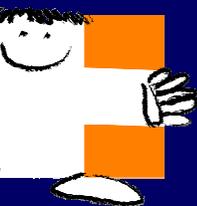




7º CONGRESO ARGENTINO DE INFECTOLOGIA PEDIATRICA.

Infección por VIH/SIDA: visión actual

La problemática del pediatra.



Hospital de Niños Elizardo
Aires, Argentina
desde 1779

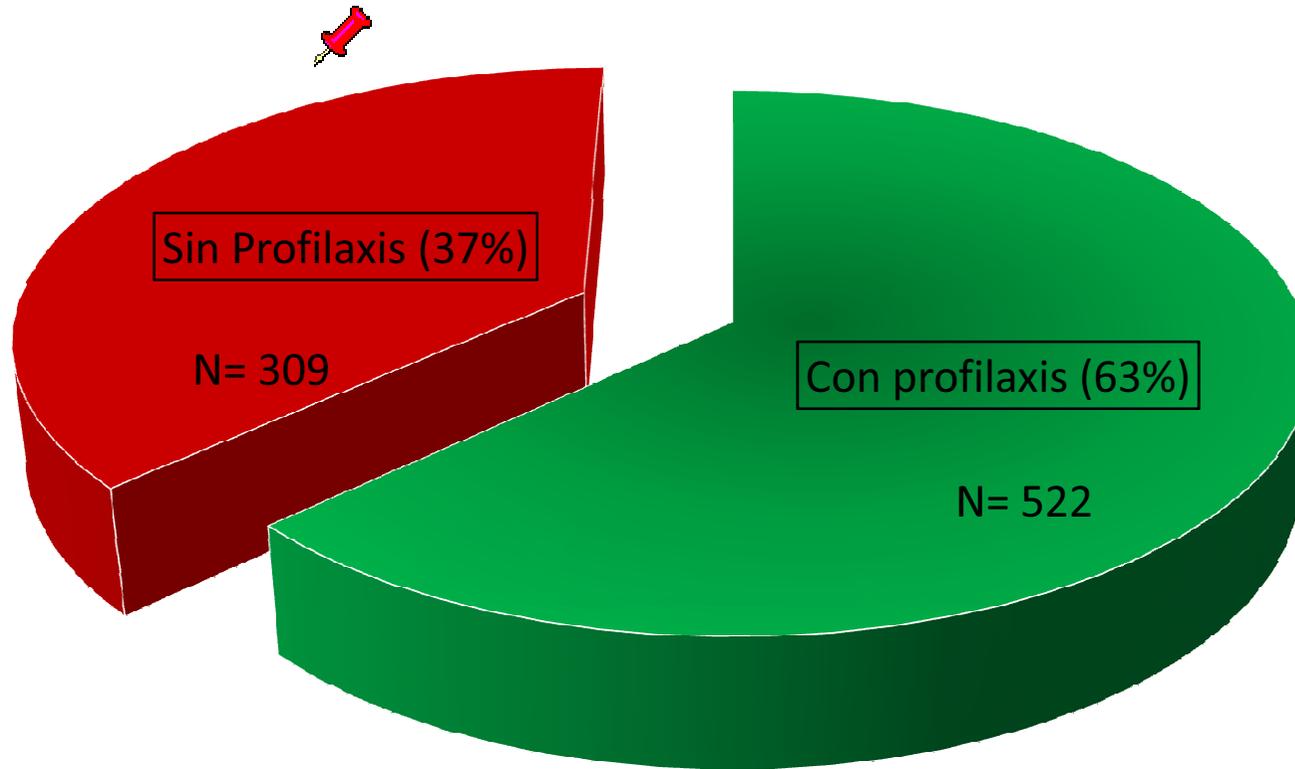
*Dra. Graciela Barboni
Hospital de Niños Pedro de Elizalde
Ciudad Autónoma de Buenos Aires*

Transmisión vertical (TV)

- TV en embarazadas sin tratamiento: 15-30%
- TV con tratamiento oportuno en embarazo, parto, neonato y suspensión de lactancia materna: 1%
- TV en Argentina: 5%

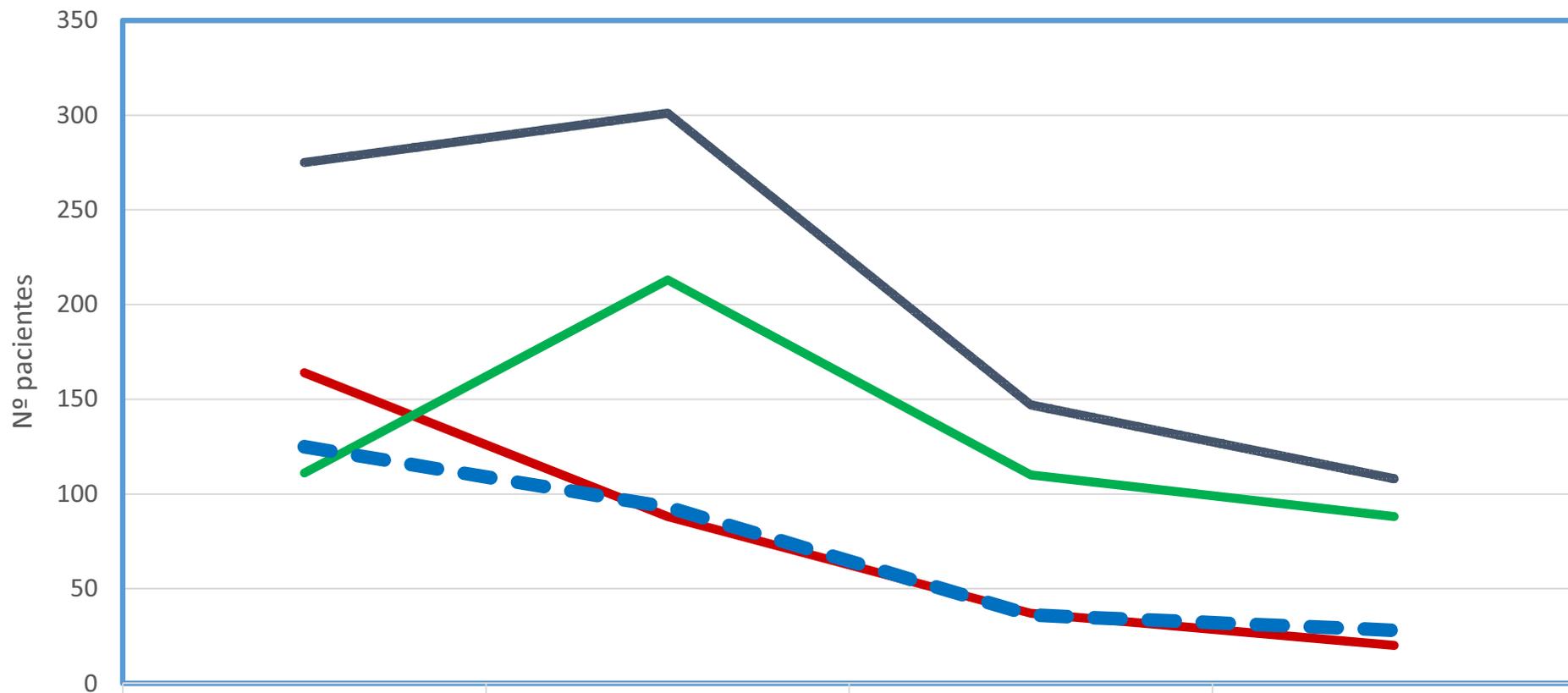
Implementación de profilaxis ARV. Revisión retrospectiva de HC. Periodo 1996-2012.

Oportunidades perdidas



Total: 831 pacientes

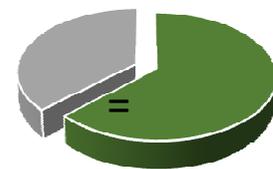
Implementación de profilaxis ARV. Revisión retrospectiva de HC. Periodo 1996-2012.



	1996-1999	2000-2003	2004-2007	2008-2012
— Total	275	301	147	108
— Sin prof.	164	88	37	20
— Con prof.	111	213	110	88
- - - Infectados	125	93	36	28

$p=0,001$

Pacientes con profilaxis ARV. Tipo de profilaxis ARV recibida.



E

Embarazo

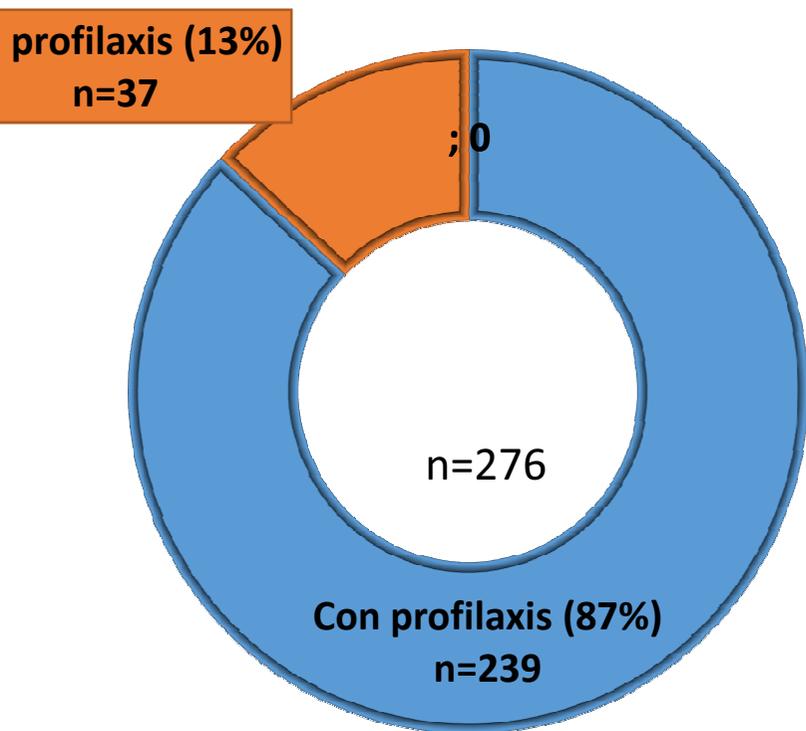
P

Parto

N

Neonato

Madres con diagnóstico VIH previo al embarazo.



Tipo profilaxis:

E-P-N: 79% (n=188)

P-N: 11% (n=27)

N: 6% (n=14)

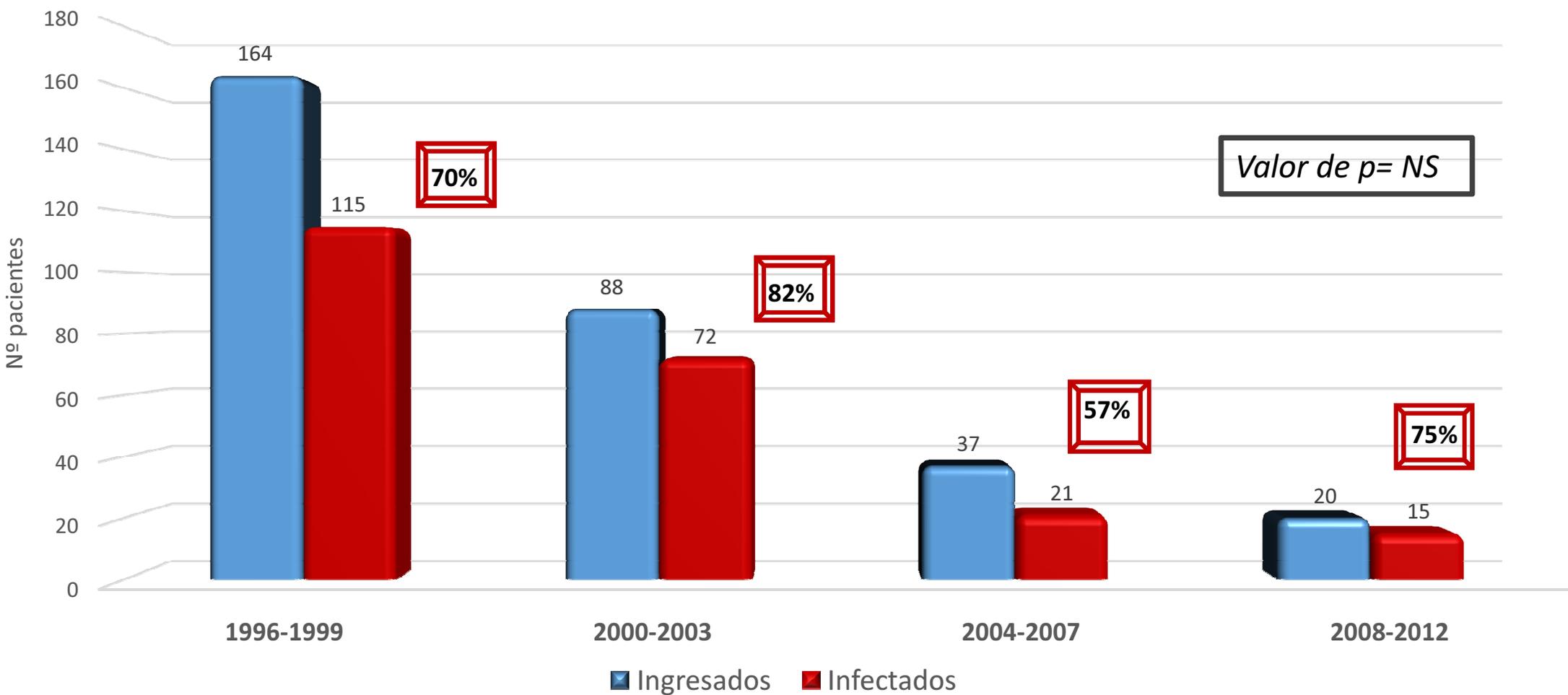
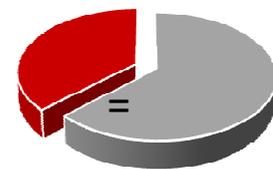
E-P---: 4% (n=10)

21%
oportunidades
perdidas

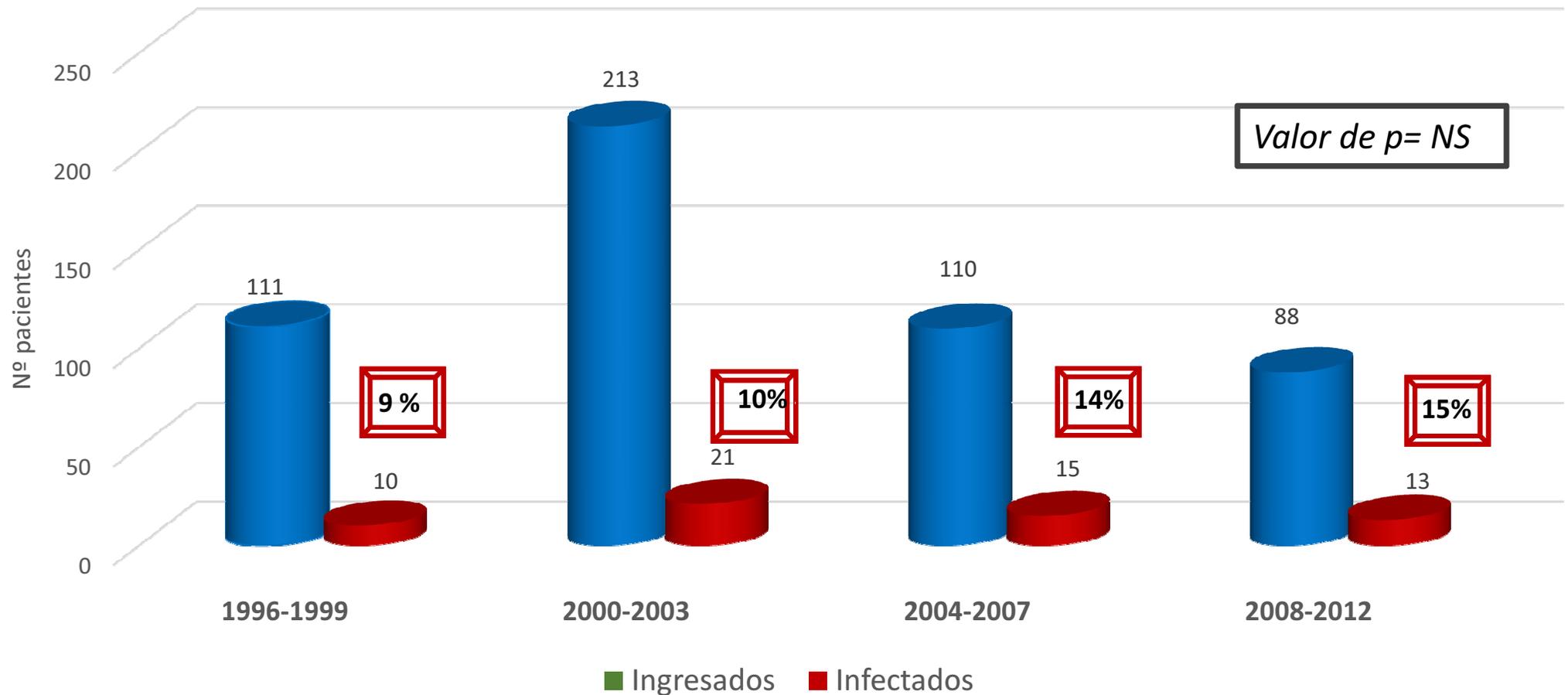
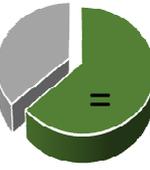
Se infectaron 36
niños
(TV 13%)

Pacientes sin profilaxis ARV.

Proporción de infectados, según períodos.

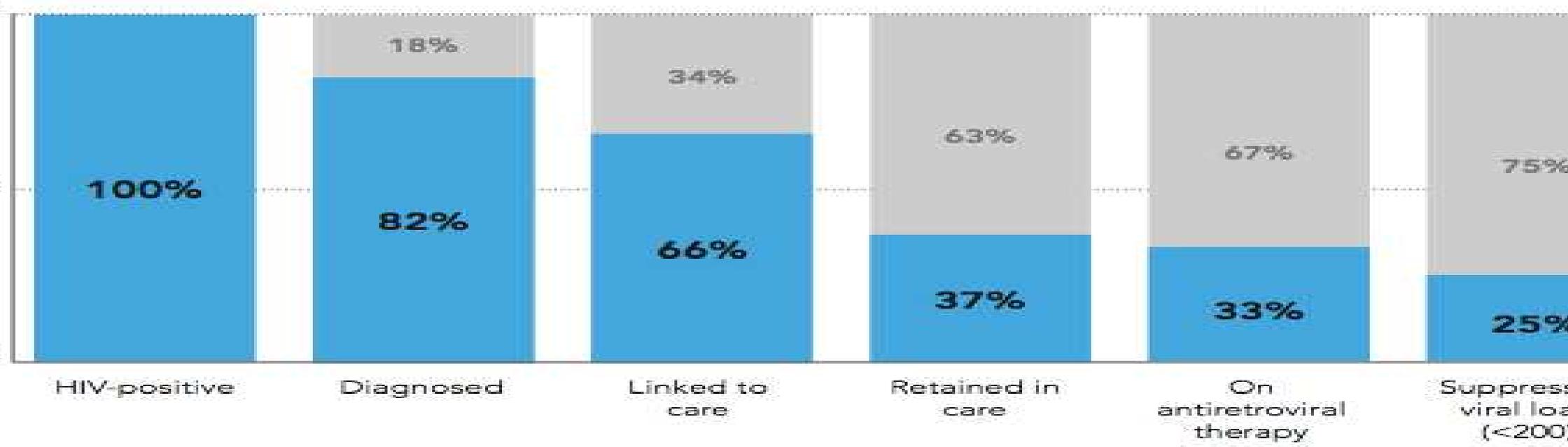


Pacientes con profilaxis ARV. Proporción de infectados, según períodos.



Problemática: Cascada en la atención y tratamiento.

UNITED STATES TREATMENT CASCADE, FROM HIV DIAGNOSIS TO VIRAL SUPPRESSION



Hall et al. Continuum of HIV care: differences in care and treatment by sex and race/ethnicity in the United States. 2012 International AIDS Conference.

Profilaxis de la transmisión vertical del VIH

Ofrecer serología a toda embarazada (1^{er} y 3^{er} trimestre)

En embarazada con serología negativa, ofrecer serología a la pareja

Toda embarazada con diagnóstico de infección por VIH, deber recibir TARV

Enfatizar la adherencia

Monitorear carga viral, CD4, Test de resistencia

Profilaxis de la transmisión vertical del VIH



Embarazada VIH Naive

- Carga viral, CD4, test de resistencia
- Tratamiento combinado
- Cuando? Luego del 1^{er} trimestre (excepto estado de infección avanzado)
- Monitorear: CV 4 sem- luego frecuente hasta CV < 50 copias
- CV a las 34-36 semanas gestación

Embarazada con trat. previo

- Seguir con tratamiento
- Ante fallo virológico: test de resistencia y acomodar esquema
- Monitoreo CV cada 3 meses
- CV a las 34-36 semanas de gestación

Embarazada infectada y tipo de parto

Carga viral en la semana 34-36 de gestación

< 1.000 copias

Parto vaginal

> 1.000 copias

Cesárea programada

Embarazada VIH con diagnóstico preparto (test rápido)

- Evitar ruptura prolongada de membranas
- Zidovudina endovenoso durante el trabajo de parto o 3 horas previas a la cesárea
- Parto: cesárea electiva
- Suspensión de lactancia materna



Ruptura prolongada de membranas y riesgo de TV

1995 → >TV con ruptura de membranas ≥ 4 horas, sin ARV)

Minkoff et al. Am J Obstet Gynecol

2001 → TV aumenta un 2% por cada hora de ruptura membranas
(> en Sida)

International Perinatal HIV Group, AIDS 2001

2012 → Con TARV, no aumenta riesgo con ruptura > 4 horas
(TV 1% en ruptura < 4 hs vs. 1,9% con > 4 hs, $p=NS$)

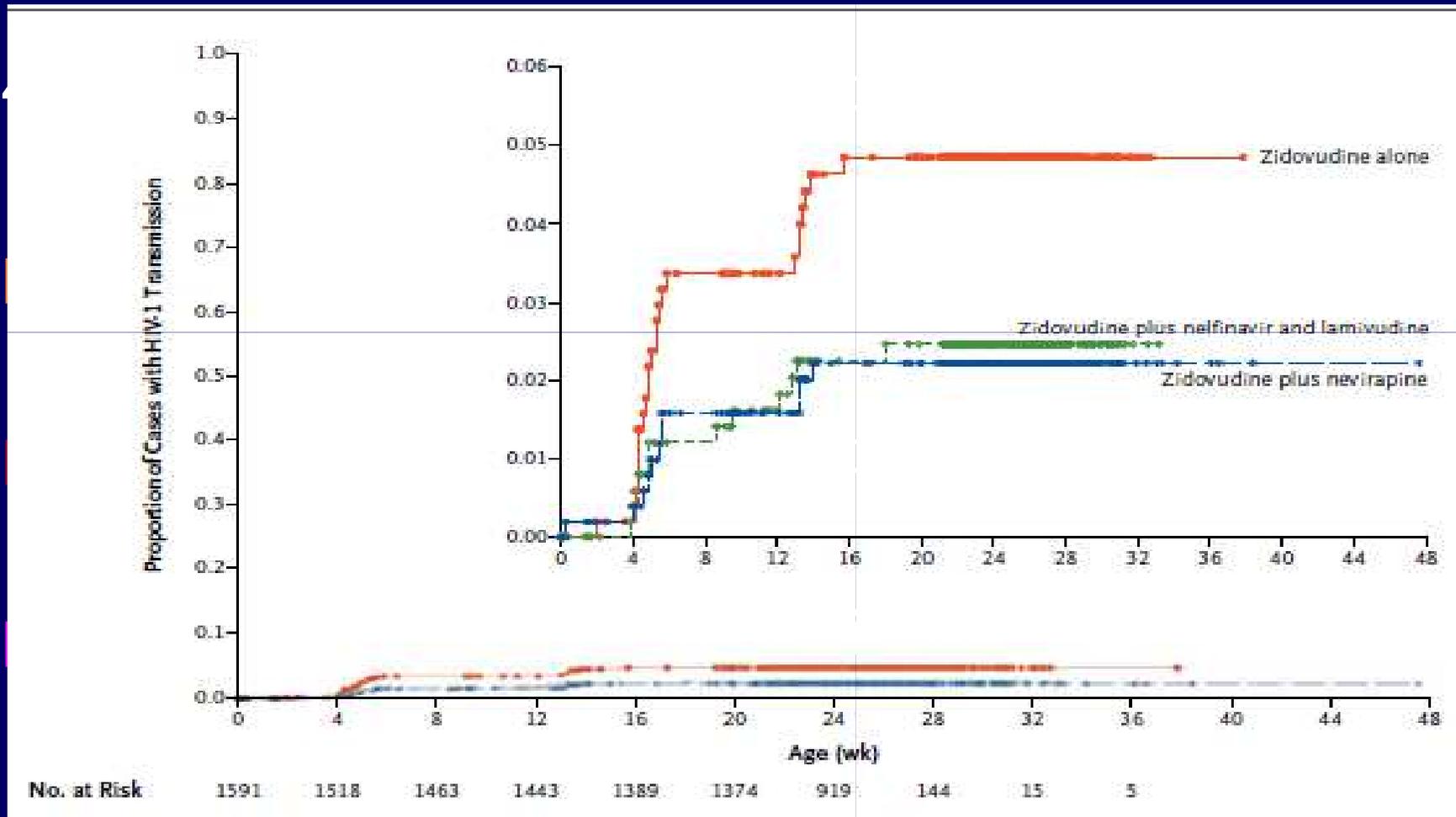
Ruptura prolongada de membranas aumenta TV en: No uso de ARV

Inicio tardío de ARV (3er trimestre)

CV sem 35 de gestación > 1000 copia

Cotter A. Am J Obstet Gynecol 2012

Profilaxis neonatal en embarazada sin profilaxis. (con diagnóstico durante trabajo de parto en 48 hs posteriores)

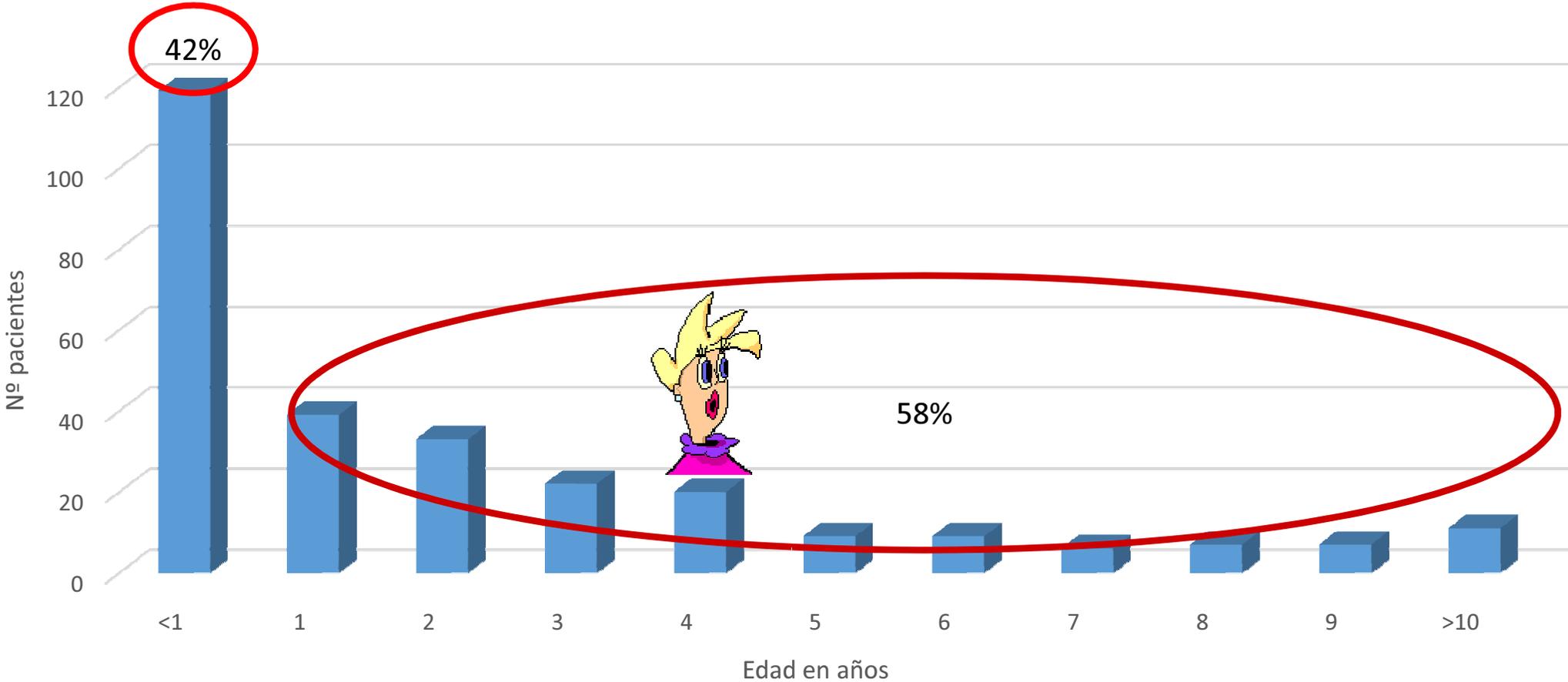


Arg, EEUU)

Edad de ingreso de los pacientes.

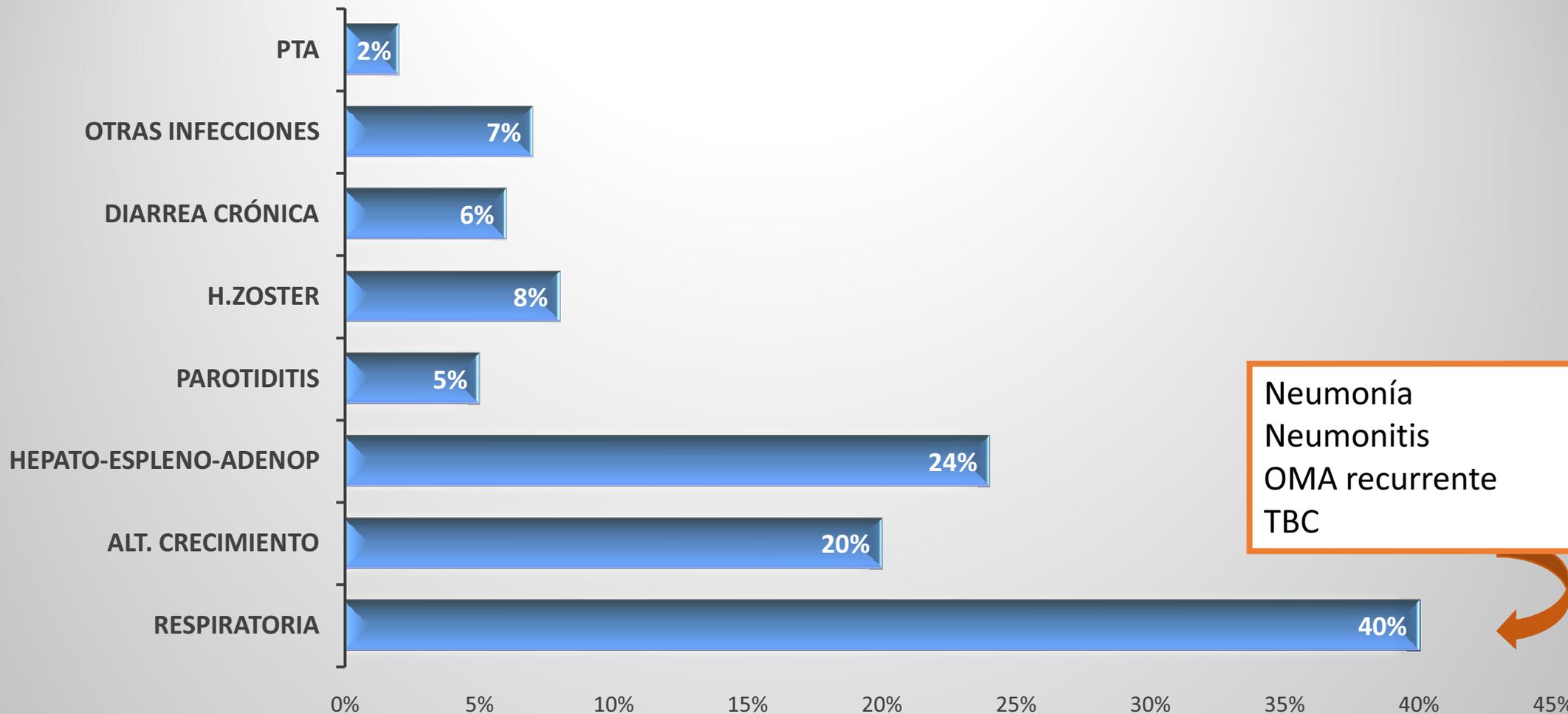


Edades de ingreso: pacientes infectados

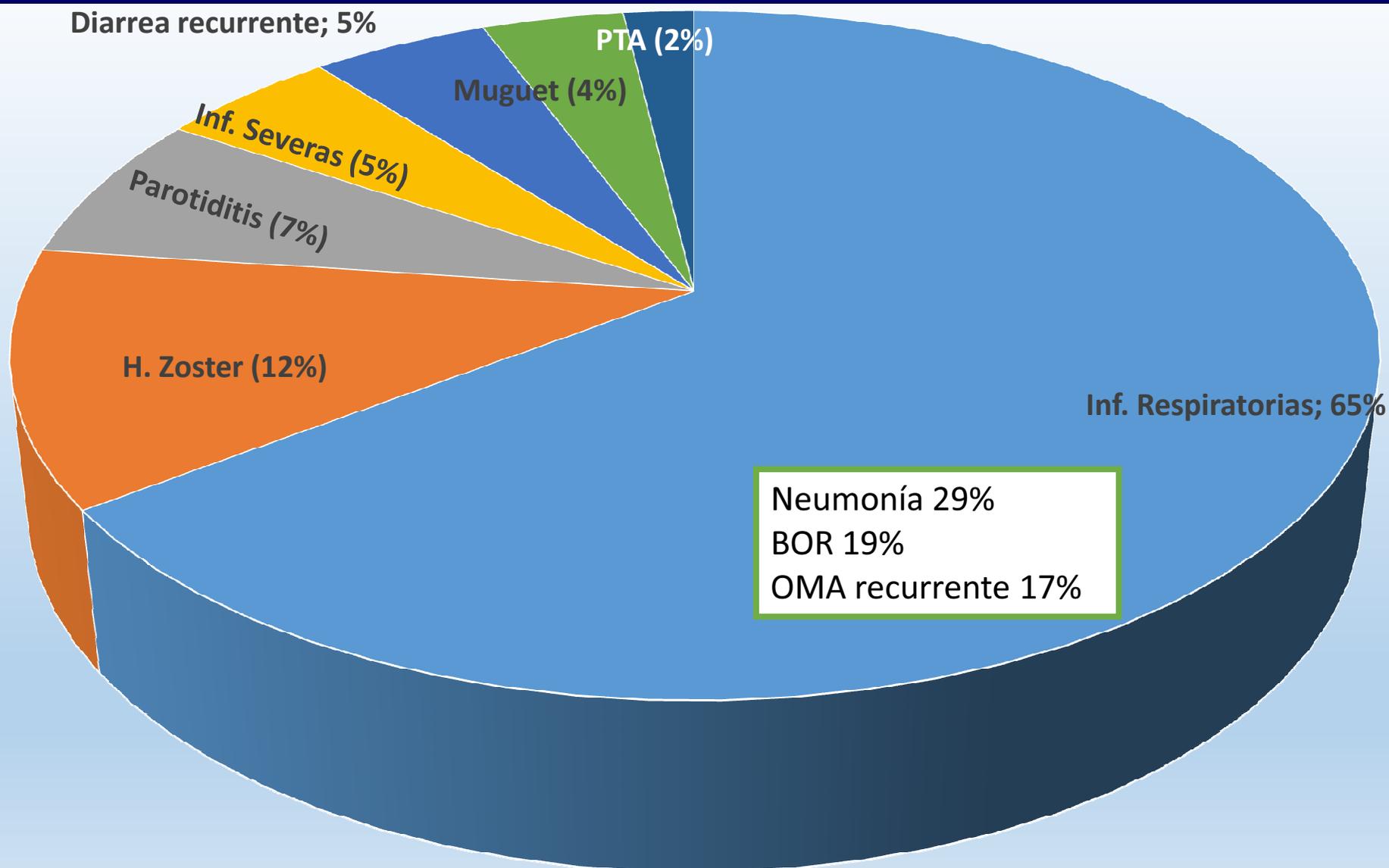


Niños sin profilaxis.

Signos y síntomas al momento del diagnóstico.



Patologías previas al diagnóstico de VIH.



Niños con diagnóstico de VIH realizado luego del diagnóstico de hermano o padres.

n= 46

Patología respiratoria (48%)

Neumonía 29%
BOR 19%
OMA recurrente

Sin síntomas previos (13%)

Hepatoespleno
Poliadenopatias(11%)

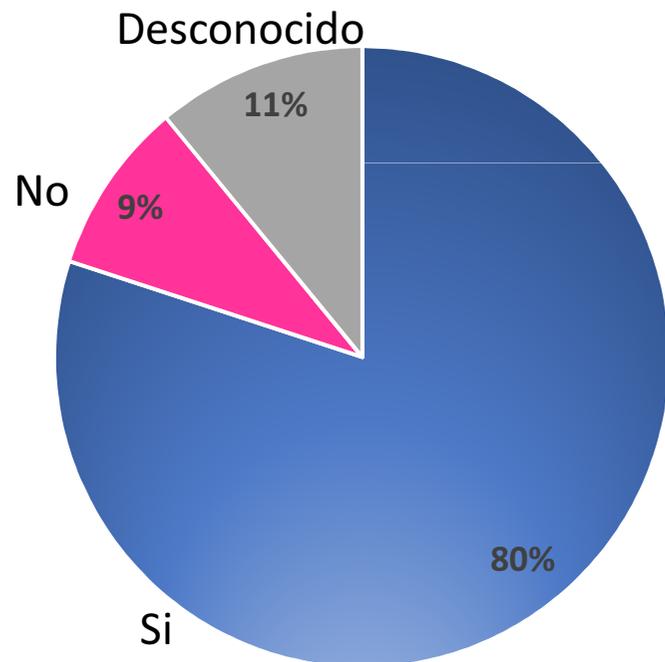
Parotidis rec
(9%)

H. Zoster (7%)

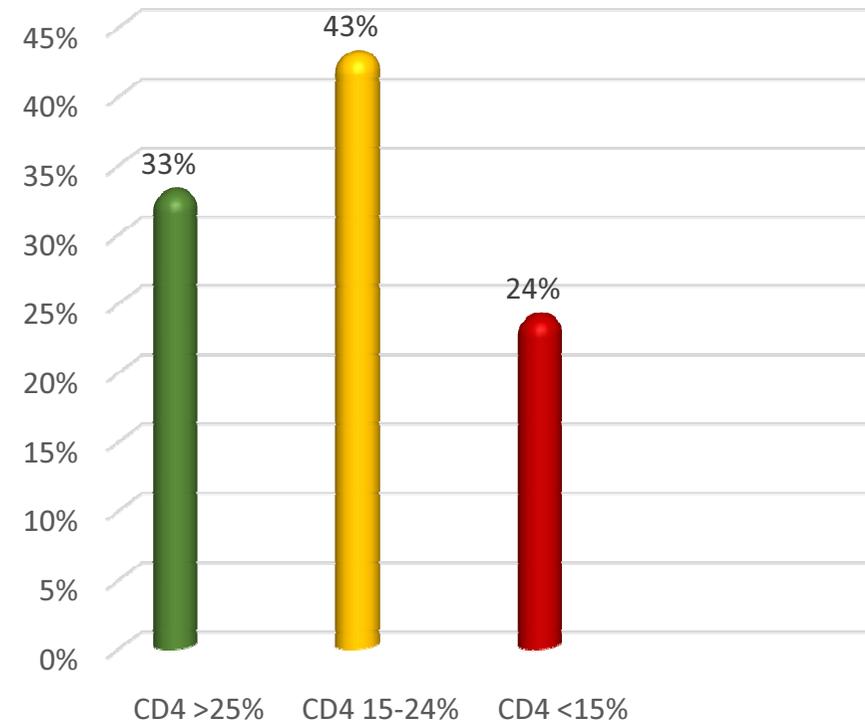
Otras infecciones(4%)
Celulitis, meningitis

Niños con diagnóstico de VIH realizado luego del diagnóstico de hermano a padres.

Presencia de hipergamaglobulinemia



Grado de inmunosupresión, según LTCD4



Estudio CHER
N=377

1
Trat. Diferido
N= 125

2
Trat. Temprano
por 40 semanas
N= 126

3
Trat temprano
por 96 semanas
N= 126

Trat. Se comenzó o reinició con CD4 <25% o síntomas clínicos

Estudio CHER: mortalidad.

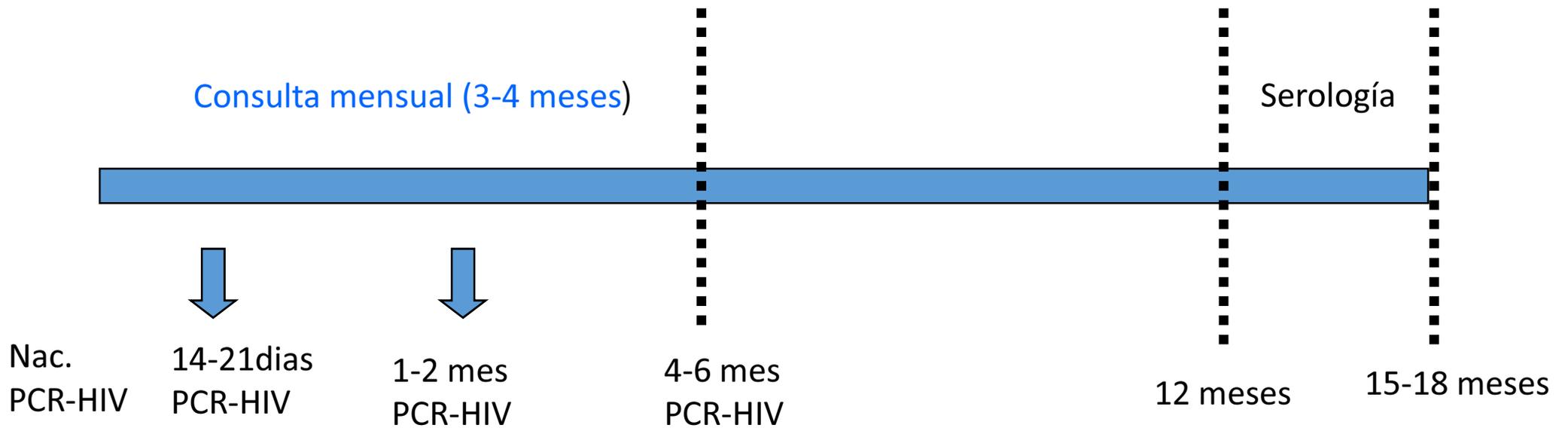
Tratamiento temprano	Tratamiento diferido	
10/252 4%	20/125 16%	p<0.001

El tratamiento antiretroviral temprano reduce la mortalidad en un 75 %

Estudio CHER: mortalidad.

- 67% de los fallecidos eran menores de 26 meses de edad
- Causas de muerte:
 - Gastroenteritis
 - Neumonía
 - Neumonitis por *Pneumocystis jiroveci*

Calendario de seguimiento de hijo de madre infectada con VIH.



Conclusiones

Identificación de embarazada infectada

Retención en el sistema de salud

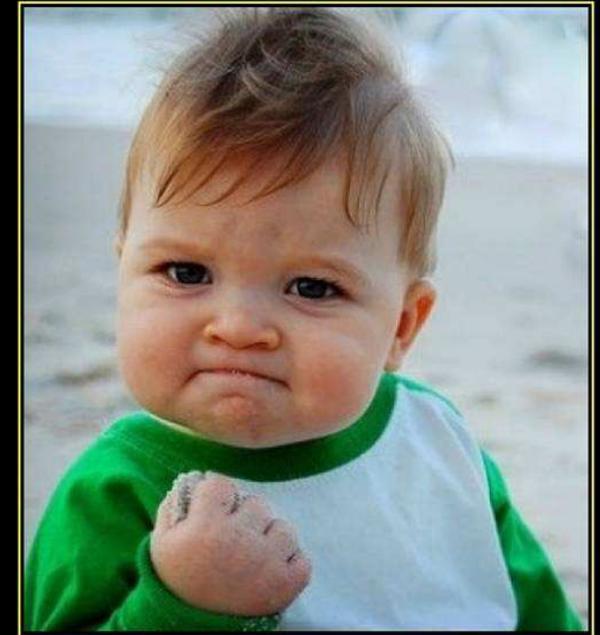
Capacitación al equipo de salud para cumplir las normas vigentes

Fortalecer el equipo y dinámica de trabajo interdisciplinario
(obstetra-laboratorio-infectología-neonatología-asistente social)

Diagnóstico temprano de la infección pediátrica

INTELIGENTE ES AQUEL QUE
SABE DONDE QUIERE IR

Y MÁS INTELIGENTE
AÚN EL QUE SABE
DÓNDE YA NO
TIENE QUE
VOLVER.



SUCCESS...

Muchas gracias por su atención