

Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana

Seguimiento de los hijos de mujeres con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en una institución de asistencia médica colectiva. Uruguay (2008-2011)

Dres. Mariana Más*, Patricia Barrios†, Gustavo Giachetto‡, Beatriz Sayagués§, Lic. Carolina Morales¶, Olga Hernández**

Médica Uruguaya. Policlínica de Infectología Pediátrica

Resumen

Introducción: la mayoría de los niños infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) lo adquieren por transmisión vertical (TV). En Uruguay, las cifras nacionales de TV se obtienen del Centro Nacional de Referencia. Se desconoce la experiencia en el manejo de esta patología de los prestadores integrales del subsector privado.

Objetivo: describir el seguimiento de los hijos de mujeres con infección con VIH en Médica Uruguaya, conocer las características de la TV.

Material y método: se incluyeron los hijos de mujeres con infección por VIH controlados entre los años 2008 y 2011. Se registraron variables maternas y del recién nacido.

Resultados: los hijos de mujeres con infección con VIH fueron 26. Hubo un único niño infectado diagnosticado en la institución. Veinticuatro mujeres tenían diagnóstico de infección por VIH previo al nacimiento de sus hijos. Todas recibieron antirretrovirales durante la gestación, zidovudine (AZT) intravenoso intracésarea. Sus hijos recibieron AZT vía oral y alimentación exclusiva con leche modificada. Fueron dados de alta 18 niños, ocho están aún en seguimiento.

Discusión: los resultados obtenidos en Médica Uruguaya podrían explicarse por el escaso número de embarazos no controlados y la atención protocolizada mediante un equipo multidisciplinario, con estrecho seguimiento desde el punto de vista biológico y social de las mujeres con infección con VIH, su núcleo familiar y sus hijos.

Conclusiones: el seguimiento desde la gestación con involucramiento de la pareja para lograr adhesión al tratamiento, asistencia a los controles y compromiso con el cuidado del recién nacido permiten lograr buenos resultados en la TV de la infección por VIH. Debe considerarse la transmisión por la lactancia.

Palabras clave: TRANSMISIÓN VERTICAL DE ENFERMEDAD INFECCIOSA INFECCIONES POR VIH

Keywords: INFECTIOUS DISEASE TRANSMISSION, VERTICAL HIV INFECTIONS

* Prof. Adj. de Emergencia Pediátrica. Departamento de Emergencia Pediátrica. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Pediatra de la Policlínica de Infectología de Médica Uruguaya. Uruguay.

† Prof. Adj. de Pediatría. Departamento de Pediatría y Especialidades. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Pediatra de la Policlínica de Infectología de Médica Uruguaya. Uruguay.

‡ Profesor Titular de Clínica Pediátrica. Departamento de Pediatría y Especialidades. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Consultante de Infectología Pediátrica de Médica Uruguaya. Uruguay.

§ Pediatra. Jefa del Centro Intensivo Neonatal y Pediátrico de Médica Uruguaya. Uruguay.

¶ Licenciada en Trabajo Social. Coordinadora de la Unidad de Notificación y Apoyo a pacientes con VIH-SIDA. Médica Uruguaya. Uruguay.

** Ex Prof. Agdo. Cátedra de Infectología. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Infectólogo consultante de Médica Uruguaya. Uruguay.

Conflicto de intereses: los autores del presente artículo declaran que no existen conflictos de intereses

Correspondencia: Dra. Mariana Más. Correo electrónico: marianamas@gmail.com

Recibido: 29/6/13

Aprobado: 18/11/13

Introducción

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una pandemia que se inició en África subsahariana, describiéndose los primeros casos en el año 1981⁽¹⁾. Debido a su mecanismo de transmisión, la infección afecta predominantemente a los adultos. La mayoría de los niños infectados la adquieren por transmisión vertical (TV), o sea por transmisión de la mujer al hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia. La transmisión horizontal por abuso sexual o transfusiones en niños es poco frecuente⁽²⁻⁴⁾.

La terapia con antirretrovirales (ARV) ha logrado transformar esta infección inicialmente mortal en una enfermedad crónica. Ha contribuido a mejorar la calidad de vida, reduciendo las infecciones por gérmenes oportunistas⁽⁵⁾. El control de la replicación viral con cargas virales bajas o indetectables por largos períodos aumenta la sobrevivencia de las mujeres con infección con VIH. Esto ha llevado a un número cada vez mayor de embarazos planificados y bien controlados en esta población. En 1994 se publicaron los resultados del protocolo ACTG 076, que logró la reducción de la TV del VIH a 8,2%⁽⁶⁾. El mismo se basa en administrar zidovudine (AZT) a la mujer embarazada durante la gestación, AZT intravenoso intraparto y AZT vía oral al recién nacido hasta los 42 días de vida. El conocimiento de otros factores que inciden en el riesgo de la TV (carga viral materna menor a 1.000 copias/ml, vía de finalización del embarazo, rotura prolongada de membranas, otras infecciones asociadas, enfermedades marcadoras de sida), permitieron sumar otras estrategias como la cesárea electiva y el tratamiento antirretroviral de alta eficacia a la mujer embarazada. Los resultados han sido excelentes, logrando en países desarrollados descender la TV desde 25% a cifras cercanas a 1%^(7,8).

El número de niños menores de 15 años que viven con VIH ha disminuido. Entre los años 2001 y 2010 se observó un descenso considerable en las nuevas infecciones por VIH y las muertes relacionadas con el sida en niños. Sin embargo, hay países en los que aún se mantienen cifras de TV elevadas^(9,10).

En Uruguay, hasta el año 2007 la asistencia de madres e hijos con VIH se centralizaba mayoritariamente en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, siendo muy escasos los casos asistidos en los prestadores privados. Las cifras nacionales de transmisión vertical (2%-4%) se obtienen del Centro Nacional de Referencia^(9,11).

En el año 2007, la reforma de la salud creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y se priorizó la atención materno-infantil. Esto se acompañó de la migración de usuarios del subsector público de salud a los prestadores integrales que integran el SNIS. Esto podría

ser la causa de que algunas patologías, que eran infrecuentes en estos servicios, aumentarían. En la Policlínica de Infectología Pediátrica de Médica Uruguaya, la exposición e infección por VIH constituye el principal motivo de consulta. Resulta necesario conocer la experiencia y los resultados con el manejo de esta patología en estos efectores.

Objetivo

Describir la experiencia del seguimiento de los hijos de mujeres con infección con VIH en Médica Uruguaya y conocer las características de la transmisión vertical.

Material y método

Se incluyeron todos los niños hijos de mujeres con infección por VIH controlados en la consulta ambulatoria de Infectología Pediátrica de Médica Uruguaya entre el 1° de setiembre de 2008 (fecha en que se crea dicha policlínica) y el 31 de diciembre de 2011. Los controles durante la gestación fueron realizados por un equipo integrado por obstetra, infectólogo, psicólogo y asistente social. Este grupo pone en conocimiento del equipo pediátrico a toda mujer embarazada con infección con VIH que controlan.

El seguimiento de sus hijos fue realizado por pediatras diplomados en infectología pediátrica. El contacto con la familia y con el niño comienza en el período neonatal inmediato durante la hospitalización. El seguimiento posterior continúa en la consulta ambulatoria. En los casos en los que se identifica vulnerabilidad psíquica o social, en conjunto con la asistente social que realizó el seguimiento de la mujer durante el embarazo, se buscan otros adultos referentes (pareja, madre, hermanos) que se involucren en el cuidado de la mujer y su hijo.

Se aplicaron las recomendaciones nacionales e internacionales de tratamiento y prevención de la TV para mujeres embarazadas y niños (tratamiento ARV materno durante toda la gestación, cesárea electiva, AZT intraparto, AZT vía oral al recién nacido, suspensión de la lactancia materna desde el nacimiento)⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Se registraron las siguientes variables maternas: fecha del diagnóstico, tratamiento ARV, carga viral, vía de finalización del embarazo, administración de AZT intravenoso durante el parto o cesárea. En el recién nacido: administración de AZT vía oral, duración de la profilaxis, contraindicación de la lactancia materna, inmunizaciones, confirmación diagnóstica o serorreversión. Se describe el número de pacientes asistidos en el período y los resultados obtenidos en frecuencias absolutas.

Comité de Ética: el protocolo de este estudio y sus aspectos éticos fueron revisados y aprobados por los organismos institucionales correspondientes.

Tabla 1. Características de las mujeres con infección con VIH conocido previo al nacimiento y sus hijos. Médica Uruguaya (2008 - 2011) (n=24)

Variable	
Edad materna en años mediana (rango)	29 (20 -38)
Momento del diagnóstico (n)	
Previo al embarazo	11
Durante el embarazo	13
Carga viral indetectable (n)	11
Cesárea (n)	21
Tratamiento ARV materno (n)	24
AZT I/V intraparto o cesárea (n)	24
AZT v/o al RN (n)	24
Peso del RN < 2.500 g (n)	0
Edad gestacional <37 semanas (n)	2

ARV: antirretroviral; AZT: zidovudine; RN: recién nacido.

Resultados

Se controlaron en ese período 26 hijos de mujeres con infección por VIH: 13 varones y 13 niñas. En una niña se diagnosticó infección por VIH al año de vida; su madre desconocía la infección previa al embarazo, se le realizó serología (anticuerpos anti VIH por técnica de enzoinmuno análisis ELISA) para VIH en el primer trimestre, siendo negativo, y no se repitió. Nació por parto vaginal en una institución privada de otro departamento, donde reside toda su familia, y recibió lactancia materna hasta los 11 meses, momento en que se diagnostica la infección a la madre en el control de su segundo embarazo. La niña es afiliada a Médica Uruguaya y comienza sus controles en esta al año de vida, momento en que se diagnostica la infección. Otra niña es llevada a los 19 meses a consulta a la policlínica de Infectología Pediátrica porque se hizo diagnóstico de infección por VIH a su madre, la serología durante el embarazo había sido negativa y recibió lactancia hasta los cinco meses, la determinación de anticuerpos anti VIH por técnica de ELISA fue no reactiva, por lo que se descartó la TV.

Veinticuatro madres tenían diagnóstico de infección por VIH previo al nacimiento, en 11 el diagnóstico fue realizado previo al embarazo y en 13 durante el mismo. En dos madres el diagnóstico se realizó luego del nacimiento.

Los datos del grupo de mujeres (n=24) con infección conocida previo al nacimiento y de sus hijos se muestran en la tabla 1.

Se descartó la infección por VIH en 18 niños luego de tres exámenes de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para VIH negativas y ELISA negativo, por lo que fueron dados de alta de la policlínica de Infectología Pediátrica, continuando sus controles en salud con su pediatra. Permanecen en seguimiento ocho niños menores de 18 meses en los que aún no se ha podido descartar definitivamente la TV.

Los hijos de mujeres con infección por VIH que contraen la infección tienen riesgo de presentar tuberculosis por *Mycobacterium bovis*, por lo que se recomienda no administrar BCG hasta descartar la infección por VIH. Cuatro niños recibieron la vacuna BCG al nacer, dos por desconocer el diagnóstico materno y dos por error. Uno resultó infectado, tres no infectados, ninguno tuvo complicaciones. A los 22 restantes se les indicó la vacuna BCG luego de la tercera PCR negativa. Veinticuatro niños recibieron la vacuna antipoliomielítica a virus inactivados. El resto de las inmunizaciones se aplicaron de acuerdo al programa nacional de vacunación vigente.

Discusión

La TV en el subsector público en Uruguay en el año 2010 fue de 4,8%⁽¹¹⁾. La mayoría son hijos nacidos de mujeres que no controlaron su embarazo. En Médica Uruguaya, la tasa de embarazos no controlados es de 2,7 cada 1.000 nacimientos (21 embarazos sin controles en 7.892 nacimientos). El test de ELISA para VIH está disponible en el laboratorio de urgencia de la institución y permite realizar el diagnóstico en el momento del nacimiento en las mujeres que desconocen su serología.

La tasa de hijos de mujeres VIH positivos en Médica Uruguaya es de 3/1.000 nacimientos (24 en 7.892 nacimientos), esta cifra es inferior a la observada en el subsector público (10,6/1.000, años 2006 a 2009; 7,2 a 9,2/1.000, años 2008 a 2011) ($p < 0,05$)⁽¹⁵⁾. Este resultado puede ser atribuido a diversos factores. Es posible que la población usuaria del subsector público presente mayor vulnerabilidad socioeconómica y cultural, creando barreras para la captación y el control adecuado del embarazo.

Es necesario profundizar en el análisis de los posibles factores que contribuyen a que en los usuarios del SNIS con cobertura universal todavía permanezcan barreras de acceso al control y cuidado del embarazo.

Los resultados obtenidos en Médica Uruguaya podrían explicarse por el escaso número de embarazos no controlados y la atención protocolizada mediante un equipo multidisciplinario, con estrecho seguimiento

desde el punto de visto biológico y social de las mujeres con infección con VIH, su núcleo familiar y sus hijos^(4,9,10). Se destaca la importancia de la atención integral y la identificación de las mujeres más vulnerables. El adecuado control del embarazo permitió el diagnóstico en 11 mujeres, pudiendo aplicar en ellas las estrategias para prevenir la TV con alta tasa de efectividad.

Aún hay mujeres en nuestro medio que no controlan su embarazo. Realizar el diagnóstico de infección por VIH de urgencia (test rápido) previo al nacimiento permite implementar algunas de las medidas recomendadas para disminuir la TV. Esta estrategia se considera fundamental y debe mantenerse para garantizar buenos resultados. Hasta el momento no se ha diagnosticado infección por VIH en niños nacidos en la institución. Debería considerarse reiterar la serología materna para VIH luego del nacimiento del niño. Si ocurre la infección de la mujer en el periodo comprendido entre el último ELISA para VIH y la finalización de la lactancia, la transmisión vertical a su hijo es posible.

Conclusiones

La captación de la mujer embarazada sigue siendo el pilar fundamental para reducir la TV. El seguimiento continuo desde la gestación con involucramiento de la pareja para lograr adhesión al tratamiento ARV, asistencia regular a los controles del embarazo y compromiso con el cuidado del recién nacido, permiten lograr buenos resultados en la TV de la infección por VIH. Debe tenerse en cuenta la posibilidad de la TV en niños durante la lactancia.

Abstract

Introduction: almost all HIV infections among children are due to vertical transmission. In Uruguay, national figures corresponding to vertical transmission are reported by the National Reference Center. There is no information about the way comprehensive healthcare providers of the private sub-sector handle this disease.

Objective: to describe follow-up of children born to HIV infected mothers at Médica Uruguaya to learn about vertical transmission.

Method: the children of HIV infected women who were seen from 2008 through 2011 were included in the study. Maternal and newborn variables were recorded.

Results: there were 26 children born to HIV infected women. Only one infected child was diagnosed in the health facility. Twenty four women had been diagnosed with HIV prior to the birth of their children. All women had been treated with antiretroviral drugs during pregnancy, and received IV zidovudine (AZT) during C-section. Children received oral AZT and were exclusively

fed with modified milk. Eighteen children were released from hospital, eight of them are still being followed-up.

Discussion: results obtained at Médica Uruguaya could be explained by the low number of non-controlled pregnancies and the existence of a protocol for healthcare by a multidisciplinary team, which implied close social and biological follow-up of HIV infected women, their families and children.

Conclusions: follow-up starting at early pregnancy and involving partners to improve treatment adherence, check-up visits, and commitment with the newborn care allow for good results in HIV vertical transmission. Breastmilk transmission should be studied.

Resumo

Introdução: o contágio da maioria das crianças infectadas com o vírus da imunodeficiência humana (VIH) foi por transmissão vertical (TV). No Uruguai, os dados nacionais sobre TV são obtidos do Centro Nacional de Referência. Não se conhece a experiência do manejo desta patologia nas instituições de assistência integral de saúde do subsetor privado.

Objetivo: descrever o seguimento dos filhos de mulheres com infecção com VIH na Médica Uruguaya; conhecer as características da TV.

Metodologia: foram incluídos os filhos de mulheres com infecção por VIH controlados no período 2008-2011. Foram registradas variáveis das mães e dos recém nascidos.

Resultados: foram identificados 26 filhos de mulheres com infecção com VIH. Somente uma criança infectada foi diagnosticada na instituição. Vinte e quatro mulheres apresentaram diagnóstico de infecção por VIH antes do nascimento de seus filhos. Todas foram medicadas com antirretrovirais durante a gestação, zidovudine (AZT) intravenoso intracérea. Seus filhos receberam AZT via oral e foram alimentados exclusivamente com leite modificado. Dezoito crianças tiveram alta e oito ainda estão em seguimento.

Discussão: os resultados obtidos na Médica Uruguaya poderiam ser explicados pelo baixo número de gestações não controladas e pela atenção protocolizada prestada por uma equipe multiprofissional, com seguimento estrito tanto do ponto de visto biológico como social das mulheres com infecção com VIH, seu núcleo familiar e seus filhos.

Conclusões: o seguimento desde a gestação com participação do casal para conseguir adesão ao tratamento, assistência aos controles e compromisso com o cuidado do recém nascido permitem conseguir bons resultados na TV da infecção por VIH. A transmissão pela amamentação deve ser considerada.

Bibliografía

1. **Centers for Disease Control.** Pneumocystis pneumonia—Los Angeles. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1981; 30(21):250-2.
2. **Quian J, Gutiérrez S, González V.** Virus de la inmunodeficiencia humana y transfusiones: un alerta pediátrico. Arch Pediatr Urug 2011; 82(2):90-2.
3. **Cecchini D, Martínez M, Astarita V, Nieto C, Giesolauro R, Rodríguez C.** Prevención de la transmisión vertical del VIH-1 en un hospital público de complejidad terciaria de Buenos Aires, Argentina. Rev Panam Salud Pública 2011; 30(3):189-95.
4. **Comisión Nacional de SIDA.** Caracterización epidemiológica de la infección por VIH SIDA en Chile, Diciembre 2003. Rev Chil Infect 2005; 22(2):169-202.
5. **Quian J, Gutiérrez S, Pujadas M, González V, Más M, Parodi A, et al.** Hospitalizaciones de niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Arch Pediatr Urug 2008; 79(2):105-12.
6. **Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al; Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group.** Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. N Engl J Med 1994; 331(18):1173-80.
7. **Mayaux MJ, Dussaix E, Isopet J, Rekecewicz C, Mandelbrot L, Ciraru-Vigneron N, et al; SEROGEST Cohort Group.** Maternal virus load during pregnancy and mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1: the French perinatal cohort studies. J Infect Dis 1997; 175(1):172-5.
8. **The European Collaborative Study.** Maternal viral load and vertical transmission of HIV-1: an important factor but not the only one. AIDS 1999; 13(11):1377-85.
9. **Quian J, Gutiérrez S, González V, Visconti A, Sicco G, Murialdo C, et al.** Prevención de la transmisión materno-infantil del virus inmunodeficiencia humana tipo I en Uruguay 1987-2009: análisis de las diferentes medidas adoptadas. Rev Chil Infect 2012; 29(1):87-94.
10. **Braseli A, Chiparelli H, Dutra A, González A, Mansilla M, Marchese A, et al.** Profilaxis y tratamiento de la infección por VIH en pediatría. Montevideo: MSP, 2006. Disponible en: http://www.portalsida.org/repos/sida_pediatricas_normas.pdf. [Consulta: dic. 2013].
11. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública.** Informe epidemiológico ITS-VIH/Sida, diciembre 2011. Montevideo: MSP, 2011.
12. **Panel on Treatment of HIV-Infected Pregnant Women and Prevention of Perinatal Transmission.** Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Disponible en: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/PerinatalGL.pdf>. [Consulta: dic. 2013].
13. **Panel on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV-Infected Children.** Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection. Disponible en: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/pediatricguidelines.pdf>. [Consulta: dic. 2013].
14. **Centro Hospitalario Pereira Rossell. Hospital de la Mujer.** Sistema Informático Perinatal 2010. Montevideo: CHPR, 2010.
15. **Quian J, Visconti A, Gutiérrez S, Galli A, Maturo M, Galeano V, et al.** Detección de infección por VIH a través de test rápido en mujeres embarazadas: una estrategia exitosa para disminuir la transmisión vertical. Rev Chil Infect 2005; 22(4):321-6.