

Experiencia de la Transmisión Vertical del Virus VIH en el Hospital Dr. Mario Catarino Rivas.

Dra. Karen Sobeyda Erazo*

Hastahacealgunosaños.lasescasaperspectivas de futuro de las personas infectadas por el VIH así como el alto porcentaje de transmisión vertical (TV) que se producía (del 25 al 30%), hacían recomendable renunciar al embarazo.

Dichatransmisión vertical se redujoenormemente (del 5-8%) con el empleo en 1994 del protocolo ACTG 076 que consiste en la administración de Zidovudina durante el embarazo (desde la semana 14), el parto y las primeras 6 semanas de vida del recién nacido. Actualmente el empleo de terapias más agresivas consigue que en muchas ocasiones la madre llegue con una carga viral (CV) no detectable al final del embarazo, lográndose tasas de TV < del 1-2%. En la actualidad es Imprescindible que las mujeres embarazadas se realicen la serología para VIH y conozcan su condición de infectadas por este virus, por lo que es obligatorio ofrecer a toda mujer embarazada, independientemente de sus antecedentes epidemiológicos.

El tratamiento de elección durante el embarazo para la prevención de la TV es el tratamiento antirretroviral, de gran actividad (TARGA), no está justificada la monoterapia.

El mejor esquema es el compuesto por dos análogos de nucleótidos y un inhibidor de la proteasa; la zidovudina debería estar incluida en el TARGA siempre y cuando no exista resistencia a ella. La lamivudina es el segundo análogo de elección, si la paciente no recibía previamente antirretrovirales, se recomienda iniciar en la semana 10-14.

Los efectos a largo plazo de la exposición a antirretrovirales durante el embarazo

y el periodo neonatal no son bien conocidos, por lo que se recomienda que los lactantes sean controlados durante los primeros años de vida. A corto plazo hay datos consistentes sobre toxicidad mitocondrial y hematológica en algunos casos, sin estar aun muy clara aun su frecuencia, Intensidad y repercusión clínica real.

El programa de Prevención de la transmisión vertical del VIH en Honduras recomienda desde el año 2008 el uso de la triple terapia: Zidovudina (AZT), Lamivudina (3TC), Lopinavir- ritonavir, a partir de la semana 28 en aquellas mujeres sin tratamiento antirretroviral previo y en quienes se busca darlo de manera profiláctica, con un control de su CV alrededor de la semana 34.

La Clínica de Atención Integral Pediátrica del Hospital Dr. Mario Catarino Rivas de San Pedro Sula, ha dado seguimiento a 224 niños perinatalmente expuestos al VIH desde el año 2006, siendo solo el 26 % de ellos procedentes del municipio de San Pedro Sula, el resto de zonas aledañas a el, desde entonces el 46.3% ha recibido TARGA en forma de terapia, la cual

Tabla 1.

Porcentaje de Niños Perinatalmente expuestos al VIH Positivos por año en el Hospital Dr. Mario C. Rivas

ANO	Niños con Protocolo Completo	Niños VIH (+) con protocolo completo	Niños VIH (-) con protocolo completo
2006	19	1	18
2007	24	2	22
2008	34	0	34
2009	25	0	25

De los 35 niños positivos 45.7 % está en categoría C

Se ha ido modificando hasta ser en la actualidad la recomendada por la mayoría de normas internacionales (AZT, 3TC, Lopinavir-ritonavir). Antes de la normalización de la triple terapia en la profilaxis el 85% de las que recibieron ARV de manera profiláctica los hicieron con monoterapia (AZT), posteriormente a ello el 57.8% lo hizo con la triple terapia recomendada, es así que a partir del año 2008, se ha observado una reducción en la transmisión del virus, siendo del 2.1% para el año 2009.

El porcentaje de orfandad registrado en esta cohorte de 4 años es del 7.5%.

En cuanto a la vía de finalización del embarazo, si la CV es mayor de 1000 copias en las últimas semanas del embarazo, se recomienda la realización de Cesárea programada en la semana 38. Si la CV es menor de 1000 copias, los inconvenientes de la cesárea pueden superar sus beneficios en cuanto a la TV.

De todos modos algunos organismos recomiendan parto vaginal solo en aquellos casos en los que exista CV indetectable al final del embarazo. En cualquiera de los casos se debe administrar zidovudina por vía intravenosa a la madre en dosis de 2mg/kg como carga inicial a ser posibles 4 horas antes del parto, seguido de 1 mg/kg hora durante el mismo hasta la ligadura del cordón.

Si el diagnóstico se ha realizado cercano al parto se recomienda la administración de Nevirapina por vía oral durante el parto, garantizándose que la madre va a seguir tratamiento con al menos 2 Inhibidores de la Transcriptasa Inversa Análogo de Nucleótidos (ITIAN) durante 1 semana para evitar la selección de resistencias a Nevirapina.

La experiencia en cuanto a la finalización del embarazo por cesárea electiva en el Hospital Dr. Mario C. Rivas es de 58.9%. Aun se registran nacimientos por vía vaginal y por cesárea no programada, en cualquiera de los casos no se ha usado AZT vía IV, por no estar disponible en el país. El porcentaje de prematuridad registrada en los 4 años de experiencia es del 3.1%, ninguna de estas madres uso IR En relación al bajo peso,

Experiencia de la transmisión vertical del virus VIH... 43 h

16(7.1%) de los niños nacieron con menos de 2500 gramos pero ninguno por debajo de 1500 gramos.

La lactancia materna es una contraindicación intentando evitar por otro lado la separación del neonato y la madre. A pesar de esto 26(11.6%) de las madres captadas habían dado lactancia materna a sus hijos, 20 de manera exclusiva.

En cuanto al abordaje del recién nacido, debe ser atendido en las primeras 48 horas por un pediatra, quien deberá tener claro el estado inmuno virológico de la madre durante el Embarazo especialmente en el último trimestre, el tratamiento antirretroviral seguido por la madre durante el embarazo, tipo de parto. Solo 18 de las 224 madres de esta cohorte, conocían su carga viral al final de embarazo, El diagnóstico de infección por VIH en el recién nacido debe descartarse durante las primeras semanas de vida a fin de iniciar precozmente el TARGA en aquellos finalmente infectados. La serología habitualmente utilizada para el diagnóstico de la infección por VIH no es útil en el recién nacido, ya que la presencia de anticuerpos anti VIH traduce el paso tras placentario de los anticuerpos maternos.

Actualmente, en la mayoría de los casos se van a dar las condiciones favorables para que exista un "bajo riesgo" de TV del VIH como TARGA durante el embarazo, cesárea electiva con CV no detectables, en estos casos se administrara Zidovudina durante 4 semanas. Por otro lado cuando existen condiciones que producen una situación de alto riesgo de TV, la mayoría de los consensos recientes justifican la administración de tratamiento combinado con 3 fármacos en el niño durante 4 semanas.

De los recién nacidos perinatalmente expuestos en seguimientos el 73.7% recibió ARV por lo menos 4 semanas, solo a 1 de ellos se le administró triple terapia por 4 semanas por CV materna de 54,959 copias, los 2 reacciones en cadena de polimerasa (PCR) realizados al recién nacido resultaron negativos.

Tabla 2.

Número de niños(as) positivos y negativos al VIH cuyas madres cumplieron protocolo completo del Programa de Prevención de la Transmisión Madre-hijo del VIH

Año	Total de Niños Captados	Niños VIH (+)	%
2006	60	13	21.6
2007	61	16	26.2
2008	60	5	8.3
2009	37	1	2.7

Tres casos de transmisión del VIH intrauterino se han registrado con PCR positivos en las primeras 48 horas de vida del recién nacido, solo uno de ellos con protocolo completo, en el año 2007 con monoterapia a la madre y al niño en forma de profilaxis.

De esta experiencia se concluye que el programa de prevención de la transmisión madre a hijo del VIH es efectivo con las herramientas disponibles en nuestro país siempre y cuando se cumplan todas las medidas descritas tanto en la madre como el en recién nacido.

Referencias Bibliográficas:

1. Moreno Pérez D, Ramos J. Guía de uso de antirretrovirales en niños y adolescentes. 2 ed. 2009, pág. 8-13
2. Ramos J, González M, Moreno D, Infección VIH en niños y adolescentes. 2008, pág. 25-37
3. Normas del Programa de Prevención de Transmisión madre-hijo del VIH. 2008
4. Perinatal HIV Guidelines Working Group Recommendations for use of antiretroviral Drug in pregnant HIV infected woman for maternal health and interventions to reduce Perinatal HIV transmisión in USA. Nov. 2007.