

4º CONGRESO ARGENTINO DE NEONATOLOGIA



Infecciones perinatales

VIH y embarazo. Nuevas recomendaciones



Dra. Miriam E. Bruno
Jefe Promoción y protección
Hospital Carlos G. Durand

Estrategia mundial contra el VIH 2016 – 2021

Hacia el fin del Sida

Eliminación de la transmisión perinatal del VIH



Reducir la transmisión materno infantil del VIH a 2% o menos.



Cobertura de la atención prenatal y partos atendidos por profesionales $\geq 95\%$.



Cobertura de detección de VIH en embarazadas $\geq 95\%$.



Cobertura de tratamiento de VIH en embarazadas y parejas sexuales $\geq 95\%$.



$\geq 95\%$ de los centros de primer nivel de atención para la prevención y diagnóstico de ITS de forma integrada con otros servicios.



Distribución de los niños expuestos al VIH por vía perinatal según diagnóstico definitivo y proporción de casos de transmisión del VIH, según año de nacimiento.

Año	Niños estudiados	Niños con dx completo	Niños positivos	Tasa positivos / casos cerrados	Tasa positivos / expuestos
2015	1635	1.218	60	4,9	3,7
2016	1.656	1188	49	4,1	3,0
2017*	1432	841	32	3,8	2,2

Paula. 18 años

- Diagnóstico de embarazo reciente.
- EG: 9 semanas por FUM
- Concorre a la consulta con los resultados de los estudios de laboratorio solicitados previamente:
 - VDRL: no reactiva
 - Chagas (HAI y ELISA): no reactivos
 - Toxoplasmosis (QL): IgG 1034 IgM no reactiva
 - VIH (ELISA): reactivo

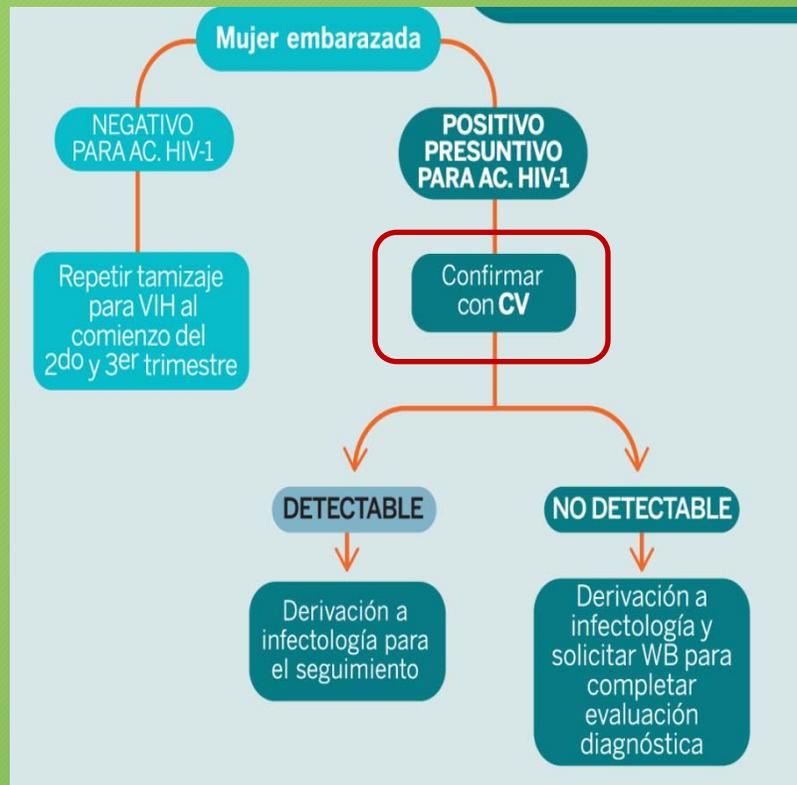
¿Cuál considera que sería la conducta más adecuada?

1. Derivar al infectólogo/a para completar la evaluación de la posible infección
2. Solicitar estudio de confirmación con western-blot y serología a la pareja
3. Solicitar carga viral y recuento de CD4 y serología a la pareja
4. Solicitar prueba rápida para VIH y si fuera reactiva iniciar TARV
5. Solicitar prueba rápida para VIH y si fuera reactiva solicitar carga viral y recuento de CD4

¿Cuál considera que sería la conducta más adecuada?

1. Derivar al infectólogo/a para completar la evaluación de la posible infección
2. Solicitar estudio de confirmación con western-blot y serología a la pareja
3. Solicitar carga viral y recuento de CD4 y serología a la pareja
4. Solicitar prueba rápida para VIH y si fuera reactiva iniciar TARV
5. Solicitar prueba rápida para VIH y si fuera reactiva solicitar carga viral y recuento de CD4

Algoritmo de diagnóstico en mujeres embarazadas



Consulta siguiente

EG: 13 semanas

Trae resultado de carga viral con 2.340 copias/ml y recuento de CD4 = 590/mm³

Pareja con ELISA para VIH reactivo

Le dijeron que tenía que hacer una consulta con un infectólogo/a pero tiene turno en un mes.

Se encuentra angustiada y solicita su asesoramiento

¿Qué considera importante para asesorarla?

1. Tiene baja carga viral y recuento de CD4 sin evidencia de inmunocompromiso por lo que puede esperar la consulta con infectólogo/a
2. Tiene baja carga viral y recuento de CD4 sin evidencia de inmunocompromiso pero considera que sería conveniente una consulta más rápida con el infectólogo/a
3. Tiene baja carga viral por lo que le informa que el riesgo de transmisión al bebé es muy bajo y puede diferir el TARV
4. Para no retrasar el inicio de TARV le indica AZT/lamivudina + lopinavir/ritonavir
5. No tiene idea de la implicancia de los resultados y prefiere esperar la consulta con el infectólogo/a

¿Qué considera importante para asesorarla?

1. Tiene baja carga viral y recuento de CD4 sin evidencia de inmunocompromiso por lo que puede esperar la consulta con infectólogo/a
2. Tiene baja carga viral y recuento de CD4 sin evidencia de inmunocompromiso pero considera que sería conveniente una consulta más rápida con el infectólogo/a
3. Tiene baja carga viral por lo que le informa que el riesgo de transmisión al bebé es muy bajo y puede diferir el TARV
4. Para no retrasar el inicio de TARV le indica AZT/lamivudina + lopinavir/ritonavir
5. No tiene idea de la implicancia de los resultados y prefiere esperar la consulta con el infectólogo/a

Consulta inicial

Estudios complementarios

- Laboratorio
- Serologías
- Prueba de resistencia para ARV
- Antecedentes de exposición a ARV
- Necesidad de profilaxis
- Inmunizaciones
- Evaluación a la pareja

Tratamiento antirretroviral

- Independientemente del recuento de CD4 y del valor de la CV, **TODAS** las embarazadas deben recibir TARV combinado, incluyendo las controladoras de elite, sin esperar el resultado de la prueba de resistencia.
- El esquema ARV es el mismo que para otras personas con VIH, **excepto Dolutegravir** en las primeras 8 semanas de gestación.
- Se debe prestar particular atención a la **adherencia** al TARV para maximizar posibilidad de supresión virológica y evitar el desarrollo de resistencia.
- Evaluar y tratar las **infecciones de transmisión sexual** tanto de la paciente como de su pareja sexual.

ESQUEMAS DE INICIO: consideraciones

	Esquema preferido		Esquema alternativo	
	Droga	Comentario	Droga	Comentario
INTI	TDF/FTC o 3TC	De elección para el tratamiento de las embarazadas con HBsAg positivo	AZT/3TC	Superado por opciones de menor toxicidad y posología más sencilla
	ABC/3TC	Requiere testeo previo de HLA- B*5701.		
IP	DRV + rtv	DRV 600 mg / RTV 100 mg cada 12 hs. En pacientes que se embarazan intra tratamiento con DRV 800 mg /RTV 100 mg y mantienen la supresión virológica no-hay evidencia suficiente que justifique la modificación de la dosis	LPV/rtv	Dosis cada 12 hs (2 comp LPV 200 mg / RTV 50 mg)
	ATV + rtv	La hiperbilirrubinemia indirecta relacionada a ATV no implica hepatotoxicidad		
INSTI	RTG	De elección en mujeres con diagnóstico tardío (>32 sem) Intensificación en tercer trimestre	DTG	NO DEBE SER UTILIZADO en las primeras 8 sem de gestación. Alternativo para el 2ºo 3er trim.
INNTI			EFV	niveles moderados de resistencia primaria a esta droga, por lo que se debe conocer previamente los resultados del test de resistencia

Se acerca el momento del parto

- Paula se estuvo controlando adecuadamente el embarazo.
- Buena adherencia al tratamiento antiretroviral
- Se realizó carga viral a las 36 semanas de gestación y se informa no detectable, con un nivel de detección de 20 copias/ml
- La infectóloga le dijo que podría tener un parto por vía vaginal.
- En un grupo de una red social comentaron sobre la posibilidad de amamantamiento en mujeres con carga viral no detectable
- Quiere conocer su recomendación

¿Cuál sería su recomendación?

1. No es recomendable el amamantamiento aunque tenga carga viral no detectable
2. Como tiene carga viral no detectable considera que podría amamantar al bebé sin riesgo de transmisión
3. No conoce mucho sobre esa situación, pero si infectóloga le dijo que podría tener parto vaginal supone que también podría amantar
4. No conoce mucho del tema y prefiere que lo converse con la infectóloga

¿Cuál sería su recomendación?

1. No es recomendable el amamantamiento aunque tenga carga viral no detectable
2. Como tiene carga viral no detectable considera que podría amamantar al bebé sin riesgo de transmisión
3. No conoce mucho sobre esa situación, pero si infectóloga le dijo que podría tener parto vaginal supone que también podría amantar
4. No conoce mucho del tema y prefiere que lo converse con la infectóloga

MODO DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO/ PROFILAXIS INTRAPARTO

ESCENARIOS/ CARGA VIRAL	AZT IV	CESÁREA	RECOMENDACIÓN
<50	NO	NO	En las pacientes con carga viral <50 copias/ml en semana 34/36, con buena adherencia, que no hayan suspendido TARV, se sugiere parto vaginal si las condiciones obstétricas lo permiten. En este escenario no se requiere la infusión de AZT IV durante el parto ⁽¹⁹⁻²²⁾
> 50 < 1000	SI	SI (Ver texto)	En aquellas pacientes con valores de carga viral >50 y <1000 copias/ml, la vía de finalización del embarazo se decidirá individualmente teniendo en cuenta el tiempo de exposición al TARV, si el descenso de carga viral fue el adecuado, el perfil de adherencia de la paciente y la decisión materna luego de haber sido informada sobre la probabilidad de transmisión en este escenario. En este escenario en caso de no contar con la opinión de un especialista -se sugiere cesárea e infusión de AZT IV. ⁽¹⁹⁻²²⁾
>1000 o sin resultado disponible de CV	SI	SI	En las pacientes con carga viral plasmática >1.000 copias/ml o sin valores de carga viral disponibles en semana 34 / 36, en fecha cercana al parto, se indicará cesárea a las 38 semanas de gestación e infusión de AZT IV.

Lactancia

Se contraíndica la lactancia materna debido a que:

- la lactancia materna aumenta el riesgo de transmisión perinatal.
- En nuestro país, existen alternativas seguras, efectivas y gratuitas para alimentar en forma artificial al RN
- El TARV disminuye pero no evita la transmisión del HIV por lactancia, aún en mujeres con carga viral plasmática no detectable.
- Se debe dar el soporte adecuado a las madres con infección por VIH, en forma individual y confidencial, para asegurar prácticas seguras en la preparación y administración de los sucedáneos de la leche materna y asesorar acerca de la importancia de la alimentación artificial exclusiva.
- En el caso de diagnóstico con test rápido y/o ELISA para VIH reactivo durante el parto o el puerperio sin estudio confirmatorio, se aconseja suspender transitoriamente la lactancia hasta descartar infección. Si se confirma la infección, se suspende la lactancia en forma definitiva.

**Does U=U for breastfeeding mothers and infants?
Breastfeeding by mothers on effective treatment for
HIV infection in high-income settings**

Catrina Waite, Nicola Low, Philippe Van de Perre, Fiona Lyons, Mona Loutfy, Karoline Aebi-Popp

Lancet HIV 2018; 5:e531-36

- Las recomendaciones son diferentes en regiones con alto ingreso y bajo ingreso
- El riesgo de TMI relacionado a lactancia en regiones con buen nivel socio-económico se desconoce.
- El riesgo de TMI relacionado a lactancia en regiones de bajo recurso socio-económico es de 1,08% (IC 95% 0,32-1,85) a los 6 meses
- Niveles de carga viral en plasma y en leche materna pueden ser diferentes
- Presencia de otras células en la leche materna susceptibles a infección por VIH
- Exposición a ARV prolongados durante la lactancia
- Profilaxis neonatal adecuada
- Adherencia post-parto al tratamiento ARV
- Monitoreo durante la lactancia

Romina. 16 años

Embarazo con control inadecuado.

Primer control a las 22 semanas de gestación

Segundo control a las 28 semanas de gestación

- Serología para VIH no reactiva

Tercer control a las 36 semanas de gestación

- Serología para VIH reactiva
- Se solicitó carga viral y recuento de CD4

Parto:

- Carga viral: 38.250 copias/ml
- 38 semanas de gestación
- Cesárea emergente

Recién nacido:

- Apgar 8/10
- Peso adecuado

¿Qué profilaxis indicaría al recién nacido?

1. AZT 6 semanas
2. AZT 6 semanas + 3TC y Nevirapina 2 semanas
3. AZT 4 semanas + 3TC 2 semanas + 3 dosis de nevirapina (0-2-6 días)
4. AZT 6 semanas + 3TC y LPV/r 2 semanas
5. AZT + 3TC 6 semanas + NVP por 4 semanas (dosis tratamiento)

¿Qué profilaxis indicaría al recién nacido?

1. AZT 6 semanas
2. AZT 6 semanas + 3TC y Nevirapina 2 semanas
3. AZT 4 semanas + 3TC 2 semanas + 3 dosis de nevirapina (0-2-6 días)
4. AZT 6 semanas + 3TC y LPV/r 2 semanas
5. AZT + 3TC 6 semanas + NVP por 4 semanas (dosis tratamiento)

Profilaxis en el recién nacido

Inicio de profilaxis antirretroviral precozmente (6–12 hs de vida)

Extremar los esfuerzos para realizar el diagnóstico precoz

Bajo riesgo

Madres c/buena adherencia al TARV durante la gestación y c/ CV <50 cercana al parto

AZT
(4 semanas)

Mediano riesgo

*Recibieron ARV pero no alcanzaron CV <50 cercana al parto (o CV desconocida)

AZT 4 semanas + NVP 3 dosis: 0, 2 y 6 días de vida + 3TC 2 semanas

Alto riesgo

Madres sin TARV durante el embarazo
Madres que solo recibieron profilaxis intraparto.
Madres con infección aguda *documentada* en el embarazo

OPCIÓN TRATAMIENTO: AZT + 3TC 6 semanas + NVP por 4 semanas (dosis tratamiento) (CIII)

se recomienda la OPCIÓN TRATAMIENTO independientemente de la respuesta virológica materna ya que el riesgo de infección intraútero es muy elevado.

Tener al menos dos estudios virológicos negativos del RN antes de suspender las drogas iniciadas como profilaxis

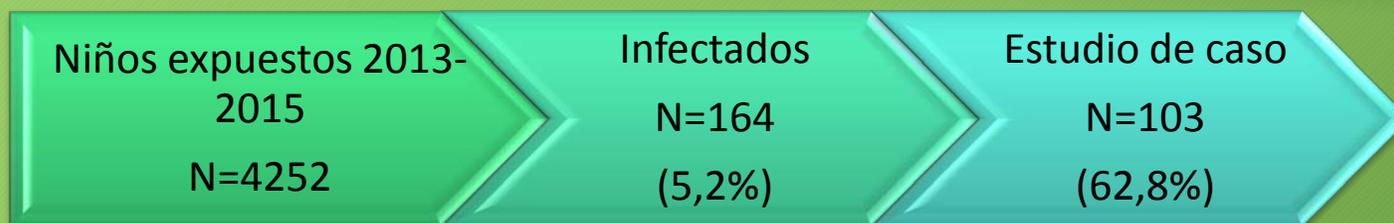
- Aún con resistencia materna documentada al AZT, se debe mantener esta droga en la profilaxis neonatal.
- En niños nacidos de madres con resistencia conocida a INNTIs y CV detectable al momento del nacimiento, evaluar el reemplazo de NVP

Transmisión perinatal

- Intraútero 25%-40%
- Intraparto 60%-75%
- Riesgo adicional con lactancia materna
 - 14% con infección crónica
 - 29% con primoinfección
- Carga viral es el principal factor asociado a TV

Necesidad de conocer
la serología del padre

Posibles determinantes relacionados a la transmisión materno-infantil del VIH



- Diagnóstico materno:
 - Periparto: 30%
 - Lactancia o posterior: 13%

- 3 Positivas
 - 1 Negativa
 - 9 desconocida
- Infección de la pareja:
 - Desconocida: 44%
- Lactancia: 20%
 - Serología de la pareja:
 - Desconocida: 10
 - Positiva: 7
 - Seroconversión: 7
- Evolución:
 - En seguimiento: 77%
 - Fallecidos: 9%
 - Desconocido: 14%

Muchas
gracias

