



Salud

Gobierno de la República



HONDURAS

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

PT50:2025

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PREVENIR
LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA, SÍFILIS, HEPATITIS B Y
CHAGAS**

Tegucigalpa M.D.C. Octubre 2025 Honduras, C.A.

PT50:2025

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PREVENIR
LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA, SÍFILIS, HEPATITIS B Y
CHAGAS**

Tegucigalpa M.D.C. Octubre 2025 Honduras, C.A



Autoridades

Dra. Carla Marina Paredes

Secretaría de Estado en el Despacho de Salud

Dra. Nerza Gloria Paz

Sub-Secretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dr. Brian Erazo Muñoz

Sub-Secretaría de Regulación Sanitaria

Dra. Suani Violeta Montalván

Sub-Secretaría de Proyectos e Inversiones

Dra. Xochilt Maria Chavez

Dirección General de Normalización

Dr. Saúl Hernán Cruz

Dirección General de Riesgos Poblacionales

Dr. Oscar Andrés Paredes

Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud

Abg. Grodvin Cantillano

Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo

Dr. Octavio Izaguirre

Dirección General de Desarrollo de Recursos Humanos

APROBACIÓN

Xochilt Chavez, Directora General de Normalización, mediante **RESOLUCIÓN No. 11-DGN-2025, PT50:2025**, del 22 de octubre del 2025, me permito aprobar el **“Protocolo de Atención Integral para Prevenir la Transmisión Maternoinfantil del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Sífilis, Hepatitis B y Chagas”**.

Contenido

1. Introducción	7
2. Justificación	8
3. Objetivo general	9
4. Objetivos específicos	9
5. Alcance	9
6. Acrónimos, símbolos y términos abreviados	10
7. Términos y definiciones.....	12
8. Metodología	16
9. Aspectos generales.....	17
9.1 Riesgo de transmisión maternoinfantil del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Sífilis, Hepatitis B y enfermedad de Chagas	17
9.2 Prevención de la transmisión maternoinfantil de infecciones transmisibles: Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Sífilis, Hepatitis B, Chagas.....	19
10. Intervenciones de la atención integral para prevenir la transmisión maternoinfantil de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, la Sífilis, la Hepatitis B y la enfermedad de Chagas.....	20
10.1 Intervenciones en la adolescencia y previo al embarazo	20
10.2 Intervenciones en el embarazo, parto, lactancia, recién nacidos y lactantes expuestos	21
10.2.1 Prevención de la transmisión maternoinfantil del Virus de la Inmunodeficiencia Humana.....	21
10.2.1.1 Diagnóstico de la infección por VIH en el embarazo, parto y período de lactancia.....	21
10.2.1.2 Manejo clínico de las mujeres con VIH en el periodo de embarazo, parto y lactancia.....	24
10.2.1.3 Tratamiento antirretroviral en el embarazo y lactancia	24
10.2.1.4 Tratamiento antirretroviral en labor y parto.	26
10.2.1.5 Manejo durante el parto de mujeres con Virus de la Inmunodeficiencia Humana.....	27
10.2.1.6 Manejo y seguimiento de recién nacidos y lactantes expuestos al Virus de la Inmunodeficiencia Humana.	28
10.2.1.7 Consejería en alimentación infantil	32

10.2.2	Prevención de la transmisión de la sífilis	33
10.2.2.1	Diagnóstico de la sífilis en la embarazada.....	33
10.2.2.2	Tratamiento de la sífilis para mujeres embarazadas	34
10.2.2.3	Seguimiento clínico de recién nacidos y lactantes expuestos a la sífilis.....	35
10.2.3	Prevención de la transmisión de la hepatitis B.....	39
10.2.3.1	Diagnóstico de hepatitis B en el embarazo.....	39
10.2.3.2	Profilaxis materna con antivirales para la prevención de la transmisión de la hepatitis B	40
10.2.3.3	Tratamiento para Hepatitis B.....	40
10.2.3.4	Seguimiento del recién nacido y lactantes expuestos al VHB.....	42
10.2.4	Prevención de la transmisión de la enfermedad de Chagas.....	44
10.2.4.1	Diagnóstico de la infección de Chagas	44
10.2.4.2	Seguimiento clínico del recién nacido y lactantes expuestos a la infección de Chagas.....	44
10.2.4.3	Tratamiento de la enfermedad de Chagas para la madre seropositiva.....	45
10.3	Consideraciones para seguimiento de los recién nacidos y lactantes expuestos al Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Sífilis, Hepatitis B y enfermedad de Chagas .	46
11.	Herramientas de aplicabilidad.....	47
11.1	Algoritmo de pruebas para el diagnóstico precoz (temprano) en el recién nacido y lactante expuesto al VIH.	47
11.2	Algoritmo sobre el uso de profilaxis antiviral para la prevención de la transmisión de madre a hijo/hija en embarazadas con VHB y evaluación de la elegibilidad del tratamiento.	48
11.3	Algoritmo para Diagnóstico de Chagas Congénito.	49
12	Bibliografía.....	50
13	Anexos	53
	Anexo 13.1 Componentes de la prevención de la transmisión maternoinfantil de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Sífilis, Hepatitis B y enfermedad de Chagas.....	53
	Anexo 13.2 Dosis de los ARV de la profilaxis a niñas /niños expuestos al VIH.....	55

1. Introducción

Honduras, como parte de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha asumido el compromiso de impulsar la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones como la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas, considerados estos un problema de salud pública.

Alcanzar y mantener la eliminación requiere un fuerte compromiso político y de salud pública con un sistema de salud que: a) garantice el acceso continuo a servicios que proporcionen prevención y tratamientos primarios de calidad para las mujeres y las adolescentes y sus recién nacidos o lactantes, a lo largo de la vida; b) preste servicios que respeten y protejan los derechos humanos y garanticen la igualdad de género y la participación de la comunidad; y c) dispongan de sistemas de vigilancia funcionales con la capacidad de detectar y monitorear de manera integral a las mujeres con infección o en riesgo de adquirirla, así como los resultados observados en los niños.

El éxito de la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH depende de la detección temprana de la infección materna y de la iniciación y el mantenimiento del tratamiento a lo largo de toda la vida en todas las mujeres en edad fértil con VIH, así como de los programas de prevención y atención para las parejas masculinas. Del mismo modo, la prevención de la transmisión maternoinfantil de la sífilis requiere la detección temprana y la curación de las mujeres y de sus parejas con diagnóstico de sífilis cuando sean aptas para ello. Todos los recién nacidos, lactantes y niños pequeños expuestos al VIH o al VHB deben recibir servicios de prevención y atención, incluida la profilaxis adecuada, la vacunación sistemática, el seguimiento y el tratamiento cuando esté indicado.

Este documento comprende los procedimientos para estandarizar las intervenciones realizadas en todos los niveles de la red de servicios, procurando garantizar una atención de calidad y calidez para la prevención de transmisión maternoinfantil de las infecciones por VIH, sífilis, hepatitis B y la enfermedad de Chagas iniciando con la oferta de las pruebas diagnósticas, el manejo clínico en los periodos del embarazo, perinatal, post natal y seguimiento del recién nacido y lactante expuesto.

2. Justificación

Sobre la base de una plataforma integrada de salud maternoinfantil, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha actuado para poner en práctica la cobertura universal de salud en el contexto de la prevención integrada de las enfermedades transmisibles. Es así que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha elaborado la estrategia “ETMI Plus”, que incluye la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, Sífilis, VHB, y de la infección de Chagas congénita [1].

Existen compromisos y vínculos establecidos a nivel internacional y nacional que definen el marco legal que faculta y promueve desde la Secretaría de Salud, la garantía del derecho a la salud, así como a realizar las acciones políticas, técnicas y administrativas que contribuyan a disminuir este importante problema social y de salud pública. En tal sentido, en diciembre del 2022 se realizó la actualización del *Plan de acción nacional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, Sífilis, Hepatitis B y la enfermedad de Chagas 2023-2025 (ETMI Plus)* [2].

Honduras ha realizado esfuerzos importantes en la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, Sífilis, Hepatitis B y Chagas, a través del uso de antirretrovirales en la embarazada y el recién nacido perinatalmente expuesto, la vigilancia centinela del VIH y la sífilis, aplicación de pruebas rápidas a embarazadas de zonas con mayor prevalencia de sífilis, según disponibilidad, tratamientos oportunos y adecuados a las embarazadas con sífilis y sus parejas, esquemas de vacunación de hepatitis B para los recién nacidos no patológicos [2].

Sin embargo, aún existen brechas en el diagnóstico de las embarazadas, vigilancia del cumplimiento normativo que dicta la realización de dos pruebas de VIH (primer y tercer trimestre de embarazo) [3], la realización de pruebas en los primeros dos meses de vida de los recién nacidos expuestos por VIH [3], el diagnóstico de la enfermedad de Chagas y la vacunación por virus de la hepatitis B a adolescentes y mujeres en edad fértil previo al embarazo, entre otras.

La elaboración de este protocolo, se hizo con el fin de estandarizar las nuevas evidencias sobre la prevención de la transmisión maternoinfantil, del VIH, Sífilis, Hepatitis B y la enfermedad de Chagas, relacionadas a la vacunación, detección, manejo clínico y tratamiento de estas infecciones en las mujeres antes del embarazo, durante el embarazo, en el parto, en la lactancia materna y a los recién nacidos y lactantes expuestos. Incluye además la integración de otras intervenciones para la prevención del VIH y de las ITS, como la profilaxis previa exposición al VIH (PrEP) y la profilaxis posterior a la infección (PPE) del VIH e ITS.

Con estas actualizaciones se pretende cumplir con una parte importante del Plan de ETMI Plus y sobre todo dar respuesta a las necesidades de salud de las personas que son afectadas por estas infecciones.

3. Objetivo general

Estandarizar las intervenciones de la atención integral para prevenir la transmisión maternoinfantil del virus de la Inmunodeficiencia Humana, Sífilis, Hepatitis B y Chagas.

4. Objetivos específicos

4.1 Definir las intervenciones para la detección, diagnóstico, manejo clínico y tratamiento de mujeres en edad fértil, embarazadas, en trabajo de parto, y en periodo de lactancia, que presenten o tengan riesgo de presentar las infecciones por VIH, Sífilis, Hepatitis B y Chagas, con el fin de brindar una atención integral y oportuna que permita reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil.

4.2 Asegurar las herramientas para la atención integral y oportuna de la embarazada con VIH, Hepatitis B, Sífilis o enfermedad de Chagas, y a los recién nacidos y lactantes expuestos a las infecciones.

5. Alcance

Será aplicado por el personal de los equipos multidisciplinarios en todos los establecimientos de la red integrada de servicios de salud, a mujeres en edad fértil, sus parejas o contactos, hijos e hijas, en etapas previa al embarazo, durante el embarazo, en los periodos perinatal, posnatal del recién nacido y lactante expuesto.

5.1 Población diana

Mujeres en edad fértil, embarazadas, recién nacidos y lactantes expuestos por transmisión maternoinfantil a las infecciones por VIH, Sífilis, VHB o enfermedad de Chagas.

5.2 Usuarios del documento

Proveedores de salud que brinda atención a mujeres en edad fértil, en etapas previa al embarazo, durante el embarazo, en los periodos perinatal y posnatal y a recién nacidos y lactantes.

5.3 Niveles de atención

Este protocolo aplica para proveedores del primer y segundo nivel de atención de establecimientos de salud públicos y no públicos.

6. Acrónimos, símbolos y términos abreviados

3TC	Lamivudina
ABC	Abacavir
AgHBs	Antígeno de superficie del virus de la hepatitis B
AgHBe	Antígeno e del virus de la hepatitis B
ALT	Alanina aminotransferasa
APRI	Índice de relación aspartato aminotransferasa/plaquetas
ATV	Atazanavir
AZT	Zidovudina
ARV	Antirretroviral
DTG	Dolutegravir
EFV	Efavirenz
ETV	Entecavir
FTC	Emtricitabina
HB	Hepatitis B
IgHB	Inmunoglobulina antihepatitis B
ITS	Infecciones de transmisión sexual
IV	Intravenosa
LVP	Lopinavir
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
NVP	Nevirapina
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAN	Pruebas de ácidos nucleicos
PCR	Reacción en Cadena de la Polimerasa
PDR	Prueba de diagnóstico rápido
PrEP	Profilaxis previa exposición
RTV	Ritonavir
/r	Ritonavir en dosis bajas
SAI	Servicios de atención integral
TAR	Tratamiento antirretroviral
TAF	Tenofovir alafenamida
TB	Tuberculosis
<i>T. cruzi</i>	<i>Trypanosoma cruzi</i>
TDF	Tenofovir diproxil fumarato
TLD	Tenofovir, lamivudina y dolutegravir (en comprimido de dosis fija)

VHB	Virus de la Hepatitis B
VHC	Virus de la Hepatitis C
VHS	Virus del herpes simple
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VO	Vía oral

7. Términos y definiciones

Para el propósito de este documento, los siguientes términos y definiciones aplican:

ADN del VHB: Fragmentos del genoma del virus de la hepatitis B que se pueden detectar y medir en el suero [4].

Adherencia: Es la medida en que el comportamiento de una persona, por ejemplo, tomar medicamentos, seguir una dieta y/o cambiar el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de atención médica [5].

Antirretrovirales (ARV): Se refieren a los medicamentos utilizados para tratar el VIH [5].

Carga viral: Es la cuantificación de las partículas virales en los fluidos corporales, por ejemplo, ARN viral por mililitro de sangre [5].

Carga viral de bajo nivel: Es uno o más resultados de carga viral detectables (más de 50 copias/ml) pero iguales o inferiores a 1000 copias/ml [5].

Carga viral no detectable: Se utiliza en el caso de la infección por el VIH, para indicar que la cantidad de virus en la sangre de una persona está por debajo del límite de la detección de la prueba o análisis de laboratorio que se utiliza para determinar la carga viral. La carga viral no detectable y la supresión viral se definen como una carga viral igual o inferior a 50 copias/ml [5].

Cirrosis: Cicatrización extensa del hígado como resultado de su inflamación crónica (estadio F4 del sistema de calificación METAVIR) [4].

Coinfección TB/VIH: Toda persona que tiene una prueba de tamizaje y una prueba confirmatoria para VIH positiva y ha sido infectada o está enferma de tuberculosis (TB) [6].

Confidencialidad: Acuerdo implícito o explícito del personal de salud de no dar a conocer información relativa de la persona que brinda un servicio de salud. Es un deber de los proveedores de salud de proteger la información de la persona y no divulgarla sin autorización [7].

Consejería en VIH basada en riesgo: Es una intervención breve e interactiva, enfocada en la persona usuaria de tal forma que se posibilite la creación de un vínculo, dirigida a dar respuesta a sus inquietudes y necesidades específicas relacionadas a su estado serológico respecto al VIH, en base a la evaluación de las circunstancias particulares de riesgo de adquirir o transmitir el VIH; con una visión amplia de cascada de atención [8].

Diagnóstico en el lactante: Pruebas realizadas en lactantes y niños pequeños para determinar su estado serológico respecto al VIH después de una posible exposición al VIH durante el embarazo, el parto y el puerperio. El diagnóstico en el lactante debe realizarse utilizando tecnologías moleculares (ácidos nucleicos) en menores de 18 meses; pueden usarse ensayos serológicos para los niños de más de 18 meses de edad [9].

Diagnóstico temprano en el lactante: La realización de pruebas en los lactantes expuestos al VIH antes de los dos meses de edad, para establecer de forma temprana el diagnóstico y el acceso al tratamiento del VIH que salva vidas [9].

Grupos de población clave: Grupos definidos que, debido a determinados comportamientos más riesgosos, tienen un mayor riesgo de infectarse con VIH independientemente del tipo epidémico o el contexto local. En este protocolo se consideran grupos de población clave los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas privadas de libertad, los y las trabajadoras sexuales, las personas trans (transgénero, travestis, transexuales), y las personas que consumen drogas inyectables [10] [11].

Infección crónica por VHB: Persistencia del AgHBs durante seis meses o más tras la infección inicial por el VHB [4].

Lactantes expuestos: Lactantes nacidos de madres con VIH, sífilis, VHB o Chagas [9].

Medicamentos ARV: Son fármacos que sirven específicamente para inhibir la replicación del VIH en el organismo [5].

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 [8].

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 [12].

Prestación integrada de servicios: Servicios de salud que son gestionados y prestados de una forma que garantice que las personas reciban toda la gama de servicios de promoción de la salud, prevención de infecciones, diagnóstico, tratamiento, atención médica integral, rehabilitación y cuidados paliativos en los diferentes niveles y centros de atención del sistema de salud y según sus necesidades a lo largo de toda su vida [9].

Profilaxis con tenofovir: Uso del fumarato de disoproxilo de tenofovir para prevenir la transmisión maternoinfantil del virus de la hepatitis B [4].

Profilaxis en el parto (Hepatitis B): Profilaxis desde al menos el segundo trimestre del embarazo hasta al menos después del parto [13].

Prueba de diagnóstico rápido (PDR): Inmunoanálisis que detectan anticuerpos o antígenos y pueden dar un resultado en menos de 30 minutos. La mayoría de las PDR se pueden realizar con

sangre total capilar procedente de muestras obtenidas por punción digital, y algunas con muestras de líquido bucal [9].

Pruebas de ampliación de ácidos nucleicos (PAAN): Una tecnología molecular, por ejemplo, la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) o la amplificación del ácido nucleico basada en la secuencia, que puede detectar cantidades muy pequeñas de ácido nucleico (ADN o ARN) viral, ya sea cualitativa o cuantitativamente [9].

Pruebas no treponémicas (sífilis): Pruebas serológicas para la sífilis que son marcadores indirectos que miden la respuesta inmunitaria del anfitrión a las infecciones, incluida la determinación rápida de inmunoglobulina E en plasma, la prueba del Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas (VDRL, por su sigla en inglés) y la prueba de suero sin calentar con rojo de toluidina (TRUST). Las pruebas no treponémicas también se utilizan para monitorear la respuesta al tratamiento [9].

Pruebas treponémicas (sífilis): Pruebas serológicas para la sífilis que determinan los anticuerpos contra la infección, incluido el análisis de hemaglutinación por *Treponema pallidum* (TPHA), el ensayo de aglutinación de partículas de *Treponema pallidum* (TPPA) y el anticuerpo treponémico fluorescente absorbido (FTA-ABS). Las pruebas treponémicas determinan que ha habido alguna infección a lo largo de la vida. Esta prueba no permite diferenciar entre una persona que está actualmente infectada y una que se ha curado [9].

Profilaxis: Consiste en las medidas para prevenir la ocurrencia de infecciones y enfermedades [14].

Proveedor de Salud: Personas 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) [15].

Supresión viral: Es una carga viral no detectable, igual o inferior a 50 copias/ml [5].

Servicios de pruebas de VIH: Un término que abarcan no solo las pruebas de VIH en sí mismas, sino también toda la gama de servicios que se deben ofrecer junto con ellas, es decir, el asesoramiento (información breve antes de la realización de la prueba y asesoramiento posterior); la vinculación con servicios apropiados de prevención, atención y tratamiento del VIH y otros servicios clínicos y de apoyo, y la coordinación con los servicios de laboratorio para garantizar la calidad [16].

Transmisión vertical: Transmisión de una infección causada por bacterias o virus patógenos que utilizan la transmisión de madre a hijo/hija, es decir, la transmisión directa de la madre al

embrión, feto o bebé durante el embarazo o el parto. Puede ocurrir cuando la madre tiene una enfermedad preexistente o se infecta durante el embarazo. La definición estricta del término médico “transmisión vertical” no incluye la transmisión a través de la lactancia materna [9] [17].

Tratamiento antirretroviral (TAR): Uso de una combinación de tres o más medicamentos ARV para tratar la infección por VIH [5].

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 [12].

8. Metodología

La Secretaría de Salud a través del Programa de Atención de Enfermedades Transmisibles, Infecciosas y otras, componente de VIH de la Dirección General de Riesgos Poblacionales, con apoyo de la Dirección General de Normalización, realizó la recopilación de últimas evidencias emitidas por la OPS / OMS y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), para la elaboración de este documento normativo.

Además, se llevó a cabo la validación por un equipo de expertos en el tema de VIH, Sífilis, Hepatitis B y Chagas, miembros de organizaciones de sociedad civil (OSC), agencias de cooperación, proveedores de servicios de salud del primer y segundo nivel de atención, haciendo observaciones justificadas con base científica y con la aplicación de prueba práctica en campo, realizando los ajustes correspondientes.

9. Aspectos generales

9.1 Riesgo de transmisión maternoinfantil del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Sífilis, Hepatitis B y enfermedad de Chagas

- **Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)**

El VIH puede transmitirse de una mujer con VIH a su hijo durante el embarazo, el parto, o después del parto a través de la lactancia materna. El riesgo de transmisión es más elevado entre las madres que:

- Contraen la infección por VIH durante el embarazo o durante la lactancia.
- Están gravemente enfermas debido a la infección por VIH (enfermedad avanzada).
- No tienen supresión viral.

Sin tratamiento, aproximadamente el 15% - 30% de los recién nacidos de mujeres con VIH contraen el VIH durante la gestación o el parto, y otro 5% - 15% contraen el VIH a través de la lactancia materna [9] [18]. Del 12 al 14% de los bebés no infectados en el momento del nacimiento contraen la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH si los amamanta una madre infectada con dicho virus.

Las personas de grupos de población clave y en condiciones de vulnerabilidad tienen mayor riesgo de infectarse con el VIH.

La forma más eficaz de prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH consiste en reducir la carga viral materna. Si una madre con el VIH está tomando tratamiento antirretroviral (TAR) y mantiene una carga viral suprimida (< 1000cp) durante el embarazo, el parto y la lactancia, el riesgo de transmisión del VIH puede ser tan bajo como <1% [18].

La evidencia es clara de que las personas con VIH con una carga viral indetectable no pueden transmitir el VIH sexualmente. Así mismo el uso consistente de la PrEP previene hasta en un 90% el riesgo de adquirir el VIH [18].

- **Sífilis**

La sífilis es una ITS causada por la bacteria *Treponema pallidum*. Se transmite por vía sexual con lesiones infecciosas de las mucosas o excoりaciones cutáneas, por transfusión sanguínea y también de la embarazada al feto por vía placentaria. Si no se trata la infección, es frecuente un resultado adverso del embarazo. Más de la mitad de los embarazos en las mujeres con sífilis activa conducen a aborto, muerte fetal, muerte neonatal temprana, un recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer, infección neonatal grave y la muerte. La detección de la sífilis materna de forma temprana en el embarazo y el tratamiento oportuno de las mujeres seropositivas cura la sífilis tanto en la madre como en el feto y puede prevenir la sífilis congénita [9].

- **Hepatitis B.**

El VHB se transmite predominantemente por exposición percutánea o mucosa a sangre y fluidos corporales infectados, como saliva, flujo menstrual y vaginal, líquido seminal, calostro y leche materna y exudados serosos. El VHB también puede transmitirse por inoculación accidental de pequeñas cantidades de sangre o fluido durante procedimientos médicos, quirúrgicos y dentales o por objetos afilados contaminados con sangre infectada; uso de jeringas y agujas esterilizadas de manera inadecuada; abuso de drogas por vía intravenosa y percutánea; tatuajes; perforaciones corporales y acupuntura. El VHB puede transmitirse sexualmente.

A nivel mundial, las principales vías de transmisión del VHB son la transmisión maternoinfantil y la transmisión en la primera infancia, que se pueden prevenir con una vacunación eficaz de los lactantes y la vacunación oportuna contra la hepatitis B al nacer. Las infecciones infantiles también representan la mayoría de las infecciones crónicas, que pueden provocar complicaciones de cáncer de hígado y cirrosis [9].

La transmisión maternoinfantil del VHB es más común en los hijos de madres que tienen una carga viral alta o que han dado positivo al antígeno y del virus de la hepatitis B (AgHBe). Aunque el VHB puede infectar al feto en el útero, esto es poco frecuente y la transmisión generalmente se asocia con hemorragia anteparto y desgarros placentarios. El mayor riesgo de desarrollar una infección crónica es del 90% después de la transmisión de la madre al hijo (hasta los seis meses de edad), pero disminuye alrededor del 30% entre los 5 meses y los 5 años de edad.

El uso de antivirales puede suprimir los valores de ADN del VHB y reducir la transmisión del VHB a los recién nacidos de mujeres que han dado positivo al AgHBs, además de la administración de la vacuna al recién nacido [13].

- **Enfermedad de Chagas.**

La enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana es una enfermedad parasitaria causada por el protozoo *Trypanosoma cruzi*. Se transmite por insectos hemípteros de la subfamilia *Triatominae* (chinches o vinchucas), capaces de colonizar viviendas rurales, suburbanas o urbanas insalubres. Se puede transmitir también por transfusiones de sangre, trasplante de órganos, por alimentos o bebidas contaminadas e ingeridas, verticalmente de madre a hijo a través de la placenta entre otras. La enfermedad de Chagas puede causar consecuencias irreversibles y crónicas en el sistema nervioso, el sistema digestivo y el corazón [19].

La transmisión congénita de *T. cruzi* ocurre durante el segundo o tercer trimestre del embarazo, así como cerca del parto si se producen roturas o desgarros en la placenta. Los recién nacidos con enfermedad de Chagas congénita están en la fase aguda, la mayoría presentan síntomas leves o nulos. Sin embargo, si no se trata, la infección durará toda la vida y estos bebés corren el riesgo de desarrollar síntomas de enfermedad de Chagas crónica más adelante en la vida. Pueden presentar: bajo peso al nacer, prematuridad, bajos puntajes de Apgar, hepatoesplenomegalia, anemia, trombocitopenia. Aunque es poco común, la enfermedad grave en bebés infectados puede incluir meningoencefalitis, neumonitis, anasarca y muerte.

La transmisión temprana aumenta el riesgo de aborto espontáneo, y la transmisión después de las 22 semanas de gestación resulta en muerte fetal o en un bebé nacido vivo infectado [19] [20] Los factores asociados o posiblemente asociados con un mayor riesgo de transmisión congénita de *T. cruzi*, son: parasitemia materna, edad materna, exposición a vectores durante el embarazo, infección por VIH, respuestas inmunitarias maternas, embarazo gemelar, influencia de la diversidad genética de *T. cruzi* [19].

9.2 Prevención de la transmisión maternoinfantil de infecciones transmisibles: Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Sífilis, Hepatitis B, Chagas

- La prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, sífilis, hepatitis B y la enfermedad de chagas comprende la prestación integrada de un conjunto de intervenciones dirigidas a las mujeres en edad fértil previo al embarazo, en el embarazo, parto, lactancia y el seguimiento a las y los recién nacidos y lactantes expuestos. Estas intervenciones se agrupan en cuatro componentes **(ver Anexo 1)**:
 - Prevención de las infecciones en mujeres en edad fértil y sus parejas.
 - Prevención de embarazos entre las mujeres con infección por VIH, sífilis, VHB o enfermedad de Chagas. Comprende la planificación familiar para evaluar las intenciones de fertilidad y apoyar la planificación.
 - Diagnóstico, atención, profilaxis, tratamiento a mujeres con infección por VIH, sífilis, VHB o enfermedad de Chagas para evitar la transmisión a su hijo o hija.
 - Atención y tratamiento a recién nacidos y lactantes expuestos y apoyo a las mujeres en el puerperio y lactancia [17].

IMPORTANTE. En cada uno de los componentes se incluye la derivación de las mujeres, niños y niñas a los mecanismos de trabajo social y redes de apoyo social correspondientes.

- En la **atención a mujeres con VIH**, los proveedores de salud, deben asegurar una atención integral e integrada, ofrecer todas las opciones de TAR y que no sean objeto de coerción para someterse a la esterilización o ser presionadas para la atención. [21].

10. Intervenciones de la atención integral para prevenir la transmisión maternoinfantil de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, la Sífilis, la Hepatitis B y la enfermedad de Chagas.

10.1 Intervenciones en la adolescencia y previo al embarazo

- Promoción y oferta de los servicios de diagnóstico y tratamiento de las infecciones por VIH, sífilis, virus de hepatitis B (VHB), *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*).
- Ofertar y realizar pruebas de VIH a todas las personas con sospecha o con diagnóstico de ITS.
- Notificación asistida a parejas sexuales y vinculación a servicios de prevención y atención según resultados de las pruebas.
- Educación, orientación y oferta de servicios de planificación familiar a mujeres con infección por VIH, sífilis, VHB o enfermedad de Chagas.
- Vacunación a adolescentes que no fueron vacunados previamente, según Esquema Nacional de Vacunación [22].
- Seguimiento al TAR para la supresión viral en mujeres y sus parejas con diagnóstico conocido de VIH que deseen tener hijos [23].
- PrEP a las mujeres sexualmente activas sin VIH y a las que están tratando de concebir, con énfasis a mujeres en riesgo significativo de infectarse con VIH [24].
- Orientación y apoyo a parejas serodiscordante:
 - La pareja que TIENE VIH: adherencia al TAR, cumplir con las citas y realización de exámenes según prescripción, seguimiento de carga viral para lograr la supresión.
 - La pareja que NO TIENE VIH: Usar PrEP, realizarse la prueba de VIH con frecuencia, uso del condón en las relaciones sexuales, evitar tener relaciones sexuales con otras personas [25].
- Realizar la prueba del VHB a todas las personas con VIH al inicio de la atención o cuando comienzan el tratamiento antirretroviral (TAR); se debe vacunar a las personas que no tengan la infección por el VHB [4] [13].
- Proveer **a todas las personas con VIH** la vacuna contra el VHB lo antes posible. Se recomienda realizar un análisis serológico postvacunal entre 1 y 2 meses después de la administración de la última dosis de la vacuna contra el VHB. La vacuna contra la hepatitis

B es inocua y eficaz. Las personas con infección por el VIH deben seguir el mismo esquema de vacunación que las personas sin VIH.

- Oferta de servicios de psicología y trabajo social según el riesgo del caso y el contexto social y familiar.
- Captación temprana de las mujeres embarazadas.

10.2 Intervenciones en el embarazo, parto, lactancia, recién nacidos y lactantes expuestos

10.2.1 Prevención de la transmisión maternoinfantil del Virus de la Inmunodeficiencia Humana

10.2.1.1 Diagnóstico de la infección por VIH en el embarazo, parto y período de lactancia

- A toda mujer en la primera consulta de la atención prenatal o cuando sea captada se le debe ofrecer la prueba de VIH y repetirla al final del embarazo en la tercera consulta de la atención prenatal.
- En mujeres con factores de riesgo (pareja con VIH que no reciben TAR o que reciben TAR con carga viral detectable, o se desconoce la carga viral, con ITS, pareja de población clave, usuaria de drogas, con signos y síntomas de infección aguda por VIH o con exposición continua al VIH), repetir la prueba del VIH cada 3 meses.
- En caso que las mujeres opten por no realizarse la prueba de VIH, en cualquiera de los periodos (embarazo, parto, puerperio, lactancia) debe prevalecer el interés superior del niño, niña y se debe recurrir a las instancias competentes principalmente a la Secretaría de la Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF), según Guía para proveer el servicio de consejería en VIH basada en riesgo [26], vigente.
- Cuando se sospeche una infección aguda por VIH durante el embarazo, el período intraparto o durante la lactancia, se debe realizar una carga viral junto con una prueba serológica.
- En el **Cuadro 1**, se describen los momentos para la realización de la prueba a mujeres en los períodos de embarazo, parto y lactancia

Cuadro 1. Momentos para la realización de pruebas de VIH en el embarazo, parto y lactancia.

Momentos			
Durante el embarazo, (primera consulta prenatal o cuando sea captada)	Al final del embarazo (consulta prenatal entre las 28 y 32 semanas)	Prueba en el parto y puerperio inmediato	Repetición tras el parto en período de lactancia (3 meses, 6 meses o 9 meses después del parto)
○ Todas las embarazadas	○ Todas las embarazadas	○ Todas las mujeres que no se realizaron la prueba en el embarazo o no se realizó la prueba en el tercer trimestre, o falta de documentación.	○ Mujeres con riesgo continuo que dan lactancia, como ser: mujeres que pertenecen a poblaciones clave o cuyas parejas pertenecen a poblaciones clave.

Tomado de: Organización Mundial de la Salud, Directrices consolidadas sobre los servicios de detección del VIH, 2019 [Consolidated guidelines on HIV testing services, 2019], Ginebra, 2021 [27]

- La realización de la prueba de VIH, en el parto y puerperio inmediato, cuando sea por criterio médico, debe ser manejada como una urgencia médica a fin de brindar una atención oportuna tanto a la madre como al hijo o hija en el caso que sea requerida [28]. Se debe informar a la madre y conseguir **si es posible**, el consentimiento de forma verbal y documentarlo en el expediente clínico. En la “Boleta de Solicitud de Examen y resultado de la infección del VIH”, llenar la información de datos generales y la información con la que se cuenta. El proceso de consejería se realizará cuando las condiciones de la madre lo permitan, en donde también se le debe explicar todas las acciones o procedimientos realizados a ella y al niño o niña.
- En las consultas de atención prenatal se debe promover y ofrecer la realización de pruebas a las parejas, especialmente de grupos de poblaciones clave o con parejas serodiscordantes.

- Los resultados de la prueba de VIH del padre biológico deben documentarse en el expediente médico del recién nacido y comunicarse al proveedor de atención primaria del recién nacido.
- Si la mujer y/o su pareja resultan VIH negativos, se debe:
 - Brindar orientación sobre el riesgo de transmisibilidad del VIH cuando la madre adquiere la infección en el embarazo o al dar lactancia materna.
 - Orientación sobre el uso y distribución de condones.
 - Ofrecer PrEP a mujeres con riesgo significativo a la infección por VIH.
- El ofrecimiento de la PrEP a mujeres embarazadas y lactantes, debe realizarse tomando en cuenta los siguientes escenarios:
 - Una mujer que toma PrEP y que posteriormente queda embarazada y sigue en riesgo significativo de infección por VIH.
 - Una mujer VIH negativa embarazada o lactante de grupo de población clave o con riesgo significativo de adquirir el VIH.
 - Una mujer cuya pareja tiene VIH, pero no tiene supresión viral (no detectable), es de reciente diagnóstico, menos de 1 año en TAR.
- A toda mujer con diagnóstico reciente de VIH en el embarazo, parto o puerperio se le debe ofrecer lo siguiente:
 - Apoyo para la vinculación inmediata a la atención y tratamiento lo antes posible.
 - La prueba de VIH a sus hijos o hijas y vincularlos con atención y tratamiento del VIH según sea necesario.
 - Servicio de notificación asistida a contactos u apoyo para la revelación del diagnóstico.
- En las consultas de atención prenatal, se debe brindar orientación sobre los riesgos de infectarse con VIH, los beneficios de repetirse las pruebas por su propia salud y la de su hijo o hija, el calendario de repetición de las pruebas y la importancia de que lleven a sus hijos o hijas a los servicios durante los primeros dos años de vida.

Se debe enfatizar sobre la importancia de llevar el Carnet perinatal al momento de las consultas, en la atención del parto y puerperio.

10.2.1.2 Manejo clínico de las mujeres con VIH en el periodo de embarazo, parto y lactancia

- **Mujeres con diagnóstico reciente en el embarazo, puerperio y lactancia:**
 - Realizar todas las acciones de la **consulta inicial** según el *Manual de atención integral a personas adultas y adolescentes con el virus de la inmunodeficiencia humana* [23], vigente; categorizar si es infección temprana o enfermedad avanzada.
 - Las **consultas de seguimiento** se deben realizar de la siguiente forma:
 - Primera visita: a los 7 días después de la consulta inicial.
 - Segunda consulta: 15 días después de la consulta inicial.
 - Tercera visita: al mes de la consulta inicial.
 - Siguietes consultas: cada mes, hasta completar todo el embarazo.
- **Mujeres con diagnóstico conocido antes del embarazo:**
 - De acuerdo a la prestación de servicios diferenciados deben ser manejadas en la categoría de *Inestables a TAR*, para las mujeres con más de un año en manejo clínico y TAR. Si la mujer estaba en la categoría de estable en TAR pasa a ser manejada según la categorización de Inestable en TAR.

IMPORTANTE. En la consulta inicial y de seguimiento en los SAI, así como en las consultas de atención prenatal se debe enfatizar a la embarazada con VIH, acerca de llevar los medicamentos ARV para cuando sea el momento del parto.

10.2.1.3 Tratamiento antirretroviral en el embarazo y lactancia

- Se debe iniciar urgentemente el TAR en todas las mujeres con VIH embarazadas y en periodo de lactancia, incluso si se las identifica en una etapa avanzada del embarazo o en el posparto.
- Todas las mujeres con diagnóstico reciente de VIH en el embarazo, parto o puerperio son elegibles para recibir TAR, independientemente de la edad gestacional, el recuento de CD4 o el estadio clínico.
- **Esquema preferente y los esquemas alternativos.** En el **Cuadro 2**, se describen los esquemas de TAR para las mujeres con diagnóstico reciente en el embarazo y lactancia.

Cuadro 2. Esquemas preferente y alternativo para embarazadas y en la lactancia con reciente diagnóstico del VIH

Régimen de primera línea preferente	Régimen alternativo
Tenofovir disoproxil fumarato (TDF) 300 mg + Lamivudina (3TC) 300 mg + Dolutegravir (DTG) 50 mg una vez al día.	Tenofovir disoproxil fumarato (TDF) 300 mg + Emtricitabina (FTC) 200 mg, 1 tableta diaria + Raltegravir 400 mg cada 12 horas.
	Abacavir (ABC) 300 mg +Dolutegravir (DTG) 50 mg + Lamivudina (3TC) 150 mg.
Nota: Utilizar combinación de Dosis Fija: (TDF + 3TC + DTG) una vez al día.	

Tomado de: World Health Organization, Updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring Geneva, March 2021.

- Las mujeres con diagnóstico conocido, deben recibir el esquema de TAR de forma continua en el embarazo, parto y puerperio.
- En el caso de infección simultánea por el VHB y el VIH, **el esquema de TAR** debe ser a base de tenofovir + lamivudina [o emtricitabina]):
 - Tenofovir disoproxil fumarato (TDF) 300 mg + Lamivudina (3TC) 300 mg + Dolutegravir (DTG) 50 mg una vez al día
- **Seguimiento del TAR en embarazadas y en periodo de lactancia [5] [18]**
 - Se debe **dar prioridad a las muestras y resultados de carga viral** de mujeres embarazadas y lactantes durante todo el proceso de referencia al laboratorio (incluida la recolección de muestras, las pruebas y la devolución de resultados).

En todas las visitas de atención prenatal y posnatal se debe proporcionar consejería en adherencia sobre el cumplimiento para garantizar que se mantenga la supresión viral durante todo el embarazo y la lactancia.

- En el **Cuadro 3**, se describen las acciones del seguimiento del CV a mujeres con VIH en el embarazo y lactancia.

Cuadro 3: Seguimiento de la CV en mujeres embarazadas y lactancia dependiendo del inicio del TAR

Tiempo de inicio de TAR	Momento para realizar prueba de carga viral	Acción
Para todas las mujeres embarazadas, independientemente del momento de inicio del TAR.	Entre las semanas 33 y 36 de gestación.	Según el resultado de la carga viral, seguir el <i>Algoritmo de seguimiento del tratamiento para personas con VIH, del Manual de atención integral a personas adultas y adolescentes con el virus de la inmunodeficiencia humana</i>
Para mujeres embarazadas que reciben TAR antes de la concepción.	Primera visita de atención prenatal (o en la primera visita), para identificar a las mujeres con mayor riesgo de transmisión intrauterina.	
Para mujeres embarazadas que inician el TAR durante el embarazo.	Al mes o 3 meses después del inicio del TAR, para garantizar que se haya producido una rápida supresión viral.	
Para las mujeres que iniciaron TAR en el embarazo y no lograron carga viral no detectable.	Al mes después del parto, y luego seguir con el <i>Algoritmo de seguimiento del tratamiento para personas con VIH.</i>	
Para todas las mujeres que amamantan, independientemente de cuándo se inició el TAR.	Tres meses después del parto y cada seis meses posteriormente para detectar episodios virémicos durante el período posnatal.	

Tomado de: World Health Organization, Updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring Geneva, March 2021, 2021.

World Health Organization, The role of HIV viral suppression in improving individual health and reducing transmission: policy brief, Geneva, 2023.

10.2.1.4 Tratamiento antirretroviral en labor y parto.

- Las mujeres embarazadas que ya reciben TAR deben continuar con su esquema actual en los horarios y dosis habituales durante el parto.
- Actualmente, ya no se recomienda el uso de un tratamiento intraparto específico, sino que se debe asegurar que la gestante inicie y continúe el TAR tan pronto como se confirme

el diagnóstico, garantizando la adherencia y el seguimiento clínico y virológico durante el embarazo, el parto y el período de lactancia.

- **El tratamiento antirretroviral intraparto, es el siguiente:**

<ul style="list-style-type: none"> ● Mujeres embarazadas con VIH con cargas virales no detectables. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Continuar tomando el esquema de TAR prescrito durante el trabajo de parto y antes de la cesárea programada.
<ul style="list-style-type: none"> ● Mujeres con carga viral entre 50 y 1000 copias/ml. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Continuar su TAR de base.
<ul style="list-style-type: none"> ● Mujeres embarazadas con VIH con carga viral >1000 copias/ml o carga viral desconocida o diagnóstico intraparto. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ TLD 2 horas antes del parto y luego continuar con el esquema.

10.2.1.5 Manejo durante el parto de mujeres con Virus de la Inmunodeficiencia Humana

- **Modo del parto**

- Cuando la carga viral es no detectable (<50 copias/ml) en el último mes del embarazo la finalización de éste será por vía vaginal, si no hay indicaciones obstétricas para la cesárea.
- Cuando la carga viral es detectable ≥ 50 copias/ml o se desconoce cerca del momento del parto, se recomienda programar el parto por cesárea a las 38 semanas de gestación.
- Si el diagnóstico del VIH se realizó intraparto y hay tiempo, realizar cesárea.
- En el caso de las mujeres que tenían cesárea programada y se presentan en trabajo de parto o con rotura de membranas, el manejo se debe individualizar de acuerdo a las condiciones clínicas.
- Si está indicada la cesárea programada o la inducción del parto por motivos **no relacionados con el VIH**, se debe realizar según indicaciones obstétricas. No se debe inducir el parto para prevenir la transmisión perinatal del VIH.
- En embarazadas que reciben TAR con carga viral ≤ 1000 copias/ml, la duración de la rotura de membranas no se asocia con un mayor riesgo de transmisión perinatal. Se debe realizar cesárea por tener carga viral detectable.

- **En el manejo del parto:**
 - Evitar los electrodos del cuero cabelludo fetal para la monitorización fetal, especialmente cuando el nivel de carga viral de la madre no está suprimida (≥ 50 copias/mL) o se desconoce, debido al riesgo potencial de transmisión del VIH.
 - La rotura artificial de membranas y el parto vaginal operatorio con fórceps o extractor de vacío deben seguir las indicaciones obstétricas estándar, pero deben evitarse, si es posible, en aquellas con carga viral ≥ 50 copias/ml.
 - Tener en cuenta el régimen ARV que recibe una paciente cuando se usa metilergometrina (conocida como metilergonovina) para tratar el sangrado posparto excesivo causado por la atonía uterina.
 - En embarazadas que reciben un inhibidor de la enzima citocromo P450 (CYP) 3A4 (por ejemplo, un inhibidor de la proteasa o cobicistat), la metilergometrina debe usarse sólo si no hay tratamientos alternativos disponibles para la hemorragia posparto y la necesidad de tratamiento farmacológico supera los riesgos. Si se utiliza metilergometrina, se debe administrar a la dosis efectiva más baja durante el menor tiempo posible.
 - En mujeres que reciben un inductor de la enzima CYP3A4, como etravirina, es posible que se necesiten agentes uterotónicos adicionales debido a la posibilidad de una disminución de los niveles de metilergometrina y un efecto del tratamiento inadecuado.
 - Evitar realizar lo siguiente: procedimientos invasivos innecesarios, episiotomía a menos que clínicamente este indicada, rotura artificial y prolongada de membranas, uso de agujas de suturas rectas, uso de bisturí o escalpelo para cortar el cordón y la amniocentesis.

10.2.1.6 Manejo y seguimiento de recién nacidos y lactantes expuestos al Virus de la Inmunodeficiencia Humana. [9]

- **Profilaxis a niños y niñas expuestas al Virus de la Inmunodeficiencia Humano**
 - Todos los recién nacidos expuestos perinatalmente al VIH deben recibir ARV como profilaxis para reducir el riesgo de transmisión perinatal del VIH.
 - Los ARV para los recién nacidos deben ser administrados en las dosis apropiadas y preferiblemente dentro de las 6 horas posteriores al parto. El régimen de ARV de los recién nacidos debe administrarse en función de los factores maternos infantiles que influyen en el riesgo de transmisión perinatal del VIH.

- **Recién nacidos expuestos al VIH de alto riesgo** [29]
 - Nacidos de mujeres con infección por VIH establecida que hayan recibido menos de cuatro semanas de TAR en el momento del parto.
 - Nacidos de mujeres con infección por VIH establecida y carga viral detectable o ≥ 50 copias/mL en las cuatro semanas previas al parto, si la carga viral está disponible.
 - Nacidos de mujeres con infección por VIH durante el embarazo con carga viral desconocida en el momento del parto.
 - Nacidos de mujeres con diagnóstico de VIH en el momento del parto.
 - Nacidos de mujeres identificadas por primera vez durante el período posparto, con o sin prueba de VIH negativa en el período prenatal.
 - Cuando no se tiene un resultado de CV en el último trimestre del embarazo, incluso si se dispone del resultado del primer trimestre.

NOTA: Si una mujer tiene resultados no concluyentes o discrepantes en la prueba del VIH, tratar al bebé como si fuera un bebé expuesto al VIH de alto riesgo hasta que se pueda confirmar el estado serológico de la madre.

- **Recién nacidos expuestos al VIH de bajo riesgo:**
 - Nacidos de mujeres con infección por VIH establecida que hayan recibido TAR durante más de cuatro semanas antes del parto; y que tengan una carga viral ≤ 50 copias/mL.
- En el **Cuadro 4** se describe el uso de ARV para niñas /niños de acorde al riesgo.

Ver Anexo 2 sobre las dosis de los ARV para la profilaxis en niños y niñas expuestos.

Cuadro 4: Uso de esquema de ARV acorde al riesgo

Nivel de riesgo	Modalidad	Esquema de primera línea	Esquema Alterativo
Bajo riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ● Profilaxis ARV 	Nevirapina (NVP) por 6 semanas	Zidovudina (AZT) por 4 semanas
Alto riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ● Tratamiento profiláctico y presuntivo 	Abacabir (ABC)/Lamivudina (3TC) + Dolutegravir (DTG) por 6 semanas	Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) +

		La dosis de DTG se administra cada 48 horas durante las dos primeras semanas, y luego diariamente, con ajustes en función del peso del niño.	Dolutegravir (DTG) por 6 semanas
Infección por VIH	<ul style="list-style-type: none"> TAR 	Abacabir (ABC)/Lamivudina (3TC) + Dolutegravir (DTG)	Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Dolutegravir (DTG)
Ante cualquier PCR POSITIVO el DTG debe de indicarse diario y la dosis se va ajustando según el peso.			

Tomado de: World Health Organization, Updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring Geneva, March 2021, 2021

- **Diagnóstico precoz (temprano) en el recién nacido y lactante expuesto al VIH.**
 - Evaluar el estado de exposición al VIH mediante pruebas de anticuerpos a la madre.
 - Las pruebas de ácidos nucleicos (PAN) se deben utilizar para diagnosticar la infección por el VIH, así como para confirmar resultados positivos.
 - **Realizar pruebas de ácido nucleico a cualquier niña/niño recién nacido expuesto al VIH** que presente síntomas clínicos fuera del algoritmo nacional de pruebas infantiles, independientemente de los resultados anteriores de pruebas de ácido nucleico.
 - **Realizar pruebas de ácido nucleico** a los 3 meses del cese de la lactancia materna a las niñas y niños expuestos al VIH, sintomáticos y asintomáticos, incluso si los resultados previos de las pruebas de ácido nucleico han sido negativos.
 - Garantizar que los resultados indeterminados de las pruebas se repitan inmediatamente y se les dé prioridad para una resolución rápida.
 - **Garantizar que se realicen pruebas de confirmación** después de cualquier resultado positivo.
 - Garantizar un seguimiento regular de todos los lactantes expuestos al VIH hasta el diagnóstico final, incluida la profilaxis con cotrimoxazol y una evaluación clínica y nutricional [9].

- **Momentos para realizar las pruebas de diagnóstico precoz (temprano) en el recién nacido y lactante expuesto al VIH [9]. (Ver Herramienta 11.1 Algoritmo de pruebas para el diagnóstico precoz (temprano) en el recién nacido y lactante expuesto al VIH)**
 - Iniciar el TAR profiláctico sin demora.
 - Realizar **primera prueba (PCR)** en las primeras 72 horas de vida.
 - Repetir el 2do PCR al mes de vida.
 - Si la **segunda prueba (PCR) es negativa**, se debe realizar una tercera prueba.
 - Repetir el 3er PCR a los 4 meses, si no ha sido amamantado en ningún momento.
 - Si una de las pruebas PCR resulta positiva, iniciar TAR según *Manual de atención a niños y niñas con VIH* vigente, y confirmar el diagnóstico con **carga viral**, según algoritmo de diagnóstico nacional.
 - El riesgo de transmisión del VIH se mantiene mientras continúa la lactancia materna. Si se detecta lactancia materna esta debe ser suspendida y la siguiente prueba de PCR debe realizarse 3 meses después del cese de la lactancia materna.
 - **Si hay 3 pruebas (PCR) negativas**, la niña o niño se considera negativo para VIH y se hace una **prueba de anticuerpos** a los 15 meses. Si esta prueba es negativa se dará el control clínico hasta los 2 años de edad. Si la prueba es positiva deberá repetirse a los 18 meses.
 - Si la lactancia materna se extiende más allá de los 18 meses, el diagnóstico final del estado serológico solamente puede determinarse al final de la lactancia materna. Las pruebas de anticuerpos deben realizarse al menos 3 meses después del cese de la lactancia materna (para permitir el desarrollo de anticuerpos contra el VIH).
 - Si el lactante tiene más de 18 meses, las **pruebas de anticuerpos negativas** confirman que no está infectado; las pruebas de anticuerpos positivas confirman que el lactante está infectado.

- **Seguimiento clínico al niño y niña expuesta al VIH.**
 - A todo niño o niña expuesto al VIH se le debe dar seguimiento hasta los 2 años en los SAI.
 - La consulta es una atención integral que comprende: identificación de antecedentes maternos, examen físico completo, evaluación de crecimiento y desarrollo, vacunas, orientación en alimentación y el tratamiento de otras situaciones de salud que pueda presentar.
 - Independientemente de la carga viral, se debe recomendar no amamantar y ofrecer fórmula láctea por 6 meses.
 - **Primera cita a los 7 días de vida**, para corroborar la administración correcta de los ARV y corroborar que se haya hecho el PCR en las primeras 72 horas (Primer PCR).

- **Segunda cita al mes de vida.** Si es de bajo riesgo se omiten los ARV y si es de alto riesgo se mantienen por 6 semanas, se realiza tamizaje para citomegalovirus, toxoplasma, sífilis, hepatitis B y hepatitis C. Se realiza la segunda prueba PCR y se prescribe la profilaxis con Trimetoprim/sulfametoxazol (TMP).
- Las citas deben ser mensuales hasta tener la tercera prueba PCR Negativa.
- Una vez que se ha descartado el diagnóstico (3 PCR negativos) dar citas cada 2 meses.
- Verificar cumplimiento de esquema de vacunación completo, según normativa nacional vigente.
- Iniciar hierro a los 4 meses de vida, y mantenerlo por los primeros 2 años de vida.
- Realizar hemograma y química sanguínea a los 6 meses de vida.
- Entre los 15 y 18 meses se puede hacer una prueba serológica de VIH.
- Al dar el alta a los dos años de edad, se debe asegurar que haya completado su esquema de vacunación hasta los 18 meses, desparasitarlo y posteriormente derivarlo al Establecimiento de Salud más cercano.

10.2.1.7 Consejería en alimentación infantil

- **Uso de sucedáneos de la lactancia materna:**

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 la lactancia materna cuando la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible y seguro.

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

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

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 (aceptable, factible, asequible, sostenible y seguro).
- Cuando se recomiende la sustitución de la lactancia materna, por fórmula infantil proporcionar medicación para suprimir la producción de leche materna.
- Mujeres con carga viral detectable al final del embarazo: Se recomienda evitar la lactancia materna.
- Las mujeres con carga viral no detectable que deseen optar por la lactancia materna deberán ser evaluadas por el equipo del SAI y un grupo de expertos, a fin de verificar que cumplen con los criterios requeridos para amamantar y así reducir el riesgo de transmisión materno-infantil del VIH.

Es fundamental educar a la madre sobre el riesgo potencial de transmisión del VIH durante toda la lactancia, especialmente si no se garantiza una adherencia óptima al TAR tanto en la madre como en el lactante.

- **Condiciones necesarias para alimentar con fórmula de forma segura**

A las madres con VIH se les recomienda dar fórmula infantil como alimento a sus bebés 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.
- La madre u otro cuidador pueden proporcionar de manera confiable suficiente leche de fórmula para el crecimiento y desarrollo normales del bebé.
- 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.
- La madre o el cuidador pueden dar exclusivamente leche de fórmula infantil durante los primeros seis meses.
- La familia apoya esta práctica.
- La madre o el cuidador puede acceder a servicios de salud que ofrezcan servicios integrales de salud a los niños y niñas.

10.2.2 Prevención de la transmisión de la sífilis

10.2.2.1 Diagnóstico de la sífilis en la embarazada

- En la primera consulta de la atención prenatal se debe ofrecer la prueba de sífilis y la de VIH ambas deben realizarse el mismo día, según algoritmos diagnósticos vigentes en documentos normativos.
- De acuerdo a disponibilidad, la prueba doble de VIH y sífilis se debe utilizar como primera prueba en la atención prenatal. No se debe utilizar pruebas rápidas dobles de VIH y sífilis en los siguientes casos:
 - Embarazadas ya diagnosticadas con VIH que estén tomando TAR.
 - Mujeres ya diagnosticadas y tratadas por sífilis durante el embarazo actual.
 - Cuando se realiza la repetición de pruebas de VIH [30].
- El diagnóstico y manejo de la sífilis en las embarazadas se debe realizar según Herramienta 11.2. *Algoritmo para el diagnóstico y abordaje de la sífilis en la embarazada, del Manual para el manejo integral de la sífilis materna y congénita* [31].

10.2.2.2 Tratamiento de la sífilis para mujeres embarazadas

- En el **Cuadro 5**, se describe el tratamiento de la sífilis durante el embarazo para evitar la transmisión a su hijo e hija.

Cuadro 5. Esquemas de tratamiento de la sífilis materna.

Etapa	Tratamiento	Seguimiento
Sífilis temprana: lesiones primarias o lesiones secundarias o latente reciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Penicilina Benzatínica 2.4 millones de unidades IM dosis única. (1.2 millones en cada glúteo) previa prueba de sensibilidad • <u>Esquema alternativo</u> en caso de alergia demostrada a la penicilina y sin posibilidad de realizar desensibilización o no se disponga de ellas: <ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxona 1g IM día por 10 días, o - Azitromicina 2 gramos V.O. dosis única 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Si el diagnóstico es antes de 24 semanas de gestación, realizar RPR 8 semanas después de tratamiento y al momento del parto. ○ Si se diagnosticó después de 24 semanas de gestación, realizar RPR control al momento del parto.
Sífilis tardía (> 2 año) o estado desconocido.	<ul style="list-style-type: none"> • Penicilina Benzatínica 2.4 millones de unidades IM dosis (1.2 millones en cada glúteo) cada semana por 3 semanas, previa prueba de sensibilidad • <u>Esquema alternativo</u> en caso de alergia demostrada a la penicilina y sin posibilidad de realizar desensibilización o no se disponga de ellas: <ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxona 1g IM día de 10 a 14 días, o - Azitromicina 2 gramos V.O. dosis única 	<ul style="list-style-type: none"> ○ En post parto: seguimiento serológico 6 y 12 meses después de tratamiento.
Neurosífilis o Sífilis ocular	<ul style="list-style-type: none"> • Penicilina Cristalina 18 a 24 millones de unidades IV día, administradas 3 o 4 millones de unidades cada 4 horas, por 10 a 14 días. 	

Observaciones.

- El intervalo entre dosis consecutivas de penicilina benzatínica no debe ser superior a 14 días.
- La doxiciclina, no debe utilizarse en embarazadas.
- Dado que la sífilis durante el embarazo puede dar lugar a graves complicaciones en el feto o el recién nacido, es preciso evitar el desabastecimiento en el establecimiento de salud de penicilina benzatínica destinada a la atención prenatal.
- Al utilizar la penicilina se debe realizar previa prueba de sensibilidad.
- **IMPORTANTE.** Aunque la eritromicina y la azitromicina tratan a la embarazada, no permiten tratar al feto porque no atraviesan por completo la barrera placentaria. Ello obliga a tratar al recién nacido inmediato al nacer.

Tomado de: Guía de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019.

10.2.2.3 Seguimiento clínico de recién nacidos y lactantes expuestos a la sífilis

- **Consideraciones generales:**

Para el seguimiento clínico, todos los lactantes expuestos a la sífilis deben recibir tratamiento, que se administrará y supervisará de la siguiente manera:

- Las y los recién nacidos de madres no tratadas deben recibir tratamiento para la sífilis congénita y se les debe realizar RPR con determinación del título al nacer y a los tres, seis, nueve y doce meses después del tratamiento para evaluar la respuesta terapéutica.
- Si la madre recibió el régimen recomendado pero el tratamiento se inició <30 días antes del parto, se debe brindar tratamiento al recién nacido por 10 días, ver escenario 2.
- Las y los recién nacidos de madres tratadas y sin signos de reinfección materna no requieren tratamiento ni determinación de títulos treponémicos (FTABS) de seguimiento, pero se les debe evaluar con RPR y realizar examen físico para detectar posibles signos clínicos que sugieran una sífilis congénita al nacer. Si se observan tales signos clínicos, a estos niños se les debe realizar las pruebas y brindar el tratamiento, descritos en el escenario 1, y dar el seguimiento descrito en el escenario 3.
- Si este recién nacido no presenta signos clínicos de sífilis congénita, pero tiene un RPR menor de 4 veces el título materno deberá efectuarse lo descrito en el escenario 3.

- Cualquier niña o niño ≥ 6 meses de edad no diagnosticado y no tratado anteriormente que tenga un título no treponémico (RPR) reactivo debe considerarse un caso de sífilis congénita y se le debe administrar el tratamiento descrito en el escenario 1. [9].

En el **Cuadro 6** se presenta un resumen del manejo de la sífilis congénita según diferentes escenarios.

Cuadro 6. Escenarios de tratamiento de la sífilis congénita.

ESCENARIOS	CARACTERÍSTICAS	EVALUACIÓN	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO SEROLÓGICO
ESCENARIO 1 Caso confirmado	<ul style="list-style-type: none"> ● Recién nacido con examen físico anormal que es compatible con sífilis congénita; ● Un título serológico no treponémico cuantitativo en suero que es cuatro veces superior al título de la madre en el momento del parto (p. ej., título materno = 1:2, título neonatal $\geq 1:8$ o título materno = 1:8, título neonatal $\geq 1:32$). ● Una prueba de campo oscuro o PCR positiva de placenta, cordón, lesiones o fluidos corporales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de líquido cefalorraquídeo para VDRL, recuento de células y proteínas. - Hemograma completo. - Radiografías de huesos largos - Otras pruebas clínicamente indicadas (por ejemplo, radiografía de tórax, pruebas de función hepática, neuroimagen, examen oftalmológico y prueba de respuesta auditiva del tronco encefálico). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Penicilina G Cristalina 50,000 UI/kg/dosis cada 12h los primeros 7 días, luego cada 8h hasta completar 10 días. 	- 3, 6, 9, 12 meses
ESCENARIO 2	Cualquier recién nacido que tenga un examen físico normal y un título serológico no treponémico	- No se recomienda evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ○ Penicilina G Cristalina 50,000 UI/kg/dosis 	- 3, 6, 9, 12 meses

<p>Caso probable</p>	<p>cuantitativo en suero igual o menos de cuatro veces el título materno en el momento del parto (por ejemplo: título materno = 1:8, título neonatal \leq1:16) y uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La madre no recibió tratamiento, recibió tratamiento inadecuado o no tiene documentación de haber recibido tratamiento. • La madre fue tratada con eritromicina o un régimen diferente a los recomendados con penicilina. • La madre recibió el régimen recomendado pero el tratamiento se inició <30 días antes del parto. 	<p>exhaustiva del escenario uno.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se debe dar tratamiento de 10 días. 	<p>cada 12h los primeros 7 días, luego cada 8h hasta completar 10 días.</p>	
<p>ESCENARIO 3 Caso sospechoso</p>	<p>Cualquier recién nacido que tenga un examen físico normal y un título serológico no treponémico cuantitativo en suero igual o menos de cuatro veces el título materno en el momento del parto (por ejemplo: título materno = 1:8, título neonatal \leq1:16) y ambos de los siguientes son verdaderos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La madre fue tratada durante el embarazo, el tratamiento fue apropiado para la etapa de la infección y el 	<ul style="list-style-type: none"> - No se recomienda evaluación exhaustiva como en el escenario 1. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Penicilina G Benzatínica 50,000 UI/kg/dosis IM, dosis única. 	<ul style="list-style-type: none"> - 3, 6, 9, 12 meses

	<p>régimen de tratamiento se inició ≥ 30 días antes del parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> La madre no tiene evidencia de reinfección. 			
<p>ESCENARIO 4 Caso poco probable</p>	<p>Cualquier recién nacido que tenga un examen físico normal y un título serológico no treponémico cuantitativo en suero igual o menos de cuatro veces el título materno en el momento del parto y ambos de los siguientes son verdaderos:</p> <ul style="list-style-type: none"> El tratamiento de la madre fue adecuado antes del embarazo. El título serológico no treponémico de la madre se mantuvo bajo y estable, antes y durante el embarazo y en el parto (por ejemplo: VDRL $\leq 1:2$ o RPR $\leq 1:4$). 	<p>- No se recomienda evaluación exhaustiva como en el escenario 1.</p>	<p>○ Penicilina G Benzatínica 50,000 UI/kg/dosis IM, dosis única.</p>	<p>- 3, 6, 9, 12 meses</p>

Tomado de: Secretaría de Salud, Manual para el manejo integral de la sífilis materna y congénita, Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, C.A., junio 2022

- Los recién nacidos de madres con Sífilis y con RPR no reactivo al nacer deben recibir una dosis de penicilina benzatínica a 50,000 UI por kg IM en dosis única y tener seguimiento serológico a los 3 meses.
- Si un niño es diagnosticado después de 1 mes de vida, debe realizarse evaluación con Hemograma completo, VDRL en LCR, radiografía de huesos largos.
- Tratamiento con Penicilina Cristalina 50,000 UI/kg/dosis cada 4 a 6 horas por 10 días.
- Seguimiento serológico 3, 6, 9, 12 meses.
- Sífilis tardía (niños > 2 años): Penicilina Cristalina 50,000 UI/kg/dosis cada 4 a 6 horas por 10 días.

- Para mayor información sobre el diagnóstico y tratamiento de las y los recién nacidos expuestos a la sífilis se debe consultar *Manual para el manejo integral de la sífilis materna y congénita*, vigente.

10.2.3 Prevención de la transmisión de la hepatitis B.

Las intervenciones para la prevención de la transmisión de la infección por hepatitis B, se resumen en el *apartado de Herramientas 11.2 Algoritmo de las intervenciones maternas, del recién nacido y lactantes dirigidas a prevenir la transmisión maternoinfantil de la hepatitis B*.

10.2.3.1 Diagnóstico de hepatitis B en el embarazo

- A todas las embarazadas se les debe realizar la prueba de antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (AgHBs), por lo menos una vez y lo más temprano posible en el embarazo [4]. Si no se dispone de pruebas prenatales para la detección de ADN del VHB, se recomienda usar en su lugar la prueba de detección del antígeno del virus de la hepatitis B AgHBe para determinar si se reúnen los criterios para la profilaxis con tenofovir dirigida a prevenir la transmisión maternoinfantil del VHB¹ [4] (**Ver Herramienta de aplicabilidad 11.2**).
- Se debe ofrecer a toda embarazada independientemente de su edad gestacional, contacto de un caso de Hepatitis B o en situación de alto riesgo (por ejemplo, más de una pareja sexual durante los seis meses anteriores, ITS, personas de grupos de población clave, pareja positiva para AgHBs), la vacunación contra la hepatitis B según esquema nacional vigente. [22].
- A toda mujer o pareja con diagnóstico de la infección por VHB se le debe ofrecer lo siguiente [4]:
 - Ofertar la prueba de detección del VHB (AgHBs) a las parejas sexuales, hijos/hijas, otros familiares y contactos domiciliarios directos.
 - Apoyo para la vinculación inmediata a la atención y tratamiento lo antes posible.
 - Vacunar a los que tengan resultados negativos en la prueba de detección de AgHBs y a los que nunca se hayan vacunado.
- En las consultas de atención prenatal se debe brindar orientación y educación sobre las medidas para reducir el riesgo de transmisión del VHB al niño o niña y acerca de la importancia de administrar puntualmente una dosis al nacer de la vacuna contra la hepatitis B.

¹ La cuantificación del ADN del VHB es el método de referencia para determinar si se reúnen los requisitos para la profilaxis con tenofovir en mujeres embarazadas a efectos de prevenir la transmisión maternoinfantil del VHB [4].

10.2.3.2 Profilaxis materna con antivirales para la prevención de la transmisión de la hepatitis B

- **Profilaxis con tenofovir disoproxil fumarato (TDF)**, al menos desde el segundo trimestre del embarazo hasta al menos el parto o la finalización de la serie de vacunación infantil contra el VHB [22] (**Ver Herramienta de aplicabilidad 11.2**) [13]:
 - Si **se dispone de pruebas de ADN del VHB o AgHBe**: profilaxis con TDF para mujeres embarazadas con AgHBs positivo y ADN del VHB $\geq 200\ 000$ UI/ml² o AgHBe positivo.
 - Si **no se dispone de pruebas de ADN del VHB ni de AgHBe**: profilaxis con TDF para todas las mujeres embarazadas con AgHBs positivo.
- Además de la profilaxis materna con antivirales, es preciso administrar a todos los recién nacidos **una dosis al nacer y las tres dosis posteriores** de vacuna contra la hepatitis B, según Esquema Nacional de Vacunación vigente [22] **Ver Cuadro 8**.
- En el caso de las mujeres en edad fértil que planean tener más embarazos, la profilaxis con TDF también se puede mantener después del parto y durante los embarazos posteriores, según la elección de la mujer [13].

10.2.3.3 Tratamiento para Hepatitis B

- Todas las mujeres embarazadas deben ser evaluadas primero para determinar su elegibilidad para el tratamiento a largo plazo por su propia salud y luego para la profilaxis antiviral para prevenir la transmisión de madre a hijo (si no son elegibles para el tratamiento o la madre embarazada se niega) [4] [13].
- El tratamiento de las embarazadas con la infección por el VHB es el mismo que se aplica a otras personas adultas. (Ver evaluación de la elegibilidad para el tratamiento a largo plazo en mujeres embarazadas en **Herramienta 11.2**)
- El tenofovir disoproxil fumarato (TDF) o entecavir (ETV)* se recomiendan como regímenes preferidos. TDF + lamivudina (3TC) o TDF + emtricitabina (FTC) se recomiendan como

² Una carga viral $\geq 5,3$ log₁₀ UI/mL ($\geq 200\ 000$ UI/mL) de ADN del VHB es el umbral indicador de que una embarazada reúne los criterios para recibir la profilaxis con tenofovir. Una embarazada con una carga viral $\geq 5,3$ log₁₀ UI/mL puede transmitir el VHB a su recién nacido, aunque este reciba una dosis oportuna al nacer, IgHB y la serie completa de dosis de vacuna contra la hepatitis B ^[3].

regímenes alternativos (cuando no está disponible la monoterapia con TDF). **Ver Cuadro 7.**

- Los análogos de nucleósidos con una baja barrera genética a la resistencia (lamivudina, adefovir o telbivudina) pueden provocar resistencia a los fármacos y no se recomiendan [13].

Cuadro 7. Resumen de regímenes antivirales de primera línea preferidos y alternativos para hepatitis B.

Población	Régimen de primera línea preferido	Régimen de primera línea alternativo	Circunstancias especiales
Personas adultas	TDF **ETV	<ul style="list-style-type: none"> ○ TDF + 3TC ○ TDF + FTC (cuando no se dispone de monoterapia con TDF)	**ETV **TAF (para personas con osteoporosis establecida o insuficiencia renal)
Adolescentes (12 a 17 años)	TDF **ETV	<ul style="list-style-type: none"> ○ TDF + 3TC ○ TDF + FTC (donde no está disponible la monoterapia con TDF) <ul style="list-style-type: none"> ○ TAF 	
Niños/niñas (2 a 12 años)	TDF* ETV		
*Las formulaciones de dosis bajas de TDF pueden no estar ampliamente disponibles ** Entecavir (ETV) y TAF no se encuentra en el listado nacional de medicamentos esenciales.			

Tomado de: World Health Organization, Guidelines for the prevention, diagnosis, care, and treatment for people with chronic hepatitis B infection. Geneva, 2024.

- Todas las embarazadas con diagnóstico positivo por hepatitis B, deben ser referidas a especialista, para determinar la dosificación del tratamiento y su seguimiento.
- Las embarazadas con coinfección VIH/VHB deben manejarse de acuerdo a lo estipulado en el *Manual de atención integral a personas adultas y adolescentes con el virus de la inmunodeficiencia humana*, vigente. El tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH a base de tenofovir en mujeres con esta infección brinda la oportunidad de tratar simultáneamente a las que tienen coinfección por el VHB y reducir la transmisión materno-infantil del VHB junto con la del VIH.

- El tenofovir no muestra interacciones medicamentosas con los fármacos usados contra la infección por el VIH. Hay que estar atento a indicios de toxicidad renal cuando se administra con sofosbuvir más ledipasvir, o con sofosbuvir más velpatasvir en casos de coinfección VHB-VHC.

10.2.3.4 Seguimiento del recién nacido y lactantes expuestos al VHB

- **Vacunación:** A todos los recién nacidos de madres AgHBs positivo, se les debe administrar la dosis de vacuna contra la hepatitis B lo antes posible después de nacer, de preferencia dentro de las primeras 12 horas, un plazo máximo de 24 horas, así como la Inmunoglobulina humana anti hepatitis B (IgHB). La dosis de vacuna de nacimiento debe acompañarse de 3 dosis posteriores para completar la serie primaria, según Esquema Nacional de Vacunación [22]. **Ver Cuadro 8.**

Cuadro 8. Esquema de vacunación de la hepatitis B

Vacunación recién nacidos expuestos	En las primeras 12 horas después del nacimiento de preferencia dentro de las primeras 12 horas, un plazo máximo de 24 horas, en caso de recién nacidos de madres AgHBs positivas, independientemente del peso al nacer.
Vacunación Dosis posteriores DPT-HepB-Hib (Pentavalente)	1era dosis: (2 meses de edad) 2da dosis: (4 meses de edad) 3era dosis: (6 meses de edad)
Inmunoglobulina humana anti hepatitis B (IgHB)	Administrar 0.5 ml de IgHB dentro de las primeras 12 horas del nacimiento en recién nacidos de madres AgHBs positivo concomitantemente con la vacuna, tomando la precaución de usar sitios diferentes. Aplicarlo según disponibilidad.

Tomado de: Secretaría de Estado en el Despacho de Salud Esquema Nacional de Vacunación ACUERDO No. 1452-2024. La Gaceta Diario oficial de la República de Honduras, Tegucigalpa, M. D. C., Honduras, C. A., 2024 [22]

- **Pruebas AgHBs:** A lactantes expuestos al VHB (es decir, hijos de madres seropositivas [AgHBs+]), se debe **evaluar la presencia de AgHBs de 1 a 3 meses después de completar el esquema de vacunación** [1].

- **Seguimiento clínico a recién nacidos y lactantes expuestos a hepatitis B.**

El seguimiento debe darse tomando en cuenta los siguientes contextos. El lactante expuesto puede estar:

- **Infectado por el VHB (positivo para AgHBs).** Se debe realizar un seguimiento clínico durante la infancia y el inicio de la edad adulta para descartar la progresión a una enfermedad hepática, con la posibilidad de tratamiento o de una desaparición final espontánea del AgHBs. En los lactantes y los niños mayores, la necesidad o no de un tratamiento es una decisión clínica. Está indicado en caso de cirrosis, así como en los que presentan una hepatitis activa con cargas virales altas.
 - **No infectado (negativo para AgHBs y positivo para anti-HBs)** y ha respondido adecuadamente a la serie de vacunas contra el VHB. No se requiere un seguimiento clínico.
 - **No infectado, pero puede no haber respondido a la vacuna contra el VHB** (negativo para AgHBs y negativo para anti-HBs). Estos lactantes tienen que ser revacunados [9].
 -
- **Tratamiento para la hepatitis B en niños y niñas.** Ver **Cuadro 9.**

Cuadro 9. Esquemas de tratamiento para niños y niñas con hepatitis B

Medicamento	Grupo de pacientes	Dosis
ETV ^a	Peso <30 kg	0,015 mg/kg una vez al día (máximo 0,5 mg al día)
	Peso ≥30 kg	0,5 mg una vez al día
TDF ^b	Edad ≥2 años	8 mg/kg una vez al día (máximo 300 mg al día)
	Edad ≥12 años	300 mg al día
TAF ^c	Edad ≥12 años	25 mg una vez al día

a ETV: aprobado para niños de dos años o más.

b TDF: la Agencia Europea de Medicamentos (AEM) ha aprobado TDF para niños de dos años o más con Hepatitis B crónica (1) y la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para niños de dos años o más que pesen al menos 10 kg (2).

c TAF: la AEM ha aprobado TAF para niños de seis años o más que pesen más de 25 kg (3) y la FDA para niños de 12 años o más con enfermedad hepática compensada. Entecavir (ETV), TDF y TAF no se encuentra en el listado nacional de medicamentos esenciales.

Tomado de: World Health Organization, Guidelines for the prevention, diagnosis, care, and treatment for people with chronic hepatitis B infection, Geneva, 2024.

10.2.4 Prevención de la transmisión de la enfermedad de Chagas

10.2.4.1 Diagnóstico de la infección de Chagas

- A toda embarazada se le debe realizar tamizaje serológico para la detección del *T. cruzi* según normativa nacional vigente [1] [32].
- Si la madre tiene seropositividad a *T. cruzi*, se le debe explicar acerca de recibir el tratamiento después del parto y el seguimiento a su hijo o hija.

10.2.4.2 Seguimiento clínico del recién nacido y lactantes expuestos a la infección de Chagas

- **Realizar tamizaje parasitológico para la detección de *T. cruzi*** a todo recién nacido de madre infectada.
 - Si el resultado es negativo: realizar control serológico a partir de los 8 meses, para determinar ausencia o presencia de la infección. (**Ver Herramienta de aplicabilidad 11.3**)
 - Si el resultado es positivo: proveer tratamiento inmediato (**Ver Cuadro 10**)
 - Se debe ofrecer las pruebas de detección serológicas a las y los hermanos de los recién infectados por *T. cruzi*.
- **Tratamiento a recién nacido con parasitología positiva para *T. cruzi*.**
 - Los dos medicamentos que se utilizan para tratar la infección por *T. cruzi* son el nifurtimox y el benznidazol. El benznidazol está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para pacientes pediátricos de 2 a 12 años de edad y el Nifurtimox para pacientes desde el nacimiento hasta los 18 años de edad (que pesen al menos 2,5 kg). El uso de ambos medicamentos fuera del rango de edad aprobado por la FDA se basa en el diagnóstico clínico y la decisión del médico tratante [18] [17].
 - Ambos medicamentos son bien tolerados en neonatos y lactantes, suele dar como resultado la curación. Sobre la base de la experiencia clínica acumulada y un perfil de efectos adversos más favorable, **el benznidazol se considera el tratamiento de primera línea** [20]. En el **Cuadro 10** se describe los esquemas de tratamiento para niños y niñas con la infección de Chagas.
 - Los efectos secundarios son bastante comunes con ambos medicamentos y tienden a ser más frecuentes y más graves a medida que aumenta la edad. Los efectos adversos

frecuentes del benznidazol incluyen dermatitis alérgica, anorexia, pérdida de peso, neuropatía periférica e insomnio. Los efectos adversos comunes del nifurtimox son anorexia, náuseas, vómitos, pérdida de peso, polineuropatía, cefalea, mareos y vértigo [20] [19].

Cuadro 10. Tratamiento para niños con infección congénita de Chagas.

Medicamento	Rango de edad	Dosis
Benznidazol	<ul style="list-style-type: none"> 2 a 12 años de edad 	- 5 a 8 mg/kg por día por vía oral en 2 dosis divididas durante 60 días
Nifurtimox	<ul style="list-style-type: none"> Desde el nacimiento hasta los 18 años de edad, con un peso de al menos 2,5 kg 	- <u>Peso corporal mayor o igual a 41 kg:</u> 8-10 mg/kg por día por vía oral en 3 dosis divididas durante 60 días
		- <u>Peso corporal menor a 41 kg:</u> 10-20 mg/kg por día por vía oral en 3 dosis divididas durante 60 días

Tomado de CDC Clinical Care of Chagas Disease https://www.cdc.gov/chagas/hcp/clinical-care/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/parasites/chagas/health_professionals/index.html February 2, 2024

10.2.4.3 Tratamiento de la enfermedad de Chagas para la madre seropositiva

- El tratamiento a las mujeres seropositivas para *T. cruzi*, **debe brindarse previamente al embarazo o después de culminada la lactancia materna exclusiva**, con vistas a reducir su parasitemia y eliminar la posibilidad de futuras transmisiones verticales. **Ver Cuadro 11.**
- El tratamiento se recomienda encarecidamente a personas adultas de hasta 50 años con infección crónica que no presenten una miocardiopatía avanzada. En el caso de personas adultas mayores de 50 años con infección crónica por *T. cruzi*, la decisión de tratar con fármacos antiparasitarios debe ser individualizada, sopesando los posibles beneficios y riesgos para la persona. El personal médico debe considerar factores como la edad de la persona, el estado clínico, las preferencias y la salud general [20].

Cuadro 11. Tratamiento de la enfermedad de Chagas para infección aguda y crónica reciente.

Fase	Primera opción	Segunda opción
Infección aguda	Benznidazol, <ul style="list-style-type: none"> - Personas ≤ 40 kg: 7,5 - 10 mg/kg/d por vía oral. - Personas > 40 kg: 5 - 7 mg/kg/d por vía oral. 	Nifurtimox, <ul style="list-style-type: none"> - Personas ≤ 40 kg: 10 - 15 mg/kg/d por vía oral. - Personas > 40 kg: 8 - 10 mg/kg/d por vía oral.

	En ambos casos, fraccionados en 2 a 3 dosis diarias, durante 60 días.	En ambos casos, fraccionados en 2 a 3 dosis diarias durante 60 días
Infección crónica reciente	Benznidazol, <ul style="list-style-type: none"> - Personas ≤ 40 kg: 7,5mg/kg/d por vía oral; - Personas > 40 kg: 5 mg/kg/d por vía oral. <p>En ambos casos, fraccionados en 2 a 3 dosis diarias durante 60 días. Toda infección crónica reciente (niños ≤ 12 años de edad) y toda infección crónica de diagnóstico tardío requiere una evaluación general completa de la persona e indicación formal del médico tratante.</p>	

Tomado de: Organización Panamericana de la Salud, Síntesis de evidencia: Guía para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad de Chagas, Rev Panam Salud Publica, 2020

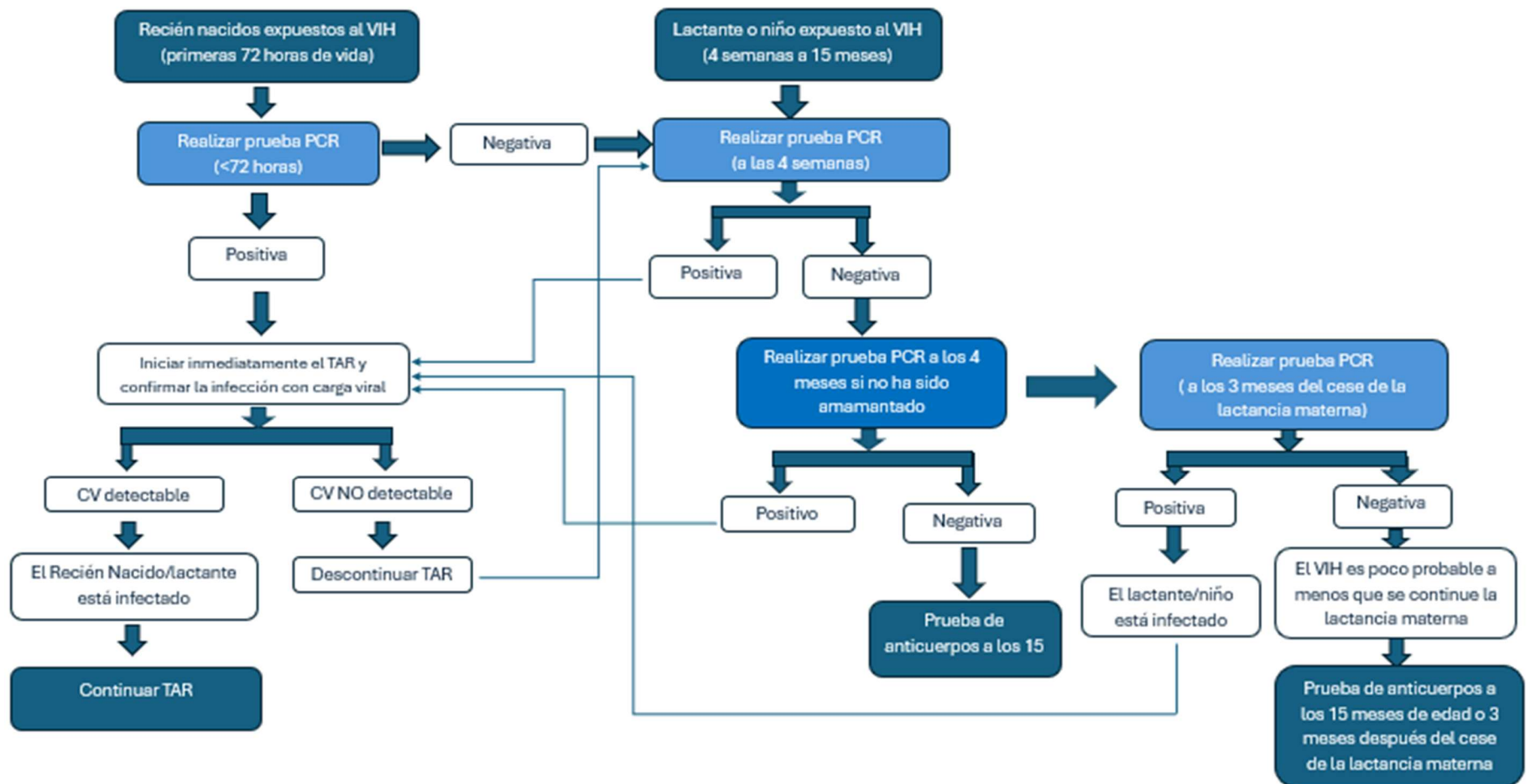
10.3 Consideraciones para seguimiento de los recién nacidos y lactantes expuestos al Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Sífilis, Hepatitis B y enfermedad de Chagas

En el marco de los equipos de salud familiar se deben realizar las siguientes acciones:

- Visitas domiciliarias integrales e integradas.
- Realizar citas de seguimiento en el establecimiento de salud, según normativa nacional vigente.
- De acuerdo a las necesidades individuales, se debe dar seguimiento, así como referencia y vinculación a otros servicios complementarios, entre ellos: trabajo social, psicología.
- En la atención a niños, niñas, adolescentes deben tomarse en cuenta los mecanismos correspondientes establecidos por el Código de la Niñez: Ministerio Público, Secretaría de la Niñez Adolescencia y Familia (SENAF), Municipalidades, entre otros.

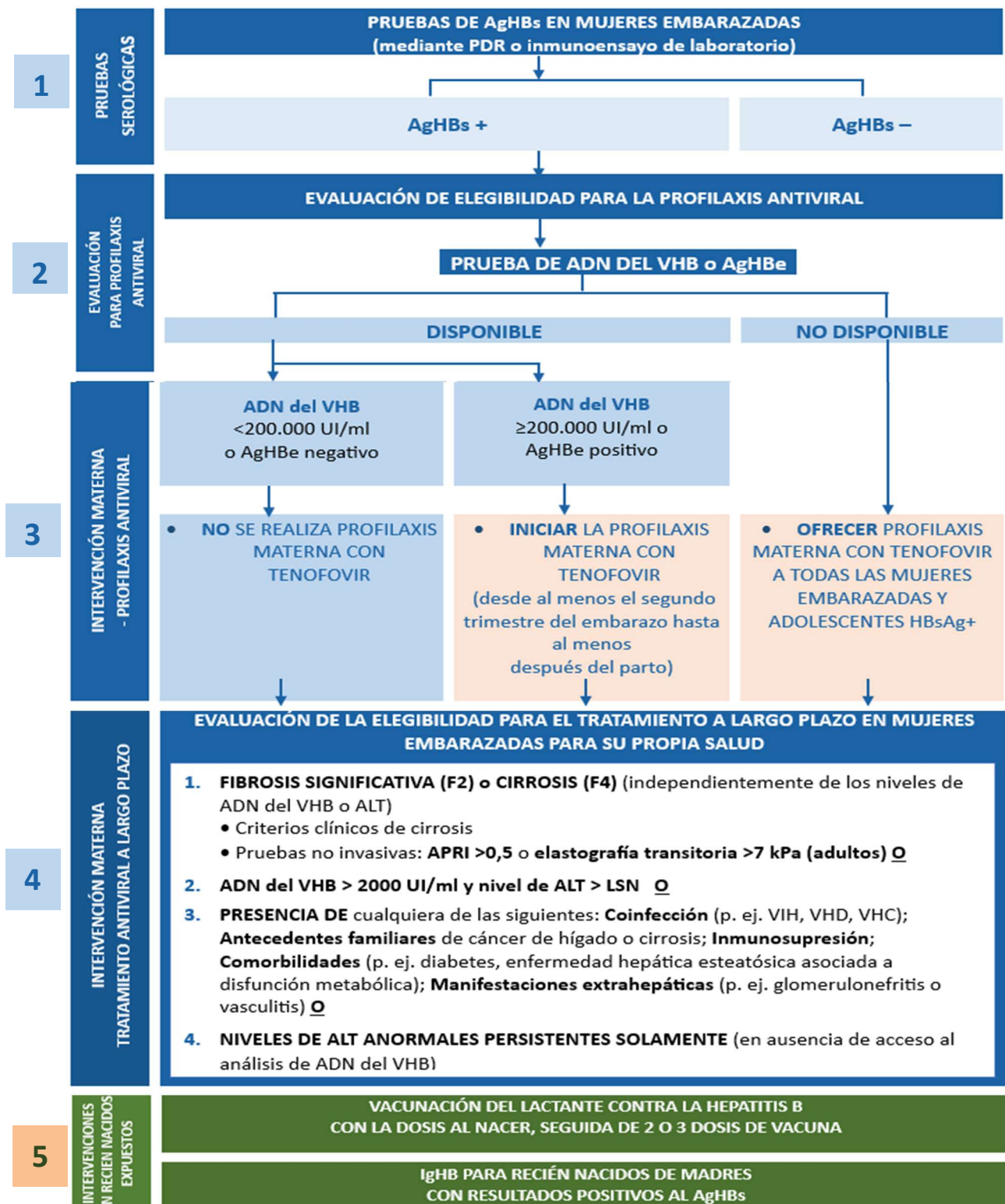
11. Herramientas de aplicabilidad

11.1 Algoritmo de pruebas para el diagnóstico precoz (temprano) en el recién nacido y lactante expuesto al VIH.



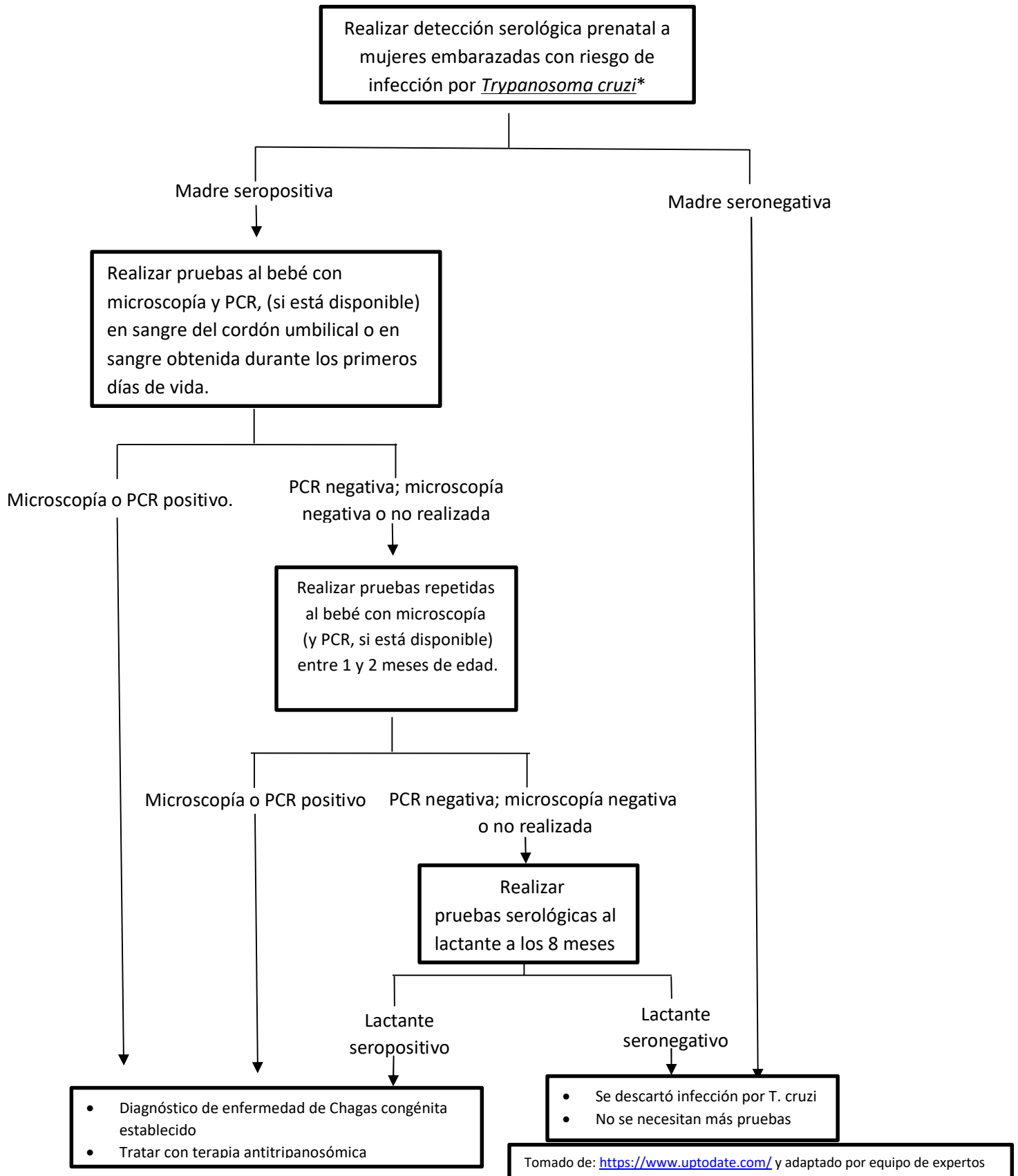
Tomado de: Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis y el virus de la hepatitis B. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 202

11.2 Algoritmo sobre el uso de profilaxis antiviral para la prevención de la transmisión de madre a hijo/hija en embarazadas con VHB y evaluación de la elegibilidad del tratamiento.



Tomado de: Guidelines for the prevention, diagnosis, care, and treatment for people with chronic hepatitis B infection. World Health Organization, Geneva, 2024, y adaptado por equipo de expertos.

11.3 Algoritmo para Diagnóstico de Chagas Congénito.



12 Bibliografía

- [1] Organización Panamericana de la Salud, *ETMI Plus. Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas*, Washington, D.C.: OPS, 2017.
- [2] Secretaría de Salud, *Plan de acción nacional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis, hepatitis b y la enfermedad de Chagas 2023-2025*, Honduras, C.A., actualización diciembre 2022.
- [3] Secretaría de Salud, *Informe de Avances de Monitoreo Global de VIH/Sida, Honduras 2024 (datos 2023)*, Dirección General Riesgos Poblacionales Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, C.A., 2024.
- [4] Organización Panamericana de la Salud, *Prevención de la transmisión materno infantil del virus de la hepatitis B. Directrices sobre la profilaxis con antivirales en el embarazo*, Washington, D.C., 2021.
- [5] World Health Organization, *Updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring Geneva, March 2021*, 2021.
- [6] Organización Panamericana de la Salud, *Coinfección TB/VIH. Guía Clínica Regional. Actualización 2017*, Washington, D.C., 2017.
- [7] Organización Panamericana de la Salud, *Directrices sobre la autodetección del VIH y la notificación a parejas o compañeros. Suplemento a las directrices consolidadas sobre los servicios de detección del VIH*, Washington, D.C.: Licencia: CC BY-NC-SA, 2018.
- [8] Secretaría de Salud, *Guía para proveer el servicio de consejería en VIH basada en riesgo*, Septiembre, 2021, Distrito Central Honduras, C.A..
- [9] Organización Panamericana de la Salud, *Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis y el virus de la hepatitis B*, Washington, D.C., 2022. <https://doi.org/10.37774/9789275325858>.
- [10] Organización Panamericana de la Salud, *Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave. Julio del 2016*, Washington, D.C., 2018.
- [11] Comisión Nacional de Sida de Honduras (CONASIDA), *Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH en Honduras 2020 A 2024 (Extensión del PENSIDA IV)*, Tegucigalpa M.D.C., julio 2019.
- [12] Organización Panamericana de la Salud, *Directrices unificadas sobre servicios de pruebas del VIH 2015*, Washington, D.C., 2018.
- [13] World Health Organization, *Guidelines for the prevention, diagnosis, care, and treatment for people with chronic hepatitis B infection*, Geneva, 2024.

- [14] Organización Panamericana de la Salud, *Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. 2.a ed.*, Washington, D.C., 2018.
- [15] La Gaceta Diario Oficial de la República de Honduras, *Modelo Nacional de Salud Decreto Ejecutivo Número PCM 051-2017*, Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A. , Viernes 8 de septiembre del 2017.
- [16] Organización Mundial de la Salud, *Directrices consolidadas sobre los servicios de detección del VIH, 2019 [Consolidated guidelines on HIV testing services, 2019]*, Ginebra , 2021.
- [17] World Health Organization, *Introducing a framework for implementing triple elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus: policy brief*, Geneva, 2023.
- [18] World Health Organization , *The role of HIV viral suppression in improving individual health and reducing transmission: policy brief*, Geneva, 2023.
- [19] Morven S. Edwards, Kelly K. Stimpert, Stephanie R. Bialek, and Susan P. Montgomery, *Evaluation and Management of Congenital Chagas Disease in the United States Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*, 2019.
- [20] CDC, *Clinical Care of Chagas Disease* https://www.cdc.gov/chagas/hcp/clinical-care/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/parasites/chagas/health_professionals/index.html, February 2, 2024.
- [21] Organización Mundial de la Salud, *Directrices consolidadas sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH [Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV]*, Ginebra, 2018.
- [22] Secretaría de Estado en el Despacho de Salud La Gaceta Diario oficial de la República de Honduras, *Esquema Nacional de Vacunación ACUERDO No. 1452-2024*, Tegucigalpa, M. D. C., Honduras, C. A., martes 30 de abril del 2024.
- [23] Secretaría de salud, *Manual de atención integral a personas adultas y adolescentes con el virus de la inmunodeficiencia humana*, Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A., junio 2023
<https://salud.gob.hn/sshome/index.php/component/jdownloads/?task=download.send&id=1284>.
- [24] Clinical Info HIV, *Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs During Pregnancy and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States.*, January 31, 2024
Disponible en: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal/intrapartum-care>.
- [25] South African National Department of Health, *Guideline for the Prevention of Mother to Child Transmission of Communicable Infections*, Republic of South Africa, November 2019.
- [26] Secretaría de Salud, *Guía para proveer el servicio de consejería en VIH basada en riesgo (G08:2017, Rev. 01 – 2021)*, Distrito Central, Honduras, C.A., Septiembre, 2021.

- [27] Organización Mundial de la Salud, *Directrices consolidadas sobre los servicios de detección del VIH, 2019 [Consolidated guidelines on HIV testing services, 2019]*, 2021, Ginebra.
- [28] Secretaría de Salud, *Reglamento de la Ley Especial sobre VIH/SIDA y su reforma Acuerdo Ejecutivo Número 001-2021*, República de Honduras - Tegucigalpa, M. D. C., 2 de diciembre del 2021.
- [29] World Health Organization, *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*, Geneva, 2021.
- [30] World Health Organization, Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV: interim guidelines. Supplement to the 2016 consolidated guidelines on the use of antiretrovir, Geneva, 2018 .
- [31] Secretaría de Salud, *Manual para el manejo integral de la sífilis materna y congénita*, Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, C.A., junio 2022.
- [32] Organización Panamericana de la Salud, *Enfermedad de Chagas en las Américas: análisis de la situación actual y revisión estratégica de la agenda regional. Informe final, 14-16 de marzo del 2023*, Medellín (Colombia) , 2023.
- [33] Organización Panamericana de la Salud , Síntesis de evidencia: Guía para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad de Chagas, *Rev Panam Salud Publica*, 2020;44:e28. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.28>.

13 Anexos

Anexo 13.1 Componentes de la prevención de la transmisión maternoinfantil de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Sífilis, Hepatitis B y enfermedad de Chagas

COMPONENTES	INTERVENCIONES
Prevenición de infecciones transmisibles en mujeres en edad fértil y sus parejas.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Oferta de pruebas para la detección de la infección por el VIH, sífilis, VHB, notificación asistida de la pareja sexual y vinculación a servicios de acuerdo a resultados de las pruebas. ○ Medidas para la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS). ○ Vacunación a adolescentes que no fueron vacunados previamente, según esquema nacional de vacunación. ○ Diagnóstico y tratamiento de las niñas, adolescentes y mujeres adultas con la infección por <i>Trypanosoma cruzi</i> (<i>T. cruzi</i>).
Prevenición de embarazos entre las mujeres con infección por VIH, sífilis, VHB o enfermedad de Chagas.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Planificación familiar. ○ Orientación y educación sobre los riesgos de la transmisión de las infecciones a sus hijos en el embarazo, parto, puerperio y lactancia. ○ Apoyo en la toma de decisiones.
Diagnóstico, atención y tratamiento a mujeres con infección por VIH, sífilis, VHB o enfermedad de Chagas para evitar la transmisión a su hijo o hija.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tamizaje serológico sistemático para la detección de la infección por el VIH, la sífilis, la hepatitis B (antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (AgHBs)) y la enfermedad de Chagas (<i>T. cruzi</i>). ○ Tratamiento y seguimiento de las embarazadas con resultados serológicos que indiquen: <ul style="list-style-type: none"> - infección por el VIH (Inicio del TAR de por vida, retención en la atención y la supresión viral); - sífilis, - infección por el VHB; - infección simultánea por el VHB y el VIH. ○ Seguimiento a mujer embarazada con infección chagásica. ○ Vacunación contra la hepatitis B, si no ha completado el esquema y si está en situación de alto riesgo (por ejemplo, más de una pareja sexual durante los seis meses anteriores, ITS, usuarios de drogas intravenosas, pareja positiva para AgHBs). ○ Prácticas seguras en la asistencia al parto.

COMPONENTES	INTERVENCIONES
Atención y tratamiento a recién nacidos y lactantes expuestos y apoyo a las mujeres en el puerperio y lactancia	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pruebas del VIH para el diagnóstico temprano en el recién nacido y lactante expuesto. ○ Profilaxis ARV posnatal para recién nacidos y lactantes expuestos al VIH. ○ Tratamiento temprano para los recién nacidos, lactantes y niños diagnosticados con infección por el VIH. ○ Tratamiento de las madres con seropositividad a <i>T. cruzi</i> después del embarazo. ○ Tamizaje parasitológico para la detección de <i>T. cruzi</i> en los recién nacidos de madres infectadas preferiblemente al momento del parto. ○ Pruebas serológicas posteriores a los 8 meses y tratamiento de los niños con seropositividad a <i>T. cruzi</i>. ○ Vacunación contra la hepatitis B a recién nacido. ○ Prácticas óptimas de alimentación de los lactantes. ○ Servicios de planificación familiar después del parto.

Tomado de: Organización Panamericana de la Salud, ETMI Plus. *Marco para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas*, Washington, D.C.: OPS, 2017; Organización Panamericana de la Salud, *Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis y el virus de la hepatitis B*, Washington, D.C., 2022.

Anexo 13.2 Dosis de los ARV de la profilaxis a niñas /niños expuestos al VIH

Droga	< 30 semanas de gestación	>30 y < de 35 semanas	> 35 semanas de gestación
AZT <i>Nota: Para los recién nacidos que no pueden tolerar los agentes orales, la dosis IV es el 75 % de la dosis oral mientras se mantiene el mismo intervalo de dosificación.</i>	<u>Nac. a 4 sem. de edad</u> 2 mg/kg por dosis BID <u>Edad 4 a 8 a 10 Sem.</u> 3 mg/kg por dosis BID <u>Edad >8 a 10 sem.</u> 12 mg/kg por dosis BID; aumentar a esta dosis solo para bebés con infección por VIH confirmada.	<u>Nac. a edad 2 sem.</u> 2 mg/kg por dosis BID <u>Edad 2 Sem. a 6 a 8 Sem</u> 3 mg/kg por dosis BID <u>Edad >6 a 8 sem.</u> 12 mg/kg por dosis BID; aumentar a esta dosis solo para bebés con infección por VIH confirmada.	<u>Nac. hasta las 4 sem. de edad:</u> 4 mg/kg por dosis BID <u>Edad >4 sem:</u> 12 mg/kg por dosis BID; aumentar a esta dosis solo para bebés con infección por VIH confirmada.

Droga	>32 a < 34 semanas de gestación	>34 a < 37 semanas de gestación	>37 semanas de gestación
NVP (dosis de terapia presuntiva)	<u>Nac. a edad 2 sem.</u> 2 mg/kg por dosis BID <u>Edad 2 a 4 sem.</u> 4 mg/kg por dosis BID <u>4 a 6 sem. de edad</u> 6 mg/kg por dosis BID <u>Edad >6 sem</u> 200 mg/m ² Superficie Corporal (SC) por dosis BID; aumentar a esta dosis solo para bebés con infección por VIH Confirmada.	<u>Nac. a 1 sem de edad</u> 4 mg/kg por dosis BID <u>Edad 1 a 4 sem.</u> 6 mg/kg por dosis BID <u>Edad >4 sem.</u> 200 mg/m ² SC por dosis BID; aumentar a esta dosis solo para bebés con infección por VIH confirmada	<u>Nac. a 4 sem. de edad</u> 6 mg/kg por dosis BID <u>Edad >4 sem.</u> 200 mg/m ² SC por dosis BID; aumentar a esta dosis solo para bebés con infección por VIH confirmada

Droga	Indicación
ABC/3TC + DTG	¼ Tableta de ABC/3TC de 120/60 mg ½ Tableta de DTG de 10 mg

Tomado de: World Health Organization, Updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring Geneva, March 2021, 2021

EQUIPO TÉCNICO ELABORADOR

COORDINACIÓN

Dra. Odalis Garcia	Jefe de Programa de Enfermedades Transmisibles Infecciosas y otras, Dirección General de Riesgos Poblacionales.
Dra. Sandra Nuñez	Programa de Enfermedades Transmisibles Infecciosas y otras Dirección General de Riesgos Poblacionales.
Dra. Victoria Vasquez	Programa de Enfermedades Transmisibles Infecciosas y otras Dirección General de Riesgos Poblacionales.
Lcda. Alyary Villanueva	Programa de Enfermedades Transmisibles Infecciosas y otras Dirección General de Riesgos Poblacionales.

COORDINACIÓN TÉCNICA METODOLÓGICA

Dra. Gabriela Barahona	Dirección General de Normalización/DNAP
Dra. Isis Zaldivar	Dirección General de Normalización/DNAP

EQUIPO DESARROLLADOR

Dra. Karen Erazo	Coordinadora de SAI HMCR
Dr. Hector Pineda	Coordinador de SAI Copan Ruinas
Dra. Ana Ligia Chinchilla	Instituto Hondureño de Seguridad Social – IHSS, La Granja
Dr. Sergio Flores	ICAP Global Health
Dr. Mario Ramirez	Coordinación Nacional de Subvenciones y Plan de Sostenibilidad
Dr. Marco Tulio Luque	Hospital Escuela

EQUIPO DE VALIDACIÓN

Dra. Amy Tovar	Programa de Enfermedades Vectoriales
Dra. Kimberli Artiaga	Programa de Enfermedades Vectoriales
Dra. Sandra Lorenzana	Programa de Enfermedades Transmisibles Infecciosas y otras Dirección General de Riesgos Poblacionales.
Lic. Banya Canales	Departamento de Salud del Primer Nivel de Atención DSPNA-DGRISS
Dra. Flavia Girón	Unidad Logística de Medicamentos e Insumos / ULMI
Dra. Kathia Hernández	Unidad de Vigilancia de la Salud / UVS
Dr. Nain Maldonado	Unidad de Vigilancia de la Salud / UVS
Dra. Francisca Acosta	Unidad de Vigilancia de la Salud / UVS
Dra. Rita Meza	Laboratorio Nacional de VIH /LNVIH
Dra. Silvia Nazar	Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo / DGVMN
Lic. Rosa Marlen	Programa Atención Integral a la persona, familia y comunidad
Dra. Ana Ligia Chinchilla	Coordinadora Salud sexual y Salud Reproductiva – IHSS

Dra. Karen Erazo	Coordinadora SAI HMCR
Dra. Dixiana Flores	Médico Asistencial SAI/VICITS
Dra. Magda Chávez	Hospital Escuela
Dra. Carolina Bustillo	Hospital Escuela.
Xiomara Jackeline Contreras Flores	Presidenta ASONAPVSI DAH
Lic. Rosa González	Co-Directora Ejecutiva Fundación LLAVES
Lic. Norma Carías	Directora Ejecutiva CEPROSAF
Dr. Sergio Flores	Asistente Técnico – ICAP Global Health
Lic. Alba Sanchez	Consultora Nacional Enfermedades Transmisibles – OPS/OMS
Dr. Mauricio Ramírez	Oficial para el Desarrollo de la Primera Infancia UNICEF-Honduras
Lcda. Mónica Palencia	Asesora de País – FANCAP Honduras
Lcda. Iliana Guevara	Asesora Técnica FANCAP Honduras
Dra. Elsa Palou	Infectologa Consultora Independiente
Dr. Ángel López	Laboratorio Nacional de ITS
Dr. Héctor Pineda	SAI CIS Copan Ruinas
Dra. Vivian Alvarado	Departamento de Salud del Segundo Nivel de Atención DSSNA-DGRISS
Dra. Xiomara Erazo	Programa Ampliado de Inmunizaciones / PAI
Dra. Cheryl López	Laboratorio Nacional de Vigilancia / Virología
Dr. Christian Valladares	Laboratorio Nacional de Vigilancia / Laboratorio de Chagas y Leishmaniasis

PRUEBA PRÁCTICA

Dr. Lenyn Vladimir Martinez Mejia	Policlínico Metropolitano de la Ceiba
Dra. Karen Anneth Reconco	Policlínico Metropolitano de la Ceiba
Dr. Walther Ramos Guevara	Policlínico Metropolitano de la Ceiba
Dr. Luis Jose Serrano Pineda	CIS La Entrada, Copan
Dra. Irina Ivone Alvarado	CIS La Entrada, Copan
Dr. Luis Roberto Gomez Mendoza	Policlínico el Triunfo
Dr. Renato Napoleon Vasquez	Policlínico el Triunfo
Dr. Leonel Antonio Banegas Sanchez	Policlínico el Triunfo
Dra. Ena Lizeth Moreno Reyes	Policlínico el Triunfo
Dra. Martha Moreno Armas	Policlínico el Triunfo
Dr. Jose Angel Mendez Campos	Policlínico el Triunfo
Dra. Sharon Erazo	Policlínico Dr. Alonso Suazo
Dra. Andrea Zepeda	Policlínico Dr. Alonso Suazo
Lcda. Kimberly Amaya	Policlínico Dr. Alonso Suazo
Dra. Gabriela Cano	Policlínico Dr. Alonso Suazo

