



I/HIV-020 - ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA GESTANTE VIH. TRANSMISIÓN VERTICAL EN NUESTRO MEDIO

M. Otero Soler, M. Escamilla Espínola, S. Pérez Pinto, M. Tolmos Estefanía, I. Gutiérrez Gosálvez, M. Garcinuño Jiménez, C. Rodríguez Blanco, M. Grande Sáez

Medicina Interna. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila.

Resumen

Objetivos: Describir las características de las pacientes gestantes infectadas por VIH, atendidas en nuestro hospital entre el 2000 y 2016 y analizar los datos de transmisión vertical (TV).

Material y métodos: Estudio descriptivo, mediante la revisión de 11 historias clínicas de las pacientes VIH gestantes, en los últimos 16 años, en nuestro hospital. Se revisan las pautas de tratamiento antirretroviral (TAR) y su situación virológica durante el embarazo. Se revisa la maniobra del parto (parto vaginal, cesárea electiva) y la implementación del resto de medidas preventivas (profilaxis con zidovudina intraparto, lactancia artificial y tratamiento en el recién nacido (RN) y los datos de transmisión vertical.

Resultados: Todas las pacientes (11) realizaron seguimiento en las consultas de Obstetricia y Medicina Interna. 3 estaban coinfectadas por VHC. 8 recibían TAR con buen control virológico. 3 casos no recibían TAR; 2 fueron diagnosticadas en el 1^{er} trimestre, durante el cribado habitual del embarazo y el otro caso era una gestante con embarazo gemelar, infección VIH conocida, CV detectable y negativa para recibir TAR. Todas las pacientes, excepto ésta, recibieron triple terapia. Como análogos se usó zidovudina (AZT)/lamivudina en 6 casos y tenofovir (TDF)/emtricitabina en 4; como 3^{er} fármaco se usó un inhibidor de proteasa (IP) en 6 casos: lopinavir/ritonavir (LPV/r) en 3, atazanavir/ritonavir en 2 y nelfinavir en 1; en 2 casos el tercer fármaco fue un inhibidor de integrasa (raltegravir) y en los otros 2 fue un no análogo (nevirapina). La CV antes del parto fue indetectable en todos los casos excepto en la paciente que rechazó TAR, que presentaba 27.700 copias/ml. Todas las pacientes recibieron AZT iv intraparto, excepto un caso con antecedente previo de exantema. En cuanto a la forma de parto, en 3 casos se realizó parto vaginal incluido el parto gemelar en la paciente sin TAR; en el resto se realizó una cesárea electiva (en 3 por condiciones obstétricas y en otro caso por alta carga viral VHC). Todos los RN recibieron lactancia artificial. En todos los casos se realizó la profilaxis del RN con AZT. Ningún niño resultó infectado.

Discusión: Todas las gestantes han de realizarse una serología frente al VIH, por la importancia de iniciar precozmente el TAR para su salud y la gran eficacia para prevenir la TV. El tratamiento de elección es dos análogos de nucleósido y un IP potenciado, siendo la combinación preferida TDF/FTC + LPV/r. AZT es alternativa por tratarse de un tratamiento subóptimo para la madre. El mayor riesgo de TV es en el parto; si la CV en la semana 34-36 es baja (< 1.000 copias/ml), la cesárea no

disminuye la tasa de TV. En general, se permite parto vaginal cuando existe control óptimo de la infección y se prevé un parto fácil, evitando la amniorrexis artificial, monitorización invasiva, parto instrumental y episiotomía. El tratamiento intraparto con AZT iv disminuye la TV, pero con CV indetectable no parece añadir beneficio; a pesar de ello, se administró a todas las pacientes, excepto el caso que presentó exantema previo. El riesgo añadido de infección con la lactancia materna es de 16%, por lo que se debe evitar. En nuestra serie todos los niños recibieron lactancia artificial. La profilaxis postnatal es eficaz incluso si no se han aplicado medidas de prevención de la TV durante el embarazo y/o parto. El uso de monoterapia o terapia combinada en el RN depende del control de la replicación viral materna durante el embarazo. En nuestra serie, los RN recibieron monoterapia con AZT.

Conclusiones: El TAR en la gestante con infección VIH es la medida más eficaz para prevenir la TV, pero debe acompañarse en todos los casos de un atención sanitaria global que incluya, el cribaje sistemático para la infección VIH, la administración del TAR durante el embarazo y el parto, la programación individualizada del tipo de parto, la profilaxis al RN y la sustitución de la lactancia materna por alimentación con fórmula adaptada.