

Prevención de la transmisión posnatal del virus de la inmunodeficiencia humana en parejas serodiscordantes. Protocolo de actuación

Protocol for HIV post-natal transmission prevention among serum discordant couples

Protocolo de ação na prevenção da transmissão pós-natal do vírus da imunodeficiência humana em casais sorodiscordantes

Mario Moraes¹, María José Mattos², Verónica Sande³, Micaela Murillo⁴, Mariana Guirado⁵, Virginia González⁶, Ana Visconti⁷, Stella Gutiérrez⁸, Daniel Borbonet⁹

Introducción

Desde la aparición de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a la actualidad se produjo un progreso fundamental en la terapéutica, pronóstico y calidad de vida de las personas infectadas. Como consecuencia del aumento de la supervivencia y mejor calidad de vida de los pacientes, se presentan nuevos escenarios clínicos como la opción de una concepción natural segura entre parejas serodiscordantes. En estos casos se debe considerar que durante el embarazo existe un aumento en el riesgo para la adquisición de infección por VIH si no se toman medidas adecuadas⁽¹⁾. El riesgo de transmisión vertical se encuentra además incrementado en casos de primoinfección materna durante la gestación⁽²⁾.

Uruguay adhiere a las estrategias promovidas por la Organización Panamericana de la Salud para lograr la eliminación de la transmisibilidad materno-infantil del VIH (tasa de transmisión materno infantil 2% o tasa de infección pediátrica por VIH $\geq 0,3$ por 1.000 nacidos vivos)⁽³⁾.

En Uruguay la prevalencia de infección VIH en la población general es menor a 1%. Actualmente existe un promedio de 12.000 personas con VIH⁽⁴⁾. En el año 2016 se registraron 128 gestantes con serología confirmada; dos de los casos fueron embarazos gemelares, con un total de 130 recién nacidos expuestos. De las 128 mujeres embarazadas, 85 (65%) tenían diagnóstico previo a la gestación y 67% de ellas recibían ya terapia antirretroviral (TARV) al momento del embarazo. De las restantes (N45, dos gemelares), el diagnóstico se realizó durante el embarazo, uno en el trabajo de parto y uno en el puerperio inmediato. 74,1% tenía carga viral indetectable al momento del parto⁽⁵⁾. La serología de la pareja era desconocida en el 51,5% de los casos. En ese año, de los 130 niños, dos se infectaron por transmisión vertical cumpliéndose la expectativa de la Organización Mundial de la Salud. Los dos casos de transmisión materno-infantil correspondieron a embarazos mal controlados. Ambas embarazadas recibieron terapia antirretroviral, que comenzó en la semana 34 en un caso y el otro en la semana 14 de gestación. Recibieron zidovudina intraparto y hubo cesáreas coordinadas. Los recién nacidos recibieron

1. Prof. Agdo. Depto. Neonatología. Facultad de Medicina. UDELAR.

2. Residente. Depto. Neonatología. Facultad de Medicina. UDELAR.

3. Residente. Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina. UDELAR.

4. Asistente. Depto. Neonatología. Facultad de Medicina. UDELAR.

5. Prof. Adj. Enfermedades Infecciosas. Especialista Medicina Interna. Facultad de Medicina. UDELAR. Centro Referencia VIH-SIDA.

6. Prof. Adj. Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina. UDELAR. Pediatra. Centro Referencia VIH-SIDA.

7. Ginecóloga. Centro Referencia VIH-SIDA.

8. Prof. Agdo. Clínica Pediátrica. Especialista Infectología Pediátrica. Facultad de Medicina. UDELAR. Centro Referencia VIH-SIDA.

9. Prof. Depto. Neonatología. Facultad de Medicina. UDELAR.

Depto. Neonatología. Facultad de Medicina. CHPR.

Centro Referencia Obstétrico-Pediátrico VIH-SIDA. CHPR.

<http://dx.doi.org/10.31134/AP.89.3.8>

profilaxis con zidovudina y nevirapina. La carga viral materna al momento del nacimiento fue de 1.460 copias/ml y 44 copias/ml respectivamente⁽⁵⁾.

Se define como pareja serodiscordante o serodiferente aquella situación en la cual uno de los integrantes de la pareja presenta serología negativa para VIH y el otro positiva⁽⁶⁾. Las parejas serodiscordantes han aumentado en número en los últimos años, por lo que también aumentó el nacimiento de niños de estos progenitores. En cuanto a la transmisión entre los miembros de una pareja serodiscordante, Cohen y colaboradores describieron una disminución de 93% del riesgo de transmisión a la pareja con el inicio precoz de la terapia antirretroviral (odd ratio 0,07; IC 0,02 a 0,22). Los casos con carga viral indetectable no transmitieron la infección a sus parejas negativas durante el seguimiento⁽⁶⁾. Rodger AJ y colaboradores describieron resultados similares (ausencia de transmisión) en parejas serodiscordantes cuando la carga viral era menor de 200 cp/ml⁽⁷⁾. Del Romero J y colaboradores también describieron una ausencia de transmisión horizontal y vertical en el seguimiento de 141 parejas con tratamiento antirretroviral y carga viral indetectable⁽⁸⁻¹⁰⁾. En el año 2017 la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud emiten la guía "Preventing HIV during pregnancy and breastfeeding in the context of prep"⁽¹¹⁾, que recomienda que la profilaxis preexposición debe ser ofrecida como prevención adicional a las habituales estrategias de asesoramiento y énfasis en el uso de preservativo a personas en alto riesgo de infección por VIH^(12,13). En Uruguay la profilaxis preexposición en parejas serodiscordantes comenzó a utilizarse en los últimos años. Hoy día no existe un protocolo de actuación frente al nacimiento de un niño de pareja serodiscordante con madre seronegativa. El objetivo de este artículo es realizar una serie de recomendaciones que permitan apoyar las decisiones clínicas ante el nacimiento de recién nacidos hijos de parejas serodiscordantes para la infección VIH.

Recomendaciones generales en el momento del nacimiento en caso de mujeres seronegativas y pareja VIH positiva

Escenario 1

- Mujer con serología negativa y embarazo bien controlado, con seguimiento documentado por equipo especializado.
- Pareja con carga viral indetectable de forma mantenida durante embarazo

Conducta

Tratar al recién nacido como no expuesto e iniciar lactancia si no media otra contraindicación para la misma. Dar BCG.

Escenario 2

- Mujer con alto riesgo de adquisición de VIH y test rápido negativo del último mes.
Se considera alto riesgo: embarazo sin control adecuado, no uso de métodos de barrera, violencia doméstica, consumo de sustancias psicoactivas, situación de calle, múltiples contactos sexuales de serología desconocida.
- Pareja con serología positiva para VIH con carga viral detectable o desconocida.

Conducta

- Realizar test rápido y enviar muestra a laboratorio para serología VIH. Si es negativo, no iniciar quimioprofilaxis e indicar BCG.
- Referir a policlínica de infectología a la brevedad.
- Consideraciones con respecto a lactancia: las mujeres en esta situación tienen alto riesgo de adquirir VIH. La posibilidad de transmisión durante la lactancia es un hecho conocido en nuestro país. El primer paso de la atención es brindar información adecuada a la mujer frente a la posibilidad de infectarse y transmitir la infección a su hijo mientras amamanta. En este escenario, se puede otorgar el alta con amamantamiento luego de ser valorada por equipo de salud especializado en infección por VIH (psicólogo, pediatra, ginecólogo, infectólogo de adultos), para lo cual será derivada a la policlínica de infectología previo al alta. En caso contrario, se inhibe la lactancia.

Escenario 3

- Mujer con embarazo bien controlado sin elementos de alto riesgo y serología negativa en el último mes. Utiliza métodos de barrera.
- Pareja con carga viral detectable o desconocida o pareja ausente al parto.

Conducta

- Realizar test rápido materno al momento del parto y enviar muestra a laboratorio para serología VIH.
- Iniciar lactancia con resultado de test rápido negativo. No iniciar quimioprofilaxis al recién nacido. Dar BCG.
- Derivar a policlínica de infectología previo al alta para asesorar en tratamiento preexposición, decidir sobre los riesgos y beneficios de la lactancia y el seguimiento posterior.

Consideraciones finales

Para que un niño, hijo de madre seronegativa y pareja serodiscordante, amamante deben cumplirse algunas premisas:

1. Debe ser valorado y controlado por equipo especializado en infección VIH, donde se discutirá con la madre o padres los riesgos de la transmisión y el eventual uso por parte de la mujer de profilaxis preexposición.
2. Utilizar métodos de barrera en las relaciones sexuales. En cualquier caso, si el niño amamanta, el pediatra en policlínica realizará su seguimiento verificando la serología materna hasta uno a dos meses luego del destete.

Referencias bibliográficas

1. **World Health Organization.** Preventing HIV during pregnancy and breastfeeding in the context of prep. Geneva: WHO, 2017. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255866/1/WHO-HIV-2017.09-eng.pdf?ua=1>. [Consulta: 2 febrero 2018].
2. **Taha T, James M, Hoover D, Sun J, Laeyendecker O, Mullis C, et al.** Association of recent HIV infection and in-utero HIV-1 transmission. *AIDS* 2011; 25(11):1357-64. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263827/>. [Consulta: 2 febrero 2018].
3. **Organización Panamericana de la Salud.** Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis en las Américas: actualización 2016. Washington, DC: OPS, 2017.
4. **Uruguay. Ministerio de Salud. Ministerio de Desarrollo Social.** Día mundial de lucha contra el VIH/SIDA: año 2017. Montevideo: MS, 2017. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/DIA_MUNDIAL_VIH2017.pdf. [Consulta: 20 abril 2018].
5. **Uruguay. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud.** Salud Sexual y Reproductiva. ITS-VIH/SIDA. Informe: sistematización de auditorías de VIH, 2016. Montevideo: MS, 2016. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Informe%20Auditori%CC%81as%20VIH%202016.pdf. [Consulta: 20 abril 2018].
6. **Koff A, Goldberg C, Ogbuagu O.** Condomless sex and HIV transmission among serodifferent couples: current evidence and recommendations. *Ann Med* 2017; 49(6):534-544.
7. **Cohen M, Chen Y, McCauley M, Gamble T, Hosseini-pour M, Kumarasamy N, et al.** Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. *N Engl J Med* 2016; 375(9):830-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5049503/>. [Consulta: 2 febrero 2018].
8. **Rodger A, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al.** Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA* 2016; 316(2):171-81. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2533066>. [Consulta: 2 febrero 2018].
9. **Del Romero J, Baza M, Río I, Jerónimo A, Vera M, Hernando V, et al.** Natural conception in HIV-serodiscordant couples with the infected partner in suppressive antiretroviral therapy: a prospective cohort study. *Medicine (Baltimore)* 2016; 95(30):e4398. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5265870/>. [Consulta: 2 febrero 2018].
10. **Johnson L, Lewis D.** The effect of genital tract infections on HIV-1 shedding in the genital tract: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Dis* 2008; 35(11):946-59.
11. **Dimitrov D, Mâsse B, Donnell D.** PrEP Adherence Patterns Strongly Affect Individual HIV Risk and Observed Efficacy in Randomized Clinical Trials. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2016; 72(4):444-51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4925182/>. [Consulta: 2 febrero 2018].
12. **Mugwanya K, Hendrix C, Mugo N, Marzinke M, Katabira E, Ngure K, et al.** Pre-exposure Prophylaxis Use by Breastfeeding HIV-Uninfected Women: A Prospective Short-Term Study of Antiretroviral Excretion in Breast Milk and Infant Absorption. *PLoS Med* 2016; 13(9):e1002132. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5038971/>. [Consulta: 20 abril 2018].
13. **González V, Quian J, Gutiérrez S.** Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana a través de la lactancia: un desafío diagnóstico para el pediatra. *Perspectivas* 2014:214-8.