 SERVEI/COMISSIÓ : OBSTETRÍCIA HOSPITAL DE DIA DE LA SIDA (FLS)		
TÍTOL DOCUMENT:	CONTROL I TRACTAMENT DE L'EMBARÀS I PART EN DONES VIH	
TIPUS DOCUMENT:	PROTOCOL MÈDIC	
CODI DOCUMENT: OBS-PM-023	Estàndard:	Pàgina núm. 1 de 15

QUA-IM-004.Rev.06

GESTIÓ DE LES MODIFICACIONS

Periodicitat de revisió: Cada 5 anys

Responsable revisió: Dra. N.Grané. Obstetrícia i Ginecologia / Dr. Llibre. Hospital de dia de la Sida (FLS)

REVISIÓ	DATA REVISIÓ	DESCRIPCIÓ DE LES MODIFICACIONS	AUTORS	VALIDAT PER	DATA VALIDACIÓ
01	20/06/2013	Elaboració del Document	Dra. N.Grané Dr. Llibre	Sessió Servei	28/06/2013
02	Gener 2019	Revisió	Dra. N.Grané Dr. Llibre	Sessió Servei	30/01/2019
03	Gener 2021	Revisió	Dra. N.Grané Dr. Llibre	Cap Servei Obstetrícia i Pediatria	7/2/2021
04	Octubre 2022	Revisió	Dra. N.Grané Dr. Llibre	Cap Servei Obstetrícia i Pediatria	6/10/2022

DISTRIBUCIÓ DEL DOCUMENT

DESTINATARI
Intranet
Servei Obstetrícia i Ginecologia. DCTGO
Servei Pediatria
Servei Malalties Infeccioses

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL CONTROL I TRACTAMENT DE L' EMBARÀS I PART EN DONES VIH

QUA-IM-004. Rev.07

1. INTRODUCCIÓ

- Encara que rellentida en els últims anys, continua la tendència descendent dels nous casos de sida iniciada després de la introducció dels tractaments antiretrovirals de gran activitat a mitjans de la dècada dels 90.
- S'aprecien diferents tendències en la incidència de nous diagnòstics de VIH segons mecanisme de transmissió: la transmissió entre homes que tenen sexe amb homes és ja la categoria majoritària (66%) seguida dels homes heterosexuels 16%, de dones heterosexuels(8%) i la que es produeix entre UDVP 2%.
- En els últims anys, el 38% dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH es va realitzar en persones originàries d'altres països.
- En el nostre entorn i amb l'ús de tractament antiretroviral de gran activitat (TARGA), la supressió de la lactància materna i la cesària electiva, la taxa de transmissió vertical (TV) hauria de ser del 0%. En tots els casos de TV dels darrers anys hi ha hagut incompliment dels protocols, habitualment per manca de tractament de la mare per rebuig o manca de controls durant l'embaràs.
- D'altra banda, el tractament antiretroviral i la infecció per VIH s'han associat a complicacions obstètriques com: subfertilitat, avortament, part prematur, trencament prematur de membranes, preeclàmpsia, retard de creixement intrauterí i mort fetal intraúter.

2. CRIBAT INFECCIÓ VIH DURANT LA GESTACIÓ

- Ha de realitzar-se serologia VIH a tota gestant en la primera i tercera visita d'embaràs, o si arriba en treball de part sense serologia prèvia (test ràpid o test ELISA immediat).
- Els test ràpids positius han de confirmar-se posteriorment per una determinació d'ELISA i Western-blot abans d'informar a la pacient.
- Es repetirà la serologia al segon trimestre en gestants amb conductes de risc i en parelles serodiscordants amb ús irregular de preservatiu (PROTOCOL DE SEGUIMENT DE L'EMBARÀS A CATALUNYA (edició revisada 2018).
- S'assessorarà a la pacient infectada per VIH en la decisió de seguir o no amb l'embaràs. En l'estat espanyol, de moment, es permès l'avortament lliure les primeres catorze setmanes de gestació a totes les gestants, i fins la setmana 22 en cas de problemes greus per a la mare o el fetus, segons dictamini un comitè clínic avaluador del cas (Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual y reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs). A les dones embarassades de menys de set setmanes que desitgin avortar, se les remetrà als centres d'atenció primària (CAP) i de salut reproductiva i sexual per una interrupció

PROTOCOL CONTROL I TRACTAMENT DE L' EMBARÀS I PART EN DONES VIH

QUA-IM-004. Rev.07

farmacològica, on se'ls dispensarà una combinació de RU-486 (mifepristona) i misoprostol.

3. MANEIG DE LA GESTACIÓ EN LA DONA INFECTADA PEL VIH

3.1. ANAMNESIS

- Data del diagnòstic, motiu del diagnòstic i mecanisme de transmissió.
- Consum de tòxics, anterior o actual.
- Antecedent d'infeccions oportunistes.
- Estadiatge clínic.
- Tractament ARV actual.

3.2. EXPLORACIONS COMPLEMENTARIES

Es realitzarà el control idem a qualsevol gestant mes:

- Citologia líquida cervico-vaginal < 1 any.
- Cultiu vaginal per cribratge de vaginosis bacteriana pel major risc de prematuritat en aquestes pacients. Si es confirma el diagnòstic, es farà tractament amb Clindamicina 300 mg/12 h / 5 dies.
- Frotis endocervical per PCR de ETS. Les ETS augmenten el risc de TV.
- Cribratge de diabetis gestacional en el primer trimestre en pacients tractades amb inhibidors de la proteasa.
- Avaluació de la necessitat de profilaxis en front a les infeccions oportunistes si limfòcits CD4 inferior a 200.
- Realitzar quocient albúmina/creatinina a primer trimestre pel major risc de pre-eclàmpsia en aquest col·lectiu. Cal recordar que les dones amb VIH tenen més risc HTA crònica.
- Valoració trimestral del perfil hepàtic i renal.
- El control de la infecció VIH i del tractament ARV ho realitzarà l' infectòleg (CV, recompte de limfòcits CD4, estudi de resistències,...). De manera orientativa, s'ha de realitzar una CV en la visita inicial, a les 2 a 4 setmanes després d'iniciar (o canviar) l'antiretroviral, mensuals fins que els nivells són indetectables i després almenys cada 3 mesos durant embaràs. **IMPRESINDIBLE CV 35-36s.**
- Ecografia y Doppler fetal cada 4-6 setmanes, a partir de les 20^a. Control de long cervical al 2^oTR donat el major risc de PP. Ecocardiografia funcional 28-30setmanes.
- Recordar que per evitar fenòmens passatgers de elevació de la CV per fenòmens immunològics entre l'administració de una vacuna i la determinació de la CV han

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL CONTROL I TRACTAMENT DE L' EMBARÀS I PART EN DONES VIH



QUA-IM-004. Rev.07

de passar mínim 4 s. Per això, es recomana **administrar la vacuna DTPa entre les 27 i les 30 setmanes.**

- Les dones infectades pel VIH tenen una taxa de cribatge prenatal d' aneuploïdia d' alt risc superior a la població general perquè els MoMs de la hCG i AFP són més elevats. Els marcadors sèrics es veuen influenciats tant per la CV, la pròpia immunodeficiència (el valor de la hCG està relacionat de forma inversament proporcional amb la xifra de CD4) o per la ingesta de determinats fàrmacs.

- **Valoració de la serologia del Toxoplasma**
 - Existeix la possibilitat de reactivació d'una infecció latent en dones no tractades i amb un recompte de limfòcits CD4 inferior a 100 cèls, però el risc de transmissió vertical, en fase latent, no sembla ser freqüent com s'havia suggerit (inferior al 5%).
 - Els valors de IgG son, habitualment, significativament més alts, però això no es tradueix en un augment del risc de transmissió. Això es deu probablement a l'activació policlonal dels limfòcits B que es manifesta per un augment de les concentracions sèriques d'immunoglobulines que afecta a totes les classes.
 - És característic l'absència de IgM específica en una infecció primària per toxoplasmosis (no seroconversió). És important conèixer el **risc de toxoplasmosi congènita amb IgG baixa i IgM(-)**.
 - Realitzar **profilaxi en dones amb IgG anti-toxoplasma(+), CV no suprimida i CD4<200 cel/mm3**: Trimetropin-Sulfametoxazol 160-800 mg/dia 3 dies per setmana+ ac. folínic.

- **Valoració de la serologia de la Sífilis**
 - En la majoria de les pacients VIH, les serologies poden interpretar-se de forma habitual encara que pot haver-hi respostes inusuals (títols serològics inusualment alts , falsos negatius, fluctuacions de títols).
 - Pacients amb un recompte de CD4 \leq 350 cèl·lules /ml i/o un títol de RPR de \geq 1:32 amb lues de duració incerta o terciària, estaria indicat realitzar una PL pel major risc de disseminació al SNC i fer una neurolues.

 	CODI DOCUMENT OBS-PM-023	Revisió: 04 Pàgina nº 5 de 15 Data última revisió: Octubre 2022
PROTOCOL CONTROL I TRACTAMENT DE L' EMBARÀS I PART EN DONES VIH		

QUA-IM-004. Rev.07

- Seguiment serologia lues:
 1. Essencial després del tractament. Avaluació als 3, 6, 9, 12, i 24 mesos després del tractament per detectar fracassos del tractament.
 2. Criteris de fracàs del tractament: gestants amb augment sostingut en el títol de prova no treponèmica per quatre vegades o que els títols no decreix en 4 dies de 6-12 mesos de tractament. El maneig ha de ser igual que pacients VIH negatius (és a dir, anàlisi del LCR i retractament). Si l'examen del LCR és normal, es recomana administrar penicil·lina G benzatina, 2,4 mill. /setmana/durant 3 setmanes.
 3. Les pautes de tractament són les mateixes. La sífilis latent l'any anterior es coneix com a sífilis latent primerenca, i tots els altres casos de sífilis latents són o sífilis latents tardanes o sífilis latents de durada desconeguda. Tret que la història o els resultats d'un examen físic suggereixin una infecció recent, les persones que prèviament no han estat tractades, han de ser tractats com a sífilis latent tardana.

3.3. DIAGNÒSTIC PRENATAL I PROCEDIMENTS INVASIUS.

- No realitzar el procediment invasiu en absència de resultat serològic (VHC, HbsAg, VIH).
- Realitzar el procediment sota ART i amb una CV plasmàtica indetectable de VIH.
- Evitar travessar la placenta durant el procediment. Si no és possible, demorar el procediment.
- Es desaconsella realitzar una biòpsia corial pel major risc teòric de transmissió.
- Detecció d'aneuploidies cromosòmiques fetals a través de l'anàlisi d'ADN fetal en plasma matern a dones embarassades que presentin un risc alt i intermedi en el cribratge de primer o segon trimestre, en absència o alteracions ecogràfiques suggestives i en risc >1:10. Des de juny-2018 aquesta prova està incorporada al sistema de salut públic en risc alt (primera fase del programa de cribratge) i des del març 2021 en risc intermedi (segona fase del programa).
- En cas d'estar indicat prova invasiva i, en el moment del procediment la gestant no té la CV suprimida, es valorarà la possibilitat de endarrerir-lo 1 -2 setmanes a la fi de reduir la CV. Si així i tot la CV continua seguen positiva, es valorarà el risc-benefici del procediment amb comitè clínic.

PROTOCOL CONTROL I TRACTAMENT DE L' EMBARÀS I PART EN DONES VIH

QUA-IM-004. Rev.07

4. TRACTAMENT ANTIRRETROVIRAL

- Totes les dones embarassades infectades pel VIH han de rebre ART (*Antiretroviral Therapy*) per reduir el risc de transmissió vertical, independentment de la CV o CD4.
- Es recomana iniciar TAR l' abans possible. Com més precoç s'iniciï el tractament, més eficaç pot ser la reducció de la transmissió.
- Si el VIH es diagnostica en fases avançades de l'embaràs es deurà iniciar tractament antiretroviral empíric de forma immediata sense esperar als resultats de les proves de resistència.
- La combinació d'antiretrovirals hauria d'incloure dos ITIAN + un Inhibidor de la Proteasa potenciat amb ritonavir (lopinavir, darunavir, o atazanavir). Algunes guies segueixen preferint lopinavir al haver-hi més experiència.
- La Zidovudina(ITIAN) hauria d' estar inclosa en el HAART, sempre que no existeixi resistència a la mateixa o en pacients amb anèmia severa.
- Dones amb diagnòstic de HIV més allà de les 28 setmanes que inicien tractament HAART (iniciar règims de tractament que continguin raltegravir o dolutegravir) podran optar a **part vaginal si CV (-) a les 36 setmanes** (BHIVA guidelines). Serà necessari disposar d'una **CV(<50) de 4-6 setmanes prèvies al part** (American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)).
- Una complicació greu de la **ZDV** es la **toxicitat mitocondrial** que es manifesta com a miopatia, mielotoxicitat, cardiomiopatia, neuropatia, acidosi làctica, pancreatitis o esteatosi hepàtica. Pot manifestar-se de forma semblant a alguns quadres clínics greus propis de l'embaràs, com la síndrome de HELLP o la Esteatosi Hepàtica. Aquesta toxicitat és potencialment més greu en la gestant, sobretot en el tercer trimestre de la gestació, en tractaments de més de 6 mesos de duració i quan s'associen dos ITIAN.
- **Efavirenz** està classificat com a grup D de la FDA basat en estudis que mostraven efectes teratogènics (anencefàlia, anoftàlmia, llavi leporí) i per tant, està contraindicat durant el primer trimestre. Ha de considerar-se el canvi dels règims antiretrovirals que inclouen Efavirenz quan la dona planeja quedar embarassada. Si bé alguns estudis més recents⁽¹³⁾ no mostren un increment dels defectes congènits prèviament descrits, altres sí ho han trobat, pel que havent-hi alternatives cal no córrer aquest risc.
- La **Nevirapina** pot produir quadres de hepatotoxicitat greus, més freqüentment en dones i de forma especial en les embarassades. Les dones que ja rebin el fàrmac no han de canviar el seu tractament, però cal no iniciar-lo en embarassades.

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL CONTROL I TRACTAMENT DE L' EMBARÀS I PART EN DONES VIH

QUA-IM-004. Rev.07

- **GESTANTS COINFECTADES PER VHB.** Totes les dones embarassades amb coinfecció VIH / VHB haurien de rebre teràpia antirretroviral amb activitat enfront del VIH i VHB.

5. MANEIG INTRAPART

- El part és el període en el qual es produeixen la major part dels casos de transmissió matern-fetal, encara que el mecanisme exacte pel qual ocorre no s'ha identificat (microtransfusions sanguínies, ascens de virus a través de la vagina i cèrvix, absorció del virus a través del tracte digestiu). Per això, en el moment del part és essencial la aplicació de mesures terapèutiques i profilàctiques de la TV.

5.1. OPCIÓ a PART VAGINAL si es compleixen TOTS els següents criteris:

- Compliment terapèutic correcte.
- **CV a les 36s(<20c/ml)** i tractament ART.
- **OBSERVACIÓ:** es considera CV plasmàtica indetectable pel virus del VIH quan se situa per sota de 50 còpies/ml. No obstant això, el significat d'indetectable depèn del mètode d'anàlisi emprat i pot ser inferior a 20,37 o 50 còpies per mil.lilitre. **Al nostre hospital, el límit de detecció es <20c/ml** i per tant, un nombre de còpies ≥ 20 es informat com a positiu (però segueix sent inferior a 50c/ml).
- Si CV a les 36 setmanes ≥ 20 c/ml en una pacient amb bona adherència al tractament, es repetirà CV (realitzar extracció a la mateixa consulta) previ contacta amb microbiologia (Dra.Agueda Hernandez). Si la CV es manté inferior a 50c/ml, la pacient pot optar a part vaginal i no precisa tractament ART intrapart.
- Si CV a les 36 setmanes entre **50-200c/ml** en una pacient amb bona adherència al tractament, CD4> 300 cèl·lules/mm³ i supressió viral mantinguda des de l'inici del embaràs, es repetirà CV (realitzar extracció a la mateixa consulta) previ contacta amb microbiologia (Dra.Agueda Hernandez). Si la CV continua sent entre 50-200, s'indicarà cesària electiva.
- Presentació podàlica. Es podrà realitzar **VCE en pacients amb CV<50**.
- **NO SUSPENDRE L'ADMINISTRACIÓ ORAL DE ART DURANT EL PART.** No indicat afegir ZDV profilàctica.

5.2. INDICACIONS DE CESÀRIA

- Gestant en tractament ART amb virèmia detectable o CV desconeguda al 3^oTR.
- Diagnòstic de VIH al 3^oTR o peripart.

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL CONTROL I TRACTAMENT DE L' EMBARÀS I PART EN DONES VIH

QUA-IM-004. Rev.07

- Monitorització patològica o sospitosa que condiciona la realització de pH de calota fetal.
- No acceptació de part vaginal per part de la pacient.
- Presentació no cefàlica. Si la indicació de la cesària es la pròpia infecció del VIH, es programarà a les 38 setmanes, per el risc més elevat de transmissió si inicia dinàmica uterina o es produeix una amniorrèxi espontània. Valorar Quantus™ prèviament a la finalització.
- Dones amb CVP > 50 còpies o desconeguda en el moment del part, amb independència del TAR que hagués portat prèviament, s'afegirà pauta de tractament de l'apartat 5.4: "DIAGNÒSTIC D'INFECCIÓ PER VIH INTRAPART".
- En cas de cesària en curs de part (si la indicació es la pròpia infecció), es plantejarà fer tocòlisi per tal de poder **administrar el tractament antiretroviral complet**.
- Cesària per altres causes (CV indetectable però altres condicions obstètriques): **no cal afegir ZDV**.

5.3. DIRECCIÓ MÈDICA DEL PART.

- En principi, tots els procediments obstètrics que augmenten el risc d'exposició fetal a sang materna, s'haurien d'evitar.
- Si és possible, s'ha d'evitar la ruptura artificial de les membranes. Si bé, donada l'absència d'augment de risc de TV amb la durada del trencament de les membranes en dones amb TAR i CV <50c/ml es pot procedir a la mateixa si les condicions del part ho requereixen.
- Evitar parts llargs o estacionaments.
- En el passat, la instrumentació del part (fòrceps o vacuum) es considerava una contraindicació relativa. En l'era ART, aquesta opció es considera segura en dones amb CV suprimida. Els resultats de l'estudi més gran realitzat fins ara són tranquil·litzadors, però els nombre de casos encara es baix. Per tant, s'evitarà instrumentació, tret que hi hagi indicacions obstètriques clares en el que es podrà emprar indistintament fòrceps o vacuum¹⁵.
- Estan formalment contraindicades el monitoratge intrapart invasiu i la realització de microtoma fetal.
- No es recomana clampatge precoç del cordó umbilical en gestants amb CV <20c/ml, bona adherència al tractament i supressió viral mantinguda.

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL CONTROL I TRACTAMENT DE L' EMBARÀS I PART EN DONES VIH

QUA-IM-004. Rev.07

- En gestants que reben un inductor del citocrom P450 tals com els Inhibidors de la Transcriptasa Inversa no Nucleòsids (ITINN) pot ser necessària l'ús d'agents uterotònics diferents als ergòtics a causa de la seva potencial disminució dels nivells dels derivats de la ergotamina.
- S'aconsella rentat del nounat abans d'administrar medicació parenteral.
- S'administrarà antibioticoteràpia profilàctica sempre després de pinçar el cordó umbilical.
- La inducció del part amb prostaglandines no està contraindicada si el pronòstic del part es favorable.
- En cas d' amniorrèxi abans de l'inici actiu del part, s'iniciarà l'estimulació de forma immediata i sempre que el pronòstic de part sigui favorable.
- S'haurà de continuar el ART durant tot el procés de part.

5.4. DIAGNÒSTIC D'INFECCIÓ PER VIH INTRAPART O GESTANTS AMB TRACTAMENT ARV i CV >50

- . Es realitzarà cesària electiva.
- . Pautes intrapart ARV:
 - A. Pacients amb tractament ART i CV 50-200c/ml.
 - 1) ZIDOVUDINA e.v. 2mg/kg durant 1 hora + 1 mg/Kg/ ideal durant 3 hores (des de l'inici de la ZDV) abans de la cesària (fins pinçar el cordó).
 - B. Pacients amb CV >200c/ml o desconeguda.
 - 1) ZIDOVUDINA e.v. 2mg/kg durant 1 hora + 1 mg/Kg/ ideal durant 3 hores (des de l'inici de la ZDV) abans de la cesària (fins pinçar el cordó). Aquesta dosificació està pensada per a una única administració en un part que acaba en hores. Si la situació s'ha s'allargar (prematuritat o requeriment de maduració pulmonar fetal), després de la dosi de carga durant 3 hores e.v., es continuarà amb 300 mg/12 h V.O. fins al part.
 - 2) Dolutegravir 50 mg/dia, que es repetirà cada 24 h si cal.
 - 2) LAMIVUDINA.150 v.o. dosi única, que es repetirà cada 24 h si cal.
- En pacients amb CV >50 c/ml) i en cas de part imminent, si no s'ha administrat parcial o totalment la profilaxi amb AZT e.v., es valorarà l'administració de tocòlisi.

PROTOCOL CONTROL I TRACTAMENT DE L' EMBARÀS I PART EN DONES VIH

QUA-IM-004. Rev.07

- No és clar si el part per cesària després del trencament de les membranes o l'aparició del treball proporciona un benefici en la prevenció de transmissió perinatal. La gestió de les dones originalment programada per al part per cesària que presenten ruptura membranes o en treball de part, ha de ser individualitzat en el moment de presentació basada en la durada del trencament, de la CV i de l'actual règim ARV. En general, si el part es imminent, es deixarà evolucionar.

5.5. GESTANTS COINFECTADES PER HC

- En mares co-infectades pel VHC, la taxa de transmissió vertical del VHC ascendeix fins a un 15% (5% en mares VHC+ / VIH-).
- A l'embaràs està contraindicat el tractament amb interferón alfa i ribavirina.
- Amb l'evidència disponible en l'actualitat (per manca d'estudis aleatoris controlats) no és indicació de cesària electiva.
- Però, s'hauria de considerar una cesària electiva en dones amb recompte de limfòcits CD4 baixos i virèmies plasmàtiques de VHC molt altes.

6. SITUACIONS ESPECIALS**6.1. AMENAÇA DE PART PREMATUR**

- Sembla haver-hi una associació entre PP i infecció pel VIH (18% vs. 9% en controls) relacionada, entre altres factors, amb el deteriorament de l'estat immunològic matern (limfòcits CD4 <500 cel / mm³), i amb l'administració de TAR.
- El tractament principal de l'APP en les pacients amb el VIH es igual que en les pacients sense el VIH.
- En dones amb CV no suprimida o desconeguda, en presència de contraccions regulars i modificacions cervicals, s'administrarà, juntament amb el tractament tocolític, Zidovudina intravenosa profilàctica segons protocol (2 mg/Kg/hora durant la primera hora seguida de 1mg/Kg/hora) durant un total de 24 hores com a màxim. Si cedís abans la DU, se suspènndrà aquest tractament.

6.2. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANES

Estudis anteriors van observar un increment de TV quan la durada de la RPM era superior a 4-6h, especialment si s'acompanyava de DU i l'efecte beneficiós de la cesària. Aquesta associació no es troba si el TAR es efectiu i la CV es indetectable.

6.2.1. GESTACIONS RPM A TERME

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL CONTROL I TRACTAMENT DE L' EMBARÀS I PART EN DONES VIH

QUA-IM-004. Rev.07

6.2.1.1. CV positiva

- Iniciar tractament antiretroviral segons apartat 5.4. DIAGNÒSTIC D'INFECCIÓ PER VIH INTRAPART O GESTANTS AMB TRACTAMENT ART CV >50.
- Cesària electiva al finalitzar tractament ART.

6.2.1.2. CV indetectable i TAR efectiu

- L' indicació és finalitzar la gestació. En cas de triar procedir a la inducció del part, aquesta es realitzarà de forma immediata, sense esperar (com sol ser la conducta habitual en les gestants seronegatives) a l'inici del part espontani. Es poden utilitzar prostaglandines.
- La ZDV intravenosa intrapart sistemàtica sembla innecessària en cas de TAR efectiu i CV indetectable⁽¹⁴⁾.
- Mantenir l' administració oral de ART durant l'inducció.

6.2.2. GESTACIONS RPM PRETERME:**6.2.2.1. CV >50 al 2º i 3ºTR.**

- GESTACIONS 34-37s.
 - Iniciar tractament antiretroviral segons apartat 5.4. DIAGNÒSTIC D'INFECCIÓ PER VIH INTRAPART O GESTANTS AMB TRACTAMENT ART CV >50.
 - Cesària electiva al finalitzar tractament ART.
 - Sols en gestants entre 34-34'6setmanes, es realitzarà tocòlisi 48h per permetre la maduració pulmonar fetal i es seguirà pauta ART segons apartat 5.4. DIAGNÒSTIC D'INFECCIÓ PER VIH INTRAPART O GESTANTS AMB TRACTAMENT ART CV >50.
- GESTACIONS 28-33'6s (individualitzar)
 - En principi es farà tractament conservador fins la 34setmanes en que es realitzarà cesària electiva.
 - Pauta de tractament ART des de la RPM fins la cesària segons apartat 5.4. DIAGNÒSTIC D'INFECCIÓ PER VIH INTRAPART O GESTANTS AMB TRACTAMENT ART CV >50.
 - Maduració pulmonar fetal.

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL CONTROL I TRACTAMENT DE L' EMBARÀS I PART EN DONES VIH

QUA-IM-004. Rev.07

- GESTACIONS ENTRE 24-27'6 setmanes (individualitzar).
- En principi es farà tractament conservador fins la 32 setmanes en que es realitzarà cesària electiva.
- Pauta de tractament ART des de la RPM fins la cesària segons apartat 5.4. DIAGNÒSTIC D'INFECCIÓ PER VIH INTRAPART O GESTANTS AMB TRACTAMENT ART CV >50.
- Maduració pulmonar fetal.

6.2.2.2. CV 2º i 3ºTR indetectable + TAR efectiu.

- GESTACIONS 34-37s.
 - Hi ha escassa evidència per determinar si la cesària electiva redueix el risc de transmissió vertical en la prematuritat, en dones amb TAR efectiu i CV indetectable.
 - En general, es segueixen les mateixes directiu de finalització que en dones sense VIH.
 - L' indicació és finalitzar la gestació de forma immediata mitjançant inducció de part però es decidirà la realització de cesària en cas del Índex de Bishop molt desfavorable.
 - Mantenir tractament ART.
 - Sols en gestants entre 34-34'6 setmanes, es realitzarà tocòlisi 48h per permetre la maduració pulmonar fetal.
- GESTACIONS 28-33'6s
 - En principi es farà tractament conservador fins la 34setmanes en que es realitzarà cesària electiva.
 - Realitzar maduració pulmonar fetal.
 - Mantenir tractament ART habitual.
- GESTACIONS ENTRE 24-27'6 setmanes

En principi es farà tractament conservador fins la 32setmanes en que es realitzarà cesària electiva excepte si condicions locals molt avançades.

 - Realitzar maduració pulmonar fetal.

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL CONTROL I TRACTAMENT DE L' EMBARÀS I PART EN DONES VIH

QUA-IM-004. Rev.07

- Mantenir tractament ART habitual.

7. OPCIONS REPRODUCTIVES PER A PARELLES VIH SERODISCORDANTS I CONCORDANTS. ASSESORAMENT PRECONCEPCIONAL**Per parelles Concordant i Discordants**

- L'intent de concepció sols s'ha de realitzar quan s'ha aconseguit una càrrega viral indetectable. L'ús de la teràpia antiretroviral redueix però no elimina completament el risc de transmissió sexual del VIH en parelles que han decidit de concebre sense condó.

Per parelles Concordant

- El risc d'infecció amb un virus resistent és insignificant quan la parella fa tractament ART i tenen càrregues virals indetectables.
- El coit periovulatori sense protecció (amb l'ús de preservatius en tots els altres temps) és una opció raonable.

Per parelles Discordants

- No s'aconsella la possibilitat de concebre mitjançant RS desprotegides.
- Dones infectades : l'opció més segura: Inseminació (domèstica o per un facultatiu).
- Homes infectats: l'opció més segura la inseminació amb semen de donant. Si això no s'accepta, s'ha de considerar la preparació del semen.

- 8. LACTÀNCIA.** Està contraindicada encara que la CV sigui indetectable.

PROTOCOL CONTROL I TRACTAMENT DE L' EMBARÀS I PART EN DONES VIH

QUA-IM-004. Rev.07

9. BIBLIOGRAFIA

1. Operative vaginal delivery and invasive procedures in pregnancy among women living with HIV. Peters H. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017 Mar;210:295-299
2. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant women with HIV Infected and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. *AIDSinfo*. May 30, 2018.
3. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. MMWR. CDC. Recommendations and Reports. June 5, 2015 / Vol. 64 / No. 3
4. Sífilis congénita en el siglo XXI. Actas Dermosifiliogr. 2012;103(8):679---693. REVISIÓN. C. Rodríguez-Cerdeira y V.G. Silami-Lopesb.
5. Management of Adult Syphilis: Key Questions to Inform the 2015 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Clinical Infectious Diseases Vol.61, Issue suppl_8, 15 December 2015.
6. Lumbar Puncture in HIV-Infected Patients with Syphilis and No Neurologic Symptoms. Clinical Infectious Diseases 2009; 48:816–21. Khalil G. Ghanem, Richard D. Moore, Anne M. Rompalo, Emily J. Erbeling, Jonathan M. Zenilman and Kelly A. Gebo
7. Toxoplasma gondii antibody profile in HIV-1-infected and uninfected pregnant women and the impact on congenital toxoplasmosis diagnosis in Rio de Janeiro, Brazil. Braz J Infect Dis vol.16 no.2 Salvador May/Apr. 2012.
8. Low incidence of congenital toxoplasmosis in children born to women infected with human immunodeficiency virus. European Collaborative Study and Research Network on Congenital Toxoplasmosis. Eur J of Obst and Gynec and Reprod Biol. Vol 68, Num 1, Sept 1996, pp93-96(4)
9. Cesárea versus parto vaginal para la prevención de la transmisión materno infantil del virus de la hepatitis C. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 ,Nº4. McIntyre PG
10. Sunyer B, Sola-Morales O. Interrupció farmacològica voluntària de l'embaràs. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.
11. DOCUMENTO DE CONSENSO PARA EL SEGUIMIENTO DE LA INFECCION POR EL VIH EN RELACION CON LA REPRODUCCION, EMBARAZO, PARTO Y PROFILAXIS DE LA TRANSMISION VERTICAL DEL NINO EXPUESTO. GESIDA. Actualización Enero 2018.

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL CONTROL I TRACTAMENT DE L' EMBARÀS I PART EN DONES VIH

QUA-IM-004. Rev.07

12. Safety of efavirenz in the first trimester of pregnancy: an updated systematic review and meta-analysis. AIDS. 2011;25(18):2301-4.
Ford N, Calmy A, Mofenson L.
13. Adverse events associated with nevirapine use in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. AIDS . 2013 Apr 24;27(7)
Ford N, Calmy A, Andrieux-Meyer I, Hargreaves S.
14. Is intrapartum intravenous zidovudine for prevention of mother-to-child HIV-1 transmission still useful in the combination antiretroviral therapy era? Clin Infect Dis. 2013;57(6):903-914 . Briand N, Warszawski J, Mandelbrot L, et al.
15. Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant Women with HIV Infection and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States (Last updated December 29, 2020; last reviewed December 29, 2020)
16. Labor and Delivery Management of Women With Human Immunodeficiency Virus Infection. ACOG COMMITTEE OPINION (Replaces Committee Opinion No. 234, May 2000).