



GUÍA DE MANEJO ANTIRRETROVIRAL

DE LAS PERSONAS CON VIH



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

México: Censida/Secretaría de Salud
Décima edición, 2019
PRIMERA EDICIÓN
ISBN 970-721-012-5

CAPÍTULO 4

4. Embarazo y VIH

El uso de los medicamentos ARV durante el embarazo, combinado con otras intervenciones como es el uso de medicamentos intraparto, la profilaxis al recién nacido, la resolución del embarazo vía cesárea y la eliminación de la lactancia materna en mujeres que viven con VIH, han logrado disminuir el riesgo de transmisión perinatal. Actualmente el riesgo de infección es de menos del 2% dando cumplimiento a estas recomendaciones.

Múltiples estudios observacionales avalan la eficacia y la seguridad del TAR en las mujeres embarazadas que viven con VIH, por lo que se recomienda la administración de terapia triple durante el embarazo. Se recomienda continuar la terapia antirretroviral después de la resolución del embarazo, de manera ininterrumpida, independientemente del conteo basal de células CD4.

Objetivo del tratamiento: Lograr la supresión viral y mantener la carga viral indetectable al momento del nacimiento para evitar la transmisión vertical y tener una madre viva y un niño sano. (AII)

4.1. Inicio del tratamiento antirretroviral

El TAR está indicado en todas las gestantes, independientemente del número de linfocitos CD4 y de la CV que presenten (A-I). No utilizar dolutegravir durante el embarazo.

En mujeres con diagnóstico de infección por VIH que se encuentran recibiendo TAR y con carga viral de VIH indetectable al momento de diagnosticar el embarazo, la recomendación actual es dar continuidad al esquema administrado y consejería sobre la importancia de continuar TAR más allá de la etapa perinatal. En caso de iniciar el TAR después de una prueba reactiva durante el trabajo de parto, se recomienda brindar consejería durante el puerperio sobre la importancia de la adherencia al tratamiento.

Para más información sobre la consejería para mujeres embarazadas con VIH se recomienda consultar la Guía de Salud Sexual y Reproductiva para Mujeres y VIH del Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva.

4.1.1. Factores a considerar cuando se selecciona un tratamiento de inicio

- Perfil de resistencia del virus.
- La seguridad y la eficacia de las drogas en la madre y el producto.

- El potencial de adherencia y tolerabilidad del régimen.
- Las interacciones potenciales con otros medicamentos.
- Información de farmacocinética durante el embarazo, considerando fármacos con distribución cervicovaginal

4.1.2. Evaluación y tratamiento

Una vez confirmado el diagnóstico, las mujeres embarazadas, deben recibir una evaluación integral inicial, de la misma forma que cualquier persona con VIH.

Tabla 40. Esquemas recomendados para inicio de TAR en mujeres embarazadas

Eje de esquema	Tercer componente	
TDF/FTC ²	RAL (400 mg BID)	Esquema recomendado, en especial en mujeres embarazadas con más de 28 SDG
Esquema alternativo		
ABC/3TC ¹ o TDF/FTC ²	Etanolato de Darunavir + r (600 + 100 mg BID) o LPV/r ⁴	Se recomienda el ajuste a la dosis estándar inmediatamente después de la resolución del embarazo.
ABC/3TC ¹	RAL (400 mg BID)	No se ha demostrado que la respuesta viral de la combinación de RAL+ABC/3TC sea igual que con TDF/FTC en pacientes con más de 100,000 copias/ml.

¹ Realizar HLA-B57:01 e iniciar tratamiento tan pronto como se disponga del resultado.
² Sin contraindicación por potencial de toxicidad renal. Hay estudios en humanos que no han mostrado efectos en el crecimiento intrauterino (peso, talla, longitud de fémur) pero que concluyen que aún se requiere mayor experiencia; hay conflicto sobre efectos potenciales en el crecimiento durante la infancia.
³ LPV/r (aumentar la dosis habitual a 600/150 mg BID a partir de las 24 SDG), iniciar solo en caso de no contar con RAL o Darunavir o Etanolato de Darunavir + r para inicio de forma inmediata.
⁴ Las recomendaciones de uso de Darunavir en embarazadas son exclusivas para formulaciones con Etanolato de Darunavir ya que es la única molécula con estudios de seguridad para su uso en mujeres embarazadas y niños.
 3TC: lamivudina; r: ritonavir; ABC: abacavir; TDF: tenofovir disoproxil fumarato; FTC: emtricitabina; RAL: raltegravir; SDG: semanas de gestación; r: ritonavir.

Tabla 41. Observaciones de los fármacos utilizados en esquemas de inicio en el embarazo

Medicamento	Observaciones
Eje del esquema antirretroviral	
ABC/3TC	Cuando esté contraindicado TDF (BIII). Eje no recomendado en caso de coinfección con Hepatitis B.
Tercer componente	
ATV+r	Este ARV no fue incluido en las recomendaciones de inicio por la dificultad de acceso nacional a la presentación de 200 mg
LPV/r	LPV/r (aumentar la dosis habitual a 600/150 mg BID a partir de las 24 SDG), iniciar solo en caso de no contar con RAL o Etanolato de Darunavir + r para inicio inmediato
Etanolato de Darunavir+r	IP recomendado y en caso de falla al control viral Dosis recomendada 600mg + ritonavir 100mg cada 12h

Tabla 41. Observaciones de los fármacos utilizados en esquemas de inicio en el embarazo

Medicamento	Observaciones
EFV	No nucleósido preferido cuando haya inconveniente con el uso de los IP y de los inhibidores de integrasa. No contraindicado en embarazo, ya que el riesgo relativo de defectos al nacimiento es igual en productos expuestos vs. no expuestos (AII). En casos de coinfección con tuberculosis.
EVG/c	No está recomendado su uso en embarazo, por lo que no deberá iniciarse como esquema de tratamiento en esta condición.
DTG	Considerar riesgo potencial de alteraciones en el tubo neural si se usa durante las primeras 12 semanas del embarazo. Su uso en mujeres puede considerarse tras dialogar y ponderar con ella los riesgos y beneficios de este medicamento, sus deseos reproductivos y la posibilidad de que ella comience a utilizar o continúe utilizando algún método de anticoncepción efectiva.

DTG: tenofovir disoproxil fumarato; FTC: Emtricitabina; ZDV: zidovudina; ABC: abacavir; ZTC: lamivudina; ARV: zalcitabina; c: ribonavir; LPV: lopinavir; dNTPs: inhibidor nucleósido de la transcriptasa inversa; EFV: Efavirenz; RT: inhibidor de proteasa; NVP: nevirapina; RAL: raltegravir. Las recomendaciones de uso de Darunavir en embarazadas son exclusivas para formulaciones con Efavirenz de Darunavir ya que es la única molécula con estudios de seguridad para su uso en mujeres embarazadas y niños.

Tabla 42. Terapia antiretroviral en mujeres embarazadas con tratamiento previo

Embarazada con tratamiento previo	Recomendaciones*
Con CV < 50 copias/ml	- Continuar mismo esquema. (AII) - En caso de haber estado en tratamiento con EFV, se deberá continuar el mismo esquema. - En caso de estar en tratamiento con DTG y embarazo menor a 8 SDG cambiar a RAL. - En caso de estar en tratamiento con TDF/FTC/EVG/c, cambiar a TDF/FTC+RAL durante el embarazo.
Abandono o tratamiento previo, tratamiento con interrupciones intermitentes o en falla virológica o VSA con pareja VIH en falla virológica	- Iniciar tratamiento acorde al genotipo e historial de tratamientos, de no ser posible se recomienda iniciar con el esquema empírico: TDF/FTC + RAL + Efavirenz de Darunavir, y ajustar después del nacimiento. - Realizar estudio de genotipo, sin retrasar el tratamiento**. - Evaluar CV en 4 semanas. - En caso de sospecha de resistencia múltiple o interrupciones repetidas al ARV, enviar caso a valoración urgente por el comité asesor correspondiente. (AIII)

*Considerar la hospitalización en los casos en que la adherencia se vea comprometida.

**En caso de abandono mayor a 3 semanas y menos de 20 SDG, realizar con presión farmacológica durante 2-4 semanas.

CV: carga viral; DTG: dolutegravir; c: citidina; EFV: Efavirenz; EVG: efavirenz; LPV: lopinavir; c: ribonavir; RAL: raltegravir; SDG: semanas de gestación; TDF: tenofovir disoproxil fumarato.

4.2. Seguimiento y término del embarazo

El monitoreo integral y periódico desde el momento del diagnóstico en las mujeres con VIH recién diagnosticadas o aquellas con tratamiento previo, permitirá al personal médico tratante analizar las condiciones del término más adecuado del embarazo. El control virológico satisfactorio disminuye considerablemente el riesgo de transmisión perinatal del VIH, sin embargo, debe informarse a las mujeres embarazadas de otros factores asociados a dicha transmisión, tales como: infecciones intrauterinas, ruptura prematura de membranas, etc. (Tabla 44).

Se recomienda realizar por lo menos un recuento de subpoblación de linfocitos CD4 (BIII) y carga viral VIH trimestral para el monitoreo virológico y como apoyo para la planeación de la vía de término del embarazo (AI). De no ser posible, se sugiere realizarlas al momento del diagnóstico y al octavo mes del embarazo.

El tratamiento ARV se debe continuar después de la resolución del embarazo, considerar simplificación o ajuste del TAR posterior a 3 meses del nacimiento en apego a las recomendaciones de pacientes en general y acorde a intención de nuevo embarazo o anticoncepción definitiva.

4.3. Profilaxis intraparto

Por seguridad en las mujeres con VIH, en México NO se recomienda el uso de NVP dosis única o doble dosis antes del parto, debido al riesgo de generar cepas resistentes en las mujeres que viven con VIH y en las y los niños en quienes no se pueda evitar la transmisión del virus.

Tabla 43. Profilaxis intraparto

Criterios	Recomendaciones
Paciente en TAR con CV <50 copias/ml	NO REQUIERE profilaxis intraparto. Considerar resolución vía vaginal. (BII) Continuar TAR. (BIII)
Si no se cumple el criterio anterior, resolución del embarazo por vía cesárea y profilaxis intraparto	
Paciente en TAR:	Continuar con el tratamiento ARV En caso de sospecha de falla solicitar revaloración del esquema por el comité correspondiente
- Con CV <50 copias/ml y ruptura prematura de membranas - CV >50 copias/ml - CV desconocida	PROFILAXIS PREFERIDO (en caso de disponibilidad de ZDV IV) Iniciar 4 horas antes de la resolución del embarazo: ZDV IV en infusión 2mg/kg durante la primera hora, continuar con infusión 1mg/kg para cada hora hasta el nacimiento, o bien ALTERNATIVO Agregar al esquema habitual ZDV/3TC VO, 1 tableta c/3h, por 3 dosis hasta 1h previa al nacimiento. (AI)
• Sin TAR.	Iniciar tratamiento ARV con TDF/FTC + RAL o IP/r; más una dosis adicional única de TDF.

• Prueba rápida reactiva en trabajo de parto.	PROFILAXIS PREFERIDA (en caso de disponibilidad de ZDV IV) Iniciar 4 horas antes de la resolución del embarazo: • ZDV IV en infusión 2mg/kg durante la primer hora, continuar con infusión 1mg/kg para cada hora hasta el nacimiento, o bien, agregar al esquema anterior: ZDV/3TC VO, 1 tableta c/3h, por 3 dosis hasta 1h previa al nacimiento. (A1)
---	--

ZDV: zidovudina; 3TC: lamivudina; LPV: lopinavir; N: nevirapine; RAL: raltegravir; TDF: tenofovir

En caso de embarazadas con multirresistencia se recomienda valoración por parte de los Comités Institucionales de Resistencia correspondientes, en relación con la profilaxis antirretroviral a administrar a recién nacidas/os. Esta valoración se debe de solicitar DURANTE el embarazo.

4.4. Profilaxis en el recién nacido (RN)

Todos los recién nacidos hijos de madre con infección por VIH, deberán iniciar profilaxis en las primeras 6-12 h de vida hasta un periodo máximo de 72 h. El esquema se establecerá dependiendo de la edad gestacional y de acuerdo a factores de riesgo de transmisión. (Tablas 44, 45 y 46)

Diversos estudios han evidenciado la disminución en las tasas de transmisión materno-fetal y la reducción en la transmisión de cepas resistentes con el uso de terapia combinada en la madre y profilaxis en el recién nacido. (A1)

Existen al momento cuatro fármacos antirretrovirales aprobados para la profilaxis del recién nacido: Zidovudina (ZDV), Lamivudina (3TC), Nevirapina (NVP) y Raltegravir (RAL).

Zidovudina es la más conocida y la única con presentación intravenosa, la dosis dependerá del peso y la edad gestacional. (BII) En el caso de prematuridad extrema es el único antirretroviral con estudios de seguridad y dosis; este medicamento se recomienda en todos los esquemas profilácticos.

Lamivudina está actualmente recomendada a partir de las 32 semanas de edad gestacional, se administra por 4 semanas y su uso aumenta el riesgo de neutropenia.

Nevirapina se recomienda en los escenarios de mayor riesgo de transmisión madre-hijo, los estudios para la dosis en los menores de 34 SDG son limitados. En el estudio IMPAACT 1115, el cual todavía se está llevando a cabo, se infiere que la dosis terapéutica de NVP en los neonatos de término es de 6 mg/kg/dosis cada 12 horas, con lo cual se logran concentraciones séricas > 3 mg/l.

Raltegravir es metabolizado por UGT1A1, la misma enzima responsable de la eliminación de la bilirrubina. La actividad de la enzima UGT es baja al

nacer, y la eliminación de raltegravir se prolonga en los recién nacidos. Además, la bilirrubina y el raltegravir pueden competir por los sitios de unión a la albúmina, y las concentraciones extremadamente elevadas de raltegravir en plasma neonatal podrían presentar un riesgo de kernicterus. La FDA aprobó raltegravir para utilizar como profilaxis en recién nacido, retrasando la primera dosis en las madres que habían recibido RAL.

Si la madre tomó RAL 2 a 24 horas previos al parto, la primera dosis de RAL en el neonato debe ser iniciada hasta 24 a 48 horas después de nacimiento pero los demás ARVs deben de ser iniciados tan pronto sea posible.

En RN > 37 semanas de edad gestacional y de alto riesgo, recomendamos la combinación de ZDV+3TC+NVP (la ZDV y 3TC por 4 semanas y la NVP por 2 semanas) vía oral ó Raltegravir en > 37 semanas y con > 2 kg de peso durante 6 semanas. Existe muy escasa información en recién nacidos utilizando profilaxis triple a dosis completa principalmente con Nevirapina o raltegravir, pero dado el elevado riesgo de transmisión perinatal del VIH en estas circunstancias y los probables beneficios esperables (probable modulación y establecimiento del reservorio en niños con VIH), el grupo de niños recomienda su utilización, explicando previamente a los padres del menor esta situación, principalmente la seguridad y toxicidad. (BII) Es importante mencionar que la preparación de raltegravir en gránulos no es tan simple de realizar por la madre del menor.

Algunas guías internacionales recomiendan administrar a los recién nacidos mayores de 34 semanas de gestación y de alto riesgo la combinación de zidovudina con lamivudina durante 4 semanas + nevirapina únicamente 3 dosis (al nacimiento, día 2 y día 6 de vida) por la vida media de este medicamento en el recién nacido de término.

En RN de alto riesgo de infección por VIH, aunque no es lo óptimo, en situación remota que únicamente tengan disponible la zidovudina, se recomienda administrarla por seis semanas, aunque no administren la NVP y/o lamivudina.

Es recomendable que, para administrar antirretrovirales por vía oral al RN, exista tolerancia adecuada a la vía oral (leche) y sin afección abdominal.

En caso de embarazadas con multiresistencia se recomienda valoración por los Comités Institucionales de Resistencia correspondientes, en relación con la profilaxis ARV a administrar al recién nacido. Esta valoración se debe de solicitar DURANTE el embarazo.

En los casos de confirmación de la infección por VIH en un neonato se deberá iniciar el tratamiento antirretroviral inmediatamente, suspendiendo las dosis usadas en la profilaxis y cambiando a las dosis terapéuticas según la edad gestacional y el peso del recién nacido.

Tabla 44. Nivel del riesgo de transmisión del VIH en recién nacidos expuestos al virus

Riesgo de exposición al VIH	
RN expuesto al VIH, BAJO RIESGO (cumplir con todos los enunciados)	RN expuestos al VIH, ALTO RIESGO (al menos uno de los enunciados)
• Supresión viral cerca del parto (alrededor de la semana 36) • TARV durante el embarazo y parto • Sin problemas de apego al TARV	• CV detectable o se desconoce cerca al parto. • Madre sin TARV en el embarazo y en el parto. • Diagnóstico y tratamiento en la madre después de las 28 semanas de embarazo. • Diagnóstico en la madre durante el parto o posparto. • RN con prueba de anticuerpos-VIH positiva, en el cual se desconoce el estatus de la madre. • Madre con enfermedad avanzada. • Factores obstétricos: ruptura de membranas mayor a 4 horas y/o ITS concomitante y/o hemorragia durante el parto/cesárea. • Síndrome retroviral agudo durante el embarazo o la lactancia. • Parto vaginal en madre con factor de riesgo

Tabla 45. Tipo de esquema antirretroviral de acuerdo al nivel del riesgo de transmisión al VIH en recién nacidos y nacidos expuestos al virus

Riesgo de transmisión de VIH del recién nacido	Profilaxis ARV para RN > 34 SDG *	Duración
Bajo	ZDV	4 semanas
Alto	ZDV + 3TC + NVP	ZDV+3TC durante 4 semanas
		NVP dosis profiláctica durante 2 semanas
	ZDV + NVP	ZDV durante 4 semanas
		NVP 3 dosis
	ZDV + 3TC + RAL	ZDV + 3TC + RAL durante 6 semanas
Se confirma infección por VIH en el RN	Tratamiento ARV: ZDV + 3TC + NVP ZDV + 3TC + RAL	Consultar Tabla 46.1
* <34 semanas de gestación ajustar el esquema con los ARV aprobados con base a peso y edad gestacional † Dependiendo de la disponibilidad de la formulación de gránulos en el país y previa consulta a Comité ad hoc		

Tabla 46. Profilaxis antirretroviral en recién nacidas y nacidos expuestos al VIH

ARV	Dosificación		Duración de ARV	
Zidovudina solución 10mg/ml	≥35 SDG	4 mg/kg/do VO c/12 h	Del nacimiento a 4 semanas	
		Si no tolera la vía oral:		
		3 mg/kg/dosis IV c/12		
		Dosis simplificada por rango de peso, para RN a término		
		Rango de peso (kg)		Dosis (ml) cada 12 h de ZDV solución 10mg/ml
		2 a < 3 kg		1 ml
		3 a < 4 kg		1.5 ml
		4 a < 5 kg		2 ml
	≥30 y <35 SDG	2 mg/kg/do VO c/12 h		
		o		
		1.5 mg/kg/do IV c/12 h		
		A partir de los 15 días de vida incrementar a:		
		3 mg/kg/do IV c/12		
		o		
		2.3 mg/kg/do IV c/12 h		
		< 30 SDG		2 mg/kg/do VO c/12 h
	o			
	1.5 mg/kg/do IV cada 12 h			

Lamivudina solución 10 mg/ml	≥ 32 SDG	Del nacimiento a la 4ª semana: 2 mg/kg/do VO c/12 h		Del nacimiento a 4 semanas
		Dosis simplificada por rango de peso, ≥ 35 SDG		
		Rango de peso (kg)	Dosis (ml) cada 12 h 3TC solución 10 mg/mL	
		2 a < 3 kg	0.6 ml	
		3 a < 4 kg	0.8 ml	
		4 a < 5 kg	1 ml	
Nevirapina suspensión 10 mg/ml	Opción 1 (>34 SDG):			2 semanas
	• 1ª semana: 2 mg/kg/do VO c/24 h • 2ª semana: 4 mg/kg/do VO c/24 h			
	Opción 2: a partir de las 32 semanas			3 dosis en los primeros 7 días
	• 1ª dosis: de preferencia en las primeras 48 h de vida			
	• 2ª dosis: a las 48 horas de la 1ª dosis			
	• 3ª dosis: a las 96 horas de la 2ª dosis			
	Peso al nacimiento de 1.5 a 2 kg: 8 mg VO			
	Peso al nacimiento >2 kg: 12 mg VO			
Raltegravir ^a gránulos 100 mg a suspender en 10 ml de agua (10 mg/ml)		Del nacimiento a las 6 semanas		Del nacimiento a 6 semanas
		Dosis simplificada por rango de peso		
		Peso (Kg)	Dosis ml (dosis mg) cada 24 h	
	≥ 37 sem y	Del Nacimiento a la 1ª semana de vida	1.5 mg/kg/d VO c/24 h	
	> 2 Kg	2 a < 3	0.4 ml (4 mg) una vez al día	
		3 a < 4	0.5 ml (5 mg) una vez al día	
		4 a < 5	0.7 ml (7 mg) una vez al día	

		1 a 4 semanas de vida	3 mg /kg/d VO c/12 h	
		2 a < 3	0.8 ml (8 mg) dos veces al día	
		3 a < 4	1 ml (10 mg) dos veces al día	
		4 a < 5	1.5 ml (15 mg) dos veces al día	
		4 a 6 semanas de vida	6 mg /kg/ d VO c/12 h	
		3 a < 4	2.5 ml (25 mg) dos veces al día	
		4 a < 6	3 ml (30 mg) dos veces al día	
*Si la mujer tomó RAL 2 a 24 h previo al nacimiento , la dosis de RAL debe de iniciarse en el recién nacido de las 24 a 48 h de vida y los demás ARVS iniciarse tan pronto sea posible. Monitorizar las bilirrubinas cada 5 a 7 días hasta terminar la profilaxis. Preparación: Ver inserto anexo Dependiendo de la disponibilidad de la formulación de gránulos en el país y previa consulta a Comité ad hoc				

Tabla 46.1. Tratamiento antirretroviral en niñas y niños con VIH menores de 3 meses de edad (Infectados con VIH)

ARV	Dosificación en las primeras 4 semanas de vida		Dosificación 4 a 12 semanas
Zidovudina solución 10mg/ml	≥35 SDG	Del nacimiento a 4 semanas 4 mg/kg/do VO c/12 h	de 4 – 12 semanas: 12mg/kg/do VO c/12 h
		Dosis simplificada por rango de peso, para RN a término	
		Rango de peso (kg)	
		Dosis (ml) cada 12 h	
		2 a < 3 kg	1 ml
		3 a < 4 kg	1.5 ml
		4 a < 5 kg	2 ml

	≥30 y <35 SDG	De nacimiento a 2 semanas 2 mg/kg/do VO c/12 h A partir de los 15 días de vida hasta 6-8 semanas incrementar a: 3 mg/kg/do VO c/12 h	de 8 a 12 semanas: 12 mg/kg/do VO c/ 12 h								
	< 30 SDG	Nacimiento a 4 semanas 2 mg/kg/do VO c/12 h 4 a 10 semanas 3mg/kg/do VO c/12 h	10 a 12 semanas: 12 mg/kg/do VO c/ 12 h								
Lamivudina solución 10 mg/ml	≥ 32 SDG	Del nacimiento a la 4ª semanas: 2 mg/kg/do VO c/12 h Dosis simplificada por rango de peso, ≥ 35 SDG <table><tr><th>Rango de peso (kg)</th><th>Dosis (ml) cada 12 h 3TC solución 10 mg/mL</th></tr><tr><td>2 a < 3 kg</td><td>0.6 ml</td></tr><tr><td>3 a < 4 kg</td><td>0.8 ml</td></tr><tr><td>4 a < 5 kg</td><td>1 ml</td></tr></table>	Rango de peso (kg)	Dosis (ml) cada 12 h 3TC solución 10 mg/mL	2 a < 3 kg	0.6 ml	3 a < 4 kg	0.8 ml	4 a < 5 kg	1 ml	4 – 12 semanas 4 mg/kg/do VO c/12 h
Rango de peso (kg)	Dosis (ml) cada 12 h 3TC solución 10 mg/mL										
2 a < 3 kg	0.6 ml										
3 a < 4 kg	0.8 ml										
4 a < 5 kg	1 ml										
Nevirapina suspensión 10mg/ml		>37 SDG y > 2 kg , nacimiento a 4 semanas 6 mg/kg/do VO c/12 h 34 - < 37 SDG, Del nacimiento a la 1ª semana de vida: 4 mg/kg/do c/12 h VO De la 1ª a la 4ª semana de vida: 6 mg/kg/do VO c/12h	4-12 sem 200 mg/m ² sc/cada 12 h VO 4-12 semanas 200 mg/m ² sc cada 12 h VO								
Raltegravir gránulos 100 mg a suspender en 10 ml de agua (10 mg/ml)	≥ 37 sem y > 2 Kg	Del nacimiento a las 4 semanas Dosis simplificada por rango de peso <table><tr><th>Peso (Kg)</th><th>Dosis ml (dosis mg) cada 24 h</th></tr><tr><td>Del Nacimiento a la 1ª semana de vida</td><td>1.5 mg/kg/d VO c/24 h</td></tr></table>	Peso (Kg)	Dosis ml (dosis mg) cada 24 h	Del Nacimiento a la 1ª semana de vida	1.5 mg/kg/d VO c/24 h	6 a 12 semanas 6 mg /kg/do VO c/ 12 h				
Peso (Kg)	Dosis ml (dosis mg) cada 24 h										
Del Nacimiento a la 1ª semana de vida	1.5 mg/kg/d VO c/24 h										

		2 a < 3	0.4 ml (4 mg) una vez al día	
		3 a < 4	0.5 ml (5 mg) una vez al día	
		4 a < 5	0.7 ml (7 mg) una vez al día	
		1 a 4 semanas de vida	3 mg /kg/ do VO c/12 h	
		2 a < 3	0.8 ml (8 mg) dos veces al día	
		3 a < 4	1 ml (10 mg) dos veces al día	
		4 a < 5	1.5 ml (15 mg) dos veces al día	
		4 a 6 semanas de vida	6 mg /kg/ do VO c/12 h	
		3 a < 4	2.5 ml (25 mg) dos veces al día	
		4 a < 6	3 ml (30 mg) dos veces al día	
*Dependiendo de la disponibilidad de la formulación de gránulos en el país y previa consulta a Comité ad hoc DO= Dosis				