de bioseguridad (medidas de precaución universal).
- Brindar cuidados paliativos según indicación médica.

En caso que la persona se atienda ambulatoriamente, los cuidados de enfermería se orientarán a:

- Promoción y vigilancia de prácticas de higiene.
- Promoción de prácticas de nutrición adecuada.
- Atención domiciliaria y educación a los cuidadores en el hogar/ familia (autocuidado).
- Promoción de las medidas de precaución universal.

- Promoción para la incorporación a GAA, en caso de no contar con una trabajadora social o psicóloga que pueda apoyar en esta actividad.

Cada persona deberá recibir **apoyo psicológico y social** en el que se brindará:

- Apoyo psicológico en especial reducción del estrés y ansiedad.
- Planificación de la reducción del riesgo y desarrollo de capacidad para sobrellevar la enfermedad.
- Servicios de notificación asistida de contactos (NAC)
- La incorporación de las personas con VIH a grupos de autoapoyo.
- Orientaciones sobre adherencia.
- Servicios de consejería intensificada para la adherencia, cuando se cumplan los criterios para ello. Ver más adelante.
- Información sobre el conocimiento de sus deberes y derechos, en función a la Ley Especial del VIH/SIDA y sobre la interacción con redes comunitarias, la abogacía y defensoría.

Remisión según sea necesario a organizaciones que trabajan para la defensa de los derechos humanos y disminuir el estigma y discriminación.

Los criterios de manejo psicosocial para personas con VIH según el Manual de Atención Psicosocial ⁽²⁶⁾ están relacionados con dos áreas que son:

- Área psicológica: implica los procesos de evaluación psicológica y el proceso de manejo psicológico.
- Área social: que envuelve el proceso de evaluación social y proceso de manejo social.

Como parte de la **evaluación psicológica** se deberá:

- Valorar aspectos emocionales relacionados con el hecho de vivir con VIH.
- Conocer la capacidad mental de la persona y su perfil de personalidad.
- Valorar la capacidad cognitiva de la persona con VIH.
- El diagnóstico de problemas de discapacidad intelectual y/o psicológica que le han afectado antes de conocer su diagnóstico de VIH.
- Valorar la presencia de enfermedades de origen orgánico (problemas neurológicos, tumores, cardiovasculares, etc.).
- Captar problemas relacionados con violencia doméstica, violencia sexual y/o abuso sexual.

El proceso de evaluación psicológica social deberá:

- Establecer un diagnóstico diferenciado de calidad, el cual dependerá de una adecuada historia clínica que debe ser incluida en el expediente clínico.

- Indicar un tratamiento: psicoterapia o reeducación neuropsicológica, según esté indicado.
- Valorar la capacidad cognitiva de la persona con VIH para determinar y prever: en qué medida serán adherentes al tratamiento, e identificar qué apoyo requiere.

Para más detalles, se recomienda consultar el Manual de Atención Psicosocial de la Persona con VIH. ⁽²⁶⁾

7.3.3.1. Manejo clínico de la embarazada con VIH ⁽⁸⁾

El manejo clínico y el seguimiento contemplan una serie de procesos que comprenden intervenciones diagnósticas, preventivas, terapéuticas y de educación, en las que se incluye:

7.3.3.1.1. Evaluación inicial de la embarazada:

Historia clínica completa: anamnesis y examen físico

La anamnesis debe explorar la presencia de explorar sintomatología general, así como la presencia de manifestaciones clínicas por aparatos y sistemas:

- Síntomas generales. Fiebre, Astenia, Anorexia, Sudores Nocturnos, Pérdida de peso.
 - Cavidad oral. Candidiasis, Gingivitis, Leucoplaquia pilosa, Lesiones mucocutáneas violáceas (Sarcoma de Kaposi), Aftas agudas a repetición.
 - Respiratorio. Tos, Disnea.
 - Cardiovascular. Palpitaciones, Arritmias, Hipertensión Arterial, Edemas.
 - Gastrointestinal. Disfagia, Odinofagia, Vómitos, Diarrea, Dolor abdominal y Distensión abdominal.
 - Genitourinario. Disuria, Oliguria, Ulceras crónicas o recurrentes, Secreción transuretral o transvaginal, Lesiones vegetativas, etc.
 - Dermatológico. Lesiones papulares, pustulares, vesiculares, ulcerativas, exantemas, lesiones violáceas, lesiones ungueales, etc.
 - Sistema Nervioso. Cefalea, Convulsiones, Déficit motor, alteraciones de la memoria, trastornos cognitivos, de la conducta, del juicio, del lenguaje, de la concentración, etc.
- Evaluación gineco-obstétrica de acuerdo a las Normas de atención de la preconcepción, embarazo, parto, puerperio y neonato de la SESAL ⁽¹²⁾.

Además, la historia clínica debe dar cuenta de antecedentes, tales como:

- Historia de enfermedades de transmisión sexual, patologías previas incluyendo enfermedades oportunistas, alergias a medicamentos
- Intervenciones quirúrgicas
- Historia sexual
- Transfusiones

- Uso de drogas, alcohol, tabaquismo, etc.
- Accidentes laborales (en personal de salud).
- Evaluación y manejo odontológico
- Apoyo nutricional
- Documentar historial de medicamentos, incluyendo ARV
- Determinación del estadio clínico de la infección (*Anexo N° 4 y 5*)
- Citología cervical y/o anal, según el caso.
- Terapia antirretroviral según indicaciones.

El **examen físico** debe ser exhaustivo, e incluir:

- **Signos vitales:** presión arterial, pulso, temperatura, frecuencias cardíaca y respiratoria.
- **Estado general:** orientación mental, hidratación, coloración de la piel y mucosas, etc.
- **Evaluación nutricional:** peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura.

La exploración por órganos y sistemas, busca explorar sistemáticamente lo siguiente:

- **Regiones ganglionares:** presencia ganglios y sus características
- **Cavidad oral:** placas blanquecinas (forma eritematosa inicial, pseudomembranosa y queilitis angular), placas blanquecinas en empalizada no desprendibles en el borde lateral de la lengua, lesiones violáceas, retracción gingival, úlceras orales, aftas.
- **Piel, faneras y cuero cabelludo:** dermatitis, foliculitis, resequedad y descamación fina, lesiones vesiculares, lesiones papulares umbilicadas, pustulares y con costra, lesiones violáceas, infecciones por hongos en piel y uñas, lesiones dermatológicas inespecíficas crónicas.
- **Ojos:** agudeza visual y fondo de ojo (búsqueda de hemorragias, infiltrados, etc.)
- **Tórax:** examen físico de tórax, auscultación cardíaca y pulmonar, exploración mamaria en mujeres.
- **Abdomen:** examen físico de abdomen (visceromegalias, puntos dolorosos y masas).
- **Genitourinario:** inspección de genitales, región perineal y anal. Búsqueda de: lesiones vegetativas, úlceras, secreción blanquecina.
- **Extremidades:** lesiones dermatológicas, edemas, pulsos periféricos, etc.
- **Sistema nervioso:** estado mental y cognitivo, marcha, pares craneales, datos de focalización, alteraciones sensitivas y motoras, signos meníngeos. Es

importante evaluar si la persona presenta síntomas y signos de demencia (ver Anexo N°3).

- **Evaluación gineco obstétrica**

Estudios laboratoriales:

- Hemograma completo, incluido frotis de sangre periférica
- Tipo y Rh sanguíneo
- Química sanguínea: Urea, creatinina, glicemia en ayunas, ALT, AST, proteínas totales y albúmina, colesterol total, HDL (lipoproteína de alta densidad), LDL (lipoproteína de baja densidad), triglicéridos
- Cuantificación de linfocitos T-CD4, CV y genotipaje.
- Pruebas para infecciones oportunistas (TB, Criptococosis e Histoplasmosis), incluyendo prueba de tuberculina (PPD)
- Serología para toxoplasmosis y citomegalovirus
- Serología para hepatitis: HBsAg (antígeno de superficie para hepatitis B), anticuerpos IgM contra hepatitis C
- Serología para sífilis: RPR (Si es positivo realizar pruebas treponémicas)
- General de orina (glucosuria, proteinuria, hematuria)
- Examen general de heces con estudio coproparasitológico con tinción especial para coccidios y técnica de Baermann, si el caso lo amerita
- Citología cervical
- Citología anal, según el caso
- Cálculo de la tasa de filtración glomerular (TFG) por fórmula (MDRD o Cockcroft-Gault)
- Riesgo cardiovascular, RCV mediante la ecuación Framingham, SCORE (Anexo N°6) u otras.

Los criterios para priorizar la realización de genotipaje*son: ⁽⁸⁾ ⁽³⁴⁾

- Embarazada
- Mujer en período de lactancia
- TAR de segunda o tercera línea
- Inmunosupresión avanzada
- Niños menores de 15 años
- Personas diagnosticadas con VIH que iniciarán TAR (agregado por recomendación de infectólogos en Mesa ARV basados en los resultados del último estudio de resistencia en Honduras)

** Se debe tener un genotipo en todo momento de forma sostenible ya que los esquemas se pueden modificar mediante la realización de esta prueba de forma científica y objetiva. (Mesa ARV, oct 2020)*

7.3.3.1.2 Seguimiento clínico de la persona con diagnóstico confirmado de VIH

La frecuencia del seguimiento de la persona está definida en el flujograma No. 2 de Manual de atención integral al adulto y adolescente con VIH. Si al momento de la evaluación la persona presente síntomas relacionados con infecciones oportunistas o con comorbilidades asociadas, éstas deberán tratarse oportunamente y valorar el inicio rápido de la TAR previo consentimiento de la personas y condiciones médicas que no lo contraindiquen.

7.3.3.1.3 Inicio rápido de la TAR ⁽⁸⁾ ⁽²⁹⁾

La evaluación médica inicial es clave para decidir si la persona inicia rápidamente la TAR (dentro de los primeros 7 días del diagnóstico, preferiblemente en el primer día si las condiciones lo permiten). Lo cual incluye:

- Investigar síntomas que requieren descartar la presencia de infecciones oportunistas (entre ellos tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso reciente, cefalea persistente más de 2 días).
- Historia clínica con información sobre antecedentes de uso de medicamentos y diagnóstico previo de TB o VIH.
- Examen físico y buscar cualquier condición que requiera estudios para descartar la presencia de infecciones oportunistas (TB, Criptococosis e Histoplasmosis).

Además de lo anterior, los criterios de elegibilidad para el inicio rápido de la TAR incluyen:

- Persona con diagnóstico de VIH confirmado por re-testeo ⁽⁸⁾ ⁽⁹⁾ de acuerdo al algoritmo diagnóstico de país, en el servicio donde se iniciará TAR.
- Que no haya recibido TAR previamente.
- Inicio rápido solamente a aquellas personas que no tengan síntomas o diagnóstico de alguna de las infecciones oportunistas (IO) antes mencionadas.
- Aceptación de la persona para inicio de tratamiento tan pronto como sea posible, dentro de los primeros 7 días, preferiblemente en las primeras 24 horas si las condiciones lo permiten.

Si la persona da su consentimiento y no hay contraindicación médica, se debe:

- Inicio rápido de la TAR que incluye el suministro de medicamentos ARV de primera línea por 7 días
- Educación de la persona sobre Infección por VIH, reducción de riesgo, salud sexual, beneficios de TAR.
- Brindar servicio de consejería en adherencia ⁽³¹⁾

- Valoración de necesidades sociales ⁽²⁶⁾ (entrevista con trabajo social).
- Solicitar exámenes de laboratorio según lo que ya se describió en la sección anterior (conteo CD4, hemograma, glicemia en ayuno, perfil lipídico, paquete diagnóstico rápido de IO (TB, Cripto e Histo) y genotipo. En la tabla (*anexo N°7*) se describe la periodicidad de los exámenes de laboratorio.
- Dar cita en 7 días.

7.3.3.1.4. En la primera visita.

Dentro de los 7 días posteriores a la evaluación inicial, se debe realizar:

- Historia clínica y examen físico.
- Análisis e interpretación de estudios laboratoriales indicados en la evaluación inicial
- Iniciar profilaxis de infecciones oportunistas. Ver capítulo sobre profilaxis y manejo de infecciones oportunistas. ⁽⁸⁾
- Farmacovigilancia.
- Entrega de ARV para 15 días.
- Fortalecer adherencia.
- Servicio de notificación asistida de contactos (NAC) ⁽¹⁹⁾
- Brindar recomendaciones generales para personas con el VIH (más adelante se dan detalles al respecto).
- Cita en 15 días.
- Además, es muy importante evaluar y controlar el riesgo cardiovascular (RCV) en todas las personas con VIH en conformidad con los protocolos estandarizados que se recomiendan para la población general ⁽³⁵⁾. El RCV se puede evaluar mediante la ecuación Framingham, SCORE u otras fórmulas (*Anexo No. 6*).

7.3.3.1.5. En la segunda visita

A los 15 días de iniciada la TAR:

- Anamnesis y examen físico.
- Continuar farmacovigilancia.
- Continuar fortalecimiento de adherencia.
- Control de peso.
- Establecer el estadio de la infección (según criterios clínicos del CDC o de la OMS, *ver Anexos 4 y 5*).
- Profilaxis primaria o secundaria para infecciones oportunistas.
- Inmunizaciones si se requieren.
- Tratamiento de patologías asociadas.
- Prevención y tratamiento de enfermedades concomitantes.
- Solicitar pruebas laboratoriales de ser necesario.

- Programar citas ulteriores: en los primeros 12 meses de iniciado la TAR se dará cita cada 30 días, y se realizarán las mismas actividades en cada visita y otras según sea requerido en función de la normativa y el criterio médico cuando así sea considerado. Se entregará TAR por 30 días, reforzando la adherencia y ofreciendo NAC.

7.3.3.1.6. Visita a los 3 meses de iniciado la TAR

- Básicamente se llevarán a cabo las mismas actividades que en la segunda visita
- Solicitar exámenes de laboratorio: química sanguínea y hemograma. Para valorar función renal, hepática y presencia de hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hiperglicemia y la presencia de anemia.
- Valorar el RCV.
- La evaluación médica en esta visita debe conducir a las acciones requeridas de manejo, según se describe más adelante en este manual.

7.3.3.1.7. Visita a los 6 meses de iniciado la TAR:

- Se realizarán las mismas intervenciones de la segunda visita.
- Repetir exámenes de química sanguínea y hemograma.
- Valorar la CV y el conteo de CD4. La CV es el parámetro para medir la eficacia de la TAR y su adherencia. Para esta etapa, se espera que la CV se haya suprimido, es decir sea <1,000 copias/ml.

Consejería intensificada en adherencia

Si después de un año la CV no es menor de 1000 copias se debe evaluar para consejería intensificada en adherencia (CIA) bajo los siguientes criterios⁽³⁶⁾

- Personas adultas, adolescentes, niños y niñas con VIH.
- Personas con VIH evaluadas con una CV después de 6 meses en TAR con resultado mayor de 1000 copias/ml.
- Personas retenidas en TAR por al menos 12 meses, con cualquier esquema, que han logrado supresión viral y que su siguiente control de CV sea mayor de 1000 copias/ml.
- Persona con VIH cuente con una CV reciente de los últimos 6 meses.

Las personas deben estar dispuestas a recibir el servicio de CIA, en el caso que necesitan asistencia adicional deben estar acompañadas por un familiar, pareja, etc.

Se debe referir a CIA de acuerdo al flujograma N°2 Abordaje a la persona con diagnóstico confirmado de VIH para seguimiento.⁽³⁶⁾

Si después de cumplir las sesiones de CIA la CV es > o igual a 1000 copias se envía el caso a evaluación a la mesa de especialistas.⁽⁸⁾

7.3.3.1.8. Visitas subsiguientes

- Vigilar la adherencia y la aparición de efectos adversos al tratamiento ARV
- Control de la CV plasmática y CD4 (A los seis meses de la última o de la basal).
- Monitoreo del bienestar fetal.
- Brindar orientación, consejería y soporte emocional.
- Informar sobre la importancia del parto seguro y la alimentación segura del niño o niña.
- Promover conductas de autocuidado.
- Recomendar el uso del condón en las relaciones sexuales, para prevenir posibles reinfecciones o adquirir o transmitir otras ITS.
- Informar sobre el uso de anticonceptivos para la planificación de su familia, posterior al parto.
- Informar la importancia del seguimiento del niño o niña hasta los 18 meses de edad y conocer su estado serológico.

7.3.3.2. Manejo y tratamiento de la embarazada con VIH por escenarios

- Manejo de la embarazada captada en etapas tempranas del embarazo o con menos de las 34 semanas de gestación.
- Manejo de la embarazada con VIH sin tratamiento previo captada en etapas finales del embarazo (después de las 34 semanas) o diagnosticadas en el momento del parto.
- Manejo de la embarazada captada en etapas finales del embarazo y sin diagnóstico previo.

7.3.3.2.1 Manejo de la embarazada captada en etapas tempranas del embarazo o con menos de 34 semanas de gestación

7.3.3.2.1.1 Manejo pre parto:

- La TAR es importante tanto para la salud de la mujer como para evitar la transmisión madre hijo e hija.
- La instauración de la TAR se regirá por las recomendaciones generales del tratamiento a las personas adultas.
- Toda embarazada se le debe iniciar TAR inmediatamente que se capte.
- Utilizar esquemas de triple terapia según Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH.
- En casos de vómitos, efectos secundarios u otros síntomas propios del embarazo y que obliguen a la suspensión de los ARV, estos deben suspenderse simultáneamente para evitar el desarrollo de resistencia.

Esquemas de tratamiento ARV de primera línea para embarazadas con VIH ⁽⁸⁾ ⁽³⁵⁾ ⁽²⁰⁾ ⁽³²⁾ ⁽³³⁾

El país tomando en consideración las directrices de la OMS actualizadas en 2019 recomienda:

- El uso del Dolutegravir (DTG), en combinación con INTI's, como el régimen preferido de primera línea para personas con VIH que inician TAR.
- El uso de DTG en mujeres embarazadas y personas coinfectadas con TB.

El uso de DTG como ARV preferido en los regímenes de primera y segunda línea, tanto en hombres como en mujeres en edad reproductiva, dado el muy bajo riesgo de alteraciones del tubo neural asociadas al DTG y a su eficacia observada.

Esquemas terapéuticos para inicio de terapia antirretroviral ⁽⁸⁾

El DTG en combinación con INTIs como columna vertebral del esquema, es recomendado por la OMS como el régimen de primera línea preferido para las personas con VIH que inician TAR.

La evidencia respalda el uso de DTG como droga preferida en esquemas de primera línea para todas las personas con VIH, incluyendo adultos, embarazadas, mujeres y adolescentes con potencial reproductivo y personas coinfectadas con TB.

Las directrices de la OMS, señalan que se debe ofrecer anticoncepción efectiva a las mujeres adultas y adolescentes en edad reproductiva o con potencial reproductivo. El DTG se puede prescribir a mujeres adultas y adolescentes en edad reproductiva que deseen quedar embarazadas o que no están usando anticonceptivos, debiendo informarles del bajísimo, pero potencial riesgo existente de tener un bebé con defectos del tubo neural (al momento de la concepción y hasta el final del primer trimestre).

Se prefiere el uso de combinaciones fija (CDF) y regímenes de una sola dosis diaria. La OMS recomienda: Tenofovir (TDF) +Lamivudina (3TC) o Etricitadina (FTC) +Dolutegravir (DTG) usando CDF, tal como el DLT (Tenofovir 300 mg, Lamivudina 300 mg, Dolutegravir 50mg). Esta es la opción preferida para el inicio de TAR.

Tabla N° 7.2. Esquemas de TAR de primera línea preferido y alternativo para adultos y adolescentes con VIH ⁽⁸⁾

Régimen preferido de primera línea	Régimen alternativo de primera línea	Circunstancias especiales (efectos adversos o contraindicaciones)
TDF 300mg + 3TC 300mg (o FTC 200mg) + DTG 50mg una vez al día	TDF 300mg + 3TC 300mg + IP*/r 100mg	TDF 300mg+3TC 300mg (o FTC 200 g)+EFV 400mg** diaria
		AZT 250-300mg + 3TC 300mg + EFV 400 mg** diaria

Régimen preferido de primera línea	Régimen alternativo de primera línea	Circunstancias especiales (efectos adversos o contraindicaciones)
Nota: Utilizar combinación de Dosis Fija (CDF): TLD (Dolutegravir 50mg + Lamivudina 300mg + Tenofovir 300mg) una vez al día		TDF 300mg/día + 3TC 300mg/día (o FTC 200mg/día) + RAL 400mg BID***
		ABC 600mg + 3TC 300mg + DTG 50mg diaria***

*La dosis de IP depende del ARV específico: ATV/r 300mg/100mg por día o Lopinavir/r 400mg/100mg BID. ** OMS no recomienda esquemas con EFV si resistencia pretratamiento $\geq 10\%$, sin embargo, se continuará su uso como esquema para circunstancias especiales previo genotipo. ***Utilizar en caso de no contar con EFV de 400 mg y se recomienda hacer una nueva revisión de estos esquemas en un año (Mesa ARV, Oct, 2020)

Tomado de la Tabla II-1 del Manual de atención integral al adulto y adolescente con VIH, SESAL, 2020

Recomendaciones de la OMS para el uso de regímenes de TAR que incluye DTG en mujeres en edad fértil y embarazadas⁽³³⁾:

- Se debe ofrecer un método anticonceptivo eficaz a mujeres adultas y adolescentes en edad fértil.
- El DTG se puede indicar a mujeres adultas y adolescentes en edad fértil que deseen quedar embarazadas o que no estén usando o no tengan acceso a métodos anticonceptivos consistentes y efectivos si han sido completamente informados del posible aumento del riesgo de defectos del tubo neural (en la concepción y hasta el final del primer trimestre).
- Si las mujeres identifican un embarazo después del primer trimestre, se debe iniciar o continuar administrando el DTG durante el embarazo.

Recomendaciones especiales:

- El Tenofovir debe ser evitado en personas con función renal reducida.
- Personas con anemia severa (Hb < 8) clasificar la anemia y corregirla antes de iniciar Zidovudina, si la anemia reincide discontinuar Zidovudina y seleccionar otro ARV.
- La TAR continuará después de finalizado el embarazo y la mujer seguirá sus controles bajo el Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH.
- En casos de sospecha de fracaso terapéutico por resistencia a los TAR deberá solicitarse test de genotipo y presentar el caso a la Mesa técnica de ARV.
- En casos de intolerancia o efectos secundarios a los ARV, los cambios a esquemas alternativos serán de acuerdo a las recomendaciones del Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH. (ver efectos secundarios en Anexo N°8)
- En caso de coinfección por Tuberculosis el manejo será de acuerdo a los lineamientos del Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH

vigente (la embarazada recibe el mismo tratamiento que en otras personas, con excepción de la estreptomicina). No debe usarse estreptomicina porque se ha demostrado que tiene efectos nocivos en el feto.

7.3.3.2.1.2. Manejo intraparto

Terapia antirretroviral intraparto (TAR), profilaxis con Zidovudina (AZT) y modo de parto para mujeres con VIH. *Adaptado de la CDC. Clinical Guidelines* ⁽²⁰⁾.

Las mujeres que iniciaron TAR deben continuarla de acuerdo a lo programado, antes y durante el trabajo de parto o antes de la cesárea.

Modo de parto para mujeres con VIH.

Cesárea programada a las 38 semanas a aquellas mujeres que:

- No tengan una CV realizada en el tercer trimestre del embarazo.
- Tengan una CV >50 copias/ml.
- Diagnóstico de VIH realizado en labor y parto.

En casos que no se pueda realizar la cesárea (contraindicaciones obstétricas: dilatación avanzada, ruptura prematura de membranas mayor de 6 horas y con dilatación mayor de 5cm), la mujer recibirá desde el inicio del trabajo de parto hasta el nacimiento, las misma dosis de AZT tanto por vía intravenosa o por vía oral.

Administración de AZT IV intraparto

La embarazada que ha iniciado la TAR debe recibir desde el inicio del trabajo de parto, o desde cuatro horas antes de la cesárea, una dosis de carga intravenosa de AZT* de 2 mg/Kg. a pasar en 1 hora y continuar con una infusión continua intravenosa de AZT de 1 mg/Kg/hora hasta la finalización del periodo expulsivo. En caso de no haber disponibilidad de AZT intravenoso, se debe administrar 300 mg de AZT vía oral o una tableta de AZT/3TC (300mg-150mg) al inicio del trabajo de parto o 4 horas antes de la cesárea y repetir cada 3 horas hasta el nacimiento. ⁽³⁰⁾

*AZT IV preparación: Se recomienda diluir dos frascos de AZT en 360 ml de dextrosa al 5% o solución salina, para producir una concentración de 1mg/ml. La solución preparada es estable 8 horas a temperatura ambiente o 24 horas en refrigeración.

Presentación de AZT IV: 1 frasco de AZT contiene 200 mg en 20 ml.

No se requiere AZT IV para mujeres que cumplen con TODOS los tres criterios siguientes:

- Están recibiendo TAR,

- Tienen CV <50 copias / ml en ≥ 34 a 36 semanas de gestación (o 4 a 6 semanas antes del parto)
- Se adhieren a su régimen ARV.

Se puede considerar la AZT IV para mujeres con CV ≥ 50 copias/ml cerca del parto (≥ 34 a 36 semanas de gestación)

Criterios para parto vaginal:

- Mujeres sin indicación obstétrica de cesárea.
- En TAR estable, buena adherencia y
- CV No detectable realizada a las 34 semanas de embarazo*.

Actividades obligatorias y requisitos para programación de parto vaginal en la embarazada con VIH.

- La embarazada deberá contar en el último mes del embarazo y en el momento del parto una evaluación obstétrica por el ginecólogo/a tratante que detalle que no existe contraindicación de parto vaginal.
- El médico asistencial del SAI tendrá que documentar en el expediente clínico y en la referencia al hospital que la embarazada ha sido adherente a la TAR y el tiempo que estuvo en terapia ARV.
- La embarazada tendrá documentada en el expediente y en la referencia al Hospital clínico una CV indetectable solicitada y tomada a las 34 SG.
- Se explicará a la embarazada que se indicará parto vaginal ya que cumple los criterios para realizarlo, pero se le explicarán los riesgos de exposición a fluidos y sangre además de las complicaciones del parto vaginal de acuerdo al Protocolo de atención de preconcepción, embarazo, parto y puerperio de la SESAL.
- Se debe contar con los insumos de bioseguridad necesarios para el manejo de la embarazada con VIH durante el parto o la Cesárea, así como de medicamentos para la PPE al VIH en el Hospital donde se le brindará la atención.
- Se le recomienda no amamantar a su hijo y que se le proporcionara formula láctea para una alimentación segura.

**El Parto vaginal está condicionado a los criterios definidos y a su cumplimiento de manera estricta para su programación.*

**Es de carácter obligatorio que la embarazada con VIH tenga una carga viral no detectable del último mes de embarazo. (Mesa ARV, Oct-2020)*

Recomendaciones para la reducción del riesgo de transmisión materno infantil.

- Se debe evitar:
 - Procedimientos invasivos innecesarios
 - Episiotomía a menos que clínicamente este indicada
 - Ruptura artificial de membranas
 - Ruptura prolongada de membranas
 - Uso de agujas de sutura rectas
 - Uso de bisturí o escalpelo para cortar el cordón
 - Amniocentesis
- Cortar y pinzar el cordón inmediatamente
- Utilizar guantes para manipular el recién nacido
- Bañar inmediatamente al recién nacido con agua y jabón.

Tabla N° 7.3 Resumen de recomendaciones del Manejo intraparto en las embarazadas con VIH

Manejo	CV ≤ a 50 copias en TAR y con buena adherencia	CV ≥ a 50 copias.	CV desconocida Mala adherencia Sin TAR En. Diagnosticada en Labor
Terapia ARV Intraparto	Las mujeres deben tomar la TAR indicada según lo programado tanto sea posible, durante el trabajo de parto y antes de la Cesárea programada. En general los regímenes de TAR se inician después del parto para mujeres diagnosticadas en trabajo de parto, intraparto no se requiere.		
AZT Intraparto	No se requiere	SI recomendar AZT IV 2 mg /kg/pasar en una hora continuar AZT 1mg/kg por dos horas en infusión continua (al menos 3 horas en total). En caso de no haber disponibilidad de AZT intravenoso, se debe administrar 300 mg de AZT vía oral o una tableta de AZT/3TC (300mg-150mg) al inicio del trabajo de parto o 4 horas antes de la cesárea y repetir cada 3 horas hasta el nacimiento	

Manejo	CV \leq a 50 copias en TAR y con buena adherencia	CV \geq a 50 copias.	CV desconocida Mala adherencia Sin TAR En. Diagnosticada en Labor
Modo de Parto	Parto Vaginal	Programar Cesárea a las 38 SG	Individualizar cada caso. Cesárea si se diagnostica en labor y parto y no se encuentra en expulsivo.*
Ruptura artificial de membranas	Por indicaciones obstétricas estandarizadas	Evitar si es posible No aplica, se recomienda la Cesárea programada	Evitar si es posible en mujeres con CV detectable o desconocida que no estén recibiendo Cesárea programada.
Inducción de Labor	Por indicaciones obstétricas estandarizadas, incluir el uso de oxitocina. Mujeres con CV \leq a 50 copias/ml. No programar de forma rutinaria a las 38 SG	No aplica, se recomienda la Cesárea programada	Evitar si es posible

Adaptada de tabla resumen de recomendaciones de la Clinical Guidelines⁽²¹⁾

7.3.3.2.2 Manejo de la embarazada con VIH sin tratamiento previo captada en etapas finales del embarazo (después de las 34 semanas) o diagnosticada en el momento del parto

Si la mujer se presenta en el momento del parto se debe manejar de acuerdo a la siguiente pauta:

7.3.3.2.2.1 Manejo intraparto

- Programación de cesárea inmediatamente.
- En casos que no se pueda realizar la cesárea (contraindicaciones obstétricas: dilatación avanzada, ruptura prematura de membranas mayor de 6 horas y con dilatación mayor de 5cm), la mujer recibirá desde el inicio del trabajo de parto hasta el nacimiento, la misma dosis de AZT tanto por vía intravenosa o por vía oral.

- Iniciar una dosis de carga intravenosa de AZT (2mg/kg), pasar en una hora, se le debe continuar la infusión de AZT a 1mg/kg/hora hasta el momento del pinzamiento del cordón.
- Si no se cuenta con AZT IV indicar AZT 300mg o AZT/3TC 300-150 mg a las 12, 9, 6 y 3 horas antes de la cesárea
Ver la sección de Manejo intraparto para mayor detalle del manejo de la embarazada en diferentes situaciones.
- Después del parto se deberá remitir al nivel de atención competente para manejo de acuerdo al Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH y se debe asegurar la asistencia del recién nacido por el servicio de Pediatría para su atención y manejo.

7.3.3.2.2. Manejo de la embarazada captada en etapas finales del embarazo y sin diagnóstico previo

A toda mujer en estas condiciones se le deberá ofrecer la prueba del VIH y si el resultado es positivo se seguirán los lineamientos descritos anteriormente en la sección del manejo de la embarazada con VIH diagnosticada en el momento del parto.

Diagnóstico no concluyente en etapas finales del embarazo

En el caso de embarazadas con prueba de VIH y diagnóstico no concluyente en las etapas finales del embarazo o en trabajo de parto se dará manejo clínico de acuerdo a los lineamientos descritos para el **Manejo de la embarazada con VIH sin tratamiento previo captada en etapas finales del embarazo** (Cesárea y profilaxis intraparto con AZT), explicando a la mujer los riesgos y beneficios de las intervenciones para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo e hija.

7.4 CAPÍTULO IV SEGUIMIENTO Y CUIDADOS POST PARTO DE LA MUJER CON VIH

7.4.1 Consideraciones generales

En las atenciones post parto a la mujer con VIH se deben brindar los cuidados generales que se le da a toda mujer puérpera, pero además se debe asegurar su vinculación a los SAI a la brevedad posible, por lo que es recomendable:

- Se dará referencia para atención puerperal en 7 días posparto asegurando la TAR a la madre y la formula infantil al RN perinatalmente expuesto.
- La mujer y su RN debe ser referida al servicio de Pediatría del SAI correspondiente para la atención del recién nacido perinatalmente expuesto al VIH.
- Activar el sistema de referencia – respuesta desde el ES hacia el SAI asegurando su vinculación lo más pronto posible.
- Se implementarán actividades en coordinación con los socios en la respuesta al VIH a nivel comunitario para el seguimiento a las puérperas para su vinculación efectiva a los SAI.
- Continuar la TAR favoreciendo la adherencia con consejería de seguimiento visita domiciliaria, estimular la integración a grupos de auto apoyo.
- Promocionar la utilización inmediata de un método de planificación familiar
- Realizar inmediatamente estudios laboratoriales de:
 - Hemograma completo
 - Química sanguínea
 - Valoración del perfil hepático
- Después del parto la mujer continuara con el seguimiento clínico, inmunológico y virológico según pautas para el Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH.
- Se le debe recomendar y asegurarle la alimentación exclusiva con formula maternizada para el niño y no aconsejar la lactancia mixta.
- El manejo del recién nacido se registrará por **EL MANUAL DE ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO/NIÑA CON VIH.**

7.4.2 Control de la infección:

En la atención de puérperas con VIH se distinguirán dos grupos:

- Mujeres con un buen control de la infección durante el embarazo y parto, por lo que en este grupo no es necesario valoraciones inmunológicas ni virológicas de inmediato y deben continuar según el Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH.

- Mujeres en que se le ha diagnosticado la infección en etapas tardías (final del embarazo, intraparto o postparto inmediato), en las cuales se deberá realizar una evaluación completa y su manejo se registrará por el Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH vigente.

7.4.3 Atención médica

- Es recomendable la realización de citología vaginal
- Ofrecimientos de métodos anticonceptivos (dual)
- Educación sobre prácticas sexuales seguras para la prevención de ITS y/o reinfección por el VIH
- Debe prestarse atención a la depresión postparto, la depresión es uno de los principales problemas psiquiátricos de la población infectada por el VIH. Para mayor información consultar el Manual de atención psicosocial para personas con VIH.

7.4.4 Apoyo social

- Idealmente este apoyo debería iniciar antes del embarazo y continuar durante el mismo; las mujeres con VIH son más vulnerables a ser víctimas de actos discriminatorios y estigma
- Se debe fomentar el apoyo de la pareja que es esencial tanto para la madre como para el hijo
- Se debe promocionar la integración a grupos de auto apoyo
- Consejería en lactancia materna

7.4.5. Consejería en alimentación infantil

7.4.5.1. Uso de sucedáneos de la lactancia materna:

Como se ha mencionado la lactancia materna es un factor que incrementa el riesgo de transmisión del virus de la madre a su hijo/a por lo que las madres con VIH deben evitar totalmente la lactancia materna cuando la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible y segura.

Se brindará a la madre la información completa sobre el uso de fórmula infantil de manera que pueda usar con las medidas higiénicas y cantidades adecuadas para alimentar correctamente de acuerdo a la edad de su hijo o hija.

7.4.5.2. Recomendaciones para la alimentación del recién nacido de madre con VIH

(30)

- Todas las madres deben recibir consejería y apoyo nutricional para la alimentación de sus hijos;

- Sustitución de lactancia materna por fórmula infantil cuando se den las condiciones **AFASS** (*acceptable, factible, asequible, sostenible y seguro*);
- Desaconsejar la lactancia mixta;
- Cuando se recomiende la sustitución de la lactancia materna, por fórmula infantil proporcionar medicación para suprimir la producción de leche materna;
- Cuando de forma excepcional la lactancia materna no se pueda sustituir por alimentación con fórmula adaptada, se recomienda lactancia materna exclusiva, que se limitará a los primeros 6 meses de vida.

Las recomendaciones de la OMS-Unicef de 2016 sobre el VIH y la alimentación infantil.⁽³⁷⁾

7.4.5.3. Condiciones necesarias para alimentar con fórmula de forma segura

A las madres con VIH se les recomienda dar formula infantil como alimento a sus bebes no infectados por el VIH o cuyo estado serológico es desconocido bajo estas condiciones específicas:

- Se garantice el agua potable y el saneamiento en los hogares y en la comunidad; y
- La madre u otro cuidador pueden proporcionar de manera confiable suficiente leche de fórmula para el crecimiento y desarrollo normales del bebé; y
- La madre o el cuidador pueden prepararla de manera limpia y con la frecuencia suficiente para que sea seguro y conlleve un bajo riesgo de diarrea y desnutrición; y
- La madre o el cuidador pueden dar exclusivamente leche de fórmula infantil durante los primeros seis meses; y
- La familia apoya esta práctica; y
- La madre o el cuidador puede acceder a servicios de salud que ofrezcan servicios integrales de salud a los niños y niñas.

Estas descripciones están destinadas a dar un significado más simple y explícito a los conceptos representado por AFASS (acceptable, factible, asequible, sostenible y seguro).

7.4.6. Planificación familiar⁽⁸⁾

Se debe ofrecer métodos modernos de anticoncepción a las mujeres con VIH que así lo soliciten.

Como principio, a toda mujer debe ofrecérsele un método dual como el condón que protege contra ITS y reinfecciones de cepas distintas del VIH que pueden ser resistentes y contra embarazos no deseados. Y a la vez ofrecer un método anticonceptivo moderno, enfatizando que este no debe sustituir al método de barrera.

Con relación al uso de métodos modernos de planificación familiar (PF), siguiendo las recomendaciones de la OMS, es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Las mujeres asintomáticas o con enfermedad clínica por VIH leve (estadio 1 o 2 de la OMS o categoría A de la clasificación de los CDC) pueden utilizar los siguientes métodos anticonceptivos hormonales sin restricción (Categoría CME 1, criterios médicos de elegibilidad que no implica restricción): píldoras anticonceptivas orales combinadas, anticonceptivos inyectables combinados, parches y anillos anticonceptivos, píldoras anticonceptivas de progestina sola, inyectables de progestina sola y enantato de noretisterona, e implantes con levonorgestrel y etonogestrel. También pueden utilizar el dispositivo uterino-levonorgestrel (DIU-LNG) bajo CME 2 (criterios médicos de elegibilidad donde la ventaja de su uso supera riesgos teóricos demostrados).
- Las mujeres con enfermedad clínica avanzada (estadio 3 o 4 de la OMS) pueden utilizar los mismos métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones (CEM 1), que las mujeres asintomáticas o con infección leve por VIH. No se recomienda que el uso del DIU-LNG sino hasta que su enfermedad haya mejorado (asintomática o leve). Sin embargo, en las mujeres que ya usan un DIU-LNG y que desarrollan enfermedad avanzada, no se requiere retirar el DIU (CME 2), pero deben tener un control cercano por si presentan infección pélvica.
- Las mujeres en TAR que toman ARV del grupo ITIN pueden usar, sin restricción, cualquiera de los métodos anticonceptivos hormonales antes mencionados (CEM 1).
- Las mujeres en TAR que contenga efavirenz o nevirapina pueden usar píldoras anticonceptivas orales combinadas, parches, anillos, anticonceptivos inyectables combinados, píldoras anticonceptivas de progestina sola, enantato de noretisterona e implantes (Categoría CME 2). No obstante, pueden usar inyectables de progestina sola, sin restricción (Categoría CME 1).
- Las mujeres con VIH recibiendo TAR que contiene alguno de los nuevos ITIN (etravirina) pueden utilizar cualquier método anticonceptivo hormonales sin restricción (Categoría CME 1).
- Las mujeres cuya TAR incluya ritonavir y ARV potenciados con ritonavir pueden usar anticonceptivas orales combinadas, parches, anillos, anticonceptivos inyectables combinados, enantato de noretisterona e implantes de levonorgestrel (LNG) y etonogestrel (ETG), (Categoría CME 2) (Categoría CME 1).
- Las mujeres en TAR usando un inhibidor de la integrasa como dolutegravir o raltegravir pueden hacer uso de cualquiera de los métodos anticonceptivos hormonales sin restricción (Categoría CME 1).

Los CME de la OMS no proveen recomendaciones específicas sobre DTG y anticonceptivos hormonales. Los CME de los CDC de los EUA, 2016 califica al TAR basado en DTG CME 1, es decir, sin restricción para el uso de todos los métodos anticonceptivos.

Es importante tener en cuenta las interacciones con los ARV. El metabolismo del etilestradiol y la progesterona pueden verse disminuido por la acción de algunos ARV y como consecuencia aumentar la concentración de dichos anticonceptivos en el plasma. Otros ARV, por el contrario, pueden aumentar el metabolismo de estas hormonas y como consecuencia disminuir su concentración plasmática y su efecto anticonceptivo. Ver tabla VI-1.

Tabla 7.4 ARV y su relación con los anticonceptivos hormonales

Fármacos que aumentan los niveles de etilestradiol		Fármacos que disminuyen los niveles de Etilestradiol	
Atazanavir	Utilizar anticonceptivos orales combinados de bajas dosis	Lopinavir	Es recomendable utilizar además un método adicional
		Darunavir	
Efavirenz	Disminuye las concentraciones de Etonogestrel y Levonogestrel	Ritonavir	
		Saquinavir*	
Fosamprenavir*	Disminuye la concentración del fosamprenavir no se recomienda la asociación.		

Tabla adaptada del Manual de atención integral al adulto y adolescente con VIH. SESAL.2021

**Medicamento fuera del listado nacional de medicamentos*

7.5 CAPÍTULO V ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO/NIÑA PERINATALMENTE EXPUESTO AL VIH

7.5.1. Recomendaciones para el manejo del RN perinatalmente expuesto al VIH. ⁽³⁸⁾

- El riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo es de 15 a 45% si no realiza ninguna intervención, actualmente con los programas de prevención de transmisión del VIH de madre a hijo e hija la probabilidad se reduce a menos del 1% si la madre recibe TAR y tiene una CV menos de 50 copias al momento del parto.
- Se ha estimado que si la CV es < 50 copias/ml el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo e hija es de 0.05 – 0.3%, si la viremia es entre 50 y 399 copias/ml el riesgo es de 1.1 a 1.5% y si es más de 400 copias/ml el riesgo es de 2.8 a 4.1%. (ref.)
- Actualmente el principal factor de riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo e hija es la CV de la madre al momento del parto, pero existen otros factores de riesgo que se mencionan a continuación.

7.5.2. Factores de Alto riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo e hija ⁽³⁸⁾

- CV > 50 copias/ml cerca del momento del parto (último mes)
- Infección VIH materna sintomática
- Primoinfección durante el embarazo (primera prueba negativa y segunda prueba positiva y/o síndrome retroviral agudo)
- Con relación TAR: ausencia de TAR durante embarazo, menos de 4 semanas de TAR durante embarazo (incluye TAR únicamente al momento del parto).
- Infección materna sintomática por VIH, inmunosupresión (recuento CD4 <250/mm³).
- Consumo de drogas durante la gestación.
- Coinfecciones (hepatitis B o C, infecciones agudas del grupo TORCH u otras).
- Infecciones del canal del parto.
- Maniobras invasivas durante el embarazo (amniocentesis, biopsia corial).
- Prematuridad.
- Parto vaginal si carga es detectable o cesárea de urgencia.
- Ruptura prematura y ruptura prolongada de membranas amnióticas.
- Episiotomía extensa.
- Expulsivo prolongado (>4 horas).

El recién nacido hijo de madre con VIH se debe clasificar en:

Recién nacido de Alto riesgo: si presenta al menos uno de los factores de alto riesgo mencionados.

Recién nacido de bajo riesgo: Madre con CV no detectable al momento del parto y no presenta ningún otro factor de riesgo.

7.5.3. Terapia antiretroviral en el Recién nacido ⁽³⁸⁾:

Profilaxis antiretroviral: medicación antiretroviral que se utiliza para prevenir la transmisión del VIH de la madre al recién nacido, se debe iniciar lo más pronto posible dentro de las primeras 6 horas de nacimiento. Sin extenderse más allá de las 72 horas

Tratamiento antirretroviral: consiste en terapia con tres drogas en recién nacidos con Diagnóstico de infección por VIH realizado por PCR-VIH.

7.5.3.1. Recomendaciones:

Los recién nacidos de bajo riesgo deben recibir profilaxis con AZT como monoterapia.

Los recién nacidos de alto riesgo deben recibir profilaxis con tres drogas AZT, 3TC y NVP, se puede utilizar como alternativa AZT, 3TC mas RAL sobre todo si la madre tiene falla terapéutica o se sospecha resistencia y su esquema actual no contiene RAL.

En caso de que se confirme el diagnóstico de VIH en el recién nacido se debe continuar tratamiento con tres drogas a dosis terapéuticas (ver capítulo de TAR)

NVP: si la madre no recibió NVP durante el parto se puede iniciar inmediatamente, si recibió 24h antes o durante el parto iniciar a las 48h de vida.

RAL: si la madre no recibió RAL durante el parto se puede iniciar inmediatamente, si recibió 24h antes o durante el parto iniciar a las 48h de vida.

Tabla 7.5. Esquema de profilaxis ARV para prevenir transmisión del VIH de madre a hijo e hija en el recién nacido de madre VIH.

Factor de riesgo	Medicamentos, dosis
Bajo riesgo	AZT 4mg/kg/dosis VO c/12h por 4 semanas.
Alto riesgo > 37S.G. (>2KG)	AZT 4mg/kg/dosis VO c/12h + 3TC 2mg/kg/dosis VO c/12h+ NVP 4mg/kg/dosis VO en tres dosis así: 1ra dosis: dentro de primeras 48h de vida. ** 2da dosis: 48h después de la primera dosis. 3ra dosis: 48h después de la segunda dosis.
Alto riesgo (alternativa) > 37S.G. (>2KG)	AZT 4mg/kg/dosis VO c/12h + 3TC 2mg/kg/dosis VO c/12h+ RAL 1.5mg/kg/día (48h a 7 días de vida). *** 3mg/kg/día (8 a 28 días de vida).
Prematuro	
< 32 S.G.	Solo AZT 2mg/kg/dosis VO c/12h
32 a 34 S.G.	AZT 2mg/kg/dosis VO c/12h + 3TC 2mg/kg/dosis VO c/12h
> De 34 SG a 37 SG	AZT 2mg/kg/dosis VO c/12h + 3TC 2mg/kg/dosis VO c/12h + NVP 2mg/kg/dosis única.

La profilaxis se debe iniciar lo más pronto posible dentro de las primeras 6 horas de vida. ** Si la madre recibió NVP durante el parto se inicia hasta las 48h. *Si la madre recibió RAL durante el parto se retrasa su inicio hasta las 48h de vida.*

7.5.4. Alimentación del Recién nacido hijo de madre VIH positiva ⁽³⁸⁾ ⁽³⁹⁾ ⁽⁴⁰⁾.

El riesgo de transmisión del VIH por medio de la leche materna es del 10 al 16%, que se asocia a la CV elevada en el plasma. La supresión de la CV mediante tratamiento antirretroviral disminuye el riesgo de transmisión, pero no lo elimina, por lo que SE RECOMIENDA la sustitución de la lactancia materna con fórmula láctea adaptada que se debe garantizar que sea AFASS (Aceptable, Factible, Asequible, Sostenible y Segura) durante su primer año de vida.

A las madres VIH negativas con parejas VIH positivos, se les explicaran los riesgos de infectarse durante la lactancia y las alternativas para disminuir el riesgo de infección a su hijo/a, dentro de los cuales se aconsejará dar lactancia materna exclusiva y considerar el uso de sucedáneos de la leche materna en situaciones de alto riesgo.

Recomendaciones para el uso de fórmula infantil:

- Se recomienda la alimentación con sucedáneos para los niños expuestos a VIH al nacer, si aún después de la consejería la madre decide dar lactancia materna, es mandatorio reforzar adherencia a TAR, mantener cargas virales no detectables y evitar alimentación mixta. La consejería debe estar dirigida a concientizar a la madre sobre los riesgos de transmisión de la infección por VIH a través de la lactancia materna y /o alimentación mixta, brindándole así los conocimientos y elementos necesarios que le permitan tomar las decisiones más acertadas en evitar la misma.
- Se debe comenzar la alimentación con fórmula de inicio (0-6 meses) y por ningún motivo ofrecer bebidas lácteas comercializadas ya que no cumplen con los requerimientos nutricionales para lactantes.
En caso de tener condiciones médicas como prematuridad, peso bajo <2000 gramos, alergia a la proteína de la leche de vaca, situaciones de afectación intestinal grave o malabsorción intestinal se deberá utilizar fórmulas especiales. En la siguiente tabla se presentan la composición de las fórmulas de inicio y continuación, así como las opciones a emplear en casos de condiciones médicas específicas.

Tabla 7.6 Uso de fórmulas de inicio y continuación

	Fórmula inicio	Fórmula Continuación	Fórmula Prematuro	Fórmula Extensamente hidrolizada
Aporte Energético	67 kcal/dL	67-72 kcal/dL	81 kcal/dL	67 kcal/dL
Carbohidratos				
Lactosa	7 g/dL	10.4-12 g/dL	4 g/dL (50%)	7 g/dL
Polímeros de Glucosa	70-100%		50%	70-100%
				Algunas carecen de lactosa
Lípidos	3.5 g/dL	4.2-5.5 g/dL	3.5-4.5 g/dL	3.5 g/dL
TCM			TCM 40%	
Proteínas	1.2-2.4 g/dL	2.2-3 g/dL	2.3-3 g/dL	1.2-2.4 g/dL
Suero: Caseína	60:40	20:80	60:40	60:40
INDICACIONES	Lactante 0-6 meses.	Lactante 6 a 12 meses	Bajo Peso: <2,000-2,500gr <34 Semanas de Gestación	Alergia a la proteína de leche de vaca. Situaciones de afectación intestinal grave.

La alimentación basada en fórmula exclusivamente, debe mantenerse hasta los 6 meses y debe proporcionar el aporte energético por grupo de edad, se recomienda que la preparación de la fórmula siga las medidas de higiene para evitar infecciones oportunistas. En la siguiente tabla se muestra la cantidad promedio de tomas al día de acuerdo a la edad del niño.

Tabla 7.7 Cantidad de tomas promedio de leche de acuerdo a la edad

Edad meses	Cantidad promedio y tiempos/día
0 a 1	60 ml (8 tomas)
1 a 2	90 ml (7 tomas)
2 a 3	120 ml (6 tomas)
3 a 4	120 ml (6 tomas)
4 a 5	150 ml (6 tomas)
5 a 6	150 ml (6 tomas)

- A partir de los 6 meses se debe ofrecer la fórmula de continuación e iniciar la alimentación complementaria con alimentos nutritivos: carne o cereal fortificado para prevención de anemia, teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:
 - Introducir un alimento nuevo cada tercer día
 - Dar el alimento nuevo **siempre** por las mañanas.
 - Dar por porciones, alrededor de un tazón pequeño, media pieza (media manzana, media pera, etc.), es alrededor de 6 a 10 cucharaditas al principio.
 - El alimento previo, se dará **siempre** por la tarde.
 - La fórmula en el niño >6 meses no satisface las necesidades nutrimentales.
 - Preparar los alimentos con manos y utensilios limpios.
 - Nunca añadir a los alimentos: azúcar, almíbar, miel, jarabe o sal.
- Siempre dar primero el alimento y posteriormente la fórmula.

Tabla 7.8 Requerimientos de macronutrientes y micronutrientes de los niños con VIH

Edad	6-7 meses	7-8 meses	8-12 meses	>12 meses
Textura	Puré y papillas	Puré, picados finos, alimentos machacados	Picados finos y trocitos	Incorporar a la dieta familiar en trozos (ajustado a edad)
Alimentos	Carne, cereales, verduras y frutas,	Agregar legumbres	Derivados de la leche, pescado.	Agregar cítricos,

Edad	6-7 meses	7-8 meses	8-12 meses	>12 meses
	huevo. Inicia consumo de agua			leche entera, embutidos, pescados y mariscos.
Frecuencia	2-3 veces al día	3 veces al día	3-4 veces al día	3 – 5 veces al día
Volumen de leche/día	500 ml/día	500 ml/día	500 ml/día	500 ml/día
Requerimientos de energía al día	640-750 kcal/día	700-774kcal/día	667-705kcal/día	580-894kcal/día

- Los requerimientos de macronutrientes y micronutrientes de los niños con VIH son las mismas que las de los niños sin VIH. El consumo de una dieta balanceada es indispensable para satisfacer sus necesidades. En caso de deficiencias documentadas de micronutrientes, enfermedad grave o convalecencia se puede recurrir a suplementos vitamínicos y minerales.
- La OMS recomienda suplementos de hierro en países donde la anemia por deficiencia de este micronutriente tiene alta prevalencia:
 - 6 -23 meses: 10-12.5 mg hierro elemental por 3 meses consecutivos.
 - 24-59 meses: 30 mg de hierro elemental por 3 meses consecutivos.
 - Niños en edad escolar: 30-60 mg hierro elemental por 3 meses consecutivos.
- Lactantes y niños infectados por VIH entre los 6 y 59 meses de edad deben recibir suplementos de vitamina A, de acuerdo con las directrices para los niños no infectados.

Tabla 7.9 Suplementos de Vit A en lactantes y niños

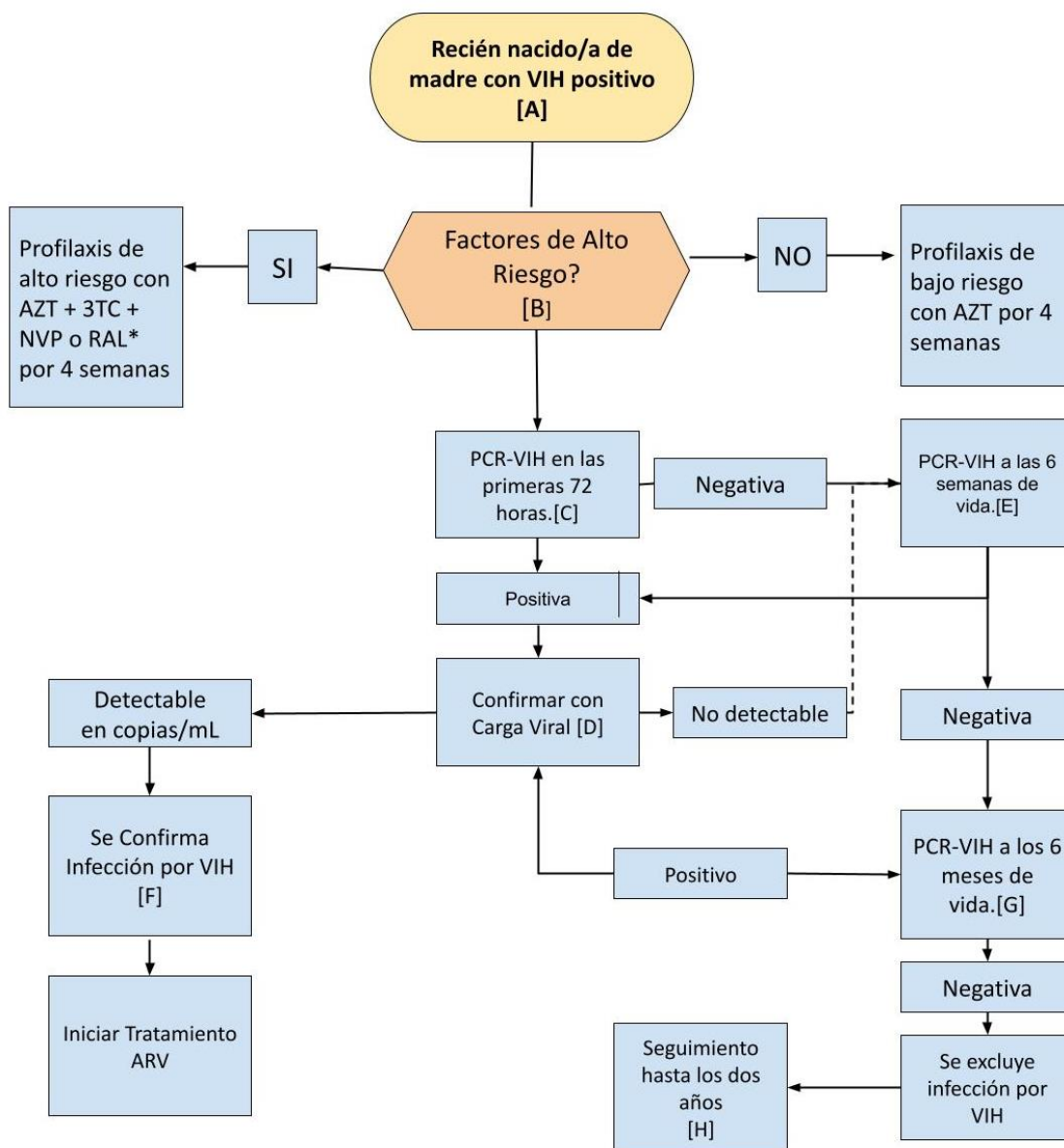
Edad	Lactantes de 6 a 11 meses de edad	Niños de 12 a 59 meses de edad
Dosis	100 000 UI de vitamina A (30 mg en equivalentes de retinol)	200 000 UI de vitamina A (60 mg en equivalentes de retinol)
Frecuencia	Una vez	Cada 4–6 meses
Vía de administración	Oral, preparación líquida, a base de aceite, de palmitato o acetato de retinol	

- Niños infectados con VIH que tienen diarrea deben recibir 10 a 20 mg de zinc al día como parte del manejo.
- En términos de energía los niños con VIH necesitan ingerir una mayor cantidad de calorías que les provean la energía adicional suficiente para combatir la infección en sus diferentes estadios. Este aumento debe basarse en los requerimientos estandarizados para los niños que no están infectados y puede ir desde un 10% para los niños asintomáticos hasta un 50 a 100% para un niño sintomático grave.
- El estado nutricional de los lactantes y niños infectados con VIH debe ser evaluado rutinariamente, incluyendo el peso y talla en las visitas programadas, e interpretando la curva de crecimiento y particularmente después del inicio de TAR. El crecimiento es un indicador altamente sensible a la progresión de la infección por el VIH en niños. **Los niños con obesidad, talla baja y/o desnutrición aguda moderada y severa (Desviación estándar -2-3) deben ser referidos de inmediato a un centro de mayor complejidad.**
- Es importante la evaluación de las prácticas alimentarias y de la ingesta de alimentos incluyendo las dificultades relacionadas con la alimentación tales como: falta de apetito, problemas en la masticación y deglución, intolerancia a ciertos alimentos, tabúes alimentarios, uso de alimentos fortificados o suplementos nutricionales.

7.5.5. Diagnóstico de laboratorio para hijo/hija de madre con VIH ⁽³⁸⁾

El estudio de la infección por VIH en el recién nacido perinatalmente expuesto y el lactante menor de 18 meses debe de realizarse mediante pruebas virológicas que utilizan técnica de ampliación del ácido nucleico, PCR-VIH que detecta ADN viral o Prueba cuantitativa que detecta ARN viral.

Flujograma No.7: Diagnostico de laboratorio del hijo de madre seropositiva por VIH



*RAL está indicado en recién nacidos >2kg.

El estudio de la infección por VIH en el recién nacido perinatalmente expuesto y el lactante menor de 18 meses debe de realizarse mediante pruebas virológicas que utilizan técnica de ampliación del ácido nucleico, PCR-VIH que detecta ADN viral o Prueba cuantitativa que detecta ARN viral.

[A] Todo recién nacido hijo de madre seropositiva por VIH debe ser identificado y considerarse perinatalmente expuesto.

[B] Deben identificarse los factores de riesgo para transmisión vertical y clasificarse como recién nacido de bajo o alto riesgo de transmisión del VIH. Se debe iniciar la

profilaxis ARV de acuerdo con la clasificación de riesgo, lo más pronto posible (dentro de primeras 6 horas).

[C] A todo recién nacido perinatalmente expuesto al VIH se le debe realizar una prueba de PCR -VIH en las primeras 72 horas de vida.

[D] Toda prueba PCR-VIH positiva debe ser confirmada mediante la cuantificación de ARN viral (CV) antes de ser reportado como positivo.

[E] Si la prueba de PCR-VIH a las 72 horas de vida es negativa, debe repetirse a las 6 semanas de vida (2 semanas después de la suspensión de la profilaxis).

Si la segunda prueba PCR-VIH a las 6 semanas de vida es positiva, debe ser confirmada mediante la cuantificación de ARN viral (CV), si es negativa debe repetirse a los 6 meses de vida.

[F] Para confirmar el diagnóstico de infección por VIH en el hijo/a de madre seropositiva se requieren dos o más pruebas virológicas positivas, una PCR-VIH confirmada con una prueba cuantitativa en copias por ml (CV).

Todo niño/a en el que se confirma infección por VIH debe iniciar TAR lo más pronto posible.

[G] Para descartar la infección por VIH se requieren por lo menos dos pruebas virológicas negativas, una de ellas realizada después de los 6 meses de vida.

En los niños que han recibido lactancia materna para descartar infección por VIH se requieren dos pruebas virológicas negativas tomadas por lo menos 3 meses después de haber suspendido la lactancia materna.

[H] Todo hijo/a de madre seropositiva se debe mantener en seguimiento hasta los dos años.

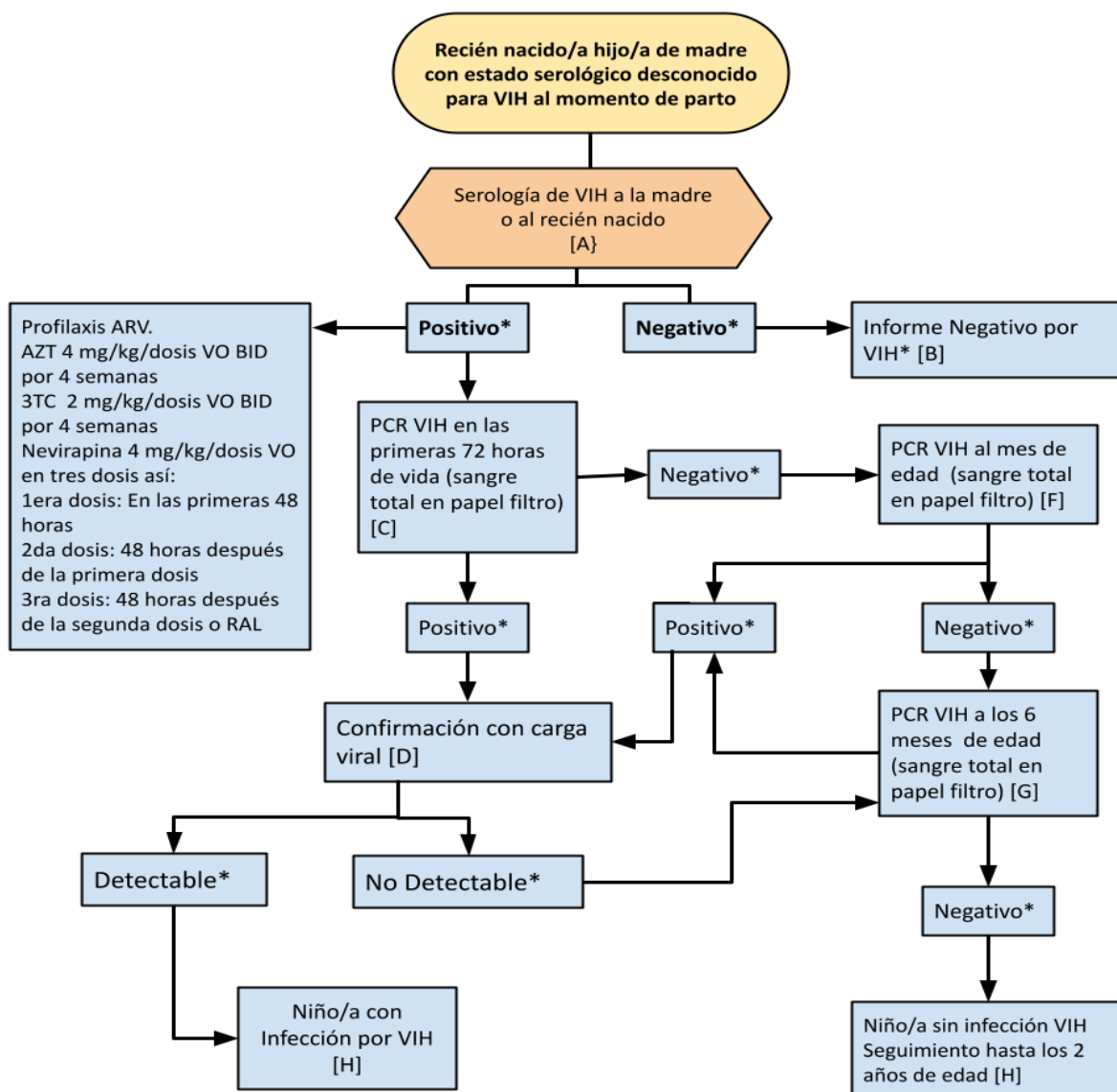
Se puede realizar una prueba serológica para VIH a los dos años para confirmar seroconversión.

7.5.6. Diagnóstico de laboratorio para hijo/hija de madre con estado serológico desconocido para VIH ⁽³⁸⁾

Antes de realizar cualquier prueba diagnóstica debe realizarse consejería pre-prueba, explicando en palabras sencillas el significado de la prueba, los posibles resultados y sus implicaciones para el niño/a y la familia, así como la identificación/disminución del riesgo/ cambio de conductas. **Todo resultado debe informarse mediante consejería post prueba**, en forma personal, confidencial y privada, proporcionando a la madre, padre o encargado información simple y concreta sobre el VIH. En caso de que el resultado de la prueba de detección de anticuerpos sea

positivo, debe explicarse que debe ser confirmada en el recién nacido, mediante una prueba virológica (sangre total, papel filtro), describiendo los posibles resultados.

Flujograma No.8: Diagnóstico de laboratorio para hijo/hija de madre con estado serológico desconocido
Flujograma No.8: para VIH al momento del parto



[A] Cuando la madre tiene estado VIH desconocido al momento del parto, se le debe ofrecer una prueba de detección de anticuerpos VIH, para realizarse en ese momento o después del parto.

***Si no se cuenta con la presencia de la madre se debe tomar serología y PCR VIH al recién nacido.**

[B] Una prueba de detección de anticuerpos VIH negativa en la madre o en sangre de cordón, excluye la probabilidad de infección VIH en el recién nacido.

[C] Si la prueba de detección de anticuerpos VIH es positiva en la madre o en sangre de cordón, al recién nacido se le considera con alto riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo, se debe realizar PCR VIH en las primeras 72 horas de vida, a fin de identificar lo más pronto posible si está infectado por el VIH, ya que deben continuar en TAR. Un resultado negativo en las primeras 72 horas podría ser un falso negativo, debido a que la sensibilidad de la prueba en las primeras semanas de edad es de 25 – 40%.

Se debe iniciar de inmediato la profilaxis ARV (alto riesgo, tabla 4.1), sin esperar a tener el resultado de la prueba virológica (esta medida debe explicarse durante la consejería post prueba).

[D] Todo resultado positivo por PCR VIH, debe ser confirmado, por lo que debe localizarse la persona de inmediato y tomar nueva muestra para realizar una prueba de cuantificación viral en plasma (CV, muestra de sangre con anticoagulante), a fin de confirmar la infección por VIH y descartar falsos positivos, **independientemente de la edad del niño, menor de 18 meses**. Si el resultado de cuantificación viral para confirmar el resultado positivo de la PCR de las 72 horas, es indetectable, debe realizarse nueva PCR VIH al mes de edad. Si el resultado de cuantificación viral para confirmar el resultado positivo de la PCR del mes de edad, es indetectable, debe realizarse nueva PCR VIH a los 6 meses de edad, ya que para descartar la infección debe tener dos o más pruebas virológicas negativas, al menos una de ellas al mes o más de edad y otra a los 6 o más meses de edad.

[E] Si la prueba de cuantificación viral es detectable, significa que el niño está infectado por el VIH y debe continuar TAR ver capítulo VI.

[F] A todo recién nacido con alto riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo y PCR VIH negativa dentro de las primeras 72 horas de vida, se le debe realizar una PCR VIH al mes de edad (sensibilidad de la prueba al mes de edad 90%).

[G] A todo niño/a con alto riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo y PCR VIH negativa al mes de edad, se le debe realizar otra PCR VIH a los 6 meses de edad.

[H] La exclusión de la infección VIH es definitiva en el niño/a que nunca ha sido amamantado/a, cuando tiene resultado negativo en dos o más pruebas virológicas (PCR VIH), al menos una de ellas al mes o más de edad y otra a los 6 o más meses de edad. En los niños que han recibido lactancia materna, se requiere resultado negativo en dos pruebas virológicas (PCR VIH), realizadas al menos 3 meses después de haber suspendido la lactancia materna.

Todo niño/a a quien se le excluyó la infección VIH debe mantenerse en seguimiento clínico hasta los 2 años de edad.

8. FUNDAMENTO LEGAL

El Estado de Honduras tiene el compromiso de adaptar la legislación nacional a fin de propiciar el marco legal que promueva el control y prevención de la infección por VIH que se base en la protección de las personas con VIH mediante acciones de educación y protección, respeto a los derechos y deberes de las personas con VIH en cualquier ámbito, así como aquellas que faciliten el acceso y cobertura al tratamiento y la investigación. Asimismo, el Estado reconoce los derechos de las personas sin discriminación alguna, habiendo suscrito la mayoría de instrumentos internacionales del Sistema Universal y Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

El fundamento legal para la emisión del presente manual se basa en:

- Constitución de la Republica, en su Artículo 59 el cual establece que **“la persona humana es el fin supremo de la sociedad y del Estado. Todos tienen la obligación de respetarla y protegerla. La dignidad del ser humano es inviolable”**.
- La Constitución de la República en su artículo 145, donde se establece **el derecho a la protección de la salud** siendo en deber de todos, la participación en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad.
- La Ley Especial sobre VIH/Sida y su Reforma realizada en 2015, cuyo propósito es contribuir a la **protección y promoción integral de la salud de las personas**, mediante la adopción de las medidas necesarias conducentes a la prevención, investigación, control y tratamiento del VIH y el Sida, así como la educación e información de la población en general.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. SESAL. Política de salud sexual y reproductiva. In. Tegucigalpa, Honduras; 2016.
2. GESIDA. Grupo de expertos de la Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA)/Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y Sociedad Española de Infectología Pediátrica. In.; 2018.
3. SESAL. Manual de atención integral a la embarazada para la prevención del VIH de madre a hijo e hija; 2013.
4. OMS/OPS. ETMI Plus. Nuevas generaciones sin la infección por el VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en las Américas. In.: SBN: 978-92-75-32067-9; 2018.
5. OPS/OMS-SESAL. Plan de Acción de Fortalecimiento de la Prevención y Control de la Transmisión Materna- Infantil de VIH/Sífilis, en el Marco de la Eliminación de VIH, Sífilis Congénita, Hepatitis B y Chagas (ETMI-Plus). In.; 2018.
6. SESAL. Protocolo de atención integral a los y las adolescentes en el primer nivel de atención. In.; 2018.
7. Poder Judicial de Honduras. Código de la niñez y la adolescencia de Honduras. In.; 2014.
8. SESAL. Manual de atención integral al adulto y al adolescente con VIH. In.; 2020.
9. OPS. Directrices unificadas sobre servicios de pruebas del VIH. In. Washington, D.C; 2015.
10. WHO. Guidance on couples HIV testing and counselling, including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples. In.; 2012.
11. Perinatal guidelines US. Panel sobre Tratamiento de mujeres con VIH embarazadas. [Online].; 2011 [cited 2021 Abril. Available from: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/PerinatalGL.pdf>.
12. SESAL. Norma de atención durante la preconcepción, embarazo, parto, puerperio y del neonato. In.; 2016.
13. INAM. Plan Nacional contra la violencia hacia la Mujer 2014-2022.
14. ICW. Guía sobre violencia obstétrica para mujeres con VIH.
15. SESAL. Proyecto Piloto de Capacitación a Parteras en Promoción de la Salud Materno Neonatal y Pruebas Rápidas de VIH y Sífilis; 2017.
16. SESAL. Modelo Nacional de Salud de Honduras; 2013.
17. OPS/OMS. Plan de Acción de Fortalecimiento de la Prevención y Control de la Transmisión Materna- Infantil de VIH/Sífilis, en el Marco de la Eliminación de VIH, Sífilis Congénita, Hepatitis B y Chagas (ETMI-Plus). In.; 2018.
18. SESAL. Guía para proveer servicios de salud libres de estigma y discriminación a a personas trans e intersexuales, trabajadores y trabajadoras sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas con VIH. In.; 2016.
19. SESAL. Guía de consejería basada en riesgo. In.; 2017.
20. SESAL. Guía para proveer servicios de notificación asistida a contactos de personas con VIH. In.; 2019.
21. CDC. Clínica Guidelines. Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant

- Women with HIV Infection and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. In. United States; 2020.
22. SESAL. Lineamiento de referencia respuesta del sistema nacional de salud. In.; 2019.
 23. SESAL. Lineamientos técnicos para la vigilancia centinela y control de las infecciones de transmisión sexual y el virus de la inmunodeficiencia humana.. In.; 2017.
 24. WHO. TECHNICAL BRIEF: Preventing HIV during pregnancy and breastfeeding in the context of PrEP. In.; 2017.
 25. PRONASIDA. Guía de autocuidado de personas viviendo con VIH. In. Paraguay; 2010-2011.
 26. SESAL. Manual de atención Psicosocial a personas con VIH. In.; 2018.
 27. SESAL. Manual de atención integral a mujeres víctimas/sobrevivientes de violencia basada en género. In.; 2016.
 28. WHO. Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV.. In. Geneva; 2017.
 29. SESAL/UVG/PEPFAR. Inicio Rápido de Terapia Antirretroviral en SAI Hospital Escuela Universitario y Alonso Suazo.. In. Tegucigalpa, Honduras ; 2018.
 30. OMS. Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la Sífilis en América Latina y el Caribe. In.; 2010.
 31. SESAL. Manual de adherencia a la terapia antirretroviral para personas con VIH. In.; 2017.
 32. WHO Supplement to the 2016 consolidated guidelines on the use of of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV: interim guidelines. In. Geneva; 2018.
 33. WHO. Update of recommendations on first-and second-line antiretroviral regimens.. In. Geneva, Switzerland; 2019.
 34. SESAL Formulario de solicitud de examen. Solicitud de genotipaje para detección de resistencia de VIH a los ARV. In.
 35. OPS. Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH. In. Washington, DC; 2018.
 36. SESAL. Guía de consejería intensificada en adherencia para el fortalecimiento de la supresión viral en personas con VIH. In. Tegucigalpa, Honduras; 2020.
 37. OMS / UNICEF. Guideline Updates on HIV and infant feeding. In.; 2016. p. 18.
 38. SESAL. Manual de atención integral al niño y niña con VIH. In.; 2021.
 39. WHO. Manual on Paediatric HIV Care and Treatment for District Hospitals: Addendum to the Pocket Book of Hospital Care of Children. In. Geneva; 2011.
 40. WHO. Guidelines for an Integrated Approach to the Nutritional care of HIV-infected children, (6 months – 14 years). In. Geneva; 2009.
 41. SESAL. Norma técnica del sector salud para la atención de la adolescencia. In.; 2017.
 42. WHO Supplement to the 2016 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations

on early infant diagnosis of HIV: interim guidelines. In. Geneva; 2016.

43. OMS. Actualización de recomendaciones sobre regímenes de primera y segunda línea de Antirretrovirales. In.; 2019.

10. ANEXOS

ANEXO N° 1 Marco Referencial de la transmisión materno infantil del VIH

Vulnerabilidad de la mujer a la infección por el VIH

La mujer tiene mayor riesgo de adquirir la infección por VIH que el hombre, debido a factores biológicos, económicos y socioculturales. La tasa de transmisión del VIH es de dos a tres veces más alta de hombre a mujer.

Factores biológicos:

- La mujer tiene mayor superficie de mucosa expuesta a las secreciones de su pareja
- El tejido blando del aparato reproductor femenino es más susceptible a sufrir micro laceraciones durante las relaciones sexuales, sobre todo durante la adolescencia y la menopausia, produciéndose de esta forma una vía de entrada al virus.
- La gran cantidad de virus presente en el semen y el mayor tiempo que este permanece en contacto con el tejido vaginal, aumentan el riesgo de transmisión.
- La mujer tiene más probabilidades que el hombre de padecer otras ITS, usualmente asintomáticas; estas destruyen las barreras naturales y provocan una respuesta inflamatoria local que estimulan el reclutamiento de macrófagos y linfocitos aumentando la susceptibilidad a la infección

Factores económicos:

- La mujer tiene poca oportunidad en su formación y empleo; con menos posibilidades de tener acceso a servicios de salud para cubrir los costos de las prescripciones médicas
- En situación de desesperación financiera puede intercambiar sexo por dinero, alimentos u otros favores

Factores socioculturales:

- Algunas mujeres no tienen el poder de decidir cuando, como, donde y con quién tener relaciones sexuales
- Es menos probable que tenga el poder de negociar el uso del condón
- La existencia de otras parejas sexuales de su compañero
- La exigencia de la virginidad lleva a comportamientos sexuales de riesgo como las relaciones anales.

- Tiene menos acceso a información, a servicios de salud sexual y limitación a pruebas diagnósticas de ITS/VIH. La violencia contra la mujer limita la libertad física y mental exponiéndola al coito inseguro.
- El sexo forzado, la violencia o las amenazas de violencia y el abuso sexual en la niñez y adolescencia limitan y obstaculizan la capacidad de la mujer para exigir relaciones sexuales sin riesgo.

Transmisión del VIH de madre a hijo o hija

El VIH puede transmitirse de la madre a su hijo/hija en tres momentos:

- Durante el embarazo
- El parto
- Lactancia materna

Tabla 1: Riesgo de transmisión del VIH al hijo/hija, según momento en el embarazo

Momento	% de transmisión
Embarazo	25-35%
Parto	63%
Puerperio (Lactancia Materna)	15-30%

- Se estima que el riesgo total de transmisión sin ninguna intervención oscilará entre 35 y 49%
- Transmisión intraútero ocurre con mayor frecuencia en las últimas semanas del embarazo
- En el momento del parto el riesgo de transmisión puede incrementarse por la ruptura prematura de membranas, sobre todo si sobrepasa las 4 horas, se ha calculado que puede existir un incremento hasta de 2% por cada hora transcurrida después de la ruptura prematura de membranas (RPM)
- La lactancia materna agrega un riesgo adicional a la transmisión de 5-20%, incluyendo la presencia de virus en la leche materna y el riesgo de deglución de sangre por grietas en los pezones
- La reducción de la CV materna a menos de 1,000 copias/ ml mediante el uso de ARV tiene un impacto directo en la reducción de la transmisión de madre a hijo/hija, sin embargo, ocasionalmente ha ocurrido transmisión del VIH a pesar de la CV indetectable en la madre

- Está demostrado que la cesárea electiva por si sola disminuye la transmisión del VIH en un 50% y en combinación con medidas farmacológicas la reduce en más del 98%.

Factores que influyen en la transmisión del VIH de madre a hijo/hija

Hay factores que influyen en la transmisión del virus de la madre al hijo/hija y factores que condicionan la evolución clínica de la enfermedad en los niños y niñas como los siguientes:

Factores del virus:

Relacionado a su genotipo y fenotipo ya que la diversidad de cepas del virus en la madre puede influir en la tasa de transmisión

Factores relacionados con la madre:

Alta CV en la madre: en la primoinfección (primera prueba negativa y segunda prueba positiva) y en la etapa de infección avanzada (Sida) las cargas virales son más elevadas

- Recuento bajo de linfocitos CD4: especialmente con valores menores a 250 células/ml
- Deficiencia de vitamina A: está relacionada a un mayor riesgo por deterioro de las funciones de las células T y B, además se ha asociado con lesiones del pezón (grietas) que constituye un
- factor de riesgo adicional
- Infecciones de Transmisión Sexual no tratadas: por aumento de la excreción viral en el flujo cérvico vaginal
- Hemorragias en el segundo o tercer trimestre
- Infecciones del tracto urinario

Factores del parto:

- Parto pre-termino (menor de 37 semanas de gestación): debido a la inmadurez del sistema inmunológico del prematuro y fragilidad de su piel
- Parto vía vaginal
- Expulsivo prolongado
- Episiotomía
- Uso de fórceps
- Ruptura prematura de membranas mayor de 4 horas
- Corioamnionitis
- Infecciones del tracto urinario

Lactancia materna:

El VIH también se transmite a través de la leche materna, como se mencionó anteriormente, durante la lactancia materna el riesgo de transmisión oscila desde 15 - 16% y varía según la duración de esta, existiendo mayor riesgo en las primeras semanas debido a que el calostro contiene mayor número de células que pueden estar invadidas por el VIH y además de la inmadurez del sistema inmune del recién nacido.

- 6 meses de lactancia materna el riesgo oscila entre 20 a 35%
- Hasta 18 - 24 meses de lactancia el riesgo asciende de un 30 a 45%

Los otros factores relacionados y que aumentan el riesgo de transmisión durante la lactancia son:

- Alimentación mixta, (causa micro lesiones y micro hemorragias en la mucosa del tracto digestivo del niño/a)
- Lesiones de la mucosa oral del recién nacido
- Prematuro o peso muy bajo al nacer

ANEXO N°2 Guía para consultar los algoritmos.

Los flujogramas o algoritmos se leen de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha.

Hay letras mayúsculas entre corchetes o paréntesis que corresponden a comentarios que se ofrecen a continuación y que deben ser revisados para una mayor comprensión.

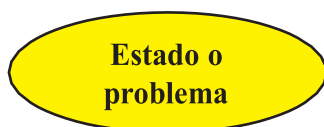
Se recomienda seguir el siguiente proceso:

1. Leer el algoritmo en su totalidad de arriba hacia abajo sin los comentarios para obtener una idea general de la sucesión lógica.
2. Volver a leerlo, ésta vez con todos los comentarios.
3. Tratar de seguir las indicaciones del algoritmo. Con estas medidas se ahorrará tiempo y molestias innecesarias a las personas.

Los algoritmos utilizan tres tipos de recuadros, los que se describen y grafican a continuación:

Recuadro para la definición del estado o problema clínico: define el estado o problema clínico, tiene una sola ruta de salida y puede no tener una ruta de entrada.

Los recuadros de este tipo aparecen siempre al comienzo de un algoritmo.



Recuadro de decisión: Contiene la información necesaria para tomar una decisión. Siempre tiene una ruta de entrada y dos rutas de salida (Positivo o negativo).



Recuadro de acción: Indica una acción de tipo terapéutica o diagnóstica. También se utiliza cuando se recomienda remitir a la persona a otro nivel.



También encontrará a lo largo del documento algunas tablas cuya identificación incluye el número del capítulo en el que se encuentran su número cronológico dentro del capítulo

ANEXO No. 3. Escala internacional para la evaluación de la demencia asociada al Sida

Pedir a la persona, antes de iniciar los ejercicios, que repita las cuatro palabras siguientes: perro, sombrero, judías y rojo. Repetírselas de nuevo, si no las recuerda, insistir hasta que las repita correctamente y decirle que las memorice. A continuación, realizar los siguientes ejercicios:

1. Rapidez motora: pedirle a la persona que realice el movimiento de pinza con el primer y segundo dedo de la mano no dominante, la apertura debe ser tan amplia y rápido como pueda. Se debe contabilizar el número de movimientos de pinza realizadas en 5 segundos:

- 15 pinzas: 4 puntos
- 11-14 pinzas: 3 puntos
- 7-10 pinzas: 2 puntos
- 6-9 pinzas: 0 puntos
- Menos de 6 pinzas: 1 punto

2. Rapidez Psicomotriz: se le pide a la persona que realice movimientos secuenciales y sucesivos con la mano no dominante, debe hacerlo tan rápido como le sea posible y siguiendo el siguiente orden:

Primero, mano extendida y palma hacia arriba sobre la mesa. Segundo, mano extendida y palma hacia abajo sobre la mesa. Tercero: mano perpendicular a la mesa con base en el quinto dedo, se debe contabilizar la secuencia realizada en 10 segundos:

- 4 secuencias. 4 puntos
- 3 secuencias: 3 puntos
- 2 secuencias: 2 puntos
- 1 secuencia: 1 punto
- 0 secuencias: 0 puntos

3. Memoria: pedir a la persona que recuerde las cuatro palabras que memorizo previamente, se asigna un punto por cada palabra correcta que recuerde puntualizada y medio punto si requirió ayuda.

La puntuación máxima de los tres ejercicios es de 12 puntos. Toda persona con puntuación menor a 10 debe estudiarse para determinar si padece de algún trastorno cognitivo asociado al VIH.

ANEXO No. 4. Clasificación clínica propuesta por la OMS para la infección por el VIH

Evento clínico	Diagnóstico clínico
Estadío clínico 1	
	Ausencia de síntomas y signos
Linfadenopatía persistente generalizada	Ganglios indoloros >1 cm, en dos o más sitios no contiguos (excluyendo la ingle), en ausencia de causas conocidas y que persisten por tres meses o más.
Estadío clínico 2	
Pérdida moderada de peso (menor al 10% del habitual)	Pérdida de peso no explicada. En embarazo, falta de aumento del mismo.
Infecciones bacterianas recurrentes del tracto respiratorio alto (evento actual más al menos uno durante los seis meses previos)	Sinusitis, otitis y faringoamigdalitis sin elementos de infección viral (como por ejemplo, ausencia de resfrío o tos)
Herpes Zoster	Exantema vesicular doloroso de distribución dermatómica
Queilítis angular	Lesiones en el ángulo de la boca no atribuibles a deficiencia de hierro o vitaminas, que usualmente responden al tratamiento antifúngico
Ulceraciones orales recurrentes (dos o más episodios en los últimos seis meses)	Ulceraciones aftoides, típicamente dolorosas con un halo de inflamación y una pseudomembrana amarillo-grisácea
Erupción papular pruriginosa	Lesiones papulares pruriginosas (prurigo), con frecuencia dejan una marcada pigmentación
Dermatitis seborreica	Lesión cutánea que afecta comúnmente áreas pilosas (cuero cabelludo, axilas, tronco superior e ingles)
Infecciones fúngicas ungueales	Paroniquia (lecho ungueal colorado, doloroso e inflamado) u onicolisis (separación de la uña de su lecho) o decoloración blanquecina, especialmente proximal con engrosamiento y separación de la uña de su lecho
Estadío clínico 3	
Pérdida de peso severa no explicada (mayor al 10% del peso habitual)	Pérdida de peso reportada por el paciente mayor al 10% y visible adelgazamiento de la cara, tronco y extremidades con desgaste evidente; o índice de masa corporal (IMC: Kg peso/altura en m ²) menor a 18.5. Durante el embarazo la pérdida de peso puede estar enmascarada
Diarrea crónica no explicada, de duración mayor al mes	Diarrea crónica (deposiciones blandas o acuosas tres o más veces por día) de más de un mes de duración

Evento clínico	Diagnóstico clínico
Estadío clínico 3	
Fiebre persistente no explicada (intermitente o constante y que dura más de un mes)	Reportes de fiebre o sudoración nocturna por más de un mes, intermitente o constante, sin foco obvio de enfermedad. La malaria debe ser excluida en áreas endémicas.
Candidiasis oral	Placas blanquecinas de aspecto cremoso que pueden ser removidas (pseudomembranas), o parches rojos en la lengua, paladar o mucosa, usualmente dolorosas o molestas (forma eritematosa)
Leucoplasia oral vellosa	Lesiones pequeñas finas blancas, lineares o corrugadas en los bordes laterales de la lengua, que no pueden ser removidas
Tuberculosis pulmonar (actual)	Síntomas crónicos (que duran al menos dos o tres semanas): tos, hemoptisis, disnea, dolor torácico, pérdida de peso, fiebre, sudoración nocturna MÁS un esputo positivo O
	Esputo negativo Y radiografía compatible (incluyendo, pero no restringido a infiltrados del lóbulo superior, cavitaciones, infiltrado miliar intersticial, fibrosis pulmonar y retracción). O evidencia de enfermedad extra pulmonar
Infección bacteriana severa (ejemplos, neumonía, meningitis, empiema, piomiositis, infección ósea o articular, sepsis, enfermedad pélvica inflamatoria severa)	Fiebre acompañada de síntomas específicos o signos de foco infeccioso evidentes, y respuesta al antibiótico apropiado
Gingivitis aguda necrotizante o periodontitis ulcerativa necrotizante	Dolor severo, papilas gingivales ulceradas, pérdida de dientes, sangrado espontáneo, halitosis, pérdida rápida de hueso y/o tejidos blandos
Anemia no explicada (menos de 8 g/dl de hemoglobina), neutropenia (menos de $0.5 \times 10^9/l$) o trombocitopenia crónica (recuento plaquetario por debajo de $50 \times 10^9/l$, mayor al mes de duración)	Anemia menor a 8 mg/dl Cuenta total de neutrófilos menor o igual a $500/mm^3$ Plaquetas menor o igual a $100,000/mm^3$
Estadío clínico 4	
Síndrome de adelgazamiento por VIH	Pérdida involuntaria e inexplicada de peso (mayor al 10% del habitual) con obvio desgaste o índice de masa corporal menor a 18.5 Más diarrea crónica inexplicada (ver arriba) o Reportes de fiebre o sudoración nocturna prolongada inexplicada (ver arriba)
Neumonía por Pneumocystis Jiroveci	Disnea al ejercicio o tos no productiva de reciente comienzo (tres meses previos), taquipnea, fiebre, acrocianosis; crepitantes bilaterales a la auscultación (con o sin reducción de la entrada de aire) y radiografía de tórax con infiltrados intersticiales difusos bilaterales Y ausencia de evidencia de neumonía bacteriana.

Evento clínico	Diagnóstico clínico
Estadío clínico 4	
Neumonía bacteriana recurrente (episodio actual más uno o más episodios durante el último semestre)	Episodio actual más uno o más episodios durante el último semestre. Semanas de los síntomas (ejemplo, fiebre, tos, disnea y dolor torácico) MÁS nueva consolidación al examen físico o radiológico. Respuesta positiva a los antibióticos.
Infección por Herpes Simple x virus (HSV) crónica (orolabial, genital o anorrectal) de más de un mes de duración, o visceral independientemente de su duración.	Ulceraciones dolorosas y progresivas anogenitales u orolabiales; lesiones causadas por HSV recurrentes por más de un mes. Historia de episodios previos. La infección visceral requiere diagnóstico definitivo.
Candidiasis esofágica	Inicio reciente de dolor retroesternal o dificultad para tragar (Comida y fluidos) en presencia de Candidiasis oral.
Tuberculosis extra pulmonar	Enfermedad sistémica (ejemplo, fiebre, sudores nocturnos, debilidad y pérdida de peso). Otra evidencia de tuberculosis extra pulmonar o diseminada varía con el sitio: pleural, pericárdica, peritoneal, meníngea, adenopatías cervicales, axilares, mediastinales y abdominales, osteítis.
Sarcoma de Kaposi	Lesiones papulares y o nodulares violáceas o café oscuras de distribución amplia o limitada en piel y mucosas.
Enfermedad por Citomegalovirus (CMV) por fuera del hígado, bazo o ganglios linfáticos.	Retinitis, lesiones en el fondo de ojo: pequeños parches blancos con bordes variables, de crecimiento centrífugo, siguiendo a los vasos y asociadas con vasculitis, hemorragia y necrosis de la retina. Evolucionan rápidamente a la ceguera total. Requiere evaluación oftalmológica.
Toxoplasmosis del sistema nervioso central	Inicio reciente de alteraciones focales neurológicas y o reducción y compromiso severo en el nivel de conciencia Y respuesta dentro de los diez días posterior al inicio de la terapia específica.
Encefalopatía por VIH	Hallazgos clínicos de disfunción cognitiva y/o motora que interfiere con actividades de la vida diaria, progresivas a lo largo de semanas o meses en ausencia de una enfermedad concurrente o condición, fuera de la infección por VIH, que pudiera explicar estos hallazgos.
Criptococcosis extra pulmonar (incluyendo meningoencefalitis)	Meningoencefalitis: usualmente subaguda, fiebre con cefalea progresiva severa, meningismo, confusión, cambios conductuales, hipertensión endocraneana.
Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas	Fiebre prolongada, pérdida de peso, diarrea crónica, adenomegalias diseminadas, hepato y esplenomegalia.
Leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP)	Enfermedad neurológica progresiva (disfunción cognitiva/ alteraciones del habla o equilibrio, pérdida de visión, debilidad en miembros inferiores y paresias de nervios craneales) junto con lesiones hipodensas en sustancia blanca en estudios de imágenes.

Evento clínico	Diagnóstico clínico
Estadio clínico 4	
Cryptosporidiosis (con diarrea de más de un mes de duración)	Diarrea crónica, acuosa, en general afebril/subfebril
Isosporiasis crónica	Diarrea crónica
Micosis diseminada (Histoplasmosis)	Fiebre, pérdida de peso, adenopatías cervicales, axilares, mediastínicas, retroperitoneales, hepato y esplenomegalia, lesiones papulopustulares distintos estadios evolutivos, algunos en costra, en la piel
Infección recurrente por <i>Salmonella</i> no-typhi	Fiebre, sepsis, náusea, vómitos, diarrea
Linfoma (cerebral primario o no-Hodgkin de células B) u otro tumor sólido asociado con el VIH	Cefalea, hipertensión endocraneana, trastornos de conciencia, focalización neurológica
Carcinoma cervical invasivo	Pérdida de peso, dolor pélvico, secreción transvaginal, cervix irregular de consistencia pétreo
Nefropatía asociada al VIH	Anemia, edema facial y miembros inferiores, ascitis, náusea, hiporexia, vómitos, disnea, oliguria
Cardiomiopatía asociada al VIH	Disnea progresiva con esfuerzos, ortopnea palpitaciones, tos seca, edema miembros inferiores, taquí o bradiarritmias, Cardiomegalia

Fuente (89): Organización Panamericana de la Salud. Definición de la OMS de caso de infección por el VIH a efectos de vigilancia y revisión de la estadificación clínica y de la clasificación inmunológica de la enfermedad relacionada con el VIH en adultos y niños. Washington, D.C.: OPS 2009.

ANEXO No. 5a. Clasificación clínica e inmunológica de los CDC de EUA para personas con VIH

Categoría clínica	Hallazgos clínicos
Categoría A	Asintomático, Linfadenopatía persistente Síndrome retroviral agudo
Categoría B	<ul style="list-style-type: none"> • Angiomatosis Bacillar • Aftas orales • Candidiasis oro-faríngea • Candidiasis vulvovaginal persistente, frecuente, o pobremente sensible a la terapia • Displasia cervical (moderada o severa) / Carcinoma cervical en situ • Síntomas constitucionales, como fiebre (38. 5º C) o diarrea que dura más de un mes • Leucoplaquia Pilosa Oral • Herpes Zoster, involucrando dos episodios distintos por lo menos o más de un dermatoma • Púrpura trombocitopénica Idiopática • Listeriosis • Enfermedad inflamatoria pelviana, particularmente si está complicada con absceso tubo-ovárico • Neuropatía periférica
Categoría C	<ol style="list-style-type: none"> 1. Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar 2. Candidiasis esofágica 3. Carcinoma de cérvix invasivo 4. Coccidiomicosis diseminada (en una localización diferente o además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares) 5. Criptococosis extrapulmonar 6. Criptosporidiasis, con diarrea de más de un mes 7. Infección por Citomegalovirus de un órgano diferente del hígado, bazo o ganglios linfáticos en una persona con de más de un mes de edad

Categoría clínica	Hallazgos clínicos
Categoría C	<ul style="list-style-type: none"> 8. Retinitis por Citomegalovirus 9. Encefalopatía por VIH 10. Infección por virus del Herpes Simple que cause una úlcera mucocutánea de más de un mes de evolución, o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración que afecten a pacientes de más de un mes de edad 11. Histoplasmosis diseminada (en una localización diferente o además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares) 12. Isosporidiasis crónica (más de un mes) 13. Sarcoma de Kaposi 14. Linfoma de Burkitt o equivalente 15. Linfoma inmunoblástico o equivalente 16. Linfoma cerebral primario 17. Infección por M. Avium-intracelulare o M. Kansasii diseminada o extrapulmonar 18. Tuberculosis pulmonar 19. Tuberculosis extrapulmonar o diseminada 20. Infección por otras micobacterias, diseminada o extrapulmonar 21. Neumonía por Pneumocystis Jiroveci (anteriormente P. carinii) 22. Neumonía recurrente 23. Leucoencefalopatía multifocal progresiva 24. Sepsis recurrente por especies de Salmonella diferente a S. tify 25. Toxoplasmosis cerebral en un paciente de más de un mes de edad 26. Síndrome de desgaste (caquexia)

Fuente (15): CDC. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992;41(no. RR-17).

Anexo No. 5b. Clasificación clínico-inmunológica de la infección por VIH en adolescentes y adultos. CDC 1993

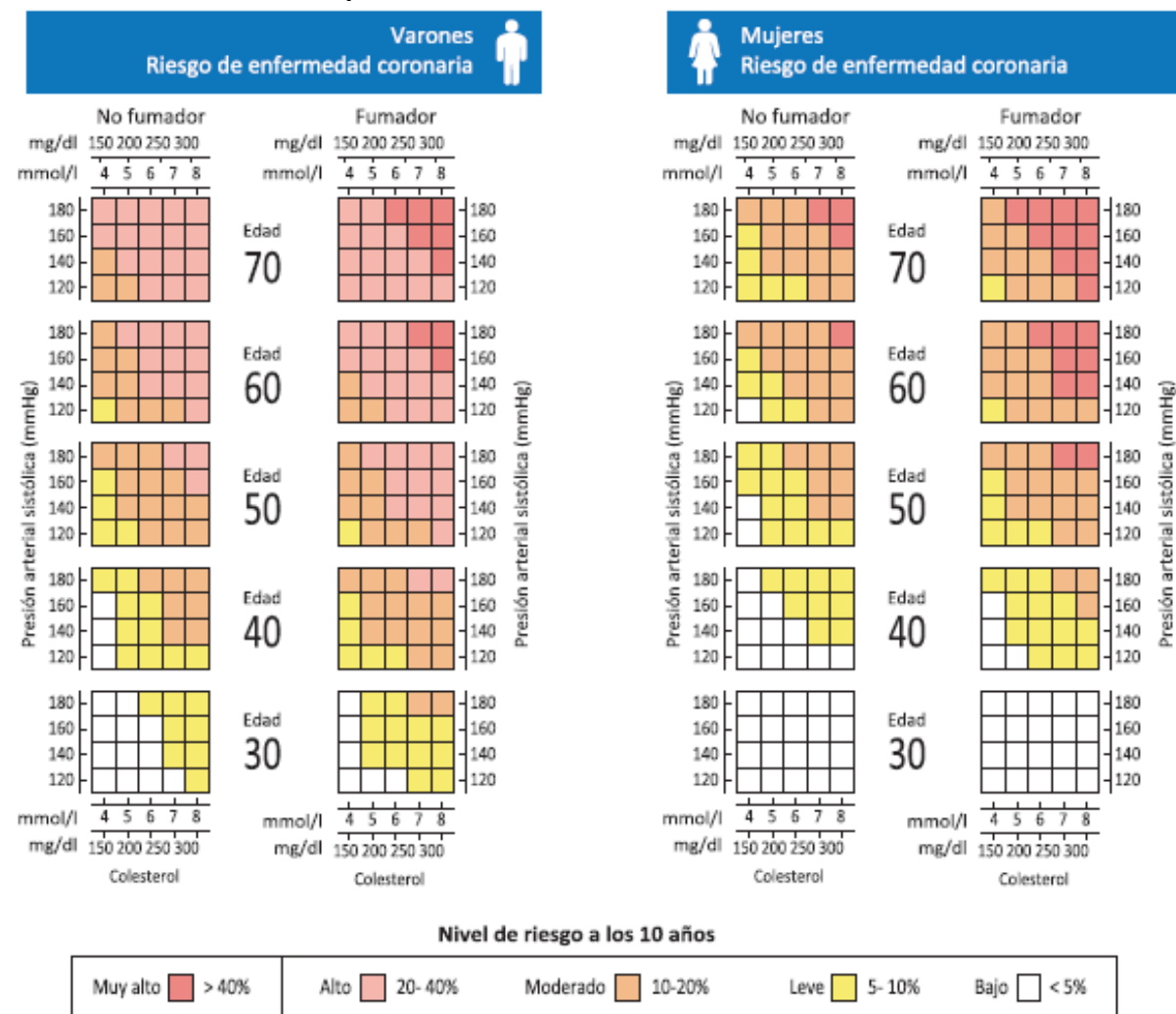
Categoría inmunológica linfocitos T CD4 (Citometría de flujo)	Categorías clínicas		
	A Síntomas leves	B Síntomas moderados	C Síntomas severos
≥ 500 células /ml	A1	B1	C1
200-499 células/ ml	A2	B2	C2
< 200 células/ ml	A3	B3	C3

Fuente (15): CDC. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992;41(no. RR-17).

Nota: personas en las categorías A3, B3, C1, C2 o C3, se consideran con Sida

ANEXO N°6. Riesgo cardiovascular (RCV) mediante la ecuación Framingham.

Calculadoras de RCV disponibles en internet



Se pueden usar calculadores de riesgo cardiovascular en internet, entre los sitios recomendados se pueden consultar los siguientes:

http://www.privatendlabs.com/heart_disease_assessment.php

<https://www.1aria.com/sections/cardiovascular/calculadoraCIRCE/>

ANEXO N°7. Periodicidad de los exámenes básicos de laboratorio durante el seguimiento clínico de la persona con VIH en TAR

Examen de laboratorio	Periodicidad		Responsable
	Basal	Seguimiento	
Hematología	X	Al mes*, 3 meses y cada 6 meses	Laboratorio local
Glicemia	X	3 meses y luego cada 6 meses	Laboratorio local
Perfil lipídico	X	3 meses y luego cada 6 meses	Laboratorio Local
Perfil Hepático	X	3 meses y luego cada 6 meses	Laboratorio local
Perfil Renal**	X	3 meses y luego cada 6 meses	Laboratorio local
Pruebas diagnóstico rápido de IO: TB, Histoplasma y Criptococosis	X	En caso de ser necesario	Laboratorio local
CD4+***	X	Cada 6 meses en el primer año, luego anualmente si la persona está estable, se puede repetir antes en caso de ser necesario	Laboratorio local
Carga Viral	X	Cada 6 meses	Laboratorio Nacional de VIH
Genotipaje****	X	Según sea requerido	Laboratorio Nacional

*Al mes solo para personas cuyo esquema incluye AZT

**Cada 3 meses si el esquema incluye TDF

***OMS recomienda espaciar CD4 en personas en TAR estables (27), sin embargo, se puede repetir antes en caso de ser necesario.

**** Se realizará prueba de genotipo basal a todas las personas que inician TAR con CV > 1000 copias.

ANEXO N°8. Principales efectos secundarios de los ARV

Toxicidad	Fármaco/s	Diagnóstico	Patogenia	Conducta a seguir
Anemia	AZT (dosis dependiente)	Generalmente Durante primer trimestre de tratamiento. Clínica de anemia.	Inhibición de la proliferación de las células progenitoras de eritroides	Suspensión de AZT Transfusión de hematíes (si hemoglobina <8g/dl o hay clínica de anemia) Eritropoyetina recombinante 100 UI/kg sc o iv 3 veces/semana (si es absolutamente necesario mantener tratamiento con AZT)
Miopatía	AZT (dosis dependiente)	Después del primer semestre de tratamiento. Clínica: mialgias o debilidad muscular proximal y elevación de enzimas musculares (CPK, LDH,)	Toxicidad mitocondrial	Suspensión de AZT. Si clínica intensa, prednisona 1-2 mg/kg/día
Toxicidad neuro-psiquiátrica	Efavirenz (20-50%) (dosis-dependiente) (más riesgo si administración concomitante con alimentos)	Durante primer mes de tratamiento, tras lo cual disminuye o desaparece. Espectro clínico variado: mareo, ansiedad, somnolencia, trastornos del sueño, agravamiento de problemas psíquicos subyacentes, y alteraciones motoras.	Desconocida.	Evitar en pacientes con trastornos psiquiátricos mayores. Valorar individualmente el estilo de vida y la actividad del paciente antes de prescribirlo. Generalmente no es necesaria la suspensión de Efavirenz. Suspender en casos de manifestaciones graves o invalidantes. Administración por la noche, al menos 1-2 horas después de la cena. Valorar benzodiacepinas o neurolépticos si alteraciones del sueño persistentes. Ajuste de dosis si hay posibilidad de estudio farmacocinético.

Exantema y/o Hipersensibilidad	No nucleósidos (más frecuente Nevirapina) (20%)	Durante primeros dos meses de tratamiento Exantema maculopapular (casos leves). Fiebre, afectación mucosa, pulmonar, hepática o hematológica (casos graves) La hipersensibilidad se manifiesta por afectación multiorgánica, a veces con escaso o nulo exantema, y puede haber eosinofilia.	Desconocida. Se ha sugerido una reacción antígeno-anticuerpo similar a la enfermedad del suero o una toxicidad directa por metabolitos intermediarios. Identificación potencial de pacientes con riesgo genético elevado de hipersensibilidad Abacavir	Comienzo escalonado de dosis de Nevirapina. No dar corticoides profilácticos (no evitan el riesgo e incluso lo pueden aumentar). La profilaxis con antihistamínicos tampoco es eficaz. Si exantema leve sin clínica de hipersensibilidad acompañante, se puede mantener el tratamiento y realizar una vigilancia estrecha. Si exantema grave o clínica de hipersensibilidad, interrupción permanente del fármaco.
	Frecuentemente Tipranavir (8-14%) y Amprenavir (3-5%) Nucleósidos (más frecuente abacavir) (5-8%)			En los casos donde pueda estar implicado abacavir y la clínica no sea clara, puede ser razonable mantener el tratamiento durante 24 horas más con una vigilancia estrecha para hacer diagnóstico diferencial y valorar evolución antes de retirar abacavir. Tratamiento sintomático con antihistamínicos y/o corticoides una vez interrumpido el fármaco sospechoso Tratamiento de soporte hemodinámico, o respiratorio en casos graves que lo requieran. No reintroducir nunca un fármaco retirado por hipersensibilidad

<p>Exantema y/o Hipersensibilidad</p>	<p>No nucleósidos (más frecuente Nevirapina) (20%)</p>	<p>Durante primeros dos meses de tratamiento Exantema maculopapular (casos leves). Fiebre, afectación mucosa, pulmonar, hepática o hematológica (casos graves) La hipersensibilidad se manifiesta por afectación multiorgánica, a veces con escaso o nulo exantema, y puede haber eosinofilia.</p>	<p>Desconocida. Se ha sugerido una reacción antígeno-anticuerpo similar a la enfermedad del suero o una toxicidad directa por metabolitos intermediarios. Identificación potencial de pacientes con riesgo genético elevado de hipersensibilidad Abacavir</p>	<p>Comienzo escalonado de dosis de Nevirapina. No dar corticoides profilácticos (no evitan el riesgo e incluso lo pueden aumentar). La profilaxis con antihistamínicos tampoco es eficaz. Si exantema leve sin clínica de hipersensibilidad acompañante, se puede mantener el tratamiento y realizar una vigilancia estrecha.</p> <p>Si exantema grave o clínica de hipersensibilidad, interrupción permanente del fármaco.</p>
	<p>Frecuentemente Tipranavir (8-14%) y Amprenavir (3-5%) Nucleósidos (más frecuente abacavir) (5-8%)</p>			<p>En los casos donde pueda estar implicado abacavir y la clínica no sea clara, puede ser razonable mantener el tratamiento durante 24 horas más con una vigilancia estrecha para hacer diagnóstico diferencial y valorar evolución antes de retirar abacavir. Tratamiento sintomático con antihistamínicos y/o corticoides una vez interrumpido el fármaco sospechoso Tratamiento de soporte hemodinámico, o respiratorio en casos graves que lo requieran. No reintroducir nunca un fármaco retirado por hipersensibilidad</p>
<p>Hepatitis</p>	<p>Nucleósidos (más frecuente AZT). No nucleósidos (más frecuente Nevirapina) IP(más frecuente ritonavir)</p>	<p>El 50% de los casos aparece en el primer semestre. Aumento de transaminasas sin clínica (10-15% de pacientes). Hepatitis clínica (<1%). Infección por virus de hepatitis B y C son los factores de riesgo más reconocidos.</p>	<p>Multifactorial: toxicidad mitocondrial (nucleósidos), efecto tóxico-inmunológico (no nucleósidos), efecto mixto (toxicidad directa, efecto de recuperación inmunológica en pacientes con hepatitis crónicas por virus B y C) en caso de inhibidores de proteasa. Rebrote de virus hepatitis B tras suspensión de 3TC</p>	<p>Considerar vigilancia estrecha y potencial suspensión si transaminasas >5 veces límite superior de normalidad. Interrumpir si transaminasas >10 veces límite superior de normalidad, manifestaciones clínicas de hipersensibilidad (fiebre o exantema) o de fallo hepático (ictericia, encefalopatía, o hemorragia), o acidosis láctica</p>

Exantema y/o Hipersensibilidad	No nucleósidos (más frecuente Nevirapina) (20%)	Durante primeros dos meses de tratamiento Exantema maculopapular (casos leves). Fiebre, afectación mucosa, pulmonar, hepática o hematológica (casos graves) La hipersensibilidad se manifiesta por afectación multiorgánica, a veces con escaso o nulo exantema, y puede haber eosinofilia.	Desconocida. Se ha sugerido una reacción antígeno-anticuerpo similar a la enfermedad del suero o una toxicidad directa por metabolitos intermediarios. Identificación potencial de pacientes con riesgo genético elevado de hipersensibilidad Abacavir	Comienzo escalonado de dosis de Nevirapina. No dar corticoides profilácticos (no evitan el riesgo e incluso lo pueden aumentar). La profilaxis con antihistamínicos tampoco es eficaz. Si exantema leve sin clínica de hipersensibilidad acompañante, se puede mantener el tratamiento y realizar una vigilancia estrecha. Si exantema grave o clínica de hipersensibilidad, interrupción permanente del fármaco.
	Frecuentemente Tipranavir (8-14%) y Amprenavir (3-5%) Nucleósidos (más frecuente abacavir) (5-8%)			En los casos donde pueda estar implicado abacavir y la clínica no sea clara, puede ser razonable mantener el tratamiento durante 24 horas más con una vigilancia estrecha para hacer diagnóstico diferencial y valorar evolución antes de retirar abacavir. Tratamiento sintomático con antihistamínicos y/o corticoides una vez interrumpido el fármaco sospechoso Tratamiento de soporte hemodinámico, o respiratorio en casos graves que lo requieran. No reintroducir nunca un fármaco retirado por hipersensibilidad
Toxicidad gastrointestinal	IP sobre todo ritonavir a dosis plenas 40%, Lopinavir/ritonavir 25%, Nucleósidos con menor frecuencia que IP (particularmente AZT y Tenofovir)	Sabor desagradable (ritonavir suspensión) Molestias digestivas altas (Indinavir y Amprenavir) Diarrea (Nelfinavir y Lopinavir/ritonavir)	Multifactorial. Inhibición de enzimas pancreáticas (inhibidores de proteasa). Intolerancia a la lactosa que contienen como excipiente (todos los ARV)	Raramente grave, pero por su frecuencia e incomodidad puede limitar la adherencia al TAR. Para la diarrea, dietas ricas en alimentos astringentes o fármacos inhibidores de la motilidad intestinal (Loperamida). Suspensión del fármaco, si molestias persistentes o intensas. Retirar el fármaco potencialmente implicado.

Pancreatitis	Nucleósidos. Aumento de riesgo cuando se administra hidroxiurea, y cuando se administraba Tenofovir con ddl.	Generalmente, asintomática. Puede haber manifestaciones clínicas de dolor	Toxicidad mitocondrial	Evitar en pacientes con insuficiencia renal.
Insuficiencia renal	Tenofovir	Elevación leve o moderada de creatinina. No suele acompañarse de clínica.	Nefritis intersticial por cristales (Indinavir) Alteración tubular proximal (Tenofovir)	Evitar en lo posible coadministración con otros fármacos potencialmente nefrotóxicos. Hidratación adecuada para prevenir o mejorar la elevación de Creatinina. Suspensión del fármaco (en muy raras ocasiones)
Disfunción hepática grave Reacciones de Hipersensibilidad	Dolutegravir	Elevación PFH, sin enfermedad hepática pre existente u otros factores de riesgo. Pacientes con VHB o C subyacente o elevaciones en transaminasas previo al TAR tendrían riesgo de empeoramiento. En algunos casos, esa elevación fue consistente con el SIRI o reactivación de hepatitis B, cuando terapia anti-HB fue retirada. Se recomienda monitorear por hepatotoxicidad.	Hepatotoxicidad que puede ser más susceptible cuando hay coinfección con HVB y VHC	Factores de riesgo: coinfección con VHB o VHC, o existencia de hepatopatía. Se debe sustituir el DTG por otro fármaco de otra clase terapéutica, en este caso un IP potenciado

Nefrolitiasis	Indinavir	Dolor cólico lumbar. Hematuria microscópica y ocasionalmente macroscópica. Ocasionalmente, fiebre (diagnóstico diferencial con pielonefritis) Más frecuente en ambientes calurosos	Precipitación de indinavir en orina concentrada (densidad >1020) y PH básico (>5).	Prevención mediante ingesta adecuada de líquido (1500 ml de agua al día o más si ambiente caluroso o pérdidas extraordinarias de líquidos). Evitar bebidas carbónicas. Antiinflamatorios no esteroideos para el dolor. Suspensión transitoria de Indinavir si dolor intenso. Suspensión definitiva de Indinavir si episodios repetidos sin desencadenante evidente. Ajuste de dosis si hay posibilidad de estudio farmacocinético.
Atrofia	Estavudina			Cambio por: ABC, TDF, AZT
Hipertrofia	Inhibidores de Proteasa			Cambio por: NVP, EFV, ABC
Lipodistrofia Mixta				Ambos cambios

ANEXO N°9 Intervenciones en la atención prenatal por trimestre de embarazo

TRIMESTRE	CONTROL
PRIMERO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación de la embarazada según Normas N°14 para la atención Materno-Neonatal ✓ Clasificación de la enfermedad de acuerdo a los parámetros del CDC ✓ Apoyo psicológico y evaluación nutricional según disponibilidad ✓ Inicio rápido de TAR (ver criterios de inicio) ✓ Hemograma completo, incluido frotis de sangre periférica ✓ Tipo y Rh sanguíneo ✓ Química sanguínea: Urea, creatinina, glicemia en ayunas, ALT, AST, proteínas totales y albúmina, colesterol total, HDL (lipoproteína de alta densidad), LDL (lipoproteína de baja densidad), triglicéridos ✓ Cuantificación de linfocitos T-CD4, Carga Viral (CV) y genotipaje. ✓ Pruebas para infecciones oportunistas (TB, Criptococosis e Histoplasmosis), incluyendo prueba de tuberculina (PPD) ✓ Serología para toxoplasmosis y Citomegalovirus ✓ Serología para hepatitis: HBsAg (antígeno de superficie para hepatitis B), anticuerpos IgM contra hepatitis C ✓ Serología para sífilis: VDRL o RPR (Si es positivo realizar pruebas treponémicas) ✓ General de orina (glucosuria, proteinuria, hematuria) ✓ Examen general de heces con estudio coproparasitológico con tinción especial para coccidios y técnica de Baermann, si el caso lo amerita ✓ Citología cervical ✓ Citología anal, según el caso ✓ Cálculo de la tasa de filtración glomerular (TFG) por fórmula (MDRD o Cockcroft-Gault) ✓ Riesgo cardiovascular, RCV mediante la ecuación Framingham, SCORE (Anexo N°6) u otras. ✓ Ultrasonografía ✓ Evaluación ginecológica y citología (frotis, cultivos) y programación de cesárea

TRIMESTRE	CONTROL
SEGUNDO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación de la embarazada según Normas Nacionales para la atención Materno-Neonatal ✓ Ultrasonografía para evaluación del crecimiento fetal y descartar anomalías ✓ Recuento de linfocitos totales, además de química sanguínea y glicemia. ✓ Consejería sobre sexo seguro (uso correcto y consistente del condón) ✓ Hemograma completo ✓ CV a los 6 meses de iniciado la TAR ✓ Evaluación ginecológica y programación de cesárea ✓ Evaluación nutricional según disponibilidad ✓ Iniciar o continuar ARV

TERCERO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación de la embarazada según Normas Nacionales para la atención Materno-Neonatal ✓ Evaluación del bienestar fetal a partir de las 34 semanas si existe indicación clínica. ✓ Solicitud de CV a las 34 SG ✓ Evaluación de adherencia a la TAR ✓ Evaluación de riesgo obstétrico ✓ Realización de pruebas químicas a partir de la semana 32 en Pacientes con enfermedades concomitantes como Diabetes o Hipertensión inducida por el embarazo. ✓ Programar la cesárea electiva si cumple criterios para realizarla en la semana 38 del embarazo. Si el nivel de atención no dispone de capacidad resolutive referir oportunamente. ✓ Programar parto vaginal si cumple criterios de forma estricta y obligatoria. ✓ Informar a la embarazada sobre los riesgos y beneficios de la cesárea y el parto vaginal para la prevención de la transmisión del VIH al bebe. ✓ Consejería y apoyo sobre la importancia y el cuidado de una alimentación segura para el niño/niña y debe ser reforzada en cada visita ✓ Inicio de ARV inmediatamente que se capta ✓ Consejería en planificación familiar ✓ Importancia del seguimiento del control puerperal y del niño/niña perinatalmente expuesta
----------------	--

ANEXO N°10 Consideraciones para la transición a TDF + 3TC + DTG entre adultos y adolescentes

Escenario de transición de tratamiento	Enfoque preferido	Comentarios
DTG para personas que viven con el VIH que inician el TAR		
Adultos y adolescentes	Iniciar TDF + 3TC + DTG	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo potencial de defectos del tubo neural entre bebés expuestos a DTG durante la concepción
		<ul style="list-style-type: none"> Mujeres que no usan o no acceden a la anticoncepción o que quieran estar embarazadas pueden usar DTG o EFV basado en una elección informada de los riesgos y beneficios de cada régimen
Mujeres embarazadas y en período de lactancia	Iniciar TDF + 3TC + DTG	<ul style="list-style-type: none"> Posibilidad de concepción durante la lactancia permanece

*Tomado de la Tabla N°3. OMS. Actualización de recomendaciones sobre regimenes de primera y segunda línea de Antirretrovirales, Julio 2019. Pág. 11

COORDINACIÓN PARA LA ACTUALIZACIÓN 2021

MANUAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA EMBARAZADA PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE MADRE A HIJO E HIJA

Equipo Coordinador de la DGN

Dra. Elvia María Ardón, Médica, directora general de Normalización
Dr. Mario Roberto Ramírez, Médico, punto focal de VIH
Dra. Sandra Carolina Lorenzana, Médica, técnica de la DGN
Dr. Marco Urquía, Médico, técnico de la DGN
Anggie Garcia, Técnica de la DGN
Lic. Carolina Banegas, representante de CHF/GC
Dra. Linda Janeth Suazo, Consultora independiente.

Equipo de trabajo de integración de la SESAL para la actualización del Manual

Dra. Vera Acosta, Médica, punto focal de VIH de DGVMN
Dra. Xiomara Oyuela, Farmaceutica, punto focal de VIH de DGRIS
Dra. Kathia Hernández, Médica, punto focal de VIH de UVS.
Lic. Norma Ramos, Lic. Trabajo Social, punto focal de VIH de la UGI
Lic. Xiomara Cerén, Lic. Trabajo Social IHSS Tegus
Lic. Eduardo Flores, Lic. Psicología, IHSS Tegus
Dra. Heidi Flores, Médica, Punto focal de VIH-Región Metro Tegus
Lic. Eros Salinas, Lic. en Enfermería, DNPNA-SESAL

<p>VAIDACIÓN TÉCNICA 2021</p> <p>MANUAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA EMBARAZADA PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE MADREA A HIJO E HIJA</p>			
N°	NOMBRE	CARGO	Institución /Región
1	Lic. Ángela Orellana	Punto Focal VIH	Comayagua
2	Lic. Alma Delia Lozano	Lic. Enfermería Hospital del Sur (SAI)	Choluteca
3	Lic. Edna Yadira reyes Pérez	Punto Focal VIH	Yoro
4	Dra. Lennis Fúnez	Coordinadora SAI Hospital El Progreso	Yoro
5	Dra. Nereyda Murillo	Punto Focal VIH	Paraíso
6	Lic. Jenny Puerto	Punto Focal VIH	Atlántida
7	Lic. Yolany Valle	Región de salud	Atlántida
8	Lic. Ethel Cruz	Lic. Enfermería CIS Villadela	RSMT
9	Dra. Gabriela Cano	Coordinadora SAI	E.S. Alonso Suazo RSMT
10	Lic. Martha Eneyda Villalta	Punto Focal VIH	Región Metro SPS
11	Dra. Karen Erazo	Coordinadora SAI	HMCR
12	Dra. Marlene Rodríguez	Coordinadora SAI	HLM
13	Lic. Ángel Flores	Punto Focal VIH	Región de Cortés
14	Dra. Adriana Arita	Coordinadora Nacional VIH	IHSS Tegucigalpa
15	Dra. Ana Ligia Chinchilla	Ginecóloga IHSS Teg.	IHSS Tegucigalpa
16	Dr. Marco Luque	Médico SAI IHSS Tegucigalpa	IHSS Tegucigalpa
17	Dr. Charles Parchment	Coordinador SAI IHSS SPS	IHSS SPS
18	Licda. Ena Reyes	Punto Focal VIH	Región Yoro
19	Licda. Nora Orellana	Región de salud	Región Yoro
20	Licda. Nubia Isabel Gutiérrez Meza	Punto Focal VIH	La Paz
21	Licda. Ellen Rose Frazer Sambulá	Punto Focal VIH	Islas de la Bahía
22	Licda. Karla Sánchez	Punto Focal VIH	Región de Lempira
23	Dra. Karla Parodi	Representante	SGO

VAIDACIÓN TÉCNICA 2021 MANUAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA EMBARAZADA PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE MADREA A HIJO E HIJA			
N°	NOMBRE	CARGO	Institución /Región
24	Dra. Amy Tobar	Consultora Nacional	OPS
25	Lic. Carolina Banegas	Técnico VIH	GC-CHF
26	Dra. Lícida Bautista	Representante	Plan Internacional
27	Letis Hernández	Presidenta	ASONAPVSIDAH
28	Miguel García	Representante	ASONAPVSIDAH
29	Licda. Benita Ramírez	Representante	ICW
30	Lic. Tomasa Sierra	Punto Focal VIH	UVS
31	Dra. Rita Meza	Jefa	LNVIH
32	Dra. Suyapa Mendoza	Jefa	LNITS
33	Angélica Herrera	Técnico VIH	UGI-SESAL
34	Licda. Nora Flores	Punto Focal VIH	DSNA - DGRISS
35	Dra. Xiomara Oyuela	Técnica	DGRISS
36	Licda. Eros Salinas	Punto Focal VIH	DGRISS
37	Licda. Norma Ramos	Técnica	UGI
38	Norma Concepción Aguilera		
39	Dra. Vera Acosta	Punto Focal	DGVNM
40	Dra. Heidi Flores	Punto Focal VIH	Metropolitana de Teg
41	Dra. Sandra Lorenzana	Técnica	DGN
42	Dr. Mario Ramírez	Técnico	DGN
43	Dr. Marco Urquía	Técnica	DGN
44	Anggie García	Asistente Tecnica	DGN
45	Dra. Linda Suazo	Consultora Independiente	
46	Lesbia Karina Rivera		

VALIDACIÓN TÉCNICA 2021 MANUAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA EMBARAZADA PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE MADRE A HIJO E HIJA			
Nº	NOMBRE	CARGO	Institución /Región
47	Rosa Viera		
48	Rafael Chacón		

COORDINACIÓN TÉCNICA PARA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO 2013

ASISTENCIA TÉCNICA Y FINANCIERA

AIDSTAR- ONE Honduras

EQUIPO DE ACTUALIZACIÓN DE LA NORMA 2013

Personal de la Secretaria de Salud:

Dra. Mireya Fuentes

Dra. Linda Suazo

Consultores AIDSTARONE Honduras

Dra. Clara Laínez

Dr. Sergio Flores

Dra. Melly Pérez

Dra. Liziem Valladares

PARTICIPANTES EN REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN 2013

Jefes de Programas y Médicos asistenciales de los Centros de atención Integral (CAI),
Departamento de ITS/VIH/SIDA y otros Programas de la secretaria de Salud Pública e
instituciones afines

VALIDACIÓN NORMATIVA DEPARTAMENTO DE ITS/VIH/SIDA 2013

Dra. Sandra Núñez, Unidad de Atención Integral

Dra. Sandra Lorenzana, Unidad de Vigilancia

Dra. Mayte Paredes, Unidad de Vigilancia

Dra. Xiomara Oyuela, Unidad de Farmacia

Dra. Flavia Girón, Unidad de Farmacia

Dra. Rudy de Molinero, Unidad de Monitoria y Evaluación

Lic. Tomasa Sierra, Unidad de Monitoria y Evaluación

Lic. Mirna Toledo, Unidad de Promoción

Lic. Olga Castañeda, Programa Nacional de ITS

Dra. Rita Meza, Laboratorio Nacional de VIH

Dra. Norma Artiles, Programa PTMH

VALIDACIÓN TÉCNICA 2013:

Dr. Efraín Bú	Coordinador CAI Hospital Escuela
Dra. Letícia Venis	Pediatra CAI Hospital Escuela
Lic. Claudia Pinel	Coordinadora de Consejería Región Metropolitana de Tegucigalpa
Dr. Wilson Mejía	Director de la Región Metropolitana de Tegucigalpa
Dra. Mabel Portillo	Pediatra Cesamo Alonso Suazo
Dra. Gabriela Cano	Médico Asistencial CAI Cesamo Alonso Suazo
Dra. Letet Romero	Médico Asistencial Cesamo Alonso Suazo
Dra Vilma Hernández	Médico Asistencial Cesamo Alonso Suazo
Lic. Lirio Maradiaga	Consejera Cesamo Alonso Suazo
Dra. Adriana Arita	Coordinadora Médica Nacional Programa VIH IHSS
Dra. Ninfa Germer	Médico Asistencial CAI USM de La Ceiba
Lic. Yolani Valle	Coordinadora de PPTMH Región Sanitaria de Atlántida
Lic. Rina Alvarenga	Jefa de Enfermería CAI USM de La Ceiba
Lic. Leyla Paz	Coordinadora ITS/VIH/SIDA Región Sanitaria de Cortés
Lic. Sara Valle	Coordinadora CAI Hospital de Puerto Cortés
Dra. Amanda Sevilla	Coordinadora del CAI Cesamo Miguel Paz Barahona
Dra. Juana Aldana	Técnica de Vigilancia de la Salud, Región Metropolitana de SPS
Lic. Mirta Romero	Coordinador CAI Cesamo de Guanaja
Lic. Ellen Frazer	Coordinadora ITS/VIH/SIDA Región Sanitaria Islas de la Bahía

