

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL RECIEN NACIDO HIJO DE MADRE PORTADORA DE HIV

Dr. Juan Pablo Gesuele. Dra. Florencia Guzzo. Dra. Karla Borda

CAPITULO DEL LIBRO: NEONATOLOGÍA, TEMAS PRACTICOS. 2016

Pag. 185-191.

- Clampeo precoz de cordón.
- Bañar al recién nacido meticulosamente para quitar los restos de sangre y secreciones maternas.
- Permeabilidad esofágica y anal lo menos traumática.
- Si son necesarias maniobras de aspiración y reanimación no deben practicarse de forma intempestiva, para evitar laceraciones que puedan ser puerta de entrada del virus.
- La lactancia está contraindicada.
- Iniciar tratamiento profiláctico según corresponda.
- No dar BCG.
- Comunicación con vigilancia epidemiológica del MSP .
- Coordinación adecuada al alta con policlínica⁽⁹⁾. **Profilaxis en el neonato** El régimen de profilaxis ARV que se debe administrar al neonato viene determinado por el riesgo de TMI del VIH, y ésta depende fundamentalmente de la carga viral materna en el momento del parto y de que la madre haya recibido TARGA durante el embarazo. Debe iniciarse antes de las seis horas de vida, si esto no se cumple la efectividad disminuye.

Escenario 1 En mujeres embarazadas que recibieron TARGA con carga viral menor a 50 copias/ml se indica ZDV en monoterapia.

□ Mayores de 35 semanas: 4 mg/kg cada 12 horas por cuatro semanas.

□ Entre las semanas 30 a 35: 2 mg/kg cada 12 horas por vía oral durante los primeros 14 días y luego 3 mg/kg cada 12 horas los siguientes 15 días.

Escenario 2 Si la madre llega con carga viral mayor a 50 copias/ml o no recibió TARGA se indica doble o triple terapia. Si bien no existe buena evidencia de la superioridad de un tratamiento sobre otro, se recomienda triple terapia^(10,11). La combinación con la que existe mayor experiencia en el neonato es zidovudina más nevirapina.

ZDV: ídem al escenario anterior. Nevirapina: tres dosis. La primera en las primeras horas de vida, la segunda a las 48 horas de la primera dosis y la tercera a los cuatro días de la segunda dosis. Dosis vía oral exclusiva: 1,5 a 2 kg: 8 mg. Mayor a 2 kg: 12 mg⁽¹⁰⁾.

Paraclínica y diagnóstico

Debido al pasaje transplacentario de anticuerpos maternos anti VIH, el diagnóstico en los menores de 18 meses se realiza a través de la amplificación del ADN o del ARN viral. En nuestro medio utilizamos la PCR ADN, en sangre del RN con una sensibilidad que varía en función del momento de la toma de la muestra. En las primeras 48 horas de vida la sensibilidad es cercana al 40%, aumentando a 90 a 93% en la segunda semana y a 96% en la cuarta semana⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Se recomienda:

- 1) En caso de:
 - Embarazo no controlado o mal controlado.
 - Diagnóstico tardío de la infección materna.
 - Madre que no recibió TARV en momento oportuno.
 - Madre tratada pero que presenta carga viral mayor de 1.000 copias/mL en el último mes de la gestación. Solicitar PCR VIH al nacer (sangre periférica), al mes y a los 4 meses junto con hemograma. **Si en alguna de esas oportunidades da positivo se repite inmediatamente y se solicita carga viral y poblaciones linfocitarias.**
- 2) En caso de madre con diagnóstico de VIH correctamente tratada y con carga viral menor de 1.000 copias/mL: Se solicitará PCR-VIH a los 14 días, entre cuatro y ocho semanas y en caso de ser negativos entre los cuatro y seis meses de vida⁽¹⁰⁾.

Definiciones

- VIH expuesto: recién nacido hijo de madre con diagnóstico de VIH en el que aún no se ha podido confirmar o descartar la infección.
- VIH positivo: aquel recién nacido hijo de madre VIH positiva y que tenga dos determinaciones de PCR positivas, excluyendo la sangre del cordón.
- Sero revertido: examen de ELISA negativo pasados los 18 meses de vida más todas las determinaciones de PCR negativas⁽¹⁰⁾. **Toxicidad**

vinculada a los fármacos El uso de ZDV en el embarazo se asocia a anemia macrocítica y neutropenia, tanto en la gestante como en el neonato. También se han descrito trombocitopenia y linfopenia. Se trata de una anemia macrocítica sin repercusión clínica⁽¹³⁾.

La hiperlactacidemia es un efecto adverso bastante frecuente vinculado con los fármacos, pudiendo generar toxicidad mitocondrial y potencialmente cuadros neurológicos graves. No está claro si esta asociación existe, así que debemos conocer esta complicación pero no es necesario monitorizarla de forma sistemática y sí ante cuadros neurológicos compatibles.

Para monitorizar dichas complicaciones se realizará al nacimiento (debido al tratamiento que ya recibió la madre) un hemograma y un funcional hepático y luego a los 15 días de vida⁽¹⁴⁾.

Vacunas

En términos generales se recomiendan las inmunizaciones habituales a los niños hijos de madres VIH positivo, dado que el riesgo de infección excede a los potenciales riesgos de la inmunización.

No se administra BCG a los pacientes infectados VIH. En nuestro país no se vacuna con BCG al nacer al hijo de madre VIH positiva, se le indica dicha vacuna luego de descartada razonablemente la infección.

La vacuna e inmunoglobulina están indicadas al nacimiento en los hijos de madres AgHBs positivo o con serología desconocida.

10. No se administran las vacunas a virus vivos atenuados (triple viral, varicela) a los pacientes infectados con VIH que tienen inmunosupresión.

Se administra vacuna antipoliomelítica inactivada a los niños VIH expuestos o infectados⁽¹⁵⁾.

Referencias

10. **Cabrera S, Visconti A, Aguirre R, Giaccheto G, Ramírez Y, Borbonet D, et al.** Guía clínica para la eliminación de la sífilis congénita y la transmisión vertical de VIH. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. DPES. Área de Salud Sexual y Reproductiva. Programa Nacional ITS-VIH/Sida. Montevideo: MSP; 2013.
11. **Nielsen-Saines K, Watts DH, Veloso VG, Bryson YJ, Joao EC, Pilotto JH, et al.** Phase III randomized trial of the safety and efficacy of 3 neonatal ARV regimens for prevention of intrapartum HIV-1

transmission: NICHD HPTN 040/PACTG 1043 [Internet. Consultado 17 agosto 2015]. Washington; 2011. Disponible en: <http://www.hptn.org/web%20documents/AnnualMeeting2011/PresentationJoint/10HPTN040NielsonOK.pdf>

12. **Noguera J, De José MI.** Recomendaciones de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica para el seguimiento del niño expuesto al virus de la inmunodeficiencia humana y a fármacos antirretrovirales durante el embarazo y el periodo neonatal. *An Pediatr (Barc)*. 2012;76(6):360.e1-360.e9.
13. **Fernández-Ibieta M, Ramos Amador JT, González Tomé MI, Guillén Martín S, Bellón Cano JM, Navarro Gómez N, et al.** Anemia y neutropenia en una cohorte de niños no infectados hijos de madres seropositivas para el virus de la inmunodeficiencia humana. *An Pediatr (Barc)*. 2008;69(6):533-43.
14. **Benhammou V, Tardieu M, Warszawski J, Rustin P, Blanche S.** Clinical mitochondrial dysfunction in uninfected children born to HIV-infected mothers following perinatal exposure to nucleoside analogues. *Environ Mol Mutagen*. 2007Apr-May;48(3-4): 173-8.
15. **Braselli A, Chiparelli H, Dutra A, González A, Mansilla M, Marchese A, et al.** Inmunizaciones en el niño VIH expuesto y en el niño VIH infectado [Internet. Consultado 17 agosto 2015]. En: *Profilaxis y tratamiento de la infección por VIH en pediatría*. Montevideo: MSP, OPS/OMS;2006. p.28-30.