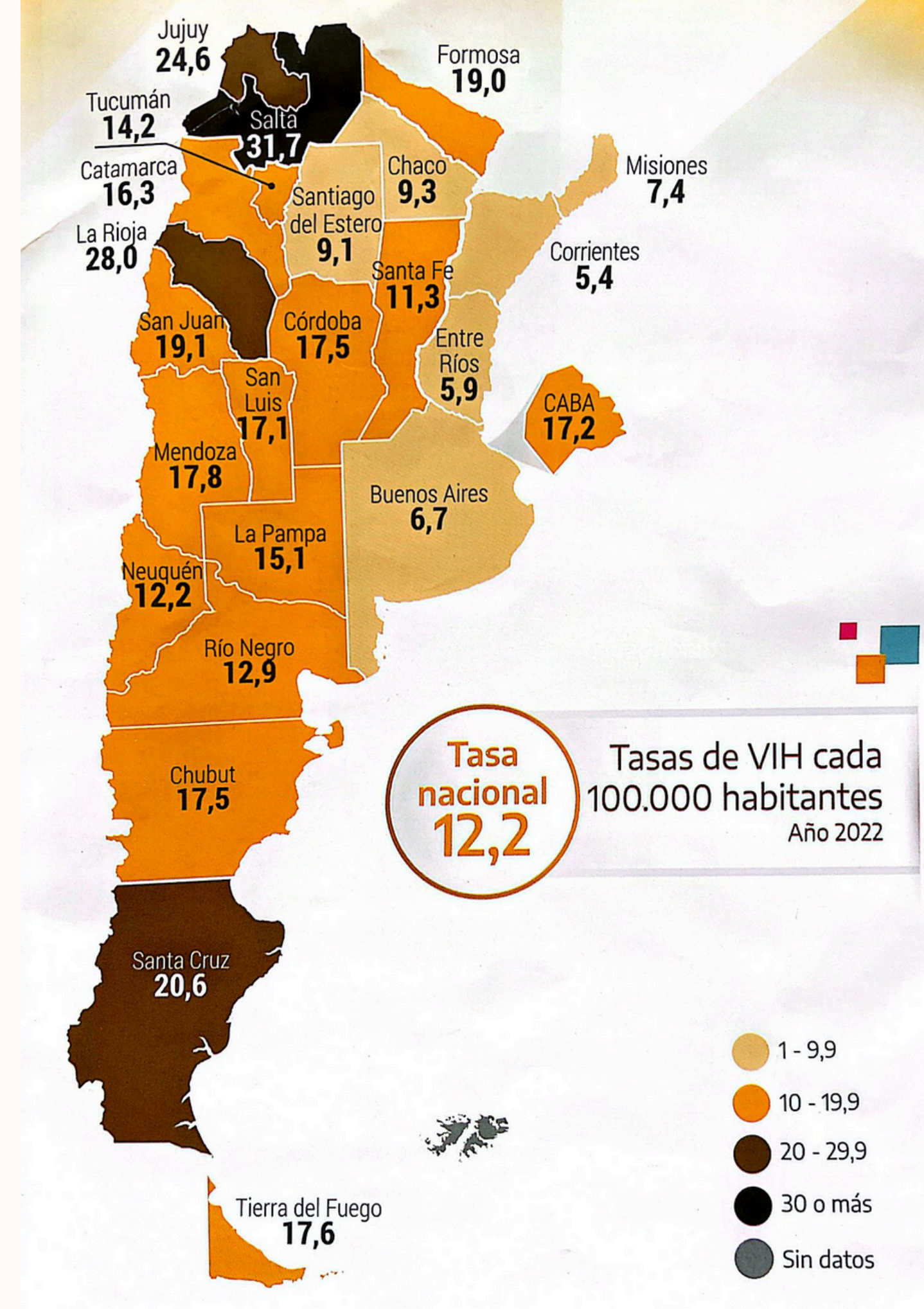


# EPIDEMIOLOGÍA



# DATOS ESTADÍSTICOS NACIONALES

PROMEDIO DE NUEVOS DX DE VIH NOTIFICADOS POR AÑO  
(AÑOS 2018-2022)



5300

MEDIANA DE EDAD AL MOMENTO DEL DX

33 AÑOS  
VARONES CIS

36 AÑOS  
MUJERES CIS

30 AÑOS  
MUJERES  
TRANS

34 AÑOS  
VARONES  
TRANS

Razón VIH  
varón cis/mujer cis  
(Año 2022)

2,2

DISTRIBUCIÓN SEGÚN GÉNERO

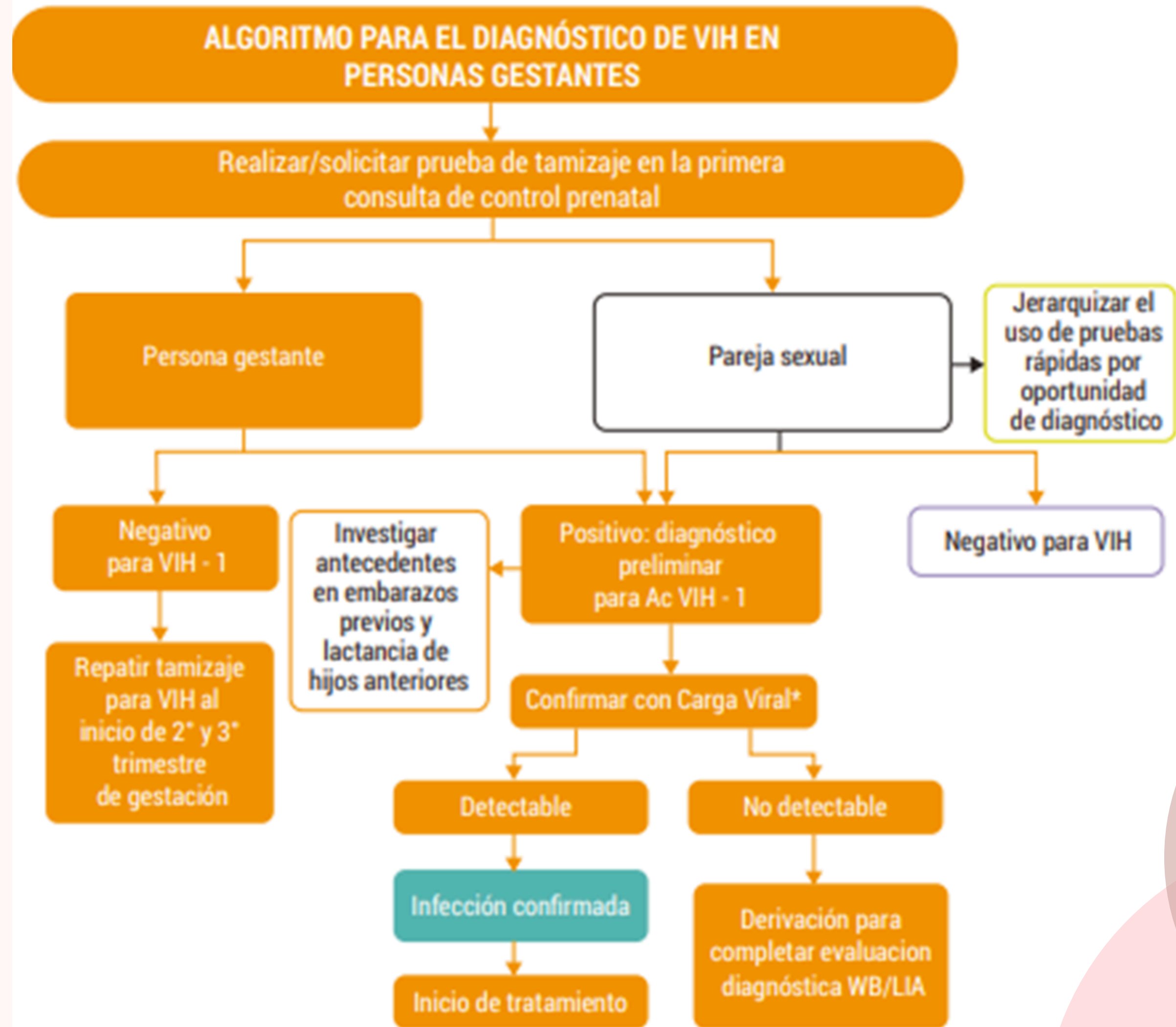
68,4%  
Varones cis

39,4%  
Mujeres cis

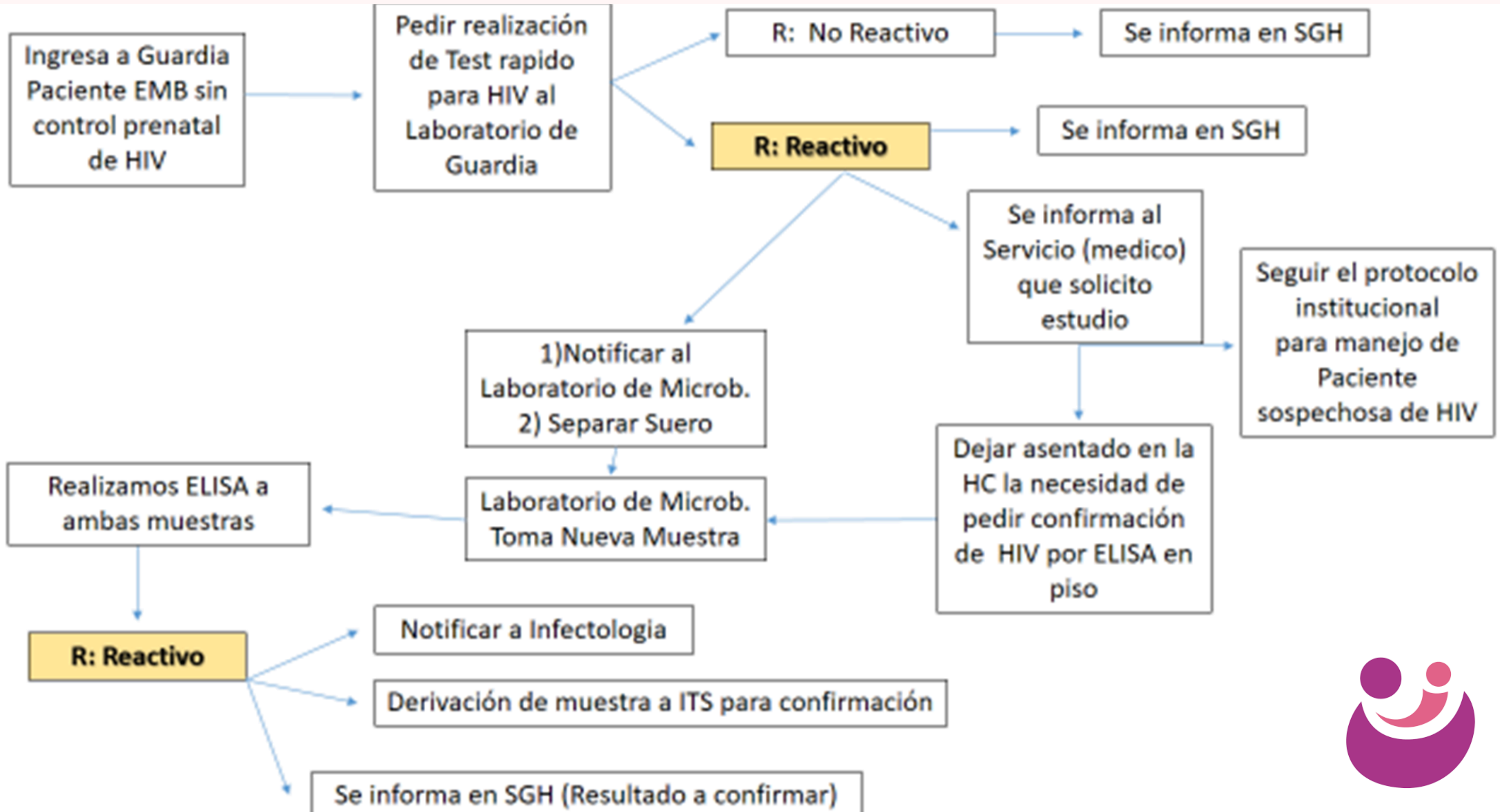
1,2%  
personas  
Trans

En mujeres Cis el 98% de las infecciones son por prácticas sexuales sin protección

# ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE VIH DE LA PERSONA GESTANTE

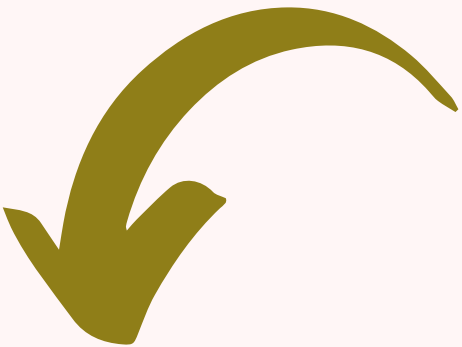
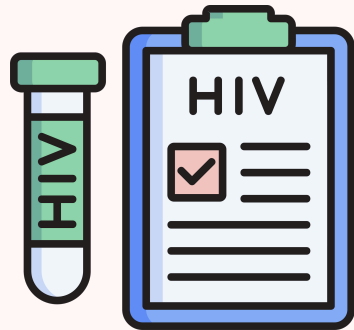


# Protocolo Institucional de Dx de VIH- Inst. Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes



# VÍAS DE TRANSMISIÓN PERINATAL DEL VIH

Riesgo Global  
30%



EMBARAZO  
25-40%



PARTO  
60-75%



LACTANCIA  
16%

# TRATAMIENTO ARV DURANTE EL EMBARAZO

Las personas gestantes, al igual que el resto de las personas diagnosticadas con VIH, deben iniciar el TARV lo más cercano posible al momento de la confirmación diagnóstica.

**OBJETIVOS  
DEL TARV**

Mejorar la salud de la persona gestante

Reducir el riesgo de transmisión perinatal del VIH y de sus parejas sexuales



La variable más asociada al riesgo de transmisión perinatal del VIH es la CV plasmática materna durante el embarazo y el parto.

# ESQUEMA ATRV DE INICIO EN LA EMBARAZADA

**Tabla 2. Esquemas de inicio de TARV en embarazadas *naive*.<sup>3</sup>**

	Tercera droga	INTI	Comentarios
<b>Regímenes Preferidos</b>	DTG <sup>5</sup>	3TC o FTC + TDF o TAF <sup>4</sup>	- TDF y TAF son de elección para tratamiento de VHB en la mujer coinfectada  - TAF se asocia con menor frecuencia de eventos adversos maternos y neonatales, posiblemente vinculado a una mayor ganancia de peso durante la gestación
<b>Regímenes Alternativos</b>	RAL (400mg c/12 hs.)  DRV/r	ABC/3TC	- ABC/3TC requiere testeo previo de HLA-B*5701.  - DRV/r se debe indicar en dosis de DRV 600 mg/RTV 100 mg c/12 hs.

# EVALUACIÓN INCIAL

- Hemograma completo, hepatograma, creatinina, urea y orina completa.
- Recuento de CD4 y CV.
- Test de resistencia en las pacientes naive o experimentadas con viremias detectables.
- Serologías: HBV, HCV, Sífilis, Chagas, Toxoplasmosis.
- Antecedentes de TARV previos.
- Necesidad de quimioprofilaxis o tratamientos adicionales.
- Testeo de la pareja.
- Pesquisa y tratamiento de ITS en la embarazada y su pareja.
- Completar esquema de vacunación.

# SEGUIMIENTO

- Screening de lúes, HBV y otras ITS en cada trimestre.
- En todos los casos, se recomienda realizar control temprano de CV entre las 4 a 8 semanas posteriores al comienzo del TARV. Control de CV, como mínimo una en cada trimestre para evaluar respuesta virológica.
- Carga viral cercana al final de la gestación (idealmente en la semana 36).





# MODO DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO

**<50 copias**

*En las pacientes con CV <50 copias/ml en la semana 34/36, con buena adherencia, que no haya suspendido el TARV, se sugiere parto vaginal si las condiciones obstétricas los permiten. En este escenario no se requiere la infusión con AZT.*

**>50 copias  
pero <1000**

*Se definirá teniendo en cuenta el tiempo de exposición al TARV, el descenso adecuado de CV, la adherencia y la decisión materna luego de haber sido informada sobre la posibilidad de TV en este escenario. En caso de no contar con la opinión de un especialista se sugiere cesárea en infusión de AZT IV.*

**>1000  
copias o  
CV no  
disponible**

*Cesárea a las 38 sem de gestación e infusión de AZT IV*

# INFUSIÓN DE AZT



*Iniciar AZT ev en el inicio del trabajo de parto o desde 2 o 3 hs antes de la cesárea:*

- *Dosis de carga: 2mg/Kg diluida en Dext 5%. Infundir en 1 hora.*
- *Dosis de mantenimiento: 1mg/Kg/hora hasta la ligadura del cordón.*

*Presentación de ampollas: 200 mg.*



# RPM

<50 copias

CV detectable o desconocida y >34 SEG

CV detectable o desconocida y <34 SEG

La RPM no se asocia con mayor riesgo de transmisión vertical de HIV  
La cesárea no mostró beneficios

Cesárea a la brevedad si las condiciones obstétricas y neonatales lo permiten

Valorar intensificar el TARV  
Discutir en forma multidisciplinaria el momento oportuno de la cesárea

# MANEJO DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA (PRN) EXPUESTA A VIH

