

ACTUALIDADES EN LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN PERINATAL DEL VIH

DRA. VERA BARROS OSPINO
MEDICO PEDIATRA



ESCENARIOS EN LA TRANSMISIÓN PERINATAL



TRANSMISION MATERNO FETAL



- Solicitar sin excepción prueba ELISA en primer control con opción “aceptar-rechazar”.
- Si rechaza el examen, dejar constancia firmada de su no aceptación
- Si el primer examen es negativo, repetir al final del embarazo (si existen factores de riesgo)
- Si no existe prueba de tamizaje y la gestante llega en trabajo de parto, solicitar prueba rápida, que permitirá tomar decisiones

Probabilidad de transmisión perinatal del VIH **SIN** intervención

Es del **30 al 35%**

CON Intervención
2% o menos



Probabilidad de transmisión:
35% - 45%

TRANSMISIÓN PERINATAL

- **PRENATAL:** Los 2 primeros trimestres de gestación aporta **20% al 30%** de los casos
- **PERINATAL:** Pre-parto e intra- parto el **45% al 65%**
- **POSTNATAL:** Leche materna exclusiva o combinada con fórmula láctea el **15% al 25%**





FACTORES QUE FAVORECEN LA TRANSMISIÓN VERTICAL

MATERNOS

SIDA en estadios clínicos avanzados, cifras bajas de CD4 y altas de CD8, pérdida de la integridad de la barrera placentaria (corioamnionitis), sífilis, uso de cigarrillo, ausencia de anticuerpos maternos antiVIH específicos.

VIRALES

Elevada carga viral, genotipo y fenotipo viral de fácil transmisibilidad.

OBSTÉTRICOS

Duración prologada de ruptura de las membranas, parto vaginal, primer gemelo, procedimientos invasivos.

POSTPARTUM

Lactancia natural


TRANSMISION MATERNO FETAL VIH

- Los ANTIRRETROVIRALES REDUCEN LA TRANSMISION PERINATAL POR VARIOS MECANISMOS INCLUYENDO LA DISMINUCION DE LA CARGA VIRAL MATERNA Y BRINDANDO PROFILAXIS PRE Y POST EXPOSICION AL PRODUCTO DE LA GESTACION, POR LO QUE ES NECESARIA LA PROFILAXIS MATERNA ANTEPARTO., INTRAPARTO Y AL R.N PARA PREVENIR LA T.M.F.(A1)

- [aidsinfo.nih.gov./guidelines](http://aidsinfo.nih.gov/guidelines) 2012

PROTOCOLO

Administración de AZT para la reducción de transmisión perinatal del virus de Inmunodeficiencia Humana

Período de Tiempo	Vía	Dosis
Durante el embarazo iniciar en cualquier momento después de la semana 14 de gestación	Oral 	600MGS DIA, 300 MGS CADA 12 hs.
Durante el parto 	5 V 	2 mg/Kg durante la primera hora luego 1mg/Kg/hora hasta el nacimiento
Para el R.N. Iniciando en las primeras 12h de vida hasta la 6 semana	Oral 	2mg/kg 4 veces al día (4mgs/kg cada 12 hs).



DIAGNOSTICO EN PEDIATRIA

- SE REQUIEREN **DOS** EXAMENES VIROLOGICOS POSITIVOS PARA CONFIRMAR EL DX. REALIZADOS CON DIFERENTE MUESTRA.
- ALGUNOS EXPERTOS RECOMIENDAN CONFIRMAR LA AUSENCIA DE INFECCION CON ELISA A LA EDAD DE 12 O 18 MESES.



RN DE MADRE SEROPOSITIVA

- AZT POR 6 SEMANAS 4 MGS/KG CADA 12 HS POR 6 SEMANAS
- NO BCG HASTA DESCARTAR EL DX
- LACTANCIA DE FORMULA
- VACUNACION PAI CON POLIO IM. HBV AL NACIMIENTO
- CARGA VIRAL AL MES PARA DX
- NUNCA EFECTUAR DX AL RN EXPUESTO, CON ELISA
- PROFILAXIS CON TMP/SX AL TERMINAR AZT, DEPENDIENDO DE LA CARGA VIRAL

SEGUIMIENTO NEONATAL

- **HEMOGRAMA AL NACIMIENTO.**
- **VACUNA DE HEPATITIS B AL NACIMIENTO.**
- **AZT 4mg/dosis cada 12 horas por 4 - 6 semanas vs 4 semanas**

AZT 4 mg/dosis cada 12 horas*

AZT 1 ml cada 12 horas □ < 2,5 kg de peso.*

AZT 1,5 ml cada 12 horas □ >2,5 kg de peso.*

- **NO LACTANCIA MATERNA**

Lancet. 2002;359(9313):1178-1186.

AIDS. 2006;20(9):1281- 1288.

48th Annual ICAAC/IDSA 46th Annual Meeting, October 25-28, 2008; Washington, DC.

Abstract H-459, page 400.

Tabla 12. Niños y niñas expuestos al VIH. Administración de profilaxis anti-rretroviral. Colombia 2003 a 2010*

Profilaxis ARV	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2010*	%
Si recibió	58	97	173	97	418	97	185	95	266	96	386	95	404	94	270	90
No recibió	2	3	5	3	12	3	6	3	10	4	18	4	16	4	10	4
Sin dato	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	2	1	8	2	19	6
Total	60	100	178	100	430	100	194	100	276	100	406	100	428	100	299	100

Fuente: MPS: Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita. *Datos con corte a tercer trimestre de 2010



EXCLUSIÓN DEL DIAGNOSTICO DE VIH

- ✓ Dos o mas exámenes virológicos negativos despues del mes de edad; uno de ellos despues del 4to mes
- ✓ 2 Elis as (-) despues de 6 meses rectificado (-) Despues de 18 meses de edad

Guidelines for use of antiretroviral agents in pediatric HIV Infection. 2013. www.hivatis.org.

Esquema de Vacunación para niños con DX de VIH



Esquema de Vacunación para niños con DX de VIH

VACUNA	RECIÉN NACIDO	EDAD EN MESES							5 Años
		1	2	4	6	7	12	18	
Polio Inyectable	No		Si	Si	Si			Si*	Si
Hepatitis B*	Si								
BCG	Si**								
Pentavalente: (DPT, Hepatitis B y Haemophilus influenzae tipo b)			Si	Si	Si				
DPT								Si*	Si
Triple Viral*							Si *		Si*
Fiebre Amarilla*								Si*	
Influenza (Gripa)*					Si*	Si*			
Vacuna conjugada contra Neumococo			Si	Si			Si		
Varicela* - Hepatitis A*	Se recomienda aplicar apartir de los 12 meses de vida y un refuerzo 6 meses después de la primera dosis. No está incluida en el PAI								
Vacuna Polisacarida contra el Neumococo	Se recomienda aplicar apartir a los 24 meses de edad. 1 sola dosis .IM. No esta incluida en el PAI								

Cuidados del Neonato Expuesto



- **Los niños nacidos de la madre VIH positiva requieren:**
 - Profilaxis antirretroviral (PAR) para prevenir la infección por VIH.
 - Evaluación paraclínica para monitorizar la toxicidad de la PAR.
 - Pruebas virológicas (Carga Viral de ARN por PCR o ADN proviral) para identificar la presencia o ausencia de la infección VIH en el lactante.

Los niños nacidos de la madre VIH positiva requieren:



- Proveer recomendaciones de opciones de alimentación a la leche materna, como son las fórmulas infantiles maternizadas, si el suministro de la misma es asegurado.
- Seguimiento para instaurar la terapia profiláctica para prevenir Neumonía por *Pneumocystis jiroveci*. Iniciar trimetropim sulfamida via oral, a la sexta semana de vida una sola dosis diaria de por medio (tres veces a la semana) a 150mg/m²/dia. Suspender al descartar diagnóstico de VIH en el menor.

Los niños nacidos de la madre VIH positiva requieren:



- Formular su esquema de inmunización acorde a su edad y condición virológica. (no aplicar BCG hasta descartar VIH en el recién nacido, aplicar polio **IM**).
- Evaluar el desarrollo psicomotor que va adquiriendo el recién nacido.
- Identificar otras patologías incluyendo infecciones o toxicidad por medicamentos.

Los niños nacidos de la madre VIH positiva requieren:



- Tamizaje a familiares con riesgo de VIH.
- Soporte y consejo para padres y cuidadores.
- Educación de alto nivel con respecto a la enfermedad, opciones, cuidados generales y específicos y según los posibles desenlaces, acompañamiento continuo y grupo de apoyo.

DETENER TRANSMISIÓN VERTICAL

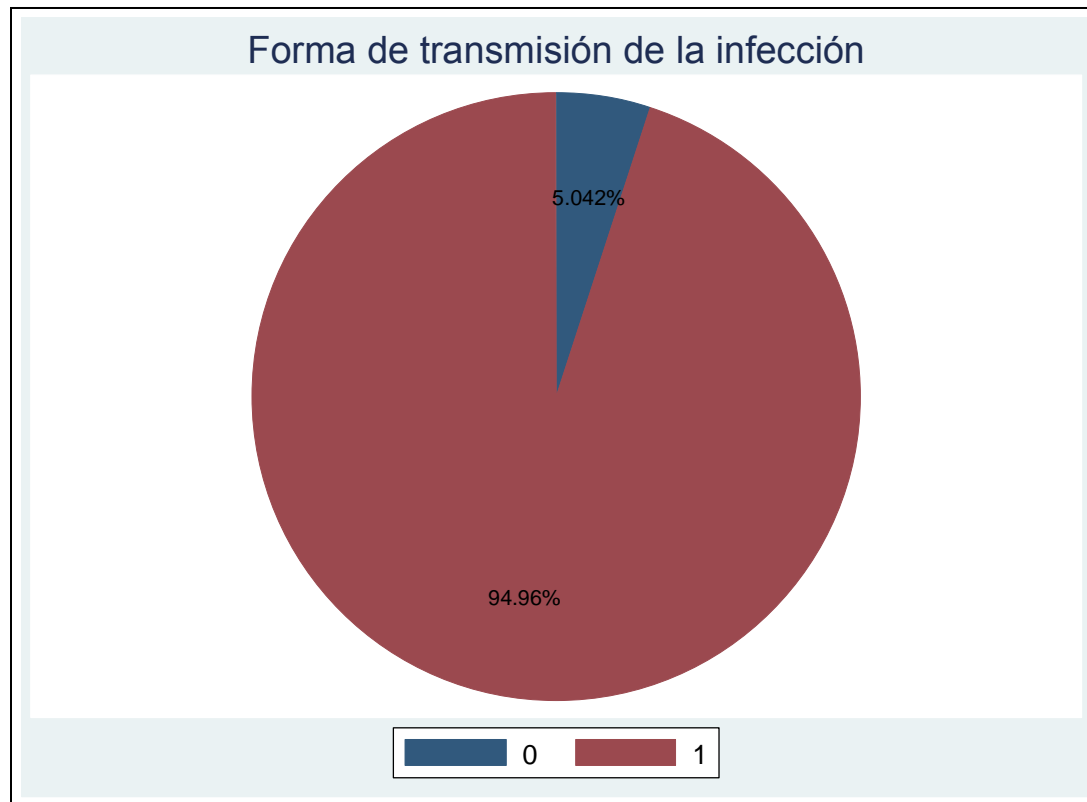


EL VIH PEDIATRICO DIFERENTE AL VIH DE ADULTOS



© laureano gallego | N° 113138 | www.photaki.com

REALIDAD LOCAL....



1. Transmisión vertical.

0. Abuso Sexual.

Fuente: base de datos Clinica VIH Pediatrico



INTERROGANTES....

- Control prenatal de alta cobertura en todos los municipios?
- Accesibilidad a TARV durante embarazo y periodo neonatal?
- Sensibilización personal de salud al VIH Pediátrico?
- En cuanto VIH PEDIATRICO nos encontramos en la punta del Iceberg?
- Políticas de Salud acordes a países en desarrollo?.

RECUERDE

La serología para sífilis y el ELISA para VIH se encuentran dentro del POS, deben ser ofertadas sistemáticamente a toda gestante independientemente de su afiliación al Sistema General de Seguridad Social que asiste a los servicios de salud. Por lo tanto no deben existir diferencias en la oferta de pruebas para VIH y Sífilis en las gestantes.



NUESTRO COMPROMISO

- FRENO A LA TRANSMISION M.F



igual



TRABAJEMOS JUNTOS, POR UN MUNDO LIBRE DE



GRACIAS  **Someva** | EPS