



Mujer con VIH: embarazo y lactancia

Dra. Camila Abaracón

Dr. Jorge Narváez

Prof. Agda. Dra. Susana Cabrera



Generalidades

→ La infección por VIH puede transmitirse de madre a hijo:

- Durante el embarazo (transmisión prenatal)
- Parto (transmisión intraparto)
- Lactancia (transmisión post-natal)

→ En Uruguay la tasa de transmisión vertical se presenta por debajo del 2% desde el año 2015



- Existen medidas eficaces para evitar la transmisión vertical:
- Terapia antirretroviral durante el embarazo
 - AZT i/v durante trabajo de parto o cesárea
 - Vía de finalización del embarazo según carga viral materna a las 36 semanas (cesárea si CV detectable o desconocida)
 - Suspensión de lactancia
 - Profilaxis post-exposición al recién nacido

El principal objetivo será mantener la carga viral plasmática indetectable durante todo el embarazo, con especial énfasis en las etapas finales y al nacimiento. La indetectabilidad es el principal factor protector de la transmisión.



Consejería para comunicar test reactivo en el embarazo

- Comunicar que se trata de un resultado POSITIVO PRELIMINAR y requiere un nuevo examen para confirmar diagnóstico
- Que será necesario iniciar tratamiento sin esperar confirmación dado que el inicio precoz es fundamental para evitar la transmisión vertical.
- Explicar que el VIH es actualmente una enfermedad crónica controlable y tratable. Recordar cómo se transmite y cómo NO se transmite
- Brindar información clara respecto a la seguridad de los fármacos ARV, haciendo hincapié en que los riesgos de teratogénesis no son mayores que en hijos de mujeres sin VIH



Consejería para comunicar test reactivo en el embarazo

- Enfatizar la importancia de adherir a los controles y tratamiento durante y después del embarazo.
- Asesorar sobre la vía de finalización del embarazo la que estará supeditada a la carga viral que presente al final de la gestación
- Informar y trabajar precozmente la inhibición de la lactancia, promover otras conductas de apego
- Valorar redes de apoyo
- Promover uso de métodos de barrera y testeo a pareja



Historia clínica

Mujer de 23 años, cursando embarazo de 32 semanas, en tratamiento antituberculoso por TB pulmonar confirmada hace 1 mes, se realiza test rápido para VIH en CHLA, que es positivo por lo que es derivada a la policlínica de infecciosas.

No comorbilidades. (Serología para sífilis, VHB y VHC negativos)

No contamos con valores de Carga viral ni población linfocitaria.



1. Momento de inicio de tratamiento antirretroviral en esta situación

2. TARV en mujer embarazada:
 - a) Inicio en mujer embarazada con diagnóstico previo de VIH sin TARV

 - b) Mujer embarazada VIH+ con TARV al momento de la gestación, qué hacer? (considerar si tiene CV indetectable o CV detectable)

 - c) Opciones de TARV en esta paciente

 - d) Opciones de TARV en mujer embarazada

 - e) Seguimiento de la respuesta y objetivo terapéutico

3. Vías de parto



1. Momento de inicio de tratamiento antirretroviral en esta situación

Diagnóstico de VIH cursando una enfermedad oportunista en tercer trimestre es una **urgencia terapéutica**.

Se iniciará **tratamiento antirretroviral** y concomitantemente se solicitará nueva serología, WB y carga viral para confirmar diagnóstico. Adicionalmente se solicitará CD4 y test de resistencia para completar valoración.

Se indicará un plan que logre un descenso rápido de la carga viral y que tenga un buen pasaje placentario



2a) Inicio en mujer embarazada con diagnóstico previo de VIH sin TARV

- Solicitar test de resistencia, carga viral y CD4
- Iniciar tratamiento antirretroviral precozmente. El inicio temprano es la principal medida para reducir el riesgo de transmisión vertical.
- Considerar antecedentes personales, exposición previa a ARV y edad gestacional. Con seguridad iniciar a partir de las 8 semanas de gestación



2b) Mujer embarazada VIH con TARV al momento de la gestación, ¿qué hacer?

CV INDETECTABLE. Continuar tratamiento antirretroviral. El cambio de plan durante el embarazo puede estar asociado a pérdida de control viral y un mayor riesgo de transmisión perinatal

CV DETECTABLE: solicitar test de resistencia, evaluar fallo o dificultades en la adherencia. Cambio empírico de tratamiento, posteriormente se ajustará plan a resultado de test de resistencia.



Algoritmo de manejo de TARV durante el embarazo

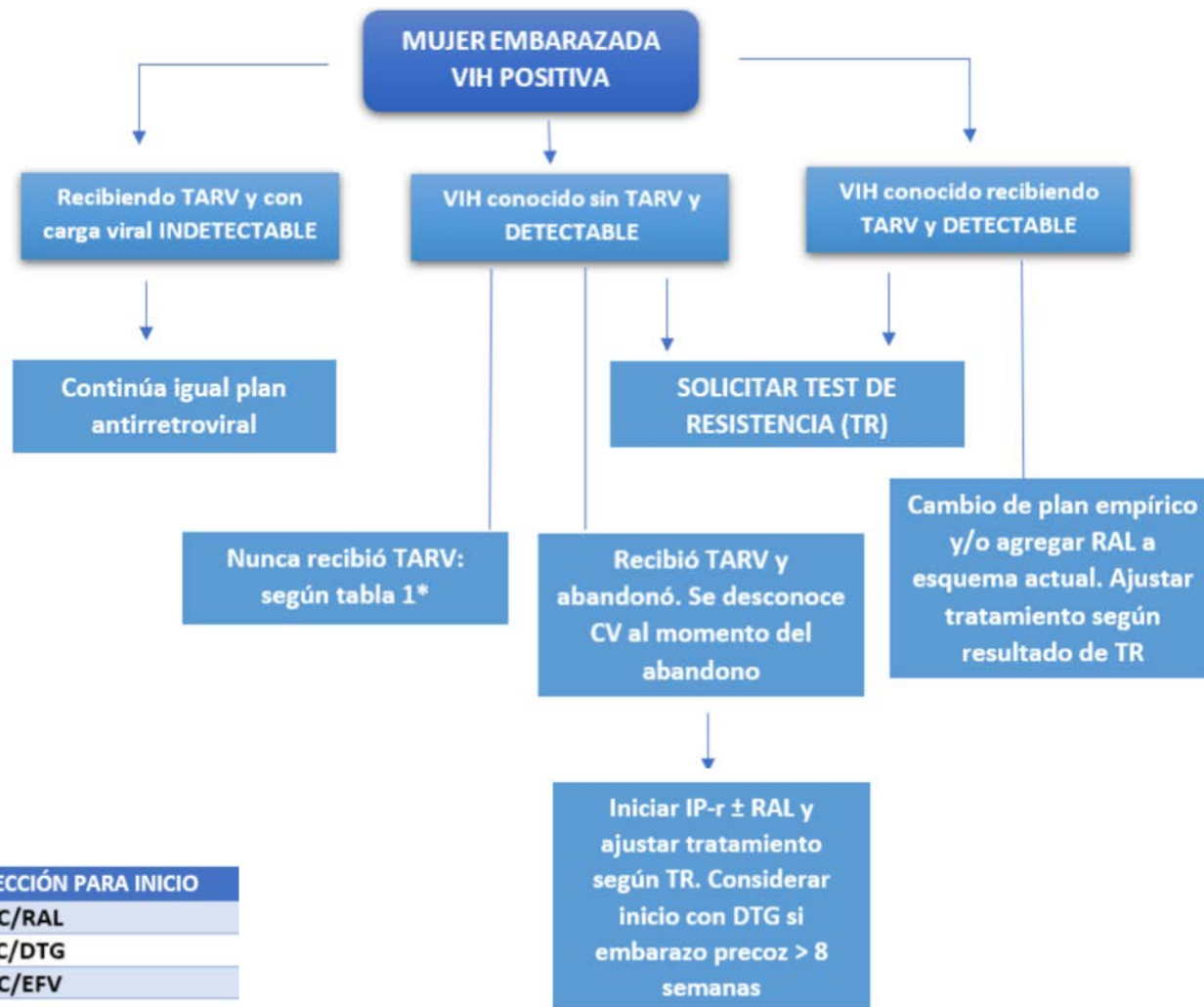


Tabla 1. PLAN ARV DE ELECCIÓN PARA INICIO

TDF/3TC/RAL
TDF/3TC/DTG
TDF/FTC/EFV



2c) Opciones de TARV en esta paciente

Historia clínica

Mujer de 23 años, cursando embarazo de 32 semanas, en tratamiento antituberculoso por TB pulmonar confirmada hace 1 mes, se realiza test rápido para VIH en CHLA, que es positivo por lo que es derivada a la policlínica de infecciosas.

No comorbilidades. (Serología para sífilis, VHB y VHC negativos)

No contamos con valores de Carga viral ni población linfocitaria.

- **TDF/XTC+RAL:** alta transferencia placentaria y buena tolerancia. Raltegravir produce una rápida supresión de la carga viral. De elección en gestantes con diagnóstico tardío o carga viral detectable en etapas avanzadas del embarazo.
- Interacción rifampicina con inhibidores integrasa: RIF disminuye concentración de RAL. Duplicar dosis (TDF/XTC+RALx2)



2c) Opciones de TARV en esta paciente

ALTERNATIVA:

AZT/3TC+RAL: alta transferencia placentaria y buena tolerancia. Puede ser una opción alternativa menos potente. Amplia experiencia de uso en mujeres embarazadas

En pacientes con infección por VIH y TB se recomienda como plan de inicio TDF/XTC+EFV y TDF/XTC+RAL o DTG como régimen alternativo

2 NRTIs + NNRTI	
TDF/FTC or TDF/3TC + EFV TDF/FTC/EFV	At bed time or 2 hours before dinner
ABC/3TC +EFV	HLA-B*57:01 negative HBsAg negative HIV-VL < 100,000 copies/mL At bed time or 2 hours before dinner
Alternative regimens with rifampicin	
2 NRTIs + INSTI	
TDF/FTC or TDF/3TC + DTG bid	
TDF/FTC or TDF/3TC + RAL bid	
ABC/3TC + RAL bid	HBsAg negative HLA-B*57:01 negative



2d) Opciones de TARV en mujer embarazada

PLAN ANTIRRETROVIRAL		DE INICIO DURANTE EL EMBARAZO	COMENTARIOS
TDF/3TC/RAL		SI	RAL rápido impacto en descenso de carga viral. Especialmente indicado en embarazo avanzado
TDF/3TC/DTG		SI	DTG más seguro en embarazo > 8 semanas por posibles efectos teratogénicos. De elección si primoinfección durante la gestación.
TDF/FTC/EFV		SI	TDF/FTC de preferencia por su potencia, tolerancia y posología (una vez al día) EFV más seguro en embarazo > 8 semanas por posibles efectos teratogénicos
ABC/3TC	LPV-r DTG RAL	ALTERNATIVO	ABC requiere realización de HLAB-5701 previo al inicio. No recomendado si CV > 100.000 copias LPV-r altamente eficaz y muy utilizado. Se considera alternativo por posología y efectos adversos
AZT/3TC	RAL DTG ATV-r DRV-r LPV-r	ALTERNATIVO	AZT amplia experiencia en su uso. Inferior en eficacia comparado con otros INTR y mayor toxicidad hematológica ATV-r actualmente no disponible en Uruguay DRV-r es el IP con mayor barrera genética. De preferencia en pacientes experimentados
TDF/3TC/LPV-r		DESACONSEJADO	Estudios lo asocian con riesgo de parto prematuro y mortalidad neonatal

Consenso GESIDA. 2018



2e) Seguimiento de la respuesta y objetivo terapéutico

OBJETIVO: control temprano y sostenido de la carga viral plasmática

Control a las 2-4 semanas de inicio de tratamiento. Repetir mensualmente hasta lograr la indetectabilidad.

Gestantes con CV indetectable: control cada 3 meses

Se solicitará a todas las embarazadas CARGA VIRAL a la semana 36 en vistas a definir vía de finalización de embarazo



3. Vía de finalización de embarazo

Embarazo \geq 36 semanas

**CARGA VIRAL
INDETECTABLE**

Riesgo de transmisión $<1\%$ tanto en parto vaginal como cesárea

- Valorar opinión de la mujer. Informar riesgos y beneficios cesárea vs. parto vaginal
- En caso de PV realizar la mínima cantidad de maniobras obstétricas invasivas
- Inhibir lactancia
- Mantener TARV
- **Realizar AZT i/v intraparto?**

**CV DETECTABLE o
DESCONOCIDA**

- Iniciar TARV con RAL o añadir a plan actual
- Cesárea programada 38-39 semanas
- Realizar AZT i/v intraparto
- Inhibir lactancia
- Mantener TARV post-parto



**USO DE AZT i/v INTRAPARTO EN
EMBARAZADAS CON VIH BAJO TERAPIA
ANTIRRETROVIRAL QUE SE ENCUENTRAN
INDETECTABLES AL MOMENTO DEL
PARTO**



OBSTETRICS

Is peripartum zidovudine absolutely necessary for patients with a viral load less than 1,000 copies/ml?

V. V. Wong

Estudio retrospectivo de cohorte 1998-2006. Irlanda

Se incluyeron embarazadas VIH+ con TARV durante al menos 4 semanas previo al parto o CV<1000 copias antes del parto y sin recibir AZT i/v (16.7%) o lo hicieron por menos de 4hs (83.3%) previo al parto. Se analizó resultado neonatal y se consideró RN negativo si test negativo a los 6 meses de vida.

Objetivo: observar si el manejo periparto de las mujeres con VIH bajo TARV y <1000 copias tiene algún resultado neonatal adverso cuando no se cumple con los requisitos terapéuticos establecidos.

Resultado: 66 embarazos, 65% se presentaron con CV<50 copias al momento del parto y 27% CV<1000 copias. Vía de finalización: vaginal en el 72.7 % y cesárea en el 27.3%. En ningún caso se evidenció transmisión vertical del virus a los 6 meses de vida.

Conclusión: la administración de zidovudina i.v. intraparto en embarazadas VIH con CV<1000 copias al momento del parto no sería necesaria para la reducción de la transmisión materno infantil de VIH



Is Intrapartum Intravenous Zidovudine for Prevention of Mother-to-Child HIV-1 Transmission Still Useful in the Combination Antiretroviral Therapy Era?

Nelly Briand,^{1,2} Josiane Warszawski,^{1,2,3} Laurent Mandelbrot,^{1,4,5} Catherine Dollfus,⁶ Emmanuelle Pannier,⁷ Ludovic Cravello,⁸ Rose Nguyen,⁹ Isabelle Matheron,¹⁰ Norbert Winer,¹¹ Roland Tubiana,^{12,13} Christine Rouzioux,^{14,15} Albert Faye,^{4,16} and Stéphane Blanche,^{14,17} for the ANRS-EPF C01-C011 Study Group*

Se incluyeron 11538 embarazadas VIH+ de una cohorte nacional francesa (ANRS Perinatal) que recibieron TARV durante la gestación entre 1997 y 2010.

Objetivo: evaluar el impacto de AZT i/v intraparto según la carga viral y condiciones obstétricas

Se identificaron las características maternas y obstétricas relacionadas con la falta de AZT i.v y se comparó su asociación con la tasa de transmisión materno infantil según factores de riesgo.

Resultado: 4.8% (n=554) no recibieron AZT i/v intraparto. Características: mujeres > 35 años, multíparas, inicio precoz de TARV, parto vaginal y/o pretérmino y CV<1000 copias

No se observaron casos de transmisión en aquellas mujeres que no recibieron AZT i/v vs las que sí recibieron con CV<400 copias

Conclusión: AZT i/v no se asoció significativamente con un menor riesgo de transmisión en mujeres con CV controlada al momento del parto mientras que continúa siendo una medida eficaz para reducir la transmisión en aquellas que se encuentran detectables.



EN SUMA:

AZT i/v intraparto no ha demostrado un beneficio adicional en la reducción de transmisión materno infantil de VIH en mujeres con CV indetectable al momento del parto.

Guías internacionales no recomiendan el uso de AZT i/v en estos escenarios y aún con CV<1000 copias.

Sin embargo, continúa siendo una medida eficaz para reducir la transmisión en aquellas mujeres que se encuentran detectables.

Consenso GESIDA. 2018

Recommendations for the Use of ARV in Pregnant Women with HIV and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the US. AIDSinfo. 2020



APRENDIZAJES

- El diagnóstico de VIH durante el embarazo es una urgencia terapéutica y no requiere confirmación diagnóstica para el inicio de tratamiento
- El inicio precoz de TARV es la principal medida para reducir el riesgo de transmisión vertical
- El objetivo principal será lograr la indetectabilidad lo más precozmente posible con especial énfasis en las etapas finales y al momento del parto (período de mayor riesgo de transmisión)
- Para el inicio de tratamiento considerar antecedentes personales, exposición previa a ARV y edad gestacional. A partir de las 8 semanas de embarazo se podrá iniciar tratamiento con seguridad.





Cátedra de Enfermedades Infecciosas, 2021.

