

NACERLATINOAMERICANO
www.nacerlatinoamericano.org
www.nacerlatinoamericano.com

PREGUNTA ¿Qué intervenciones son adecuadas para disminuir la transmisión madre-hijo del virus de inmunodeficiencia humana?

TRANSMISION MADRE-FETO del SIDA

ANTECEDENTES

Se estima que alrededor de 33,2 millones (30,6-36,1) de personas eran portadoras del virus de HIV en el 2007 (1). De ellas 2,1 millones eran niños (6%) menores de 15 años y la enorme mayoría adquirió la enfermedad en el embarazo, durante el trabajo de parto, o durante la lactancia. Del total de niños portadores del virus de la inmunodeficiencia humana fallecieron 300.000 (14%). El riesgo de transmisión madre-niño del virus de HIV en Africa oscila entre 25% y 35%(Working Group on MTCT of HIV). Estas elevadas cifras se observan sobretodo en poblaciones vulnerables y de bajos recursos. La investigación de medidas preventivas y de nuevas drogas y esquemas terapéuticos es una prioridad para lograr un resultado global exitoso.

PROPUESTAS PARA DISMINUIR LA TRANSMISION VERTICAL

En octubre del 2006, en USA se realizó una puesta al día para prevenir la transmisión perinatal de HIV (2) (<http://aidsinfo.nih.gov/>).

Se redactó un documento sobre las "Recomendaciones para el uso de drogas Antiretrovirales en mujeres embarazadas infectadas con HIV e intervenciones para reducir la transmisión perinatal de HIV".

El panel reconoce que las estrategias para prevenir la transmisión vertical en mujeres embarazadas con HIV, se modifican constantemente, es por eso que se proponen nuevas pruebas que respaldan las recomendaciones.

En este informe se incluyen varias circunstancias que ocurren comúnmente en la práctica clínica y también se factores que interfieren o potencian los esquemas de tratamiento. Ellas están en cambios permanentes para ser ajustadas a las nuevas evidencias.

PRINCIPIOS PARA EL USO DE DROGAS ANTIVIRALES Y EMBARAZO

- Evaluar el grado de inmunodeficiencia existente mediante el recuento de Linfocitos CD 4.
- Riesgo de progresión de enfermedad determinado por la carga viral.
- Historia de terapias anteriores.

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

- Edad gestacional.
- Necesidad de tratamientos adicionales.

RECOMENDACIONES PARA REDUCIR TRANSMISION VERTICAL: ESCENARIOS POSIBLES

- Embarazada HIV sin tratamiento previo
- Embarazada con tratamiento que se embaraza
- En Trabajo de parto sin tratamiento
- Neonatos de madre que no tiene tratamiento

RECOMENDACIONES DE MODO DE PARTO: ESCENARIOS CLINICOS

- MAS de 36 semanas sin terapia y sin carga viral y CD4: CESAREA
- Con tratamiento antirretroviral pero carga mayor a 1000 copias: CESAREA.
- Con tratamiento antirretroviral y carga viral no detectable: PARTO NORMAL

TIPO de INTERVENCIONES

A. Terapia antiretroviral con una sola droga:

- Zidovudine
- Nevirapine

B. Terapia antiretroviral con drogas combinadas

- Zidovudine con Nevirapina
- Zidovudine con Lamivudine (3TC)

C. Operación cesárea

D. Inhibición de la lactancia

E. Otras intervenciones

RESULTADOS

A. Tratamiento con una sola droga

-Zidovudine

De acuerdo al resultado de 4 de las ICAs incluidas (3, 4, 5) el uso de 100 mg 3 a 5 veces diarias de zidovudine (zidovudine vs placebo) logra una

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente dl posible daño causado a terceros.

reducción significativa de la transmisión del virus HIV madre-hijo (Peto odds ratio (OR) 0.46, 95% intervalo de confianza (IC) 0.35 - 0.60). La incidencia de transmisión tanto en el grupo de zidovudine como el de placebo fue mayor en aquellos niños que recibieron pecho en comparación a los que no lo recibieron, aunque la reducción relativa de la transmisión con el uso de zidovudine fue similar en ambos grupos (con lactancia y sin ella).

El uso de Zidovudine también parece reducir el riesgo de muerte infantil dentro del primer año de vida (OR 0.57, 95% IC 0.38 - 0.85), así como también el administrada durante el período perinatal reduciría el riesgo de muerte materna posterior (OR 0.32, 95% IC 0.16 - 0.66). No se observó diferencias en cuanto a la prematurez y el peso al nacer.

Se comparó además el uso de un plan corto (35 semanas al parto y hasta los 3 días para el neonato) con un plan largo (28 semanas al parto para la madre y hasta las 6 semanas para el neonato) y la reducción fue mayor usando el plan largo (OR 2.33, 95% IC 1.16 - 4.68).

Sin embargo, el uso de un plan largo-corto (28 semanas al parto para la madre, y hasta los 3 días de nacido para el neonato) o un plan corto-largo (35 semanas al parto para la madre, y hasta las 6 semanas para el neonato) no diferían mayormente del plan largo-largo (OR 0.67, 95% IC 0.36 - 1.23 y OR 1.40, 95% IC 0.83 - 2.38 respectivamente).

-Nevirapina

Un trial en una población de madres HIV positivas que amamantaban demostró efectividad en disminuir la transmisión madre hijo al usar nevirapina en una sola dosis administrada a la madre al inicio del trabajo de parto y al neonato dentro de las primeras 72 horas, comparado con un tratamiento intraparto y postparto de zidovudine (OR 0.51, 95% IC 0.33 - 0.79), con similar toxicidad (OR 0.99, 95% IC 0.47 - 2.12).

Cuando la Nevirapina fue utilizada en madres que ya venían recibiendo antiretrovirales no mostró beneficios adicionales (OR 1.10, 95% IC 0.42 - 2.86), posiblemente porque en este grupo la transmisión ya había sido reducida a menos del 1.5%.

B. Tratamiento combinado

Existen datos preliminares que sugieren que la terapia combinada de zidovudine con lamivudine (3TC) durante el período prenatal y durante el parto reducirían la transmisión madre-hijo (RR 0.52, 95% IC 0.35 - 0.76) o así como durante el intra y post parto (RR 0.66, 95% IC 0.46 - 0.94) comparado con placebo.

C. Operación cesárea

Existe mucha evidencia de trabajos observacionales, así como de un trial (6) de acuerdo a los cuales el nacimiento por la vía cesárea disminuye la transmisión del virus del HIV en comparación con los nacimientos por vía vaginal (RR 0.17, 95% IC 0.05-0.55). Si bien la gran mayoría de las pacientes que recibieron cesárea estaban recibiendo antiretrovirales, la tasa

de transmisión madre-hijo también disminuyó en aquellas que no los estaban recibiendo.

D. Inhibición de la lactancia

La inhibición de la lactancia es una recomendación basada en muy pocos estudios, todos observacionales (7) y de mala calidad metodológica. Por lo tanto es una recomendación que la O.M.S. impulsa fundamentalmente para aquellos países desarrollados con buena capacidad de suplantar la lactancia por sustitutos adecuados. Resta por saber cuál es el efecto exacto de esta medida en los países en vías de desarrollo en términos de morbilidad infantil, para lo cual se espera la realización de estudios aleatorizados al respecto.

E. Otros

Existen otras múltiples intervenciones, algunas muy sencillas en su aplicación (irrigaciones vaginales, rotura tardía de las membranas ovulares en el parto), y otras no tanto (inmunoterapia, vitaminoterapia con vitamina A) que deben ser evaluadas antes de poder recomendar su utilización.

CONCLUSIONES

A pesar de las múltiples intervenciones que están siendo constantemente evaluadas, al día de hoy los recursos disponibles no van más allá de la terapia antiretroviral, la cesárea electiva para la vía del parto, y el evitar la lactancia.

COMENTARIOS

Una vez más los tratamientos, en forma involuntaria, tienden a aumentar las diferencias en la capacidad de respuesta de acuerdo a que se trate de un país desarrollado o en vías de desarrollo. Hoy sin duda el uso de terapias antiretrovirales combinadas, junto con la realización de la cesárea electiva, y la inhibición para la lactancia es el patrón oro en cuanto al tratamiento de países desarrollados con adecuados recursos.

Dado los costos de estos tratamientos, al ser usados en países en desarrollo, donde el HIV es endémico, y con problemas económicos para poder solventar estos gastos, la administración de un plan corto de zidovudine con una dosis única intraparto de nevirapina parece ser el tratamiento más adecuado, no conociendo las consecuencias exactas de recomendar en estas poblaciones la cesárea a todas las mujeres portadoras de HIV así como de inhibir la lactancia.

BIBLIOGRAFIA

1 – UNAIDS – Joint United Nation AIDS 2007 – Epidemia de SIDA
<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdateArcHive/2006/Default.asp>

2 – AIDSinfo A Service of the U.S Department of Health and Human Services. Guidelines, Drugs, Clinical Trials, Vaccines, Health Topics, more AIDSinfo <http://aidsinfo.nih.gov/>

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

3- Brocklehurst P. Interventions for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

4- Brocklehurst P, Volmink J. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd

5- Connor EM, Sperling RS, Gelber R *et al* (1994). Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 331, 1173-1180.

6 – American College of Obstetricians and Gynecologists (1992) Human Immunodeficiency virus infections. ACOG Technical Bulletin, nº. 169. Washington, DC: ACOG.

7 - Dunn D, Newell M-L, Ades A, Peckham C. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breast-feeding. *Lancet* 1992;240:585-8.