



6° Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria

Desafíos en el diagnóstico y seguimiento de infecciones perinatales

Hacia la eliminación de la transmisión vertical
de VIH y sífilis. ¿Es posible alcanzar la meta?

Dra. Miriam E. Bruno
Hospital Dr. Carlos G. Durand

Compromiso Politico



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
WORLD HEALTH ORGANIZATION



50th DIRECTING COUNCIL
62nd SESSION OF THE REGIONAL COMMITTEE



Washington, D.C., USA, 27 September-1 October 2010



**Iniciativa Regional para la
Eliminación de la
Transmisión Materno-
Infantil
del VIH y de la Sífilis
Congénita en América
Latina y El Caribe**

INSUMOS

RESULTADOS PROGRAMÁTICOS

DESEMPEÑO

IMPACTO

PLAN NACIONAL INTEGRADO

Embarazadas testadas y con resultados de **VIH**

Embarazadas **VIH+** reciben ARVs

NIÑOS

Niños expuestos reciben ARVs

Niños expuestos son testados (test virológico antes de los 2m)

Prevalencia de VIH en embarazadas (por grupo étnico)

Embarazadas con test de **sífilis:**
-en la 1ª visita prenatal

Embarazadas **sífilis+** son tratadas (antes de la semana 24)

Parejas sexuales de mujeres **sífilis** + son tratadas

Embarazadas reciben la 1ª visita prenatal < 20sem.

Embarazadas con test de **sífilis:**
-antes y después de la semana 20

MUJERES

PAREJAS

Prevalencia de sífilis en embarazadas (por grupo étnico)

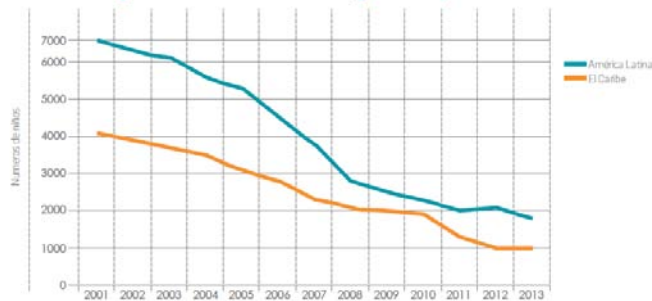
Reducción de la transmisión vertical de VIH a $\leq 2\%$

Reducción de la incidencia de sífilis congénita a ≤ 0.5 casos/1.000 NV

CONTEXTO NACIONAL Y LOCAL

Sistemas de salud, pobreza, género, educación, DDHH, familia, medios de comunicación...

Número estimado de casos nuevos de niños (de 0 a 14 años de edad) con infección por el VIH en América Latina y el Caribe, 2001-2013.



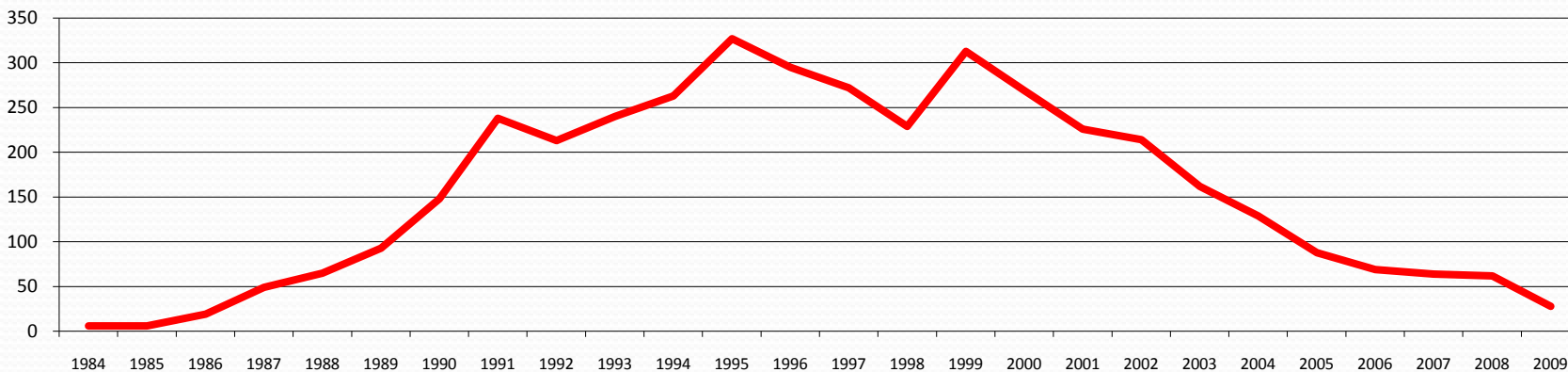
Fuente: Estimaciones del ONUSIDA sobre el VIH correspondientes al 2014.



Clasificación de los países y los territorios de las Américas según el logro de las metas de la eliminación de la TMI del VIH, 2013.

Se alcanzó la meta de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH (tasa estimada de TMI del VIH ≤ 2%)*	Cerca de la meta de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH (tasa estimada de TMI del VIH > 2% y ≤ 5%)	Avanzando hacia la meta de eliminación (tasa estimada de TMI del VIH superior a 5%)	Información insuficiente para evaluar el avance
Anguila Barbados Canadá Cuba Estados Unidos de América Jamaica Montserrat Puerto Rico Saint Kitts y Nevis	Bahamas Brasil Chile Costa Rica Guyana Nicaragua Suriname Trinidad y Tabago	Antigua y Barbuda Argentina Belice Bolivia (Estado Plurinacional de) Colombia Ecuador El Salvador Guatemala Haití Honduras México Panamá Paraguay Perú San Vicente y las Granadinas Uruguay	Aruba Bermudas Bonaire Curazao Dominica Guyana Francesa Granada Guadalupe Islas Caimán Islas Turcas y Caicos Islas Vírgenes Británicas Islas Vírgenes de los Estados Unidos Martinica República Dominicana Saba Santa Lucía San Eustaquio San Martín Venezuela (República Bolivariana)

Número de casos de niños y niñas infectados por transmisión vertical. Argentina 1985-2010



Notificación del primer caso de TV del VIH

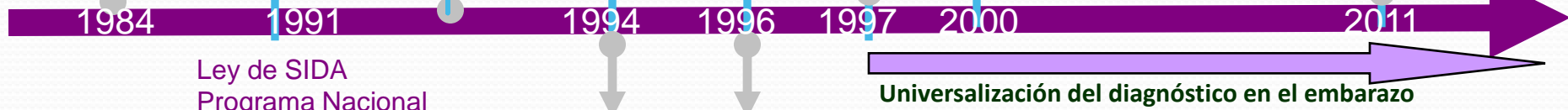
250 infecciones por TV
194 <14 años fallecidos

326 niños infectados por TV

Tasa de TV = 14%

Tasa de TV = 5%

Ley de SIDA en Perinatología



Ley de SIDA
Programa Nacional de SIDA

Demostración de la efectividad del AZT en la reducción de la TV del VIH (ACTG076)

Disponibilidad TARGA

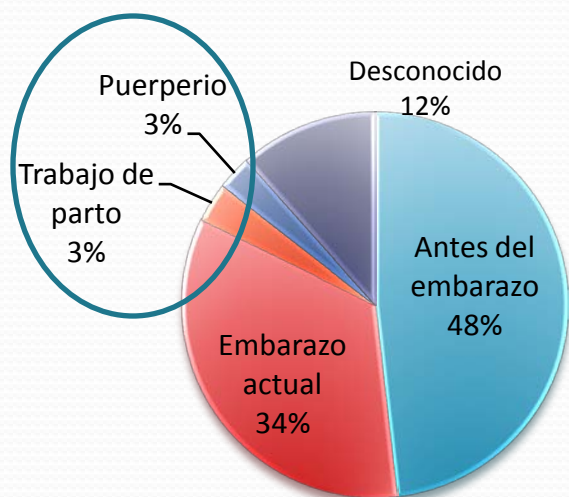
Universalización del diagnóstico en el embarazo



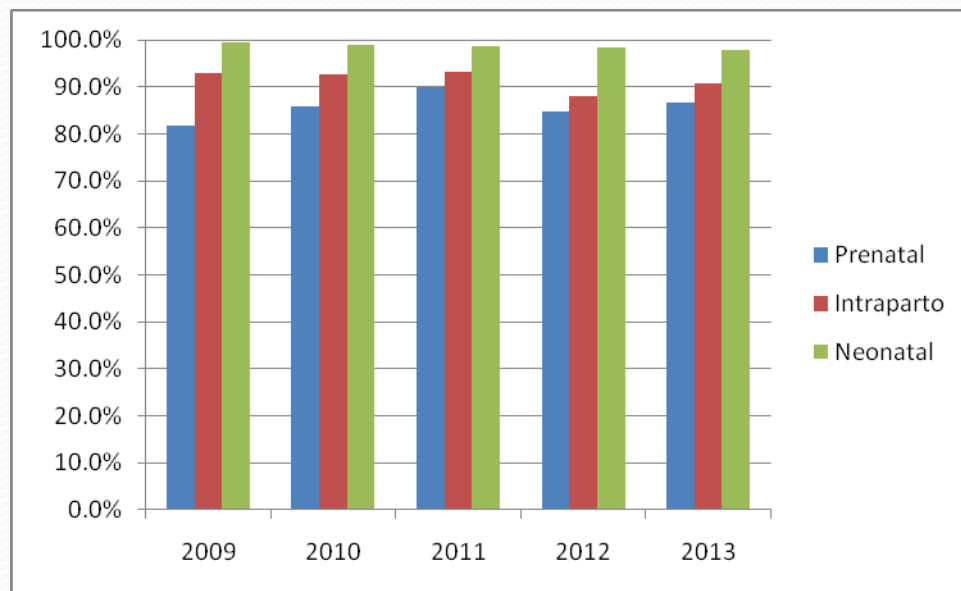
Transmisión perinatal

- Intraútero 25%–40%
- Intraparto 60%–75%
- Riesgo de transmisión por vía materna
 - Necesidad de conocer la serología del padre
 - **29% con primoinfección**
- Carga viral es el principal factor asociado a TV

Distribución de los partos según el momento de diagnóstico de VIH en las mujeres, Argentina(2009-2013). N = 2880



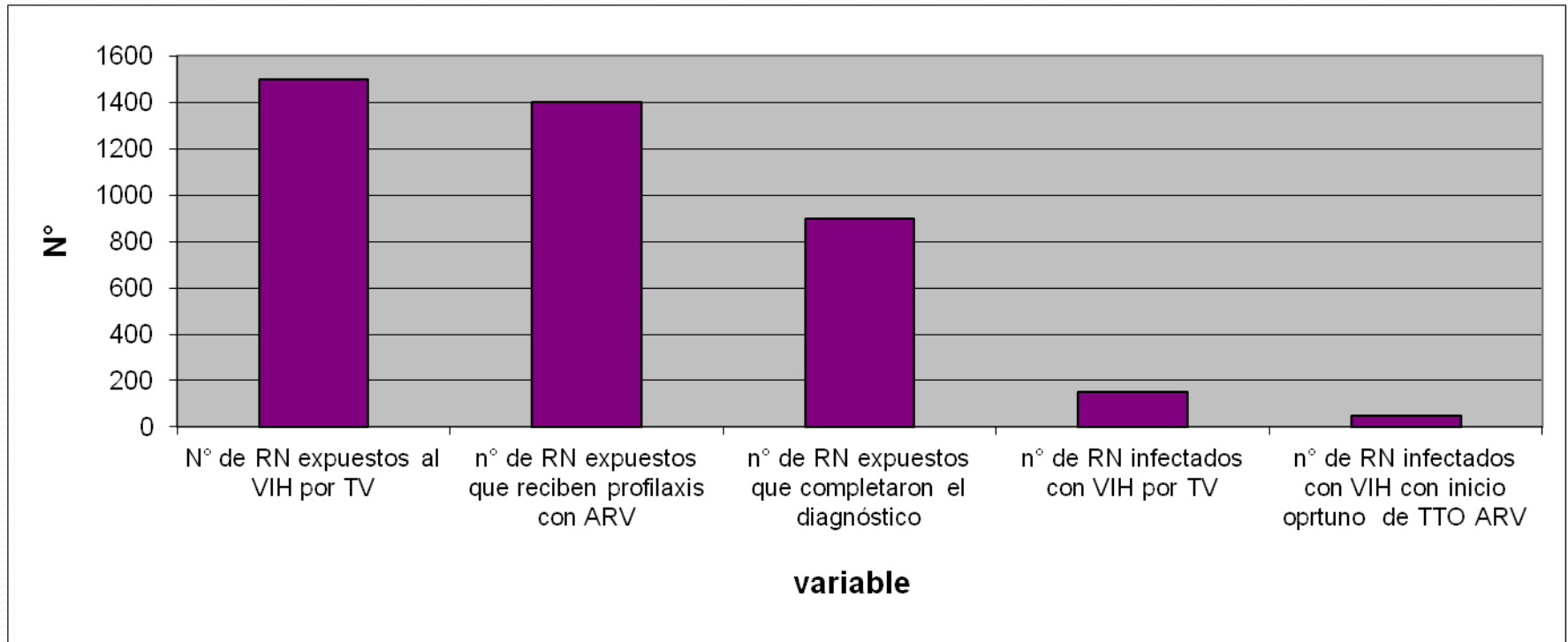
Distribución de los partos en mujeres con VIH según porcentaje de cobertura ARV prenatal, intraparto y neonatal. Jurisdicciones seleccionadas, Argentina 2009-2013



Seguimiento de los niños expuestos al VIH



Cascada de cuidados en la prevención de la transmisión vertical del VIH y en el cuidado de los niños/as infectados



Laboratorios diagnóstico pediátrico



Hospital Garrahan:
CV por RT- PCR
ADN proviral in house
Maternidad Sardá
Misiones
Río Negro
Neuquén
Santa Cruz
Tierra del Fuego

Hospital Muñiz:
CV por RT- PCR
ADN proviral
Maternidades de CABA,
menos M. Sardá

**Laboratorio Central
de Córdoba:**
CV por RT- PCR -
ADN proviral
Córdoba
San Luis
Mendoza
San Juan
La Rioja
Catamarca
Salta
Santiago del
Estero
Corrientes
La Pampa

**Laboratorio de Referencia
Provincial de Chubut:**
CV por RT- PCR
Chubut

**CTSP (Centro de Tecnología
en Salud Pública):**
ADN proviral.
Sarita Fe, provincial
RS IV
Entre Ríos
Formosa
Chaco

**CPR (Laboratorio del Centro
Provincial): CV por RT- PCR**
RS I
RS II
RS III
RS V
RS VI*
RS VII
RS VIII
RS IX
RS X
RS XI
RS XII
* procesa sus propias
muestras por b-DNA.

**Laboratorio sub sector
privado:**
ADN proviral
Tucumán

Laboratorio:
ADN proviral.
Jujuy

Laboratorio:
ADN proviral.
Santiago del Estero

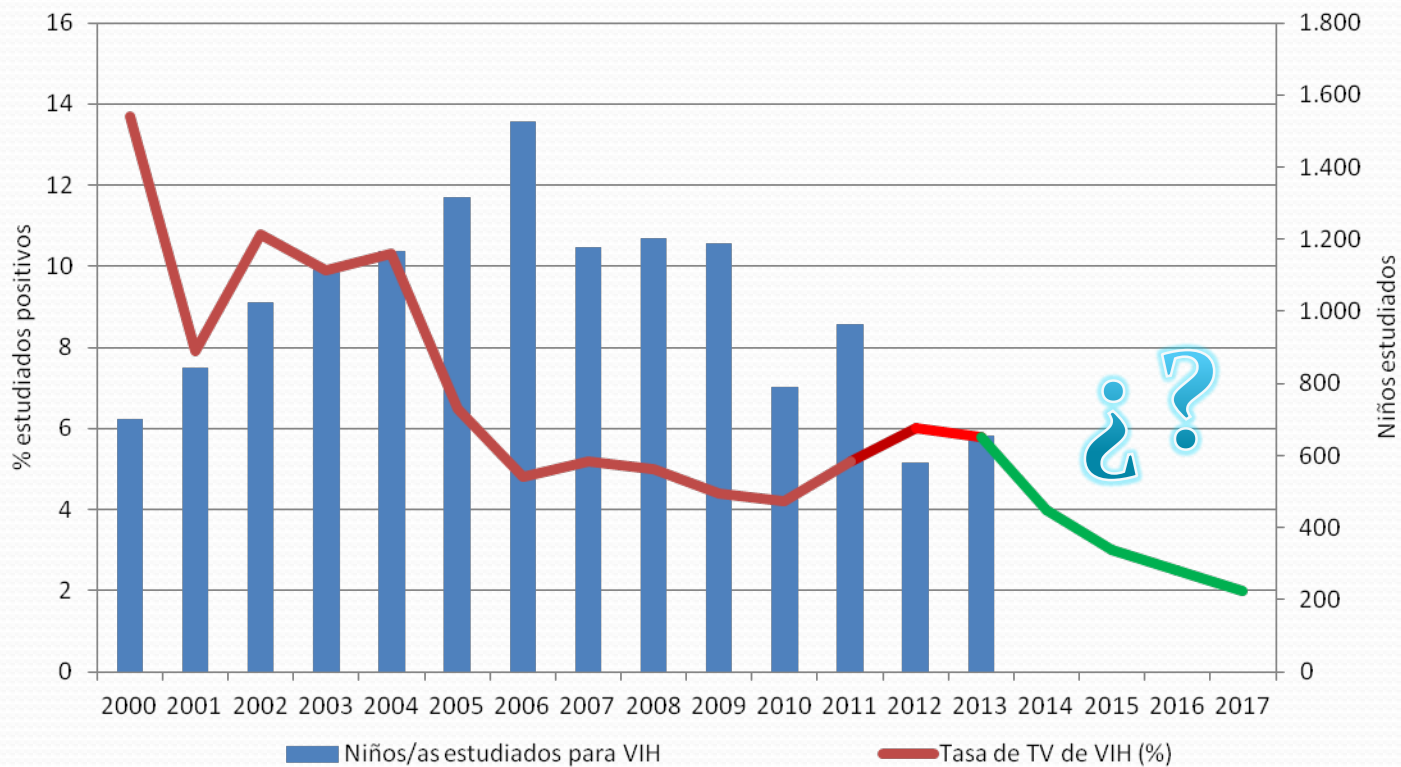
Año 2012

Distribución de los niños expuestos al VIH por vía perinatal según diagnóstico definitivo y proporción de casos de transmisión del VIH, según año de nacimiento. Laboratorios seleccionados. Argentina 2006-2013

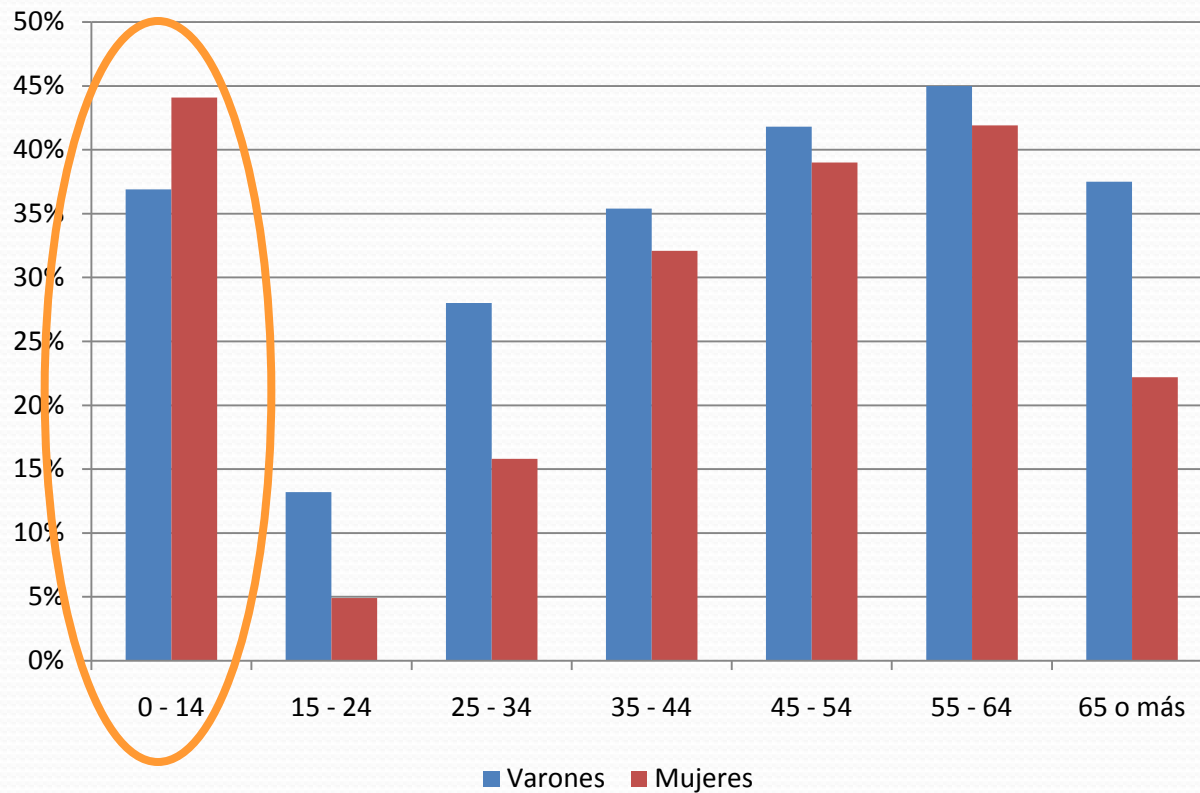
	Niños/as estudiados para VIH	Niños/as infectados por TV	Tasa de TV (%)
2006	1525	73	4,8
2007	1177	61	5,2
2008	1203	60	5,0
2009	1187	52	4,4
2010	791	33	4,2
2011	963	50	5,2
2006-2011	6846	329	4,8
2012	581	35	6,0%
2013	655	38	5,8%

Elaboración propia en base a datos provistos por laboratorios. 2000-2009: Hospital Garrahan, INBIRS (Conicet- UBA) Virología del Htal Muñiz, S.M. Ludovica de La Plata, Htal. Posadas, Centro de Referencia de Córdoba y CPRS de Pcia. Buenos Aires. 2010-2011: Centro de Referencia de Córdoba, Hospital Garrahan, Hospital Muñiz, Hospital Posadas , INBIRS y Centro de Tecnología en Salud Pública .

Transmisión vertical por datos de laboratorio (2000-2013)

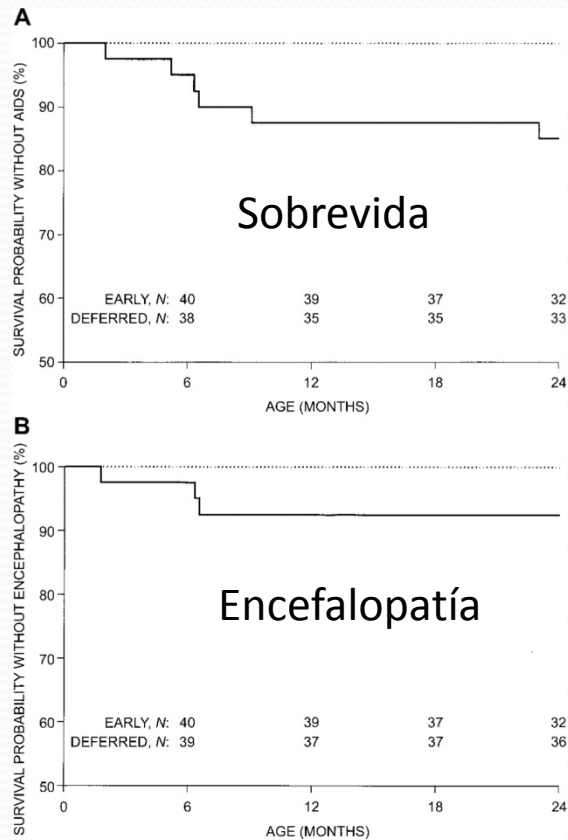


Diagnóstico tardío de VIH según sexo y edad, Argentina 2012-2013

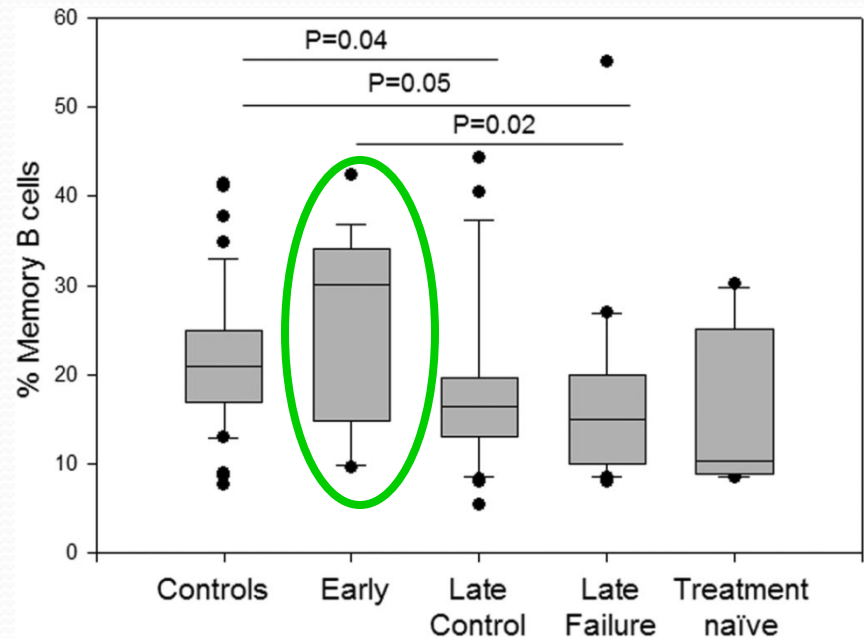


Tratamiento ARV temprano en niños con TV

Tratamiento temprano vs. diferido

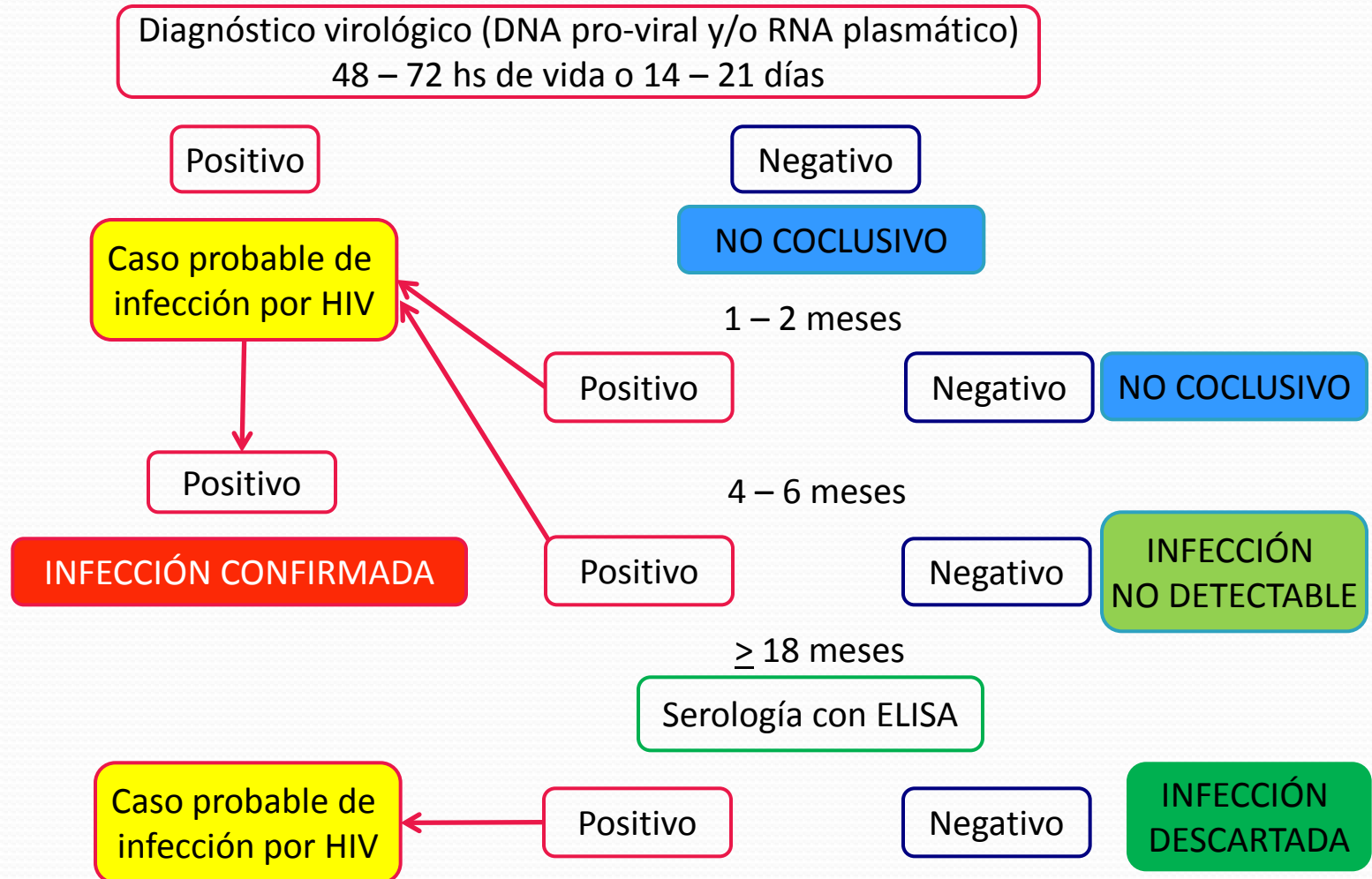


Integridad de la células B de memoria



Pensierosa S, Cagigia A, Palmab P, y col. PNAS 2009;106:7939–7944

ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y NOTIFICACIÓN A TRAVÉS DEL SIVILA en MENORES de 18 meses



Determinantes de la Transmisión vertical – 2013

Estudio de casos

- 38 niños infectados.
- Determinantes informados:
 - 15 control prenatal
 - 6 Diagnóstico materno tardío
 - 4 inicio tardío de profilaxis ARV
 - 9 Diagnóstico materno tardío
 - 2 seroconversiones en el embarazo
 - 3 seroconversión durante la lactancia
 - 4 lactancia materna
 - 5 Adherencia inadecuada al TARV
 - 4 Fallo virológico
- Diagnóstico precoz 26
 - 15 en seguimiento
 - 2 fallecidos
- Diagnóstico tardío 11
 - 8 en seguimiento
 - 1 fallecidos

Niños nacidos de madres sin tratamiento antirretroviral durante el embarazo

Inicio de profilaxis antirretroviral precozmente (6 – 12 hs de vida)

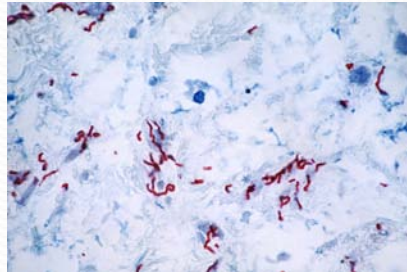
- ✓ Indicar AZT jarabe a 4 mg/kg/dosis cada 12 hs entre las 6 y 12 hs de vida por seis semanas y nevirapina al nacimiento, a las 48 horas y a las 96 hs de la segunda dosis. (AI)
- ✓ **Estudio precoz para diagnóstico de infección**
semanas, más 3TC 2 mg/kg/dosis cada 12 horas durante 7 días, más una dosis de NVP 2 mg/kg al nacimiento, a las 48 horas y a las 96 hs de la segunda dosis
- ✓ Si no se dispone de los ARV para la profilaxis combinada para el neonato no debe retrasarse el inicio inmediato con AZT



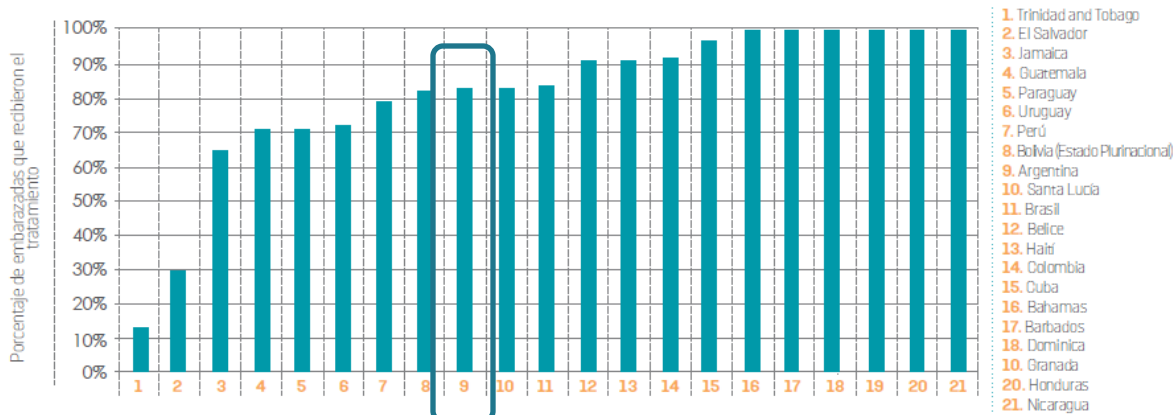
- Características relacionadas a la infección
- Diagnóstico de infección por VIH
- Clínica y seguimiento
 - Seguimiento clínico
 - Inmunizaciones
 - Manejo nutricional
 - Intercurrencias
 - Enfermedades oportunistas
- Tratamiento
- Prevención

http://www.sap.org.ar/docs/NNA_VIH_Web.pdf
http://www.unicef.org/argentina/spanish/health_nutrition_childhood_21381.htm
<http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/equipos-de-salud/guias-y-recomendaciones>

Sífilis congénita



Porcentaje de embarazadas positivas a la sífilis con un tratamiento apropiado documentado en América Latina y el Caribe, 2013.



Clasificación de los países y los territorios en las Américas según la eliminación de la transmisión materno-infantil de la sífilis, 2013.

Se alcanzó la meta de la eliminación de la TMI de la sífilis (0,5 casos o menos por 1.000 nacidos vivos)	Se ha progresado, pero no se ha alcanzado la meta de la eliminación por la TMI de la sífilis*	Información insuficiente para evaluar el progreso
Anguila Antigua y Barbuda Bahamas Barbados Bermudas Canadá Chile Cuba Dominica Estados Unidos de América Islas Vírgenes Británicas Islas Vírgenes de los Estados Unidos Montserrat Nicaragua Puerto Rico	Argentina Belice Bolivia Brasil Colombia Costa Rica El Salvador Granada Guatemala Guyana Haití Honduras Jamaica México Paraguay Perú Santa Lucía Uruguay	Aruba Bonaire Curazao Ecuador Guadalupe Guayana Francesa Islas Caimán Islas Turcas y Caicos Martinica Panamá República Dominicana Saba Saint Kitts y Nevis San Eustaquio San Martín San Vicente y las Granadinas Suriname Trinidad y Tabago Venezuela

Sífilis congénita

	Sífilis 1ria o 2ria	Sífilis latente temprana	Sífilis latente tardía
RNPT	20%	20%	9%
Aborto	25%	16%	10%
Muerte neonatal	15%	4%	1%
Sífilis congénita	40 – 50%	40%	10%
RN sano	15%	20%	70%

Seroprevalencia de Sífilis

Mujeres puérperas. Argentina, 2010-2011

TRIMESTRE DEL PRIMER CONTROL	PREVALENCIA DE SÍFILIS
PRIMERO	0,96%
SEGUNDO	1,67%
TERCERO	1,97%

El 33% de las mujeres que tuvo diagnóstico en el puerperio había comenzado su embarazo SIN sífilis

RN hijo de madre con diagnóstico de sífilis en embarazo

Madre con tratamiento adecuado

RN con sospecha de sífilis congénita

RN con tratamiento

RN con seguimiento a los 12 - 15 meses de vida

¿Qué se notifica como Sífilis congénita?

Caso Sospechoso

- Recién nacido o mortinato cuya madre tuvo sífilis no tratada o fue inadecuadamente tratada, independientemente de la presencia de signos, síntomas o resultados de laboratorio.
- Recién nacido con evidencia clínica de sífilis congénita.
- Recién nacido con resultados de laboratorio compatibles con infección sifilítica (independientemente del tipo de tratamiento que recibió la madre durante el embarazo).

Modalidad de notificación: Individual, nominal.

Periodicidad: Semanal.

Sífilis congénita

Por Región. Años 2012 – 2013

REGIÓN	2012		2013	
	Sospechosos	Confirmados	Sospechosos	Confirmados
Centro	538	408	576	369
Cuyo	43	11	39	8
NEA	267	133	455	291
NOA	231	176	264	149
Sur	18	8	21	9
Total PAIS	1097	736	1355	826

Incremento de Notificación total: 53,5%

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (C2/SIVILA)

Circuitos

Atención de la embarazada

Evaluación de Enfermedades de TV



Diagnóstico oportuno de enfermedades de TV

¿Cuáles son las brechas en la implementación?

Prevención

Evaluación oportuna del niño expuesto

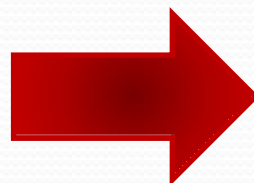
Diagnóstico en el niño/niña

Tratamiento



Estudio de casos

- Sífilis congénita
- Infección por HIV perinatal
- Chagas congénito



El Análisis Causa-Raíz
[ACR] Instrumento para la búsqueda e implementación de soluciones para evitar las muertes maternas, fetales y neonatales.

El diagrama muestra un flujo de trabajo con una línea horizontal central que divide el espacio en dos secciones. En la parte superior, hay cuatro cuadros con los títulos: 'ANÁLISIS DE HECHOS', 'IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS', 'ANÁLISIS DE RAZONES', y 'RECOMENDACIONES'. En la parte inferior, hay cuatro cuadros con los títulos: 'EVALUACIÓN DE Opciones', 'IMPLEMENTACIÓN DE Opciones', 'MONITORIA DE Opciones', y 'EVALUACIÓN DE Opciones'. Una línea horizontal roja atraviesa el centro, con un símbolo de luna creciente a la izquierda y un símbolo de luna creciente invertida a la derecha. El logo de UNICEF está en la parte inferior derecha.

Estrategias programática propuestas

- Fortalecer en las provincias la incorporación de los indicadores que figuran en el Plan Estratégico Nacional para monitorear el cumplimiento de los objetivos planteados en cada jurisdicción.
- Fortalecer la utilización del sistema de vigilancia laboratorial (SIVILA)
- Trabajar con las provincias para la designación de un referente provincial para gestión y monitoreo de las actividades.
- Promover la Incorporación de trabajadores sociales y/o agentes sanitarios al equipo de seguimiento de las familias de niños/niñas
- Fortalecer la provisión sostenida y oportuna de insumos necesarios para el diagnóstico y tratamiento.
- Implementar estudio de casos de niños positivos al VIH y de los casos de SC a través del modelo causa raíz en todas las jurisdicciones del país.
- Difundir y capacitar en todo el país para la aplicación de:
 - La Guía de recomendaciones en la TV del VIH, Sífilis y Hepatitis B consensuadas por la DNMI y la Dirección de Sida
 - La Guía de Atención Integral de Niños y Niñas y Adolescentes con VIH en Argentina.
- Ampliar la atención y seguimiento de niños, niñas y adolescentes con VIH a los pediatras, médicos generales y al primer nivel de atención.



Hacia la meta de eliminación de la transmisión vertical del **VIH y sífilis congénita** y diagnóstico oportuno del **Chagas Congénito** en Argentina.

Propuestas de líneas de acción

Documento de consenso intersectorial



¿Es posible alcanzar las metas para el 2015?

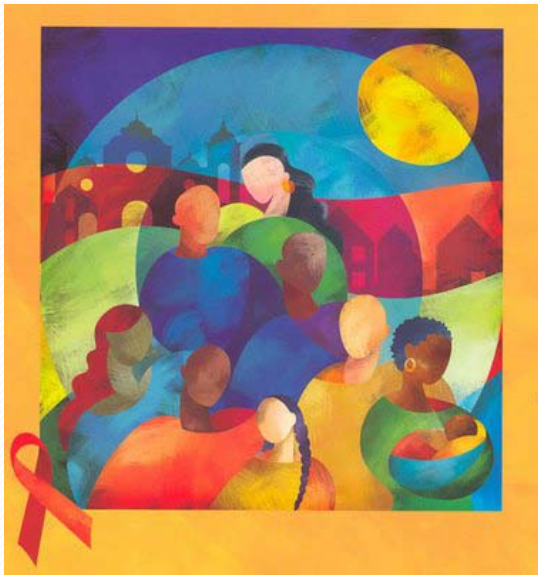


Desafíos

- Revisión de los circuitos en la prevención de la transmisión materno-infantil de VIH y Sífilis con un diagnóstico y tratamiento oportuno.
- Monitoreo y evaluación de indicadores programáticos

Integrando actores, integrando sectores, integrando y sistematizando la información para acciones más eficaces, de calidad y con mejor representatividad y oportunidad...





MUCHAS GRACIAS

MUCHAS GRACIAS