

INFECCIÓN VIH Y EMBARAZO

Julián Betancur Martínez*

1. EPIDEMIOLOGÍA

ONUSIDA calcula que en el mundo hay 14 millones de mujeres en edad reproductiva infectadas por VIH, cada año 2,3 millones de ellas quedan en embarazo y 500.000 a 600.000 niños adquieren la infección de sus madres.

En Colombia hoy hay 11 millones de mujeres en edad reproductiva, con una incidencia de 1'200.000 embarazos por año. La prevalencia de la enfermedad es de 0,2 a 0,8%, se esperan 4.800 embarazos en mujeres infectadas por el VIH y si no hay intervención, 1.440 transmitirán la infección al recién nacido.

* *Profesor Titular
Departamento de Medicina Interna
Facultad de Medicina
Universidad de Antioquia*

Hasta septiembre de 2003 se habían identificado 747 casos de infección vertical en Colombia y se acepta que existe un subregistro, la cifra real se estima en cuatro veces más que la especificada.

2. TRANSMISIÓN VERTICAL

- Durante el parto 65%
- Durante el embarazo 20 - 25%
- Lactancia Materna 10 - 15%

3. FACTORES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN MADRE-HIJO

- * **Maternos:** Infección primaria o Sida avanzado
Linfocitos CD4 Bajos
Carga viral alta
Coinfección con el virus de la hepatitis C
Presencia de ITS durante el parto
- * **Obstétricos:** Ruptura de membranas mayor a 4 horas
Corioamnionitis, Amnioscopia y Amniocentesis
Parto pretérmino, parto vaginal instrumentado
Hemorragia durante el parto
Líquido amniótico hemorrágico
Deficiencia de vitamina A en la gestación
- * **Relacionados con el feto:** Bajo peso
Edad gestacional menor de 34 semanas
Ser el primer gemelo

4. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN EN EL NIÑO

La mejor manera es prevenir la infección en la mujer, adicionalmente es necesario detectar precozmente a la mujer infectada antes y durante el embarazo.

El personal de la salud debe informar a toda mujer en edad fértil sobre los mecanismos de transmisión de VIH y sus formas de prevención.

A toda mujer en consulta pre-concepción o en embarazo se le debe ofrecer la prueba de detección del VIH, por ley en Colombia, no es posible hacerla sin el consentimiento de la mujer.

Toda mujer embarazada con infección por VIH debe ser remitida a un programa de atención integral, para ser evaluada por médicos con experiencia en el manejo de pacientes con VIH.

Es indispensable el tratamiento de la mujer embarazada para prevenir la infección en el niño. La terapia, busca llevar a la mujer infectada a niveles indetectables de la carga viral, en el momento del parto.

5. TRATAMIENTO DE LA MUJER EMBARAZADA

Se debe iniciar terapia antirretroviral altamente efectiva (HAART por sus siglas en inglés) en la embarazada que tenga recuento de linfocitos T CD4 inferiores a 350 células/ml y carga viral superior a 100.000 copias, igual que en la mujer no embarazada, analizando con ella, riesgos y beneficios potenciales.

Se debe ofrecer HAART, siempre que la carga viral sea ≥ 1.000 /ml, independiente del estado clínico e inmunológico.

Los esquemas preferidos incluyen: dos inhibidores nucleosidos de la transcriptasa reversa (INTR) y uno cualquiera de nelfinavir, lopinavir / ritonavir o nevirapina, cuando se emplea este último medicamento, es necesario vigilar periódicamente la función hepática. La zidovudina (AZT) se debe incluir, siempre que sea posible dentro, de los inhibidores de Transcriptasa reversa.

El tratamiento se debe iniciar en la semana 14, idealmente no debe recibir monoterapia, ni biterapia.

Está contraindicado el uso de efavirenz, hidroxiúrea, por riesgo de teratogenicidad y la asociación didanosina + estavudina, por el riesgo de acidosis láctica.

La zidovudina, además de disminuir la replicación viral en asociación con los otros medicamentos, tiene acumulación de la forma activa en la placenta, a diferencia de otros Inhibidores de la Transcriptasa Reversa.

La zidovudina no ha aumentado el riesgo de anomalía congénitas, ni se ha demostrado trastornos en el crecimiento, en el desarrollo neurológico, ni en la frecuencia de cáncer, en los niños que la han recibido.

En caso de vómito frecuente, se deben suspender todos los medicamentos y luego, reiniciar todos para evitar la aparición de resistencia.

La vía del parto es discutida con la madre de acuerdo con la carga viral, tomada entre la semana 34 a 36.

Se recomienda zidovudina intravenosa iniciando tres horas antes de la cesárea y hasta pinzar el cordón, independiente del tratamiento recibido por la madre.

No se recomienda la lactancia materna en la mujer infectada por el VIH; se emplean sustitutos de alta calidad.

Se formula zidovudina al recién nacido durante seis semanas.

6. POSIBLES ESCENARIOS CLÍNICOS

6.1 Mujer embarazada sin tratamiento previo:

Inicie HAART con zidovudina, si la paciente tiene menos de 350 linfocitos T CD4/mm³ o la carga viral es =1.000 copias/ ml.

Para pacientes con carga viral menor de 1.000 copias, se puede considerar igual tratamiento, algunas guías recomiendan solo AZT en el parto, 300 mg cada 12/horas desde la semana 14 o cuando se haga el diagnóstico, hasta el final del embarazo.

Durante el parto zidovudina 2 mg/K/IV en una hora, seguida de una infusión continua de 1 mg/kg hora hasta el parto.

Si no hay ZDV IV disponible, considere el uso de ZDV 300 mg VO cada tres horas

En el posparto, evalúe si requiere continuar tratamiento, de acuerdo con las guías para manejo de adolescentes y adultos.

6.2 Mujer embarazada recibiendo HAART:

Si la respuesta clínica, viral e inmune es adecuada y no hay en ella medicamentos contraindicados en el embarazo, continúe el tratamiento después de la semana 14. Idealmente debe recibir ZDV como parte del tratamiento.

6.3 Mujer en trabajo de parto sin tratamiento previo:

Tratamientos posibles:

- * ZDV IV intraparto más ZDV al recién nacido durante seis semanas
- * ZDV oral más 3TC (lamivudina), ésta última, 150 mg VO/C/12/horas durante el parto y continuarla durante al menos una semana en el recién nacido.
- * Dosis única de nevirapina de 200 mg, combinada con dosis única al niño a dosis de 2 mg/kg a las 48 horas de vida.
- * Nevirapina, como en el punto anterior, combinada con ZDV intraparto y seis semanas de ZDV para el recién nacido.

6.4 Niños nacidos de madres que no recibieron tratamiento antiretroviral durante el embarazo o el parto:

- * ZDV por seis semanas, iniciar a las 6-12 horas después del nacimiento
- * Algunos clínicos usan ZDV en combinación con otros antirretrovirales, particularmente si se conoce o se sospecha que la madre pueda estar infectada por virus resistentes. La eficacia de estos tratamientos, no se conoce.

7. PRUEBAS DE RESISTENCIA

Las recomendaciones son las mismas que para los adultos y adolescentes: falla virológica o alta posibilidad de exposición a virus resistentes, basados en el análisis de la posible fuente de infección o la prevalencia alta en la comunidad.

8. PROBABILIDAD DE TRANSMISIÓN VERTICAL

- * Sin tratamiento 20-30%
- * Monoterapia con AZT 8-11%
- * HAART con o sin cesárea 1- 2%

LECTURAS RECOMENDADAS

- Perinatal HIV Guidelines working group
- Recommendations for use of antiretroviral
- Drugs in pregnant HIV-1 infected
- Woman for maternal health and interventions
- To reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States
- Disponible en <http://www.aidsinfo.nih.gov> visitado el 20 de enero /2005
- Onusida Colombia iniciativa nacional para la disminución de la transmisión vertical del VIH en Colombia.
- Disponible en <http://www.onusida.org.co/otrosproyectos/rctcmh/protocolomtct.htm> visitado el 20 de enero /2005.