

Prevención de la transmisión vertical de: sífilis, hepatitis B y VIH

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJO DE LOS EQUIPOS DE SALUD

EDICIÓN
2013

Incluye:
Ley Nacional de Sida N° 23.798
Resolución N° 25.543
Algoritmos para diagnóstico y tratamiento

Presidenta de la Nación
Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud
Dr. Juan Luis Manzur

Secretario de Promoción y Programas Sanitarios
Dr. Máximo Andrés Diosque

Subsecretaria de Promoción y Control de Riesgos
Dra. Marina Kosacoff

Director de Sida y ETS
Dr. Carlos Falistocco

Autores

Dra. Silvina Vulcano

Lic. Vanesa Kaynar

Lic. Valeria Levite

Equipo de Trasmisión Vertical, Dirección de Sida y ETS

Diseño y diagramación
Guadalupe Iglesias

Prevención de la transmisión vertical de: sífilis, hepatitis B y VIH

Recomendaciones para el trabajo
de los equipos de salud

Incluye:

Ley Nacional de Sida N° 23.798

Resolución N° 25.543

Algoritmos para diagnóstico y tratamiento



Autores:

Equipo de Trasmisión Vertical, Dirección de Sida y ETS

Dra. Silvina Vulcano

Lic. Vanesa Kaynar

Lic. Valeria Levite

Se agradece la colaboración de los consultores:

Dra. Patricia Galarza, Jefa de Servicio Infecciones de Transmisión Sexual, Instituto Dr. Carlos Malbrán - INEI.

Dra. Gabriela Vidiella, infectóloga referente del área de hepatitis Virales de la DS y ETS.

Lic. Celina Sand, Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud.

Dra. Liliana Vázquez, médica infectóloga, área perinatal en CYMSA, infectóloga en FUNCEI.

Dr. Jorge González, referente de la red de hepatitis Virales, INEI ANLIS Malbrán, Dirección de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud.

Dra. Adriana Durán, responsable del Área de Epidemiología e Investigación, Coordinación SIDA, Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La DSyETS agradece la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud y de Unicef, entidades que, en el marco de la Iniciativa Regional de Eliminación de la Trasmisión Vertical del VIH y la sífilis congénita en América Latina y el Caribe, contribuyeron a la impresión de la presente guía.

1. Prólogo	5
2. Introducción	7
3. Gestión de los equipos de salud involucrados en los circuitos de acompañamiento de la mujer embarazada, pareja y niño	10
3.1 Algoritmo de gestión	12
4. Asesoramiento y Diagnóstico	13
4.1. Diagnóstico serológico de infección por VIH	14
4.1.1. Tamizaje y confirmación. Algoritmo para el diagnóstico serológico de infección por VIH	16
4.1.2. Test rápido. Algoritmo para el diagnóstico serológico de infección por VIH	20
4.1.3. Interpretación del test rápido	20
4.2. Diagnóstico serológico de infección por <i>Treponema pallidum</i> (sífilis): Pruebas Treponémicas (PT) y Pruebas no Treponémicas (PNT)	21
4.2.1. Tamizaje y confirmación. Algoritmo para el diagnóstico serológico de infección por <i>Treponema pallidum</i>	26
4.3. Diagnóstico serológico de infección por virus de hepatitis B	28
4.3.1. Interpretación de los resultados serológicos para el diagnóstico de la hepatitis B	28
5. Puntos a tener en cuenta en la prevención de la transmisión vertical del VIH, sífilis y hepatitis B	31
6. ¿Qué se recomienda realizar cuando la mujer embarazada tiene VIH?	33
6.1. Estudios de laboratorio para el control prenatal sugeridos	33
6.2. ¿Cómo y cuándo comenzar la terapia antirretroviral?	34
6.3. Escenarios posibles en mujeres con VIH y neonatos expuestos al VIH	35
6.4. Indicación de la administración de AZT intraparto	37
6.5. Vía de parto	38
6.6. Impacto de la resistencia antirretroviral en la transmisión vertical	39
6.7. Qué se tiene que tener en cuenta para el manejo de la resistencia de los ARVs durante el embarazo	40

6.8.	Situaciones particulares en mujeres con co-infección con virus de la hepatitis B y C	41
6.9.	Lactancia	41
6.10.	Recomendaciones para el niño expuesto	42
6.10.1.	Profilaxis del recién nacido	42
6.10.2.	Diagnóstico del niño expuesto	43
7.	¿Qué se recomienda realizar cuando la mujer embarazada tiene sífilis?	47
7.1.	Algoritmo: Tratamiento de la mujer embarazada con VDRL (+)	48
7.2.	Tratamiento para las mujeres alérgicas a la penicilina	49
7.3.	¿Cuándo se considera una mujer embarazada adecuadamente tratada y seguida?	50
7.4.	¿A qué se considera caso de sífilis congénita?	51
7.5.	Recomendaciones para el niño expuesto	51
8.	¿Qué se recomienda realizar cuando la mujer embarazada tiene hepatitis B?	55
8.1.	Recomendaciones para la mujer con diagnóstico de hepatitis B	55
8.2.	Inmunoprofilaxis en caso de exposición	56
8.3.	Recomendaciones para el niño/a expuesto a hepatitis B	56
9.	Recursos garantizados	59
9.1.	Estudios de seguimiento/Laboratorio	59
9.2.	Medicación Antirretroviral	59
9.3.	Pedido de leche para los niños expuestos al VIH. Circuitos para la entrega	60
10.	Datos de contacto de la DS y ETS	63
11.	Anexos	65
12.	Glosario de abreviaturas	85
13.	Bibliografía	87

En la última década, Argentina ha logrado grandes avances en la prevención de la transmisión vertical del VIH mediante la implementación de una política pública que permitió disminuir en forma sustancial el número de niños infectados por esta vía. Sin embargo, aún existen reportes de casos que se atribuyen a pérdidas de oportunidades dentro del sistema sanitario. Esta situación también se presenta con respecto a la sífilis congénita.

En el año 2009, nuestro país adhirió a la iniciativa regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de disminuir la transmisión vertical de sífilis a menos de 0,5 por mil nacidos vivos y lograr alcanzar una tasa de transmisión vertical del VIH a menos del 2 % para el año 2015. Este compromiso se refleja en los esfuerzos del trabajo cotidiano de los distintos equipos de salud.

La presente guía contiene recomendaciones acerca del diagnóstico, tratamiento y seguimiento del VIH, sífilis y hepatitis B y ofrece herramientas para la reflexión de los equipos de salud que participan y acompañan la salud de la mujer embarazada, la de su pareja y la del niño. Analizar los nudos críticos de nuestro sistema sanitario nos permite pensar cómo mejorar intervenciones oportunas para prevenir la transmisión vertical.

Agradecemos la colaboración de:

Dirección de Maternidad e Infancia, Dirección de Epidemiología, UNICEF, OPS, UNFPA, Sociedad de Pediatría Argentina, Departamento de Virología del Hospital Muñiz, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) quienes han permitido con su vasta experiencia que se elabore este material.

2. Introducción

Desde el año 2004, la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DS-yETS) ha elaborado distintas recomendaciones para el trabajo de los equipos de salud con las mujeres embarazadas y sus parejas. Éstas se han centrado en la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión vertical, principalmente del VIH (virus de inmunodeficiencia humana) y la sífilis.

La presente guía intenta consolidar una propuesta de trabajo que reúna las recomendaciones sobre VIH, sífilis y hepatitis B. El objetivo es que pueda acompañar las tareas cotidianas de los equipos desde un enfoque integral, centrado en la salud de las mujeres embarazadas, sus parejas e hijos.

El camino que inician una mujer embarazada y su pareja dentro del sistema sanitario es distinto en cada una de las jurisdicciones de nuestro país, que varía de acuerdo con el tipo de organización, centralización o descentralización de los recursos y desarrollos locales. La accesibilidad depende de cada situación y está asociada al contexto donde se desarrollan las prácticas sanitarias. Ciertos aspectos son comunes y responden a las recomendaciones de atención integral que existen y a la apropiación que de ellas hicieron los equipos de salud. Muchas son las estrategias desarrolladas y el trabajo realizado, pero aún queda por hacer.

Son muchos los actores, servicios y lugares que intervienen en el “andar de una mujer embarazada”; obstetras, obstétricas, trabajadoras sociales, médicos de referencia, laboratorios, el lugar donde se sigue el embarazo, donde se le va a realizar el parto, donde se le va a sacar sangre, donde se retiran los resultados, el consultorio especializado llamado de “alto riesgo”, etc...

Muchas personas, muchos lugares, muchos turnos...

Desde una mirada integral, la reconstrucción del circuito que hace la mujer embarazada es indispensable para revisar cuáles son los aspectos que se deben fortalecer y/o modificar. Recorrer ese circuito centrados en la mujer y no en cada profesional, servicio o lugar, nos permite describir el tipo de organización que se desarrolla.

En nuestro país, desde los distintos sectores se han implementado varias estrategias de intervención pública centradas en la mujer embarazada. Todas ellas con el objetivo de favorecer el cuidado de la mujer embarazada y su hijo.

Se sabe por medio del Sistema de Información Perinatal (SIP)¹, que en el año 2010 el 99% de los partos ocurrieron dentro de una institución, el 66,5% de las mujeres tuvieron más de 5 controles de salud durante su embarazo y que sólo un 7% llegó al parto sin control. Esta información refleja la presencia de las instituciones y el impacto de sus prácticas en nuestro país. Se puede decir que las mujeres tienen acceso al control de los embarazos y a la infraestructura de las instituciones de salud.

Con respecto a la situación del VIH, los equipos de salud han trabajado fuertemente para disminuir los casos que se dan por transmisión vertical. Realizar un diagnóstico oportuno en la mujer y su pareja garantiza iniciar en forma temprana los cuidados necesarios para prevenir la transmisión vertical. Siguiendo esta línea y tomando en cuenta el marco legal, en el año 2001, se sancionó la ley 25.543 (Anexo 1) que obliga al equipo de salud a ofrecer el análisis de VIH a toda mujer embarazada.

El último Boletín epidemiológico publicado por la DSyETS, refleja que más de la mitad de las mujeres notificadas con VIH son diagnosticadas en el marco de un embarazo. Esta información nos sugiere que la situación de embarazo genera una oportunidad en el sistema de salud para que las mujeres accedan al análisis.

En un estudio realizado en 2008 se observó que sólo el 38% de los efectores encuestados ofrecía el test a las parejas de las mujeres embarazadas, mientras que el 29% únicamente lo ofrecía si el resultado de la mujer embarazada era confirmado como positivo y un 26% no lo ofrecía nunca. Obtener y analizar esta información es lo que permite revisar de modo crítico los circuitos que se desarrollan, en quiénes se centran, cómo lo hacen y de qué forma se incluye a los otros, por ejemplo a las parejas de las mujeres embarazadas (Weller y otros, 2009).

Con respecto a la situación perinatal del VIH, hay un total de 4.093 personas notificadas con VIH por transmisión vertical hasta el 31 de diciembre de 2009. El período 2007- 2009 marca una disminución de la proporción de diagnósticos en el grupo de 0 a 14 años respecto de otros períodos. La transmisión por vía perinatal del 3,6% del total de las notificaciones para ese grupo, refleja que en nuestro país la transmisión del VIH por esta vía ha disminuido sistemáticamente en los últimos años.

También se sabe, a partir de información suministrada por laboratorios de referencia e instituciones que brindan atención a niños con VIH, que es importante el porcentaje de niños cuyo diagnóstico se realiza en forma tardía y las consecuencias que de ello se

1. Información suministrada por la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de La Nación.

derivan. Es fundamental acompañar el proceso completo de atención a la mujer embarazada con VIH, el niño y su pareja, desde el momento del diagnóstico de la mujer hasta la confirmación del estado serológico del bebé (Durán y otros, 2011).

En relación con la sífilis, nuestro país se ha comprometido a disminuir los casos de sífilis congénita. Son varios los proyectos y las intervenciones que se pusieron en marcha para poder lograrlo.

Durante los años 2010-2011, el equipo de Transmisión Vertical de la Dirección de Sida y ETS, con el apoyo de la Dirección de Maternidad e Infancia, de OPS y UNICEF, llevó adelante una investigación con el objetivo de obtener una línea de base de seroprevalencia para sífilis y VIH en mujeres puérperas y poder estimar la prevalencia de sífilis congénita a nivel nacional. Se halló una seroprevalencia para sífilis del 1,32% y para VIH del 0,44%. El primer análisis revela que un alto porcentaje de mujeres comenzó su embarazo con un diagnóstico negativo para sífilis y llegó al puerperio con un diagnóstico positivo. También refleja que un número importante de las mujeres con diagnóstico positivo para sífilis durante el embarazo, no recibió tratamiento.²

Sin embargo, teniendo en cuenta los datos suministrados por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS), la tasa país de sífilis congénita es de 0,92 cada 1000 niños nacidos vivos para el año 2009 y de 0,93 para el año 2010. Estas cifras cambian significativamente según cuál sea la región geográfica que se analice (MSAL, 2011).

Con respecto a la hepatitis B, se sabe que en el año 2009 el 0,19% de 35.251 mujeres embarazadas evaluadas en siete unidades centinelas en el ámbito nacional tuvo un diagnóstico positivo (González, 2010). Desde la inclusión de la vacuna para hepatitis B en el calendario oficial, se intensificó la cobertura en la población general y en los jóvenes, pero aún es necesario reforzar la detección de esta infección durante el embarazo a la mujer y su pareja.

La información en esta guía está organizada con una mirada integral de estas tres infecciones de transmisión vertical, permitiendo, a su vez, consultar cada una de ellas en forma individual. Conocer el camino que recorren la mujer embarazada, su hijo y su pareja y tratar de entender por qué es de la forma que es, revisarlo y socializarlo es un paso para garantizar la accesibilidad de las personas al sistema sanitario.

2. Información extraída de un material en proceso sobre "Seroprevalencia de sífilis e infección por virus de la inmunodeficiencia humana en pacientes puérperas de Argentina", MSAL, UNICEF, OPS, Año 2011.

3. Gestión de los equipos de salud involucrados en los circuitos de acompañamiento de la mujer embarazada, pareja e hijo

Los servicios de salud están conformados por personas que, en diferentes momentos de la historia de esos servicios, fueron realizando acuerdos en función de un contexto y, a lo largo de los años, esos acuerdos se repiten.

Una herramienta para la gestión es explicitar cuál es el circuito que hacen las mujeres embarazadas, sus parejas e hijos dentro del sistema sanitario. El relato acerca de cómo ingresa una mujer embarazada, cuáles son los caminos que recorre, con cuántas personas, ventanillas, servicios se encuentra, es de suma importancia para que en esa descripción los equipos se apropien de lo que hacen cotidianamente y así puedan reforzar acuerdos ya establecidos o reformular nuevos. Además, esa revisión posibilita la identificación del equipo ampliado, desde la persona que entrega los turnos hasta la que realiza el control del embarazo, y sus responsabilidades. Sabemos que cada institución tiene un circuito que es distinto a otras, pero algunas prácticas se repiten.

Las recomendaciones para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las infecciones de transmisión vertical son las mismas para todos los equipos sanitarios, sin embargo, adquieren distintas formas en las prácticas cotidianas y esas prácticas son las que “hablan” acerca de la accesibilidad que las personas tienen al sistema sanitario.

Tomando algunos ejemplos, sabemos que hay equipos que realizan acuerdos con los laboratorios para que las usuarias accedan al análisis de VIH sin turno previo, otros equipos indican el análisis y refieren a la usuaria a la ventanilla de turnos para acceder al laboratorio, en tanto algunos indican el análisis y le piden a las usuarias que averigüen cómo acceder al laboratorio. Como se observa todos “aplican” las recomendaciones pero cada equipo lo hace de formas distintas. Algunos centran sus prácticas en la mujer embarazada y su pareja, otros en la institución a la que pertenecen y algunos, en el servicio en el que se encuentran.

Todos los equipos de salud tienen formas de registrar sus prácticas. No siempre los objetivos y el uso de ese registro son claros ni lo acuerda el propio equipo, pues a veces se impone desde otro lugar, por ejemplo los registros asociados a la entrega de algún insumo. La apropiación, por parte de los equipos, de aquello que escriben es clave para la construcción de información que permita saber qué se hace y cómo se hace. Es parte fundamental de la revisión del circuito.

Generalmente los acuerdos sirven para resolver situaciones, agilizar otras y proponer prácticas nuevas. Son el resultado de múltiples negociaciones entre personas, sus subjetividades, servicios y sus capacidades. Lo importante es no perder de vista el eje de esos acuerdos, la mujer embarazada, su hijo y su pareja.

Los acuerdos legitiman prácticas y es así como se logra la fuerza suficiente para que se re-

pitán en el tiempo. Una vez que una práctica se instala es difícil que cambie con todo lo que eso implica, lo bueno y lo no tan bueno. Es por esto por lo que proponemos la revisión de los circuitos como un insumo para la gestión cotidiana, porque la revisión permite repensar, modificar y/o sostener lo que hacemos cotidianamente.

A continuación se presenta un gráfico con las recomendaciones para el diagnóstico de la mujer embarazada y su pareja. (véase CUADRO 1 en página siguiente)

CUADRO 1. Algoritmo de gestión

2^{da} consulta: los resultados de los análisis solicitados deben estar disponibles para que en el caso de ser necesario, se indique el tratamiento adecuado.*

Comienzo del 3er trimestre: repetir tamizaje para sífilis, VIH y hepatitis B a la mujer embarazada.* Realizar HBsAg en mujeres con factores de riesgo.**



1^{er} consulta: asesoramiento sobre ITS a la mujer y su pareja. Ofrecimiento de estudios para el tamizaje de sífilis, VIH y hepatitis B a la mujer y su pareja.*

Periparto: repetir serología para sífilis a la mujer* y vacunar al niño para hepatitis B.

* En el caso de que alguna serología fuera reactiva, consultar los algoritmos de seguimiento y tratamiento incluidos en la guía.

** Población con factores de riesgo:

- Pareja HBsAg Reactivo
- Usuario de drogas (mujer embarazada y/o parejas)
- Receptores de sangre y/o derivados por transfusiones (mujer embarazada y/o parejas)

4. Asesoramiento y diagnóstico

La instancia de asesoramiento previo y posterior a un análisis diagnóstico es un acto sanitario en sí mismo. Es fundamental para los equipos que intervienen y para las personas a las que se les ofrecen las pruebas diagnósticas. Es el momento cuando se les dice a las mujeres embarazadas y a sus parejas, el motivo por el cual se les está ofreciendo la realización de estas pruebas, por qué es importante que accedan a ellas, de qué se tratan, cuáles pueden ser los resultados y qué implican. También dónde se las tienen que hacer, cómo se retiran los resultados y aclarar todas las dudas que las personas puedan tener.

Es indispensable trabajar la importancia de que las parejas sexuales de la mujer embarazada realicen las pruebas y remarcar el uso del preservativo también durante el embarazo.

La DSyETS cuenta con un maletín preventivo que ofrece una serie de herramientas que acompañan el trabajo en este espacio de asistencia.³

El asesoramiento puede realizarse con distintos dispositivos, en forma individual, en pareja o en grupos, de acuerdo con la organización de los equipos, los recursos existentes y las características de las personas usuarias. Se lo puede realizar en la consulta gineco-obstétrica, a un grupo de mujeres con sus acompañantes en la sala de espera, etc. Lo importante es garantizar confianza, confidencialidad y rapidez en la entrega de los resultados.

La devolución de los diagnósticos confirmados no debería superar las dos semanas después de la extracción de sangre. Para garantizar ese tiempo hay que establecer acuerdos con distintos actores del circuito, principalmente, con el laboratorio.

Es importante que los resultados los devuelva la misma persona del equipo que realizó el pedido de los estudios. Para la devolución de los resultados también se requiere de un momento de conversación con la persona. Si los resultados de las pruebas son negativos, se refuerzan ciertos aspectos, como el uso de preservativos en las relaciones sexuales. Si algún resultado fuera positivo, se abre un camino nuevo para las personas diagnosticadas que el equipo de salud debe ayudar a transitar.

- **El asesoramiento puede ser durante la consulta del control prenatal o en otros espacios.**

3. Las herramientas que ofrece este material se pueden ver en <http://www.msal.gov.ar/sida>

- **No tiene que ser un dispositivo que demore el diagnóstico de la mujer embarazada y su pareja.**
- **Puede ser realizado por cualquier integrante del equipo de salud (obstetra, obstétrica, enfermero, técnico de laboratorio, trabajador social, psicólogo, promotores de salud etc.)**
- **Tiene que asegurar confianza y confidencialidad. Esto permite identificar factores de vulnerabilidad para favorecer aspectos preventivos.**
- **Tiene que destacar el objetivo por el cual es solicitado.**

4.1. DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE INFECCIÓN POR VIH

El diagnóstico de la infección por VIH se realiza por métodos basados en la detección de anticuerpos VIH-1 y VIH-2 en suero o plasma humano. En la actualidad, en nuestro país la DSyETS distribuye a las jurisdicciones reactivos basados en las siguientes técnicas para la detección inicial o el tamizaje: ELISA de 4^o generación (que incluye la detección del antígeno p24), aglutinación de partículas y tests rápidos. Los resultados reactivos o dudosos obtenidos por serología de tamizaje deben ser confirmados por un procedimiento de alta especificidad, como la técnica de Western Blot (WB) que la provee la DSyETS o el inmunoensayo en línea (LIA).

4.1.1. Tamizaje y confirmación. Algoritmos para el diagnóstico serológico de infección por VIH

A continuación se describen el algoritmo para el diagnóstico de VIH y el orden de las etapas sucesivas que deben realizarse para el proceso de diagnóstico donde se contemplan los dos niveles diagnósticos: tamizaje y confirmación.

En el primer nivel de diagnóstico (laboratorios asistenciales y del primer nivel de atención) se realiza la detección serológica inicial por tamizaje, cuyo resultado puede ser **REACTIVO** o **NO REACTIVO**.

- Si el resultado es **NO REACTIVO**, se informa como tal y se aplican las estrategias de consejería. En caso de que pueda sospecharse un posible período de ventana, se saca una segunda muestra a los veinte días aproximadamente.
- Si el resultado es **REACTIVO**, se envía la muestra al Laboratorio de Referencia para VIH, para ser estudiada en un segundo nivel de diagnóstico.

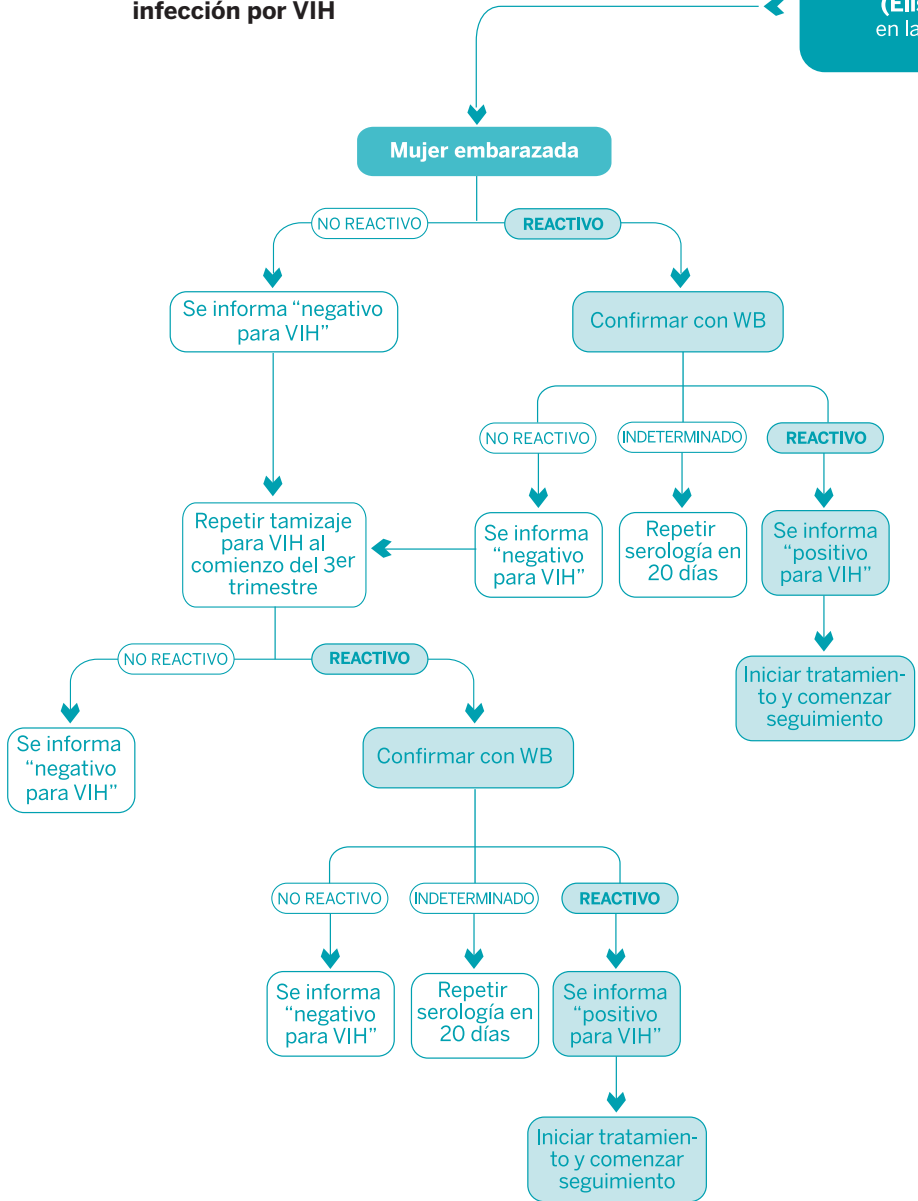
En el segundo nivel de diagnóstico, el Laboratorio de Referencia para VIH, frente a una muestra reactiva primaria recibida desde un laboratorio de primer nivel de atención, deberá

reensayar la muestra por dos técnicas de tamizaje de distinta configuración antigénica antes de pasar a la etapa de confirmación. En el caso de que la muestra sea propia, podrá realizar la confirmación sin necesidad de reensayar la muestra.

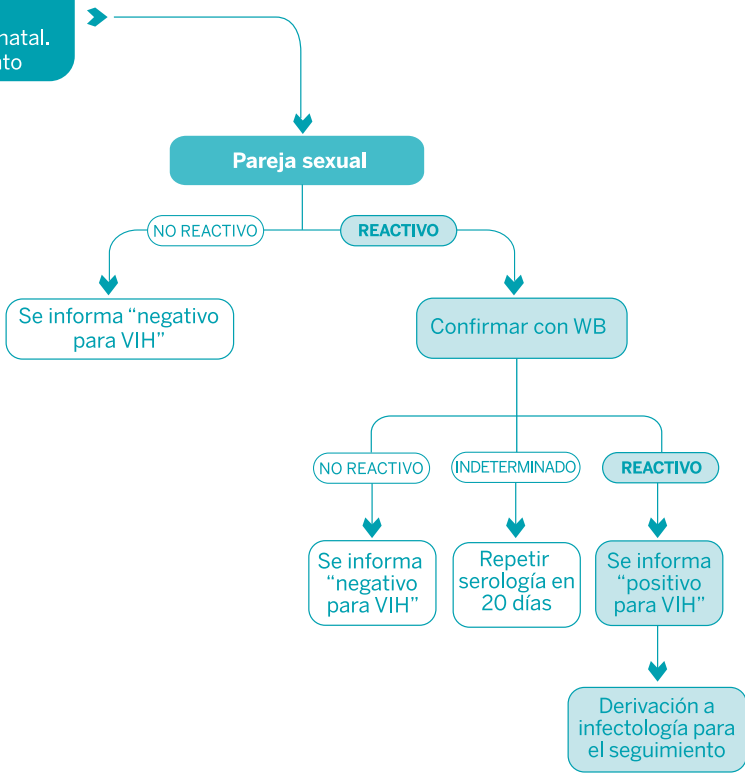
De los resultados obtenidos por las técnicas de tamizaje, se adoptarán las siguientes decisiones: **NO REACTIVO/NO REACTIVO** se informa **NEGATIVO** y **REACTIVO/REACTIVO, REACTIVO/NO REACTIVO**: la muestra se ensaya por una técnica de confirmación. De este nivel surgirán los posibles resultados, positivo, indeterminado o negativo, provenientes de la técnica confirmatoria utilizada. (véase CUADRO 2 en la siguiente página)

CUADRO 2. Algoritmo para el diagnóstico serológico de infección por VIH

TAMIZAJE
(Elisa o
en la 1^{era})

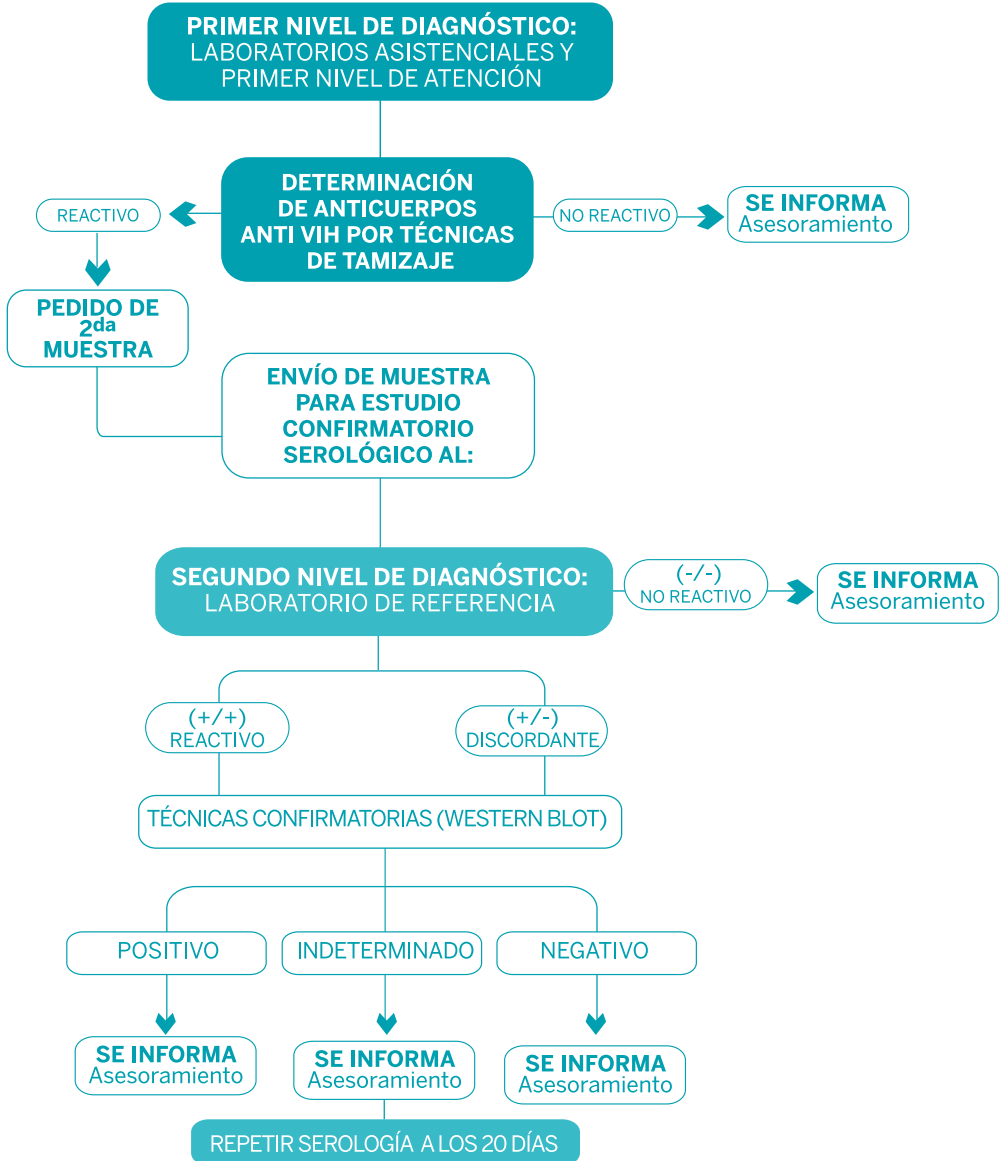


**PARA VIH
AGP)***
consulta prenatal.
Asesoramiento



* Ver "Algoritmo de laboratorio para el diagnóstico de VIH"

CUADRO 3. Algoritmo de laboratorio para el diagnóstico de VIH



¿Con qué frecuencia se pide el tamizaje?

A partir de la puesta en práctica de la Ley de Ofrecimiento para el Análisis Diagnóstico a la Embarazada en el año 2001, se fueron presentando diversos escenarios que permitieron visibilizar situaciones para mejorar la calidad de ese tamizaje. Una de ellas fue la posibilidad de la seroconversión durante el embarazo y la pérdida de oportunidad de iniciar el tratamiento con antirretrovirales durante el embarazo.

Por lo que se asume como recomendación desde la DSyETS, el ofrecimiento obligatorio en la primera consulta a la mujer embarazada y a su pareja y además repetir la serología a la mujer en el último trimestre.

- **Análisis de VIH en la primera consulta de la mujer embarazada y al comienzo del tercer trimestre.**
- **Análisis de VIH a la pareja sexual de la embarazada.**
- **Recomendación del uso de preservativo durante el embarazo.**

4.1.2. TEST RÁPIDO. ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE INFECCIÓN POR VIH

Las indicaciones por el momento para el uso de los tests rápidos son aquellas en las que se requieren decisiones terapéuticas de emergencia específicas y en servicios donde no existe la posibilidad de instalación de un laboratorio o un circuito seguro y rápido de derivación de muestras. En el caso de las mujeres embarazadas que llegan al parto sin diagnóstico de VIH en el último trimestre, se recomienda la realización del test rápido.

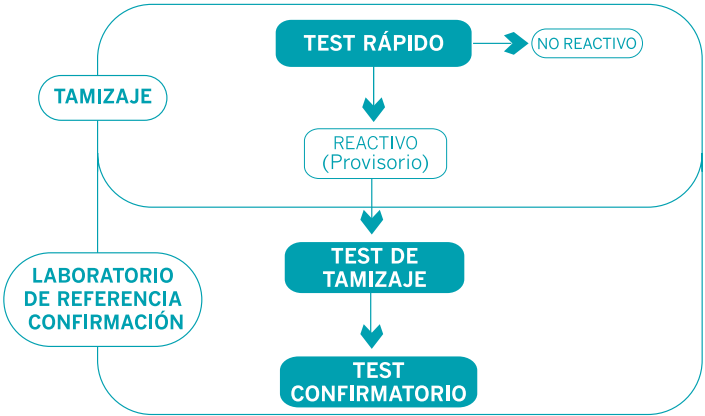
Es importante destacar que un resultado de diagnóstico rápido “reactivo” es provisorio y que el fin de ese test es tomar una decisión terapéutica. Por lo tanto en estos casos, igualmente se deberá obtener una muestra por punción venosa y ser enviada al Laboratorio de Referencia para desencadenar el proceso de su confirmación. (véase CUADRO 4 en página siguiente)

El uso del test rápido en las maternidades garantiza la posibilidad de comenzar con el AZT endovenoso (EV), dar el tratamiento al niño e inhibir la lactancia, pero esto no permite reducir la posibilidad de transmisión del VIH al recién nacido a valores semejantes a los que

se esperarían si la mujer embarazada hubiera realizado tratamiento durante el embarazo. Algunas experiencias de trabajo reportan que la tasa de transmisión perinatal en las mujeres con diagnóstico durante el embarazo es de 3,11%, en aquellas con diagnóstico durante el trabajo de parto de 22,6%, y de 35,14% durante el puerperio. Es decir, está relacionada la posibilidad de disminuir la transmisión perinatal con el diagnóstico temprano y el comienzo de la terapia antirretroviral durante el embarazo.(COORD SIDA, 2010)

El uso del test rápido no se debe separar del concepto de asesoramiento y testeo, es decir, es necesario promover un espacio de conversación que garantice la comunicación a la mujer sobre el estudio que se le va a solicitar y la posibilidad de recibir tratamiento endovenoso intraparto. Se debe dejar un espacio de conversación posible para la confirmación de ese estudio con otras técnicas diagnósticas y promover otros cuidados, tales como la inhibición de la lactancia.

CUADRO 4. Algoritmo para el diagnóstico serológico de infección por VIH para test rápido



4.1.3 INTERPRETACIÓN DEL TEST RÁPIDO

REACTIVO:

Se considera PROVISORIAMENTE POSITIVO y requiere profilaxis preventiva.

INDETERMINADO:

- Extracción de una nueva muestra para ser enviada al laboratorio de referencia.

NO REACTIVO:

- Se considera negativo.
- No requiere implementación de profilaxis preventiva.

El test rápido es para la mujer embarazada que llega al parto sin los controles de salud o sin serología en el último trimestre.

El resultado reactivo necesita ser confirmado.

Un test rápido reactivo al momento del parto permite activar las conductas terapéuticas adecuadas.

4.2. DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE INFECCIÓN POR *TREPONEMA PALLIDUM* (SÍFILIS): PRUEBAS TREPONÉMICAS (PT) Y PRUEBAS NO TREPONÉMICAS (PNT)

La sífilis es una infección de transmisión sexual producida por la bacteria *Treponema pallidum* que se transmite fundamentalmente por contacto sexual y por transmisión vertical durante el embarazo y a través del canal de parto.

Es una enfermedad de larga evolución que se caracteriza por presentar tres estadios diferentes:

- **Estadio primario:** caracterizado por una erosión o chancro en el sitio de entrada del *Treponema* y puede estar acompañado de aumento en los ganglios regionales. El chancro es indoloro, único y desaparece en pocas semanas.
- **Estadio secundario:** comienza con la aparición de lesiones cutáneo-mucosas (*rash* cutáneo, roséolas, caída del cabello, etc.) que se inician entre el tercer y sexto mes de la presencia del chancro sifilítico. Puede estar acompañado por aumento generalizado del tamaño de los ganglios y temperatura.

- **Estadio terciario:** caracterizado por manifestaciones cardiológicas, neurológicas (oftálmicas, auditivas, motoras) o presencia de gomas sífilicas.

La infección puede tener períodos de latencia (ausencia de síntomas y/o signos) entre los estadios secundario y terciario. Se diagnostica por pruebas serológicas. Estos períodos de latencia pueden ser tempranos cuando se detectan dentro del año de adquirida la sífilis o tardíos si se detectan más allá del año de la adquisición o se desconoce ese momento.

Existen dos tipos de pruebas serológicas para el diagnóstico de la sífilis: pruebas no treponémicas (VDRL,USR,RPR) y pruebas treponémicas (TP-PA, MHA-TP, FTA-abs). Estas pruebas se diferencian en los antígenos utilizados y en el tipo de anticuerpo que se determina. Las pruebas no treponémicas son muy sensibles aunque relativamente específicas, por lo tanto pueden producir falsos positivos. Las pruebas treponémicas, en cambio, utilizan el *Treponema pallidum* o sus componentes como antígeno, convirtiéndolas en pruebas altamente específicas.

Las pruebas no treponémicas son las únicas reacciones útiles en el seguimiento serológico de las personas, al mostrar la caída gradual de los valores en la curación o el incremento frente a un tratamiento inadecuado o frente a una reinfección. Estas pruebas pueden negativizarse con el tratamiento pero en algunas personas se mantienen positivas con títulos bajos toda la vida.

Pruebas no treponémicas (PNT)

Estas pruebas son la VDRL (Venereal Disease Research Laboratory),USR (VDRL modificada para suero no calentado) y RPR (con agregado de partículas de carbón y lectura macroscópica). Cabe aclarar, que la VDRL es la única prueba validada hasta el presente para ser utilizada en líquido cefalorraquídeo. En la Argentina, el antígeno más utilizado es el de la USR, aunque es comúnmente llamado VDRL.

Se trata de pruebas económicas, fáciles de realizar y que se pueden cuantificar. Los resultados se describen como reactivos o no reactivos. Los resultados reactivos deben ser cuantificados (diluciones) para evaluar la respuesta al tratamiento y/o eventualmente determinar una reinfección.

Toda PNT debe ser confirmada por una PT independientemente del título.

Características de las PNT

- Pruebas de tamizaje.
- Gran sensibilidad y baja especificidad.
- Presentan falsos positivos biológicos.
- Son útiles en el seguimiento de la respuesta al tratamiento.
- Pueden negativizar los títulos con el tratamiento completo en los primeros estadios de la enfermedad.

Pruebas treponémicas (PT)

Estas pruebas confirmatorias son la TP-PA (aglutinación de partículas para *Treponema pallidum*), MHA-TP o HA-TP (microhemaglutinación o hemaglutinación), FTA-abs (inmunofluorescencia), y EIA o ELISA (Enzimoimmunoensayo). En la Argentina, las más utilizadas son la MHA-TP y la TP-PA.

Las pruebas treponémicas son utilizadas para confirmar la reactividad en las pruebas no treponémicas. Como permanecen reactivas de por vida no son adecuadas para el seguimiento serológico de la patología.

Características de las PT

- Se emplean como técnicas confirmatorias.
- Cualitativos (reactivo/no reactivo).
- No son útiles para el seguimiento de la respuesta al tratamiento.
- No se negativizan después del tratamiento.

CUADRO 5. Interpretación serológica

PNT	PT	Diagnóstico
Reactiva	Reactiva	Sífilis actual o pasada
Reactiva	No reactiva	Inespecífico (otras patologías)
No reactiva	Reactiva	Sífilis tratada, sífilis primaria muy reciente, sífilis tardía o reacción de prozona en sífilis secundaria
No reactiva	No reactiva	Ausencia de infección o de período de incubación de sífilis

4.2.1. TAMIZAJE Y CONFIRMACIÓN. ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE INFECCIÓN POR *TREPONEMA PALLIDUM*

El primer nivel diagnóstico (laboratorios asistenciales y del primer nivel de atención) realiza la detección serológica inicial por tamizaje (PNT), cuyo resultado puede ser **NO REACTIVO** O **REACTIVO**. El resultado **REACTIVO** debe ser cuantificado.

- Si el resultado es **NO REACTIVO**, se informa como tal y se aplican las estrategias de asesoramiento con la entrega del resultado. En caso de que pueda sospecharse un posible período de incubación, se toma una segunda muestra a los quince días aproximadamente.
- Si el resultado es **REACTIVO**, se informa cuantificado y confirmado por una PT. Si el laboratorio no cuenta con pruebas confirmatorias y éstas deben ser realizadas en una segunda etapa, se indica comenzar con el tratamiento que se continuará con una PT reactiva.

Algoritmo para el diagnóstico serológico de infección por *Treponema pallidum* (véase CUADRO 6)

¿Con qué frecuencia pido el tamizaje?

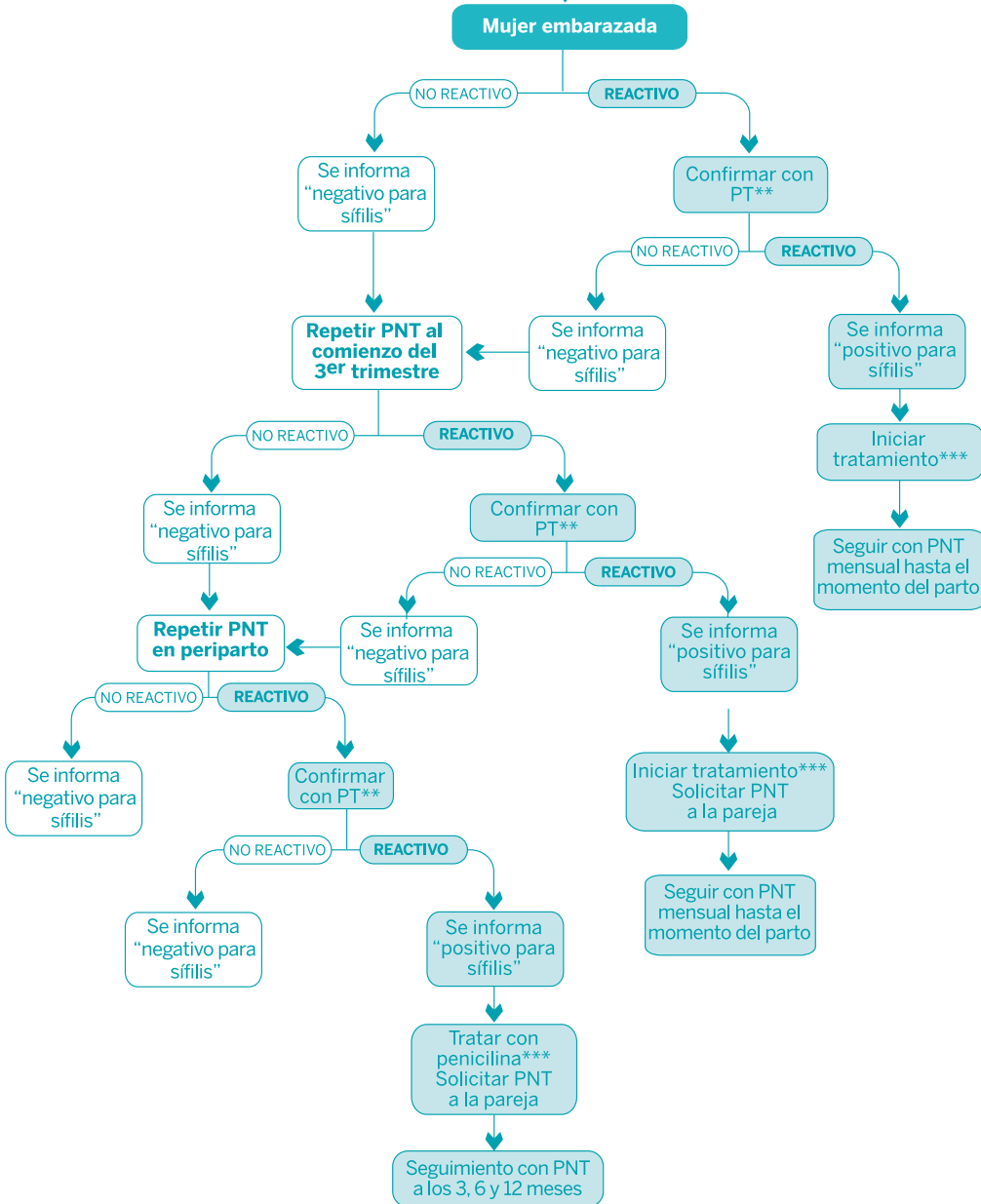
Se recomienda como pautas en el seguimiento de la mujer y su pareja:

- Solicitar la PNT a la mujer embarazada y a su pareja, en la primera consulta.
- Repetir la PNT a la mujer embarazada en el último trimestre.
- Volver a solicitar la prueba en el periparto.

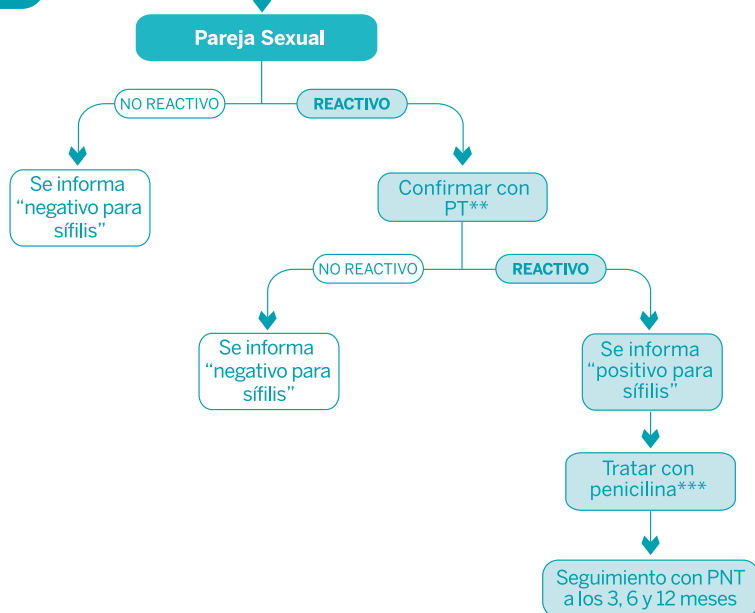
No hay que olvidar que la sífilis es una ITS, por lo que se recomienda el uso de preservativo durante el embarazo.

CUADRO 6. Algoritmo para el diagnóstico serológico de infección por *Treponema pallidum*

PNT* en consulta Consejería



la 1era prenatal.



Ante un diagnóstico positivo de VIH, sífilis y/o hepatitis B, no olvidar realizar el tamizaje para otras ITS.

* VDRL, USR, RPR

** TP-PA, MHA-TP, HA-TP, FTA-abs, EIA, ELISA

***En el caso de no poder realizar la confirmación (PT) con la misma muestra tomada para el tamizaje (PNT), se indica comenzar el tratamiento y continuarlo luego de obtener el resultado de la prueba confirmatoria.

4.3. DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE INFECCIÓN POR VIRUS DE HEPATITIS B

La Argentina es un país de baja prevalencia, se estima que alrededor del 2% de la población estuvo en contacto con el virus de la hepatitis B .

Desde hace más de veinte años se cuenta con una inmunoprofilaxis efectiva la cual resulta una herramienta muy importante para el control de la hepatitis B.

El período de incubación de la hepatitis B es de hasta 6 meses. La forma aguda de la enfermedad suele resolverse sin dejar secuelas hepáticas entre las 4 y 8 semanas. La infección pasa a la cronicidad en el 90% de los neonatos expuestos, en el 30% de los niños menores a 5 años y en menos del 5% en personas mayores de 5 años. (CDC, 2005)

La hepatitis B no altera el curso del embarazo y no es causa de malformación fetal. La transmisión se produce en el 95% de los casos en el momento del parto y el 5% restante, intraútero. El riesgo de infección del recién nacido depende de la infectividad del suero materno. (véase capítulo 8)

4.3.1. Interpretación de los resultados serológicos para el diagnóstico de la hepatitis B

CUADRO 7. Interpretación de los resultados serológicos para hepatitis B

Interpretación de los resultados serológicos para hepatitis B		
Marcador	Resultado	Interpretación
HBsAg anti-core HB anti-HBs	No reactivo No reactivo No reactivo	La persona no tiene ni tuvo hepatitis B
HBsAg anti-HBc anti-HBs	No reactivo Reactivo Reactivo	Tiene inmunidad por infección natural a la hepatitis B
HBsAg anti-core HB anti-HBs	No reactivo No reactivo Reactivo	Tiene inmunidad por vacunación contra la hepatitis B

HBsAg anti-core HB anti-core HB IgM anti-HBs	Reactivo Reactivo Reactivo No reactivo	Infección aguda
HBsAg anti-core HB anti-core HB IgM anti-HBs	Reactivo Reactivo No reactivo No reactivo	Infección crónica
HBsAg anti-core HB anti-HBs	No reactivo Reactivo No reactivo	Posibles interpretaciones para este resultado: 1. Infección resuelta (lo más frecuente) 2. Falso positivo al anti-HBc (no tiene ni tuvo hepatitis B) 3. Infección crónica oculta 4. Infección aguda en resolución

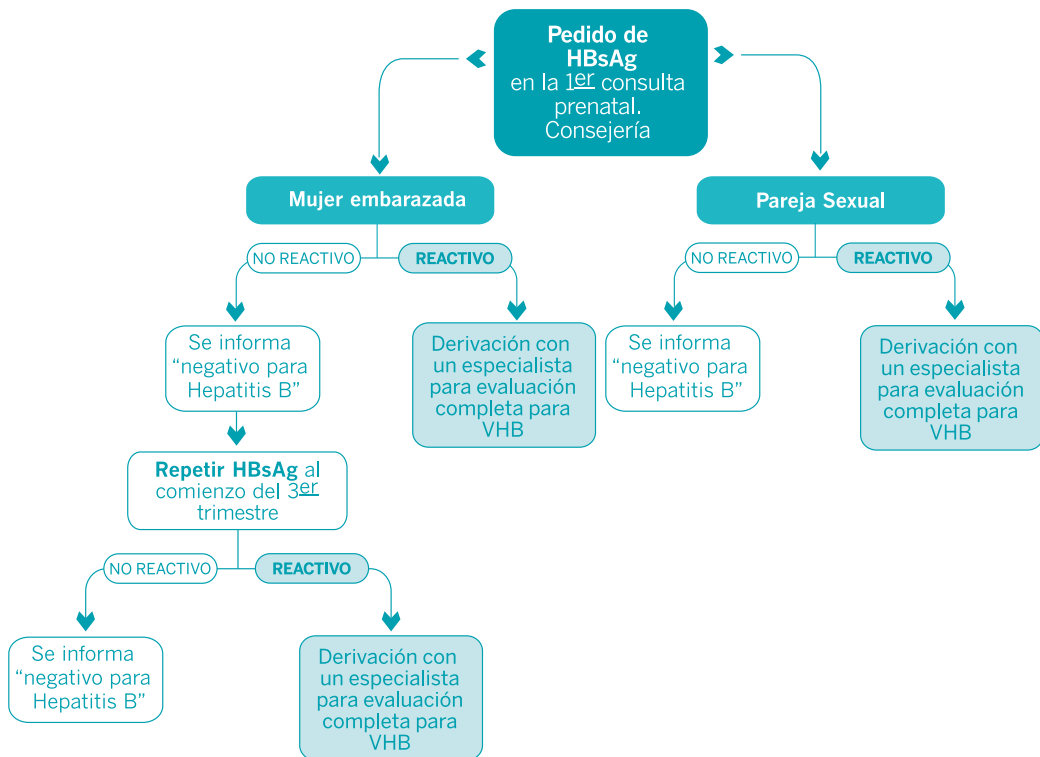
Antígeno de superficie para hepatitis B (HBsAg): se lo utiliza para diagnosticar infección aguda o crónica. La persistencia por más de seis meses indica infección crónica y su desaparición, curación. Cuando este antígeno (Ag) es reactivo, el VHB se puede transmitir de una persona a la otra.

Anticuerpo de superficie para hepatitis B (anti-HBs): su presencia indica inmunidad para hepatitis B ya sea por exposición natural y curación o por vacunación.

Anticuerpo Core para hepatitis B (anti-core HB): Indica infección actual o pasada por el virus de la hepatitis B y persiste reactivo de por vida independientemente de la evolución.

Anticuerpo de superficie Core IgM para hepatitis B (anti-core HB IgM): indica infección reciente por virus de la hepatitis B. Es detectable durante los primeros seis meses posteriores al contacto inicial con el virus.

CUADRO 8. Algoritmo de diagnóstico para hepatitis B (VHB)



Se recomienda en la primer consulta evaluar a la mujer embarazada y su pareja con HBsAg.

Repetir el estudio en la embarazada en el tercer trimestre en el caso de que resultase no reactivo en el primer trimestre.

Medidas de prevención de hepatitis B

Recordar a toda mujer embarazada y a su pareja que la hepatitis B es una infección de transmisión sexual, sanguínea y perinatal (vía transplacentaria y periparto). En el caso de que alguno de los integrantes de la pareja tuviera hepatitis B, recomendar el uso del preservativo, no compartir máquinas de afeitar, cepillos de dientes ni otros elementos corto punzantes.

5. Puntos a tener en cuenta en la prevención de la transmisión vertical del VIH, sífilis y hepatitis B

- Promover el control prenatal en la mujer embarazada y su pareja.
- Garantizar el ofrecimiento para el diagnóstico de las ITS a la pareja de la mujer embarazada.
- Pedir las pruebas para sífilis, VIH y hepatitis B en la primera consulta a la mujer embarazada y a su pareja.
- Repetir el tamizaje serológico a la mujer embarazada en el último trimestre del embarazo si hubiera factores de riesgo para VHB.
- Volver a solicitar el tamizaje para sífilis en el periparto.
- Los resultados serológicos confirmados no deberían tardar más de dos semanas desde la extracción de sangre.
- Recomendar el uso de preservativo durante el embarazo.

6. ¿Qué se recomienda realizar cuando la mujer embarazada tiene VIH?

La detección precoz del VIH en la mujer embarazada y/o su pareja y el adecuado y oportuno tratamiento son estrategias fundamentales para la prevención de la transmisión vertical.

Cuando una mujer tiene diagnóstico de VIH o se la diagnostica durante el control prenatal es oportuno:

- Tener en cuenta si existe una historia de tratamiento antirretroviral (TARV) previo
- Tener presente la edad gestacional del embarazo.
- Evaluar la necesidad de tratamientos adicionales o de quimioprofilaxis.
- Descartar otras infecciones de transmisión sexual.
- Conocer la serología de la pareja.
- Saber cuál es el estado clínico de la mujer embarazada a través del recuento de CD4 y carga viral (CV).

6.1. ESTUDIOS DE LABORATORIO DURANTE EL CONTROL PRENATAL SUGERIDOS

Estudio	Frecuencia	Observación
Grupo y factor	Primera consulta	
Coombs indirecta	Mensual	Si la embarazada es factor negativo.
Hemograma	Trimestral	Varía de acuerdo con el esquema de ARV (antirretrovirales).
Glucemia basal	Primera consulta. Repetir entre las 24 y 28 semanas	
Prueba de tolerancia oral a la glucosa	Entre semana 24 y 28	
Prueba de función renal (creatinina/urea)	Primera consulta. Repetir entre las 24 y 28 semanas	
Hepatograma	Primera consulta. Repetir cada 15 a 60 días	Varía de acuerdo al esquema ARV (antirretrovirales).
Urocultivo	Primera consulta, Repetir entre las 24 y 28 semanas	
VDRL	Primera consulta. Repetir tercer trimestre y periparto	
Ig M Ig G Toxoplasmosis	Primera consulta. Repetir entre las 24 y 28 semanas en el caso de que haya sido negativo	Si es necesario, solicitar test de aivez de Ig G

HBs Ag	Primera consulta y tercer trimestre (ver pág. 12)	
Anti- HCV	Primera consulta	
CV	Primera consulta. Repetir entre las 24 y 28 semanas y después de las 34 semanas, para definir la vía de parto.	
CD4	Primera consulta. Repetir entre las 24 y 28 semanas y cuando los valores no sean los esperados.	
PPD	Primera consulta	
PAP	Primera consulta	
Pesquisa de <i>Chlamydia trachomatis</i> y <i>Neisseria gonorrhoeae</i> en endocérvix	Primera consulta	La toma endocervical debe realizarse antes de la semana 20. Si no fuera posible, realizar la búsqueda en el primer chorro de orina.
<i>Streptococcus agalactae</i>	Toma de secreción vaginal y anal entre las semanas 35 a 37	

6.2. ¿CÓMO Y CUÁNDO COMENZAR LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL?

Cuando la mujer embarazada tiene VIH y debe realizar tratamiento, éste tiene dos objetivos fundamentales:

- 1) El control de su enfermedad y
- 2) La reducción del riesgo de transmisión perinatal

Sabemos que el mayor porcentaje de transmisión ocurre cerca del momento del parto o durante el mismo y que los niveles de CV plasmática se correlacionan con dicho riesgo. La recomendación que va a recibir la mujer con VIH es el uso de tratamiento antirretroviral combinado a diferencia de años anteriores donde se les daba monoterapia como tratamiento. A lo largo de esta última década se ha demostrado que a pesar de que la terapéutica con Zidovudina (AZT) es eficaz en la prevención de la transmisión perinatal, la monoterapia con esta droga es subóptima. Actualmente la terapia antirretroviral combinada constituye el estándar de tratamiento.

Uno de los aspectos fundamentales en el manejo de la profilaxis de la transmisión perinatal es la administración de estrategias diferentes en relación a los posibles escenarios en las mujeres. Por lo que consideramos tener presente cada situación en particular frente a una mujer embarazada con VIH.

6.3. ESCENARIOS POSIBLES EN MUJERES CON VIH Y NEONATOS EXPUESTOS AL VIH

Escenario de la mujer	Profilaxis con TARV (ver Anexo IV)
<p>1. Mujer con infección por VIH con posibilidad de quedar embarazada y que tiene indicación de TARV:</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Iniciar tratamiento con ARV de acuerdo a las recomendaciones generales. b. Evitar EFV si no pueden utilizarse adecuadamente métodos anticonceptivos. c. Priorizar ARV con mejor pasaje transplacentario.
<p>2. Mujer con infección por VIH que recibe TARV y queda embarazada:</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Continuar TARV que venía recibiendo si es efectivo. (AII) Excepto combinación ddl/d4T b. Recomendar test de resistencia si la paciente tiene viremia detectable con TARV actual. (AI) c. Indicar el componente intraparto de zidovudina EV y continuar el TARV postparto. (AI) d. Si la carga viral plasmática cercana al parto es mayor a 1.000 copias/ml, se indicará cesárea como modo de parto. (AI) e. Se recomienda la realización de un control precoz de la carga viral (4 a 8 semanas) para evaluar respuesta virológica adecuada.
<p>3. Embarazada con infección por VIH, sin TARV previo, con indicación de TARV:</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Las embarazadas que cumplan criterios de iniciación de TARV, deben recibir esquemas combinados priorizando las drogas de elección para utilizar durante el embarazo.(AI) b. Si requieren inicio inmediato de TARV por su estado de salud, debe indicarse tan pronto como sea posible, aún en el primer trimestre, (en este caso no se recomienda el uso de efavirenz). (AIII) c. La indicación de zidovudina está recomendada siempre que sea posible. (AI) d. La indicación de nevirapina debe evitarse en las embarazadas con >250 CD4/mm3. (AIII) e. Si se indican INNTI recomendar la realización de TDR antes del inicio de TARV.

	<ul style="list-style-type: none"> f. En aquellas embarazadas que inician TARV después de la segunda mitad del embarazo, considerar la indicación de IP/r por presentar menor posibilidad de resistencia g. Si luego de iniciado el TARV, la supresión viral es subóptima se indicará la realización de test de resistencia. h) Indicar el componente intraparto de zidovudina EV y continuar el TARV postparto. i. Si la carga viral plasmática cercana al parto es mayor a 1.000 copias/ml, se indicará cesárea como modo de parto.
<p>4. Embarazada VIH+ naive y que no requiere tratamiento:</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Se indicará TARV combinada para la prevención de la transmisión perinatal de acuerdo a la evaluación clínica e inmunológica. Restringir el uso de nevirapina en las embarazadas con >250 CD4/mm³. b. En aquellas embarazadas que se tratarán con INNTI, considerar el TDR antes del TARV. c. En aquellas embarazadas que inician TARV después de la segunda mitad del embarazo, considerar la indicación de IP/r por presentar menor posibilidad de resistencia. d. Indicar el componente intraparto de zidovudina EV. e. Evaluar la discontinuación de tratamiento en forma individual. Si se decide discontinuar y el régimen contenía INN-TI, suspenderlo en primer lugar. A los 7 días, discontinuar los INTI, para prevenir el desarrollo de resistencia. f. Si luego de iniciado el TARV, la supresión viral es subóptima se indicará la realización de test de resistencia. g. Si la carga viral plasmática es mayor a 1.000 copias/ml, cercana al parto, se indicará cesárea como modo de parto, a las 38 semanas de gestación.
<p>5. Embarazada VIH+ que ha recibido TARV pero que en el momento actual no recibe drogas antirretrovirales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Obtener historia previa de tratamientos antirretrovirales y evaluar la necesidad de TARV actual para su salud. b. La recomendación de realizar TDR dependerá del tiempo de suspensión del TARV previo. El test de resistencia debería considerarse si la paciente suspendió el TARV dentro de las 4 semanas previas.(CIII). c. En aquellas embarazadas que inician TARV después de la segunda mitad del embarazo, considerar la indicación de IP/r por presentar menor posibilidad de resistencia. d. Indicar el componente intraparto de zidovudina EV. e. Postparto evaluar la interrupción de TARV. Si el régimen contenía INNTI discontinuarlo en primer lugar y a los 7 días después los INTI, para prevenir el desarrollo de resistencia.

- f. Se recomienda la realización de un control precoz de la carga viral (4 a 8 semanas) para evaluar respuesta virológica adecuada (descenso de > 1 log).
- g. Si luego de iniciado el TARV, la supresión viral es subóptima se indicará la realización de test de resistencia.
- h. Si la carga viral plasmática es mayor a 1.000 copias/ml, cercana al parto, se indicará cesárea como modo de parto, a las 38 semanas de gestación.

6. Embarazada VIH+ en trabajo de parto que no ha recibido tratamiento previo.

- Se incluyen los siguientes regímenes disponibles:
- a. Embarazada: Infusión de AZT EV durante el trabajo de parto hasta la ligadura del cordón.
Recién nacido: indicar AZT jarabe a 4 mg/kg/dosis cada 12 horas entre las 6 y 12 hs de vida por seis semanas y nevirapina al nacimiento, a las 48 horas y a las 96 horas de la segunda dosis. (AI)
 - b. Embarazada: Infusión de AZT IV más 3TC 300 mg/día, más una dosis única de 200 mg de NVP desde el comienzo del trabajo de parto. Continuar con AZT + 3TC una semana postparto.
- Aclaración: las embarazadas diagnosticadas por test rápidos en el momento del parto, deben iniciar el mismo tratamiento que en con el resultado VIH reactivo hasta confirmar o descartar el diagnóstico.

6.4. INDICACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE AZT INTRAPARTO

Cuando una mujer con VIH comienza con su trabajo de parto, el uso de AZT endovenoso es de suma importancia dado que permite disminuir la posibilidad de transmisión vertical del virus; a este momento terapéutico se lo denomina segundo componente de la profilaxis con antirretrovirales. Tenemos que considerar dos posibilidades:

- a) Cuando una mujer con VIH ingresa en trabajo de parto o con bolsa rota:
 - Comenzar con el goteo de AZT EV lo antes posible. En la primera hora a 2mg/kg (dosis de carga), para luego continuar a 1 mg/kg hasta el nacimiento.
- b) Cuando una mujer con VIH ingresa para cesárea programada con bolsa íntegra y sin trabajo de parto:
 - Indicar AZT EV antes del comienzo de la operación cesárea
 - Luego del clampeo del cordón, se interrumpe la infusión

6.5. VÍA DE PARTO

El seguimiento óptimo durante el embarazo en la mujer con VIH, incluye el tratamiento antirretroviral con el objetivo de suprimir la carga viral plasmática materna a niveles no detectables al momento del parto. Esto permitiría que se le proponga a la mujer el parto vaginal o la cesárea como modalidad de parto.

La cesárea electiva se realizará antes de que comience el trabajo de parto y de la ruptura de las membranas, dado que fuera de este lapso el valor de la misma en la prevención de la transmisión desaparece. Se desconoce el valor agregado de la cesárea en mujeres bajo terapia ARV con CV indetectable al final del embarazo.

- **Parto vaginal** se ofrece a las mujeres cuando:
 - ▲ toman TARV y
 - ▲ tienen una CV plasmática con menos 1000 copias/ml, lo más cercano al momento del parto a partir de la semana 34 de gestación.

Si el progreso del parto es normal, la ruptura artificial de membranas se realizará sólo cuando el parto sea inminente.

- **La cesárea electiva**, se ofrece a las mujeres en la 38 semanas de edad gestacional, cuando:
 - ▲ la CV plasmática es mayor de 1000 copias/ml (en el último trimestre), o desconocida.
 - ▲ la mujer estuvo bajo monoterapia con AZT como una alternativa a la terapia antirretroviral.
 - ▲ se trata de una mujer co-infectada con virus de la hepatitis C.
 - ▲ en mujeres con CV plasmática menor de 1000 copias/ml, con indicación de cesárea electiva por otra causa obstétrica o solicitud materna. En estas circunstancias la misma debe retrasarse hasta las 39 semanas de gestación para reducir el riesgo de taquipnea transitoria del recién nacido.

6.5.1. Escenarios clínicos de modos de parto

Para un verdadero impacto en la disminución de la transmisión vertical es preciso tener en cuenta múltiples factores que nos permitan resolver con alta eficacia cada situación en particular; a continuación se detallan los escenarios posibles que nos indican la intervención necesaria para cada una de estas situaciones.

<p>1. Mujer con VIH después de las 36 semanas de gestación, que no ha recibido TARV y con determinaciones de CD4 y CV pendientes</p>	<p>a. Aconsejar TARV combinado. b. Aconsejar cesárea programada a las 38 semanas de gestación. c. Indicar AZT desde el inicio de la cesárea y AZT (jarabe) al recién nacido durante 6 semanas.</p>
<p>2. Mujer con VIH que inició TARV de alta eficacia antes del tercer trimestre, con respuesta virológica inicial, pero que tiene CV mayor de 1.000 copias a las 36 semanas de gestación</p>	<p>a. Continuar TARV de alta eficacia y evaluar posteriormente. b. Aconsejar cesárea a las 38 semanas de gestación. Indicar AZT desde el inicio del parto y al recién nacido durante 6 semanas.</p> <p>Hay datos que demuestran que la incidencia de la transmisión, cuando la CV materna está entre 1.000 y 10.000 copias, es de 1-12%, y con más de 10.000 copias es del 9-29%, por lo tanto, la recomendación de cesárea sería adecuada para las embarazadas que presentan más de 1.000 copias.</p>
<p>3. Mujer con VIH en tratamiento con TARV de alta eficacia, CV no detectable a las 36 semanas de gestación</p>	<p>a. Asesoramiento sobre la probabilidad de transmisión del 2% o menor, aun con parto vaginal. b. Indicar AZT desde el inicio del parto y al recién nacido durante 6 semanas.</p>
<p>4. Mujer con VIH, que ha elegido cesárea programada como modo de parto, pero que presenta trabajo de parto reciente o escaso tiempo de rotura de membranas</p>	<p>a. Si presenta dilatación cervical mínima, aconsejar cesárea y AZT intravenoso. b. En el caso de presentar dilatación cervical mayor, se hará inducción y parto vaginal más AZT intravenoso.</p>

6.6. IMPACTO DE LA RESISTENCIA ANTIRRETROVIRAL EN LA TRANSMISIÓN VERTICAL

La exposición perinatal a ARVs no es un factor de riesgo significativo para la presencia de resistencia en los recién nacidos.

Con respecto a la respuesta materna de TARV subsecuente al embarazo, hay pocos

datos que evalúen este punto, de todos modos, se recomienda la suspensión postparto en forma adecuada para prevenir el desarrollo de resistencia futura a ARVs.

6.7. ¿QUÉ SE TIENE QUE TENER EN CUENTA PARA EL MANEJO DE LA RESISTENCIA A LOS ARVS DURANTE EL EMBARAZO?

Para las mujeres que tienen resistencia conocida a AZT y en su régimen durante el embarazo no lo recibieron, deberán recibir AZT EV durante el trabajo de parto y sus recién nacidos por 6 semanas.

El régimen óptimo para aquellos recién nacidos de madres con resistencia a ARVs debe ser consultado con un especialista, preferentemente antes del parto.

Por lo tanto, para la prevención del desarrollo de resistencia al TARV se recomienda:

- Indicación de TARV que suprima al máximo la replicación viral durante el embarazo.
- Aconsejar a la mujer sobre la importancia de la adherencia completa al TARV.
- Si el esquema utilizado en la embarazada incluye NVP (Nevirapina), evitar la discontinuación simultánea de todos los ARVs en el postparto.

¿Cuándo está indicada una prueba de resistencia en la embarazada?

La exposición a ARV perinatal no se ha hallado como un factor de riesgo significativo para la resistencia en este período, salvo en casos de profilaxis con regímenes subóptimos.

Al igual que el resto de las personas que reciben TARV, el test de resistencia está recomendado en todas las mujeres con fallo virológico o con supresión de la CV inadecuada.

Además es posible considerar el test de resistencia en mujeres que han recibido profilaxis ARV en embarazos previos y no reciben en el actual.

Para la óptima prevención de la TV se iniciará empíricamente el TARV antes del resultado del test de resistencia, sobre todo, si se hizo en el tercer trimestre, con ajuste posterior, si fuera necesario.

En mujeres con exposición previa a ARVs, se recomienda la realización de un control temprano de la CV (4 - 8 semanas) para evaluar respuesta virológica adecuada.

6.8. SITUACIONES PARTICULARES EN MUJERES CON CO-INFECCIÓN CON VIRUS DE LAS HEPATITIS B Y C

Virus de la hepatitis B (VHB)

Aquellas embarazadas que requieran tratamiento para VIH y hepatitis B crónica se recomienda incluir TDF y FTC o 3TC al esquema de tratamiento antirretroviral. Se sugiere continuar un régimen de combinación completa para el VIH y VHB posterior al parto.

En el caso de la embarazada co-infectada con VIH y VHB que recibió tratamiento antirretroviral durante el embarazo sólo con el objetivo de la profilaxis perinatal e interrumpe el tratamiento después del parto, es necesario el seguimiento clínico y de laboratorio de la misma por la posibilidad de una recrudescencia de la infección por VHB. Por este motivo algunos expertos sugieren no indicar TDF y FTC o 3TC durante el embarazo, cuando se van a suspender posteriormente.

Tener en cuenta la necesidad de realizar una evaluación de toxicidad hepática a través de un hepatograma a las dos semanas del inicio del esquema ARV y luego mensualmente.

Virus de la hepatitis C (VHC)

El riesgo de transmisión perinatal de VIH y VHC es mayor en las mujeres con coinfección, por lo que, es importante indicar el TARV de alta eficacia. Es necesario tener en cuenta la necesidad de realizar una evaluación de toxicidad hepática a través de un hepatograma a las 2 semanas del inicio del esquema ARV y luego mensualmente.

6.9. LACTANCIA

La lactancia materna está contraindicada en las mujeres con VIH ya que es una vía de transmisión perinatal del virus. Por ello, debe asegurarse la provisión de leche de inicio a todo recién nacido de madre con VIH al igual que la cobertura con inhibidores de la lactancia.

Inhibición de la lactancia: uso de cabergolina

La cabergolina es un derivado de la ergolina con una alta afinidad y selectividad para el receptor D2. Tiene una vida media de aproximadamente 65 horas, lo que permite su administración una o dos veces por semana. Tiene una alta efectividad y comparándola

con la bromocriptina resulta mejor tolerada y con resultados superiores en cuanto a la normalización de los niveles de prolactina.

La cabergolina se administra por vía oral y se recomienda tomarla con alimentos.

La dosis recomendada es de 1 mg (2 comprimidos de 0,5 mg) administrada como dosis única, durante el primer día post-parto.

6.10. RECOMENDACIONES PARA EL NIÑO EXPUESTO

6.10.1. Profilaxis del recién nacido

- Todo niño expuesto al VIH intraútero se le indicará zidovudina jarabe a 4 mg/k/dosis cada 12 horas entre las 6 y 12 horas de vida, por seis semanas.
- En el caso de que la mujer con VIH haya ingresado en trabajo de parto y no haya recibido tratamiento previo puede ocurrir que:
 - a) la embarazada reciba una infusión de AZT EV durante el trabajo de parto hasta la ligadura del cordón. Al recién nacido se le indicará AZT jarabe a 4 mg/k/dosis cada 12 horas entre las 6 y 12 horas de vida por seis semanas y nevirapina al nacimiento, a las 48 horas y a las 96 horas de la segunda dosis. (AI)
 - b) la embarazada reciba una infusión de AZT IV más 3TC 300 mg/día, más una dosis única de 200 mg de NVP desde el comienzo del trabajo de parto. Y se le indicará al recién nacido AZT jarabe a 4 mg/k/dosis cada 12 horas entre las 6 y 12 horas de vida por seis semanas, más 3TC 2 mg/kg/dosis cada 12 horas durante 7 días, más una dosis NVP 2 mg/kg entre las 48 y 72 horas, si la madre recibió la dosis de NVP con más de 1 hora hasta el parto, o administrar una dosis inicial de NVP de 2 mg/kg tan pronto como sea posible. (CIII).
- En el caso de los neonatos de madres VIH+ que no han recibido tratamiento durante el embarazo y/o el parto:
 - a) Indicar AZT jarabe a 4 mg/k/dosis cada 12 horas entre las 6 y 12 horas de vida por seis semanas y nevirapina al nacimiento, a las 48 horas y a las 96 horas de la segunda dosis. (AI)
 - b) Administrar AZT oral 4 mg/kg cada 12 horas durante 6 semanas, más 3TC 2 mg/kg/dosis cada 12 horas durante 7 días, más una dosis única de NVP 2 mg/kg tan pronto como sea posible.

Si no se dispone de los ARV recomendados para los esquemas combinados de profilaxis para el neonato, no debe retrasarse el inicio inmediato de la profilaxis con AZT.

Situaciones especiales:

- Neonatos de término en los que se contraindica la vía oral, utilizar AZT endovenosa 1,5 mg/kg/dosis cada 6 horas hasta que pueda continuar con la opción oral.
- En prematuros ≥ 30 semanas de gestación: AZT endovenosa 1,5 mg/kg/dosis cada 12 horas o AZT oral 2 mg/kg/dosis cada 12 horas y cumplidas las 2 semanas de vida se administra cada 8 horas.
- En prematuros < 30 semanas de gestación: AZT endovenosa 1,5 mg/kg/dosis cada 12 h o AZT oral 2 mg/kg/dosis cada 12 horas; cumplidas las 4 semanas de vida se administra cada 8 horas.

LAMIVUDINA

Recién nacido: 2 mg/kg/c/12 horas, durante una semana.(10 mg/ml)

NEVIRAPINA (NVP)

Recién nacido: Entre 1.500 y 2000g, 8 mg y > 2000 g, 12 mg a las 48-72 horas del nacimiento. Si la madre no recibió en el parto se administrará una dosis inicial al nacimiento y una segunda dosis a las 48 hs de vida y la 3^a a las 96 hs de la segunda (0-2-6 días de vida) concentración del jarabe: 10 mg/ml.

Dosis de Nevirapina en recién nacido: Entre 1,5- 2Kg de peso: 8 mg/dosis VO.

Mayor de 2 Kg de peso: 12 mg/dosis VO.

6.10.2. Diagnóstico del niño expuesto

Métodos diagnósticos de laboratorio en los niños expuestos al VIH

El diagnóstico de infección en los niños de madres VIH positivas debe realizarse lo más precozmente posible ya que la identificación temprana de su situación serológica colabora en la inmediata aplicación del tratamiento apropiado. Y las estrategias de inmunización dependen de ello. El diagnóstico debe realizarse exclusivamente por métodos virológicos, ya que por transferencia transplacentaria los anticuerpos maternos del tipo IgG pueden estar presentes en el niño hasta los 18 meses de vida. De esta manera, el diagnóstico de infección en niños menores de 18 meses deberá incluir la utilización de ensayos virológicos mien-

tras que en niños de 18 meses o mayores una prueba de anticuerpos positiva confirmada con Western Blot indica infección por VIH.

Actualmente los métodos virológicos moleculares de detección de ácidos nucleicos son:

1. Detección de DNA proviral por PCR

Tiene una sensibilidad menor al 40% en las primeras 48 horas de vida, se incrementa a más del 90% entre las 2 a 4 semanas de edad, llegando al 99% posterior a los 28 días. (Dunn, 1995)

Los estudios sobre estimación de la transmisión, que han empleado como ensayo virológico la detección de DNA proviral por PCR, han aportado evidencia de que aproximadamente un tercio de los niños infectados puede ser identificado dentro de las 48 horas de nacidos. Presumiendo que estos niños han contraído la infección tempranamente en útero. Para los restantes identificados con posterioridad, se considera que la transmisión de la infección fue tardía presumiblemente en el parto.

2. Detección de RNA extracelular por métodos cualitativo (QL) o cuantitativo (CV)

- a. **RNA plasmático cualitativo (QL):** es un marcador altamente sensible para el diagnóstico temprano. Presenta una sensibilidad del 85,7% en el grupo de niños menores de 15 días de edad y una sensibilidad del 100% en mayores de 15 días, encontrándose una especificidad general del ensayo del 100%. Con una sensibilidad general del 98,6% y una especificidad del 100% en todos los grupos etarios, reflejando esto un alto valor predictivo positivo. (Cañizal y otros, 2007)
- b. **RNA plasmático cuantificación (CV):** presenta una sensibilidad que varía entre 29 y 100 % de acuerdo a la edad del niño y de especificidad entre 93 y 100%. Ante la presencia de falsos positivos, algunos autores han sugerido la utilización de valores de corte de RNA plasmático entre 5.000 y 10.000 copias/ml, a partir del cual un resultado podría ser interpretado como positivo. (Read and Comité on pediatric, 2007) (National Pediatric and, 1999)

Las pruebas de diagnóstico virológicas en el recién nacido expuesto perinatalmente deben realizarse entre los 14 y 21 días de edad, entre 1-2 meses y entre 4 a 6 meses de edad. Para los recién nacidos con alto riesgo de infección por el VIH, como son los bebés nacidos de madres infectadas que no recibieron terapia antirretroviral prenatal, o aquellas con cargas virales superiores a 1.000 copias/ml cercanas al momento del parto, se recomienda la realización de ensayos virológicos entre las 24 y 72 horas del

nacimiento (debido a la alta sensibilidad del ensayo de RNA plasmático, si el niño fue infectado en útero).

Un niño se considera infectado cuando tiene dos pruebas virológicas positivas en dos muestras de sangre distintas, independientemente de la edad del mismo.

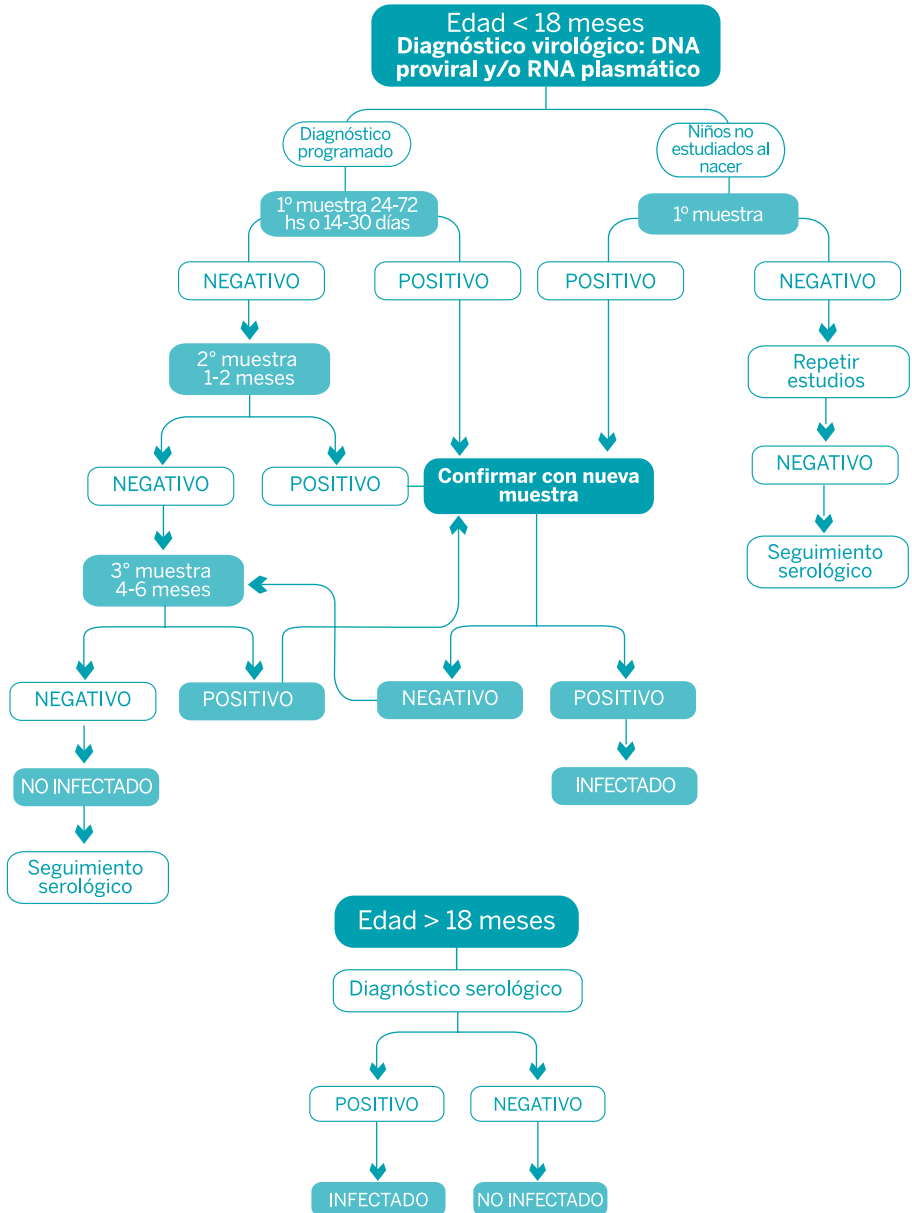
La infección por el VIH podría ser presuntivamente excluida en los niños no amamantados con dos o más pruebas virológicas negativas, considerando una de ellas a los 14 días de edad y otra con más de 1 mes de vida; o bien resultados virológicos negativos obtenidos en niños mayores a los 2 meses de edad.

La exclusión definitiva de infección podría considerarse en niños no amamantados con dos ensayos virológicos negativos (uno al mes de vida y otro con más de 4 meses) y en niños mayores a 6 meses (con dos pruebas serológicas negativas en muestras distintas). En todos los casos deberá considerarse la ausencia de evidencias clínicas de infección.

Para la confirmación definitiva de ausencia de infección se requiere de una prueba serológica de anticuerpos entre los 12 y 18 meses de vida, que documente la seroreversión.

La detección precoz de la sífilis en la mujer embarazada y/o de su pareja y el adecuado y oportuno

CUADRO 9. Algoritmo para el diagnóstico serológico de infección por VIH del niño expuesto



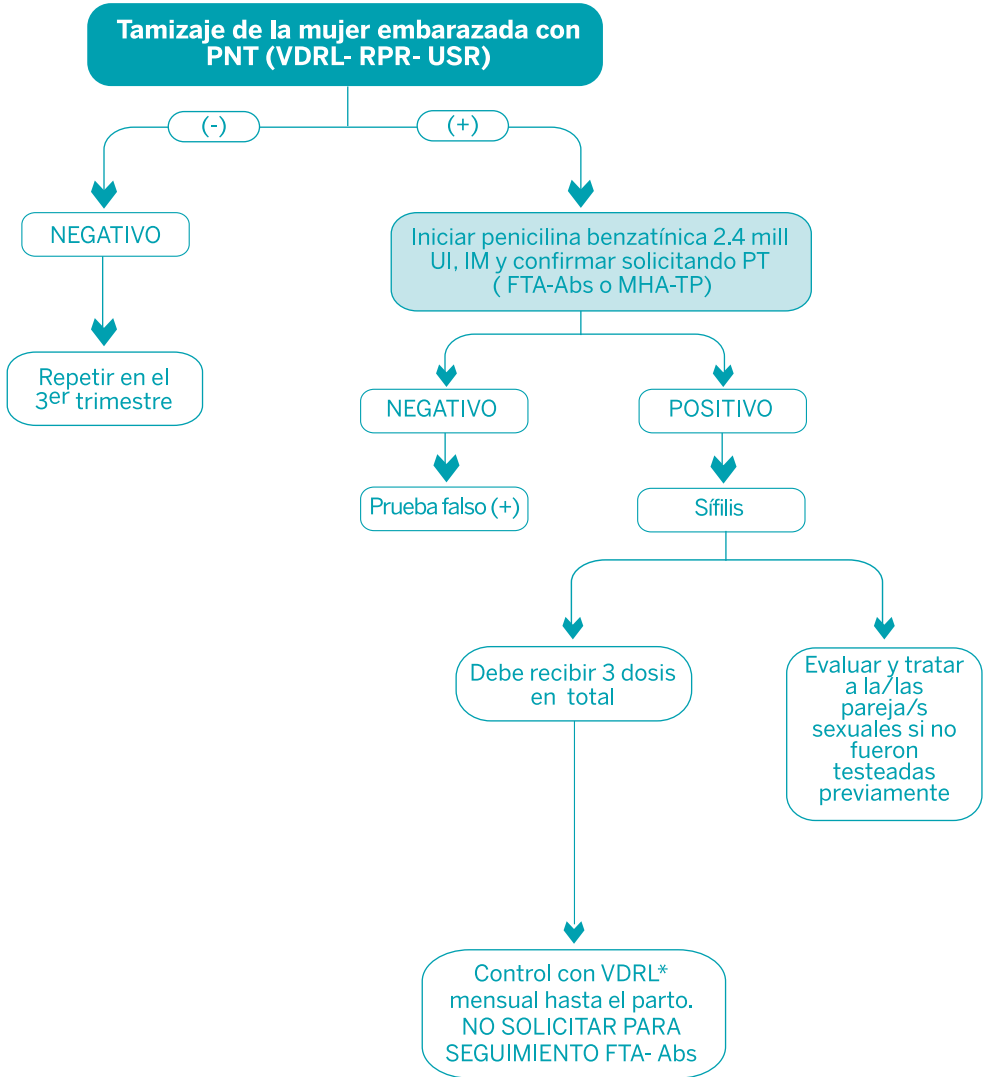
7. ¿Qué se recomienda realizar cuando la mujer embarazada tiene sífilis? (MSAL, 2008)

tuno tratamiento son estrategias fundamentales para la prevención de la sífilis congénita.

Por lo que recomendamos tener en cuenta:

- Confirmar toda VDRL (+), aunque los títulos sean bajos, con una prueba treponémica (FTA- Abs, TP-PA, etcétera).
- Realizar el tratamiento con tres dosis de penicilina benzatínica de 2.4 millones I.M (una por semana).
- Indicar la primera dosis mientras se espera el resultado de la prueba confirmatoria en el caso de que sea diferida dicha confirmación. Si el resultado final no estuviera disponible a la semana se recomienda continuar con la segunda dosis y de no estar disponible el resultado confirmatorio, realizar el tratamiento completo con la tercera dosis.
- En el caso de diagnosticarse sífilis en el último mes del embarazo, se podrá indicar tratamiento ambulatorio si la paciente cuenta con una ecografía fetal normal. En el caso de encontrar hallazgos ecográficos de infección fetal, se aconseja la internación de la mujer y realizar tratamiento endovenoso con Penicilina G sódica durante 10 días.
- Considerar alérgicas a la penicilina sólo a aquellas mujeres que hayan tenido un fenómeno alérgico mayor (edema de glotis o broncoespasmo severo). En ellas se intentará la desensibilización (ver especificaciones).
- Confirmar que la pareja haya recibido tratamiento. Es importante que quede consignado en la historia clínica del seguimiento prenatal.
- Los títulos de VDRL pueden tardar en descender y recién evidenciarse en el control de los 6 meses posteriores al tratamiento. En las mujeres con VIH pueden tardar hasta 12 meses.
- El control mensual de VDRL en la embarazada se hará para pesquisa precoz de una reinfección.
- Es necesario recordar que si se interrumpe el tratamiento por más de una semana, cuando no se cumple con una dosis semanal, se debe recomenzar el tratamiento y aplicar una vez por semana el número total de dosis correspondientes.

7.1. CUADRO 10. Algoritmo: Tratamiento de la mujer embarazada con VDRL (+)
 (MSAL, 2008) (Vázquez y otros, 2010)



* El seguimiento se realiza con VDRL cuantitativa.

7.2. TRATAMIENTO PARA LAS MUJERES ALÉRGICAS A LA PENICILINA

Antes de considerar a una embarazada alérgica a la penicilina es importante que se realice un entrevista sobre sus antecedentes en cuanto a la exposición previa a la penicilina.

El antecedente de *rash*, edema de párpados o labios, u otras manifestaciones menores no contraindicarían su uso. Si la mujer nos refiere haber tomado en algún momento amoxicilina o haberse realizado una prueba intradérmica con penicilina, como supuesta prueba de alergia, sin presentar manifestaciones de alergias mayores (edema de glotis), se le confirmará que no es verdaderamente alérgica a la penicilina.

Las tetraciclinas y la eritromicina no son recomendables en las mujeres embarazadas alérgicas. Las primeras están contraindicadas durante el embarazo y la segunda presenta fracasos terapéuticos debido al pobre pasaje transplacentario.

Por el momento, el único tratamiento considerado adecuado para el feto es la penicilina. En las mujeres verdaderamente alérgicas se recomienda la internación y la desensibilización a la penicilina con el siguiente esquema:

CUADRO 11. Desensibilización por vía oral de embarazadas alérgicas a la penicilina

Penicilina V Suspensión dosis	Cantidad* Unidades/ml	ml	Unidades	Dosis acumulativa
1	1.000	0,1	100	100
2	1.000	0,2	200	300
3	1.000	0,4	400	700
4	1.000	0,8	800	1.500
5	1.000	1,6	1.600	3.100
6	1.000	3,2	3.200	6.300
7	1.000	6,4	6.400	12.700
8	10.000	1,2	12.000	24.700
9	10.000	2,4	24.000	48.700
10	10.000	4,8	48.000	96.700
11	80.000	1,0	80.000	176.700
12	80.000	2,0	160.000	336.700
13	80.000	4,0	320.000	656.700
14	80.000	8,0	640.000	1.296.700

* Cantidad a diluir en 30 ml de agua para administración oral.

- Los intervalos de las dosis orales deben administrarse cada 15 minutos.
- Tiempo total del procedimiento: 3 horas y 45 minutos.
- Debe realizarse bajo supervisión médica y teniendo corticoides y adrenalina a disposición por si apareciera algún efecto secundario, aunque esto no es habitual que se presente.
- Se recomienda un intervalo de 30 minutos con observación entre el fin de las dosis orales y la administración parenteral.
- Este esquema deberá repetirse antes de cada dosis inyectable semanal. Algunos autores recomiendan mantener dosis diarias bajas (500.000 UI por VO) de penicilina hasta completar las 3 semanas.

Este método es seguro, simple y fácil de implementar. Siempre debe realizarse bajo supervisión médica y en el ámbito hospitalario, puede ser en consultorio o en una guardia externa.

Para tener en cuenta:

La reacción de Jarish-Herxheimer puede ocurrir en las personas tratadas en estadios tempranos de la infección. Puede ser vista entre las 2 y 24 horas de administrado el antibiótico. Se caracteriza por la presencia de fiebre, escalofríos, mialgias, cefaleas y ocasionalmente hipotensión. En las mujeres embarazadas, además, puede desencadenar contracciones uterinas, *distress fetal* y también ha sido reportado la muerte intrauterina. De ser posible, se recomienda una evaluación ecográfica fetal, antes del inicio del tratamiento antibiótico. Con signos ecográficos de infección fetal, se recomienda la internación y el monitoreo fetal durante las primeras 24 horas de tratamiento donde la reacción de Jarisch-Herxheimer es más probable que ocurra. El uso de corticoides previo a la dosis de penicilina, puede disminuir la respuesta inflamatoria pero este dato, no ha sido evaluado en forma prospectiva. (Vázquez y otros, 2010)

7.3. ¿CUÁNDO SE CONSIDERA UNA MUJER EMBARAZADA ADECUADAMENTE TRATADA Y SEGUIDA?

- Se realizó el tratamiento con penicilina.
- Recibió 3 dosis separadas por 1 semana cada una.
- Se le administró la última dosis un mes antes del momento del parto.
- Tiene control de VDRL mensual y luego, durante el seguimiento, posee títulos estables o en descenso (se considera normal los títulos de VDRL que permanecen estables durante los primeros 3 meses de tratamiento y luego comienzan a descender).

7.4. ¿A QUÉ SE CONSIDERA CASO DE SÍFILIS CONGÉNITA? (MSAL, 2008)

Se considera sífilis congénita cuando:

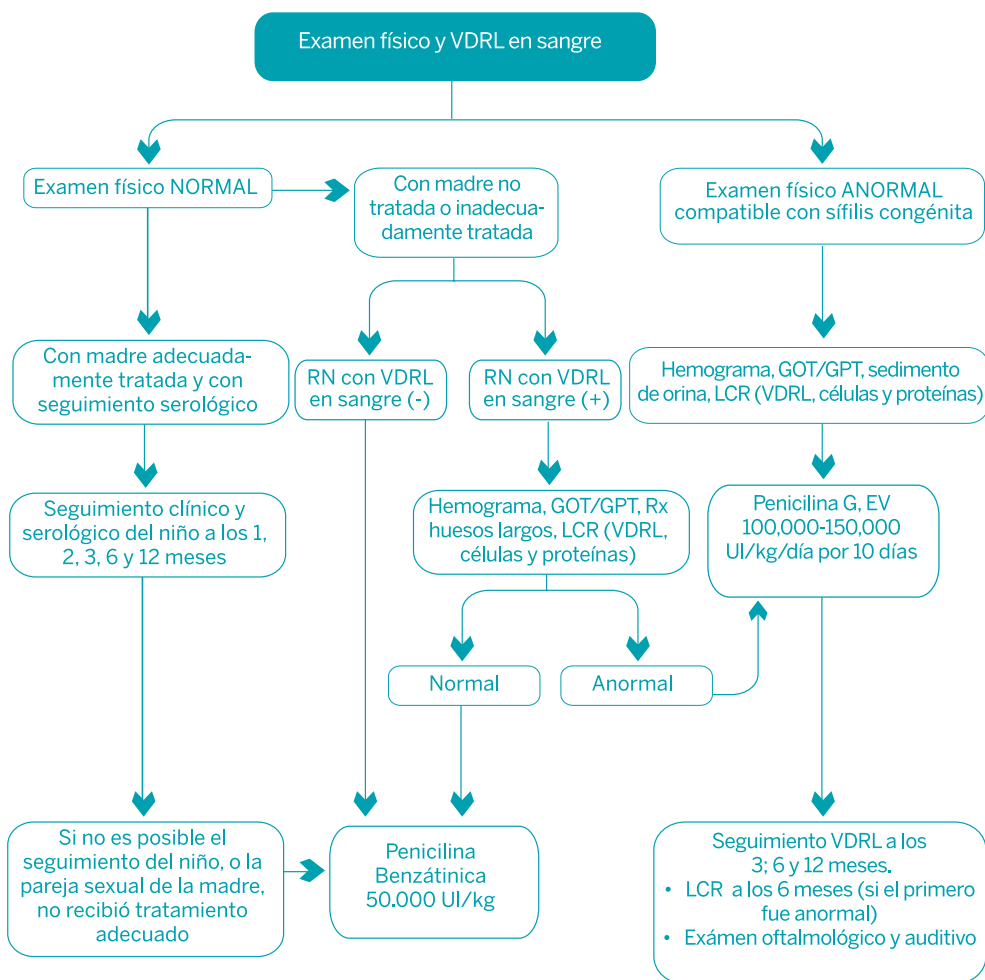
- La madre del recién nacido o mortinato tuvo sífilis no tratada o fue inadecuadamente tratada, independientemente de la presencia de signos, síntomas o resultados de laboratorio.
- El niño tiene prueba no treponémica (USR, VDRL o RPR) positiva y evidencia clínica de sífilis congénita; o alteraciones en Rx de huesos largos; o LCR y prueba no treponémica positiva; o bien, aumento de las proteínas sin otra causa que lo justifique.
- Se ha obtenido del niño de material positivo de cordón umbilical, lesiones, necropsia, en campo oscuro, TIF u otra prueba específica.

7.5. RECOMENDACIONES PARA EL NIÑO EXPUESTO

- a. En el caso de un niño con examen físico normal y cuya madre ha sido adecuadamente tratada, se indica seguimiento clínico y serológico a los 1-2-3-6-y 12 meses.
- b. Si no es posible el seguimiento del niño o la pareja de la madre no fue tratada, se indica tratamiento al recién nacido con una dosis de Penicilina Benzatínica 50.000 UI/kg, única dosis IM.
- c. Cuando la madre no recibió el tratamiento en forma adecuada o no se realizó el seguimiento serológico y el recién nacido tiene una VDRL en sangre no reactiva indicar tratamiento al recién nacido con una dosis de Penicilina Benzatínica 50.000 UI/kg, única dosis IM. Seguimiento del niño con VDRL a los 3, 6 y 12 meses. Realizar examen auditivo y oftalmológico.
- d. Cuando la madre no recibió el tratamiento en forma adecuada o no se realizó el seguimiento serológico y el recién nacido tiene una VDRL en sangre reactiva, se solicitan estudios de laboratorio en el recién nacido: hemograma, GOT/GPT, Rx de huesos largos y estudio de LCR por punción lumbar (PL). Si estos parámetros son normales, se le indica tratamiento al recién nacido con una dosis de Penicilina Benzatínica 50.000 UI/kg, única dosis IM. Seguimiento del niño con VDRL a los 3,6 y 12 meses. Realizar examen auditivo y oftalmológico.
- e. Cuando la madre no recibió el tratamiento en forma adecuada o no se realizó el seguimiento serológico y el recién nacido tiene una VDRL en sangre reactiva, se solicita

estudios de laboratorio en el recién nacido: hemograma, GOT/GPT, Rx de huesos largos y estudio de LCR; si éstos parámetros son anormales, se indica tratamiento al recién nacido con Penicilina G EV 100,000 a 150,000 UI/kg/dosis durante 10 días. Seguimiento del niño con VDRL a los 3, 6 y 12 meses. Realizar examen auditivo y oftalmológico. Estudiar de LCR por punción lumbar (PL) a los 6 meses de vida.

CUADRO 12. Algoritmo: Seguimiento de recién nacidos hijos de madres con VDRL (+)



Aspectos a tener en cuenta en el recién nacido

- Si el recién nacido debe ser tratado con penicilina EV y recibía ampicilina endovenosa como parte del tratamiento de la sepsis precoz, no se descontarán de los diez días de tratamiento con penicilina endovenosa.
- En el caso de que la pareja sexual de la mujer no haya recibido tratamiento, el niño recién nacido deberá recibir tratamiento antibiótico, dado que no se puede descartar una reinfección materna cercana al parto.
- Si no es posible realizar punción lumbar, debe tratarse con 10 días de penicilina EV.
- Los recién nacidos tratados deben ser seguidos con VDRL trimestral hasta el año.
- Los recién nacidos no tratados deben ser controlados con VDRL mensual, durante los primeros tres meses de vida.
- Los títulos de VDRL deberán descender hacia el sexto mes y negativizarse al año de vida.
- En los casos de neurosífilis, algunos autores plantean la repunción a los seis meses de vida para corroborar la negativización de la VDRL. No se han documentado casos de neurosífilis en recién nacidos con VDRL negativa en sangre.
- Todos los pacientes tratados deberán tener una evaluación oftalmológica y auditiva y un minucioso seguimiento del desarrollo madurativo durante los primeros dos meses de vida.
- Indicación de retratamiento de los niños en seguimiento:
 - a. Títulos de VDRL/RPR estables o en aumento a los 6 meses.
 - b. VDRL/RPR positiva a los 12 meses.
 - c. VDRL positiva en LCR a los 6 meses (en niños con VDRL (+) en LCR en la evaluación inicial).

8. ¿Qué se recomienda realizar cuando la mujer embarazada tiene hepatitis B?

8.1. RECOMENDACIONES PARA LA MUJER CON DIAGNÓSTICO DE HEPATITIS B

La detección precoz de la infección por VHB de la mujer embarazada y/o de su pareja y el adecuado y oportuno tratamiento son estrategias fundamentales para la prevención de la transmisión perinatal.

- Si un recién nacido hijo de una mujer con HBsAg y HBeAg reactivos, no recibe la inmunoprofilaxis adecuada contra la hepatitis B, tiene entre 70% y 90% de probabilidad de contraer una infección crónica a los 6 meses de edad.
- En el caso de que la mujer tenga reactivo el HBsAg pero no reactivo el HBeAg y en ausencia de inmunoprofilaxis post exposición, la probabilidad de que el niño contraiga la infección crónica a los 6 meses de edad es menor al 10%.

Los escenarios posibles ante los resultados de tamizaje para hepatitis B son los siguientes:

- a. Si el HBsAg fuera reactivo en la mujer y no reactivo en la pareja:
 - Comenzar con la evaluación inicial de hepatitis B en la mujer: derivar a un médico especialista quien ante la confirmación de hepatitis B crónica en la embarazada, evaluará la necesidad de indicar tratamiento antiviral en el tercer trimestre del embarazo con el objetivo de prevenir la transmisión vertical*.
 - Indicar la inmunoprofilaxis para la pareja: debe recibir en forma inmediata una dosis de IgHB* (0,06ml/kg) en el caso de que se documente hepatitis B aguda en la mujer y en forma simultánea comenzar el esquema de vacunación.
 - Programar la inmunoprofilaxis para el recién nacido.
- b. Si el HBsAg fuera no reactivo en la mujer y reactivo en la pareja:
 - Derivar a la pareja para su seguimiento clínico.
 - Indicar la inmunoprofilaxis a la mujer embarazada: debe recibir en forma inmediata una dosis de IgHB** (0,06ml/kg) y en forma simultánea comenzar el esquema de vacunación.

* Para más información: <http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/info-equipos-salud/recomendaciones-hepatitis-B-cronica.pdf>

** La aplicación de la IgHB puede prevenir la infección en el 75 % de los casos de contactos sexuales de personas con infección por VHB. El período de aplicación no debe exceder los 14 días del último contacto sexual para considerar útil la IgHB.

- Repetir el HBsAg en la embarazada en el tercer trimestre. Si fuese reactivo derivar a un médico especialista que evaluará la necesidad de indicar tratamiento antiviral en el tercer trimestre del embarazo con el objetivo de prevenir la transmisión vertical*. Programar la inmunoprofilaxis para el recién nacido.
- c. Si el HBsAg fuera reactivo en ambos:
- Iniciar la evaluación inicial para hepatitis B en la mujer embarazada* y su pareja.
 - Programar la inmunoprofilaxis para el recién nacido. (Ver capítulo 8.2)

Vía de parto

No está indicado cesárea en madres portadoras de VHB crónica, a menos que la condición obstétrica así lo requiera.

8.2. INMUNOPROFILAXIS EN CASO DE EXPOSICIÓN

Los niños que nacen de madres HBsAg-positivas deben recibir una dosis única de Ig HB (0,5 ml por vía intramuscular) lo antes posible, conjuntamente con la vacuna contra VHB, en las primeras 12 horas del nacimiento, pero en localización distinta. Deberá luego continuar con el esquema habitual de vacunación, completando 3 o 4 dosis totales, según reciba vacuna contra la hepatitis B monovalente o combinada con otras vacunas respectivamente.

La eficacia de la inmunoprofilaxis es del 90% si se respetan los tiempos óptimos de aplicación de la misma.

En caso de que el niño no haya recibido la vacuna o la Ig HB al momento del nacimiento, la vacuna será administrada en la primera oportunidad dentro los controles médicos subsiguientes durante del mes de vida, la Ig HB podrá ser aplicada hasta los 7 días posteriores al nacimiento.

8.3. RECOMENDACIONES PARA EL NIÑO EXPUESTO A HEPATITIS B

- Tienen que ser bañados para limpiar secreciones maternas potencialmente infectivas.
- En niños que recibieron la inmunoprofilaxis, la lactancia no está contraindicada.
- Si al momento del nacimiento se desconoce la serología materna, se recomienda aplicar la vacuna contra VHB, como a cualquier niño, y solicitar HBs Ag a la madre.

* Para más información: <http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/info-equipos-salud/recomendaciones-hepatitis-B-cronica.pdf>

Si el HBs Ag resultase reactivo, administrar IG HB al recién nacido, antes de la semana de vida.

- Si el recién nacido tiene un peso < 2 kg e inicia el plan de vacunación, es necesario indicar una dosis extra al esquema clásico de vacunación de 3 dosis.
- Lo ideal es no diferir la 1ra dosis de vacuna. Si por condiciones clínicas del niño, se plantea diferir la 1ra dosis de vacuna, es necesario conocer la serología de la madre. Si ésta fuera positiva para hepatitis B se le dará la vacuna dentro de las 12 hs de vida.
- Evaluar al niño con serologías después de dos meses de haber finalizado el esquema completo de vacunación para confirmar su inmunización. Solicitar HBs Ag y anti-HBs Ag cuantitativo:
 - a. Si el resultado de laboratorio mostrara títulos de anti-HBs Ag cuantitativo menores de 10 mUI/ml y HBs Ag no reactivo, debe aplicarse una segunda serie de 3 dosis de vacuna y repetir la determinación de anti-HBs Ag 1 mes luego de finalizar la misma.
 - b. Si el resultado de laboratorio mostrara títulos de anti-HBs Ag cuantitativo mayores o iguales a 10 mUI/ml y HBs Ag no reactivo, se considera exitosa la inmunoprofilaxis.
 - c. Si el resultado de laboratorio mostrara títulos de anti-HBs Ag cuantitativo menores de 10 mUI/ml y HBs Ag reactivo, se considera fracaso de la inmunoprofilaxis y se aconseja seguimiento del niño con infección crónica de VHB.
- El cumplimiento del esquema de vacunación completo requiere un seguimiento estrecho del niño, permitiendo detectar a los niños "no respondedores", aplicar una segunda serie de vacunas, y el tratamiento adecuado en las infecciones crónicas.

9. Recursos garantizados

9.1. ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO/LABORATORIO

La Dirección de Sida y ETS cubre los siguientes análisis de las personas con VIH que se atienden en el sistema público y no tienen cobertura social.

Medición de Carga Viral, Recuento de CD4 y Test de resistencia

- **Medición de la Carga Viral:** estudio de laboratorio para el seguimiento de las personas infectadas. Este estudio permite evaluar la cantidad de virus de VIH circulante en la sangre. Se recomienda su realización al menos 2 o 3 veces al año de modo de determinar el momento oportuno para comenzar el tratamiento antirretroviral y, en las personas que ya están bajo tratamiento, evaluar su efectividad.
- **Recuento de CD4:** estudio de laboratorio para el seguimiento de las personas infectadas. Este estudio permite evaluar sus defensas y se recomienda realizarlo al menos 2 o 3 veces al año, ya sea que la persona se encuentre bajo tratamiento antirretroviral o no.
- **Estudio de Test de resistencia:** este estudio permite evaluar la resistencia del virus a los antirretrovirales a fin de adecuar los esquemas de tratamiento y elegir las drogas más efectivas. Se recomienda su realización a quienes hayan registrado al menos un fallo en su tratamiento. Es importante que la persona esté tomando la medicación antirretroviral en el momento de la extracción de la muestra de sangre.

9.2. MEDICACIÓN ANTIRRETROVIRAL

Personas con VIH sin cobertura social: la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación asegura la provisión de la medicación para todas las personas del país que, sin cobertura social, así lo requieran.

Cuando se requiera tratamiento antirretroviral, su inicio será decidido en conjunto entre el médico y la persona según criterios clínicos y de laboratorio específicos. El médico realizará una receta con la prescripción para que la persona retire la medicación de la farmacia del hospital y le indicará cómo debe tomar los medicamentos. Por otro lado, informará del comienzo del tratamiento y del esquema indicado, a través del Servicio de Infectología del Hospital al Programa Provincial o Región Sanitaria en el caso de la provincia de Buenos Aires. A su vez, el Programa Provincial o Región Sanitaria realizará

el pedido mensual de medicación a la Dirección de Sida y ETS dando de alta a la persona bajo tratamiento.

Desde la Dirección de Sida y ETS se envía mensualmente toda la medicación solicitada para los pacientes de cada provincia o región, que es distribuida luego entre los hospitales. Todos los meses la persona concurrirá a su médico para realizar los controles clínicos y recibir una nueva receta y así retirar la medicación en la farmacia del hospital.

El procedimiento para un cambio de esquema terapéutico es similar al descripto.

Personas con VIH con cobertura en obra social: según la Ley Nacional N° 24.455 la obra social deberán hacerse cargo en un 100% de los tratamientos.

Personas con VIH con cobertura en medicina prepaga: según la Ley Nacional N° 24.754, la empresa de medicina prepaga deberá hacerse cargo en un 100% de los tratamientos.

9.3. PEDIDO DE LECHE PARA LOS NIÑOS EXPUESTOS AL VIH. CIRCUITOS PARA LA ENTREGA

La leche de inicio es un recurso necesario para acompañar el tercer momento del tratamiento en la prevención de la transmisión vertical. Con este sentido debe ser indicada como única alimentación del niño hasta el sexto mes de vida. La DSyETS garantiza la entrega de 4 kg para cada niño por mes, durante el período de seis meses antes mencionado, es decir, se realizará una única entrega de 24 latas de 1 kg en total por cada niño expuesto.

Para recibir este insumo, es necesario enviar una planilla de la madre donde consten diversos datos que se detallan a continuación. La manera de entrega de esta planilla es por adelantado o al momento del nacimiento. En el caso de que fuera realizado el pedido con posterioridad a la fecha de parto, se entregará la cantidad necesaria según corresponda a los meses restantes para completar los seis meses de vida.

Planilla de leche:

Nombre de la Jurisdicción	
Nombre de la institución donde es asistida la mujer	
Médico tratante	
Código de identificación de la mujer	
Número de DNI de la mujer	
Momento de diagnóstico (embarazo anterior-fuera de la condición de embarazo-en este embarazo-en periparto-puerperio)	
Fecha probable de parto o fecha de nacimiento del niño	

10. Datos de contacto de la DSyETS

DIRECCIÓN NACIONAL DE SIDA Y ETS

0800-3333-444 Línea Pregunte Sida. Es gratis, es confidencial y es anónima

Director: Dr. Carlos Falistocco

9 de julio 1925 piso 9º (Ala Moreno)

(011) 4379-9017

Fax: (011) 4379-9210

prog-nacional-sida@msal.gov.ar

ÁREA ASISTENCIA

(011) 4384-0324/5 (int. 133)

Farmacia

agfsida@msal.gov.ar

(011) 4384-0324/5 (int. 127)

FAX: (011) 4379-9210

Medicación general

(011) 4384-0324/5 (int. 136/127)

Medicación de uso nominal

(011) 4384-0324/5 (int. 130)

Transmisión Vertical

transmisionvertical@msal.gov.ar

(011) 4379-9000 (int. 4841)

LABORATORIO

agsida@msal.gov.ar

(011) 4379-9137

Carga Viral, Test de Resistencia y hepatitis C

(011) 4379-9137

Reactivos

(011) 4379-9137

ÁREA PREVENCIÓN

prevencion-vih@msal.gov.ar

(011) 4379-9112

(011) 4384-0324/5 (int. 110)

(011) 4379-9000 (int. 4841)

Logística

(011) 4384-0324/5 (int. 117/128)

ÁREA ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN

estudioeinvestigaciones-vih@msal.gov.ar

(011) 4384-0324/5 (int. 112)

ÁREA COMUNICACIÓN

comunicacion-vih@msal.gov.ar

(011) 4379-9112

(011) 4379-9000 (int. 4060)

Línea Pregunte SIDA

Administrativo

(011) 4384-8662/64

Consultas al 0800-3333-444

En este apartado sistematizamos información de utilidad para fortalecer las prácticas vinculadas a la transmisión vertical.

- 1. Anexo I:** Ley Nacional de lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana a toda mujer embarazada, consentimiento expreso y previamente informado.
- 2. Anexo II:** Consentimiento informado.
- 3. Anexo III:** Ficha de notificación de parto de mujeres con VIH.
- 4. Anexo IV:** Consideraciones farmacocinéticas y toxicidad de drogas ARV en el embarazo.
- 5. Anexo V:** Algoritmo de laboratorio para el diagnóstico de VIH.
Algoritmo para el diagnóstico serológico de infección por VIH.
- 6. Anexo VI:** Algoritmo para el diagnóstico serológico de infección por *Treponema pallidum*.
Algoritmo para el tratamiento de la mujer embarazada con VDRL+.
- 7. Anexo VII:** Algoritmo diagnóstico para hepatitis B.

ANEXO I

LEY DE LUCHA CONTRA EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). (Ley N° 23.798)

<http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/ley-nacional-de-sida-reglamentaciones.pdf>

Art. 1° Declárase de interés nacional a la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, entendiéndose por tal a la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población.

Art. 2° Las disposiciones de la presente ley y de las normas complementarias que se establezcan, se interpretarán teniendo presente que en ningún caso pueda:

- a) Afectar la dignidad de la persona.
- b) Producir cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación;
- c) Exceder el marco de las excepciones legales taxativas al secreto médico que siempre se interpretarán en forma restrictiva.
- d) Incursionar en el ámbito de privacidad de cualquier habitante de la Nación Argentina.
- e) Individualizar a las personas a través de fichas, registros o almacenamiento de datos, los cuales, a tales efectos, deberán llevarse en forma codificada.

Art. 3° Las disposiciones de la presente ley serán de aplicación en todo el territorio de la República. La autoridad de aplicación será el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, a través de la Subsecretaría de Salud, la que podrá concurrir a cualquier parte del país para contribuir al cumplimiento de esta ley. Su ejecución en cada jurisdicción estará a cargo de las respectivas autoridades sanitarias a cuyos fines podrán dictar las normas complementarias que consideren necesarias para el mejor cumplimiento de la misma y su reglamentación.

Art. 4° A los efectos de esta ley, las autoridades sanitarias deberán :

- a) Desarrollar programas destinados al cumplimiento de las acciones descriptas en el artículo 1° gestionando los recursos para su financiación y ejecución.
- b) Promover la capacitación de recursos humanos y propender al desarrollo de actividades de investigación, coordinando sus actividades con otros organismos públicos y privados, nacionales, provinciales o municipales e internacionales.

- c) Aplicar métodos que aseguren la efectividad de los requisitos de máxima calidad y seguridad.
- d) Cumplir con el sistema de información que se establezca.
- e) Promover la concertación de acuerdos internacionales para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con los fines de esta ley.
- f) El Poder Ejecutivo arbitrará medidas para llevar a conocimiento de la población las características del SIDA, las posibles causas o medios de transmisión y contagio, las medidas aconsejables de prevención y los tratamientos adecuados para su curación, en forma tal que se evite la difusión inescrupulosa de noticias interesadas.

Art. 5° El Poder Ejecutivo establecerá dentro de los 60 días de promulgada esta ley, las medidas a observar en relación a la población de instituciones cerradas o semicerradas, dictando las normas de bioseguridad destinadas a la detección de infectados, prevención de la propagación del virus, el control y tratamiento de los enfermos y la vigilancia y protección del personal actuante.

Art. 6° Los profesionales que asistan a personas integrantes de grupos en riesgos de adquirir el síndrome de inmunodeficiencia están obligados a prescribir las pruebas diagnósticas adecuadas para la detección directa o indirecta de la infección.

Art. 7° Declárase obligatoria la detección del virus y de sus anticuerpos en la sangre humana destinada a transfusión, elaboración de plasma u otros de los derivados sanguíneos para cualquier uso terapéutico. Declárase obligatoria, además, la mencionada investigación en los donantes de órganos para trasplante y otros usos humanos, debiendo ser descartadas las muestras de sangre, hemoderivados y órganos para trasplante que muestren positividad.

Art. 8° Los profesionales que detecten el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o posean presunción fundada de que un individuo es portador deberán informarle sobre el carácter infectocontagioso del mismo, los medios y formas de transmitirlo y su derecho a recibir asistencia adecuada.

Art. 9° Se incorporará a los controles actualmente en vigencia para inmigrantes que soliciten su radicación definitiva en el país, la realización de las pruebas de rastreo que determine la autoridad de aplicación para la detección del VIH.

Art. 10° La notificación de casos de enfermos de SIDA deberá ser practicada dentro de las cuarenta y ocho horas de confirmado el diagnóstico, en los términos y formas

establecidas por la ley 15.465. En idénticas condiciones se comunicará el fallecimiento de un enfermo y las causas de su muerte.

Art. 11° Las autoridades sanitarias de los distintos ámbitos de aplicación de esta ley establecerán y mantendrán actualizadas, con fines estadísticos y epidemiológicos, información de sus áreas de influencia correspondiente a la prevalencia e incidencia de portadores infectados y enfermos con el virus de VIH, así como también los casos de fallecimiento y las causas de su muerte. Sin perjuicio de la notificación obligatoria de los prestadores, las obras sociales deberán presentar al INOS una actualización mensual de esta estadística. Todo organismo, institución o entidad pública o privada, dedicada a la promoción y atención de la salud tendrá amplio acceso a ella. Las provincias podrán adherir a este sistema de información, con los fines especificados en el presente artículo.

Art. 12° La autoridad nacional de aplicación establecerá las normas de bioseguridad a las que estará sujeto el uso de material calificado o no como descartable. El incumplimiento de esas normas será considerado falta gravísima y la responsabilidad de dicha falta recaerá sobre el personal que las manipule, como también sobre los propietarios y la dirección técnica de los establecimientos.

Art. 13° Los actos u omisiones que impliquen trasgresión a las normas de profilaxis de esta ley y a las reglamentaciones que se dicten en consecuencia, serán consideradas faltas administrativas sin perjuicio de cualquier otra responsabilidad civil o penal en que pudieran estar incurso los infractores.

Art. 14° Los infractores a los que se refiere el artículo anterior serán sancionados por la autoridad sanitaria competente, de acuerdo con la gravedad y o reincidencia de la infracción:

- Multa graduable entre 10 y 100 salarios mínimo vital y móvil;
- Inhabilitación en el ejercicio profesional de 1 mes a 5 años;
- Clausura total o parcial, temporaria del consultorio, clínica, instituto, sanatorio, laboratorio, o cualquier otro local o establecimiento donde actuaren las personas que hayan cometido la infracción. Las sanciones establecidas en los incisos precedentes podrán aplicarse independientemente o conjuntamente en función de las circunstancias previstas en la primera parte de este artículo. En caso de reincidencia, se podrá incrementar hasta el decuplo la sanción aplicada.

Art. 15° A los efectos determinados en este título se considerarán reincidentes a quienes habiendo sido sancionados, incurran en una nueva sanción dentro del término de cuatro años contados desde la fecha que haya quedado firme la sanción anterior, cualquiera fuese la autoridad sanitaria que la impusiere.

Art. 16° El monto recaudado en concepto de multas que por intermedio de esta ley aplique la autoridad sanitaria nacional, ingresará a la cuenta especial, Fondo Nacional de la Salud, dentro de la cual se contabilizará por separado y deberá utilizarse exclusivamente en erogaciones que propendan al logro de los fines indicados en el artículo 1°. El producto de las multas que apliquen las autoridades sanitarias y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, ingresará de acuerdo con lo que al respecto se disponga en cada jurisdicción, debiéndose aplicar, con la finalidad indicada en el párrafo anterior.

Art. 17° Las infracciones a esta ley serán sancionadas por la autoridad sanitaria competente previo sumario, con audiencia de prueba y defensa a los imputados. La constancia del acta labrada en forma al tiempo de verificarse la infracción, y en cuanto no sea enervada por otros elementos de juicio, podrá ser considerada como plena prueba de la responsabilidad de los imputados.

Art. 18° La falta de pago de las multas hará exigible su cobro por ejecución fiscal, constituyendo suficiente título ejecutivo el testimonio autenticado de la resolución condenatoria firme.

Art. 19° En cada provincia los procedimientos se ajustarán a lo que al respecto resuelvan las autoridades competentes de cada jurisdicción, de modo concordante con las disposiciones de este título.

Art. 20° Las autoridades sanitarias a las que corresponda actuar de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3ero de esta ley están facultadas para verificar su cumplimiento y el de sus disposiciones reglamentarias mediante inspecciones y o pedidos de informes, según estime pertinente. A tales fines, sus funcionarios autorizados tendrán acceso a cualquier lugar previsto en la presente ley y podrán proceder a la intervención o secuestro de elementos probatorios de su inobservancia. A estos efectos podrán requerir el auxilio de la fuerza pública o solicitar orden de allanamiento de los jueces competentes.

Art. 21° Los gastos que demande el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 4to de la presente ley serán solventados por la Nación, imputados a rentas generales y por los respectivos presupuestos de cada jurisdicción.

Art. 22° El Poder Ejecutivo reglamentará las disposiciones de esta ley con el alcance nacional dentro de los 60 días de su promulgación.

Art. 23° Comuníquese, etc.

DECRETO N° 1.244. ANEXO 1 DEL DECRETO N° 1.244. REGLAMENTACIÓN DE LA LEY N° 23.798

Fecha: 01-07-91

Art. 1º Incorporárase la prevención del SIDA como tema en los programas de enseñanza de los niveles primario, secundario y terciario de educación. En la esfera de su competencia, actuará el Ministerio de Cultura y Educación, y se invitará a las Provincias y a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires a hacer la propio.

Art. 2º Incisos a) y b). Para la aplicación de la ley y de la presente Reglamentación deberán respetarse las disposiciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos llamada Pacto de San José de Costa Rica, aprobada por Ley N° 23.054, y de la Ley Antidiscriminatoria N° 23.592. Inciso c). - Los profesionales médicos, así como toda persona que por su ocupación tome conocimiento de que una persona se encuentra infectada por el virus HIV, o se halle enferma de SIDA, tiene prohibido revelar dicha información y no pueden ser obligados a suministrarla, salvo en las siguientes circunstancias:

- 1.- A la persona infectada o enferma, o a su representante, si se trata de un incapaz.
- 2.- A otro profesional médico, cuando sea necesario para el cuidado o tratamiento de persona infectada o enferma.
- 3.- A los entes del Sistema Nacional de Sangre, creado por el artículo 18 de la Ley N° 22.990, mencionados en los incisos a), b), c), d), e), f), h) e i), del citado artículo, así como a los organismos comprendidos en el artículo 7mo., de la Ley N° 21.541.
- 4.- Al Director de la Institución Hospitalaria, en su caso al Director de su servicio de Hemoterapia, con relación a personas infectadas o enfermas que sean asistidas en ellos, cuando resulte necesario para dicha asistencia.
- 5.- A los Jueces en virtud de auto judicial dictado por el Juez en causas criminales o en las que se ventilen asuntos de familia.
- 6.- A los establecimientos mencionados en el artículo 11, inciso b) de la Ley de Adopción, N° 19.134. Esta información solo podrá ser transmitida a los padres sustitutos, guardadores o futuros adoptantes.
- 7.- Bajo responsabilidad del médico a quien o quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor.

Inciso d). Sin reglamentar.

Inciso e). Se utilizará, exclusivamente, un sistema que combine las iniciales del nombre y del apellido, día y año de nacimiento. Los días y meses de un solo dígito serán antepuestos del número cero (0).

Art. 3º El Ministerio de Salud y Acción Social, procurará la colaboración de las autoridades sanitarias de las provincias, como asimismo que las disposiciones complementarias que dicten tengan concordancia y uniformidad de criterios. Se consideran autoridades sanitarias de aplicación del presente al Ministerio de Salud y Acción Social por medio de la Subsecretaría de Salud, y a las autoridades de mayor jerarquía en esa área en las Provincias y en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

Art. 4º

Inciso a). - Sin reglamentar.

Inciso b). - Sin reglamentar.

Inciso c). - Sin reglamentar.

Inciso d). - Sin reglamentar.

Inciso e). - Sin reglamentar.

Inciso f). - A los fines de este inciso, créase el Grupo Asesor Científico Técnico, que colaborará con la Comisión Nacional de Lucha contra el Sida en el marco del artículo 8vo. del Decreto 385 del 22 de marzo de 1989. Su composición y su mecanismo de actuación serán establecidos por el Ministerio de Salud y Acción Social.

Art. 5º Las autoridades de cada una de las instituciones mencionadas en el artículo 5º de la Ley Nº 23.798 proveerán lo necesario para dar cumplimiento a las disposiciones de dicha ley y, en especial lo perceptuado en sus artículos 1º, 6º y 8º. Informarán asimismo, expresamente a los integrantes de la población de esas instituciones de lo dispuesto por los artículos 202 y 203 del Código Penal.

Art. 6º El profesional médico tratante determinará las medidas de diagnóstico a que deberá someterse el paciente, previo consentimiento de éste. La asegurará la confidencialidad y, previa confirmación de los resultados, lo asesorará debidamente.

De ello se dejará constancia en el formulario que a ese efecto aprobará el Ministerio de Salud y Acción Social, observándose el procedimiento señalado en el artículo 8º.

Art. 7ºA los fines de la Ley, los tejidos y líquidos biológicos de origen humano serán considerados equivalentes a los órganos.

Serán aplicables al artículo 21 de la Ley Nº 22.990 y el artículo 18 del Decreto Nº 375 del 21 de marzo de 1989.

Art 8º La información exigida se efectuará mediante notificación fehaciente. Dicha notificación tendrá carácter reservado, se extenderá en original y duplicado, y se entregará personalmente al portador del virus VIH. Éste devolverá la copia firmada que será archivada por el

médico tratante como consecuencia del cumplimiento de lo establecido por este artículo. Se entiende por “profesionales que detecten el virus” a los médicos tratantes.

Art. 9° El Ministerio de Salud y Acción Social, determinará los controles mencionados en el artículo 9° de la Ley. El Ministerio del Interior, asignará a la Dirección Nacional de Migraciones los recursos necesarios para su cumplimiento.

Art. 10° La notificación de la enfermedad y, en su caso, del fallecimiento, será cumplida exclusivamente por los profesionales mencionados en el artículo 4°, inciso a) de la Ley N° 15.465, observándose lo prescripto en el artículo 2°, inciso e) de la presente reglamentación. Todas las comunicaciones serán dirigidas al Ministerio de Salud y Acción Social y a la autoridad sanitaria del lugar de ocurrencia, y tendrán el carácter reservado.

Art. 11° Las autoridades sanitarias llevarán a cabo programas de vigilancia epidemiológica a los fines de cumplir la información. Solo serán registradas cantidades, sin identificación de personas.

Art. 12° El Ministerio de Salud y Acción Social establecerá las normas de bioseguridad a que se refiere el artículo 12 de la Ley. El personal que manipule el material a que alude dicha norma, será adiestrado mediante programas continuos y de cumplimiento obligatorio y se le entregará constancia escrita, de haber sido instruido sobre las normas a aplicar.

Art. 13° Sin reglamentar.

Art. 14° En el ámbito nacional será autoridad competente el Ministerio de Salud y Acción Social.

Art. 15° El Ministerio de Salud y Acción Social, como autoridad competente habilitará un registro nacional de infractores, cuyos datos serán tenidos en cuenta para la aplicación de las sanciones que correspondan en caso de reincidencia. Podrá solicitar a las autoridades competente de las Provincias y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, la información necesaria para mantener actualizado dicho registro.

Art. 16°, 17°, 18°, 19°, 20°, 21° y 22° - Sin reglamentar.

OLIGATORIEDAD DEL OFRECIMIENTO DEL TEST DIAGNÓSTICO DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA, A TODA MUJER EMBARAZADA. CONSENTIMIENTO EXPRESO Y PREVIAMENTE INFORMADO (Ley N° 25.543)

Establécese la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmuno-

deficiencia humana, a toda mujer embarazada. Consentimiento expreso y previamente informado. Cobertura. Establecimientos asistenciales. Autoridad de aplicación.

Sancionada: Noviembre 27 de 2001

Promulgada de Hecho: Enero 7 de 2002

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso etc. sancionan con fuerza de Ley:

ARTÍCULO 1º Establécese la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana, a toda mujer embarazada como parte del cuidado prenatal normal.

ARTÍCULO 2º Los establecimientos médico-asistenciales públicos, de la seguridad social y las entidades de medicina prepaga deberán reconocer en su cobertura el test diagnóstico.

ARTÍCULO 3º Se requerirá el consentimiento expreso y previamente informado de las embarazadas para realizar el test diagnóstico. Tanto el consentimiento como la negativa de la paciente a realizarse el test diagnóstico, deberán figurar por escrito con firma de la paciente y del médico tratante.

ARTÍCULO 4º El consentimiento previamente informado tratará sobre los distintos aspectos del test diagnóstico, la posibilidad o no de desarrollar la enfermedad, y en caso de ser positivo las implicancias de la aplicación del tratamiento y de la no aplicación del mismo tanto para la madre, como para el hijo por nacer. El profesional y el establecimiento serán solidariamente responsables de la confidencialidad del procedimiento, así como también de la calidad de la información que reciba la embarazada a fin de otorgar su consentimiento con un cabal conocimiento del análisis que se le ofrece, y la garantía de la provisión de los medicamentos utilizados de acuerdo a los protocolos vigentes.

ARTÍCULO 5º Los establecimientos asistenciales deberán contar con un equipo interdisciplinario para contener y asesorar a las pacientes y a su entorno familiar durante el embarazo, parto y puerperio, en caso que el test diagnóstico resultare positivo.

ARTÍCULO 6º El Ministerio de Salud de la Nación y los Organismos de Salud que correspondan en cada jurisdicción son la autoridad de aplicación de la presente Ley.

ARTÍCULO 7º Comuníquese al Poder Ejecutivo.

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dirección de Sida y ETS		
FECHA Y LUGAR: _____		

_____/_____/_____	ó _____	_____
a b c d e f	ó	Nombre
Código del / a consultante	(opcional)	
<p>Declaro en forma libre y voluntaria, con plena capacidad para ejercer mis derechos, que he sido suficientemente informada/o de la conveniencia de realizarme una prueba diagnóstica para la detección del VIH. Se me ha explicado en qué consiste la prueba, los beneficios del diagnóstico temprano para el cuidado de la salud y el alcance y significado de los resultados.</p> <p>Se me ha asegurado también la confidencialidad de los resultados y me han sido comunicados mis derechos al debido asesoramiento y la asistencia en caso de estar infectada/o por el VIH, en el marco de la legislación vigente.</p> <p>Por lo expuesto, consiento expresamente que se me efectúe dicha prueba y las que fueran necesarias para la confirmación de los resultados.</p>		
_____	_____	
Firma del/la consultante	Firma del retiro del resultado	
_____ <small>(*)Referencia para el formato del código: a- Género b-dos primeras letras del nombre c- dos primeras letras del apellido d-dos dígitos para el día de nacimiento e- dos dígitos para el mes de nacimiento f- 4 dígitos para el año de nacimiento.</small>		

ANEXO III

Puede ser de utilidad llevar un registro de partos de mujeres con VIH hasta el diagnóstico final del recién nacido expuesto que permita visibilizar el circuito y organizar un “corredor” de comunicación. En este anexo se encuentra una propuesta de registro que releva los datos necesarios para la construcción de la tasa de transmisión vertical, denominado **Ficha de Notificación de partos de mujer VIH positiva**.

FICHA DE NOTIFICACION DE PARTO DE MUJER VIH POSITIVA

1. DATOS DE LA MADRE

Códom:

De 0 a 20 años de edad, con una condición de VIH tipo 1 o 2
 De 21 a 35 años de edad, con una condición de VIH tipo 1 o 2
 Más de 36 años de edad

2. FICHA DE NOTIFICACIÓN

Fecha del nacimiento del niño/a:

(Mes) (Año) (Día)

3. Lugar de nacimiento

Hospital

Ciudad: _____
 Lugar: _____
 Barrio: _____

Otro lugar *(¿cuál?)* _____
 Desconoce: _____

3.1 País de nacimiento

3.2 Cobertura de salud

Sin cobertura
 Otro tipo de seguro social
 Seguro Popular
 Desconoce

4. Médico(s) que lo(s) observó(aron) al momento del parto

Asistente
 Médico(a) generalista
 Médico(a) especialista
 Secundaria o auxiliar
 Secundaria o auxiliar enfermera
 Técnico(a) enfermería
 Técnico(a) laboratorio
 Otro profesional de la salud
 Desconoce

5. Disponibilidad de información por VIH de la madre

5.1 Fecha: _____ (Día/Mes/Año)
 ¿Se ha realizado alguna prueba de VIH desde el diagnóstico anterior de la madre?

5.2 Método del diagnóstico

Rápido
 Laboratorio
 Otro *(¿cuál?)*

Desconoce

5.3 Hábitos de transmisión de VIH

Sexo preservado
 Sexo no preservado
 Uso de condón
 Otros *(¿cuáles?)*

Desconoce

5.4 Disponibilidad de VIH de la madre al parto

Si
 No
 Desconoce

¿En qué momento de la vida se diagnosticó?

Antes de haber sido VIH No Después

5.5 Estado clínico de la infección al momento de nacer

Infección por VIH tipo 1 o 2
 Infección por VIH tipo 1
 Infección por VIH tipo 2
 Otro
 Desconoce

6. Última carga viral durante el embarazo

Fecha de realización: _____

No se realizó carga viral
 Desconoce

7. Datos del parto

Fecha de parto: _____ (Día/Mes/Año)

Modalidad del parto: _____

4. Tipo de nacimiento

Parto vaginal
 Cesárea programada
 Cesárea de emergencia

Dirección de SIDA y ETS

Avenida del SIDA, No. 4 - 10.º piso - Torre Comercio, Centro Histórico de México, D.F., México - C.P. 06000

Tel: 52 55 5708 2000 ext. 406 - www.sida.gob.mx



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

FICHA DE NOTIFICACION DE PARTO DE MUJER VIH POSITIVA

6. ¿Recibió tratamiento antiretroviral la madre?

6.1 ¿antes de embarazada? Si No No responde

6.2 ¿durante el embarazo? Si (Inicio de terapia: _____, Dosis: _____, _____, _____, _____)
 No No responde

6.3 ¿después de parto? Si (Dosis: _____, _____, _____) No No responde

DATOS DEL NIÑO/A **códig:**

1. ¿Recibió tests rápidos profilácticos neonatales? Si (Dosis: _____, _____, _____) No No responde

2. ¿Tuvieron diagnóstico definitivo? **Fecha:** _____ **Resultado:** _____

VIH HIV

DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre y apellido: _____

Tel: _____

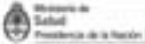
Identificación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____

Firma y sello del notificante: _____

Dirección de Sida y ETS
C/ Príncipe de Asturias, 164. 28002 Madrid. Teléfono: 91 480 1000
www.msssi.gob.es



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

La tasa de transmisión vertical se construye de la siguiente manera:

$$\text{Tasa de transmisión vertical} = \frac{\text{Niños infectados con VIH por transmisión perinatal en un período y lugar determinado}}{\text{Niños expuestos al VIH* x vía perinatal en el mismo período y lugar}} \times 100$$

* Sólo se incluye a los niños con diagnóstico definitivo (ya sea positivo o negativo)

ANEXO IV

CONSIDERACIONES FARMACOCINÉTICAS Y TOXICIDAD DE DROGAS ARV EN EL EMBARAZO

Drogas		Toxicidad
INTI (Inhibidor Nucleósido de la Transcriptasa Inversa) Los análogos de nucleósidos pueden ocasionar toxicidad mitocondrial con acidosis láctica y esteatosis hepática, similar al síndrome de HELLP, que aunque muy poco frecuente, puede presentarse en el último trimestre del embarazo.		
AZT (Zidovudina)	Debería ser incluida en todos los regímenes antenatales a menos que se compruebe toxicidad grave, fracaso de tratamiento o que la embarazada se encuentre con tratamiento efectivo (AI).	No hay evidencias de teratogenicidad.
3TC. (Lamivudina)		Hay extensa experiencia en su uso en embarazadas combinada con AZT.
ddl (Didanosina)	Hay reportes sobre mortalidad materna secundaria a acidosis láctica relacionada al uso prolongado de la combinación de ddl con D4T.	No utilizar esa combinación durante el embarazo.
D4T (Estavudina)	Puede considerarse como alternativa en la combinación de INTI, excepto con ddl o AZT, en fracaso de otros tratamientos, toxicidad o efectos colaterales.	
ABC (Abacavir)	Reacciones de hipersensibilidad en 5-8% de pacientes no embarazadas, se desconoce la incidencia de esta complicación en embarazadas.	

FTC (Emtricitabina)		Datos de embarazadas expuestas durante el primer trimestre no mostraron un riesgo aumentado de defectos congénitos. Tampoco se ha reportado mayores riesgos de toxicidad en mujeres embarazadas.
TDF (Tenofovir disoproxil fumarato)		Datos de embarazadas expuestas durante el primer trimestre no mostró un riesgo aumentado de defectos congénitos. Tampoco se ha reportado mayores riesgos de toxicidad en mujeres embarazadas.
INNTI (Inhibidor No Nucleósido de la Transcriptasa Inversa)		
EFV (Efavirenz)		Debido a los efectos teratogénicos evidenciados en monos y los casos reportados de defectos del tubo neural en humanos, el uso de EFV está contraindicado durante el primer trimestre del embarazo.
NVP (Nevirapina)	Cuando se utiliza esta droga, debe hacerse monitoreo cercano de la función hepática, con mayor atención en las primeras 18 semanas de la terapia con NVP; se recomienda cada 2 semanas durante el primer mes, cada 4 semanas los primeros cuatro meses y luego cada 1 a 3 meses.	

Si existe enfermedad hepática previa, se solicitará función hepática al comienzo de la terapia, y luego mensualmente. En estos casos se recomienda considerar otra alternativa. Aquellas embarazadas que presentaron rash con NVP deben ser monitoreadas con transaminasas mientras reciben NVP. Si presentan aumento de las transaminasas, estén o no sintomáticas, se recomienda suspender la terapia.

Las mujeres que empiezan su embarazo y estaban recibiendo NVP sin complicaciones, pueden continuar con la terapia, a pesar del recuento de CD4.

Dentro de los efectos adversos más frecuentes asociados con el uso de la NVP se encuentra el exantema y la hepatitis en los pacientes con recuento de CD4 >250/mm³.

IP (Inhibidores de Proteasa)

Se ha informado hiperglucemia y desarrollo de diabetes mellitus en pacientes que reciben IP. No se sabe si la administración durante el embarazo puede incrementar el riesgo de diabetes gestacional, por lo tanto, se recomienda el monitoreo frecuente de la glucemia.

NFV (Nelfinavir)

Puede utilizarse como una alternativa de IP en los esquemas combinados, fundamentalmente en mujeres que no requieren tratamiento, considerando que tiene menor eficacia que los esquemas con LPV/r.

LPV/r (Lopinavir/ritonavir)

Se están desarrollando estudios de farmacocinética con la formulación en comprimidos. Por el momento se recomienda la dosis estándar del adulto hasta que se disponga de mayor información.

No hay evidencia de teratogenicidad.

IDV (Indinavir)		Ha sido asociado con hiperbilirrubinemia en el recién nacido. Deberá evitarse su uso en embarazadas.
SQV (Saquinavir)	Hay datos farmacocinéticos limitados en su uso en embarazadas, tanto en su administración única como en combinación con RTV (SQV 1000 + RTV 100 mg), y recientemente con la formulación de 500 mg. Los niveles encontrados fueron similares a la población no embarazada, y se observó aumento leve de transaminasas en el primer mes de la administración.	
ATV (Atazanavir)	Podría incrementar los niveles de bilirrubina indirecta y exacerbar la hiperbilirrubinemia fisiológica en el neonato.	El análisis reciente de los datos de embarazadas expuestas durante el primer trimestre no mostró un riesgo aumentado de defectos congénitos

OTRAS DROGAS

Enfuvirtide (B):* Inhibidor de la fusión.

Maraviroc (B):* Inhibidor del correceptor CCR5.

Raltegravir (C):* Inhibidor de la integrasa.

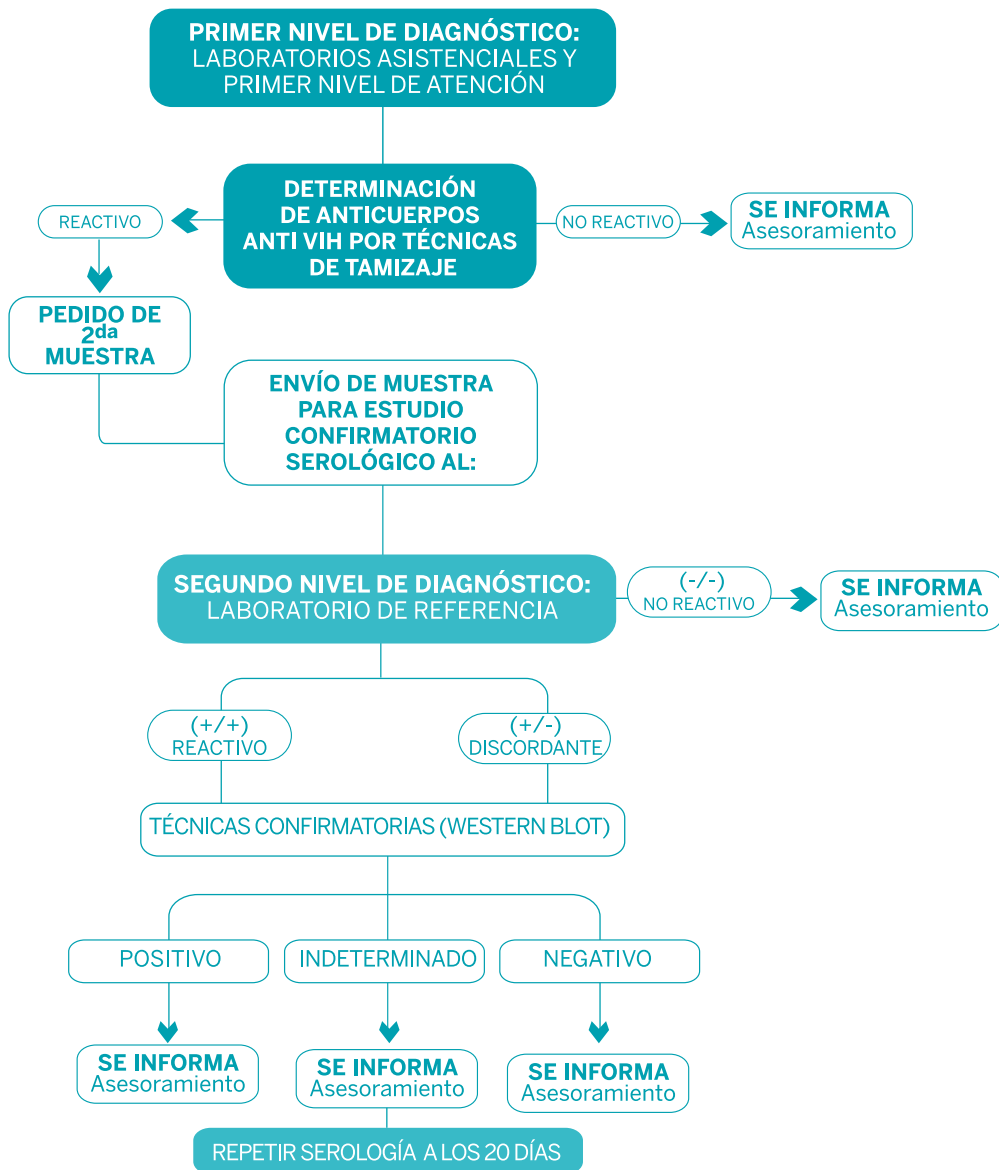
Etravirina (B): * INNTI

No hay estudios ni experiencia suficiente en embarazadas para recomendar su uso en presencia de otras alternativas terapéuticas.

*Categorías de FDA en embarazadas.

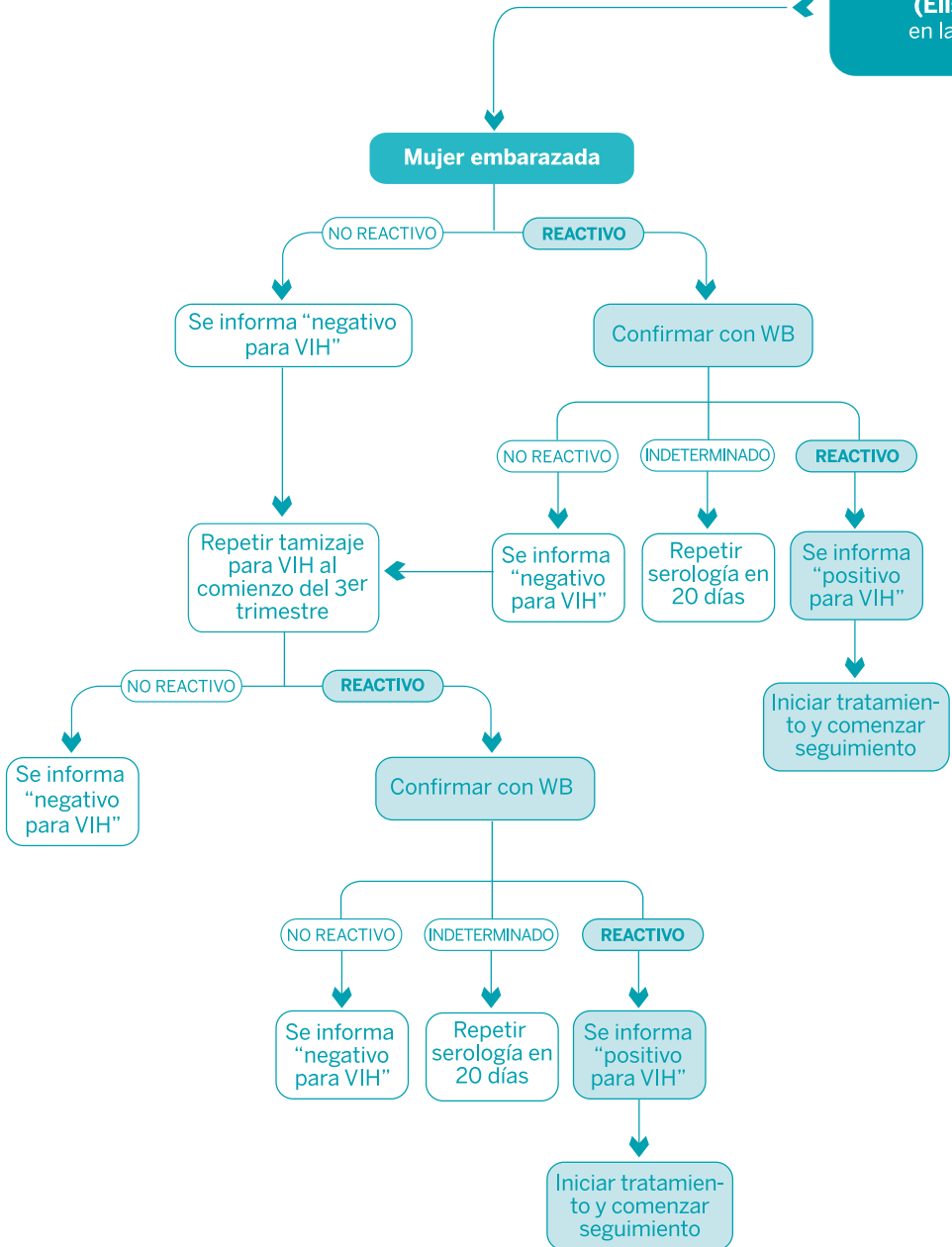
ANEXO V

Algoritmo de laboratorio para el diagnóstico de VIH

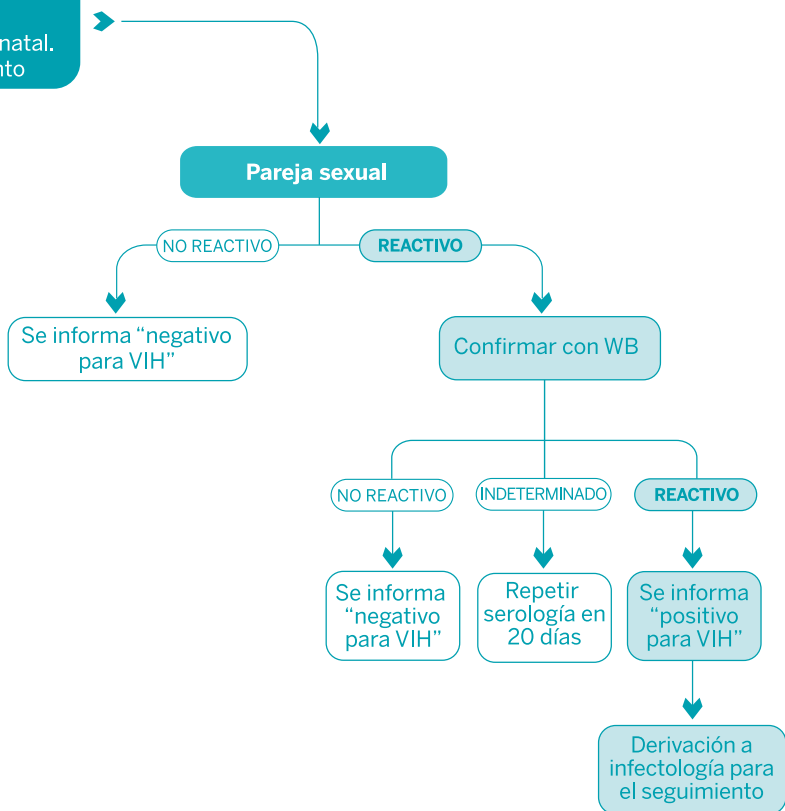


Algoritmo para el diagnóstico serológico de infección por VIH

TAMIZAJE
(Elisa o en la 1^{era})



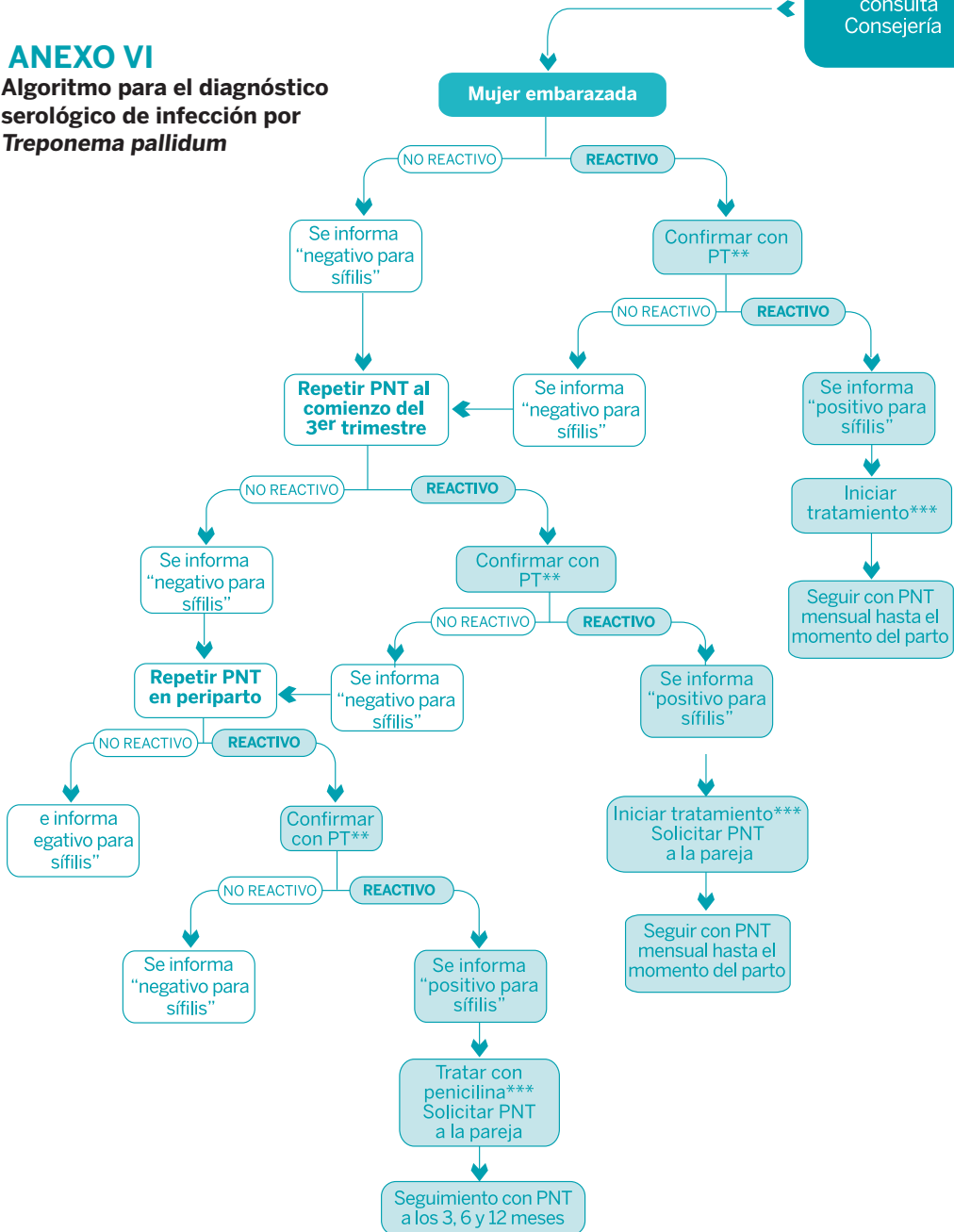
**PARA VIH
AGP)***
consulta prenatal.
Asesoramiento



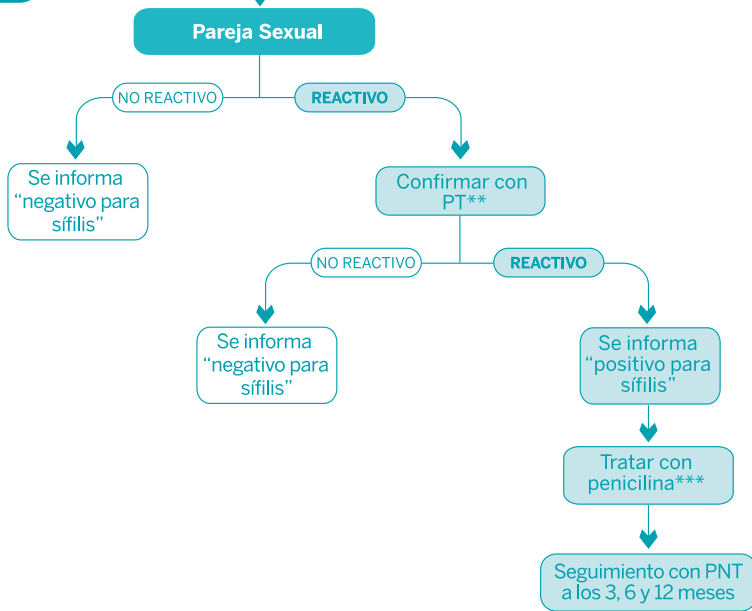
PNT* en consulta
Consejería

ANEXO VI

Algoritmo para el diagnóstico serológico de infección por *Treponema pallidum*



la 1era prenatal.



Ante un diagnóstico positivo de VIH, sífilis y/o hepatitis B, no olvidar realizar el tamizaje para otras ITS.

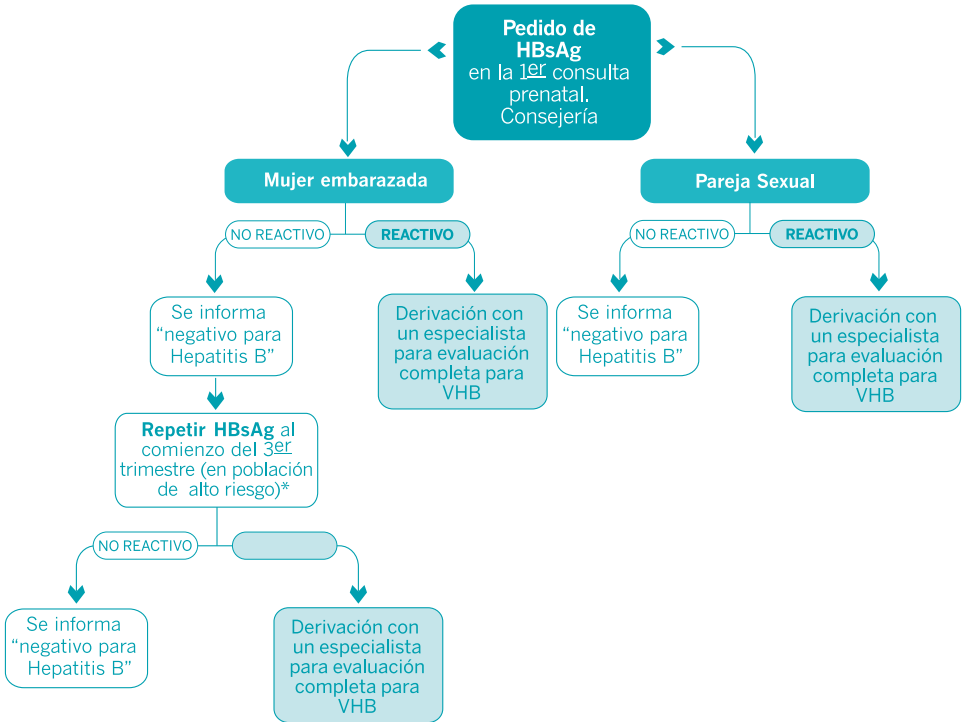
* VDRL, USR, RPR

** TP-PA, MHA-TP, HA-TP, FTA-abs, EIA, ELISA

***En el caso de no poder realizar la confirmación (PT) con la misma muestra tomada para el tamizaje (PNT), se indica comenzar el tratamiento y continuarlo luego de obtener el resultado de la prueba confirmatoria.

ANEXO VII

Algoritmo diagnóstico para hepatitis B (VHB)



* El HBsAg no reactivo descarta infección aguda o crónica, no descarta contacto natural, en el pasado, por VHB.

** Población alto riesgo:

- Pareja HBsAg Reactivo
- Usuario de drogas (mujer embarazada y/o pareja)
- Receptores de sangre y/o derivados por transfusiones (mujer embarazada y/o pareja)

Glosario de Abreviaturas

ABC: Abacavir

ADN: Ácido Desoxirribonucleico

Ag: antígeno

AGP: Aglutinación de partículas

ANLIS: Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud

Anti HBs: anticuerpo de superficie del virus de la hepatitis B

Anti-HBc: anticuerpo del núcleo del virus de la hepatitis B

ARV: Antirretrovirales

ARN: Ácido Ribonucleico

ATV: Atazanavir

AZT: Zidovudina, Azidotimidina

CyMSA- FUNCEI: Clínica y Maternidad Suizo Argentina- Fundación Centro de Estudios Infectológicos

CV: Carga Viral

DSyETS: Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual

ddl: Didanosina

d4T: Estavudina

EFV: Efavirenz

ELISA: Enzyme Linked Immuno Sorbent Asssay (Ensayo inmuno enzimático absorbente)

EV: endovenoso

FTA-abs: Fluorescent treponemal antibody absorption

GPT: Transaminasa glutámico-pirúvica

GOT: Transaminasa glutámico oxalacética

HBS Ag: Antígeno de superficie para el virus de hepatitis B

IDV: Indinavir

INEI- ANLIS: Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas- Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

Ig G: Inmunoglobulina G

Ig M: Inmunoglobulina M

IM: intramuscular

INTI: Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa

INNTI: Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa

IP: Inhibidores de la Proteasa

LCR: Líquido ceforraquídeo

LIA: inmunoensayo en línea
LPV/r: Lopinavir/ritonavir
MHA-TP: Microhemaglutinación para *T pallidum*
MSAL: Ministerio de Salud
NVP: Nevirapina
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PAP: Técnica de Papanicolaou
PCR: Polymerase Chain Reaction (reacción en cadena de polimerasa)
PPD: Derivado proteico purificado (Prueba de Mantoux)
PNT: Prueba no treponémica
PL: Punción lumbar
PT: Prueba treponémica
RPR: Reagina Plasmática Rápida
rTV : Ritonavir
Rx: radiografía
SIP: Sistema de Información Perinatal
SNVS: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud
TARV: Terapia Antirretroviral
TP-PA: aglutinación de partículas para *Treponema pallidum*
3- TC: Lamivudina
TDF: Tenofovir
FTC: Emtricitabina
UNICEF: United Nation's International Children's Emergency Fund (Fondo Internacional de las Naciones Unidas para Emergencias de la Infancia)
USR: Unheated-serum reagin
VDRL: Venereal Disease Research Laboratory
VIH: Virus de inmunodeficiencia humana
VHB: Virus de hepatitis B
VHC: Virus de la hepatitis C
VO: Vía oral
VPP: Valor predictivo positivo
WB: Western Blot

- Barboni G., Bologna R., Fallo A., González Ayala S., Moreno R, III Consenso Argentino de TARV, cap. 15: TARV en niños, Comisión SIDA-SADI, Buenos Aires, octubre de 2010, disponible en <http://www.sadi.org.ar/recomendaciones.html>
- Bruno M, Durán A., Ceriotto M., Moyano M., III Consenso Argentino de TARV, cap.14: Transmisión vertical, Comisión SIDA-SADI, Buenos Aires, octubre de 2010, disponible en <http://www.sadi.org.ar/recomendaciones.html>
- Cañizal AM, Fernández Giuliano S, Zapiola I, Bouzas MB, “Evaluación del ensayo de RNA cualitativo QL Nuclisens en el diagnóstico precoz de HIV en niños expuestos perinatalmente”, Actualizaciones en Sida, Vol. 15, N° 54, pág 94-100, 2007.
- Center for Disease Control and Prevention, “A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)”; part 1: immunization of infants, children, and adolescents. MMWR 2005;54 (No. RR-16 page 3), disponible en <http://www.cdc.gov/>
- Center for Disease Control and Prevention, “Hepatitis B virus: a comprehensive strategy for eliminating transmission in the United States through universal childhood vaccination: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP)”. MMWR 1991; 40 (No. RR-13):1—19, disponible en <http://www.cdc.gov/>
- Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA, “Situación epidemiológica del VIH-sida en la ciudad de Buenos Aires”, agosto de 2010, disponible en http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sida/boletin_digital/?menu_id=20741
- Dirección de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, “Guía de Prevención y Tratamiento de las Infecciones Congénitas y Perinatales”, cap. Sífilis, pág 9, Año 2010, disponible en <http://www.msal.gov.ar/him/Site/programa/UCMISALUD/index.htm>.
- Durán, A. y otros, “Situación de los niños, niñas y adolescentes con VIH en Argentina: un diagnóstico colectivo del estado de la respuesta en los servicios de salud” en Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina N° 27, Noviembre de 2010, disponible en <http://www.msal.gov.ar/sida/s-investigaciones.html>
- Dunn DT., Brandt CD., Krivine A, et al “The sensitivity of IHV-1 DNA polymerase chain

reaction in the neonatal period and the relative contributions of intra-uterine and intra-partum transmission”, AIDS, 1995.

- Dunn DT, Simonds RJ, Bulterys M, et al, “Intervencioins ti prevent vertical transmission of HIV-1 effect on viral detection rate in early infant samples”, AIDS, 2000.
- García PM, Kalish La Burns DN, et al, “Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus tytel RNA an the risk of perinatal transmission”, N ENGL J MED, 1999.
- González J., “Proyecto programa nacional de control de hepatitis virales: Epidemiología”, Informe N° 10, Buenos Aires, 2010.
- Ministerio de Salud, Dirección de Epidemiología, “Boletín integrado de vigilancia”, Buenos Aires, Año 2011.
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, “Guía sífilis en la embarazada y el recién nacido. Prevención, diagnóstico y tratamiento”, Buenos Aires, 2008, disponible en <http://www.msal.gov.ar/sida/investigaciones.html>
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, “Normas Nacionales de Vacunación”, Buenos Aires, 2008.
- National Pediatric and Family HIV Resource Center y Health Resources and Services Administration and the National Institutes of Health, “Working group on antiretroviral therapy and medical management of HIV-1 infected children: Guidelines for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infections”, Washington DC, pp. 1-49, 1999.
- Read, J. and the Comitte on pediatric AIDS, “Diagnosis of HIV-1 infection in children younger than 18 month in the United States, Vol. 120, N° 6, pp 1547-1562, 2007.
- Vázquez L., García F, Devoto S, GalarzaP., “Sífilis congénita” en Infecciones de Transmisión Vertical. Abordaje Integral, Guías 2010, Buenos Aires, 2010, pág 5, disponible en <http://www.msal.gov.ar/hm/Site/promin/UCMISALUD/index.htm>
- Weller S y otros, “¿Dónde estamos? ¿A dónde queremos ir? Respuesta al VIH-sida desde el sistema público de salud”, Buenos Aires, UBATEC, 2009.

Dirección de Sida y ETS

Av. 9 de Julio 1925, piso 9 - Ala Moreno
(C1073ABA) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
(005411) 4379-9017
dir-sida-ets@msal.gov.ar
www.msal.gov.ar/sida