Algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el control de las infecciones perinatales por VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas

Iniciativa ETMI-PLUS

Edición 2025

Ministerio de Salud
República Argentina

Presidente de la Nación
Lic. Javier Milei

Ministro de Salud
Dr. Mario Lugones

Secretario de Gestión Sanitaria
Dr. Alejandro Vilches

Subsecretario de Planificación y Programación Sanitaria
Dr. Saúl Flores

Directora Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles
Dra. Claudia Ling

Algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el control de las infecciones perinatales por VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas.

Edición: 2025

Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2025.

Autores

Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles
Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis y Tuberculosis
Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores
Dirección Nacional de Abordaje por Cursos de Vida
Dirección de Salud Perinatal, Niñez y Adolescencias
Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica
Laboratorio Nacional de Referencia en Infecciones de Transmisión Sexual - INEI - ANLIS “Dr. Carlos Malbrán”
Laboratorio Nacional de Referencia Hepatitis - INEI - ANLIS “Dr. Carlos Malbrán”
Instituto Nacional de Parasitología “Dr. Mario Fatala Chabén”- ANLIS

Instituciones participantes del Anexo 1. Lactancia en contexto de Infección por VIH en Argentina

ONUSIDA, OPS, Ministerio de Salud de la Nación (DRVIHVYTB y DISAPENI), Sociedad Argentina de Infectología (SADI), Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires (SOGIBA), Comité de Ética Hospital Juan Garrahan, Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y SIDA (INBIRS UBA-CONICET), ICW Argentina, Fundación Huésped, Helios Salud, Programa VIH de San Luis, Programa VIH de Tucumán y Programa VIH de Neuquén, Hospital Interzonal General de Agudos de Junín, Dr. Abraham F. Piñeyro.

Coordinación Técnica

Mariana Ceriotto

Diseño

Cynthia Beduino

Esta publicación cuenta con el apoyo técnico y financiero de OPS

Está permitida la reproducción total o parcial de este material y la información contenida, citando la fuente.

Siglas y abreviaciones

ABC	Abacavir
ARV	Antirretrovirales
ATV/r	Atazanavir/ritonavir
AZT	Zidovudina
Cobi	Cobicistat
DRV/r	Darunavir/ritonavir
DTG	Dolutegravir
EFV	Efavirenz
FTC	Emtricitabina
HAI	Hemoaglutinación indirecta
HBsAg	Antígenos de superficie de VHB
IFI	Inmunofluorescencia indirecta
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
MVC	Maraviroc
NR	Recién nacido
NVP	Nevirapina
OEA	Otoemisiones acústicas
PEA	Potenciales evocados acústicos
PEP	Profilaxis Post Exposición
PL	Punción lumbar
PNT	Prueba no treponémica
PT	Prueba treponémica
PrEP	Profilaxis pre exposición

RAL	Raltegravir
RX	Radiografía
TAF	Tenofovir alafenamida fumarato
TARV	Tratamiento antirretroviral
TDF	Tenofovir
VHB	Virus de hepatitis B
VHC	Virus de hepatitis C

Índice

Marco estratégico 6
Acciones estratégicas priorizadas 8
Infección por VIH 13
Sífilis 20
Infección por virus de la hepatitis B (VHB) 26
Chagas 29
Anexo 1. Lactancia en contexto de infección por VIH en Argentina 32
Anexo 2. Drogas y dosis 46
Anexo 3. Cuestionario para la evaluación de alergia a penicilina 49
Anexo 4. Desensibilización oral a penicilina 52

Marco estratégico

Desde el 2010, los Estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han asumido el compromiso de impulsar la eliminación de la transmisión materno infantil (ETMI) de la infección por el VIH y la sífilis. Estos compromisos se renovaron y ampliaron en el año 2016 mediante la aprobación del "Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021". Este Plan amplía la iniciativa de ETMI (la renombra "ETMI-Plus") para incluir la eliminación de otras enfermedades transmisibles prevenibles en la región, como la hepatitis B y la enfermedad de Chagas.

Las metas de impacto para la eliminación que se han definido son:

- Reducir la tasa de transmisión materno infantil del VIH a 2% o menos;
- Reducir la incidencia de la sífilis congénita (incluidos los mortinatos) a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos vivos;
- Reducir la prevalencia del antígeno de superficie de VHB (HBsAg) en los niños de 4 a 6 años de edad a 0,1% o menos;
- Lograr que por lo menos un 90% de los niños con la enfermedad de Chagas se curen y tengan un resultado serológico negativo después del tratamiento.

En la Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación trabaja con este abordaje integral desde el año 2010 y lo formalizó en el 2014 con la elaboración del marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis y la enfermedad de Chagas. En la actualidad se encuentra evaluando una revisión en la estrategia de eliminación, priorizando el abordaje subnacional tanto para el diseño de acciones como para el monitoreo de avances en las metas programáticas.

La iniciativa ETMI-Plus tiene por objetivo no sólo lograr sino mantener la eliminación de la transmisión materno infantil de la infección por el VIH, la sífilis, la enfermedad de Chagas y la infección perinatal por el virus de la hepatitis B (VHB) como eventos que constituyen un problema para la salud pública.

Para lograr estos objetivos, se plantean las siguientes metas programáticas:

Infección por VIH y sífilis

- Aumentar a un 95% o más la cobertura del tamizaje de estas infecciones en las embarazadas.
- Aumentar a un 95% o más la cobertura del tratamiento adecuado de estas infecciones en las embarazadas.

Hepatitis B

- Aumentar a un 95% o más la cobertura con la dosis de la vacuna al nacer, aplicada oportunamente (en las primeras 24 horas de vida).
- Aumentar a un 95% o más la cobertura con la tercera dosis de la vacuna en la niñez.
- Aumentar a un 85% o más la cobertura con la dosis de la vacuna al nacer, aplicada oportunamente, y con la tercera dosis de la vacuna en todas las provincias o áreas territoriales (meta secundaria).
- Aumentar a un 80% o más la cobertura con pruebas para la detección del HBsAg en las embarazadas (meta secundaria).
- Aumentar a un 80% o más la administración de inmunoglobulina a recién nacidos de embarazadas infectadas por el VHB (meta secundaria).

Chagas

- Aumentar a un 90% o más el tamizaje de las embarazadas.
- Aumentar a un 90% o más el tamizaje de los recién nacidos de embarazadas seropositivas.
- Aumentar a un 90% o más el tratamiento post gestacional de las embarazadas detectadas.

Como parte de las herramientas para avanzar en dar cumplimiento al compromiso país con la iniciativa ETMI-Plus, en 2019 se creó en la Comisión Nacional de Gestión Integrada para la vigilancia, prevención y eliminación de la Trasmisión Perinatal de VIH, Sífilis, Hepatitis B y el control de Chagas congénito en Argentina (CoNaGei-TP) Res. 1734/2019. Entre algunos de sus propósitos y funciones se encuentran:

- Co-elaborar las metas de eliminación y control de manera conjunta con las provincias, sociedades científicas y autoridades nacionales y jurisdiccionales;
- La construcción de recomendaciones, guías o normativas para la vigilancia, diagnóstico, prevención y tratamiento.

Este modelo de gestión integrada ha sido replicado en algunas jurisdicciones formalizando espacios para el análisis y toma de decisiones en lo relativo a las acciones vinculadas a ETMI-PLus. Para avanzar en una estrategia de monitoreo sub nacional resulta imprescindible contar con equipos que se conformen con la totalidad de las áreas de gestión involucradas en los cursos de vida incluidos en esta estrategia de eliminación.

En la Argentina, el cumplimiento de las metas propuestas para 2021 no ha sido alcanzado aún y resulta necesario redoblar los esfuerzos para alcanzar dichas metas en el futuro. Esto obliga a priorizar un modelo de abordaje integral de la salud de las embarazadas y sus familias, jerarquizando las acciones en el Primer Nivel de Atención. Dentro entonces de ese marco estratégico, se podrán llevar adelante líneas de acción, adecuadas siempre a cada escenario jurisdiccional.

Acciones estratégicas priorizadas

1- Promover el abordaje integral desde la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud

La prevención de la transmisión vertical de infecciones obliga a implementar un abordaje integral, extendiendo la atención no sólo a la embarazada sino también a su entorno familiar. De esa forma, podrán identificarse tempranamente los determinantes de salud y las intervenciones necesarias que permitan hacer efectivas las medidas de prevención (controles, estudios diagnósticos del grupo familiar y tratamientos).

Otra herramienta recomendada para el abordaje programático de la sinfecciones perinatales es la creación y consolidación de Mesas de Gestión Integrales en cada jurisdicción, como un espacio de decisiones consensuadas de gestión para el logro de las metas propuestas. Además de la participación de las áreas responsables de prestación de servicios de salud y vigilancia epidemiológica, es importante la incorporación de los equipos de comunicación, lo cual contribuirá al diseño de instrumentos de comunicación adecuados a cada entorno, y atendiendo siempre al enfoque de derechos, culturas diversas y género.

La Atención Primaria de la Salud (APS) acerca la atención sanitaria al lugar donde las personas viven y trabajan, buscando garantizar el acceso a la salud de manera equitativa a toda la población. Esta estrategia de abordaje mejora sustancialmente el estado de salud bio-psico-social de las comunidades. La descentralización de la atención y cuidado desde la APS se posiciona como eje central de la política sanitaria, con un enfoque claro en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Esta estrategia se reconoce como la más efectiva para disminuir los costos asociados al cuidado de la salud.

Una de los ejes de acción principal en la APS es la coordinación de acciones entre los equipos interdisciplinarios y la comunidad, ambos fundamentales en el proceso de cuidado. En esta coordinación de esfuerzos se consideran los determinantes sociales, condiciones sociosanitarias locales con el propósito de mejorar y empoderar a la comunidad en cuanto a su bienestar individual y colectivo.

La APS puede y debe ejercer un rol preventivo y proactivo, trabajando en estrecha colaboración con la comunidad para educar sobre los factores de riesgo, promover la gestión autónoma de la salud y fomentar estilos de vida saludables. Además, ejerce un rol crucial en informar y facilitar el acceso a testeos rápidos de las infecciones que se transmiten por vía vertical en efectores de salud. También articula e integra los cuidados entre diferentes niveles del sistema de salud, para una atención continua y efectiva de las embarazadas y sus hijos.

Los equipos interdisciplinarios de APS del Primer Nivel de Atención están capacitados y entrenados para diagnosticar de manera temprana y oportuna, así como para prevenir, tratar y dar seguimiento a personas con VIH, infecciones de transmisión sexual (ITS) y hepatitis virales. La APS es la piedra angular de este proceso, alivianando la demanda de los servicios de mayor complejidad, optimizando recursos y garantizando una atención equitativa y de calidad. Se establece en los territorios como un espacio de escucha activa e inclusiva, superando barreras culturales y lingüísticas, estigma y discriminación, detectando desafíos geográficos, económicos y sociales, situaciones de violencias basadas en el género. La utilización sistemática de la búsqueda activa, la detección temprana y la intervención oportuna, marca el camino hacia la mejora de resultados en materia de prevención, promoción y cuidado de la salud de las personas. Esta modalidad de trabajo toma particular relevancia para el VIH, otras ITS, hepatitis virales, Chagas y la tuberculosis.

Identificar los circuitos locales que concurren a los objetivos programáticos, definir e institucionalizar lo más posible las vías de comunicación entre todos los equipos disciplinarios involucrados.

2- Ampliar los Servicios de cuidado pregestacional

Como parte de la prevención para disminuir las infecciones de TV, existen acciones que aportan al diagnóstico y tratamiento de las ITS y Chagas fuera del contexto del embarazo y que disminuyen el riesgo de que ocurra un evento de transmisión en el futuro.

El fomento activo y la prestación de servicios de atención pregestacional para personas con capacidad de gestar y su/s pareja/s -en cualquier nivel de atención- contribuirán a la prevención primaria de la infección por VIH, sífilis y VHB. Es importante tener en cuenta que en el grupo de personas menores de 24 años la incidencia de estas infecciones presenta una tendencia creciente.

La detección de casos confirmados de cualquiera de las cuatro infecciones contenidas en ETMI-Plus antes del embarazo permite iniciar un tratamiento adecuado, disminuyendo el riesgo de transmisión perinatal a futuro.

En el caso de Chagas, posibilita el tratamiento de la mujer, que ha demostrado disminuir el riesgo de transmisión en futuros embarazos. Permite también la pesquisa de otros casos en la familia y el acceso a tratamiento de aquellos en los que se confirma la infección.

El tamizaje para Chagas, VIH, sífilis, VHB y VHC debe ser incluido como una práctica recomendada en la prestación de servicios de salud de las mujeres.

3- Expandir el uso de pruebas rápidas en centros de atención

La puesta en práctica de tecnologías y estrategias de detección sencillas y de bajo costo del VIH, de la sífilis y de la VHB, contribuirá al aumento acelerado de la cobertura, el acceso al diagnóstico eficaz y el tratamiento oportuno. Y conlleva, a su vez, una mejora en los vínculos con los servicios de atención y prevención.

Existe una oferta creciente de pruebas rápidas de detección del VIH, la sífilis y la hepatitis B que se pueden llevar a cabo en el lugar de atención. La mayoría de las pruebas rápidas permiten utilizar muestras de sangre completa extraídas con un pinchazo en el dedo, obteniendo los resultados en menos de una hora. Personal ajeno al laboratorio, que esté bien capacitado, adecuadamente supervisado y con aval regulatorio jurisdiccional, puede llevar a cabo estas pruebas, que pueden utilizarse en todos los entornos, incluidos los de escasos recursos con una infraestructura limitada.

El marco normativo nacional esta descripto en la Resolución 1340/2013 del Ministerio de Salud Pública -**Recomendaciones para la implementación de test rápidos en el diagnóstico de VIH y otras ITS**-.

Allí se menciona entre otras medidas normativas, la obligatoriedad de realizar controles de calidad en la práctica de pruebas rápidas.

En esa línea y en el marco de la actividad de la Comisión de VIH/ hepatitis de Mercosur se elaboró un **Protocolo único para la elaboración de paneles de muestra seca en tubo para control de calidad con pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis C**. Disponible en: www.argentina.gob.ar/salud/anlis/inei/guias-y-protocolos

4- Reforzar el asesoramiento sobre las prácticas sexuales seguras, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de la embarazada y su/s pareja/s en todos los niveles de atención, con particular énfasis en el primer nivel

En la evaluación inicial y en los trimestres subsiguientes de la gestación debe incluirse el tamizaje para sífilis y VIH. El tamizaje para VHB y Chagas se realiza en la primera consulta de cuidado pre gestacional y no es necesario repetirlo, excepto en escenarios de nueva exposición.

La identificación de muestras de laboratorio como pertenecientes a embarazadas y su/s pareja/s, en combinación con sistemas de alerta frente a resultados positivos, permite la búsqueda activa y un oportuno acceso al tratamiento y consejería de la familia.

A partir del año 2013, la Resolución 1340/2013 del Boletín Oficial recomienda el ofrecimiento activo de serologías a la/s pareja/s de la embarazada. Esta práctica requiere ser jerarquizada por los equipos, facilitando los procesos que permitan su efectivización (por ejemplo: extensión horaria de turnos para extracciones o turnos protegidos, implementación de estrategias innovadoras como uso de autotest, etc).

Es importante el acompañamiento por parte de todos los integrantes del equipo de salud para efectivizar un abordaje y acompañamiento integrales a la embarazada y su familia. Las actividades de capacitación y sensibilización para los equipos son herramientas valiosas para incidir y generar cambios culturales en el modo de acompañar el recorrido de las familias en su contacto con el sistema de salud.

Es indispensable trabajar la importancia de conceptos clave en el asesoramiento:

- La transmisión perinatal de infecciones es más probable si la embarazada tiene una infección aguda;
- Adecuar el asesoramiento sobre prevención del VIH y las ITS de acuerdo a las prácticas sexuales de la embarazada. Remarcar la necesidad del uso de preservativo y/o campo de látex aun durante el embarazo;
- Si la/s pareja/s de la embarazada tuviera confirmación de infección por VIH con CV detectable, evaluar el uso de Profilaxis Pre Exposición (PrEP) en la embarazada. Esta decisión requiere la evaluación por parte de un profesional especialista. Si no estuviera disponible en el primer nivel de atención referenciar al nivel de atención superior que cuente con especialista;
- Incentivar la oferta y provisión de Profilaxis Post Exposición (PEP) en embarazadas en caso de una relación sexual sin uso de preservativo u otra situación de exposición. Es importante consultar por la PEP dentro de las 72 horas;

Inicio de tratamiento oportuno: el uso de pruebas diagnósticas en puntos de atención permite el inicio sin demoras innecesarias de los tratamientos recomendados para cada una de las infecciones, logrando mejores resultados tanto para la salud de la embarazada como para disminuir el riesgo de transmisión.

La oportunidad de inicio de tratamiento inmediato debe priorizarse. Para eso el conocimiento de los algoritmos diagnósticos, de los tratamientos de inicio y la disponibilidad de las drogas en el punto de atención resultan indispensables. El cumplimiento de estas premisas son particularmente trascendentes en el diagnóstico y tratamiento oportuno de la sífilis gestacional.

En el caso de la infección por VIH, las estrategias de descentralización avanzan hacia la incorporación del primer nivel de atención en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas que viven con VIH. En el caso particular de las embarazadas debe garantizarse la referencia a niveles superiores de atención acorde a las normas vigentes sobre cuidado prenatal. Esta referencia no debe demorar el inicio del tratamiento.

5- Jerarquizar la continuidad de seguimiento en el posparto

Articulación con servicios de atención de adultos de todos los eventos que se hubieran detectado durante la gestación y requieran seguimiento, de forma tal que se garantice la salud posparto y que un futuro embarazo sea buscado en el contexto de una persona tratada y en seguimiento.

6- Priorizar como parte del abordaje de la salud del recién nacido el seguimiento y eventuales tratamientos vinculados a infecciones de transmisión perinatal

Capacitar a los equipos involucrados en la salud del recién nacido (RN) en la importancia de realizar seguimiento adecuado de estos eventos, con el fin de descartar o confirmar la transmisión perinatal de las infecciones y acceder a tratamientos oportunos. Evitar la fragmentación de la asistencia del RN.

7- Optimizar la gestión de la información

Disponer de datos de calidad es un elemento crucial para la formulación de políticas de salud. Dentro de ese marco, la vigilancia de casos es una herramienta central para la toma de decisiones, tanto en el ámbito de la gestión del paciente como de la gestión de la información. El cumplimiento de la notificación obligatoria, acorde a las normas de vigilancia para cada evento, aporta la calidad necesaria a cada dato registrado.

En las organizaciones de salud, la adecuada gestión de la información tiene una relación directa con el mejoramiento de la calidad asistencial y la eficiencia de los servicios.

El Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS 2.0) es el sistema único de notificación de casos para los Eventos de Notificación Obligatoria en la Argentina, entre los que se cuentan todas las patologías asociadas a la iniciativa ETMI-Plus, tanto en la embarazada como en el niño. Debe promoverse en todo el sistema de salud no solo el cumplimiento de la obligación de notificar, sino el uso de la información que permite una trazabilidad desde la detección de la infección en el embarazo, su confirmación y tratamiento, así como los estudios para el diagnóstico de los niños, instruyendo a los miembros de los equipos para su participación en el SNVS.

En el caso particular de la prevención de la transmisión perinatal de infecciones, disponer de datos de calidad sobre el diagnóstico y tratamiento de la embarazada es la herramienta fundamental para la toma de decisiones, tanto durante el embarazo y el momento del parto, como para el diagnóstico y seguimiento del recién nacido. La ausencia de esa información puede generar oportunidades perdidas para prevenir, así como también intervenciones terapéuticas innecesarias con potencial de daño.

La vigilancia activa del caso permite también dar continuidad a los procesos de seguimiento que permiten confirmar o descartar la ocurrencia de transmisión.

Cada uno de los algoritmos clínicos presentados en este documento, se asocia a uno o más eventos de notificación obligatoria definidos en **Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria**.

En cada algoritmo se detalla con un

el evento de vigilancia asociado.

Abordaje integral de la salud de la mujer/embarazada y su familia

Expansión del uso de pruebas rápidas y tratamientos inmediatos en primer nivel de atención

Cuidado pregestacional

- Ampliar y fomentar el cuidado pregestacional.
- Acceso a Salud Sexual.
- Diagnóstico y tratamiento adecuados.

Cuidado del embarazo y parto

- En el primer control prenatal realizar/solicitar las serologías para sífilis, VHB, Chagas y VIH. Repetir en cada trimestre las pruebas de sífilis y VIH.
- Ofrecimiento activo de tamizaje a la/s pareja/s de la embaradaza optimizando el acceso.
- Diagnóstico oportuno y tratamiento adecuados.
- Importancia del uso de preservativo durante el embarazo.
- Búsqueda activa de embaradazas para acceso a cuidado.

Cuidado de la madre y de los niños

- Diagnóstico oportuno y tratamiento adecuados.
- Seguimiento hasta confirmar o descartar la transmisión vertical de la infección como parte del cuidado de la salud.

Enfoque de derechos e interculturalidad

Cumplimiento de la notificación obligatoria acorde a las normas de vigilancia (SNVS 2.0)

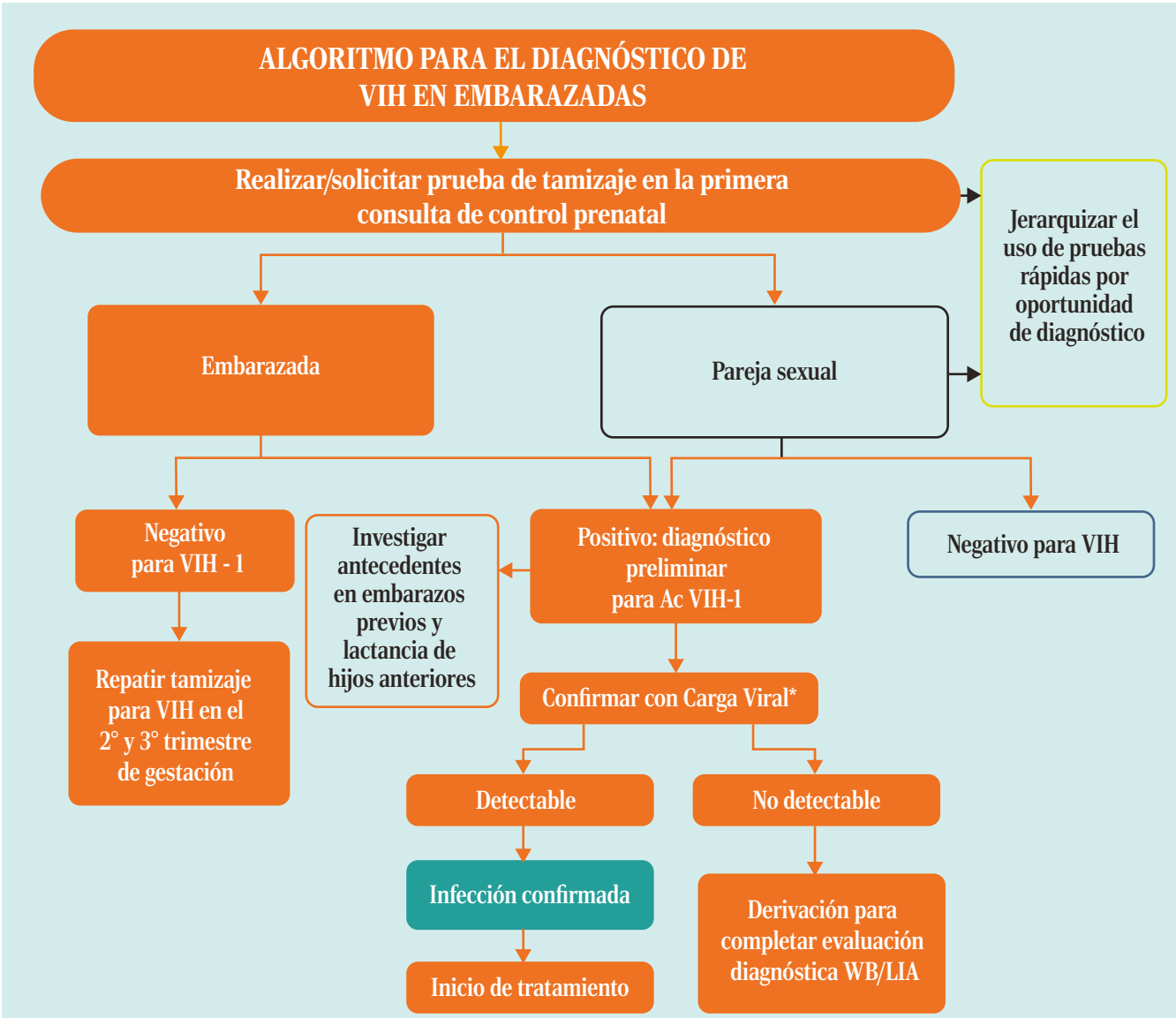
Infección por VIH

Evento de vigilancia epidemiológica: *VIH en embarazo SNVS 2.0*

Diagnóstico en embarazadas y población adulta en general

Es importante, como parte del cuidado pregestacional, la oferta de diagnóstico de VIH y el tratamiento ARV en mujeres, con el fin de mejorar la salud de la persona infectada y disminuir así la transmisión perinatal en futuros embarazos.

Realizar/solicitar pruebas para VIH en la primera consulta prenatal y repetir en cada trimestre de la gestación.



1. El algoritmo diagnóstico durante el embarazo no difiere de aquel que se realiza en otras personas adultas.
2. Se prioriza el uso de pruebas rápidas de 4ª generación para VIH en la primera consulta obstétrica en el Primer Nivel de Atención, en tiempo real y que permita tomar una conducta terapéutica activa en el mismo momento si fuera necesario.
3. Ofrecimiento del testeo a la/s pareja/s. Se prioriza el uso de pruebas rápidas para no desaprovechar oportunidades diagnósticas.
4. La solicitud de ELISA en la primera consulta prenatal se recomienda en aquellas jurisdicciones y centros donde pueda garantizarse la realización de la misma en menos de siete días o en aquellas situaciones donde sea necesario realizar un segundo método serológico confirmatorio.
5. El embarazo constituye un ESCENARIO CLÍNICO DE URGENCIA en términos de diagnóstico e inicio de tratamiento antirretroviral. En aquellas jurisdicciones donde la confirmación diagnóstica por CV se vea demorada (más de siete días en disponer del resultado), podrá confirmarse la infección con la realización de al menos dos pruebas de tamizaje seriadas, de diferentes técnicas (incluye la determinación por prueba rápida), que en caso de ser ambas reactivas tienen un alto poder predictivo. Siempre que sea posible usar pruebas de tamizaje de 4ª generación (detectan simultáneamente anticuerpos y antígenos del VIH). Si se utilizaran pruebas de 3ª generación (que NO detectan antígenos) tener en cuenta que el período de ventana se extiende a 22-25 días post-exposición.

En este escenario clínico se debe obtener la muestra para CV para su derivación antes de iniciar el tratamiento. Las condiciones de conservación para derivación se encuentran disponibles en cada laboratorio.

Debe garantizarse que la decisión de iniciar tratamiento antirretroviaral en estos escenarios sea consensuada con la embarazada luego de un proceso de asesoramiento sobre los riesgos y beneficios de la indicación.

En aquellas jurisdicciones donde la demora para la disponibilidad del resultado de carga viral sea menor a siete días, y dependiendo de la edad gestacional de la persona (<20 sem) y de la evaluación de accesibilidad a los servicios de salud, podrá aguardarse el resultado confirmatorio para iniciar el tratamiento antirretroviral.

Tratamiento antirretroviral durante el embarazo

Las embarazadas, al igual que el resto de las personas diagnosticadas con VIH, deben iniciar terapia antirretroviral (TARV) lo más cercano posible al momento de la confirmación diagnóstica. Es este escenario, el TARV tiene dos objetivos fundamentales:

1. Mejorar la salud de la embarazada;
2. Reducir el riesgo de transmisión perinatal del VIH y de su/s pareja/s sexual/es.

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

Evaluación inicial: recuento de CD4, CV, antecedentes de TARV, test de resistencia, presencia de comorbilidades (TB, VHB, VHC, otras ITS). Solicitud de serologías a la/s pareja/s sexual/es. Completar esquemas de vacunación de acuerdo al calendario nacional para embarazadas.

Tratamiento antirretroviral

- Inicio precoz del TARV para la supresión completa de la CV.
- No es necesario esperar el resultado del test de resistencia para el inicio del tratamiento. Si se requirieran ajustes pueden realizarse al momento de disponer de los resultados.
- Las mujeres que se embarazan recibiendo un régimen ARV efectivo continúan con el mismo esquema, incluyendo a aquellas que reciben bi terapia.
- En personas con diagnóstico previo a la gestación pero que no reciben TARV al momento de la consulta tener en cuenta los tratamientos previamente utilizados para la selección del nuevo régimen ARV. En este caso es indispensable obtener una muestra para realizar test de resistencia diferido.
- Reforzar adherencia al TARV para alcanzar supresión sostenida de la CV y evitar el desarrollo de resistencia.

Consideraciones especiales sobre el uso de dolutegravir en embarazadas: a partir de la evidencia creciente de estudios y publicaciones internacionales y en concordancia con recomendaciones nacionales e internacionales se considera al dolutegravir como la droga de elección para inicio de tratamiento durante la gestación, sin restricciones según edad gestacional. No se han demostrado diferencias estadísticas significativas con respecto a defectos del cierre del tubo neural entre mujeres expuestas a DTG versus otros ARVs.

Esquemas de inicio de TARV en pacientes NAIVE

Las siguientes recomendaciones se encuentran disponibles en Recomendaciones para el inicio del tratamiento antirretroviral en adultos con infección por VIH-1, y pueden ser actualizadas acorde a la nueva evidencia científica.

Regímenes preferidos	
DTG 50 mg + TDF/FTC 300/200 mg o TDF/3TC 300/300 mg. FTC y 3TC se consideran opciones equivalentes e intercambiables entre sí.	En general APTO para inicio el mismo día de la confirmación diagnóstica. Evitar el uso de TDF en personas con *clearance* de creatinina calculado menor a 60 ml/min o con antecedentes de osteoporosis clinicamente establecida. De elección en embarazo y en personas con capacidad de gestar. En caso de asociación con rifampicina debe emplearse DTG en dosis de 50 mg cada 12 horas. Coformulación (3TC-TDF-DTG) disponible en el sistema público.
DTG 50 mg + ABC/3TC 600/300 mg	En general NO APTO para inicio en el día. Requiere descartar HLA-B*5701 previo al inicio. Requiere descartar hepatitis B crónica (HBsAg negativo). No se recomienda en personas con elevado riesgo cardiovascular (*score Framingham* mayor o igual a 20% o equivalente). Considerado alternativo en el embarazo por la necesidad previa de estudio HLA que difiere el inicio inmediato. En caso de asociación con rifampicina debe emplearse DTG en dosis de 50 mg cada 12 horas.

Regímenes alternativos	
RAL 400 mg	Reservado para personas en situaciones seleccionadas incluyendo (entre otras): Contraindicación formal o intolerancia documentada a esquema de primera línea y alternativos. Interacciones significativas. Administrar cada 12 horas. En función de datos que muestran menor eficacia, se considera no recomendado en personas con tuberculosis que reciban rifampicina. En asociación con ABC/3TC, no emplear en personas con CV basal ≥ 100.000. En asociación con ABC/3TC, no emplear en personas con elevado riesgo cardiovascular (*score Framingham* mayor o igual a 20% o equivalente). Considerada como droga alternativa para inicio en embarazadas.
DRV/r 800/100 mg + TDF/FTC 300/200 mg o TDF/3TC 300/300 mg. FTC y 3TC se consideran opciones equivalentes e intercambiables entre sí.	En general APTO para inicio el mismo día de la confirmación diagnóstica. Evitar el uso de TDF en personas con *clearance* de creatinina calculado menor a 60 ml/min o con antecedente de osteoporosis clínicamente establecida. Siempre que se prescriban esquemas que incluyan ritonavir o cobicistat, informar verbalmente y por escrito las interacciones más relevantes. Precaución en personas con antecedente conocido de alergia sulfonamidas. En embarazos DRV/r debe indicarse en dosis de 600/100 mg c/12 hs. En caso que la embarazada se encuentre indetectable con dosis de 800/100 mg es innecesaria la modificación de la dosis.
DRV/r 800/100 mg + ABC/3TC 600/300 mg	En general NO APTO para inicio en el día. Requiere descartar HLA-B*5701 previo al inicio. Requiere descartar hepatitis B crónica (HBsAg negativo). No se recomienda en personas con elevado riesgo cardiovascular (*score Framingham* mayor o igual a 20% o equivalente). Evaluar impacto metabólico de IP. Siempre que se prescriban esquemas que incluyan ritonavir o cobicistat, informar verbalmente y por escrito las interacciones más relevantes. Precaución en personas con antecedente conocido de alergia a sulfonamidas. Administrar con las comidas.

Regímenes no recomendados	
AZT/3TC 600/300 mg	No recomendada por posología y toxicidad.
EFV 600 mg	No recomendada por toxicidad y eficacia, excepto en personas con tuberculosis que reciben rifampicina.
Cobicistat	No recomendado en cualquiera de sus formulaciones por una disminución en la concentración durante el embarazo que puede generar niveles subóptimos de las drogas asociadas.

Modo de finalización del embarazo y uso de profilaxis intraparto con AZT IV

La decisión del modo de finalización del embarazo requiere una evaluación individualizada por parte del equipo de salud y la participación con asesoría de la embarazada. Es un elemento central de este proceso disponer del resultado de una determinación de CV obtenida entre las semanas 34-36 de la gestación.

Los beneficios del parto por cesárea programada se han demostrado en pacientes con determinaciones de CV >1.000 copias/ml en semanas 34-36 de la gestación y no tiene un efecto de beneficio en aquellas embarazadas con CV <50 copias/ml. Si el resultado se informa entre 50 y 1.000 cp/ml, se requiere una valoración especializada que pueda tomar en cuenta entre otras variables el tratamiento ARV recibido, determinaciones previas de CV durante la gestación y la historia obstétrica. Se enfatiza la participación de la embarazada con asesoría en la toma de decisión.

Cuando la determinación de la CV en semanas 34/36 no se encuentra disponible y la embarazada no tuviera antecedentes de supresión virológica sostenida durante el embarazo y adecuada adherencia a tratamiento ARV, se sugiere finalización del embarazo por cesárea electiva.

Utilización de profilaxis intraparto con AZT IV

En embarazadas con carga viral <50 copias/ml en semanas 34/36, con adecuada adherencia no se requiere la infusión de AZT IV durante el parto.

En pacientes con valores de CV>50 pero <1.000 copias/ml se sugiere infusión de AZT IV.

En personas con CV>1.000 copias/ml o sin valores de CV disponibles en semanas 34/36, en fecha cercana al parto, se recomienda la infusión de AZT IV.

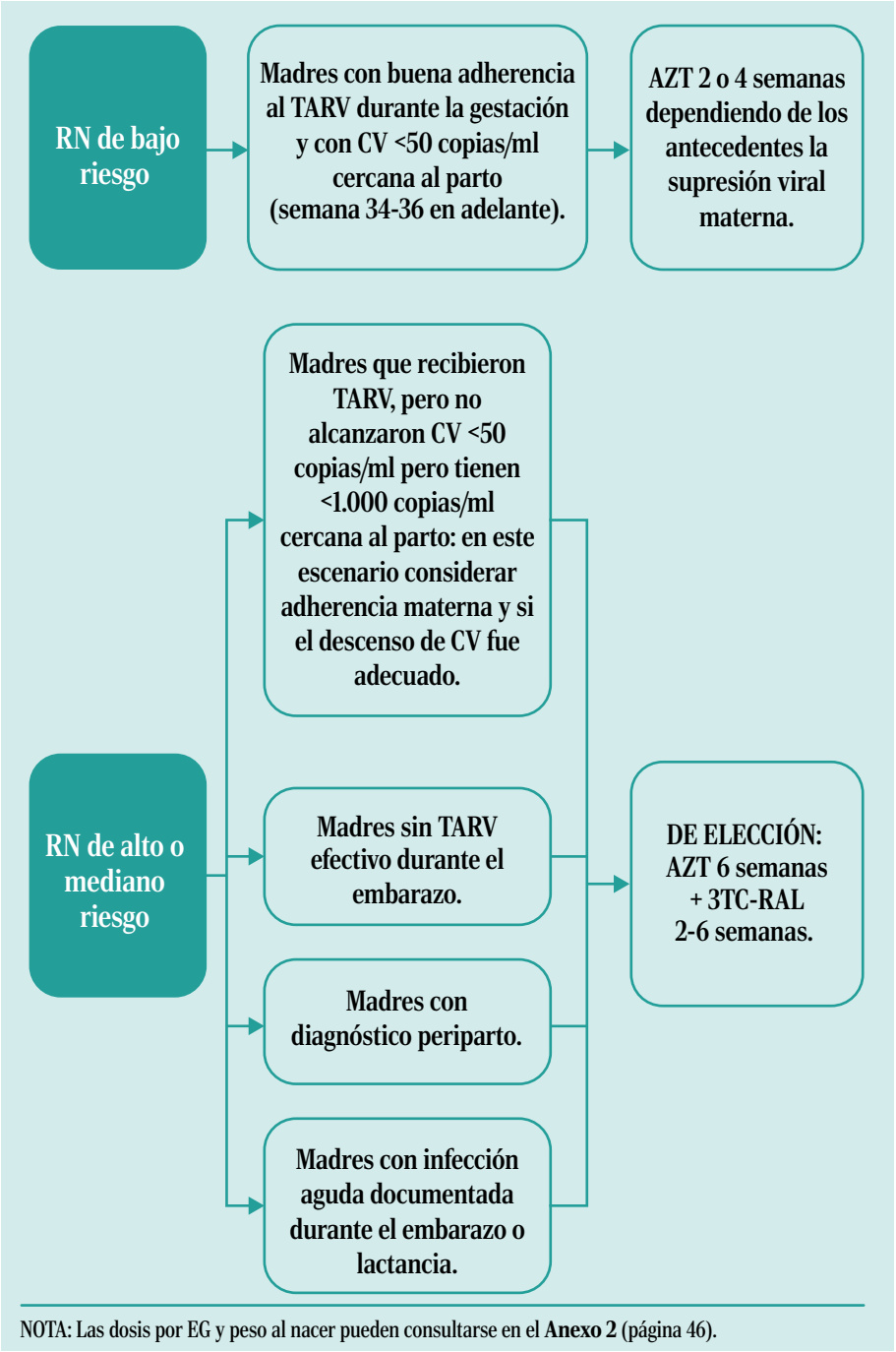
Se administra al inicio del trabajo de parto o dos horas antes de la cesárea electiva. La dosis de carga se infunde durante la primera hora.

- **Dosis de carga:** 2 mg/kg, diluida en dextrosa 5%.
- **Dosis de mantenimiento:** 1 mg/kg/hora hasta la ligadura del cordón.

Manejo del recién nacido expuesto a VIH

Existen diferentes escenarios de riesgo de TP de VIH de acuerdo a la valoración que se haga del tratamiento de la embarazada y los resultados de la CV realizada en las semanas 34-36 de la gestación. En función de esa valoración del riesgo, las estrategias de profilaxis varían en la cantidad de drogas ARV recomendadas, la combinación de las mismas, las dosis utilizadas y la duración de la profilaxis.

Se esquematizan a continuación los diversos escenarios.



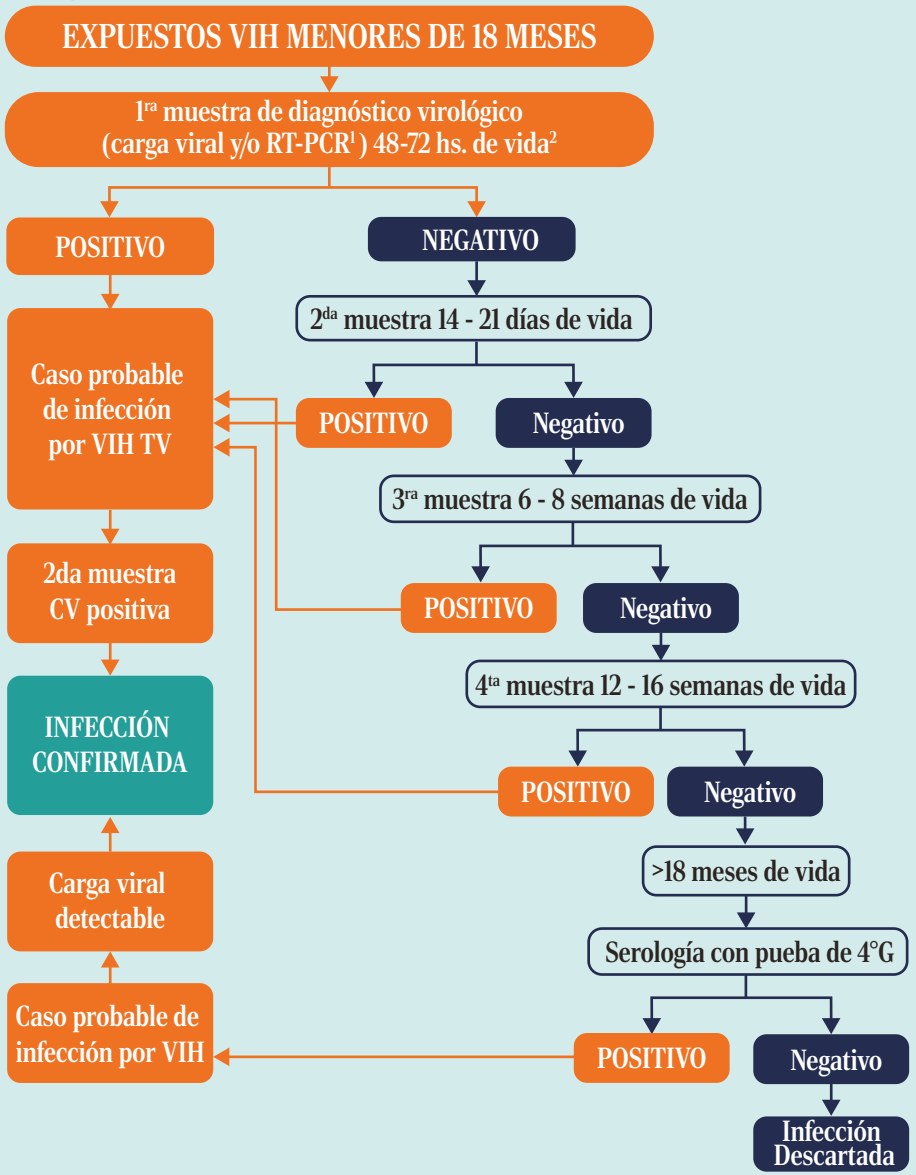
NOTA: Las dosis por EG y peso al nacer pueden consultarse en el **Anexo 2** (página 46).

Toda embarazada con CV detectable cercana al parto debe ser cuidadosamente evaluada en su historia de esquemas recibidos, abandonos previos de tratamiento, adherencia durante la gestación y perfil de resistencia conocido. Se recomienda en la evaluación por parte de especialistas para la toma de decisiones en este escenario.

De no disponer de un especialista en la institución, puede realizarse la consulta al área de TP de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, a través de: transmisionvertical@msal.gov.ar.

Evento de vigilancia epidemiológica: *VIH expuesto perinatal- SNVS 2.0*

Diagnóstico en expuestos/as menores de 18 meses



[1] Se desaconseja el uso de técnicas de detección de *DNA-proviral in - house*.
[2] Muestra obtenida previo al alta neonatal para almacenamiento y derivación. Es imprescindible su realización en RN clasificados como alto riesgo de TV y estén recibiendo esquemas de profilaxis ampliada con drogas ARV.
[3] Esta determinación entre las 12 y 16 semanas de vida resulta de fundamental valor diagnóstico teniendo en cuenta su mayor sensibilidad por estar alejada al menos 8 semanas de la finalización de la profilaxis neonatal con drogas ARV.

Lactancia

- Argentina se cuenta con alternativas seguras y efectivas para sustituir la lactancia materna y disminuir así el riesgo de transmisión del VIH a través de esa vía.
- Por lo tanto NO SE RECOMIENDA la lactancia materna en mujeres con infección por VIH.
- Existe evidencia científica que en escenarios de supresión virológica materna sostenida el riesgo de infección por VIH asociado a lactancia podría ser menor al 1%. En el **Anexo 1** se desarrollan las orientaciones para los equipos de salud sobre lactancia en contexto de infección por VIH.

Sífilis

- Realizar/solicitar pruebas para sífilis en la primera consulta prenatal y repetir en cada trimestre de la gestación y en el periparto si la última prueba tuviera más de 30 días a la fecha del parto. En embarazadas de 15 a 24 años evaluar repetir cada 60 días teniendo en cuenta la alta incidencia de ITS observada en ese grupo etario.
- Efectuar un diagnóstico temprano priorizando el uso de pruebas rápidas en la primera consulta prenatal.
- Disponibilidad de preservativos en los servicios de cuidado prenatal, con promoción de su uso así como también del campo de látex en las prácticas sexuales orales.
- Es fundamental el testeo, el tratamiento inmediato y el seguimiento de la/s pareja/s sexual/es de la embarazada como también descartar otras ITS. Su asistencia -o derivación con circuito protegido para el mismo- en el marco de la consulta de control prenatal en el primer nivel de atención es una oportunidad clave para evitar posibles reinfecciones.
- Realizar tratamiento inmediato con penicilina a la embarazada y a su/s pareja/s sin esperar resultados confirmatorios.
- Resulta indispensable el adecuado registro del tratamiento administrado a la embarazada en el instrumento de control del embarazo que cada jurisdicción utilice para que se encuentre disponible al momento del parto y evaluación del recién nacido. Debe constar claramente el número de dosis administradas con las fechas de administración legibles.
- Del mismo modo, el registro de los títulos de VDRL al momento del diagnóstico y durante el seguimiento post tratamiento de la embarazada, aportan información sensible para evaluar respuesta al tratamiento, como también para el diagnóstico de reinfección (descenso o aumento de títulos, persistencia de cicatriz serológica).
- Disponer en forma adecuada de esta información al momento del parto permite evitar un número de internaciones y tratamientos innecesarios en recién nacidos expuestos.

Evento de vigilancia epidemiológica: *Sífilis en embarazadas- SNVS 2.0*

Diagnóstico de sífilis en embarazadas

Escenario 1 – Inicio con prueba no treponémica

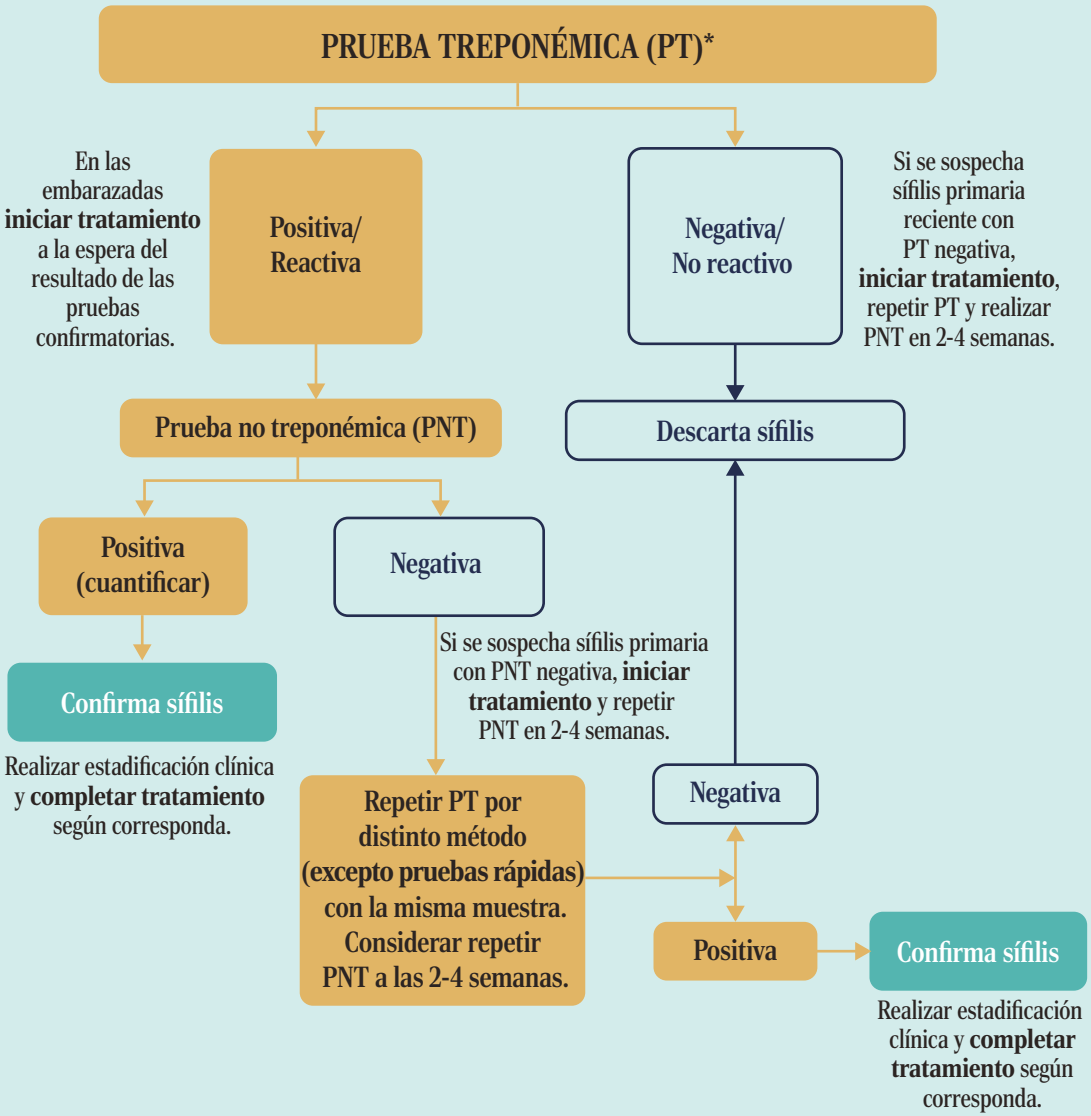
* Pruebas no treponémicas (PNT): Incluyen la VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), USR (VDRL modificada para suero no calentado) y RPR (prueba de reagina plasmática rápida, con agregado de partículas de carbón y lectura macroscópica).

Nota: En Argentina, personas de entre 15 y 24 años constituyen una de las poblaciones con elevada prevalencia de sífilis.

Evento de vigilancia epidemiológica: *Sífilis en embarazadas- SNVS 2.0*

Diagnóstico de sífilis en embarazadas

Escenario 2 – Inicio con prueba treponémica



*Si la PT se realizó mediante prueba rápida de sífilis fuera del laboratorio, informar siempre ese resultado al laboratorio, para que de resultar PNT negativa, se realice segunda PT.

Nota: En Argentina, personas de entre 15-24 años constituyen una de las poblaciones con elevada prevalencia de sífilis.

Recomendación de tratamiento de sífilis en la embarazada

El único tratamiento recomendado durante la gestación es la penicilina benzatínica, cuya indicación varía según el estadio clínico.

Sífilis primaria, secundaria y latente temprana:

- 1 dosis de penicilina benzatínica 2.400.000 UI IM.

Sífilis de duración desconocida, latente tardía y terciaria:

- 3 dosis de penicilina benzatínica 2.400.000 UI IM, con intervalos de una semana entre cada dosis.

El tratamiento se considera adecuado para la prevención de sífilis congénita si se INICIA 30 días antes del parto.

En personas con sospecha o antecedentes referidos de alergia a penicilina: utilizar el algoritmo del **Anexo 3** para evaluación de alergia a penicilina. En aquellas que luego de la evaluación se consideren de alto riesgo de anafilaxia, se procederá a la desensibilización a penicilina.

El seguimiento de la embarazada luego del tratamiento se realiza con PNT para evaluar la respuesta al tratamiento y vigilar que no ocurra reinfeccion. En este punto cobra particular valor la evaluacion y tratamiento de la/s pareja/s sexual/es.

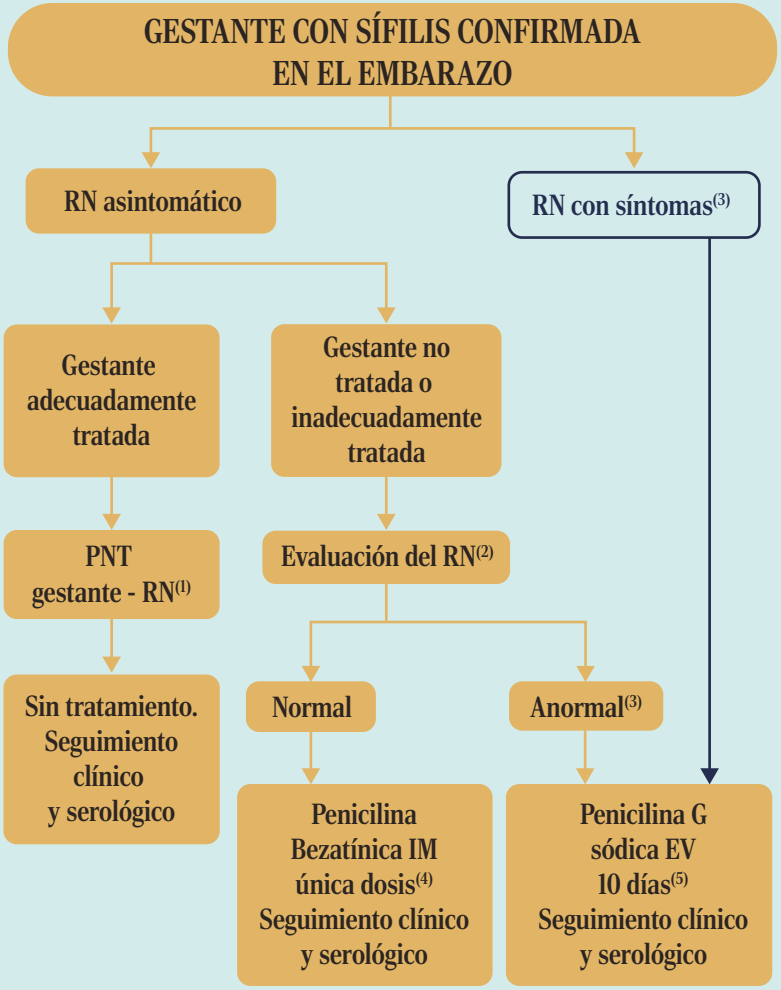
Solicitar una PNT a las 4-8 semanas de finalizado el tratamiento y luego una PNT cada 8 semanas. La variación de los títulos (tanto en su descenso como en su aumento) debe considerarse cuando es mayor de 4 títulos o 2 dilusiones.

Evento de vigilancia epidemiológica: *Sífilis congénita- SNVS 2.0*

Evaluación y tratamiento de sífilis en recién nacidos (RN) expuestos a sífilis gestacional

A partir de los distintos escenarios, en cuanto al diagnóstico de la embarazada y a las diferentes presentaciones clínicas y de laboratorio del RN, se determina el siguiente algoritmo de tratamiento.

Algoritmo para la evaluación y tratamiento de los RN expuestos a sífilis gestacional.



(1) Madre adecuadamente tratada: PNT madre-PRN (sobre un par serológico realizado al mismo tiempo):
- PNT neonato/PNT madre <= 4 títulos: no requiere tratamiento.
- Madre adecuadamente tratada (para SC): tratamiento con penicilina benzatínica según estadío de la infección INICIADO al menos 30 días antes del parto.

(2) Evaluación del RN (con madre inadecuadamente tratada):
- PNT madre-PRN (sobre un par serológico realizado al mismo tiempo).
- TGO/TGP.
- Hemograma.
- Rx de huesos largos.

(3) Evaluación anormal:
- PNT en neonato/PNT madre >4 títulos o;
- Aumento de las transaminasas o;
- Rx huesos largos patológica o;
- Anemia moderada a severa y plaquetopenia.

En RN sintomático o con evaluación anormal:
- PL para análisis citoquímico y VDRL/VDRL modificada.
- Rx huesos largos.
- Examen de orina.
- Hemograma.
- Hepatograma.
- Ecografía cerebral y abdominal.

(4) Tratamiento:
- Penicilina benzatínica IM 50.000 U/Kg, única dosis.

(5) Tratamiento:
- Penicilina G sódica EV 50.000 U/Kg/dosis, por 10 días: cada 12 h (≤1 semana de vida), cada 8h (>1 semana de vida).

Seguimiento del recién nacido

En todos los casos es fundamental el seguimiento clínico mensual, la evaluación oftalmológica y auditiva (en menores de 6 meses con OEA+ABR y en mayores de 6 meses con PEA) y serológico con pruebas no treponémicas a los 1, 3, 6 y 12 meses o hasta negativizar. Toda instancia de contacto de la familia con el equipo de salud durante ese período es una oportunidad para reforzar la necesidad de finalizar el seguimiento en forma adecuada (controles posparto, de salud neonatal y pediátrico, inmunizaciones, etc.). El registro del seguimiento de este evento en la Libreta sanitaria resulta una herramienta fundamental de apoyo para este proceso.

En RN con síntomas o evaluación anormal, que reciben tratamiento endovenoso y la respuesta al tratamiento fue adecuada, no será necesario repetir la PL.

Si no existe infección, los anticuerpos no treponémicos adquiridos por el RN en forma pasiva a través de la placenta, deben disminuir a los 3 meses de edad y desaparecer a los 6 meses. Los anticuerpos treponémicos adquiridos pueden tardar hasta 18 meses en desaparecer.

Indicaciones de retratamiento:

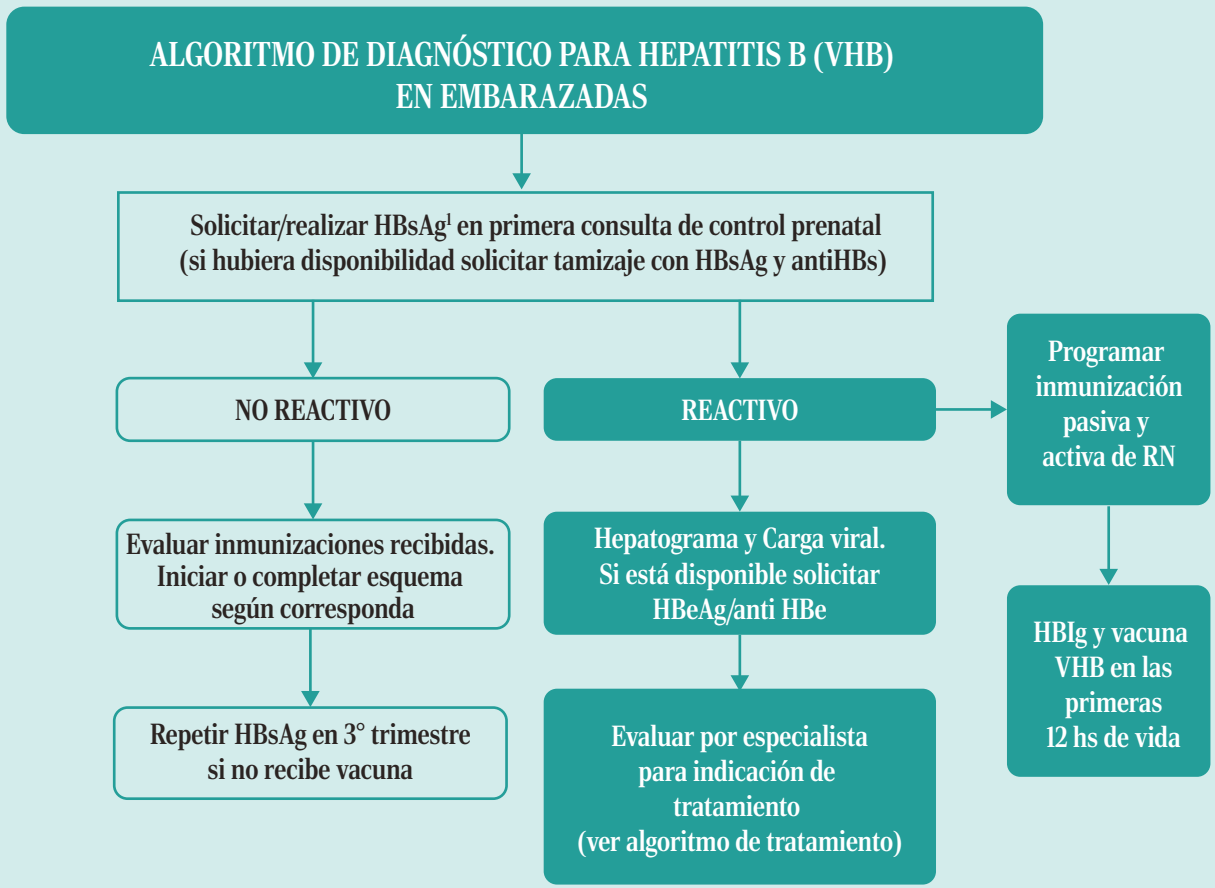
- Niños no tratados con PNT reactiva luego de los 6 meses.
- Niños tratados con PNT reactiva luego de los 12 meses.

Infección por virus de la hepatitis B (VHB)

Evento de vigilancia epidemiológica: *Hepatitis B en embarazadas- SNVS 2.0*

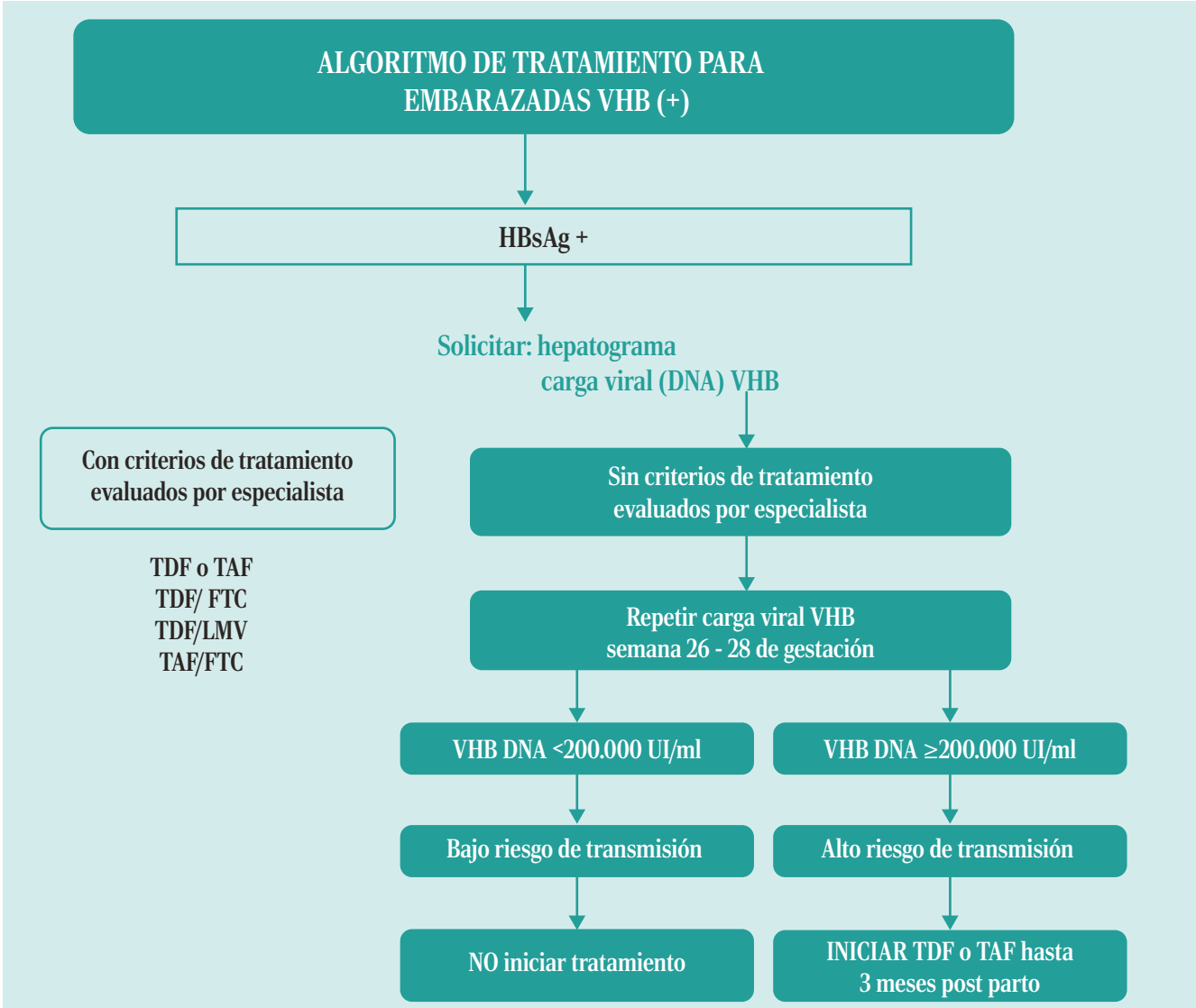
Diagnóstico en embarazadas

Solicitar HBsAg en primera consulta del control prenatal. En aquellas jurisdicciones donde no pueda garantizarse la realización del mismo se debe priorizar el uso de test rápidos.



Evento de vigilancia epidemiológica: *Hepatitis B en embarazadas- SNVS 2.0*

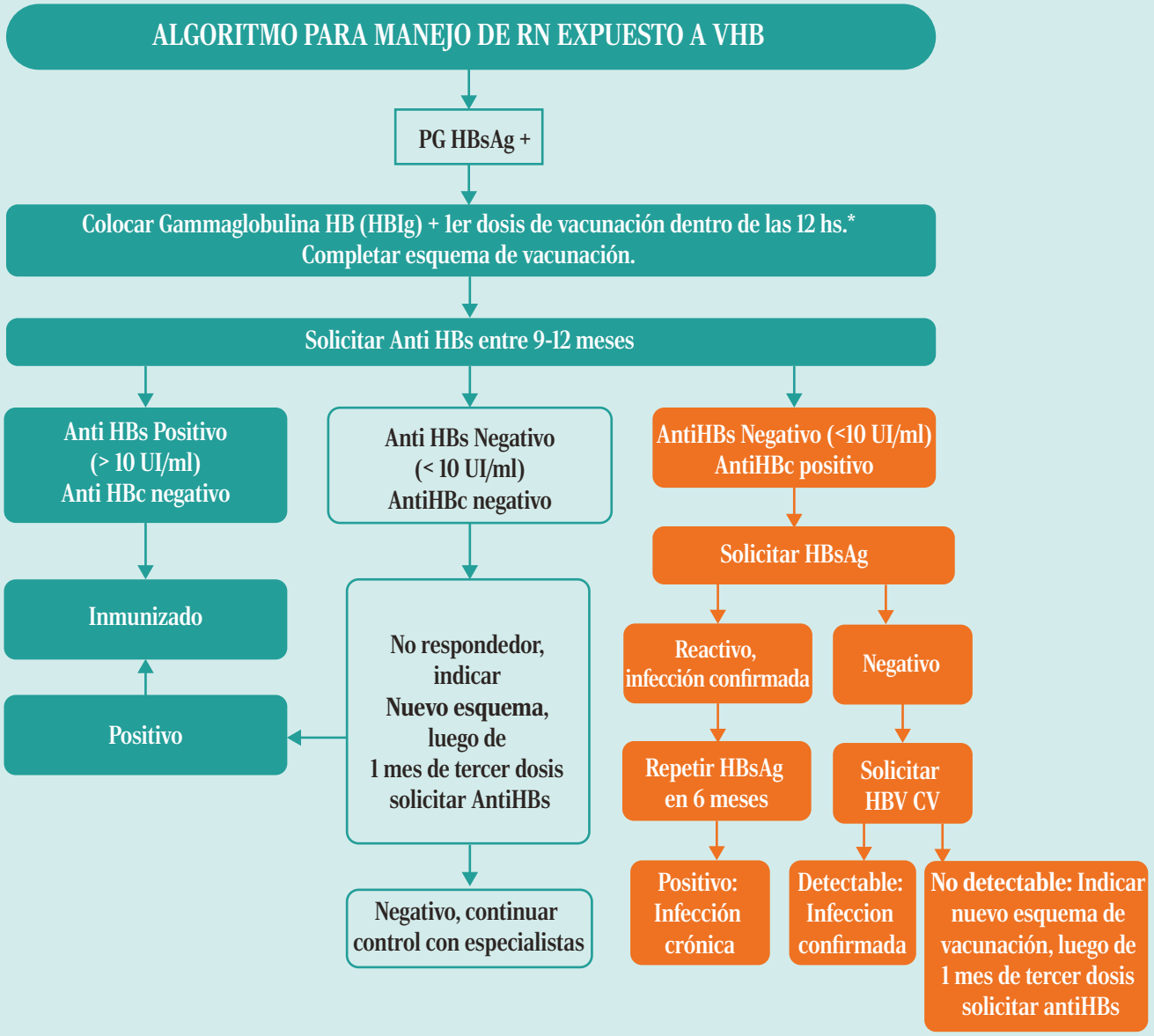
- Solicitar hepatograma y coagulograma.
- Solicitar HBage, antiHBe (solo si está disponible) y HBV DNA.
- Debe realizarse la cuantificación de HBV DNA en toda embarazada HBsAg positiva con el fin de indicar tratamiento con TDF o TAF. Se recomienda que el tratamiento sea evaluado y monitoreado por especialistas.



Nota: Todo RN de embarazada HBsAg+:

- Debe recibir vacuna VHB y HBIg en las primeras 12 hs de vida.
- La lactancia no está contraindicada.

Evento de vigilancia epidemiológica: *Hepatitis B expuesto a la transmisión vertical- SNVS 2.0*



*La administración de HBIg debe realizarse lo mas precozmente posible. Eficacia máxima en primeras 72 hs de vida. NO aplicar después de los 7 días de vida.

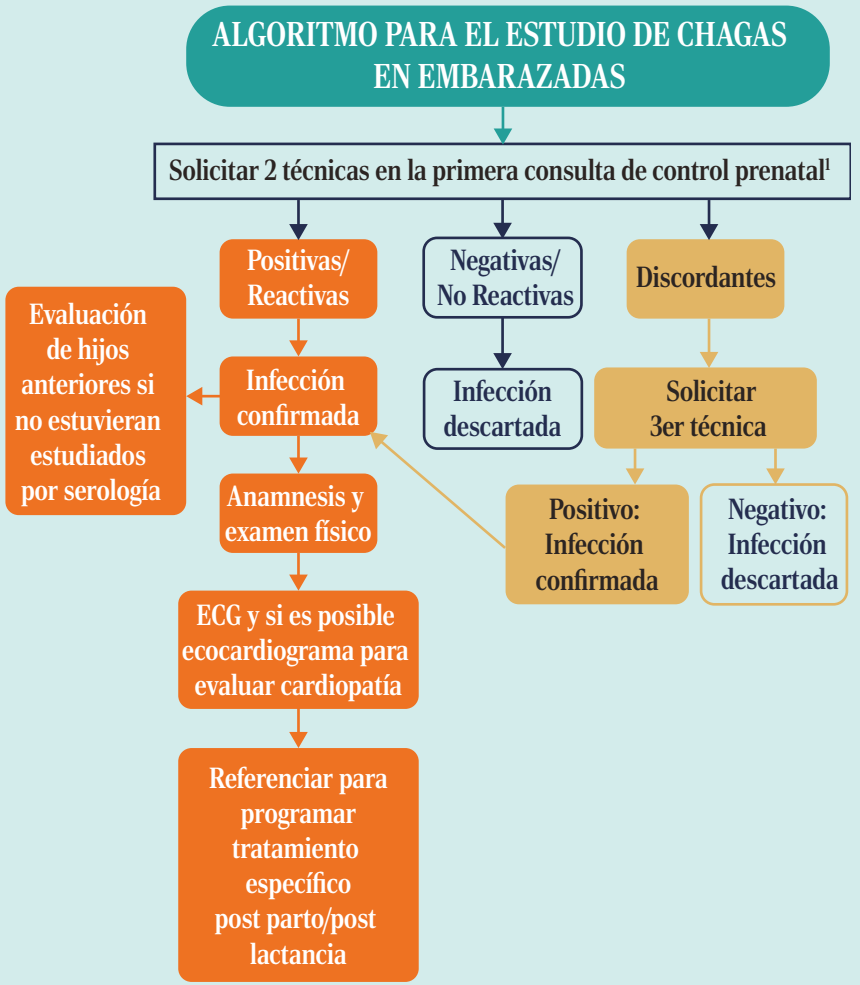
Chagas

Diagnóstico en embarazadas y población adulta en general

Es importante como parte del cuidado pregestacional la oferta de diagnóstico y tratamiento específico en mujeres, con el fin de disminuir la probabilidad de pasaje transplacentario de formas parasitarias infectantes en futuros embarazos.

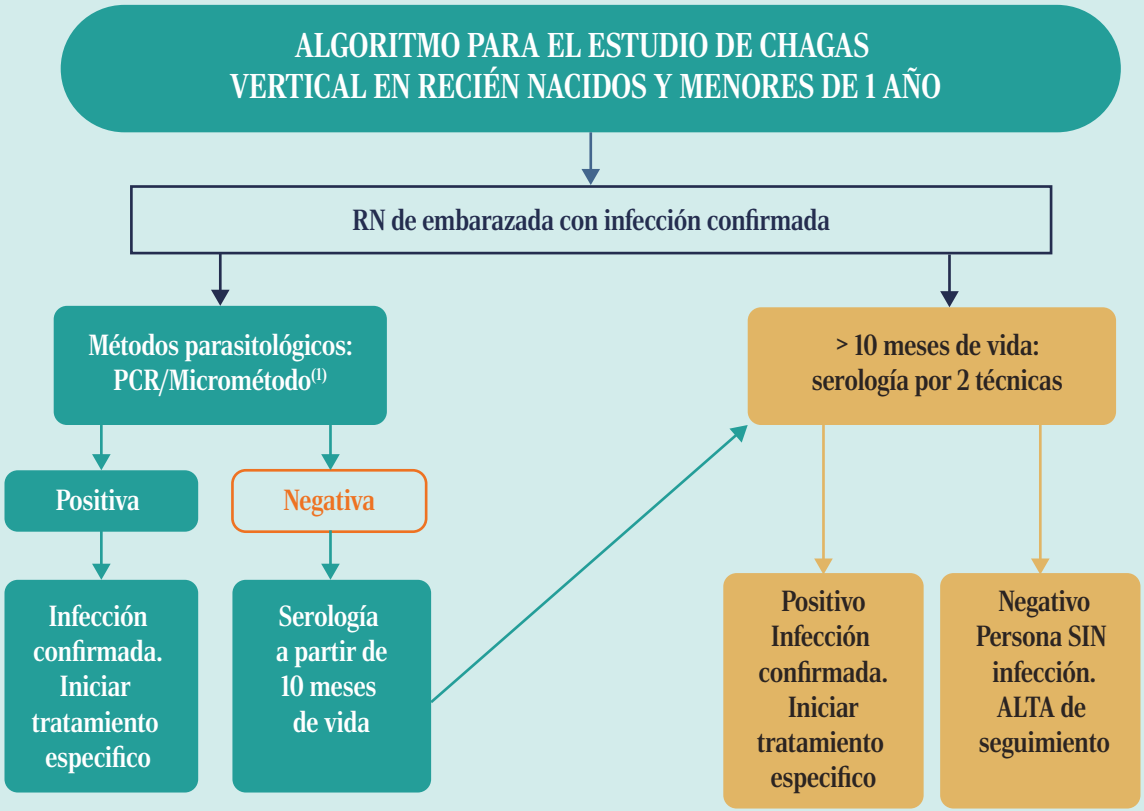
- En caso de detectar alteraciones en la evaluación cardiológica, derivación al especialista en cardiología.
- Seguimiento en puerperio para indicación de tratamiento específico. Puede realizarse durante el período de lactancia. Si por razones de oportunidad se requiriera el inicio en el puerperio, es importante destacar que el pasaje de benznidazol a leche materna no implica riesgos de toxicidad para el recién nacido.
- El Chagas no se transmite por leche materna, por lo tanto NO está contraindicada la lactancia.

Evento de vigilancia epidemiológica: *Chagas crónico en embarazadas- SNVS 2.0*



[1] El diagnóstico debe ser realizado a través del estándar diagnóstico (MSal, 2018b; OPS, Organización panamericana de la Salud, 2018). El mismo considera como infectada a una persona que tenga dos resultados reactivos de pruebas de diferentes principios y antígenos, entre las duplas: ELISA-HAI; ELISA-IFI; HAI-IFI. Las pruebas deben ser realizadas en paralelo y en caso de que sólo una resulte reactiva, se agrega una tercera que no haya sido utilizada en el primer procesamiento.

Evento de vigilancia epidemiológica: *Chagas agudo congénito/ vertical- SNVS 2.0*



[1] PCR: se refiere exclusivamente a la técnica de PCR en tiempo real que amplifica ADN satellite de *T. cruzi* aprobadas por la ANMAT. Si no estuviera disponible y se utiliza micrométodo, se sugiere realizarlo antes del alta neonatal o lo más cercanos posible al nacimiento.

A partir entonces del análisis de la evidencia local e internacional se consensuó la utilización de PCR en Tiempo Real en el Diagnóstico de Infección Vertical por *Trypanosoma cruzi*, con la implementación de una Red de Laboratorios de referencia.

Tratamiento de enfermedad de Chagas

- El tratamiento tripanocida en la fase aguda vertical reduce la gravedad de los síntomas y acortaría el curso clínico y la duración de la parasitemia detectable.
- El efecto tripanocida (demostrable por negativización de la parasitemia y/o de la serología) ocurre en más del 90% en los casos congénitos tratados durante el primer año de vida.
- En niños y adolescentes con infección crónica, el tratamiento tripanocida es en general bien tolerado y ha demostrado una alta tasa de respuesta al tratamiento, demostrable por una importante reducción de los títulos serológicos/seroconversión.
- Todas las guías y recomendaciones actuales coinciden en indicar que los niños y adolescentes con Chagas crónico deben ser tratados lo más precozmente posible, dado que presentan menos efectos adversos y mejor respuesta terapéutica.
- Un beneficio adicional del tratamiento en esta población es la reducción de la transmisión transplacentaria en la descendencia de las niñas y mujeres tratadas.
- A todo niño que reciba tratamiento tripanocida en área endémica, independientemente de que la infección haya sido adquirida por vía congénita, el Programa Provincial de Control de Vectores deberá intervenir para que la vivienda y el peridomicilio estén libres de triatominos.

Drogas disponibles

Benznidazol: se presenta en comprimidos birranurados de 12, 5, 50 y 100 mg.

Dosis:

- Todas las edades: 5-10 mg/kg/día, administrados en dos tomas diarias (cada 12 horas) luego de las comidas.

Se recomienda dosis máxima de 300 mg/día.

Nifurtimox: se presenta en comprimidos birranurados de 120 mg.

Dosis:

- Personas con menos de 40 Kg, 10 a 20 mg /Kd/día en tres tomas diarias (cada 8 horas);
- Adolescentes entre 40 y 60 kg, 12,5 a 15 mg/Kg/día;
- Personas de más de 60 kg: 8 a 10 mg/Kg/día en tres tomas diarias (cada 8 horas) con una dosis máxima de 720 mg/día.

A los niños que no puedan tragar los comprimidos enteros se les puede dar pulverizado y mezclado con una pequeña porción de alimento.

Las tomas deben administrarse luego de las comidas.

En prematuros o niños de bajo peso se recomienda iniciar el tratamiento con dosis bajas de la droga seleccionada, la que puede administrarse en una sola toma diaria. Luego se puede aumentar la dosis cada 48 a 72 horas, realizando control de hemograma hasta alcanzar la dosis terapéutica.

Anexo 1

Lactancia en contexto de infección por VIH en Argentina

Documento técnico intersectorial

2025

La lactancia en contexto de infección por VIH

Segunda reunión intersectorial - 19 de septiembre, 2024

Introducción

La transmisión vertical de la infección por VIH puede ocurrir durante el embarazo, el parto o a través de la lactancia. A partir de este concepto, durante décadas se recomendó sustituir la lactancia por leches de fórmula para la alimentación de niños expuestos al VIH como una herramienta más de prevención. Esta recomendación incluye la evaluación de la factibilidad de disponer no sólo de las fórmulas lácteas sino también de agua segura para su adecuada preparación. En aquellos escenarios donde estos requisitos no pudieran cumplirse, se recomienda no sustituir la lactancia y a lo largo de los años, se ensayaron diferentes esquemas de tratamientos antirretrovirales a las madres y sus hijos con el fin de disminuir el riesgo de transmisión durante la lactancia. La utilización de diferentes estrategias de tratamiento antirretroviral durante la lactancia se basó en el hecho que el mayor determinante de riesgo para la ocurrencia de la transmisión por esta vía es la carga viral de la embarazada.

La información reciente del uso de la terapia antirretroviral (TARV) en embarazadas durante al menos todo el embarazo, la supresión viral sostenida y el uso adecuado de profilaxis post exposición (PEP) neonatal, indica que el riesgo de transmisión del VIH a través de la leche materna puede estar entre el 0,3% y el 1%. Aún no es posible aplicar al escenario de la lactancia el paradigma de I=I (Indetectable=Intransmisible), teniendo en cuenta que la leche materna contiene no sólo ARN del VIH libre de células, sino además células inmunes que pueden albergar provirus del ADN del VIH con posible capacidad de infectar al lactante. El TARV permite alcanzar niveles indetectables de ARN de VIH libre, sin embargo no logra eliminar la presencia de ADN del VIH asociado a células, aunque su significado no está claro. Un estudio reciente de nuestro país permitió caracterizar en dos personas supresión viral sostenida durante más de 5 años, al ADN asociado a células, detectando niveles extremadamente bajos del mismo y en ningún caso la presencia de provirus intactos con capacidad de generar nuevas partículas virales.

Teniendo en cuenta la evidencia científica disponible, se generan otros escenarios posibles para la toma de decisiones compartidas sobre alimentación neonatal en contexto de infección por VIH. A partir de esa premisa, resulta necesario abordar el proceso de transferencia de conocimiento, para conectar y relacionar la nueva evidencia sobre lactancia y VIH con eventuales acciones destinadas a implementar esa práctica en forma segura.

El proceso completo incluye: identificación del problema, evidencia disponible, adaptación al contexto, identificación de barreras, diseño de las intervenciones para la implementación y evaluación de impacto del uso del conocimiento.

Con el uso y adaptación de la herramienta Diálogos Deliberativos, que permite la integración y deliberación intersectorial de la evidencia científica en un contexto determinado, se llevaron adelante una serie de reuniones intersectoriales que generaron el presente documento técnico. Su objetivo es ser una referencia para equipos de salud en el tema Lactancia en contexto de infección por VIH, no siendo una guía clínica por la metodología utilizada para desarrollo.

Lactancia en contexto de infección VIH en países de altos ingresos

Si bien no se recomienda ni se promueve la lactancia en la mayoría de los países de altos ingresos, en los últimos años algunas guías de servicios de salud que orientan las prácticas para la prevención del VIH perinatal han flexibilizado la proscripción de la lactancia, incorporando procesos de toma de decisión compartida entre la embarazada y el equipo de salud interdisciplinario, basado en la evidencia disponible (**Tabla 1**).

La Academia Americana de Pediatría recomienda la realización de consultas preconcepcionales por parte de un equipo multidisciplinario que incluya un pediatra, a un experto en VIH pediátrico, al obstetra e infectólogo del progenitor que amamanta, y a consultores de lactancia. En esta entrevista las personas que desean amamantar, deben ser informadas de que, aunque el riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia materna es probablemente mayor en las primeras 4 a 6 semanas, existe un riesgo menor pero continuo de transmisión durante todo el período de lactancia. La condición de supresión virológica reduce significativamente el riesgo de transmisión a través de la lactancia materna, pero existen casos raros de transmisión del VIH en ausencia de VIH documentado en el plasma de la persona que amamanta.

Tabla 1: Resumen de los documentos de recomendaciones sobre Lactancia en contexto de infección por VIH

	Suiza (2019)	BHIVA (2020)	OMS (2021)	EACS (2023)	DHHS (2023)	SADI (2023)
Recomendación	No se debe recomendar LH de rutina. **Decisión compartida** Escenario óptimo: madre bajo controles médicos regulares, tratamiento ARV y CVp indetectable a lo largo de todo el embarazo.	No se recomienda LH. La decisión de amamantar debería ser acompañada ante supresión virológica y adherencia a ART.	No debe restringirse la LH en escenarios en donde puede asegurarse la adherencia materna al TARV *.	No se recomienda LH. Asesoramiento sobre riesgo bajo pero no nulo de TMI. Acompañamiento en caso de adherencia óptima a ARV y supresión virológica.	Asesoramiento preconcepcional y durante el embarazo. La decisión de amamantar debería ser acompañada ante supresión virológica sostenida.	No se recomienda LH. Se contraindica en aquellas embarazadas que tuvieron viremia detectable o escasa adherencia al TARV durante el embarazo.
Duración máxima LH	4 meses	6 meses	24 meses (muy baja calidad de evidencia). 12 meses (baja calidad de evidencia).	6 meses	6 meses	6 meses
PPE extendida	No recomendada	No recomendada	A considerar según duración de LM.	No recomendada	La decisión deberá ser tomada en conjunto con los padres.	No se encuentra definida la duración de la misma.
Controles prenatales	2 determinaciones con intervalo de un mes, la última más allá de la semana 36.	A las 2-4 semanas de inicio de ARV, una determinación por trimestre y a las 36 semanas.	CVp a partir de semana 34.	CVp mensual	A las 2-4 semanas de inicio de ARV, mensual hasta supresión virológica, luego cada trimestre y a las 36 semanas o 4 semanas antes del parto.	
Controles Seguimiento	CVp al mes, 3 y 6 meses de vida. Ac 18-24m (o 3 meses luego de suspensión de LM)	CV 2 ddv CV 2 semanas Mensual hasta 2 meses después de la suspensión de LM. Ac 24m (o 2 meses luego de suspensión de LM).	NAT 0-2 ddv NAT 4--6 semanas NAT 9 meses Ac 18 meses (o 3 meses luego de suspensión de LM).	CVp regularmente durante LM y 2-4 semanas luego de suspendida, hasta 3 meses después.	CVp al nacer CVp a los 14-21 ddv CVp al mes y a los 4-6m CVp trimestral mientras dure LM. Ac 3-6 meses luego de suspensión de LM.	CVp 2-3 ddv CVp 14-21 ddv CVp 6-8 semanas CVp 12-16 semanas CVp 5-6 meses Al mes, 3 y 6 meses de suspendida LM. Ac 18-24m
Suspensión	CVp >50 cp/ml	Mastitis Infecciones gastrointestinales del bebé.		CVp >50 cp/ml. Mastitis Infección oral o astrointestinal del lactante.	CVp >50 cp/ml Mastitis	CVp >50 cp/ml Mastitis

* En regiones donde la diarrea, neumonía y desnutrición son patologías frecuentes. La LH en contexto de tratamiento ARV materno aumenta la sobrevida de infantes y niños libres de infección, en comparación con aquellos que reciben menor tiempo de lactancia, o leche de fórmula.

La transmisión vertical de VIH en Argentina

Como parte del proceso de transferencia del conocimiento mencionado, es necesario contextualizar la evidencia sobre lactancia y VIH generada en otros entornos con la situación actual de la transmisión vertical del VIH en Argentina. La información se obtiene del sistema nacional de vigilancia en salud (SNVS 2.0) a través de los eventos *VIH en embarazo*, *VIH expuesto perinatal* y *VIH*. Su análisis permite caracterizar la transmisión vertical del VIH en Argentina.

Los casos de *VIH en embarazo* reportados se mantienen en 330 partos por año aproximadamente. Si consideramos el número de expuestos perinatales al VIH, registrados para el mismo período, los partos de gestaciones de personas con VIH solo representan un tercio de los mismos.

En cuanto a la realización de carga viral durante la gestación de las personas con diagnóstico de VIH antes del parto y cuyos productos de la gestación fueron nacidos vivos, se encuentra que entre el 66% y 69,3% tuvo registro de cargas virales realizadas, entre el 5,6% y el 8,8% registraron no tenerlas. Un cuarto de los casos no cuenta con este dato.

Con respecto al momento de la realización de las cargas virales, menos de la mitad, entre las que se conoce que la realizaron, tienen registro en el SNVS 2.0 de haberlo hecho a partir de la semana 34 de gestación. Entre estos casos, la indetectabilidad se registra en el 67,3% de los partos de 2021, en el 81,4% de los partos 2022 y en el 82,3% de los partos 2023. Hay que tener en cuenta que esta información sólo describe la información registrada y que existe un importante sub registro.

Esta falta de información sobre el grupo de embarazadas con VIH constituye una barrera mayor para una toma de decisiones programáticas y de implementación de acciones. Si bien no pueden inferirse datos sobre la totalidad de las embarazadas, el dato de que entre las que tuvieron CV disponible después de la semana 34 de la gestación, en ninguno de los años analizados superó el 83% de supresión virológica es un llamado de atención frente al escenario de la lactancia y VIH.

El evento de *VIH en expuesto perinatal* tuvo más casos registrados por año de nacimiento que casos del evento *VIH en embarazo* por año de parto. En el año 2021 se logró registrar un mayor seguimiento por laboratorio de los casos de expuestos perinatales en el SNVS 2.0. Este logro no se pudo sostener con el tiempo y dificulta gravemente el cálculo de la proporción de VIH en Argentina luego del año 2021. El dato correspondiente a los nacidos en 2021 es el último dato que puede referenciarse como válido hasta la fecha. Su cálculo fue de 4% (42 expuestos con diagnóstico de VIH sobre 1.048 casos de expuestos -corte de datos al 28/07/2024-).

Con respecto a los expuestos nacidos en 2022 y 2023, cabe aclarar que, además del subregistro mencionado, se los considera aún no cerrados porque, al momento del corte de la información, muchos de ellos todavía están en seguimiento para poder descartar o confirmar sus diagnósticos.

Se reportaron al SNVS 2.0 (corte de datos al 28/07/2024)) 1.066 nacidos en 2022 y 1.023 nacidos en 2023. Se debe considerar que el 27% de los nacidos en 2022 y el 38,9% de los nacidos en 2023 no tienen registrados los laboratorios necesarios para considerarlos cerrados para la construcción del porcentaje de los expuestos confirmados para VIH. Situación que genera una alerta para determinar si es por pérdida de seguimiento de los expuestos, oportunidad de la carga de datos en el registro obligatorio o ambas.

Nuevamente, la falta de información adecuada sobre expuestos perinatales al VIH debe considerarse una barrera a superar para un potencial abordaje programático de la lactancia en contexto de VIH en Argentina.

La situación de la lactancia materna en Argentina

Argentina se caracteriza por tener un elevado nivel de inicio de la lactancia que según la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2) que reveló que el 97% de los lactantes son puestos al pecho al nacer. Sin embargo, cuando se analiza el cumplimiento de iniciar la lactancia dentro de la primera hora de vida (incrementa la posibilidad de lactancia exclusiva y supervivencia del neonato), solo el 56,4% de los RN fue puesto al pecho antes de la primera hora de vida.

Entre los motivos de no inicio de la lactancia se puede señalar que los más frecuentes son que el bebé no pudo prenderse al pecho (47%), la persona que amamanta reportó nunca haber tenido leche (29%), se recibió la indicación médica de no amamantar (11%) y no fue el deseo de amamantar (10%).

Entre quienes sí inician la lactancia, se observa una rápido descenso de la misma a medida que el niño crece alcanzando un valor de 45% hacia el segundo año de vida. Los cinco motivos reportados con más frecuencia para la suspensión temprana (antes de los 2 años de vida) fueron haberse quedado sin leche (26%), el niño dejó solo y el niño se quedaba con hambre (17%), la necesidad de salir a trabajar (11%) y la dificultad para combinar la lactancia con otras tareas (10%) (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2019).

Otro desafío en relación a la lactancia se presenta al momento de analizar el porcentaje de lactantes que antes de los 6 meses de vida reciben lactancia exclusiva (LE). Datos recientes de la Encuesta Nacional de Lactancia (ENaLac) revelaron que, en ese período, la prevalencia de LE fue de 53%, descendiendo paulatinamente desde los 2 meses de vida hacia los 6, momento en el cual solo el 45% continúa siendo amamantado en forma exclusiva; cabe resaltar que, en su gran mayoría, ese descenso observado de la LE no se debió al aumento de destete sino más bien a la introducción de otras leches en reemplazo parcial de la lactancia.

Aspectos Ético-Legales en Argentina

Se presenta en este apartado una revisión sobre los aspectos éticos y jurídicos vinculados a la relación entre la lactancia y la infección por VIH. El propósito de establecer, con prudencia y respeto por la dignidad personal, prácticas libres de estigma y discriminación, de persecución, violencia o criminalización, y que promuevan decisiones libres e informadas dentro del marco legal vigente.

Criminalización, estigma y violencia

El riesgo latente, y en algunas circunstancias efectivo y real, de juzgar moral y judicialmente a las embarazadas por la transmisión del VIH a través de la lactancia, es inapropiado, antiético e ilegal, toda vez que también se cuenta con evidencia suficiente que la criminalización por la transmisión del virus, en cualquier de sus formas, genera un impacto negativo, tanto en las personas que viven con VIH, como en los sistemas de salud.

La Declaración de Oslo sobre Criminalización del VIH ha ofrecido suficiente corpus de evidencia en donde se destaca que la criminalización de la exposición potencial y de la transmisión no intencional está generando más daños que beneficios en términos de impacto en la salud pública y en los derechos humanos.

En el caso particular de mujeres con VIH se ha demostrado con contundencia que la criminalización -judicial y social- trae aparejada mayor carga de sufrimiento y de impacto negativo en su dignidad e integridad personal, por dos razones esenciales:

- Las mujeres tienen más tendencia a ser procesadas ya que suelen ser las primeras en enterarse de su diagnóstico de VIH a causa de los análisis de rutina que se realizan durante el embarazo, y tienen menos posibilidades de revelar en un medio seguro su diagnóstico a su/s pareja/s sexual/es, como resultado de las desigualdades en las relaciones de poder, la dependencia económica y los altos niveles de violencia de género.
- Las mujeres con VIH se enfrentan con la posibilidad de ser llevadas a juicio por transmitir el VIH a sus hijos en el vientre o durante la lactancia coartando aún más sus opciones y derechos reproductivos.

Accesibilidad, equidad y prevención del estigma y la violencia

Al considerar la criminalización como una práctica discriminatoria, ineficiente y antijurídica, corresponde precisar el marco ético y jurídico adecuado para encuadrar las circunstancias que rodean la relación entre lactancia e infección por VIH, y su acompañamiento médico.

En cuanto al marco legal vigente, es imprescindible la referencia a la Ley 27.675, conocida como "Ley Nacional de respuesta integral al VIH, Hepatitis virales, otras infecciones de transmisión sexual-ITS- y tuberculosis-TBC", que establece como principio fundamental la garantía al acceso universal a los medicamentos, vacunas, procedimientos y productos médicos para la prevención, diagnóstico, tratamiento y cura, así como también la disponibilidad de formulaciones pediátricas.

La ley también establece el derecho a recibir asistencia integral y un trato digno y respetuoso, sin discriminación ni criminalización de ningún tipo, en todos los ámbitos en razón de su condición de salud. También, asegura el derecho a la confidencialidad, privacidad e intimidad, respecto de no declarar su diagnóstico y/o estadio de su infección. Este derecho a la no revelación se transforma en un escudo eficiente contra cualquier pretensión de criminalización o intento de persecución penal a personas con VIH lactantes.

Es importante puntualizar que la Ley 27.675, establece en su Art. 11, inc.a. *"los hijos/as de personas con VIH tienen derecho al acceso a leches de fórmula".* En este contexto, informar sobre la posibilidad de alimentación que tienen las mujeres con VIH, mediante la lactancia materna exclusiva, configura un derecho a la información que debe ser garantizado.

El Art. 12 de la misma Ley, establece que *"todo/a hijo/a nacido de una mujer y/o persona con capacidad de gestar con VIH tiene derecho a acceder de manera universal y gratuita a la leche".* Esto no puede ser interpretado como una obligación de que la alimentación deba ser exclusivamente con leche de fórmula, ya que la norma no excluye la posibilidad de amamantar. No existe tipificación alguna en el ordenamiento jurídico argentino que lo prohíba, por lo que de existir una denuncia con advertencia penal se estaría configurando una lesión a las garantías constitucionales a través de la vulneración de los principios de reserva y de lesividad. El acceso a las leches de fórmula puede ser a posterior que se interrumpa la lactancia exclusiva.

Es oportuno destacar, que al momento de la discusión parlamentaria de la ley nacional de respuesta integral, no se contaba aún con la evidencia científica sobre las chances de transmisión por vía de la lactancia, pero la propia ley establece la posibilidad de modificaciones en este tema de acuerdo a la *"evidencia científica disponible, conforme lo determine la autoridad de aplicación".*

En cuanto a evitar cualquier situación que discrimine, que vulnere la integridad y la intimidad de la persona con VIH lactante, aplican también las previsiones de la Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado, que establece el respeto por la privacidad y la dignidad de las embarazadas, como así también el derecho a conocer los beneficios de amamantar y los cuidados que necesitan tanto el recién nacido como la embarazada en esa etapa de la vida.

La Ley Nacional N° 27.611 de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia, también debe ser considerada dentro del marco normativo que garantiza el derecho a la salud y la autonomía de las personas con VIH que deseen lactar, en tanto establece medidas de prevención y protección durante el embarazo y los primeros años de vida, promoviendo una mirada integral. De esta forma, busca reducir la mortalidad, la malnutrición y la desnutrición; proteger y estimular los vínculos tempranos, el desarrollo físico y emocional y la salud de manera integral; y prevenir la violencia.

Con el objeto de fortalecer el cuidado de la salud y la vida de las embarazadas, y de niños en la primera infancia, dentro de sus principios rectores se encuentran la atención integral, articulación y coordinación de los organismos competentes en las políticas públicas dirigidas a la primera infancia hasta los 3 años de edad; el diseño de políticas públicas que brinden la asistencia y el acompañamiento adecuado para que las familias puedan asumir sus responsabilidades de cuidados integrales de la salud; el respeto a la autonomía de las mujeres y otras embarazadas; el acceso a la información y a la capacitación para el ejercicio de derechos, entre otros.

Además, establece el derecho a la seguridad social mediante la Asignación por Cuidado de Salud Integral, y el derecho a la salud integral a través de la incorporación como prestaciones de salud obligatorias en el PMO, con una cobertura del 100%, a todas las aquellas alcanzadas por el "Modelo de Atención y Cuidado Integral". Este se focaliza en el derecho a la salud integral de las mujeres, otras embarazadas y niños, considerando las particularidades territoriales de todo el país e incluyendo de manera transversal a los tres subsectores que componen el sistema de salud (público, obras sociales y medicina prepaga), así como la articulación con otros organismos públicos competentes en la materia.

Los insumos fundamentales incorporados se tratan de medicamentos esenciales, que figuran en el listado de la OMS para el embarazo, parto, posparto y durante los primeros 3 años de vida de toda persona; las vacunas incluidas en el Calendario Nacional de Vacunación, y de acuerdo al Art. 20 del Anexo I, del decreto reglamentario 515/2021 "*toda leche fortificada o de otras fórmulas alimentarias requeridas por niños o niñas que no acceden a la lactancia por razones justificadas y estén indicadas por el médico, la médica o equipo de salud.*"

Existe también un marco normativo aplicable que previene y sanciona a la violencia contra las mujeres: Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales que la define como toda *"conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal."*

En otro sentido, para asegurar la libertad, autonomía y el derecho a lactar de personas con VIH deben considerarse las previsiones de la Ley 26.873, sobre Lactancia Materna, Promoción y Concientización Pública; ya que promueve la concientización pública sobre la importancia de la lactancia materna y de las prácticas óptimas de nutrición segura para lactantes y niños de hasta dos (2) años, la promoción de lactancia exclusiva hasta los seis meses y la capacitación de los equipos de salud para la recomendación de la lactancia materna.

Se recomienda que todo proceso de toma de decisiones compartidas vinculado a esta temática quede adecuadamente documentado en la historia clínica, no siendo necesaria la figura del Consentimiento Informado.

La lactancia en contexto de VIH en Argentina

En mayo de 2023 desde la DRVIHVyT se convocó a la primera reunión intersectorial, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el fin de iniciar el proceso de deliberación y consenso. En diciembre de ese mismo año la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) actualizó las recomendaciones sobre Lactancia y VIH en el Consenso Argentino de Terapia Antirretroviral 8.0-2023 (Tabla 1) y en septiembre de 2024 se realiza la segunda reunión intersectorial donde se culmina el proceso de consenso y contenidos para este documento. Al momento de la redacción de este anexo, ya diversos equipos de salud han acompañado a mujeres con VIH que manifestaron su deseo de amamantar a sus hijos. Algunos de esos procesos de acompañamiento finalizaron en la decisión compartida de sustituir la lactancia y en al menos en 13 casos de 8 jurisdicciones diferentes, las mujeres decidieron amamantar a sus hijos. Los escenarios fueron heterogéneos, así como la conformación de los equipos que se conformaron para apoyo y seguimiento de la persona que amamantó y su hijo. Algunas de esas experiencias ya han sido comunicadas en eventos científicos, otros continúan en seguimiento y al menos una puede considerarse como perdida de seguimiento.

A continuación, se detallan las orientaciones para equipos de salud para el proceso de **Lactancia en contexto de infección por VIH**:

Orientaciones Generales

- En Argentina se cuenta con alternativas seguras y efectivas para sustituir la lactancia materna con fórmulas lácteas y evitar así el riesgo de transmisión del VIH a través de esa vía. Por lo tanto NO SE RECOMIENDA la lactancia materna en mujeres con infección por VIH.
- La lactancia materna tiene muchos beneficios comprobados sobre la salud materna y neonatal.
- Teniendo en cuenta la información científica disponible y su contextualización en el ámbito local, se define al escenario de la Lactancia en contexto de VIH como un escenario de abordaje INDIVIDUALIZADO.
- Se debe ofrecer información actualizada, basada en la evidencia científica disponible sobre el riesgo de transmisión a las personas con VIH con intención de lactar. Incluye en este caso, el derecho a recibir sobre las opciones de alimentación neonatal en contexto de infección por VIH sin exponer juicios de valor ni brindar la información desde la propia creencia o conveniencia.
- Para promover la autonomía en las decisiones sobre la lactancia, sin estigma, discriminación, ni violencia se recomienda llevar adelante un Proceso de decisiones compartidas. Constituye uno de los elementos centrales del abordaje de servicios de salud centrado en las personas, basado en evidencia científica y que toma en cuenta el escenario particular de los servicios de salud disponibles para cada particularidad.
- Es deseable que este proceso se inicie antes de la concepción o tan pronto como sea posible en el embarazo. Debe existir el espacio/tiempo necesario para la evaluación en equipo de todas las dimensiones que están involucradas en esta decisión (salud física y mental, emocional, social, cultural, etc).
- El proceso debe quedar adecuadamente documentado en la historia clínica, no siendo necesaria la figura del Consentimiento Informado.
- Para la persona con intención de lactar, la supresión virológica debe documentarse desde el período pregestacional y durante toda la gestación. La última CV durante la gestación se recomienda entre las 34-36 semanas acorde a las recomendaciones nacionales vigentes. Recordar que aún en este escenario el riesgo es menor al 1% pero no es “cero”.
- Se deben conformar equipos de diferentes disciplinas que permitan un abordaje multidimensional del proceso de decisiones compartidas y acompañamiento. A continuación una sugerencia sobre roles y actividades a cumplir durante el proceso. Al tratarse de un escenario individualizado, la conformación y los roles pueden variar de acuerdo alas condiciones particulares de los diferentes servicios de salud.

Especialidades de los servicios de salud involucradas: obstetricia, infectología de adultos, infectología pediátrica, neonatología, enfermería, trabajo social, especialistas en lactancia.

Se sugiere la vinculación con redes de personas con VIH con entrenamiento en Lactancia y VIH.

Cada caso podría requerir una conformación de equipo adaptada al escenario, pudiendo intervenir diferentes disciplinas que puedan cumplir diferentes roles.

La siguiente es una lista de las acciones que deberían incluirse en el proceso:

- Explorar deseos/intenciones/racionalización y circunstancias individuales de la persona con intención de lactar.
- Revisar riesgos/beneficios/alternativas a la lactancia materna basados en la evaluación multidimensional de cada persona.
- Evaluación socio ambiental de la embarazada y la eventual vinculación necesaria al cuidado de la salud mental que puedan optimizar la supresión viral materna en el período postparto.
- Seguimiento de la embarazada/evaluación de adherencia y supresión virológica sostenida.
- Asesoría y apoyo durante el embarazo respecto a la lactancia para la familia teniendo en cuenta los desafíos conocidos para la adherencia al tratamiento ARV durante el período post parto.

- Educación para la participación del personal en las unidades de Trabajo de parto, Postparto e Internación conjunta.
- Creación de un plan de alimentación infantil individualizado que tenga en cuenta los datos al momento del parto con los factores neonatales (EG, evaluación del RN etc.).
- Seguimiento del lactante con las recomendaciones de profilaxis ARV.
- Vincular con de redes locales y regionales de personas afectadas para brindar apoyo compartir recursos, experiencias y conocimientos en torno a la lactancia y VIH.
- Educar y sensibilizar a la población sobre la lactancia en personas con VIH, desafiando los prejuicios y mitos asociados al tema.

Orientaciones específicas sobre la lactancia

- La lactancia debe ser exclusiva y con una duración máxima de 6 meses. Si bien la recomendación de exclusividad se sustenta con evidencia proveniente de estudios sin supresión viral sostenida, se mantiene la misma hasta disponer de nueva evidencia.
- No se recomienda más allá de los 6 meses por un aumento del riesgo por exposición prolongada.
- Dar información específica y actualizada de preparación para la lactancia positiva durante toda la gestación, es crucial para lograr que la lactancia exclusiva se instale y perdure en el tiempo.
- Evaluar factores de riesgo de abandono precoz de la lactancia (lactancias anteriores, contexto social, creencias y mitos familiares).
- Anamnesis dirigida para la detección de patologías o condiciones que puedan dificultar la lactancia; Nutrición materna (casos de desnutrición extrema, puede complicar la producción de leche), alteraciones hormonales (hipo/hipertiroidismo no tratado, disminución de los niveles de prolactina/oxitocina), diabetes, obesidad, hipoplasia primaria, hipoplasia mamaria secundaria (por cirugía).
- Informar y capacitar sobre la recolección y conservación de leche materna, para el armado de la reserva de leche materna. Esta información debe estar adaptada a la evaluación de medios disponibles para cada persona con sus particularidades.
- Garantizar el acceso a la consulta con especialistas en Lactancia frente a situaciones de contingencia clínica (ej. mastitis, lesiones en pezón) para definir la necesidad de suspender la lactancia y las alternativas disponibles como reemplazo de la toma directa al pecho por biberón con leche materna de reserva casera.
- Informar a la persona que mientras dure la lactancia será necesario realizar un monitoreo más frecuente de la CV.
- El acompañamiento de pares, especialmente redes de mujeres con VIH en el apoyo a la lactancia, puede ser crucial para garantizar su bienestar, el de sus hijos y para promover un entorno inclusivo, seguro y basado en derechos. Este acompañamiento debe ser integral, multidimensional y coordinado con el equipo de salud.
- Se recomienda SUSPENDER la lactancia si se detecta alguna de las siguientes situaciones. En algunos de los casos puede ser temporaria y utilizar leche materna correctamente almacenada, pero en otros la suspensión puede ser definitiva.
    - Mala adherencia materna al TARV durante la lactancia.
    - Mastitis bilateral, lesiones sangrantes en el pezón.
    - Episodios de diarrea o infección del lactante.
    - Episodios de diarrea o vómitos moderados/severo en la persona que amamanta.
    - **Viremia detectable (carga viral materna >50 c/mL, sean blips o fallo)** en la persona que amamanta: SUSPENDER LA LACTANCIA EN FORMA DEFINITIVA e iniciar alimentación con fórmulas lácteas. En este caso realizar una CV al lactante lo más rápido posible.

Orientaciones específicas para el seguimiento de la infección por VIH de la persona con VIH que está amamantando

- El acceso real a las prestaciones recomendadas debe ser evaluado como parte de la toma de decisión. Para eso es necesario que se realice una revisión de los circuitos e insumos requeridos, las facilidades de traslado y vías de comunicación entre la persona que amamanta y el equipo de salud/redes.
- Monitoreo frecuente de la adherencia al tratamiento ARV durante el período post parto ya que se han descripto dificultades para adherir correctamente durante esa etapa.
- Evitra los cambios de tratamiento ARV durante la lactancia excepto por problemas de toxicidad moderada/severa.
- Realizar carga viral cada 30-60 días de acuerdo a la disponibilidad en aquellas personas que no hayan presentado problemas de adherencia. NO exceder en ningún caso la realización más allá del intervalo de 60 días.

Orientaciones específicas para el seguimiento de la infección por VIH de niños expuestos perinatales a VIH que además están expuestos a lactancia

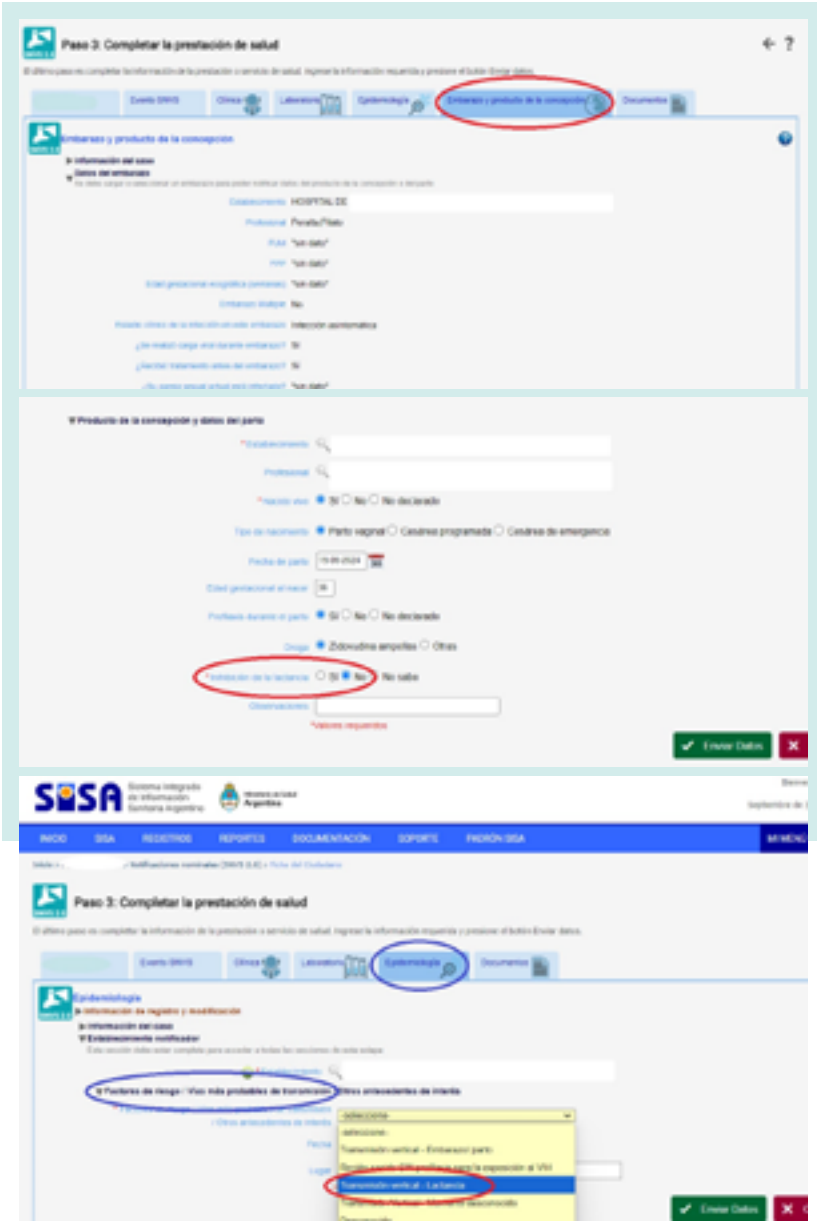
- No se recomienda la extensión de la profilaxis post exposición con drogas antirretrovirales. Utilizar zidovudina jarabe en dosis recomendadas durante 4 semanas.
- Realizar el control con un especialista en infectología pediátrica mientras dure el estudio de la exposición al VIH.
- Realizar el control clínico habitual y el calendario de inmunizaciones recomendado para expuestos perinatales a VIH.
- Evaluar cuidadosamente cualquier cuadro gastrointestinal, lesiones de la mucosa oral.
- Realizar carga viral en las siguientes edades:
  - 48-72 hs de vida.
  - 14-21 días de vida.
  - 6-8 semanas de vida.
  - 12-16 semanas de vida.
  - 20-24 semanas de vida.
  - Al finalizar la lactancia realizar carga viral a las 4-6 semanas y a las 12-16 semanas de suspensión de la exposición al VIH por lactancia.
  - Realizar estudio serológico para VIH a los 18-24 meses de vida.

Notificación de los eventos *VIH embarazo* y *VIH expuesto perinatal* en el SNVS 2.0. Especificaciones para el registro en los eventos de la lactancia en contexto de VIH

A continuación, se detalla como registrar las acciones vinculadas a lactancia dentro de los eventos de notificación obligatoria en el SNVS 2.0.

> *VIH en embarazo:* todo embarazo, parto o puerperio inmediato de una embarazada con diagnóstico de VIH. El diagnóstico de VIH puede ser previo al embarazo o producirse durante el embarazo, parto o puerperio, mediante el algoritmo vigente para el diagnóstico de VIH.

En el evento de *VIH en embarazo* en la solapa "Embarazo y producto de la concepción" se debe registrar en el apartado producto de la concepción y datos del parto, en la variable "Inhibición de la lactancia" la opción "NO".



Manual de normas y procedimientos para la vigilancia y control de las ENO – Actualización 2022.

- *VIH-expuesto perinatal:* todo niño nacido de una embarazada con diagnóstico de VIH o que haya sido amamantado por una persona con VIH se lo considera *VIH-expuesto perinatal*.
- En el evento *Expuesto perinatal* en la solapa "Epidemiología", en el apartado *factores de riesgo* se deben registrar los **dos factores de riesgo:**
  - transmisión vertical-embarazo/parto.
  - transmisión vertical-lactancia.

Bibliografía

- Abuogi L, Noble L, Smith C, et al; American Academy of Pediatrics Committee on pediatric and adolescent HIV, section on breastfeeding. Infant Feeding for Persons Living With and at Risk for HIV in the United States: Clinical Report. Pediatrics. 2024;153(6):e2024066843
- Aebi-Popp K, Kahlert CR, Crisinel PA, et al. Transfer of antiretroviral drugs into breastmilk: a prospective study from the Swiss Mother and Child HIV Cohort Study. J Antimicrob Chemother. 2022;77(12):3436-3442.
- Becquet R, Bland R, Leroy V, et al. Duration, pattern of breastfeeding and postnatal transmission of HIV: pooled analysis of individual data from West and South African cohorts. PLoS One. 2009; 4:e7397
- Beste S, Essajee S, Siberry G, et al. Optimal Antiretroviral Prophylaxis in Infants at High Risk of Acquiring HIV: A Systematic Review. Pediatr Infect Dis J. 2018;37(2):169-175.doi: 10.1097/INF.0000000000001700
- Bispo S, Chikhungu L, Rollins N, Siegfried N, Newell ML. Postnatal HIV transmission in breastfed infants of HIV-infected women on ART: a systematic review and meta-analysis. J Int AIDS Soc. 2017; 20:21251.doi: 10.7448/IAS.20.1.21251
- Chakhtoura N., Kapogiannis BG. The Road to Zero Perinatal HIV Transmission in the United States. Pediatrics. 2023;151:e2022060209, doi: 10.1542/peds.2022-060209.
- Coovadia HM, Brown ER, Fowler MG, et al. Efficacy and safety of an extended nevirapine regimen in infant children of breastfeeding mothers with HIV-1 infection for prevention of postnatal HIV-1 transmission (HPTN 046): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2012;379:221-228 doi: 10.1016/S0140-6736(11)61653-X
- European AIDS Clinical Society. EACS guidelines versión 11.1, October 2022. Brussels: EACS, 2022. Available at: https://eacs.sanfordguide.com/art/pregnancy-and-hiv (acceso 22 de mayo de 2023)
- Consenso Argentino de Terapia Antirretroviral 8.0 2023 www.sadi.org.ar/publicaciones/item/1733-consenso-argentino-de-terapia-antirretroviral
- Flynn P, Taha T, Cababasay M et al. Prevention of HIV-1 Transmission Through Breastfeeding: Efficacy and Safety of Maternal Antiretroviral Therapy Versus Infant Nevirapine Prophylaxis for Duration of Breastfeeding in HIV-1-Infected Women With High CD4 Cell Count (IMPAACT PROMISE): A Randomized, Open-Label, Clinical Trial. J Acquir Immune Defic Syndr 2018;77:383–392
- Gilleece Y, Byrne L, Bamford L, et al. Interim BHIVA position statement on HIV and mixed infant feeding. December 2022. Disponible en: www.bhiva.org/file/639b0a86a19c7/BHIVA-position-statement-on-HIV-and-mixed-infant-feeding.pdf (acceso 23-5-23)
- Gross MS, Taylor HA, Tomori C, Coleman JS. Breastfeeding with HIV: An Evidence-Based Case for New Policy. J Law Med Ethics. 2019;47(1):152-160. doi: 10.1177/1073110519840495
- Osegueda A, Baquero L, Casanova AP, Cruces L, Fisher K, Mendez C, Ghiglione Y, Palmer S, Turk G, Laufer N. **HIV Reservoir Landscape in Breast Milk From Long-Term Virally Suppressed Individuals.** Ann Intern Med. 2024 Oct 8. doi: 10.7326/ANNALS-24-00085. Epub ahead of print. PMID: 39374525.
- Abuogi L, Noble L, Smith C, et al; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON PEDIATRIC AND ADOLESCENT HIV, SECTION ON BREASTFEEDING. Infant Feeding for Persons Living With and at Risk for HIV in the United States: Clinical Report. Pediatrics. 2024;153(6):e2024066843).
- Mendez Soledad, Iacono Mariana, “Orientaciones sobre lactancia para mujeres con VIH”
- Casetti I; Guzzi L, Mendez S y col. Lactancia y VIH en Argentina, descripción de 3 casos. ¿Es tiempo de cambiar el paradigma? 2024-SADI Congreso XXIV- Poster 6464679.
- Penazzato M, Kasirye I, Ruel T, et al. Antiretroviral postnatal prophylaxis to prevent HIV vertical transmission: present and future strategies. J Int AIDS Soc. 2023;26:e26032.
- Rutagwera DG, Molès JP, Kankasa C, et al. Prevalence and determinants of HIV shedding in breast milk during continued breastfeeding among Zambian mothers not on antiretroviral treatment (ART): A cross-sectional study. Medicine (Baltimore). 2019;98:e17383.

- The Ontario HIV treatment Network. HIV transmission through breastfeeding. Disponible en: https://www.ohtn.on.ca/hiv-transmission-through-breastfeeding/ (acceso 22 de mayo de 2023)
- The Well project. infant feeding options parents living vih https://www.thewellproject.org/hiv-information/overview-infant-feeding-options-parents-living-hiv (31 de enero 2023)
- Waitt C, Low N, Van de Perre P, et al. Does U=U for breastfeeding mothers and infants? Breastfeeding by mothers on effective treatment for HIV infection in high-income settings. Lancet HIV. 2018; 5:e531–e536
- General information on infant feeding for parents living with HIV https://www.bhiva.org/file/5bfd308d5e189/BF-Leaflet-2.pdf
- En Australia: Breastfeeding for women. https://napwha.org.au/wp-content/uploads/2021/08/NAPWHA-Living-Well-Breastfeeding-for-Women-living-with-HIV-Community-Resource-2021-web.pdf
- VIH y Alimentación infantil https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/VIH-y-Alimentacion-Infantil-Actualizacion-2006.pdf
- Kahlert CR, Aebi-Popp K, Bernasconi E, Martinez de Tejada B, Nadal D, Paioni P, et al. Is breastfeeding an equipoise option in effectively treated HIV infected mothers in a high-income setting? Swiss Med Wk- ly. 2018;148:w14648
- Bispo S, Chikhungu L, Rollins N, Siegfried N, Newell M-L. Postnatal HIV transmission in breastfed infants of HIV-infected women on ART: a systematic review and meta-analysis. J Int AIDS Soc. 2017;20(1):21251

Anexo 2

Drogas y dosis

Profilaxis neonatal para prevención de la TP VIH

AZT suspensión oral

- Igual o mayor a 35 semanas de EG:

  De 0 a 6 semanas de vida dosis profilaxis: 4 mg/kg/dosis c/12 hs.

  Con alta sospecha de infección luego de más de 4 semanas de vida usar dosis tratamiento: 12 mg/kg/dosis c/12 hs.

- Igual o mayor a 30 y hasta menos de 35 semanas de EG:

  De 0-2 semanas de vida: 2 mg/kg/dosis c/12 hs.

  De 4-6 semanas de vida: 3 mg/kg/dosis c/12 hs.

  En caso de alta sospecha de infección luego de más de 6-8 semanas de vida: 12 mg/kg/dosis c/12 hs.

- Menos de 30 semanas de EG:

  De 0-4 semanas de vida: 2 mg/kg/dosis c/12 hs.

  De 4-6 semanas de vida: 3 mg/kg/dosis c/12 hs.

  En caso de alta sospecha de infección luego de más de 8-10 semanas de vida: 12 mg/kg/dosis c/12 hs.

Si la vía oral no estuviera disponible, utilizar la infusión de AZT IV (presentación ampollas) ajustando al 75% de las dosis sugerida para VO y mantener el intervalo de dosis.

3TC suspensión oral

- Mayor o igual a 32 semanas de EG:

  De 0-4 semanas de vida: 2 mg/kg/dosis c/12 hs.

  De 4-6 semanas de vida:4 mg/kg/dosis c/12 hs.

NEVIRAPINA tabletas dispersables

- Dosis profilaxis según peso para las tres dosis recomendadas (0,2 y 6 día de vida).

  De 1,5- 2 kg de peso al nacer: 8 mg/dosis.

  Mayor de 2 kg de peso al nacer: 12 mg/dosis.

- Dosis tratamiento según EG:

  Mayor o igual a 37 semanas de EG.

  Desde el nacimiento y hasta las 4 semanas de vida: 6 mg/kg/dosis c/12 hs.

  Entre 34 y menos de 37 semanas de EG:

  Primera semana de vida: 4 mg/kg/dosis c/12 hs.

  Segunda a 4 semanas de vida: 6 mg/kg/dosis c/12 hs.

RALTEGRAVIR gránulos para suspensión oral

- Puede administrarse en RN con igual o más de 37 semanas de EG y más de 2 kg de peso al nacer.

  Dosis:

  Primera semana de vida: 1,5 mg/kg una vez por día.

  Segunda a cuarta semanas de vida: 3 mg/kg/dosis, cada 12 horas.

  Quinta y sexta semanas de vida: 6mg/Kg/dosis cada 12 horas.

  Evaluar diferir el inicio de raltegravir por 24 horas si se certifica que la embarazada ya la recibió en las 24 horas previas al parto.

Drogas para tratamiento de VHB en embarazadas

Nombre	Presentación	Posología	Vía de administración	Observaciones
Tenofovir	300 mg	1 comprimido diario	vía oral	preferido
Lamivudina	150 mg 300 mg	1 comprimido de 300 o 2 de 150 diario	vía oral	
Tenofovir alafenamida (TAF)	10 mg 25 mg	1 comprimido diario	vía oral	

Drogas antiparasitarias para el tratamiento de enfermedad de Chagas (ajustado según peso)

Nombre	Presentación	Posología	Vía de administración	Observaciones
Benznidazol	12,5 mg 50 mg 100 mg	5-10 mg/kg/día dividido cada 12 hs	vía oral	
Nifurtimox	120 mg	< 40 kg 10-20 mg/kg/día dividido cada 8 hs 40-60 kg 12,5 -15 mg/kg/día dividido cada 8 hs >60 kg 8-10 mg/kg/día dividido cada 8 hs	vía oral	

Anexo 3

Cuestionario para la evaluación de alergia a penicilina

En el año 2017 se elaboró un documento de consenso (Utilización de penicilina benzatínica como tratamiento para la prevención de sífilis congénita en el primer nivel de atención de la salud.). El mismo contiene el siguiente cuestionario como instrumento para una adecuada evaluación en sitios de atención, que permite identificar a las personas con alto riesgo de sufrir eventos alérgicos serios vinculados al uso de penicilina. Se recomienda su utilización con el fin de garantizar el tratamiento oportuno en personas embarazadas y su pareja.

Cuestionario para evaluación de los factores de riesgo de alergia a penicilina y derivados (betalactámicos) -completar por el profesional-

1. ¿ Tomó o recibió penicilina, amoxilina, ampicilina u otro betalactámico alguna vez? SI - NO
¿Tuvo alguna reacción alérgica? SI - NO

Si las respuestas son NO, es innecesario continuar con el calendario.
Si la respuesta es SI tuvo una reacción alérgica, preguntar.

2. ¿Recibió penicilina, ampicilina u otro betalactámico posteriormente a haber tenido la reacción que manifiesta? SI - NO
¿Tuvo nuevamente una reacción alérgica al recibir el medicamento? Si - NO

Si la respuesta es SI recibió y NO tuvo reacción alérgica es innecesario continuar con el cuestionario.

Presenta riesgo elevado de reacción anafiláctica con 1 o más de los siguientes criterios:

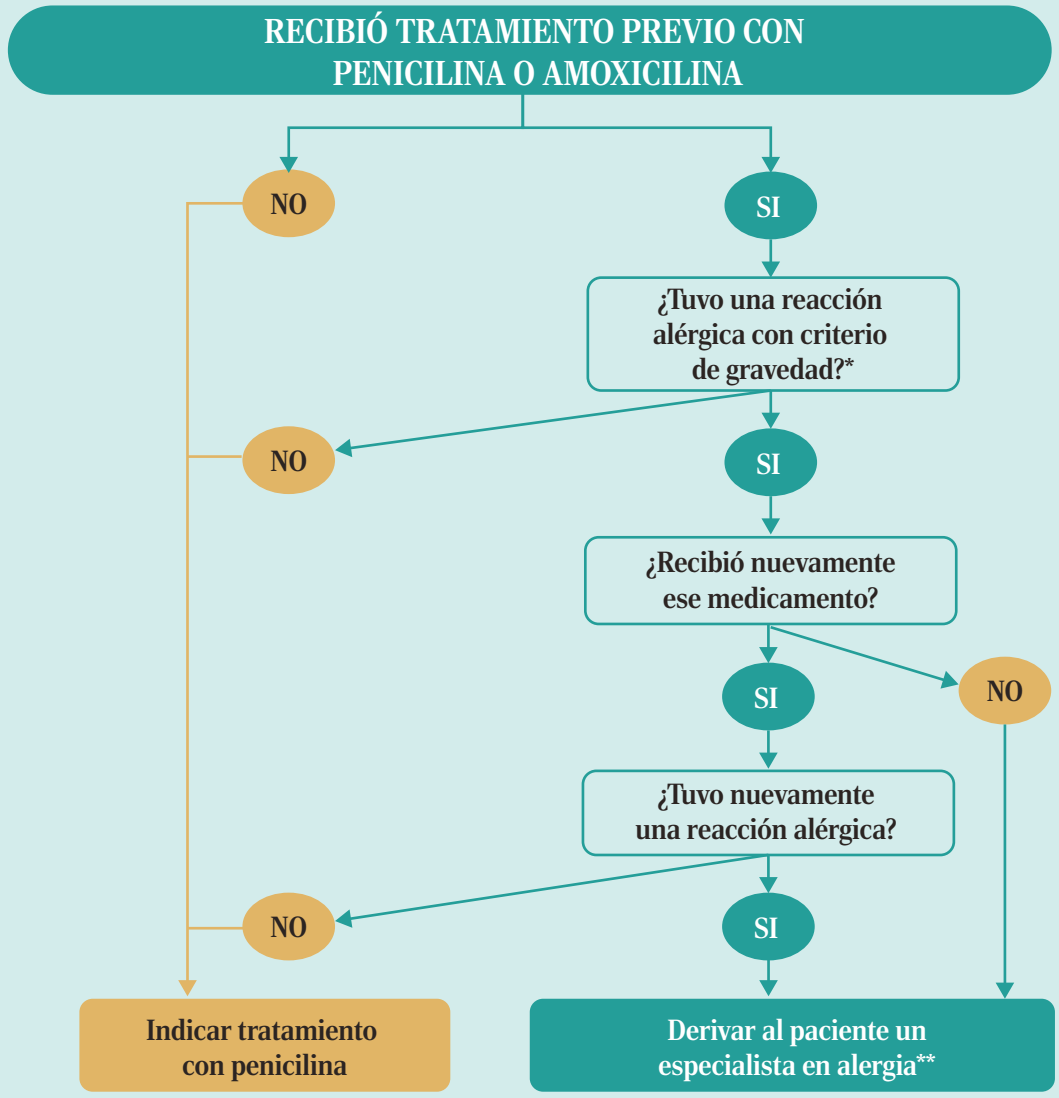
1: Dificultad respiratoria o caída brusca de la tensión arterial o náuseas y vómitos, trastornos cutáneos o angioedema o pérdida del conocimiento al poco tiempo de haber recibido el medicamento 860 minutos).

2: Requirió internación a causa de la reacción.

3: Tiene antecedentes de enfermedades por las cuales haya necesitado utilizar penicilina o derivados por periodos de tiempo prolongados como úlceras, infecciones en la piel, profilaxis de fiebre neumática.

Con 1 criterio positivo se recomienda derivar al paciente a un especialista en alergia (si no estuviera disponible en 48-72 hs programar desensibilización).
Si no presenta los criterios mencionados la derivación al servicio de alergia no tiene indicación.
La derivación se solicita como “evaluación de alergia a medicamentos”, no como “test de alergia a la penicilina”.

Evaluación de los factores de riesgo de alergia a penicilina y derivados



* Presenta criterios de riesgo elevado de reacción anafiláctica con 1 o mas de los siguientes:

Dificultad respiratoria o caída brusca de la tensión arterial o naúseas y vómitos, trastornos cutáneos o angioderma o pérdida del conocimiento al poco tiempo de haber recibido el medicamento (60 minutos).

Requirió internación a causa de la reacción.

Tiene antecedentes de enfermedades por las cuales haya necesitado utilizar penicilina o derivados por periodos de tiempo prolongados como úlceras, infecciones en la piel, profilaxis de fiebre reumática, etc.

** Si no estuviera disponible el especialista en 48-72 hs programar desensibilización.

Anexo 4

Desensibilización oral a penicilina

Penicilina V suspensión oral	Unidades/ml	ML	Unidades	Dosis acumulada
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	10.000	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

Las dosis deben ser administradas cada 15 minutos.

30 minutos luego de finalizar el proceso, administrar 1 ampolla 2.400.000 UI Penicilina benzatínica IM, mantener en observación por 1 hora.

Ministerio de Salud
República Argentina

0800-333-3444
www.argentina.gob.ar/salud/vih-its
Av. 9 de Julio 1925. C.A.B.A.