

# Transmisión perinatal del VIH en la Argentina

En la última década la Argentina ha logrado grandes avances en la prevención de la transmisión perinatal del VIH mediante la implementación de una política pública que permitió disminuir en forma sustancial el número de niñas y niños que adquirieron la infección por esta vía.

El estudio de los datos obtenidos a partir de las fichas de notificación de partos (FNP) generadas por cada jurisdicción municipal y/o provincial y, por otro lado, el análisis del seguimiento de los niños expuestos a partir de la infor-

mación brindada por la red de laboratorios (SIVILA), nos permiten elaborar estrategias claves con el fin de concretar la meta de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH (TMI). A su vez, difundir la información que nos proporciona el monitoreo de los indicadores nacionales es fundamental para dar a conocer los avances y las brechas existentes para acercarnos a la meta de eliminación de la TMI.

En los últimos años la notificación de partos de mujeres con VIH fue aumentando y se mejoró la calidad de los

datos. Desde 2009 –año en que comenzó a implementarse la FNP– se incrementó el número de notificaciones por año y a junio de 2016 contamos con un total de 5.146 fichas reportadas.

Sin embargo, la notificación aún se encuentra muy por debajo del número de niños expuestos al VIH seguidos por los laboratorios de todo el país y nacidos en maternidades del sector público, siendo este número entre 1.300 y 1.500 niños por año según las últimas estimaciones (Gráfico 26). Además, todavía persisten datos inconsistentes y variables reportadas en blanco o como desconocidas. Es necesario identificar cuáles son las dificultades que se presentan en el momento del reporte para poder trabajarlas y así fortalecer la calidad de los datos.

A partir del análisis de las FNP en el último bienio (2015-2016) se observa un notable aumento en las notificaciones de los eventos aborto y mortinato en mujeres con VIH, representando el 1,18% de la situación embarazo y VIH (Tabla 1). El dato de mayor consistencia fue que 11 mujeres sabían su condición serológica previa al embarazo y 7 fueron diagnosticadas en el embarazo.

Observando los avances logrados y las brechas por saldar evaluamos comparativamente por bienios las siguientes variables vinculadas con la posibilidad de transmisión del virus:

## a) Momento del diagnóstico materno

Una de las estrategias de prevención de la transmisión perinatal del VIH es el diagnóstico temprano de la mujer, considerando el momento preconcepcional como uno de los más importantes y así dar inicio a un embarazo con VIH en la mejor condición clínica-infectológica de exposición del feto al virus.

Si analizamos la situación por bienios vemos que esto no se está logrando en la Argentina. Se evidencia un aumento de los porcentajes de diagnóstico en el embarazo actual y, aún más preocupante, un aumento de diagnósticos en el trabajo de parto y puerperio (siendo del 4,3% y 3,9% respectivamente para el bienio 2015-2016). Esto implica la necesidad de aumentar los esfuerzos para ofertar activamente el testeo del VIH con anterioridad a la situación de embarazo, tanto a la mujer como al varón, principalmente en los espacios de consejería de salud sexual y reproductiva, lugar clave para mejorar este problema (Tabla 2 y gráfico 27).

## b) Estadio clínico al momento del embarazo

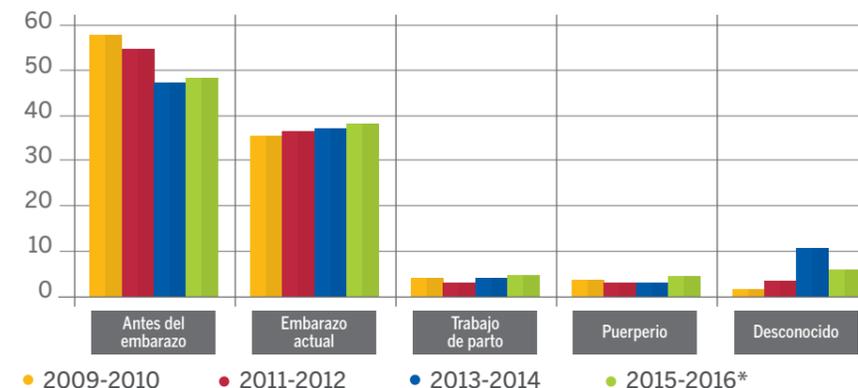
El estadio clínico es también un punto clave para garantizar el éxito en la prevención de la transmisión perinatal. Con respecto a esta variable aún no se cuenta con información en un porcentaje elevado: entre el 20 y 30% de los datos figura como desconocido y/o vacío. A partir del total de los datos reportados se pudo analizar la situación clínica de las mujeres con VIH embarazadas en el sector público de la Argentina, observándose como dato constante que entre el 90 y el 92% se encuentran en el estadio clínico asintomático (Gráfico 28).

## c) Cobertura de la profilaxis

Para obtener información de la cobertura de profilaxis prenatal, intraparto y del recién nacido, también se utilizan las FNP como insumo. El análisis de estos datos es esencial para obtener información que permita a los equipos que se ocupan de prevenir la transmisión perinatal evaluar sus acciones, visibilizar posibles obstáculos y reorientar prácticas sanitarias.

Aún son varias las embarazadas que llegan al diagnóstico en forma tardía (en el momento del parto o puerperio), lo que disminuye la posibilidad de

**Gráfico 27** Distribución de los partos de mujeres con VIH según el momento del diagnóstico, Argentina (2009-2016)



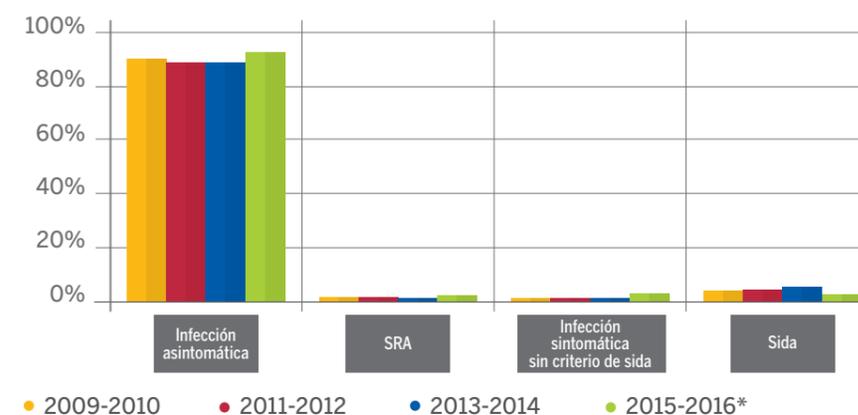
Fuente: FNP reportadas a la DSyETS y SIVILA del módulo del SNVS de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.  
(\* Año no cerrado por retraso en la notificación.)

**Tabla 2** Distribución de los partos de mujeres con VIH según el momento del diagnóstico, Argentina (2009-2016)

Año	Antes del embarazo	Embarazo actual	Trabajo de parto	Puerperio	Desconocido	Totales
2009-2010	561	340	34	30	11	976
2011-2012	575	378	33	31	40	1.057
2013-2014	666	517	48	35	143	1.409
2015-2016	821	646	74	67	96	1.704
2009-2016*	2.623	1.881	189	163	290	5.146

Fuente: Fichas de notificación de partos (FNP), DSyETS.  
(\* Año no cerrado por retraso en la notificación.)

**Gráfico 28** Distribución de las mujeres embarazadas con VIH según el estadio clínico de la infección, Argentina (2009-2016)



Fuente: Fichas de notificación de partos (FNP), DSyETS.  
(\* Año no cerrado por retraso en la notificación.)

**Gráfico 26** Comparación del número de madres con VIH notificadas por ficha de notificación de partos (FNP) con el número de niños estudiados por los laboratorios en el sistema público, Argentina (2009-2016)



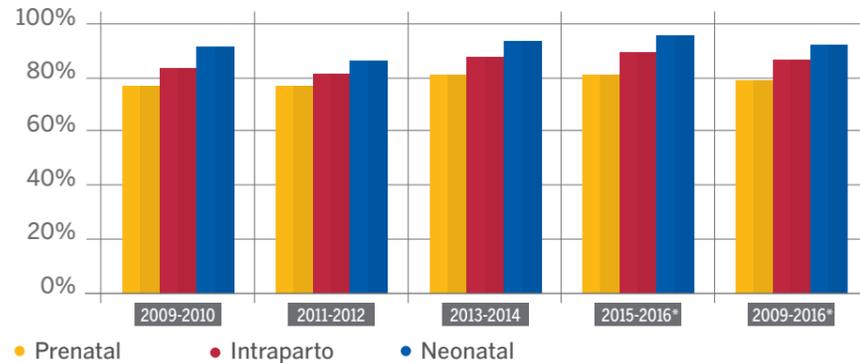
Fuente: FNP reportadas a la DSyETS y SIVILA del módulo del SNVS de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.  
(\* Año no cerrado por retraso en la notificación.)

**Tabla 1** Resultado de la concepción de mujeres embarazadas con VIH, Argentina (2010-2016)

AÑO	Nacido vivo	Aborto	Mortinato
2010	583	1	1
2011	525	3	2
2012	525	2	1
2013	648	5	1
2014	750	2	3
2015	939	8	3
2016*	745	4	5

Fuente: Fichas de notificación de partos (FNP), DSyETS.  
(\* Año no cerrado por retraso en la notificación.)

**Gráfico 29** Porcentaje de cobertura de profilaxis prenatal, intraparto y neonatal según año de parto, Argentina (2009-2016)



Fuente: Fichas de notificación de partos (FNP), DSyETS. (\*) Año no cerrado por retraso en la notificación.

**Tabla 3** Realización de carga viral a mujeres embarazadas con VIH, Argentina (2009-2016)

Período	SI	NO	Desconocido/vacío	Total
2009-2010	414 (45,9%)	32 (3,6%)	455 (50,5%)	901
2011-2012	378 (39,7%)	54 (5,7%)	521 (54,7%)	953
2013-2014	737 (62,3%)	94 (7,9%)	352 (29,8%)	1.183
2015-2016*	1.031 (70,4%)	134 (9,2%)	299 (20,4%)	1.464

Fuente: Fichas de notificación de partos (FNP), DSyETS. (\*) Año no cerrado por retraso en la notificación.

**Tabla 4** Valor de las cargas virales realizadas en el control prenatal consignadas como última carga viral de control, Argentina (2009-2016)

Período	<1000	>1000	Desconocido/vacío	Total
2009-2010	317 (76,6%)	90 (21,7%)	7 (1,7%)	414
2011-2012	285 (75,6%)	83 (22,0%)	9 (2,4%)	377
2013-2014	589 (80,1%)	122 (16,6%)	24 (3,3%)	735
2015-2016*	810 (78,9%)	198 (19,3%)	18 (1,8%)	1.026

Fuente: Fichas de notificación de partos (FNP), DSyETS. (\*) Año no cerrado por retraso en la notificación.

**Tabla 5** Distribución de partos en mujeres cuya vía de infección fue la transmisión perinatal por bienes, Argentina (2009-2016)

Período	N partos	N partos en mujeres TV	Porcentaje
2009-2010	976	2	0,2
2011-2012	1.057	4	0,4
2013-2014	1.409	46	3,2
2015-2016*	1.704	92	5,3

Fuente: Fichas de notificación de partos (FNP), DSyETS. (\*) Año no cerrado por retraso en la notificación.

evitar la transmisión del virus al niño expuesto. Estas mujeres pierden la oportunidad de recibir medicación antirretroviral (ARV) durante el embarazo.

Si bien se observa un incremento lento y sostenido del nivel de cobertura de los distintos componentes de la profilaxis en la transmisión materno-infantil, en el último bienio la profilaxis prenatal fue menor que en el período anterior (82,2% vs. 81,7%). Esto podría relacionarse con la mayor proporción de diagnósticos tardíos en los últimos años. Por otra parte, la cobertura de profilaxis para el intraparto fue del 90% y neonatal del 96% (**Gráfico 29**).

Para lograr la disminución de la transmisión materno-infantil del VIH no solo es importante el inicio temprano del tratamiento antirretroviral sino también que el esquema indicado sea efectivo. Es decir, alcanzar valores no detectables de carga viral.

A partir del año 2013 se observa un incremento significativo y una mejora de la calidad de la información, que muestra que el porcentaje de mujeres embarazadas a las que se les realizó una evaluación de carga viral aumentó. Para el análisis de esta variable se excluye a todas las mujeres diagnosticadas en el trabajo de parto o en el puerperio.

En el bienio 2015-2016 se realizó el estudio de carga viral al 70,4% de las embarazadas con diagnóstico previo o durante el embarazo, pero cabe aclarar que en esta variable el dato estaba ausente o registrado como desconocido en el 20,4% de las FNP (**Tabla 3**).

Para el análisis de la eficacia de los tratamientos administrados durante el embarazo se excluyeron los embarazos que finalizaron como aborto o con mortinato. La proporción de embarazadas con cargas virales <1.000 copias/ml se mantiene estable en un 80% de las mujeres evaluadas (**Tabla 4**).

En este punto es importante señalar que la calidad de la información en relación a la semana de gestación en la

que se realiza la carga viral es deficiente. Es de suma importancia contar con este dato para identificar si la evaluación fue realizada oportunamente y así establecer la eficacia del TARV durante el embarazo y la necesidad de realizar un test de resistencia para adecuar el esquema antirretroviral.

Con respecto a la vía de transmisión del virus en las mujeres embarazadas, en el último bienio del período 2009-2016 se observó un aumento importante de mujeres que habían contraído el virus por transmisión perinatal: 92 mujeres en 2015-2016 vs. 52 mujeres para el período 2009-2014 (**Tabla 5**).

Si bien el promedio de edad de las mujeres embarazadas con VIH es de 27 años, si consideramos a las que contrajeron el virus por transmisión perinatal y cuyo parto fue en 2015-2016, 63 de 92 mujeres (68,4%) tienen entre 14 a 17 años. De las mujeres embarazadas que adquirieron la infección por transmisión perinatal entre 2013 y 2016 se obtuvo el dato de la realización de la CV en 110 de las 144 mujeres notificadas por este evento. De ellas, solo el 75% presentaba una CV menor a 1.000 copias.

#### d) Tasa de transmisión perinatal

La meta de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH es alcanzar una tasa de transmisión menor al 2%. Para el cálculo de este indicador se analizan los datos aportados por los laboratorios, principalmente a través del sistema de vigilancia laboratorial (SIVILA) o por el envío de sus bases de datos a la DSyETS. Considerando la información de los niños que completaron el diagnóstico virológico a las 12 semanas de vida o posterior, la tasa de transmisión perinatal del VIH se mantiene en alrededor del 5% en los últimos años, alejada de la meta propuesta (**Tabla 6**).

Sin embargo, esta tasa es menor si consideramos para su construcción el número de niños positivos sobre el nú-

**Tabla 6** Tasa de transmisión materno-infantil del VIH, Argentina (2013-2016)

Año	Niños estudiados	Niños con diagnóstico completo	Niños positivos	Tasa positivos/casos cerrados	Tasa positivos/expuestos
2013	1.390	1.136 (82%)	56	4,9%	4,2%
2014	1.348	1.034 (77%)	57	5,5%	4,2%
2015	1.459	1.016 (69,3%)	50	5,0%	3,5%
2016*	1.366	820 (60%)	42	5,1%	3,1%

Fuente: SIVILA módulo del SNVS, Dirección de epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación y base de datos de laboratorios que realizan seguimiento de niños expuestos. (\*) Año no cerrado por retrasos en el reporte de información.

**Tabla 7** Niños expuestos a la infección por VIH estudiados en la primera semana de vida y antes de los dos meses de vida, Argentina (2013-2016)

Año	< 1 semana	< 2 meses	Total
2013	213 (15,3%)	883 (63,5%)	1.390
2014	260 (19,3%)	868 (64,4%)	1.348
2015	472 (32,4%)	1.069 (73,4%)	1.459
2016*	585 (42,8%)	1.138 (83,3%)	1.366

Fuente: SIVILA módulo del SNVS, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación y base de datos de laboratorios que realizan seguimiento de niños expuestos. (\*) Año no cerrado por retrasos en el reporte de información.

mero de niños expuestos o sin diagnóstico definitivo, definición propuesta en el documento "Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y sífilis en la Américas. Actualización 2016" de OPS/OMS.

Para evaluar el impacto de la estrategia propuesta, a partir del 2013 se toma-

ron los siguientes indicadores: a) el porcentaje de niños expuestos con un primer estudio virológico realizado dentro de la primera semana de vida; b) el porcentaje de niños expuestos con un primer estudio virológico realizado antes de los dos primeros meses de vida y c) el porcentaje de niños expuestos con diagnóstico de infección dentro de los dos meses de vida.

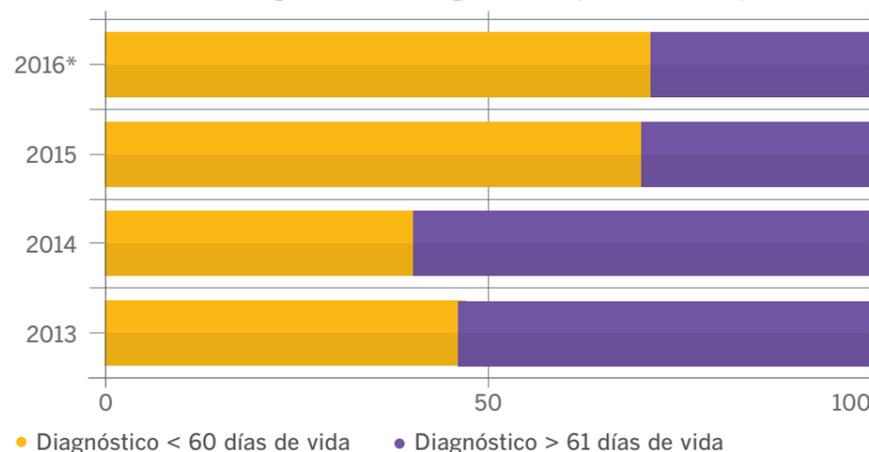


**Tabla 8** Niños positivos según el momento del diagnóstico, Argentina (2013-2016)

Año	Diagnóstico < 60 días de vida	Diagnóstico > 61 días de vida	Niños positivos
2013	26 (46%)	30 (54%)	56
2014	23 (40%)	34 (60%)	57
2015	35 (70%)	15 (30%)	50
2016*	30 (71%)	12 (29%)	42

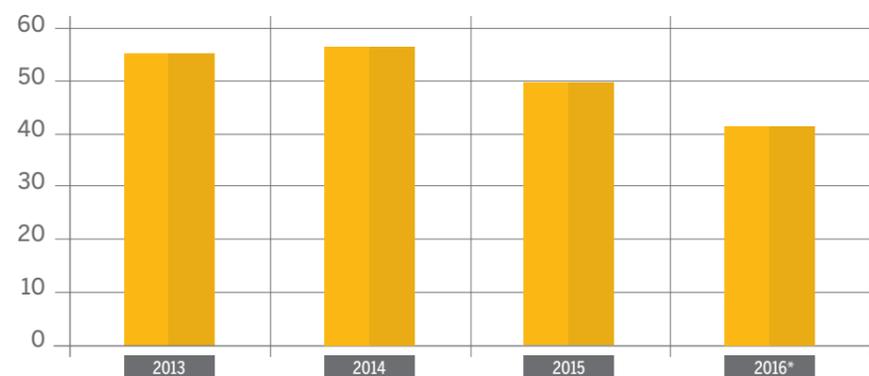
Fuente: SIVILA módulo del SNVS, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación y base de datos de laboratorios que realizan seguimiento de niños expuestos.  
 (\*) Año no cerrado por retrasos en el reporte de información.

**Gráfico 30** Porcentaje de niños positivos según el momento del diagnóstico, Argentina (2013-2016)



Fuente: SIVILA módulo del SNVS, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación y base de datos de laboratorios que realizan seguimiento de niños expuestos.  
 (\*) Año no cerrado por retrasos en el reporte de información.

**Gráfico 31** Niños positivos, Argentina (2013-2016)



Fuente: SIVILA módulo del SNVS, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación y base de datos de laboratorios que realizan seguimiento de niños expuestos.  
 (\*) Año no cerrado por retrasos en el reporte de información.

Existe un incremento progresivo de los indicadores mencionados, pasando de un 15,3% de las muestras enviadas dentro de la primera semana de vida en 2013 al 42,8% en 2016; y con el 63,5% de las primeras muestras enviadas antes de los dos meses de vida en 2013 al 83,3% en 2016 (Tabla 7).

Respecto al porcentaje de niños expuestos con diagnóstico de infección dentro de los dos meses de vida, en el año 2013 se registró el 46% mientras que en 2016 aumentó al 71% (Tabla 8 y gráfico 30).

Es esperable que con la mayor disponibilidad de laboratorios para realizar el diagnóstico virológico a partir de la carga viral se incremente la proporción de niños estudiados en el primer mes de vida y que completen el proceso de diagnóstico virológico a las doce semanas de vida. (Gráfico 31)

Consideramos esencial seguir trabajando en la mejora del reporte de los partos de mujeres embarazadas con VIH por medio de las FNP y el seguimiento de los niños y niñas expuestos a través del módulo de laboratorio del SNVS. Confiamos en que con la implementación de este módulo en el SISA (Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino) se logrará un cambio significativo en cuanto a la calidad de la información. Además creemos que es importante que se fortalezca la notificación de estos eventos en los subsistemas de seguridad social y privada.

La información que nos brinda la vigilancia de estos indicadores es clave no solo para actuar en el momento adecuado otorgando oportunidad a la intervención del equipo de salud sino también para evaluar las políticas públicas desarrolladas. Analizar si es necesario acentuar o reformular las estrategias implementadas es fundamental tanto a nivel de los decisores políticos que fijan la agenda de salud pública como desde los equipos de salud que intervienen en los procesos. ●

