

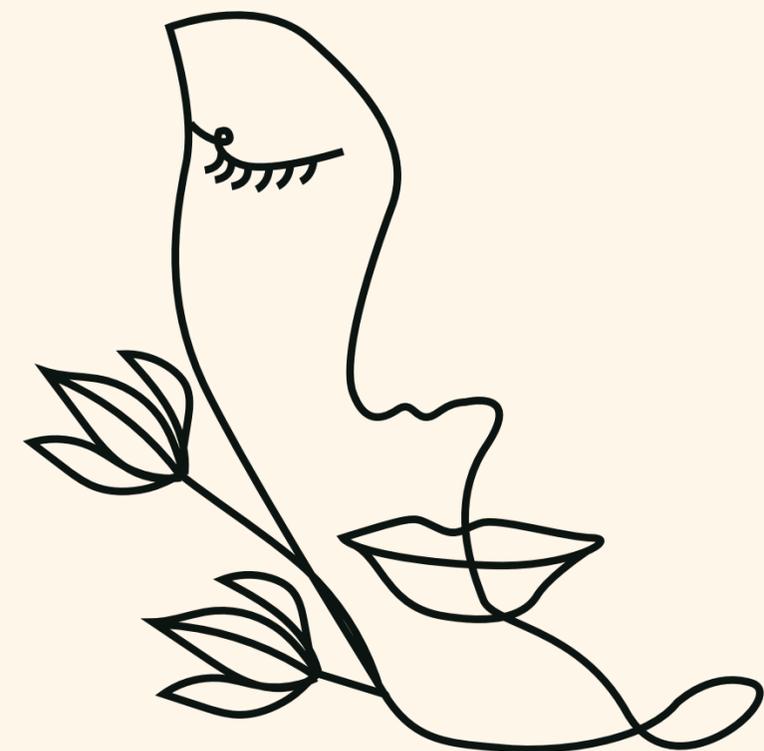
MANEJO DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA (PRN) EXPUESTA A VIH



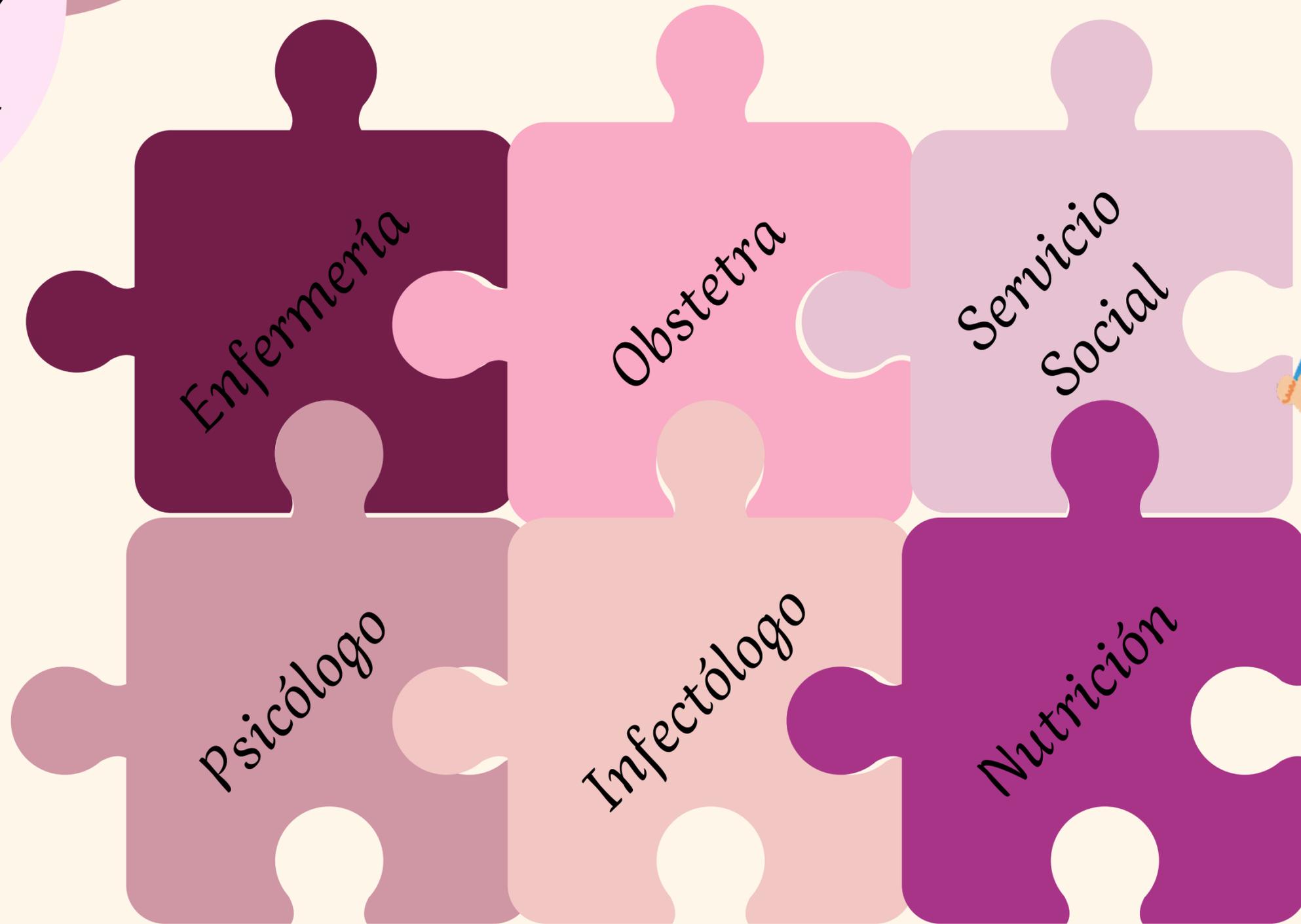
Riesgo	Escenario de la gestante	Prueba diagnóstica en RN expuesto	Profilaxis neonatal	Lactancia	Profilaxis P. Jiroveci	BCG
Bajo	Gestante con buena adherencia al TARV durante la gestación y con CV <50 copias/mL cercana al parto (semana 34- 36 en adelante)	1°: 14 a 21 días 2°: 6 a 8 semanas 3°: 12 a 16 semanas Opcional: En las 1° 48 horas de vida ²	Zidovudina 2-4 semanas Pueden utilizarse 2 semanas si el RN es de término y la gestante recibió 10 o más semanas de ARV ³	No recomendada, pero podría evaluarse si cumple el resto de los criterios (ver lactancia)	Opcional	En áreas de alta endemicidad para TB indicar según calendario de vacunación vigente.
Mediano / Alto	Gestante sin TARV efectivo durante el embarazo. Gestante con diagnóstico periparto. Gestante con infección aguda documentada en el embarazo Gestante que no recibió TARV durante embarazo Gestante que solamente recibió TARV intraparto Carga viral detectable cercana al parto.	1°: Entre 48 y 72 hs de vida 2°: 14 a 21 días de vida 3°: 6 a 8 semanas 4°: 12 a 16 semanas.	AZT+3TC+RAL Por 4 - 6 semanas según evaluación de riesgo (Tabla 5) y pruebas diagnósticas del RN. AZT+3TC+NVP ^b	Contraindicada	Iniciar a las 4-6 semanas de vida y hasta completar estudios virológicos (sin infección detectable) TMS-SMX:5 mg/kg/día trisemanal.	Contraindicada hasta completar estudios virológicos (sin infección detectable)

CUIDADOS POST-PARTO DE MUJERES QUE VIVEN CON VIH

- *Se debe continuar con el TARV luego del parto.*
- *Se contraindica la lactancia debido a que:*
 - *Aumenta el riesgo de transmisión perinatal*
 - *En nuestro país existen alternativas seguras, efectivas y gratuitas para alimentar al RN en forma artificial.*
 - *El TARV disminuye pero no evita la transmisión de HIV por la lactancia, aún en mujeres con carga viral no detectable.*
- *Se debe ofrecer soporte adecuado a las madres viviendo con HIV en forma individual y confidencial, para asegurar prácticas seguras en la preparación y administración de la forma láctea y asesorar a cerca de la importancia de la alimentación artificial exclusiva.*
- *En el caso excepcional de que la madre decida amamantar pese a la contraindicación, se sugiere seguimiento estricto del binomio madre-hijo bajo supervisión médica con criterio de minimizar daños y posibles riesgos.*

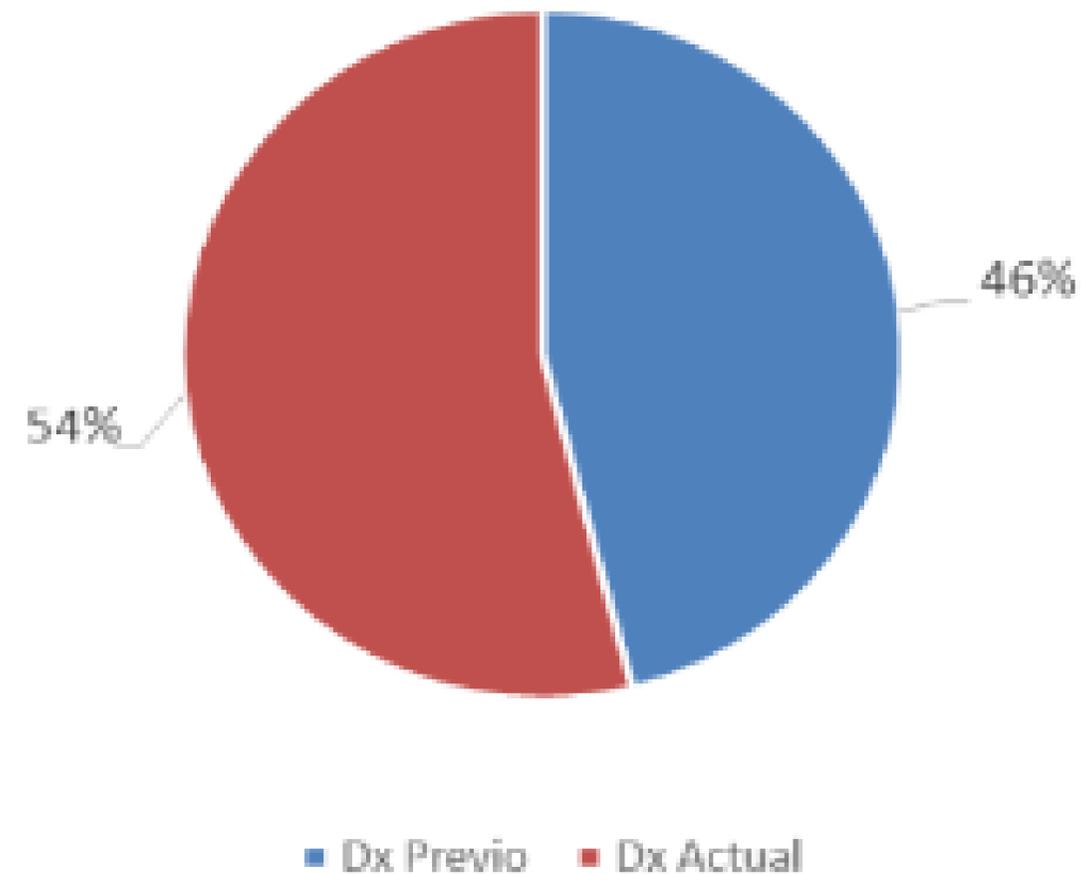


ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO



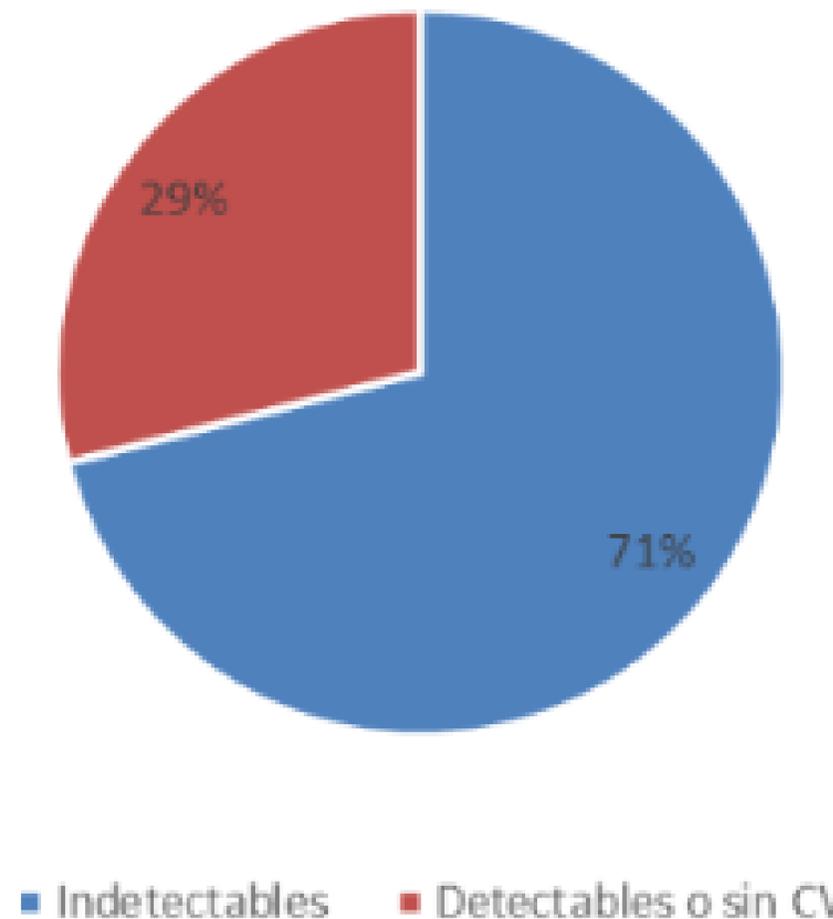
Embarazadas viviendo con HIV- Estadísticas Institucionales

Partos de Pacientes B24 durante el año 2022 en el Instituto de Mternidad Ntra Señora de las Mercedes (n=22)



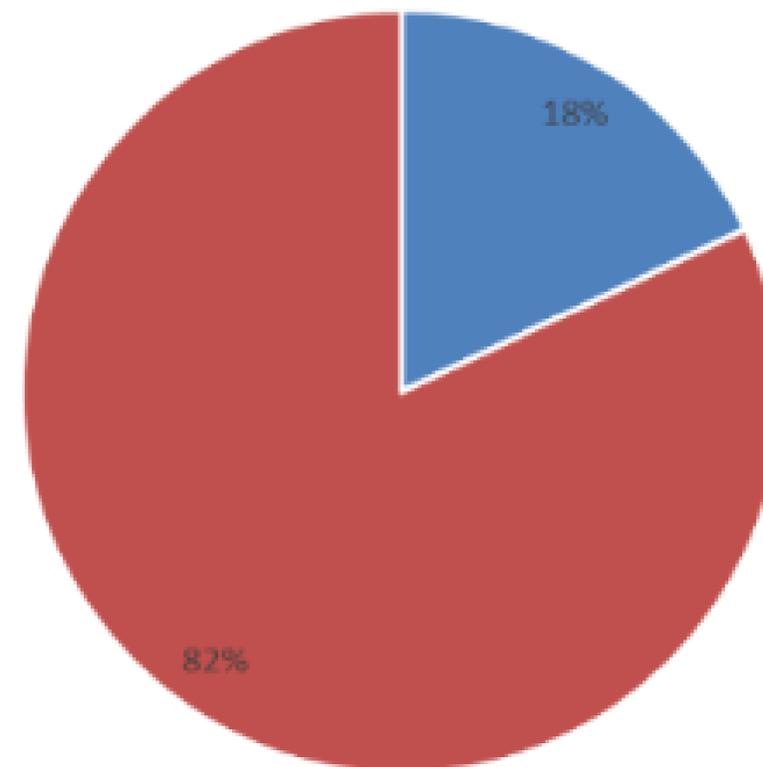
Embarazadas viviendo con HIV- Estadísticas Institucionales

Carga Viral a la sem 34/36 en pacientes con dx de B24 con parto en Maternidad Ntra Señora de las Mercedes en el año 2022 (n=22)



Embarazadas viviendo con HIV- Estadísticas Institucionales

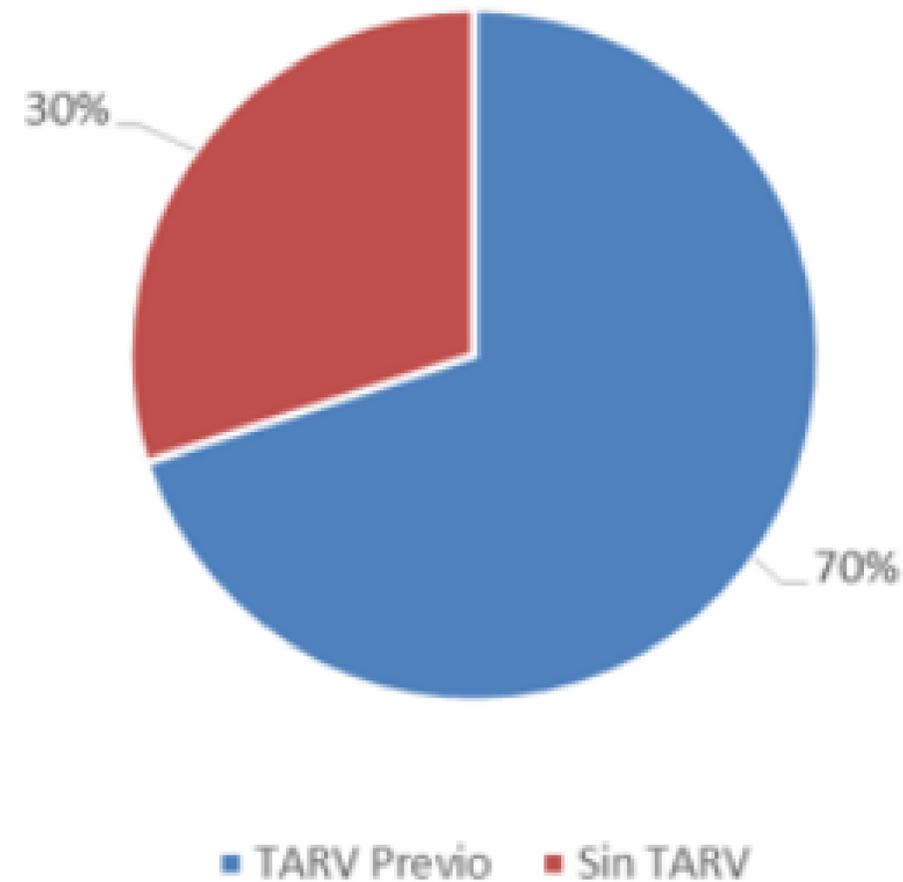
Vía de finalización del Embarazo en mujeres con dx de B24 en el Inst. de Maternidad Ntra Señora de las Mercedes en el año 2022 (n=22)



■ Parto vaginal ■ Cesárea

Embarazadas viviendo con HIV- Estadísticas Institucionales

Pacientes Embarazadas con dx previo de B24 con Parto en instituto de Maternidad Ntra Señora de las Mercedes (n=10)



TASA DE TRANSMISIÓN PERINATAL DE HIV EN 2022

0%



CASO CLÍNICO N° 1

El día 1 (jueves): se informa desde laboratorio de Maternidad Elisa reactivo en paciente embarazada de 37 semanas. Se informa a la UCE.

El día 2 (viernes): a través de la Red se localiza a la paciente en una localidad del interior de la provincia, la misma se encontraba en trabajo de parto. Se traslada en ambulancia inmediatamente a Maternidad.

El mismo día se realiza cesárea de urgencia, previo goteo de AZT. Se suspende la lactancia. RN inicia TARV con triple esquema.

El día 5 (lunes): se deriva muestra para confirmación de Dx (CV y CD4).

La paciente había realizado 7 controles prenatales con 2 laboratorios con serologías negativas para HIV, VDRL, HBV, HCV.

El día 5 (lunes): se realiza serología de HIV a la pareja resultando reactiva.

EVOLUCIÓN DEL CASO CLX N°1

Se recibe resultado de Carga viral de la paciente con 54.300 copias (log 4.7), CD4: 623 Cél (31%)



Se inhibe la lactancia

Pareja CV 65.700 cop (log 4.79) CD4: 38 cél (3%)

1° Carga viral del RN: indetectable.

Se inicia tratamiento antiretroviral a la madre y se deriva a la pareja a hospital público para evaluación e inicio de tratamiento.

CASO CLÍNICO N° 2

Paciente de 33 años, dx de B24 en 2016 con mala adherencia al TARV, sociopatía, negligente.

Tiene una gesta previa en 2019 también como mala adherencia al Tto, con RN controles negativos para HIV.

Actualmente, cursa su 2° gesta. Realiza sólo 1 control en marzo del 2023 a las 13 semanas. Refiere mala tolerancia al TARV durante la gestación. No tiene CV realizada durante el embarazo actual.

2/10/23. Se deriva desde la UCE para internación para supervisar tratamiento, cursando semana 37 de embarazo. Se extrae muestra para CV y CD4.

5/10/23. Inicia con trabajo de parto.

CASO CLÍNICO N° 2

Frente a que escenario nos encontramos?

Tiene importancia conocer el resultado de la carga viral de la paciente para tomar una conducta?

Cuál cree que es a vía de finalización más adecuada para prevenir la transmisión vertical de HIV?

Indicaría algún fármaco en forma preventiva?



EVOLUCIÓN DE CASO CLÍNICO N°2

05/10/23. Cesárea de Urgencia + LT (3hs antes de la cesárea):

Carga de AZT (Peso: 65Kg x 2 mg): 130 mg en 200 cc de Dext 5% en 1 hora.

Mantenimiento: (65 Kg x 1 mg): 65 mg en 200 cc de dext 5% x hora hasta ligadura del cordón.

Inhibición de lactancia.

TARV RN: AZT + Raltegravir + 3TC.

2/10/23. CV 16.800 copias (log 4.2) CD4: 591 (39%)

Se detecta dificultades en la paciente en la administración del TARV al RN, por lo que Neonatología en conjunto con infectología pediátrica, psicología y servicio social deciden internación por 6 semanas para recibir tratamiento adecuado en tiempo y forma.

Se recibe 1° resultado de CV del RN <20 copias