

INFORME. SISTEMATIZACIÓN DE AUDITORÍAS de VIH. 2016

Áreas programáticas: ITS-VIH/SIDA, Salud Sexual y Reproductiva. DIGESA. Ministerio de Salud Pública.

ANTECEDENTES.

La infección por el virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH) puede transmitirse de madre a hijo durante el embarazo, parto y lactancia. Existen medidas altamente eficaces para evitar la transmisión materno infantil del VIH (TMI): terapia antirretroviral (TARV) durante el embarazo, zidovudina en el trabajo de parto o cesárea, vía de finalización del embarazo según carga viral materna al momento del parto (cesárea si la carga viral es detectable), suspensión de la lactancia y quimioprofilaxis al recién nacido. En el año 2015 además se agrega el uso de raltegravir (RAL), un fármaco de la familia de los inhibidores de integrasa, que se destaca por su capacidad de producir una rápida caída de la carga viral, por lo que está especialmente indicado en mujeres embarazadas que llegan con carga viral elevada en el último trimestre.

El principal determinante de la transmisión es el nivel de carga viral materna, por lo tanto la supresión de la misma a niveles indetectables es el principal factor protector de la transmisión.

De acuerdo a las guías nacionales del Ministerio de Salud Pública (MSP), los estudios serológicos para detección de sífilis y VIH en la mujer embarazada deben solicitarse en los tres trimestres del embarazo y, el primero debe realizarse en el primer control. En los embarazos no controlados o mal controlados todo contacto con el equipo de salud es una oportunidad para detección y tratamiento de éstas infecciones mediante pruebas rápidas. Las pruebas rápidas también están indicadas en mujeres embarazadas que inician su control en el primer nivel de atención, así como en aquellas que inician su control tardíamente (> 14 semanas) o llegan en trabajo de parto (TDP) sin controles y en aquellas con contactos de riesgo para VIH.

En los Objetivos Sanitarios Nacionales 2015-2020, la eliminación de la sífilis congénita y de la transmisión vertical del VIH constituye una de las metas a alcanzar en el Objetivo Estratégico N° 3: *“Disminuir la carga prematura de morbilidad y discapacidad”*.

Una de las líneas de acción establecidas es monitorear el cumplimiento de las pautas y normativas dirigidas a reducir la transmisión vertical, constituyendo la auditoría de casos una de las herramientas utilizadas para este fin.

Las auditorías de sífilis y VIH comenzaron a implementarse en los prestadores de salud en todo el territorio nacional a partir del año 2013.

El objetivo general es monitorizar la aplicación de la Ordenanza Ministerial N° 447 del 14 de agosto del 2012 y 367 del 4 de junio 2013.

Los objetivos específicos:

- Disponer de información certera respecto a la prevalencia de VIH en el embarazo y TV de VIH

- Evaluar la aplicación de las pautas de atención de mujeres con VIH
- Identificar causas que inciden en la transmisión vertical de VIH.
- Comunicar a los prestadores y contribuir al proceso de mejora de la calidad asistencial

DEFINICIONES.

Infección por VIH mujer embarazada.

Pruebas serológicas de tamizaje reactivas para VIH (incluidas pruebas rápidas). Para realización de la auditoría no se requiere de la confirmación.

RN infectado por VIH.

Hijo/a de madre con infección por VIH con 2 estudios virológicos (PCR de ADN proviral) positivos de muestras separadas de sangre.

RN expuesto no infectado por VIH.

Mínimo 2 estudios virológicos negativos, uno a la edad igual o mayor de 1 mes y el otro a la edad igual o mayor a 4 meses, siempre que se haya suspendido la lactancia.

RESULTADOS DE AUDITORÍA DE VIH 2016

En el año 2016 hubo 128 mujeres con VIH confirmado que tuvieron su parto, con 2 embarazos gemelares, por lo que para los cálculos se considera como denominador 130 niños expuestos. Se obtuvo el seguimiento del 100% de niños expuestos. La prevalencia de VIH en mujeres embarazadas fue de 0.28% (130/47058), 103 usuarias del subsector público y 27 del privado, lo que nos da una prevalencia de 0.55% en el subsector público (103/18783) y 0.09% en el privado (27/28275). En la siguiente tabla se muestra la evolución de la prevalencia de VIH entre el 2013 y 2016.

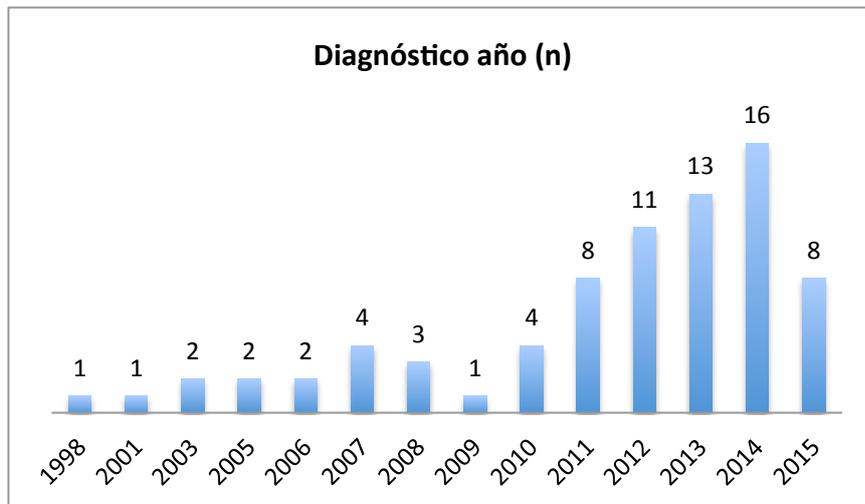
Tabla 1. Prevalencia de VIH en el embarazo 2013-2016

	PUBLICO, n (%)	PRIVADO, n (%)	Total
2013	0.47% (95/20202)	0.10% (29/28253)	0.25% (124/48681)
2014	0.56% (107/19333)	0.11% (33/28755)	0.29% (140/48368) ¹
2015	0.4% (80/19517)	0.1% (32/29225)	0.23% (112/48926)
2016	0.55% (103/18783)	0.09% (27/28275)	0.28% (130/47058)

La infección por VIH era conocida previo al embarazo en 85 mujeres (65%), 57 de ellas con TARV al momento de la gestación (67%). La cobertura de TARV es mayor a la estimada para población general en el año 2016 que alcanzaba el 53%. La cobertura fue mayor en el subsector público respecto al privado, 69% (46/67) y 61% (11/18), respectivamente.

De las mujeres con diagnóstico previo de VIH, 7 adquirieron su infección por transmisión vertical. Los años de diagnóstico de las restantes se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 1. Año de diagnóstico de mujeres embarazadas con VIH conocido previo a la gestación



2 sin dato

De las restantes, 25 se diagnosticaron en el embarazo, 1 en el trabajo de parto, 1 en el puerperio inmediato.

En la tabla 1 se comparan las características de mujeres con VIH del subsector público y privado. La edad es similar, así como la proporción que conocían su infección por VIH previo al embarazo y la cobertura de TARV entre estas. La proporción de parejas con VIH es mayor en el subsector público respecto al privado. Sin embargo, en una importante proporción de las auditorías se registró como desconocido el estatus de la pareja (51.5%), similar entre en el subsector público y el privado (52.4% Vs 48.1%). Probablemente esto refleja deficiencias en la historia clínica y atención que no aborda la situación de la pareja.

La edad gestacional (EG) al primer control del embarazo fue significativamente mayor en el subsector público, así como la proporción de diagnósticos de VIH luego de la semana 14 en las mujeres que recibieron su diagnóstico durante el embarazo (90.3% Vs. 22.2%). Este último hecho es muy significativo dado que indica un acceso tardío a la prueba de VIH y probablemente un déficit de uso de pruebas rápida en una población donde está indicado según las pautas nacionales. La tasa de embarazos bien controlados (≥ 5 controles) fue significativamente mejor en el subsector privado.

Definiendo PTMI como cualquier intervención terapéutica para la prevención de la transmisión, la cobertura fue muy buena (99% en subsector público, 100% en el privado), siendo la meta establecida por la OMS $> 95\%$. La intervención óptima es el inicio de TARV en el embarazo (o mantenerlo en aquellas que ya lo recibían al momento de la concepción), esta cobertura fue de 95.4% a nivel global (meta 95%), en el subsector público 94.2% y en el privado 100%.

La tasa global de cesáreas fue significativamente mayor en el privado respecto al público, 85.2% y 56.3% respectivamente; manteniéndose esta diferencia en la proporción de cesáreas coordinadas. En mujeres con CV detectable o desconocida cercana al parto donde la cesárea tiene especial indicación, la tasa también fue mayor en el privado. El parto vaginal, el cual puede ser realizado en mujeres que llegan al final del embarazo con CV indetectable y no tenga contraindicaciones obstétricas, fue significativamente mayor en el subsector público (56.2% Vs 21%).

Tabla 1. Características de mujeres con VIH y parto en el 2015 y comparación subsector Público/Privado

	Total (130)	Subsector Público (103)	Subsector Privado (27)	Valor de p
Edad (media y DS)	27 ± 7	27 ± 7	30 ± 7	0.4
VIH previo al embarazo	65.4% (85/130)	65% (67/103)	66.7% (18/27)	0.8
Pareja con VIH	47.6% (30/63) 67 SD	53.1% (26/49) 54 SD	28.6% (4/14) 13 SD	0.0004
Estatus de VIH en pareja desconocido	51.5% (67/130)	52.4% (54/103)	48.1% (13/27)	0.54
CD4 basal	581 ± 335	566 ± 359	590 ± 255	0.23
TARV en pacientes con VIH previo	67% (57/85)	68.6% (46/67)	61.1% (11/18)	0.26
EG al primer control del embarazo	13 ± 7	14 ± 7	11 ± 7	0.23
EG 1er control de embarazo > 14 sem.	32% (38/119) 11 SD	36.6% (34/93) SD 10	15.4% (4/26) SD 1	0.0006
EG al diagnóstico de VIH (sem)	19 ± 8	20 ± 8	12 ± 4	0.09
EG al diagnóstico de VIH > 14 sem.	66.7% (30/45)	77.8% (28/36)	22.2% (2/9)	< 0.000
5 o mas controles prenatales	83.1% (108/130)	78.6% (81/103)	100% (27/27)	< 0.000
Diagnóstico de VIH en TDP o puerperio	1.5% (2/130)	1.9% (2/103)	0% (0/27)	-----
PTMI ⁽¹⁾	99.2% (129/130)	99% (102/103)	100% (27/27)	0.32
TARV	95.4% (124/130)	94.2% (97/103)	100% (27/27)	0.014
EG de inicio de TARV en embarazo	20 ± 8	21 ± 8	16 ± 7	0.46
CV indetectable previo al parto	74.1% (83/112) 18 SD	73.6% (64/87) 16 SD	76% (19/25) 2 SD	0.69
Cesárea (total)	62.3% (81/130)	56.3% (58/103)	85.2% (23/27)	< 0.000
Cesárea coordinada	43.8% (57/130)	37.9% (39/103)	78.3% (18/23)	< 0.000
Cesárea coordinada en total de cesáreas	70.4% (57/81)	50% (39/78)	66.7% (18/27)	0.017
Cesárea en mujeres con CV detectable o desconocida	77.8% (35/45)	74.4% (29/39)	100% (6/6)	< 0.000
PV en mujeres con CV indetectable	48.2% (40/83)	56.2% (36/64)	21% (4/19)	< 0.000
Continuidad de TARV en el post parto	86.1% (112/130)	84.5% (87/103)	95.6% (25/27)	< 0.009

⁽¹⁾ PTMI (profilaxis de la transmisión materno infantil): TARV, AZT iv solo, AZT iv + NVP pre-parto.

Uso de pruebas rápidas

Se realizó prueba rápida de diagnóstico de VIH en 15 mujeres de 45 (33.3%) que desconocían su estatus de infección, 14 usuarias del subsector público y 1 del privado:.

- En 1 se realizó en el parto, y 1 en el puerperio
- En 3 se realizó en el primer control en un 2º nivel de atención con edad gestacional < 14 semanas
- Las restantes 10, captadas luego de la 14 semanas, 3 PR se realizaron en el PNA

En 8/18 (44.4%) de 45 captadas luego de la semana 14 se realizó prueba rápida.

En 3/9 (33.3%) de captadas en el PNA se realizó prueba rápida.

TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH 2015

La tasa de TV en el 2016 fue de 1.5% (2/130), ambos del subsector público (1.9%, 2/103). Esto indica que se alcanzó la meta de eliminación (< 2%) a nivel nacional en el subsector público y en el privado.

Tabla 2. Evolución de la TV de VIH nacional, público y privado. 2013-2016

AÑO	TV nacional	TV subsector público	TV subsector privado
2013	1.6% (2/124)	2.1% (2/95)	0 (0/29)
2014	2.8% (4/140)	2.8% (3/107)	3% (1/33)
2015	1.8% (2/112)	1.3% (1/80)	3.1% (1/32)
2016	1.5% (2/130)	1.9% (2/103)	0 (0/27)

En la siguiente tabla se muestran las variables relevantes de los dos casos de TV.

Tabla 3. Características de los casos que resultaron en TV de VIH en el 2015.

	Caso 1	Caso 2
Subsector de asistencia	Público	Público
Edad materna (años)	19	19
Nº de controles en el embarazo	< 5	< 5
Edad gestacional al primer control (sem)	24	14
EG de diagnóstico de VIH (sem)	24	Previo
Uso de prueba rápida	SI	NC
TARV	SI	SI
EG al inicio de TARV (sem)	34	14
AZT intraparto	SI	SI
NVP monodosis	NO	NO
Cesárea	SI	SI
Profilaxis RN	AZT + NVP	AZT/3TC

CV al parto	1460 copias/ml	44 copias/ml
EG al parto	34	33
Suspensión de lactancia	SI	SI

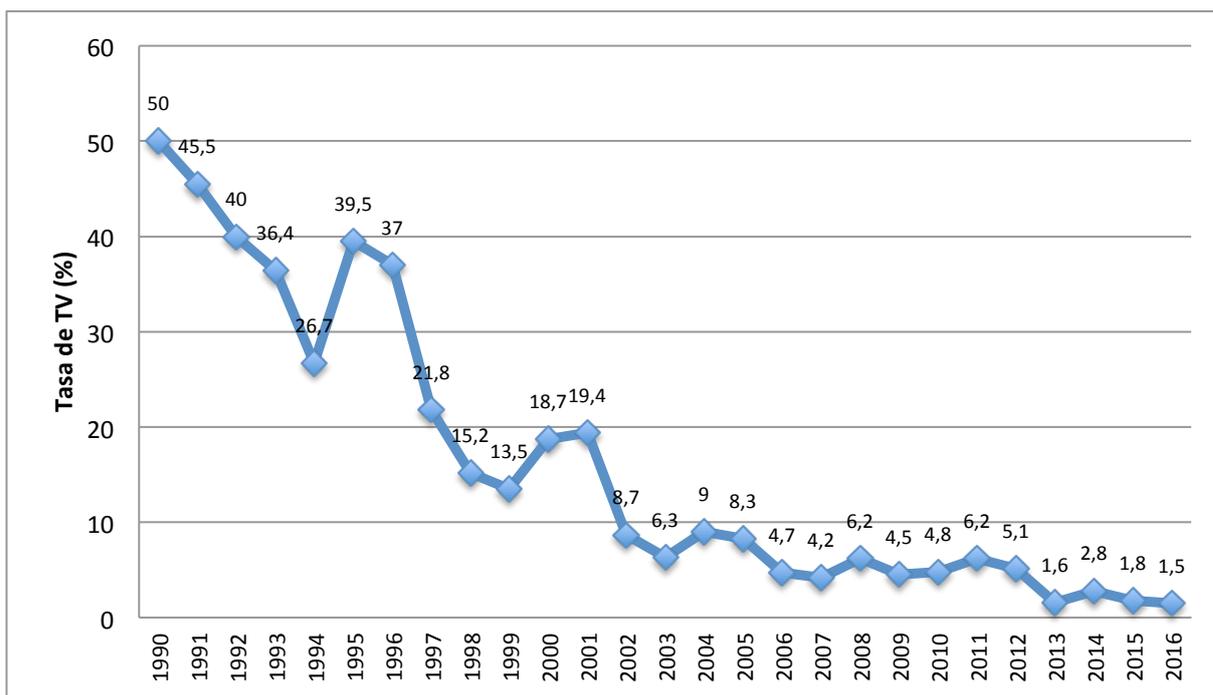
En el caso 1 la realización de la primera prueba fue tardía y se utilizó prueba rápida como está indicado, sin embargo el inicio del TARV se retrasó hasta la semana del parto (pretérmino). En este caso tenía pareja con VIH, a pesar de lo cual el inicio del control fue tardío y tuvo un mal control del embarazo. Esto nos alerta de probables condiciones de vulnerabilidad socio-cultural.

El caso 2, corresponde a una mujer con VIH de adquisición vertical, que si bien se encontraba en TARV tenía escasos controles y dificultades en la adherencia. Aún con CV al parto casi indetectable no pudo evitarse la transmisión. También tuvo un parto pretérmino.

TENDENCIA EN INDICADORES 2012 – 2016

En los últimos años se consolida la tendencia a la baja en la tasa de transmisión vertical de VIH, alcanzando la meta de eliminación en 2013, 2015 y 2016.

Gráfico 1. Evolución de la transmisión vertical de VIH, 1990-2016



En la interpretación se debe tener en cuenta que en años anteriores al 2012 puede haber un subregistro de mujeres embarazadas con VIH dado que este dato no se relevaba sistemáticamente. Aunque también antes del 2005 es probable que la mayoría de las mujeres con VIH embarazadas y sus niños se atendieran mayoritariamente en el subsector público (policlínica de referencia en CHPR) de donde se obtenía los datos.

En la siguiente tabla se muestra la comparación de datos relevados en mujeres embarazadas con VIH desde el 2012 al 2016. Si bien la auditoría se implementa mediante ordenanza en el

2013, en el 2012 se comenzó a realizar un relevamiento a través de encuestas a los prestadores a nivel nacional.

Tabla 4. Características de mujeres embarazadas con VIH con parto en el período 2012-2016

	2012 (136)	2013 (124)	2014 (140)	2015 (110)	2016 (130)
Edad (media y DS)	28 ± 7	27 ± 7	28 ± 7	27 ± 7	27 ± 7
VIH previo al embarazo	46.3% (63/136)	56% (70/124)	62% (86/138)	63.6% (70/110)	65.4% (85/130)
Pareja con VIH (se excluye SD)	-----	52% (22/42)	30.6% (40/66)	50% (27/54)	48% (30/63)
Estatus de VIH en pareja desconocido	-----	34% (42/124)	47% (66/140)	51% (56/110)	51.5% (67/130)
CD4 basal	445 ± 246	469 ± 256	495 ± 310	544 ± 386	581 ± 335
TARV en pacientes con VIH previo	33% (21/63)	33% (23/70)	45.3% (39/86)	63% (44/70)	67% (57/85)
EG al diagnóstico de VIH	20 ± 10	19 ± 7	17.7 ± 8	18 ± 9	19 ± 8
EG al diagnóstico de VIH > 14 semanas	59.3% (32/54)	48% (26/54)	54% (28/52)	52.7% (19/36)	66.7% (30/45)
5 o mas consultas prenatales	-----	79.8% (99/124)	78.6% (110/140)	84.5% (93/110)	83.1% (108/130)
EG al 1er control del embarazo	-----	-----	13.5 ± 7	12 ± 7	12 ± 7
EG 1er control del embarazo > 14 sem.	-----	35% (37/105)	27.6% (35/127)	24% (23/96)	32% (38/119)
Diagnóstico de VIH en TDP o puerperio	3.7% (5/136)	4.8% (6/124)	3.8% (5/132)	2.7% (3/110)	1.5% (2/130)
PTMI	96% (131/136)	96% (119/124)	94% (124/132)	95.5% (105/110)	99.2% (129/130)
TARV	89% (121/136)	88% (108/123)	90% (119/132)	89% (98/110)	95.4% (124/130)
EG inicio de TARV en embarazo	22 ± 8	21 ± 8	21 ± 8	19 ± 8	20 ± 8
CV indetectable previo al parto	39% (43/111)	71% (65/91)	65% (70/107)	67% (62/92)	74.1% (83/112)
Cesárea (total)	37.5% (51/136)	75% (93/124)	65% (91/140)	62% (68/110)	62.3% (81/130)
Cesárea coordinada	-----	56% (70/124)	44% (61/140)	34.5% (38/110)	43.8% (57/130)
Cesárea en CV detectable o desconocida	66.7% (34/51)	56% (52/93)	50.5% (46/91)	44.1% (30/68)	77.8% (35/45)
PV en CV indetectable	32.6% (14/43)	30.8% (20/65)	35.7% (25/70)	38.7% (24/62)	48.2% (40/83)
Continuidad de TARV en el post parto	24% (33/136)	56% (70/124)	70% (98/140)	79% (87/110)	86% (112/130)

En el análisis de las características de las mujeres con VIH en 5 años (2012 al 2016), se destaca como hallazgos positivos una proporción creciente de mujeres que tienen su diagnóstico previo al embarazo (46.3% a 65.4%), una cobertura de TARV en aumento entre mujeres diagnosticadas (de 33% a 67%), nivel de recuento de CD4 basal creciente (probablemente asociado a TARV), mejoría gradual en uno de los indicadores de calidad de control de embarazo (número de controles), continuidad de TARV en el postparto en aumento (24% a 86%) y carga viral indetectable al parto. También han mejorado la cobertura de PTMI y de TARV en el embarazo superando la meta de 95%, si bien la edad gestacional de TARV no ha presentado cambios significativos, siendo aún tardía.

La EG al diagnóstico de VIH permanece tardío y fue peor aún en el último año (en más del 50% se produce luego de las 14 semanas). Respecto a la vía de finalización del embarazo según la situación de la paciente respecto al VIH mejora con aumento de cesáreas entre mujeres con CV detectable o desconocida y un leve aumento en la tasa de parto vaginal entre mujeres con CV indetectable. Permanece en niveles muy deficitarios aquellos indicadores referidos a la captación de la pareja.

En la siguiente tabla se resumen indicadores de calidad de control de embarazo en VIH negativas y positivas, así como los de prevalencia de VIH en mujeres embarazadas.

Tabla 5. Evolución de indicadores de control de embarazo y VIH, 2012 - 2016

		2012	2013	2014	2015	2016
5 o más consultas prenatales		92%	92.8%	93.3%	93.1%	93.1%
5 o más consultas prenatales EN VIH+		-----	79.8%	78.6%	84.5%	83.1%
1ª consulta prenatal EG ≤ 14 sem		73.7%	75%	77.2%	78.1%	78.4%
1ª consulta prenatal EG ≤ 14 sem VIH+		-----	65%	73%	78.5%	68%
Prueba de VIH (denominador CNV)		No se dispone del numerador	95.8% (46655/48681)	96.6% (46745/48368)	97.2% (47570/48915)	97.4% (45821/47058)
Prevalencia VIH en embarazo		0.28% (136/48059)	0.25% (124/48681)	0.29% (140/48368)	0.23% (112/48915)	0.28% (130/47058)
Prevalencia VIH por subsector	Público	SD	0.49% (95/19542)	0.56% (108/19333)	0.4% (80/19517)	0.55% (103/18783)
	Privado		0.1% (29/27632)	0.11% (32/28755)	0.1% (32/29225)	0.09% (27/28275)

CONCLUSIONES

- La tasa de TV de VIH presenta una tendencia a consolidarse en cifras cercanas o por debajo de la meta de eliminación en los últimos 5 años
- Se observa una mejoría de indicadores que parece reflejar los progresos realizados en población general (aumento en la proporción de personas diagnosticadas, aumento en la cobertura de TARV)
- Los indicadores deficitarios y que contribuyen a la transmisión se observan en brechas asistenciales por lo que son mejorables con acciones que mejoren la calidad de atención y control del embarazo:
 - Persiste una elevada proporción diagnóstico tardío de VIH entre mujeres embarazadas, que aumentó en el último año (66.7% en EG > 14 semanas). Se ha constatado falta de acceso a pruebas rápidas cuando están indicadas: control de embarazo que se inicia en el PNA, mujeres con captación tardía del embarazo.
 - Inicio tardío de TARV entre aquellas diagnosticadas en el embarazo (media 20 semanas), seguramente consecuencia del diagnóstico retrasado.
 - Baja proporción del conocimiento del estatus serológico de la pareja.

RECOMENDACIONES

- Para los equipos de gestión:
 - Garantizar la disponibilidad de pruebas rápidas en todos los servicios de salud, especialmente en el PNA
 - Realizar capacitación en el uso de pruebas rápidas
 - Realizar capacitación en flujograma de actuación en mujer con prueba reactiva de VIH incluyendo la captación de la pareja
- Fortalecer la difusión de las pautas a los prestadores haciendo énfasis en la necesidad de cumplir con las medidas fundamentales para evitar la TV de VIH:
 - La prueba de diagnóstico de VIH (y la de sífilis) debe realizarse en el primer control del embarazo
 - La prueba de diagnóstico de VIH (y la de sífilis) debe repetirse en el 2º y 3º trimestre de gestación
 - La prueba rápida de diagnóstico de VIH (y de sífilis) debe realizarse en: mujeres que inician su control en el PNA, mujeres que inician su control a EG > a 14 semanas, mujeres con riesgo de adquisición de VIH (múltiples parejas, parejas con VIH o estatus desconocido), mujeres que llegan sin control al parto
 - Deben establecerse mecanismos para la comunicación de un primer resultado reactivo según ordenanza ministerial y pautas
 - Debe iniciarse el TARV con el primer resultado reactivo, sin esperar la confirmación del diagnóstico
 - La cesárea es de elección en mujeres que no tienen resultado de CV en el último mes o ésta era detectable
- Ofrecer la prueba de VIH a la pareja de la mujer embarazada aún siendo ella negativa