



Plan Nacional Multisectorial para la Prevención de la Transmisión Materno-Infantil del VIH y Sífilis en Panamá.

Documento Técnico como Marco de Referencia para el cumplimiento del Plan Estratégico Multisectorial de VIH/SIDA Panamá 2007-2010

Ministerio de Salud
Dirección General de Salud
Programa Nacional de ITS/VIH/sida

Con el apoyo técnico y financiero de: OMS/OPS y UNICEF

**Plan Nacional Multisectorial para la
Prevención de la Transmisión Materno-Infantil
del VIH y Sífilis en Panamá**

**Documento Técnico
como Marco de Referencia para el cumplimiento del
Plan Estratégico Multisectorial de VIH/SIDA Panamá 2007-2010**

**Ministerio de Salud
Dirección General de Salud
Programa Nacional de ITS/VIH/sida**

Con el apoyo técnico y financiero de

**OMS/OPS
UNICEF**

Panamá, mayo de 2007

Nota Importante

Este es un documento técnico en su primera versión que será presentado para su análisis y discusión a personal de salud de las diferentes áreas del Ministerio de Salud, a representantes de organizaciones no gubernamentales y organismos de cooperación internacional, por lo que aún no es un documento oficial ni de libre difusión.

Equipo Técnico

Programa Nacional de ITS/VIH/sida

Dra. Cristina Gómez
Lic. Rosa Lowe
Lic. Adriana de Mike
Lic. Yariela Ortega

OMS/OPS

Mgtr. Diego Postigo
Mgtr. María Fernanda Alvim-Hilton
Dr. Ricardo Batista

UNICEF

Miguel Cuellar Coordinador de Programas
Ana Nestorovic Asistente de Programas VIH SIDA
Rommel Jáuregui Consultor

Abreviaturas

ADN	Siglas en inglés para Deoxyribonucleic Acid (Ácido desoxirribonucleico)
AZT	Zidovudina
CDC	Siglas en inglés del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos
CD4	Prueba de conteo de células T.
CSS	Caja del Seguro Social
CV	Carga viral
ELISA	Siglas en inglés para <i>Enzyme Linked Immunoabsorbent Assay</i>
HGC	Siglas en inglés para <i>Human Chorionic Gonadotropin</i> (gonadotropina coriónica humana)
IEC	Información, Educación y Comunicación
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MHATP	Sigla en inglés para <i>Microhaemagglutination Assay for Antibodies to Treponema Pallidum</i>
MINSA	Ministerio de Salud
NFV	Nelfinavir
NV	Nacimientos vivos
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
PCR	Siglas en inglés para <i>Polymerase Chain Reaction</i> (reacción en cadena cuantitativa de la polimerasa)
PNSIDA	Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA
PROBIDSIDA	Fundación Pro Bienestar y Dignidad de las Personas afectadas por el VIH/SIDA
PTMI	Prevención de la Transmisión Materno-Infantil del VIH y Sífilis
RNA	Siglas en inglés para <i>Ribonucleic Acid</i> (ácido ribonucleico)
RPR	Sigla en inglés para <i>Rapid Plasma Reagin</i>
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TARV	Terapia antirretroviral
3TC	Lamivudine
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VDRL	Sigla en inglés para <i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
VHB	Virus de la Hepatitis B
VHC	Virus de la Hepatitis C
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

INDICE

Abreviaturas.....	2
Índice.....	3
Introducción.....	4
I. Antecedentes.....	5
II. Justificación.....	5
III. Objetivos.....	7
A. Generales.....	7
B. Específicos.....	7
IV. Marco Teórico.....	7
A. Transmisión materno-infantil del VIH y Sifilis.....	7
B. Factores que incrementan el riesgo de transmisión materno infantil del VIH y Sifilis	7
C. Normas para la atención integral para las personas viviendo con VIH/SIDA en Panamá.....	8
V. Estrategias y actividades para la PTMI del VIH.....	8
1. Prevención de la infección primaria por VIH.....	8
2. Prevención de los embarazos no intencionados entre las mujeres infectadas por VIH.....	9
3. Prevención de la transmisión materno-infantil.....	9
4. Provisión de tratamiento, atención y apoyo a las mujeres infectadas por VIH, sus lactantes y sus familias.....	9
VI. Presupuesto Anual Estimado para la implementación del PN Multisectorial.....	9
VII. Referencias Bibliográficas.....	10
VIII. Anexos.....	11
Matriz de Estrategias y Actividades del Plan Operativo Anual Multisectorial.....	11
Matriz de Indicadores de Vigilancia de la PTMI del VIH.....	17
Normas para el manejo clínico de las PVVS en Panamá: Recomendaciones para la profilaxis de la PTMI del VIH y terapia ARV de las embarazadas infectadas por VIH.....	21

Introducción

Desde Septiembre de 1984 cuando se detectó el primer caso de SIDA en Panamá, se han realizado distintas estrategias para controlar el incremento de la infección. Hoy, a más de 20 años, las cifras nos sugieren un incremento cada vez mayor de personas infectadas con el virus, cada día es mayor el número de niños expuestos por transmisión materno-infantil identificados. Hasta marzo 2007 en el Hospital del Niño cerca de 800 niños han recibido o reciben atención por haber nacido de madres VIH positivas.

El avance de la ciencia da la oportunidad de que gran parte de estos niños expuestos nazcan libres de la infección, la transmisión de la madre al hijo puede ocurrir desde la 8va. Semana de gestación, durante la labor de parto (50%) y durante la lactancia materna (10-20%). La tasa de transmisión del VIH varía de acuerdo a la carga viral.

La medida prioritaria básica para prevenir la transmisión materno-infantil es evitar la infección de la mujer en edad fértil, sin embargo para poder ofrecer la posibilidad de prevenir la transmisión perinatal del VIH, toda mujer embarazada debe recibir oportunamente la realización de pruebas de tamizaje.

Los costos que se generan en temas de prevención y con el diagnostico temprano, es a penas un detalle de los costos socioeconómicos y humanos que genera la infección por VIH de un niño. A continuación se señalan los lineamientos que enmarca el Plan Nacional Multisectorial para la Prevención de la Transmisión Materno-Infantil del VIH y Sífilis, su propósito, objetivo general y específicos, además de las actividades para su desarrollo (promoción y prevención; atención integral; monitoreo y evaluación) se incluyen también las normas técnicas y administrativas del mismo.

Plan Nacional Multisectorial para la Prevención de la Transmisión Materno-Infantil del VIH y Sífilis en Panamá

I. Antecedentes

El Istmo de Panamá, con una extensión de 75,517 km² y con una población de 3, 283,959 habitantes hasta Diciembre del 2005, posee una posición geográfica privilegiada que le aleja de grandes desastres naturales. Estas cualidades no han sido muy útiles en cuanto a la epidemia del VIH/SIDA, para fines del 2005 ocupaba la posición número seis de América Latina y la tercera en Centro América.

La epidemia de VIH/SIDA representa serios retos para la población panameña en general y para el equipo de salud en particular. Desde el primer caso de SIDA en Panamá que se registró en septiembre de 1984 hasta diciembre del año 2006 se registraron en 8241 casos, 6184 casos del sexo masculino y 2057 del sexo femenino. Actualmente el sida ocupa la novena causa de muerte en el país; En relación a las personas portadoras de VIH se estima que está entre 15000- 18000 panameños, un 80% se encuentra en edades entre 15 y 49 años, muchos de ellos desconocen su condición de seropositivos.

La sociedad panameña en su conjunto ha realizado diversos esfuerzos para la prevención de nuevas infecciones y para la atención de aquellas personas ya afectadas. El sector salud ha desarrollado con bastante éxito ciertas estrategias. La creación de una Red de Laboratorios y Bancos de Sangre, la vigilancia epidemiológica, los programas de prevención dirigido a adolescentes y otros grupos, la capacitación del recurso humano, el suministro de tratamiento antirretroviral, son algunas de las tantas acciones efectuadas. No obstante, el esfuerzo a todas luces ha sido insuficiente, dado el inexorable avance de la epidemia.

En Panamá ocurren un promedio de 650 casos nuevos de SIDA por año y cerca de la mitad de ellos son diagnosticados en etapas muy avanzadas de la enfermedad o al momento de la defunción. El estigma y la discriminación que viven las personas portadoras de VIH, es tal vez una de las razones para no asistir en busca de atención. Por otro lado el costo de las pruebas diagnósticas y falta de personal limita la accesibilidad a los servicios, en especial a los de asesoría y pruebas voluntarias.

La prevalencia de VIH/SIDA en adultos en Panamá es de 0.9 % (UNAIDS, 2003). La epidemia es concentrada, con incidencias muy bajas en la población general y más altas en las provincias con poblaciones altamente concentradas (Colón y Panamá). Un 28% de las infecciones son resultado de relaciones sexuales de hombre-hombre, pero hay una tendencia creciente de infección heterosexual, con una tasa presente de 50%. Esto significa que el número de mujeres y niños infectados está aumentando, para el año 2006 la población femenina diagnosticada, representó uno de cada tres casos. En cuanto a grupos etáreos más afectados para ambos sexos son los de 30 a 34 de 40 a 44 años, situación preocupante ya que corresponde a la población en edad económicamente activa y en edad reproductiva.

II. Justificación

La prevención de la transmisión materno-infantil del VIH se refiere a un espectro de servicios clínicos y de apoyo integral, centrado en la familia –proporcionado conjuntamente con iniciativas de salud pública- para impedir la transmisión del VIH de una mujer a su bebé. Los programas

de PTMI del VIH reconocen la importancia de conocer la condición serológica del VIH y mantener a los padres libres de la infección. Las pruebas y la consejería en las clínicas prenatales y las maternidades permiten la identificación temprana de la infección por VIH. Estos entornos sirven como punto de entrada a servicios integrales de PTMI del VIH, incluyendo el tratamiento ARV, la profilaxis, prácticas de parto sin riesgo y prácticas seguras de alimentación para las madres VIH positivas y sus lactantes.

El éxito de las estrategias existentes para disminuir el riesgo de transmisión perinatal, depende de lo oportuno que se detecte la infección por VIH en las embarazadas.

- ❖ No existen evidencias de que el embarazo, por sí solo, cambie el curso de la infección VIH.
- ❖ La infección no parece cambiar la manera como se desarrolla el embarazo.
- ❖ La presencia de infecciones oportunistas graves durante el embarazo sí pueden afectar el curso del mismo o el pronóstico del bebé.

El VIH no parece afectar el desarrollo del feto. No se han descrito malformaciones fetales ni otras complicaciones asociadas a esta infección.

La Transmisión materno-infantil del VIH puede ocurrir en tres momentos:

- Durante el embarazo (Intraútero)
- Durante el parto
- Durante el período de la lactancia

Existen factores de riesgo que aumentan la posibilidad de la transmisión del VIH

1. Bajo conteo de CD4
2. Alto conteo de Carga Viral
3. ITS
4. Ruptura prolongada de membranas >4 horas
5. Corionioamnionitis
6. Parto vaginal vs. cesárea

Desde el contexto económico y social de la transmisión del VIH a un recién nacido en términos de morbilidad, discapacidades, secuelas y muertes, además de los daños psicológico causados a los niños, que son el futuro de una Nación, requiere tanto de los gobernantes del Estado como de la sociedad civil un especial interés y una acción coordinada para hacer la diferencia.

En ese espíritu de trabajo conjunto y corresponsabilidad, se propone el presente **Plan Operativo Anual Multisectorial** como marco de referencia para el cumplimiento del *Objetivo Estratégico # 1 Reducir la incidencia de la infección de VIH y SIDA a nivel nacional, priorizando los grupos vulnerables para diciembre del año 2010 y Línea Estratégica # 2 Fortalecer los mecanismos de información y accesibilidad a las pruebas diagnósticas, pronósticas y tratamiento requeridos que contribuyan a la reducción de la transmisión materno-infantil del VIH del Plan Estratégico Multisectorial de VIH/SIDA Panamá 2007-2010.*

III. Objetivos

A. Objetivos Generales

- ❖ Fomentar la aplicación de estrategias establecidas en las normas de atención integral de las personas que viven con VIH/SIDA en relación a la disminución de transmisión materno infantil del VIH.
- ❖ Brindar acceso universal a la población de embarazadas, al diagnóstico oportuno del VIH, incluyendo la consejería pre y post prueba rápida e inicio temprano de tratamiento Antirretroviral.

B. Objetivos Específicos

- ❖ Implementar acciones preventivas en VIH/SIDA en la población en edad reproductiva.
- ❖ Diseñar campaña de información, educación, comunicación para el cambio de comportamiento que promueva la realización de la prueba de VIH.
- ❖ Fortalecer y descentralizar los servicios de Atención Perinatal para prevención de la transmisión materno-infantil del VIH.
- ❖ Implementar un Sistema de Monitoreo y Evaluación que permita la obtención de datos, para toma de decisiones referente a la PTMI del VIH.
- ❖ Capacitar al recurso humano de salud de todas las Regiones sobre PTMI del VIH.

IV. Marco Teórico

A. Transmisión materno-infantil del VIH y Sífilis

Se conoce como transmisión materno-infantil del VIH y Sífilis la infección de una madre infectada a su hijo dándose a través de tres mecanismos diferentes:

1. La **transmisión intraparto**: entre el 40 al 80% de los casos son causados por el contacto del feto con la sangre de la madre y el líquido amniótico.
2. La **transmisión in útero**: puede darse de un 10 a un 25%, ésta puede ocurrir tan temprano como a la octava semana de gestación.
3. La **transmisión a través de la leche materna**: puede presentarse de un 14 a un 30%, razón por la cual no se recomienda la lactancia materna para los recién nacidos de madres infectadas por el VIH.

B. Factores que incrementan el riesgo de transmisión materno infantil del VIH y Sífilis

Existen diversos factores biológicos y psicosociales que hacen vulnerables a la mujer para adquirir el VIH/SIDA, entre estos tenemos:

- ❖ **Factor biológico:** biológicamente se estima que la posibilidad de transmisión del hombre a la mujer es mayor que de la mujer al hombre, debido a que el área genital expuesto en la mujer es más extenso, el epitelio vaginal es más vulnerable a las infecciones y el VIH puede tener mayor tiempo de vida en el epitelio vaginal.
- ❖ **Factor psicosocial.** Éstos incluyen la perspectiva de género y la cultura.
- ❖ **Factor de la sexualidad:** éstos contemplan los derechos sexuales reproductivos de la mujer y la planificación familiar.
- ❖ **Factores relacionados con la madre:** estado clínico e inmunológico de la mujer.
- ❖ **Factores virales:** características propias del virus.
- ❖ **Factores placentarios:** alteraciones en la integridad placentaria o factores de riesgo como el tabaco o las drogas.
- ❖ **Factores fetales y neonatales:** el tiempo de la gestación es importante.
- ❖ **Factores obstétricos:** los procedimientos invasivos durante el embarazo aumenta el riesgo de infección del feto.
- ❖ **Factores relacionados a la lactancia materna:** el nivel y duración de la carga viral en la leche materna incrementa el riesgo de infección del neonato.

C. Normas para la atención integral para las personas viviendo con VIH/SIDA en Panamá

Para dar respuesta al grave problema del aumento vertiginoso del VIH/SIDA en Panamá, el Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, ha realizado la revisión de las Normas de Atención Integral para las Personas que viven con el VIH/SIDA, con el objetivo de establecer un consenso en el diagnóstico, notificación, tratamiento y seguimiento de las personas que sufren este problema. Dichas normas están encaminada a mejorar la calidad de vida de las personas que padecen este mal, disminuir el riesgo de la transmisión materno-infantil del VIH así como servir de guía al personal de salud para el manejo y tratamiento oportuno del afectado.

Debido al impacto psicosocial que produce la infección del VIH/SIDA, tanto en el individuo infectado como en la familia y sociedad, en las normas de atención integral se establece el tratamiento a seguir para minimizar el riesgo de la transmisión materno-infantil durante el embarazo, parto y puerperio.

V. Estrategias y Actividades para la PTMI del VIH

Las estrategias de las Prevención de la Transmisión Materno-Infantil del VIH se pueden dividir en cuatro grupos:

1. Prevención de la infección primaria por VIH

- Promover las prácticas sexuales seguras y responsables
- Facilitar el acceso a los condones
- Proporcionar diagnóstico y tratamiento temprano de las ITS

- Facilitar la disponibilidad de las pruebas de VIH y de la consejería
 - Proporcionar consejería adecuada a las mujeres VIH negativas
- 2. Prevención de los embarazos no intencionados entre las mujeres infectadas por VIH**
- Proporcionar planificación familiar efectiva.
 - Promover el acceso a la anticoncepción segura y eficaz.
 - Promover las prácticas sexuales seguras, incluyendo el uso de condones
- 3. Prevención de la transmisión materno-infantil**
- Proporcionar pruebas de VIH y consejería
 - Proporcionar profilaxis y TARV
 - Promover las prácticas de parto sin riesgo
 - Educar y apoyar las prácticas de alimentación segura del lactante
- 4. Provisión de tratamiento, atención y apoyo a las mujeres infectadas por VIH, sus lactantes y sus familias.**
- Proporcionar tratamiento relacionado con el VIH, servicios de atención y apoyo a las mujeres.
 - Proporcionar diagnóstico, atención y apoyo temprano a los lactantes y niños infectados por VIH
 - Promover vinculaciones a los servicios basados en la comunidad para la atención integral familiar.

VI. Presupuesto Anual Estimado para la implementación del Plan Nacional Multisectorial para la PTMI del VIH y Sífilis.

Datos de referencia		
Concepto	Cantidad	Unidad
Embarazadas estimadas	70,000	personas
Seropositividad esperada al VIH en embarazadas	0.9	porcentaje
Seropositividad esperada al VDRL en embarazadas	1.3	c/1000 embarazadas
Embarazadas VIH+ estimadas	630	personas
Necesidad de pruebas rápidas para tamizaje de VIH	70,000	pruebas
Necesidad de ELISA para confirmación de diagnóstico	1114	pruebas
Necesidad de pruebas de VDRL	70,000	pruebas
Carga viral (1 por embarazada)	630	reactivos
CD4 (2 por embarazada)	1260	reactivos
Triple Terapia	630	personas
AZT (inyectable)	630	personas
AZT (jarabe – terapia para infante)	630	personas
Fórmula láctea (6 meses con 1 lata por semana)	15120	latas
Cesáreas electivas estimadas a pacientes VIH+	70% (441)	cesáreas
Terapia de supresión de la leche materna (1 sem x paciente)	630	pacientes

Costos de referencia			
Concepto	Costo unitario (en USD)	Multiplicador	Costo Total
Pruebas de tamizaje de Sífilis (VDRL)	0.72	70,000 embarazadas	50,400
Pruebas de tamizaje (Stat Pack)	1.45	70,000 embarazadas	101,500
Prueba confirmatoria (ELISA)	0.51	1114 embarazadas	568.14
CV	75.00	2 (630 embarazadas)	94,500.00
CD4	20.00	2 (630 embarazadas)	25,200.00
Triple terapia por embarazada	1,601.10	630 embarazadas	1,008,693.00
AZT (vial 200mg/paciente)	30.00	630 embarazadas	18,900.00
AZT (jarabe)	16.47	630 infantes	10,376.10
Fórmula láctea	5.00	15120 latas	75,600
Cesárea lectiva	290.00	441 cesáreas	127,890
Bromocriptina 2.5 mg (dosis BID)	11.60	630 embarazadas	6,967.80
Capacitaciones, promoción y prevención.	50,000.00	14 Regiones de Salud	50,000
Total Anual			1,570,595.04

Embarazadas estimadas: información de estimado de nacimientos vivos para el año 2007. Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dirección nacional de Políticas de Salud. Ministerio de Salud. Panamá.

Triple Terapia (Nelfinavir + 3TC + AZT). Costo estimado por Dirección Nacional de Provisión de Servicios en Salud. Ministerio de Salud. Panamá.

Stat Pack (sensibilidad: 99,7 y especificidad: 99,3)

CV: 2 pruebas durante el embarazo.

CD4: 2 pruebas por embarazo.

Triple Terapia: AZT oral (Zidovudina), 3TC (Lamivudina), Nelfinavir).

MATRIZ DE ESTRATEGIAS Y METAS PARA LA PTMI DEL VIH EN PANAMA

OBJETIVO	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS.
1- Reducir la incidencia de la transmisión materno-infantil del VIH en Panamá	1.1 Desarrollando capacidad de respuesta multisectorial y multidisciplinaria en todas las instalaciones de salud del país	14 Regiones de Salud de Panamá formando parte de la Red de Servicios e implementando la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en Panamá.	1- Sistematizar la red de información estadística de datos sobre transmisión materno-infantil en las 14 Regiones de Salud. 2- Elaborar su Diagnóstico de salud en relación a población de embarazadas atendidas con realización de prueba de VIH positivas y sin realización de la prueba. 3- Evaluar el desarrollo de prevención de la transmisión materno-infantil mediante la capacidad instalada de la Consejería pre y post prueba de VIH a las embarazadas de todas las Regiones de Salud. 4- Desarrollar estrategias para mejorar la accesibilidad a la realización de las pruebas de VIH en embarazadas de cada una de las Comunidades de las 14 Regiones de Salud del país. 5- Monitorear y evaluar la capacidad y desarrollo de la prevención y disminución de la transmisión materno-infantil en cada una de las 14 Regiones de Salud.	1-Sistema de información funcionando. 2-Diagnóstico de realización o no de la prueba de VIH en embarazadas captadas. 3-Realización de consejería pre y post prueba VIH a las embarazadas. 4-Accesibilidad de embarazadas de comunidades lejanas a la prueba de VIH para prevención de transmisión materno-infantil. 5-Resultados del monitoreo y evaluación en cada Región de Salud.

MATRIZ DE ESTRATEGIAS Y METAS PARA LA PTMI DEL VIH EN PANAMA

OBJETIVO	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDADES	RESULTADO ESPERADO
	1.2 Priorizar en la captación y atención gratuita de las embarazadas para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH.	Captación del 100 % de las embarazadas que lleguen a Instalaciones de salud públicas o privadas para que se realicen la prueba de VIH.	2-1. Orientación a toda la población sobre prevención de la transmisión materno-infantil como medida de lograr disminuir a 0% de VIH/SIDA en grupo Materno Infantil. 2-2. Realizar búsqueda activa y seguimiento de casos a las embarazadas que no asisten a controles prenatales para concienciarlas importancia de prevenir la transmisión materno-infantil del VIH. 2-3. Reforzar la atención integral de las embarazadas recalando importancia de repetir prueba de VIH al tercer trimestre de embarazo a las que son de riesgo. 2-4. Coordinar el acceso a los niveles de atención primario, secundarios y terciarios de las embarazadas que lo requieran según diagnósticos de riesgo por VIH. 2-5. Insistir en el uso del pre y post consejería de toda embarazada que se atienda en una instalación de salud ya sea pública o privada. 2-6. Desarrollar redes de consejería con los Profesionales de salud y personal adiestrado para captación de toda mujer que desee realizarse la prueba de VIH	1- Población orientada sobre transmisión materno-infantil. 2- Captación de un 100% de las embarazadas que no asisten a control prenatal con orientación a población. 3- Atención integral, realización de la 2da prueba de VIH. 4- Acceso a los niveles de atención Según complejidad de riesgo. 5- Realización de la prueba de VIH en 100% de las embarazadas con consejería pre y post y formación de red de consejería multidisciplinarias.

VIII. Anexos

MATRIZ DE ESTRATEGIAS Y METAS PARA LA PTMI DEL VIH EN PANAMA

OBJETIVO	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDADES	RESULTADO ESPERADO
	1. 3 Promover y fomentar la educación para la salud que contribuya a disminuir la incidencia de VIH/ SIDA en la población en general y en los casos de transmisión materno-infantil en particular.	Desarrollar actividades educativas de promoción y prevención de las ITS/ VIH/ SIDA en las embarazadas para reducir la transmisión materno-infantil y la morbilidad Materno Infantil.	3-1. Realizar actividades de orientación en las clínicas, centros de salud, policlínicas, puestos de salud, hospitales, clínicas privadas y otras recalando importancia de realizarse la prueba de VIH en la embarazada. 3-2. Formación de facilitadores multidisciplinarios que orienten y brinden apoyo en la educación de las embarazadas, familiares, comunidades y otros. 3-3. Capacitación y actualización del personal de salud sobre importancia de reducir la transmisión materno-infantil a 0 % en Panamá. 3-4. Desarrollar temas de autoestima, comportamiento de riesgo, género, y otros que inducen en la adquisición del VIH. 3-5. Elaborar e implementar un sistema de Monitoreo y evaluación de las actividades a realizar sobre reducir la transmisión materno-infantil.	1- Población y embarazadas orientados sobre prevención de transmisión materno-infantil 2- orientación de individuos, familias y comunidades por facilitadores multidisciplinarios. 3- personal de salud capacitado para brindar orientación a la población en la transmisión materno-infantil. 4- reducción de los posibles riesgos de las embarazadas a adquirir el VIH. 5- Evaluar el plan de estrategias y metas para la reducción de la PTMI en Panamá.

MATRIZ DE ESTRATEGIAS Y METAS PARA LA PTMI DEL VIH EN PANAMA

OBJETIVO	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDADES	RESULTADO ESPERADO
2. Favorecer el desarrollo de Investigaciones, Educación y Comunicación (IEC) para la prevención de la transmisión materno-infantil en las diferentes Regiones de Salud de Panamá.	Disminuir la transmisión materno-infantil del VIH por medio de la utilización de medios de comunicación, investigaciones y educación al público en general.	1- Desarrollo de actividades de investigación. 2- Desarrollo del plan de estrategias y metas para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil en las embarazadas. 3- Desarrollo del plan de actividades de Comunicación con los medios existentes sobre, conductas saludables, derechos humanos y Estigmatización de la personas que viven con VIH/SIDA y familiares.	1- Estimular a la realización de estudios y/o investigaciones relacionadas con la transmisión materno-infantil. 2- Fortalecer capacidad para diseño, ejecución y evaluación de investigaciones. 3- Divulgar los resultados de estudios e investigaciones. 4- Coordinando realización de seminarios y talleres sobre la reducción de la transmisión materno-infantil del VIH. 5- Utilizando medios de comunicación masiva para divulgar realidad del VIH/SIDA a la población en general. 6- Organizando los mensajes de prevención en los diferentes medios de comunicación que llegue a todos los grupos de riesgo. 7- Desarrollar seminarios talleres al personal de los medios de comunicación que ayude a no estigmatizar , los derechos humanos y rechazar a personas y familias que viven con VIH/SIDA	1- Utilización de resultados para reducir riesgo de transmisión materno-infantil. 2- Oriente a la población en general sobre realidad del VIH/SIDA en la transmisión materno-infantil. 3- Medios de comunicación concienzados sobre el VIH/SIDA y como participar en la lucha contra la enfermedad. 4- La no estigmatización de las personas que viven con VIH/SIDA y familiares, respeto a los derechos humanos y conductas saludables.

MATRIZ DE ESTRATEGIAS Y METAS PARA LA PTMI DEL VIH EN PANAMA

OBJETIVO	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDADES	RESULTADO ESPERADO
3. Promover la Participación Social en cada Comunidad, incluyendo a cada uno de los actores sociales dentro y fuera del sector salud en acciones de promoción y prevención de la transmisión materno-infantil	3.1 Convocar a los diferentes grupos sociales, Organizaciones Nacionales e Internacionales, Instituciones Públicas y Privadas, Grupos Comunitarios, Autoridades Políticas y otras a que unidos se busquen estrategias para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH.	Participación de todos los grupos y organizaciones en la lucha contra el VIH/SIDA para reducir la incidencia de la transmisión materno-infantil.	3-1. Convocando a los diferentes Organismos a que todos juntos realicemos acciones tendientes a eliminar la transmisión materno-infantil del VIH en los grupos Materno Infantil. 3-2. Desarrollar Programas de formación de Promotores de salud y líderes comunitarios para orientación sobre las ITS/VIH/SIDA en embarazadas y poblaciones de riesgo. 3-3. Elaboración de Proyectos Comunitarios para lograr participación comunitaria en la búsqueda de solución a la infección por VIH/SIDA. 3-4. Realización de seminarios y talleres para los diferentes grupos comunitarios, desarrollando estrategias y acciones de familias e individuos para la reducción de riesgo por el VIH/SIDA. 3-5. Desarrollando planes de acción para captación y orientación de mujeres en edad fértil a que se realicen sus pruebas de VIH para prevenir la transmisión materno-infantil.	1- Desarrollo de acciones dirigidas a la disminución de la transmisión materno-infantil. 2- Promotores de salud y líderes comunitarios formados y capacitados. 3- Proyectos comunitarios ejecutados con soluciones reales a la reducción de casos de VIH/SIDA. 4- Desarrollo de estrategias y acciones propuestas por grupos comunitarios. 5- Captación de mujeres en edad fértil y realización de pruebas de VIH.

MATRIZ DE ESTRATEGIAS Y METAS PARA LA PREVENCION DE LA PTMI DEL VIH EN PANAMA

OBJETIVO	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDADES	RESULTADO ESPERADO
	4-Garantizar el tratamiento antirretroviral a toda embarazada con VIH positivo y a su recién nacido.	Brindar tratamiento al 100% de las embarazadas y su recién nacido que lo requieran.	4-1. Gestionar los fondos para la administración gratis del tratamiento a todas las embarazadas que tengan prueba positiva por VIH y su recién nacido. 4-2. Garantizar la compra, envío y adquisición de los medicamentos antirretrovirales en cada una de las Regiones de Salud para las embarazadas con VIH positivo. 4-3. Realización de la prueba de CD4 y Carga Viral a toda embarazada con VIH positivo. 4-4. Realización de la prueba de PCR a todo recién nacido de madre VIH positivo. 4-5. Suministrar sucedáneos de leche materna a todo recién nacido de madre VIH positiva. 4-6. Programar el monitoreo y evaluación de la transmisión materno-infantil en cada una de las Regiones de Salud de Panamá.	1- Adquisición de fondos para la compra de medicamentos antirretrovirales para las embarazadas con VIH positivo y su recién nacido. 2- Compra y envío a cada una de las Regiones de Salud de los medicamentos antirretrovirales. 3- Control de Carga Viral y CD4. 4- Confirmar resultado de prueba de PCR al recién nacido. 5- Evitar transmisión materno-infantil de VIH al recién nacido. 6- Realizar correcciones y toma de decisiones según resultados.

MATRIZ DE INDICADORES PARA LA VIGILANCIA DE LA TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DEL VIH

Indicador	Definición Conceptual	Fuente de Información	Definición Operacional
Porcentaje de cobertura de pruebas de VIH en embarazadas	Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden al control prenatal y se realiza la prueba de VIH.	Registro de consulta y hospitalización. Programa Materno Infantil Laboratorios Clínicos. Auditoria de historias clínicas	Numero de embarazadas que acuden al control prenatal y realizan prueba de VIH / Estimado de embarazadas en un período determinado X 100.
Porcentaje de embarazadas VIH positivas	Se refiere a las embarazadas VIH positivas captadas en el periodo determinado.	Registro de consulta y hospitalización. Control pre natal Laboratorios Clínicos público y privados Auditoria de historias clínicas	Número de embarazadas VIH positivas en un periodo determinado / Total de embarazadas que realizaron la prueba de VIH X 100
Porcentaje de seropositividad a la prueba del VIH en embarazadas.	Mujeres embarazadas VIH positivas nuevas y ya conocidas dentro del grupo de mujeres embarazadas que acuden el control prenatal en un periodo determinado.	Laboratorios Clínicos Clínica de atención prenatal.	Número de embarazadas VIH positivas / Total de embarazadas que realizaron la prueba de VIH y embarazadas VIH positivas conocidas en un período de tiempo y área geográfica X 100
Seroprevalencia de VIH en embarazadas	Todas las mujeres que acudieron al control prenatal y realizaron prueba de VIH, como parte de un estudio. Garantizando ciertos parámetros representatividad del estudio a través de un protocolo de investign.	Datos del estudio de seroprevalencia	Número de embarazadas positivas / Numero de embarazadas tamizadas en periodo y lugar determinado que realizaron la prueba de VIH X 100.
Porcentaje de embarazadas VIH positivas de 15 a 24 años.	Número de embarazadas VIH positivas que acuden al control prenatal y tienen edad entre 15 a 24 años.	Laboratorios clínicos y privados Auditoria de historias clínicas. Programa Materno infantil	Numero de embarazadas positivas de 15 a 24 años / Numero de embarazadas de 15 a 24 años X 100.
Porcentaje de embarazadas VIH positivas que desarrollaron SIDA Durante el embarazo.	Numero de embarazadas VIH positivas que desarrollan SIDA Durante el embarazo	Departamento de Epidemiología Expediente Clínico Programa Materno Infantil	Numero de embarazadas VIH positivas que desarrollaron SIDA durante el embarazo / Numero de embarazadas VIH positivas X 100.

MATRIZ DE INDICADORES PARA LA VIGILANCIA DE LA TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DEL VIH

Indicador	Definición Conceptual	Fuente de Información	Definición Operacional
Porcentaje de embarazadas VIH positivas que desarrollan la doble infección VIH/TB, durante el embarazo	Numero de embarazadas VIH positivas que desarrollan la doble infección VIH/TB durante el embarazo.	Departamento de Epidemiología Programa de Tuberculosis	Numero de embarazadas VIH positivas que desarrollaron la doble infección durante el embarazo /numero de embarazadas VIH positivas X 100.
Porcentaje de niños (as) nacidos madres VIH positivas que nacen por cesárea.	Dentro del grupo de embarazadas VIH positivas cuantos recién nacidos nacen por cesárea.	Programa materno infantil. Sala de partos. Departamento de Pediatría	Número de niños de madres VIH positivas que nacen por cesárea/ Número de embarazadas VIH positivas X 100.
Porcentaje de niños (as) nacidos de madres VIH positivas que nacen por parto vaginal	Dentro del grupo de embarazadas VIH positivas cuantos recién nacidos nacen por parto vaginal.	Programa materno infantil. Sala de partos. Departamento de Pediatría	Número de niños nacidos de madre VIH positivas que nacen por parto vaginal / Número de embarazadas VIH positivas X 100.
Porcentaje de embarazadas VIH positivas que reciben tratamiento antirretroviral solamente durante el embarazo	Se refiere a las embarazadas VIH positivas que recibieron tratamiento con antirretrovirales durante el embarazo	Clínicas de Terapia antirretroviral (TAR) Historia clínica de la paciente	Numero de embarazadas VIH positivas que recibieron tratamiento profiláctico con ARV durante el embarazo / Número de embarazadas VIH positivas X 100
Porcentaje de embarazadas VIH positivas que reciben tratamiento antirretroviral solamente durante la labor y el parto	Se refiere a las embarazadas VIH positivas que recibieron tratamiento profiláctico con antirretrovirales durante la labor y el parto	Clínicas de TAR Historia clínica de la paciente Farmacia Sala de partos	Numero de embarazadas VIH positivas que recibieron tratamiento profiláctico con ARV durante la labor y el parto / Número de embarazadas VIH positivas X 100
Porcentaje de mujeres embarazadas VIH+ que realizan conteo de células CD	Número de mujeres VIH+ que realizan conteo de células CD4	Laboratorio de Biología Molecular. Laboratorio Clínico público y privado.	Número de mujeres VIH positivas con resultado de conteo de células CD4/ Número de mujeres embarazadas VIH positivas

MATRIZ DE INDICADORES PARA LA VIGILANCIA DE LA TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DEL VIH

Indicador	Definición Conceptual	Fuente de Información	Definición Operacional
Porcentaje de mujeres embarazadas VIH positivas que reciben profilaxis con cotrimoxazole	Número de mujeres embarazadas VIH positiva que Reciben profilaxis con cotrimoxazole	Expediente Clínico. Farmacia Programa Materno Infantil	Numero de embarazadas VIH positivas que reciben profilaxis con cotrimoxazole/Número de mujeres embarazadas VIH positivas.
Porcentaje de mujeres embarazadas VIH positivas Que recibieron consejería en lactancia materna	Número de mujeres embarazadas VIH positivas que recibieron consejería en lactancia materna	Programa Materno Infantil Expediente clínico	Numero de embarazadas VIH positivas que reciben consejería en lactancia materna/Número de mujeres embarazadas VIH positivas X100.
Porcentaje de mujeres embarazadas VIH positivas que acuden a su control de salud dentro de 2 meses después del parto	Número de mujeres embarazadas VIH positivas que acuden a su control de salud dentro 2 meses después del parto.	Programa Materno Infantil. Expediente Clínico.	Numero de embarazadas VIH positivas que acuden a su control de salud dentro de 2 meses después del parto /Número de mujeres embarazadas VIH positivas X100.
Porcentaje de recién nacidos de madres VIH positivas que recibieron tratamiento profiláctico con AZT.	Indica qué cantidad de niños nacidos de madres VIH positivas recibieron tratamiento con AZT durante las primeras 6 semanas de vida.	Historia clínica del niño Clínica de tratamiento TARV Programa Infantil	Numero de recién nacidos de madres VIH positivas que reciben tratamiento antirretroviral con AZT durante las seis primeras semanas de vida / Numero recién nacido de embarazadas VIH positivas en un determinado periodo X 100
Porcentaje de niños hijos de madre VIH positiva que realizan prueba para VIH a los 18 meses.	Número de niños, hijos de madre VIH positiva que realizan prueba para VIH a los 18 meses.	Laboratorio clínico y privados Programa de Pediatría	Numero de niños, hijos de madres VIH positivas que realizan prueba para VIH a los 18 meses/ Numero de madres VIH positivas X 100.

MATRIZ DE INDICADORES PARA LA VIGILANCIA DE LA TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DEL VIH

Indicador	Definición Conceptual	Fuente de Información	Definición Operacional
Porcentaje de niños hijo de madre VIH positiva que realizan prueba de PCR.	Numero de niños hijos de madre VIH positiva que realizan prueba de PCR	Laboratorio de biología molecular	Numero de niños hijos de madre VIH positiva que realizan prueba de PCR/ Numero de mujeres embarazadas VIH positivas X100.
Porcentaje de niños infectados con VIH que reciben TAR.	Numero de niños infectados con VIH que reciben TAR	Clínica de TAR	Numero de niños VIH positivos que reciben TAR/ Numero de niños VIH positivos X 100.
Porcentaje de niños infectados con VIH que reciben profilaxis con cotrimoxazole	Numero de niños infectados con VIH que reciben cotrimoxazole	Clínica de TAR Servicio de pediatría Expedientes clínicos	Numero de niños infectados con VIH que reciben profilaxis con cotrimoxazole/ Numero de niños infectados X100.
Porcentaje de niños huérfanos de la madre.	Numero de niños huérfanos de madre	Estudios especiales Servicios de pediatría	Número de niños VIH positivos huérfanos de madre/ número de niños VIH positivos X100.
Porcentaje de niños huérfanos de padre.	Número de niños huérfanos de padre.	Estudios Especiales Servicios de pediatría	Numero de niños VIH positivos huérfanos de padre/numero de niños VIH positivos X 100.
Porcentaje de niños huérfanos de ambos padres.	Número de niños huérfanos de ambos padres.	Estudios especiales Servicios de Pediatría	Numero de niños VIH positivos huérfanos de ambos padres/numero de niños VIH positivos X 100.

**REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD
PROGRAMA NACIONAL DE ITS/VIH/SIDA**

Propuesta

**NORMAS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON
VIH/SIDA EN PANAMÁ**

**RECOMENDACIONES PARA LA PROFILAXIS DE LA TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL
DEL VIH Y TERAPIA DE LAS EMBARAZADAS INFECTADAS POR VIH**

Los principios de la transmisión materno-infantil del VIH

Se llama **transmisión materno-infantil** a la transmisión del VIH de la madre a su hijo. Desde el principio de la epidemia se reconoció la transmisión materno-infantil como una vía relevante de adquisición del virus y que viene representando hasta el 90% de la vía de adquisición de VIH en niños. La infección puede transmitirse durante el embarazo (prenatal), en el momento del parto (intraparto) o, posteriormente, por la lactancia postnatal).

Para una correcta prevención de la transmisión materno-infantil es imprescindible el conocimiento del status serológico de la mujer embarazada por lo que es básico la realización de la serología de VIH a TODA mujer embarazada.

Recomendaciones

- a. Toda mujer embarazada debe estar sujeta a la realización de pruebas para detección temprana de la infección por VIH.
- b. Toda mujer embarazada con prueba rápida negativa en la primera mitad del embarazo se deberá efectuar una segunda prueba rápida en la segunda mitad del embarazo.
- c. Toda mujer embarazada VIH positiva (ELISA por VIH y Prueba rápida) será referida a la Clínica de Alto Riesgo, ó Clínica de TAR para evaluación de su status virológico e inmunológico (CD4/CD8 y carga viral) e inicio de terapia.

**Toda mujer embarazada debe estar sujeta a la realización de
pruebas para detección temprana de la infección por VIH**

**EL EFAVIRENZ ESTA CONTRAINDICADO DE FORMA
ABSOLUTA DURANTE EL EMBARAZO**

Escenarios clínicos y terapia antirretroviral (TARV) en embarazadas

a. Escenario 1: Mujer embarazada infectada que no ha recibido TARV previa.

La mujer embarazada con resultado VIH+ debe recibir la TARV.

1. Se deben realizar estudios de carga viral y CD4 inmediatamente al resultado de VIH positivo y control trimestral en la clínica de TAR.
2. La TAR debe iniciarse entre las 10 a 12 semanas de edad gestacional.
3. Toda paciente embarazada con carga viral ≥ 1000 copias/mm³ y CD4 ≤ 500 células/mm³ debe recibir TAR.
La terapia antirretroviral debe incluir AZT. Toda paciente embarazada con CV < 1000 copias/ml y CD4 > 500 células/mm³ debe recibir terapia con AZT, aunque el uso de TAR puede ser considerada.
4. El régimen preferencial de inicio en una mujer embarazada será AZT + 3TC + Nelfinavir (ver Anexo 1).
5. La madre debe recibir AZT durante el intraparto independientemente del régimen antirretroviral anteparto (ver anexo 2).
6. Esta contraindicado el uso de Efavirenz , la combinación D4T + DDI, Indinavir, Amprenavir.
7. Para el uso de la Nevirapina debe considerarse riesgo vs beneficio (hepatotoxicidad/resistencia).

b. Escenario 2: Mujer embarazada ya en TAR

1. Para la mujer que recibe TAR cuyo embarazo es diagnosticado antes del primer trimestre, debe ser asesorada considerando los beneficios y riesgos potenciales de la administración de la TAR durante este periodo y la continuación de la TAR debe ser considerada.
2. La mujer infectada con VIH que recibe TAR y su embarazo es identificado después del primer trimestre, debe continuar la TAR.
3. El AZT debe ser un componente del tratamiento antirretroviral antenatal después del primer trimestre hasta donde sea posible.
4. Si la terapia es descontinuada dentro del primer trimestre, todas las drogas deberán ser suspendidas y reintroducidas simultáneamente para evitar el desarrollo de la resistencia a las drogas.
5. Independientemente del régimen de TAR establecido antes del parto la administración de AZT es recomendada durante el periodo intraparto y para el RN (ver Anexo 2).

c. Escenario 3: Mujer embarazada VIH positiva en labor de parto sin TAR previa

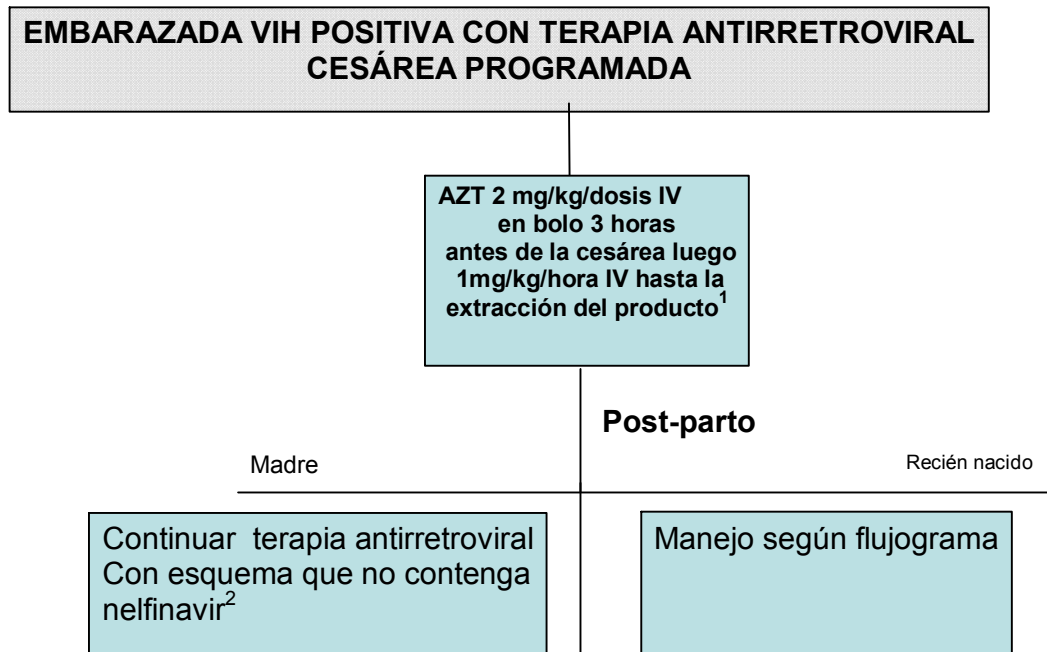
Existen diferentes alternativas de manejo:

1. AZT intraparto ya sea IV u oral a la madre seguido por 6 semanas de AZT oral al RN (ver Anexo 3).
2. AZT+3TC durante la labor seguido por una semana de AZT/3TC al RN (ver Anexo 3).
3. Nevirapina combinado con AZT IV en el intraparto y 6 semanas de AZT + NVP para el RN (Ver Anexo 3).
4. Nevirapina en el inicio de la labor más AZT/3TC por 4 a 7 días seguido por dosis única de NVP más AZT/3TC por 4 a 7 días en el RN (ver Anexo 3).

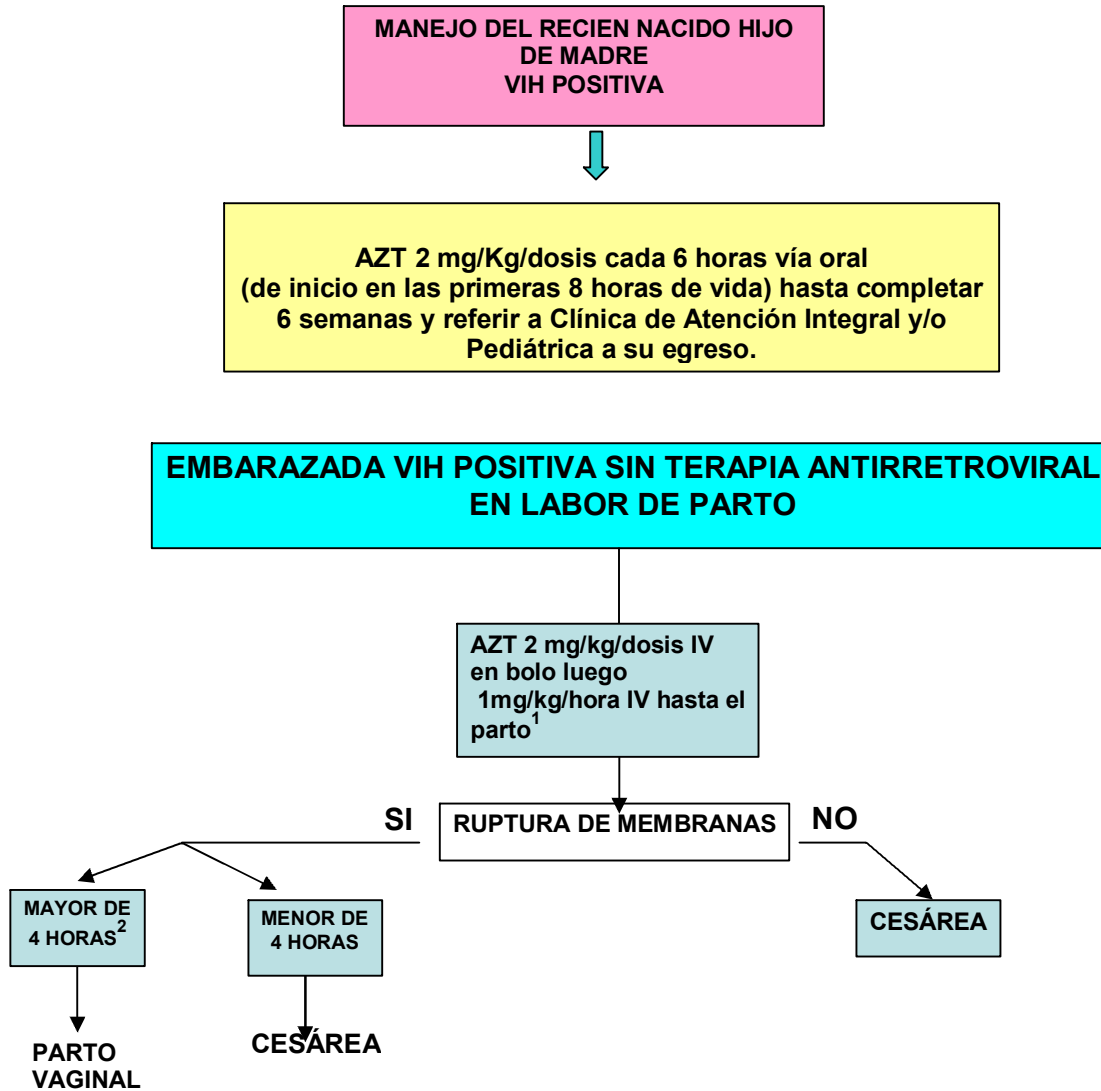
d. Escenario 4: Niño nacido de madre infectada que no ha recibido TAR durante el embarazo e intraparto.

1. Régimen de AZT por 6 semanas al RN. La madre debe ser informada del régimen a iniciarse en el RN.
2. AZT debe ser iniciada tan pronto como sea posible entre las 6 y 12 horas del nacimiento.

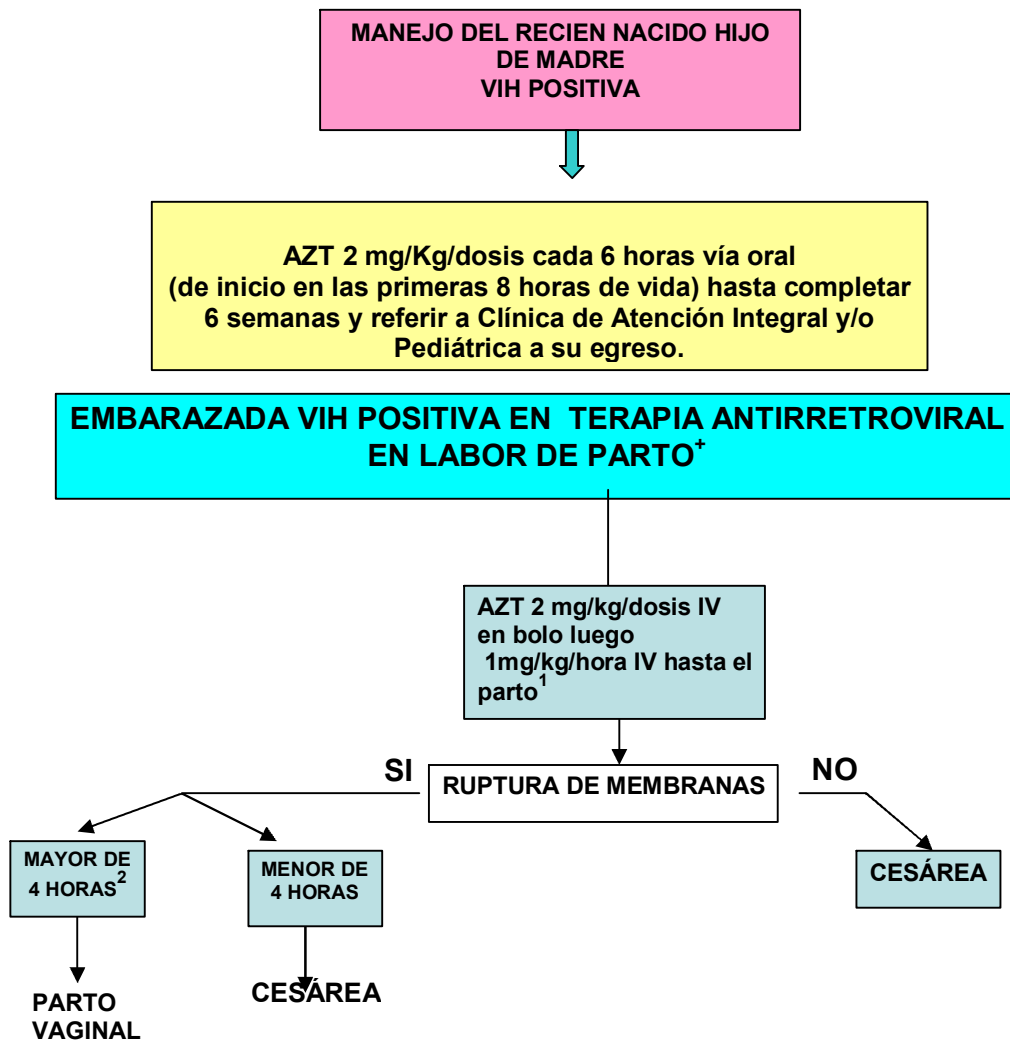
CRITERIOS DE LA VIA DEL PARTO



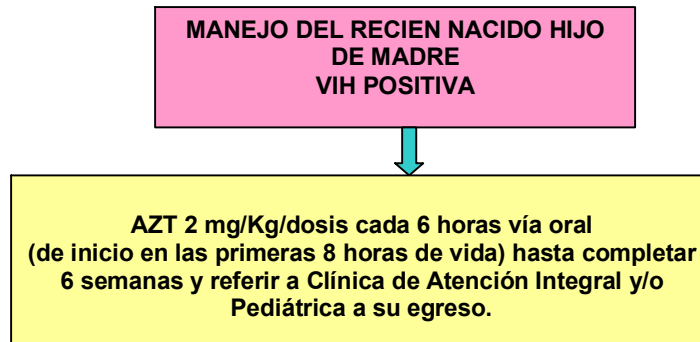
1. En caso de no contar con AZT IV, se puede utilizar la siguiente opción terapéutica: AZT 600mg + 3TC 150 mg VO al inicio de la labor, luego AZT 300 mg VO cada 3 horas hasta el parto y 3TC 150 mg VO cada 12 horas hasta el parto.
2. El nelfinavir esta reservado SOLAMENTE para las embarazadas.



- En caso de no contar con AZT IV, se puede utilizar la siguiente opción terapéutica:
AZT 600mg + 3TC 150 mg VO al inicio de la labor, luego AZT 300 mg VO cada 3 horas hasta el parto y 3TC 150 mg VO cada 12 horas hasta el parto.
2. Si se anticipa una labor corta.



- El AZT IV es adicional a la terapia antirretroviral de la paciente.
- Si se anticipa una labor corta.
- + Si se anticipa la labor antes de fecha programada de cesárea



Cuidados con el recién-nacido

En el recién nacido el hemograma con diferencial debe ser realizado de forma basal antes de la administración de AZT y repetir en 6 semanas posterior a la administración.

Se debe repetir el hemograma a las 12 semanas de encontrarse resultados anormales a las 6 semanas.

Uso del Trimetropin con Sulfa (TMP-SMX) a partir de la 6^{ta} semana sujeto en aquellos niños con status inmunológico indeterminado.

LACTANCIA MATERNA CONTRAINDICADA DE FORMA ABSOLUTA (REEMPLAZAR CON FORMULA MATERNIZADA)

Recomendaciones en el puerperio (manejo establecido entre los servicios de Obstetricia e Infectología).

- Evaluación por salud mental (stress desencadenado por el nacimiento del niño puede conllevar a falla en la adherencia de los medicamentos o depresión post-parto).
- Una vez terminado el embarazo se debe cambiar la terapia a los regimenes preferidos, según la norma para adultos y adolescentes.

ANEXO 1**ESCENARIO 1: REGIMEN PREFERENCIAL DE TERAPIA PARA PACIENTES EMBARAZADAS VIH+.**

PRESENTACIÓN	DOSIS TOTAL	DOSIFICACIÓN
AZT(ZIDOVUDINA)* 300mg, 100 mg Cap	600 mg	200 mg TID VO o 300 mg BID VO
3TC (LAMIVUDINA)* 150 mg Tab	300 mg	150 mg BID VO
NFV (NELFINAVIR) 250 mg Tab O SQV (SAQUINAVIR) + RIT (RITONAVIR)	1250 mg O 500 mg 100 mg	1250 mg BID VO O 1000 mg BID VO 100 mg BID VO

*Puede ser administrada la combinación de AZT 300mg/3TC 150 mg (Combivir).

REGIMEN ALTERNATIVO DE TERAPIA PARA PACIENTES EMBARAZAS VIH +.

PRESENTACIÓN	DOSIS TOTAL	DOSIFICACIÓN
ABC (ABACAVIR) Comp 300 mgs	600 mgs	300 mgs BID VO
DDI (DIDANOSINA) Tabs 100 mgs Caps 400 mgs	400 mgs	200 mgs BID VO o 400 mgs cada día VO.
FTC (EMTRICITABINA) Tabs 300 mgs	200 mgs	200 mgs c/día VO
D4T (ESTAVUDINA) Caps 40 mgs	80 mgs	40 mgs BID VO
LPV/RIT (LOPINAVIR/RITONAVIR) Caps 133.3mgs/33.3 mgs	800mgs/200 mgs	400 mgs/100 mgs BID VO

ANEXO 2**ESCENARIO 2: MUJER EMBARAZADA EN LABOR DE PARTO O SOMETIDA A CESÁREA ELECTIVA**

ALTERNATIVAS	ANTEPARTO	INTRAPARTO	POST-PARTO
1	TAR	AZT IV 2mg/kg dosis de carga luego 1mg/kg/hora hasta que ocurra el nacimiento.	Madre: TAR Neonato: AZT 2mg/kg cada 6 horas VO por 6 semanas.

2	TAR	AZT VO 300 mgs c/3 horas hasta que ocurra el nacimiento.	Madre: TAR Neonato: AZT 2mg/kg cada 6 horas VO por 6 semanas.
---	-----	--	--

ANEXO 3**ESCENARIO 3: MUJER EMBARAZADA VIH POSITIVA EN LABOR DE PARTO SIN TARV PREVIA**

ALTERNATIVAS	INTRAPARTO	POST-PARTO
1	AZT IV 2mg/kg dosis de carga luego 1mg/kg/hora hasta que ocurra el nacimiento.	Madre: TAR Neonato: AZT 2mg/kg cada 6 horas VO por 6 semanas.
2	AZT VO 300 mg c/3 horas hasta que ocurra el nacimiento.	Madre: TAR Neonato: AZT 2mg/kg cada 6 horas VO por 6 semanas.
3	Madre: AZT 600 mg VO al inicio de la labor luego 300 mg c/3 horas y 3TC 150 mg al inicio luego cada 12 horas hasta el parto.	MADRE: TAR Neonato: AZT: 4mg/kg cada 12 horas más 3TC 2mg/kg cada 12 horas por 7 días VO.
4	Madre: Nevirapina 200 mg al momento de la labor más AZT 2mg/kg de carga, luego 1mgKg/h IV hasta que ocurra el nacimiento.	Madre: TAR Neonato: AZT 2mg/kg cada 6 horas por 6 semanas VO más Nevirapina 2mg/kg en las primeras 48-72 horas VO.
5	Madre: Nevirapina 200 mg VO al inicio de la labor más AZT/3TC por 4 a 7 días VO.	Madre: TAR Neonato: Nevirapina 2 mg/kg VO em las primeras 48-72 horas más AZT/3TC por 4 a 7 días.