

Infección por VIH y embarazo

Sergio Lupo

Infección por VIH: estado actual de la epidemia

40 millones de personas viven en el mundo infectadas por el VIH

4.9 millones de infectados en el último año

Infección por VIH: estado actual de la epidemia

Las mujeres ya son la mitad de los infectados en el mundo

En Africa subsahariana constituyen el 57% del total de infectados

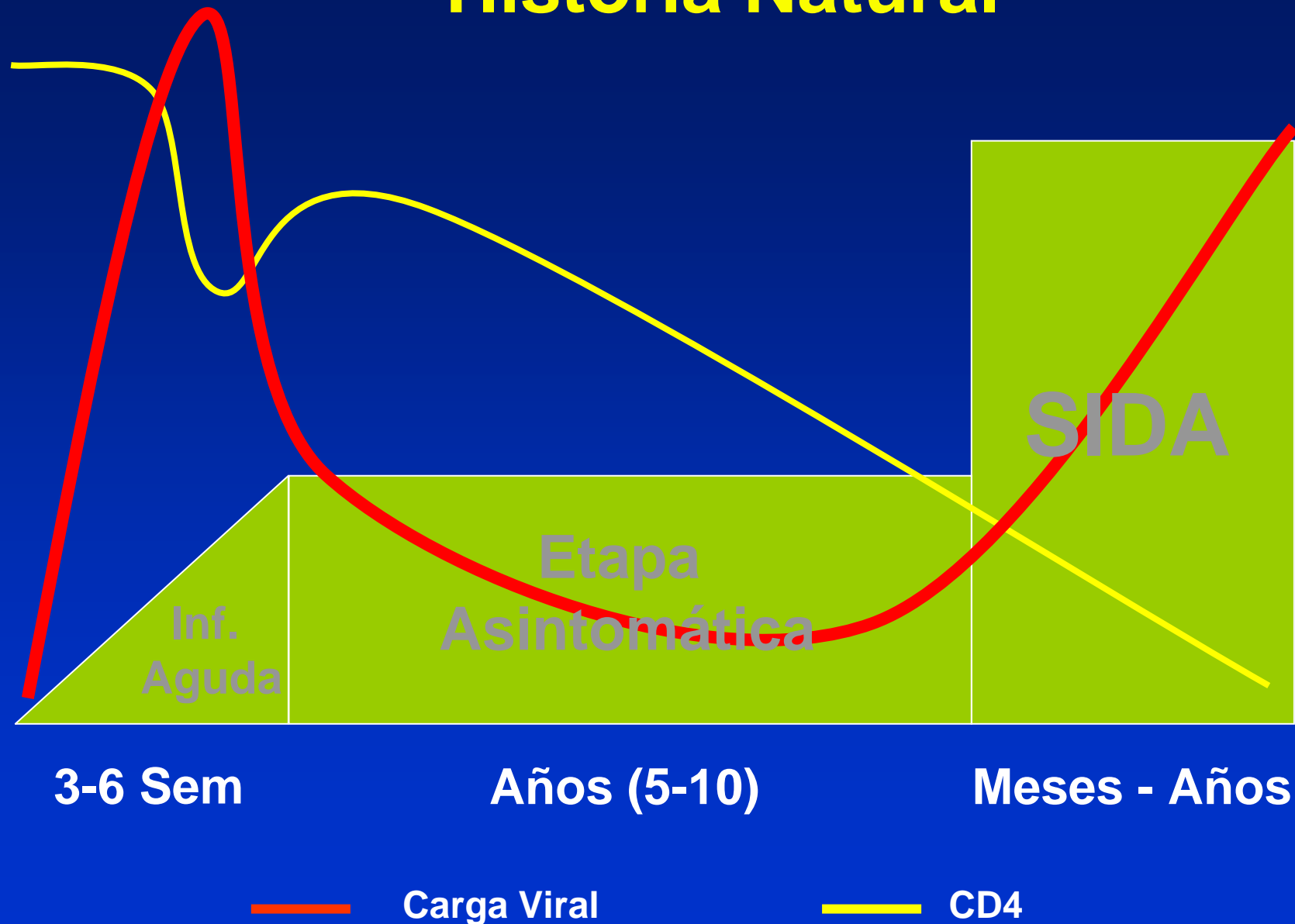
Infección por VIH: estado actual de la epidemia

6 de cada mil personas están infectadas en Argentina

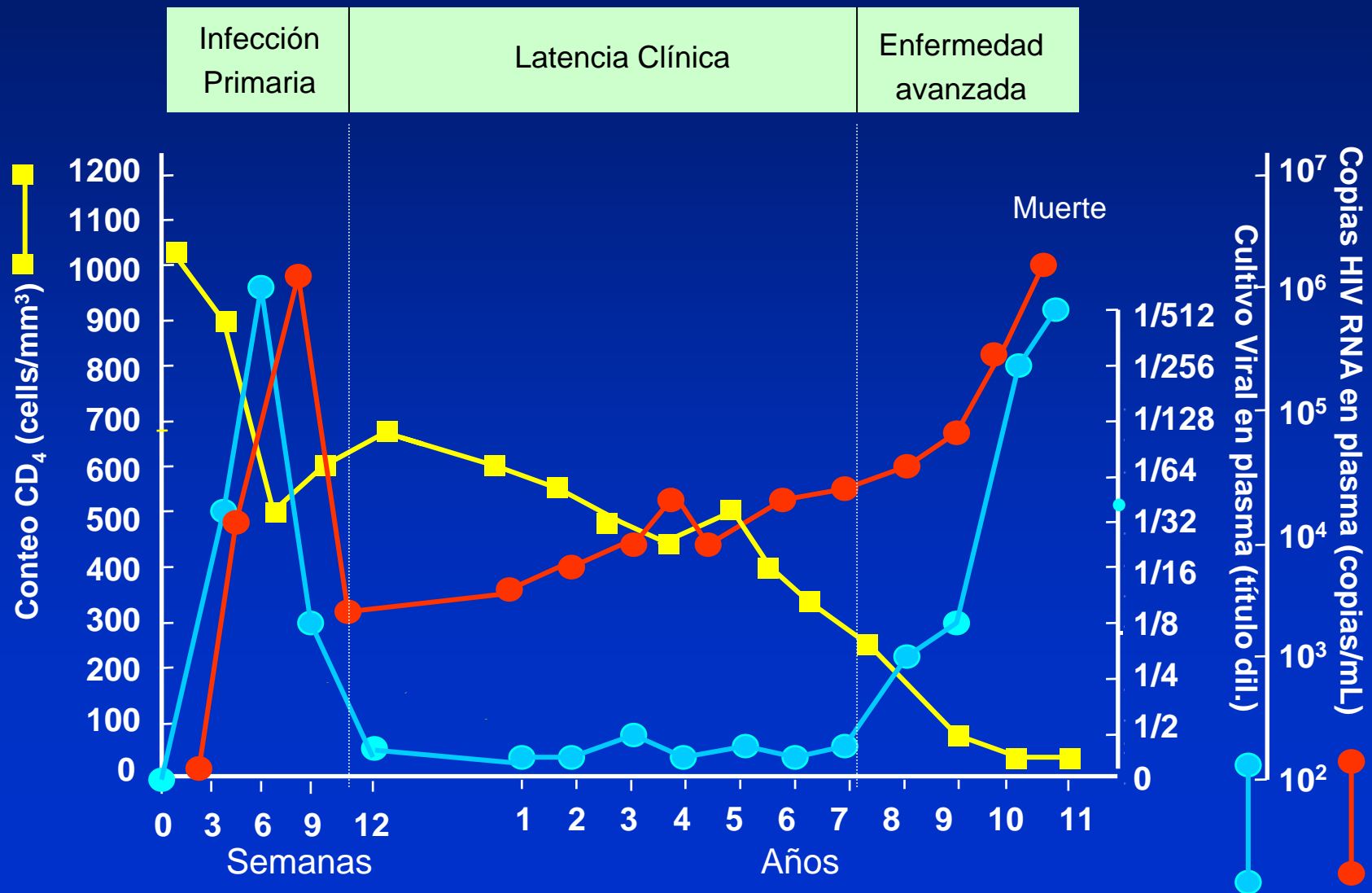
Infección por VIH



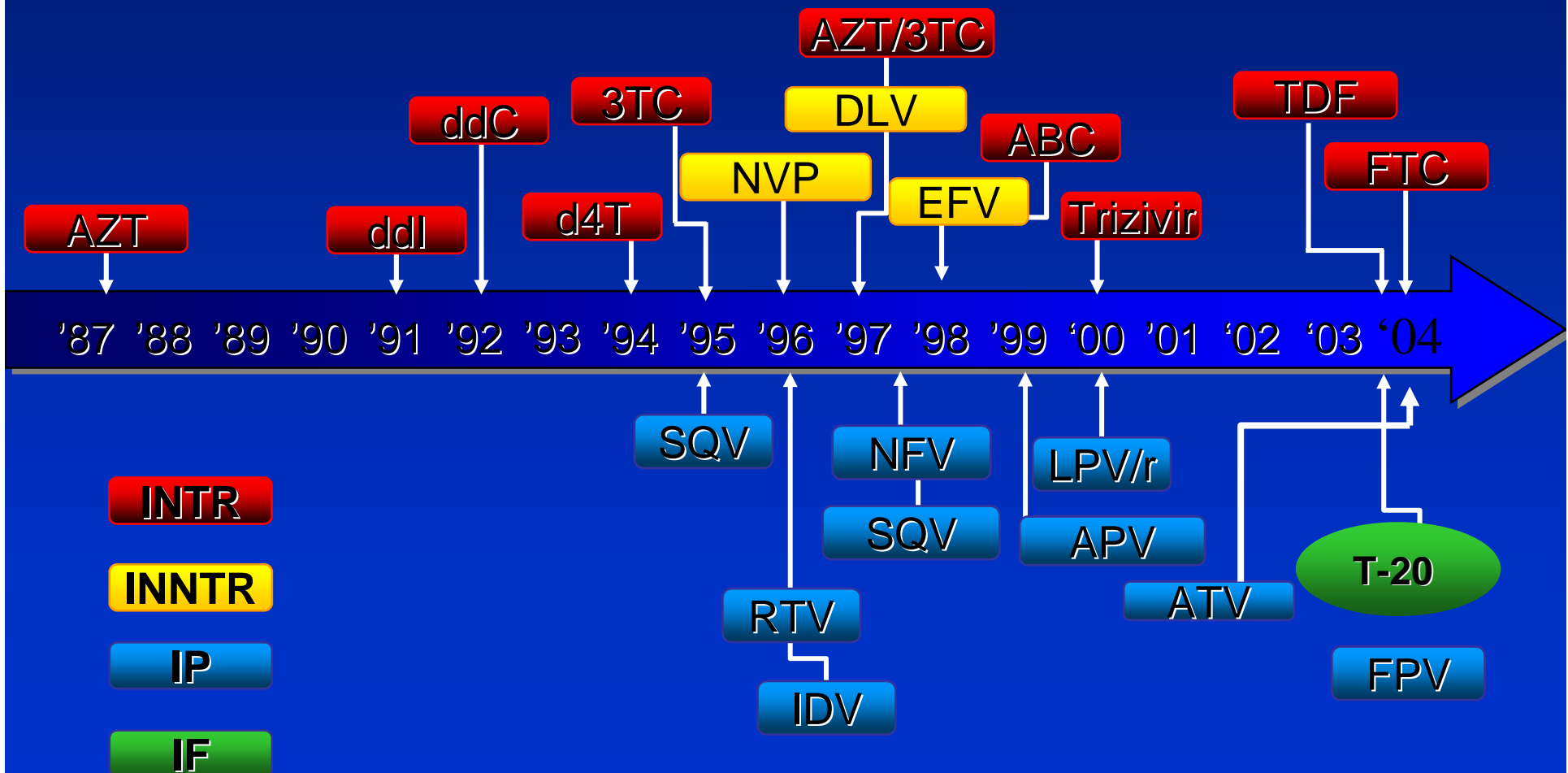
Historia Natural

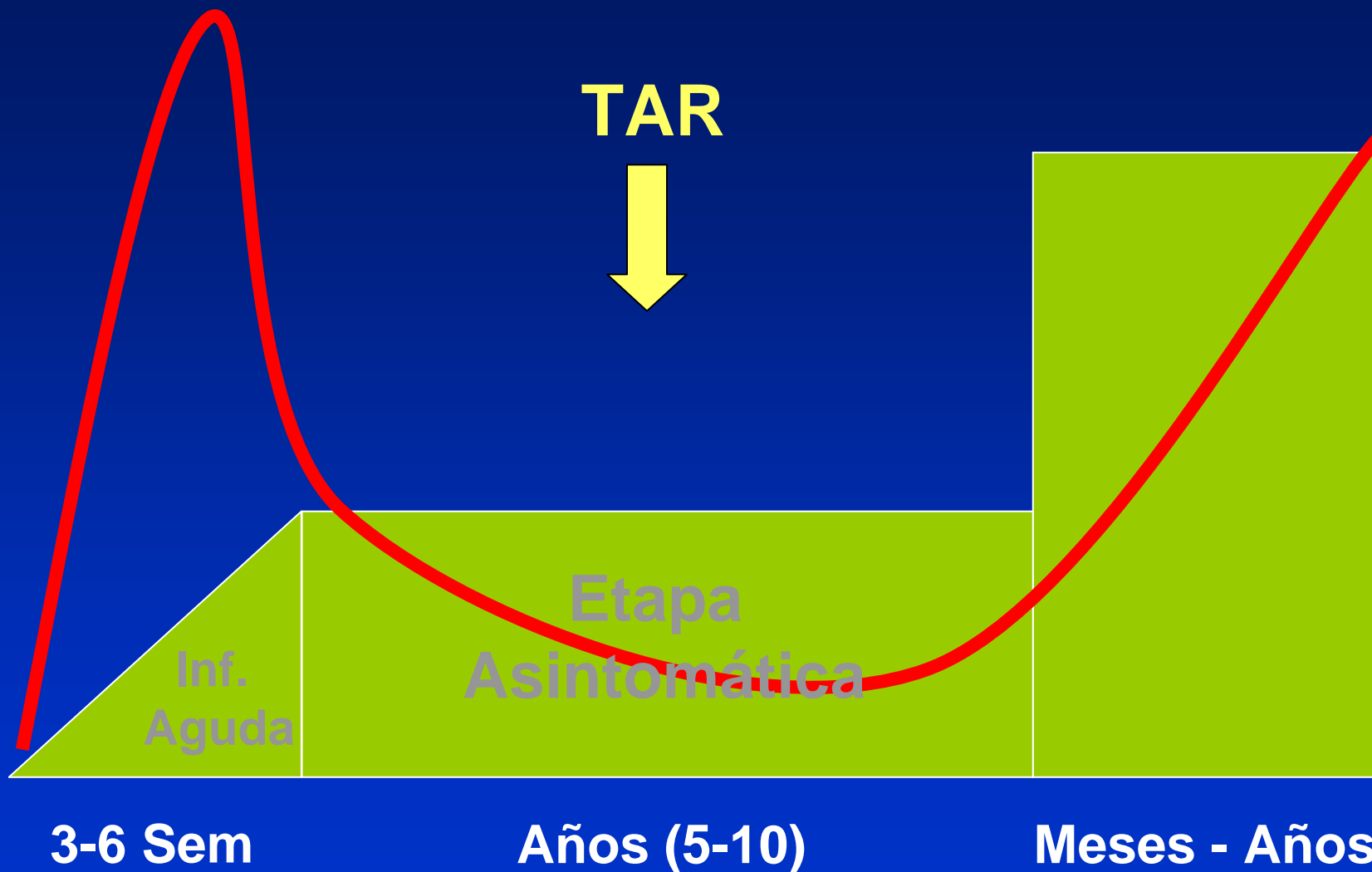


Historia Natural De La Infección HIV

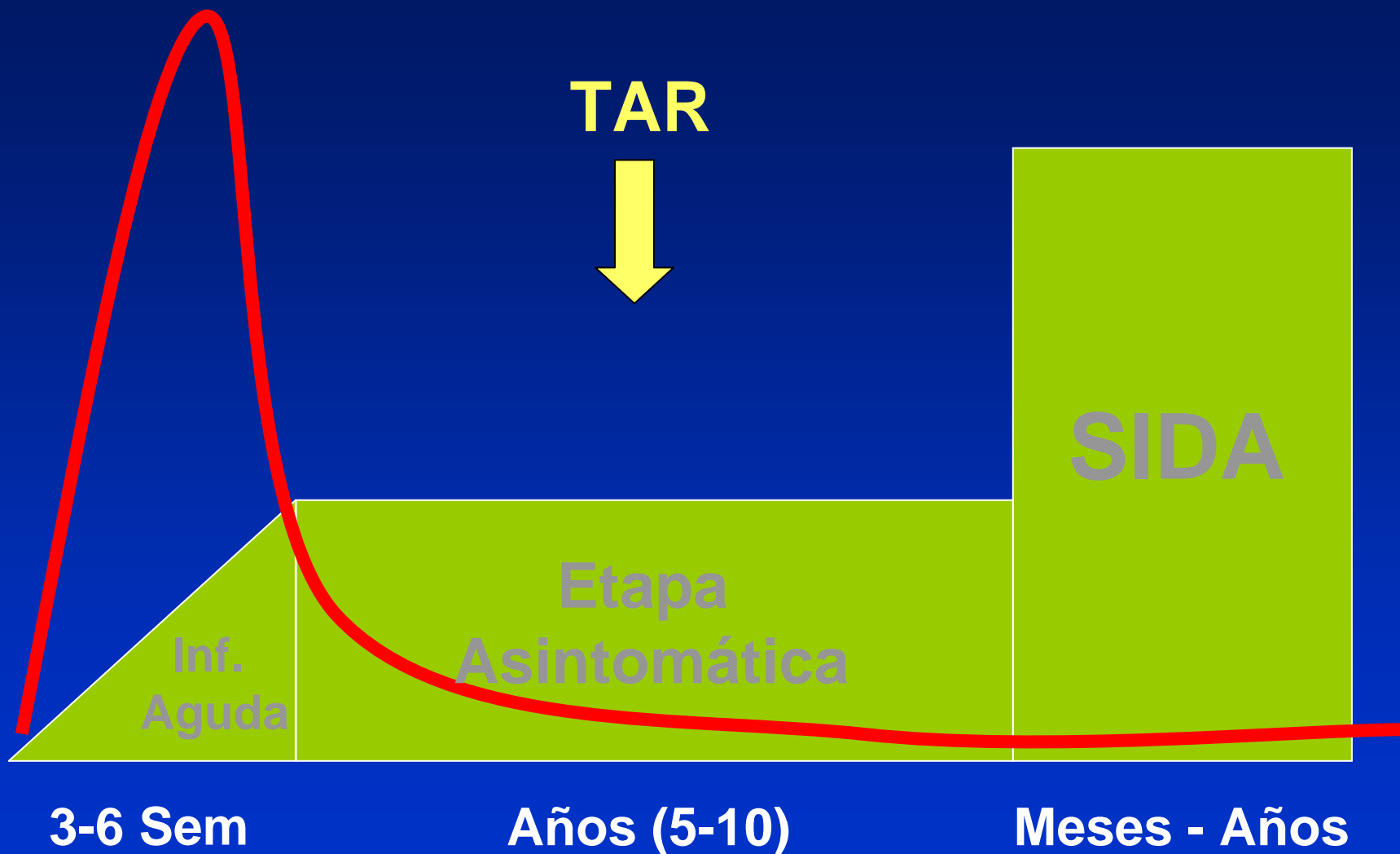


Antirretrovirales Aprobados

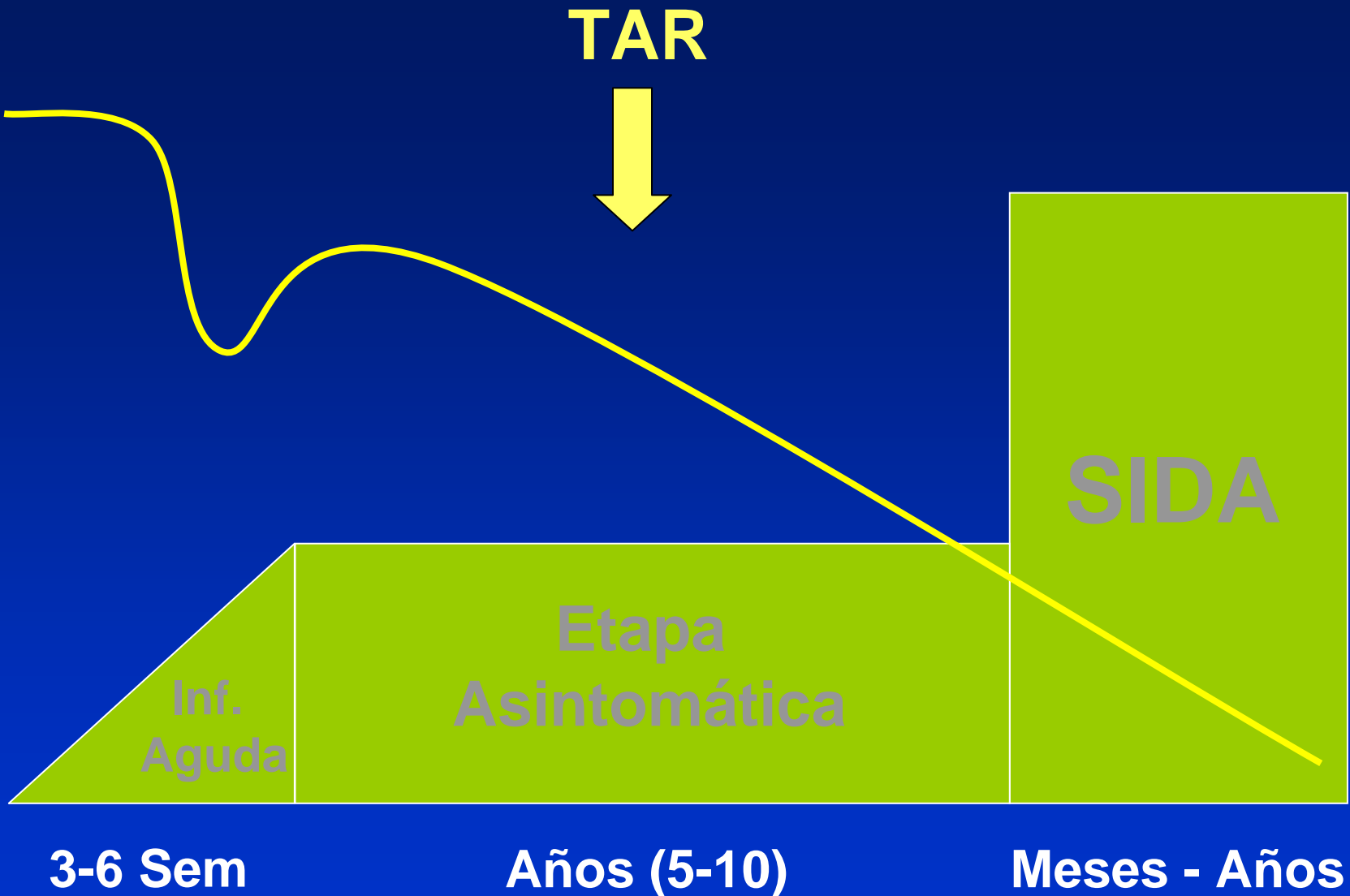




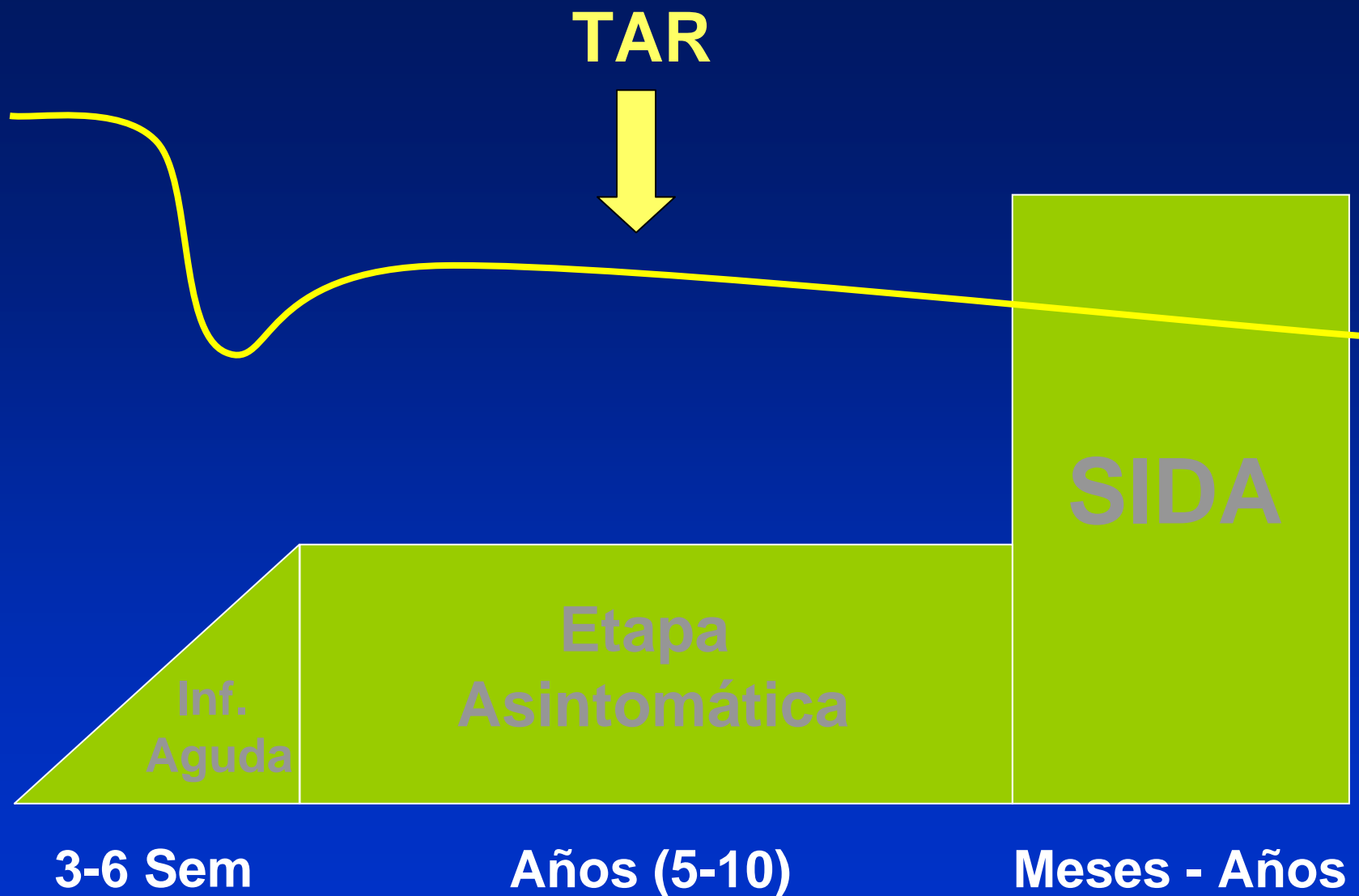
— Carga Viral — CD4

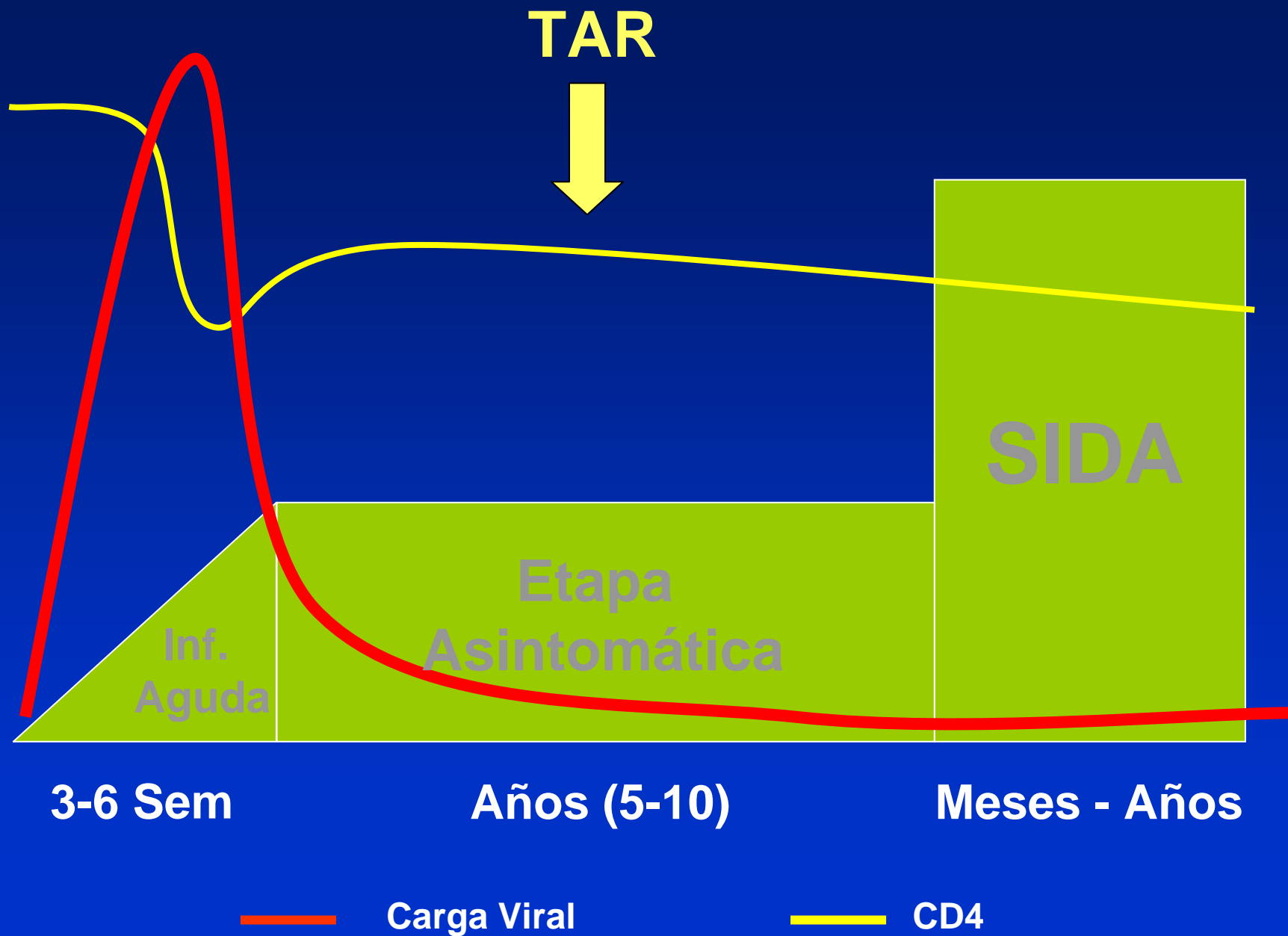


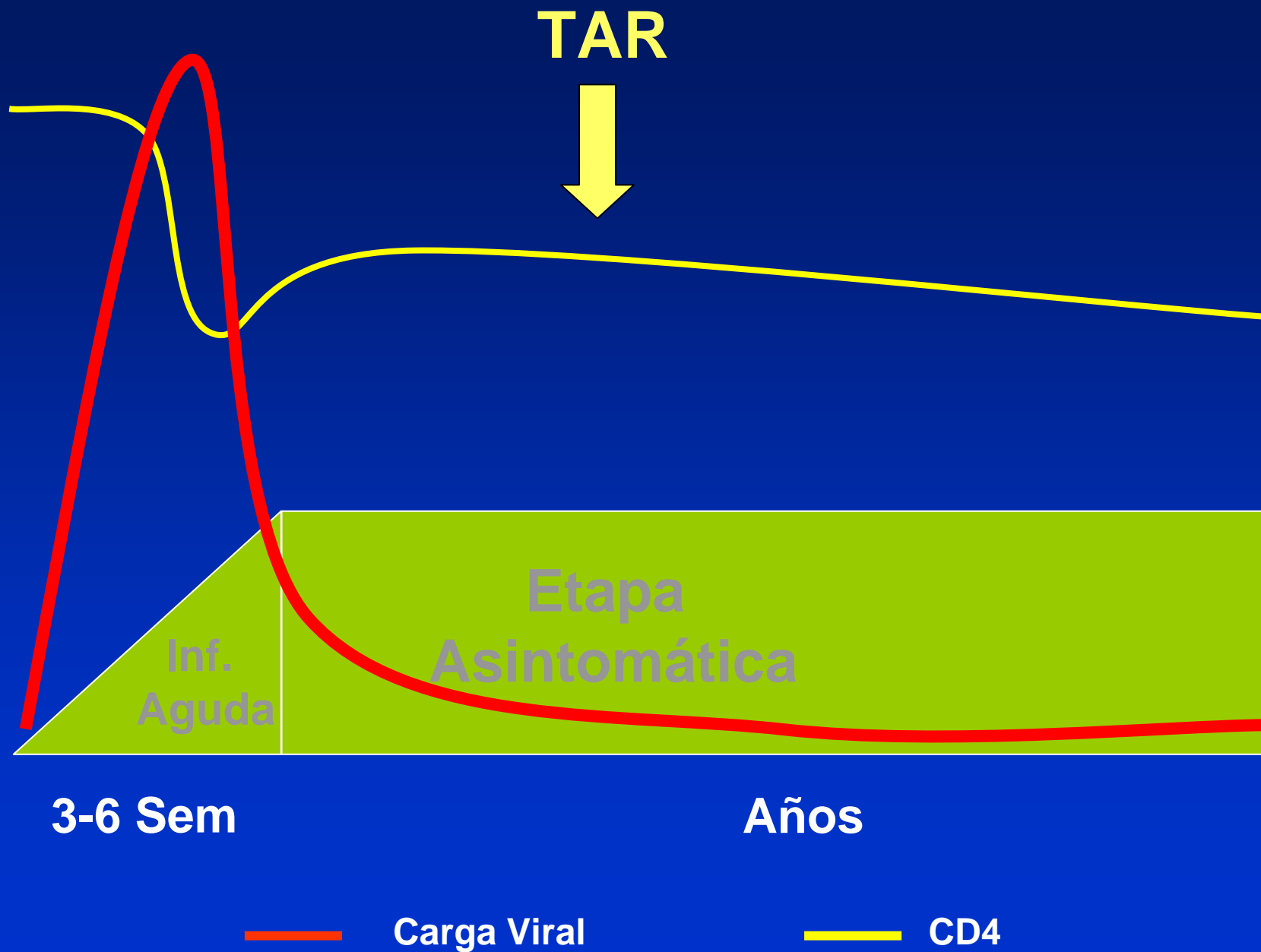
— Carga Viral — CD4



— Carga Viral — CD4







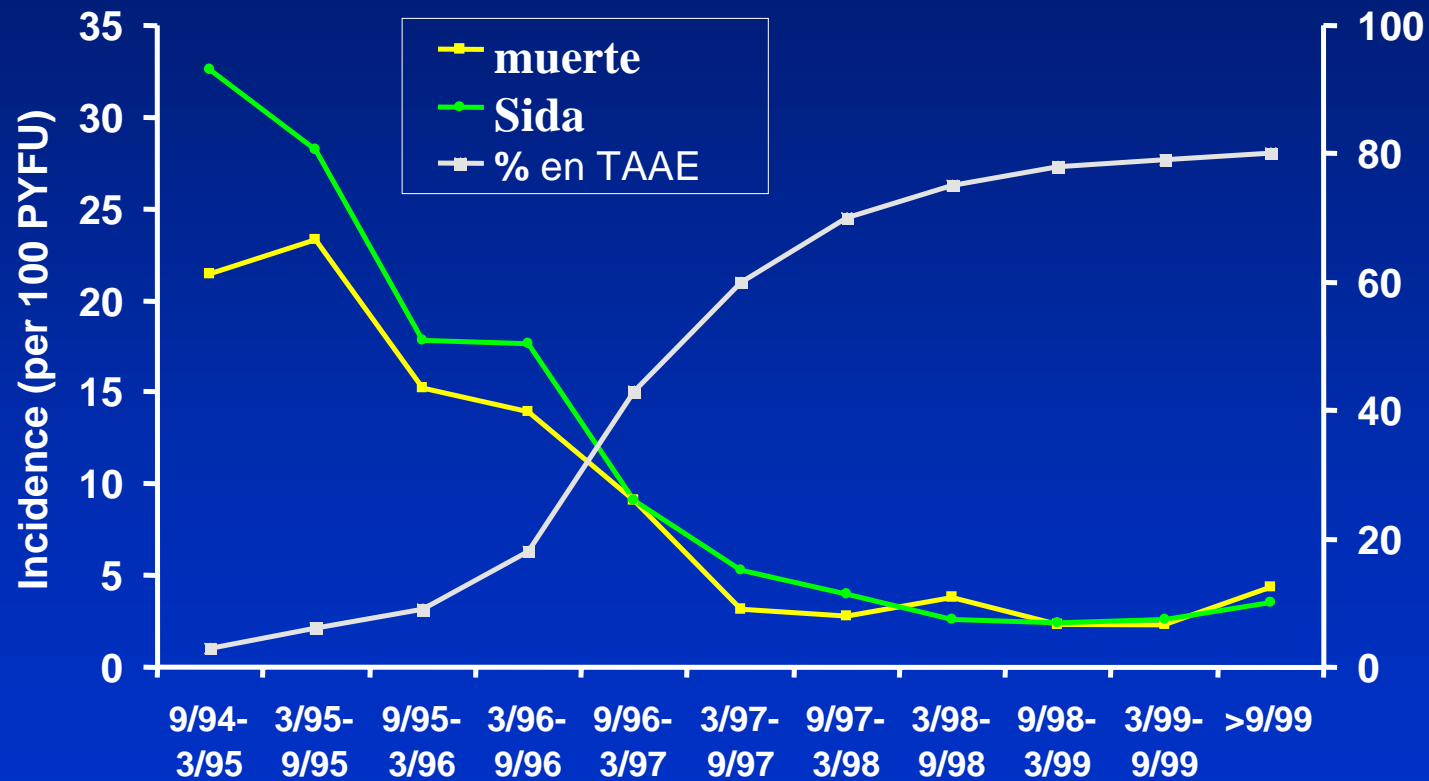
Logros del Tratamiento antirretroviral

- 1 Disminución de la Carga Viral
- 2 Restauración y/o preservación del Sistema Inmunológico
- 3 Reducción de la morbilidad/mortalidad relacionada al HIV
- 4 Mejora de la calidad de vida

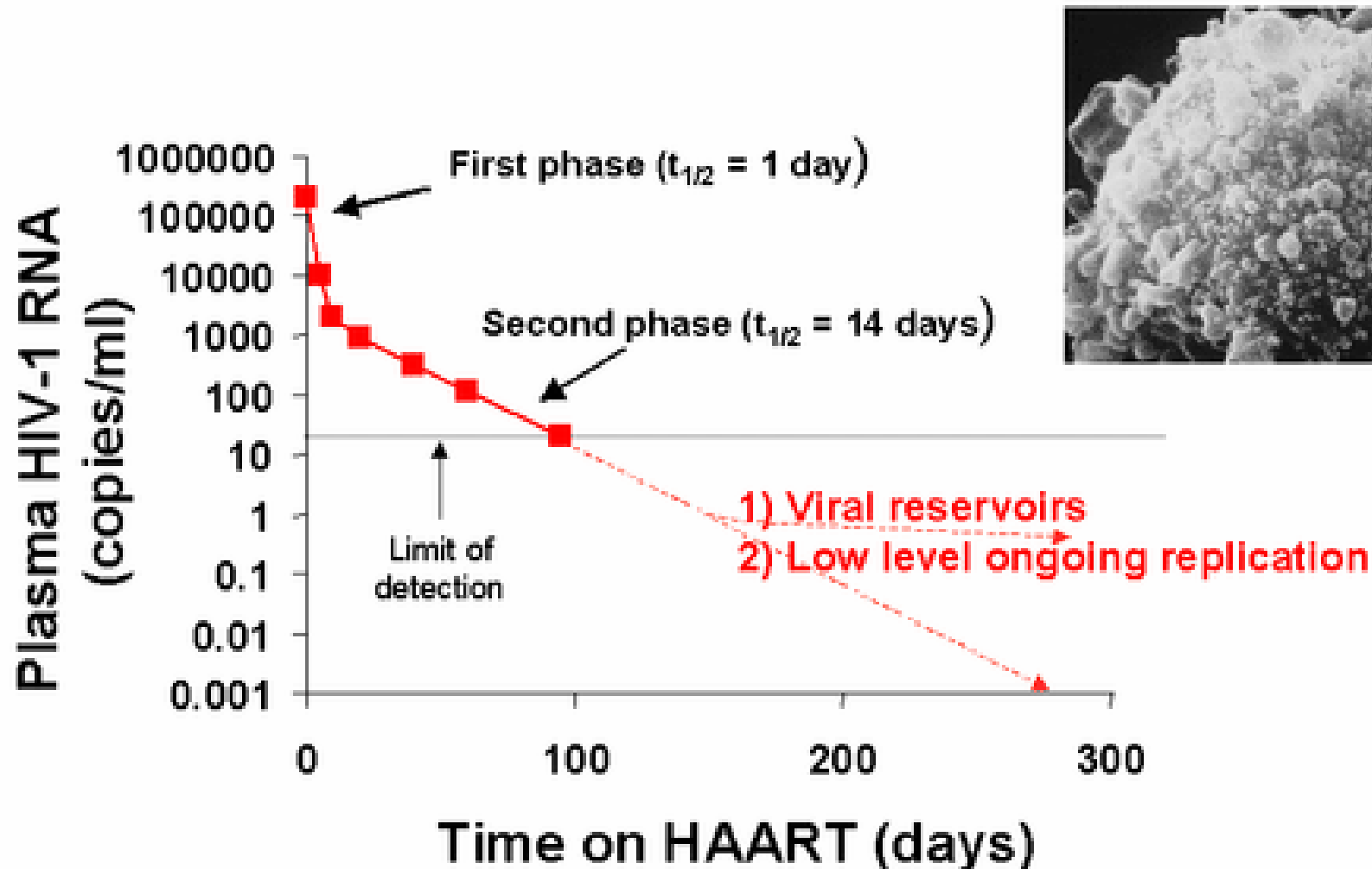
Mortalidad y Sida

- La Profilaxis de las Infecciones Oportunistas disminuyó la mortalidad antes de la terapia combinada (92-95)
- La Terapia Antiviral de Alta Eficiencia ha logrado disminuir la mortalidad entre un 60% al 80%

Efectos del TAAE: Incidencia de Sida y muerte 1994-2000



Dynamics of HIV-1 Replication in Patients on Antiretroviral Therapy



Infección por VIH y embarazo

- Efecto del embarazo sobre la infección por el VIH
- Efecto de la infección en el embarazo
 - Complicaciones del embarazo
 - Transmisión vertical del VIH

Efecto del embarazo sobre la infección por el VIH

Complicaciones en el TAR (y posible progresión)

Mujer en TAR:

**Suspensión en el primer trimestre
Dificultad en la adherencia al TAR
Cambio a drogas no teratogénicas**

Mujer sin indicaciones de TAR:

Inicio prematuro con posible resistencia

Efectos de la infección en el embarazo

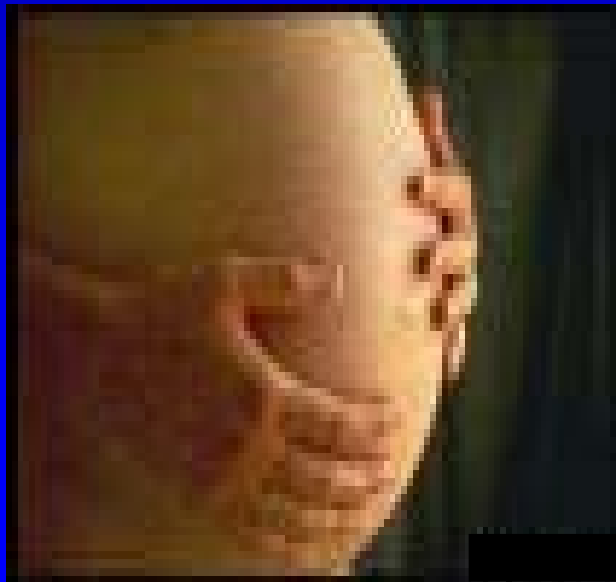
Complicaciones del embarazo:

Prematuridad

Bajo peso

Complicaciones neonatales

Transmisión vertical



Transmisión vertical: generalidades

- Es la forma de contagio de la mayoría de los niños que adquieren esta infección
- La tasa de transmisión varía entre el 15 y el 45% de acuerdo a la región y al amamantamiento
- Países desarrollados: 15-30%
- Países en desarrollo: 25-45%
- El TAR disminuyó drásticamente la tasa de TV (< 2%)
- En Argentina el 6.8 de los pacientes con Sida se contagiaron por esta vía

Transmisión vertical: generalidades

La transmisión puede realizarse:

- **Durante el embarazo (Transmisión prenatal en un 35 al 45%)**
- **En el momento del parto (Transmisión intraparto, 55 al 65%)**
- **A través de la lactancia materna (Transmisión post-natal) que le agrega un 20% a la tasa de TV.**

Transmisión vertical: factores relacionados

- **El factor fundamental que influye en la TV es el nivel de carga viral plasmática (CVP) de la madre durante el embarazo y en el momento del parto. La CVP es el factor predictivo de TV más importante en el momento del parto**

Transmisión vertical: factores relacionados

- **Si bien por debajo de 1000 copias de ARN/ml de CVP la TV es excepcional este hecho puede ocurrir**
- **De igual manera no hay un nivel de CVP por encima del cual la TV es de un 100%**

Transmisión vertical: factores relacionados

Metaanálisis de 7 estudios prospectivos realizados en EEUU y Europa:

Se observó TV en 8/834 (0,96%; IC 95%: 0,4-1,9%) pacientes tratadas con antirretrovirales, y en 36/368 no tratadas (9,8%; IC95%: 7-13,4%) con CVP inferior a 1000 copias/ml

Demuestra la importancia del TAR incluso en madres con CVP baja

Ioannidis JP, Abrams EJ, Ammann A, Bulterys M, Goedert JJ, Gray L, et al. J Infect Dis 2001; 183:539-45

Transmisión vertical: factores relacionados

Maternos: enfermedad avanzada y deterioro inmunológico tienen mayor riesgo de TV

Placentarios: alteraciones en la integridad placentaria o coriamnionitis secundaria a infecciones.

La adicción al tabaco o a drogas pueden alterar los tejidos placentarios

Transmisión vertical: factores relacionados

Obstétricos: procedimientos invasivos durante el embarazo como funiculocentesis, amniocentesis y la monitorización fetal invasiva durante el parto, o la ruptura prematura de membranas aumentan el riesgo de infección para el feto

Fetales: prematuridad

Lactancia materna

Intervenciones para disminuir la TV

Pruebas de detección durante el embarazo

Adecuada atención prenatal

Tratamiento antirretroviral

Intervenciones obstétricas

Alimentación del recién nacido

Intervenciones para disminuir la TV

La detección del VIH durante el embarazo es una condición indispensable para poder intervenir posteriormente brindando una adecuada atención prenatal

Intervenciones para disminuir la TV: TAR

El P076 fue el primer estudio aleatorizado que fundamentó el tratamiento antirretroviral en la embarazada

Sperling RS, Shapiro DE, Coombs RW, Todd JA, Herman SA, McSherry GD, et al. . N Engl J Med 1996; 335:1621-9.

Intervenciones para disminuir la TV: P 076

1) AZT (500 mg por día) después de la semana 14 de gestación hasta el trabajo de parto

2) AZT EV durante el trabajo de parto a 2 mg/kg en la primer hora y mantenimiento a 1 mg/kg/hora hasta el parto

3) AZT a 2 mg/k de AZT cada 6 hs al recién nacido durante seis semanas.

En caso de cesárea la administración del AZT comienza 3 hs. Antes de la cirugía

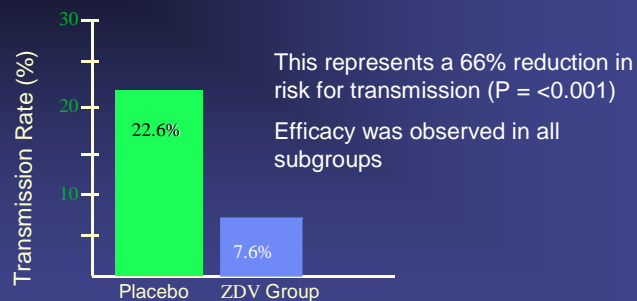
Intervenciones para disminuir la TV: TAR

El riesgo de TV disminuyó del 22.6% al 7.6%

La alta eficacia en la disminución de la TV con esta intervención no sólo se explica por la reducción de la CVP, sino por un efecto profiláctico similar al que se observa en la profilaxis post exposición profesional



Results of ACTG 076



AETC NRC – 11/2003

Sperling RS, Shapiro DE, Coombs RW, Todd JA, Herman SA, McSherry GD, et al. N
NEJ Med 1996; 335:1621-9.

Intervenciones para disminuir la TV: P076

En el seguimiento de los niños:

No hubo diferencias en el crecimiento y desarrollo

No hubo anomalías

No se observó toxicidad mitocondrial

Igual recuento de CD4 y CD8 entre ambos grupos

Intervenciones para disminuir la TV: P076

En el seguimiento de las madres de ambos grupos durante 4.2 años:

**No hubo diferencias en CD4
progresión a Sida
mortalidad**

Intervenciones para disminuir la TV: TAR

Pautas cortas con AZT no han mostrado resultados beneficiosos



Reducing HIV Transmission with Suboptimal Regimens

- Partial ZDV regimens: (New York cohort)
 - Transmission rates
 - 6.1% with prenatal, intrapartum, and infant ZDV
 - 10% with only intrapartum ZDV
 - 9.3% if only infant ZDV started within first 48 hours
 - 26.6% with no ZDV

AETC NRC – 11/2003

**Nolan ML, Greenberg AE, Fowler MG.
AIDS 2002; 16:1991-9.**

Intervenciones para disminuir la TV: Nevirapina

La nevirapina en dosis única como monoterapia en el momento del parto reduce el riesgo de transmisión en un 50% *

La mutación en la posición K103N a las 6 semanas postparto, en 7 de 30 (23%) mujeres así tratadas y en dos de siete niños que resultaron infectados, desaconseja la utilización de este fármaco en dosis única**

* Guay LA, Musoke P, Fleming T, Bagenda D, Allen M, Nakabiito C, et al Lancet 1999;354:795-802.

** Jackson JB, Becker-Pergola G, Guay LA, Musoke P, Mracna M, Fowler MG, Mofenson LM, Mirochnick M, Mmiro F, Eshleman SH. AIDS. 2000 Jul 28;14(11):F111-5.

Intervenciones para disminuir la TV: Nevirapina

En un estudio en el que se incluyeron 1270 mujeres con TAR y cesárea estándar, el agregado de nevirapina no disminuyó el riesgo de TV* confirmándose la mayor incidencia de resistencia en la madre**

*Dorenbaum A, Cunningham CK, Gelber RD, Sullivan JL;.JAMA. 2002 Jul 10;288(2):189-98.

**Cunningham CK, Chaix ML, Sullivan JL.J Infect Dis. 2002 Jul 15;186(2):181-8. Epub 2002 Jun 26.

Intervenciones para disminuir la TV: Nevirapina monodosis

Perinatal HIV Prevention Trial (Thailand):

1844 embarazadas reciben AZT durante el tercer trimestre del embarazo divididas en tres grupos.

- a) Dosis única de nevirapina en la madre y el recién nacido**
- b) Nevirapina a la madre y placebo al niño**
- c) Doble placebo.**

Lallemant M, Jourdain G, Le Coeur S, Mary JY, Ngo-Giang-Huong N, Koetsawang S, Kanshana S, McIntosh K, Thaineua V;.N Engl J Med. 2004 Jul 15;351(3):217-28.

Table 2. Kaplan–Meier Estimates of the Rate of Transmission of HIV at Six Months, According to Assigned and Actual Treatment.*

Variable	First Interim Analysis			Final Analysis	
	NVP–NVP Group	NVP–PL Group	PL–PL Group	NVP–NVP Group	NVP–PL Group
As-randomized analysis					
No. of mother–infant pairs at risk	359	350	354	705	697
No. of deliveries that could be evaluated	353	333	348	693	672
No. of HIV transmissions at birth	1	2	11	7	11
No. of deliveries with missing data at birth	0	0	2	1	1
Rate of HIV positivity at birth (%)†	0.3±0.3	0.6±0.4	3.1±0.9	1.0±0.4	1.6±0.5
No. of transmissions overall	4	7	22	14	19
Overall rate of transmission (%)‡	1.1±0.6	2.1±0.8	6.3±1.3	2.0±0.5	2.8±0.6
Per-protocol analysis					
No. of mother–infant pairs at risk	321	312	316	636	628
No. of deliveries that could be evaluated	318	300	310	627	611
No. of transmissions overall	4	6	20	12	17
Overall rate of transmission (%)§	1.3±0.6	2.0±0.8	6.5±1.4	1.9±0.6	2.8±0.7

Intervenciones para disminuir la TV: Nevirapina monodosis

Perinatal HIV Prevention Trial (Thailand):

En el primer análisis se demostró una diferencia significativa ($p < 0.001$) a favor del primer grupo con respecto al tercero (1.1 vs. 6.3 de TV) por lo que se discontinuó la rama doble placebo.

Comparadas las dos primeras ramas no hubo diferencias significativas (1.9 vs 2.8)

Lallemant M, Jourdain G, Le Coeur S, Mary JY, Ngo-Giang-Huong N, Koetsawang S, Kanshana S, McIntosh K, Thaineua V; N Engl J Med. 2004 Jul 15;351(3):217-28.

Intervenciones para disminuir la TV: Nevirapina monodosis

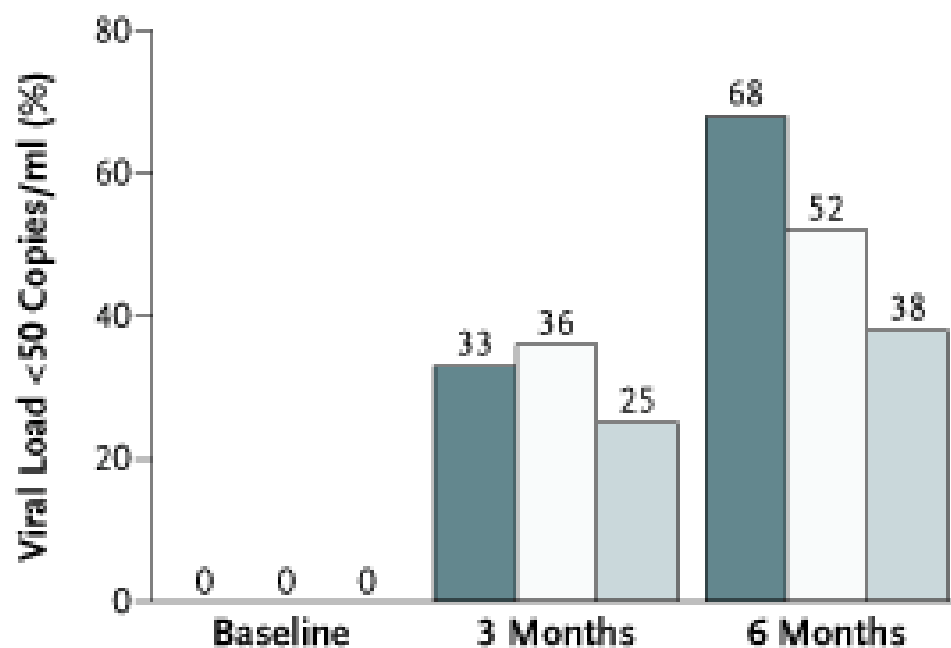
Perinatal HIV Prevention Trial (Thailand):

Se le suministró un esquema triple basado en nevirapina a 269 pacientes que habían participado del estudio y que tenían al finalizar el mismo $<$ de 250 CD4.

Se observó la respuesta virológica a los seis meses y se constató que la respuesta completa en el grupo que había recibido nevirapina era del 52% contra el 68% del que no la había recibido ($p < 0.03$).

Jourdain G, Ngo-Giang-Huong N, Le Coeur S, Bowonwatanuwong C, Kantipong P, Leechanachai P, Ariyadej S, Leenasirimakul P, Hammer S, Lallemand M; N Engl J Med. 2004 Jul 15;351(3):229-40.

No intrapartum nevirapine
 Intrapartum nevirapine, no NNRTI mutations
 Intrapartum nevirapine, NNRTI mutations



No. of Samples

No intrapartum nevirapine	47	43	40
Intrapartum nevirapine, no NNRTI mutations	143	119	119
Intrapartum nevirapine, NNRTI mutations	66	63	61

Intervenciones para disminuir la TV: Nevirapina monodosis

Perinatal HIV Prevention Trial (Thailand):

Había además a los 10 días de comenzado el tratamiento un 32% de resistencia en el grupo tratado con nevirapina previamente (mutaciones K103N, G190A y Y181C).

Las mujeres tratadas con nevirapina y con mutaciones presentaron CVP < 50 copias a los 6 meses en un 38% contra un 52% que no presentaron las mutaciones

Jourdain G, Ngo-Giang-Huong N, Le Coeur S, Bowonwatanuwong C, Kantipong P, Leechanachai P, Ariyadej S, Leenasirimakul P, Hammer S, Lallemand M; N Engl J Med. 2004 Jul 15;351(3):229-40.

Intervenciones para disminuir la TV: AZT/3TC

La combinación de AZT y 3TC reduce la transmisión vertical a un 2,6%-2,8%

*Baisilwattana P, Chokephaibulkit K, Chalermchockcharoenkit A, Vanprapar N, Sirimai K, Clin Infect Dis 2002; 35:1405-13.

Intervenciones para disminuir la TV: TAR

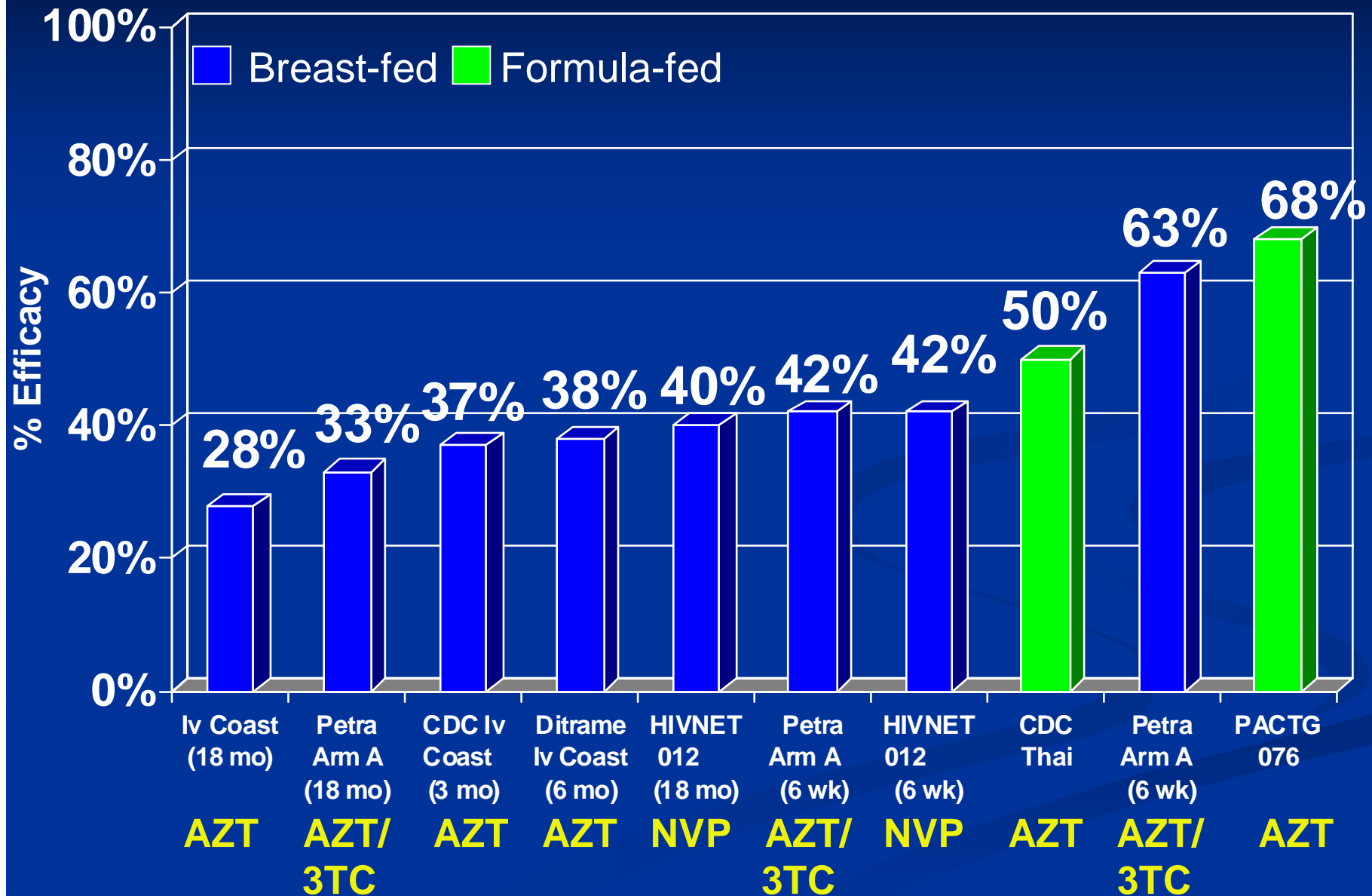
En algunos estudios observacionales de mujeres embarazadas bajo TAAE, que incluían inhibidores de la proteasa, la TV ha sido del 0% (IC 95%: 0-2%).

En otro estudio sobre TV se observó una transmisión global del 3,5% con baja frecuencia de transmisión en tratamientos combinados: AZT + 3TC: 0% (IC95%: 0-0,3%); TAAE sin IP: 0% (IC 95%: 0-21%); TAAE con IP: 1,7% (IC95%: 0,2-6)

Cooper ER, Charurat M, Mofenson L, Hanson IC, Pitt J, Diaz J
Acquir Immune Defic Syndr. 2002 Apr 15;29(5):484-94.

Initial Perinatal HIV Clinical Trials

Efficacy of Regimens



Intervenciones para disminuir la TV: opciones de tto.

AZT monoterapia prolongada (P076)

AZT pauta corta (Thai 28 semanas)

AZT pauta corta (Thai 36 semanas)

AZT/3TC

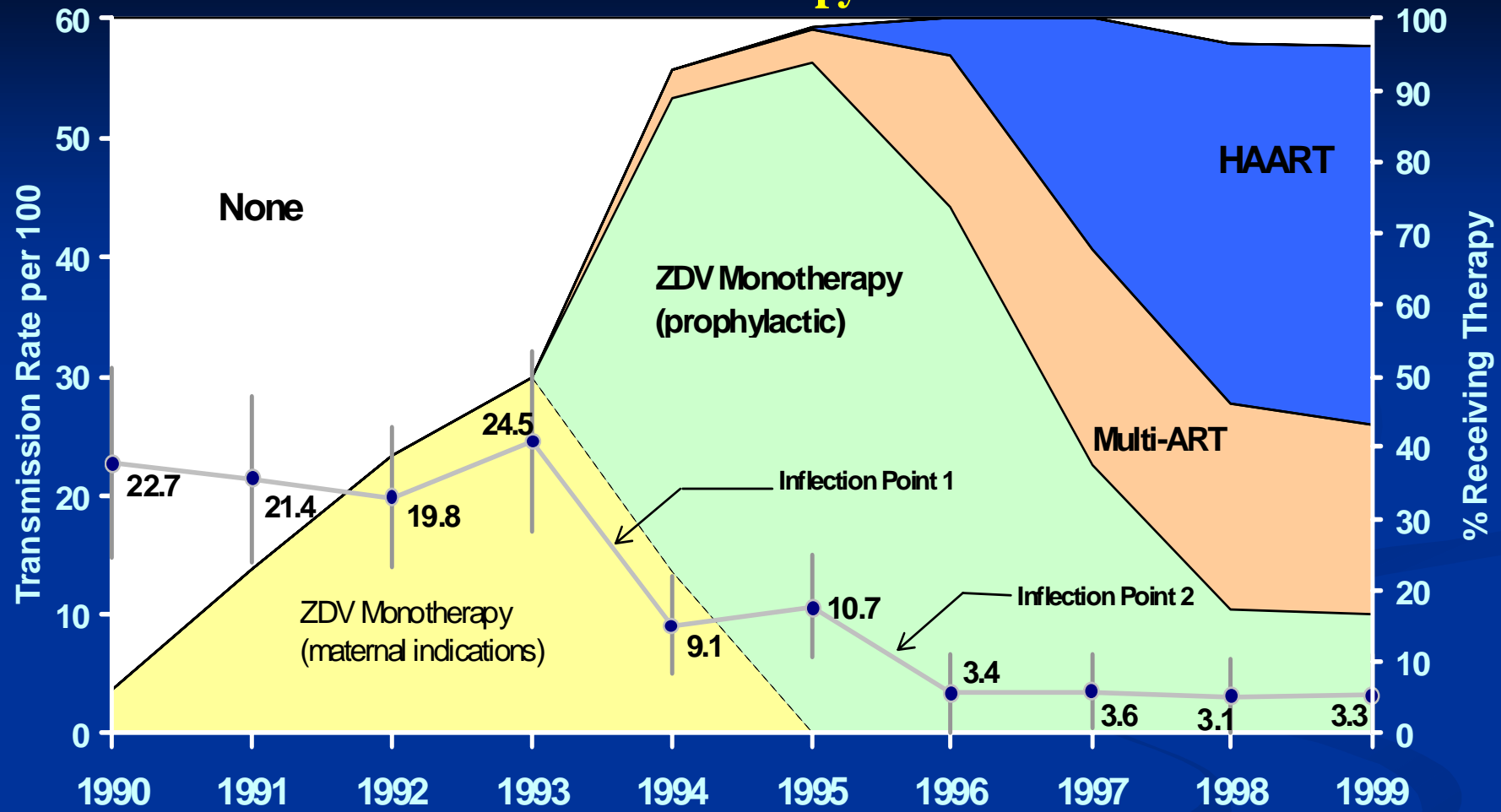
Nevirapina dosis simple

Nevirapina dosis simple/recién nacido

AZT monoterapia corta/nevirapina DS

TAAE

Trends in Mother-to-Infant Transmission Rate and Maternal Antiretroviral Therapy. 1990-1999.



ZDV Monotherapy (indications)

Multi-ART

None

ZDV Monotherapy (prophylactic)

HAART

Transmission rate (95%CI)

DROGAS ANTIRRETROVIRALES: seguridad

INTR

AZT (C)
ddI (B)
ddC (C)
3TC (C)
d4T (C)
ABC (C)
ETC (B)
INTTR

Tenofovir(B)

INNTR

NVP (C)
DVD (C)
EFV (C)

IP

SAQUINAVIR (B)
RITONAVIR (B)
INDINAVIR (C)
NELFINAVIR (B)
AMPRENAVIR (C)
LOPINAVIR (C)
ATAZANAVIR (B)
FOSAPV (C)

IF

Enfuvirtide (B)

Año 2005

DROGAS ANTIRRETROVIRALES: seguridad

INTR

AZT (C)
ddI (B)
ddC (C)
3TC (C)
d4T (C)
ABC (C)
ETC (B)

INTTR

Tenofovir(B)

INNTR

NVP (C)
DVD (C)
EFV (C)

IP

SAQUINAVIR (B)
RITONAVIR (B)
INDINAVIR (C)
NELFINAVIR (B)
AMPRENAVIR (C)
LOPINAVIR (C)
ATAZANAVIR (B)
FOSAPV (C)

IF

Enfuvirtide (B)

Año 2005

DROGAS ANTIRRETROVIRALES: seguridad

En un registro establecido en 1989 se recogen de forma prospectiva, hasta enero de 2001, los datos de exposición a antirretrovirales antes del parto y la evolución de 1630 niños:

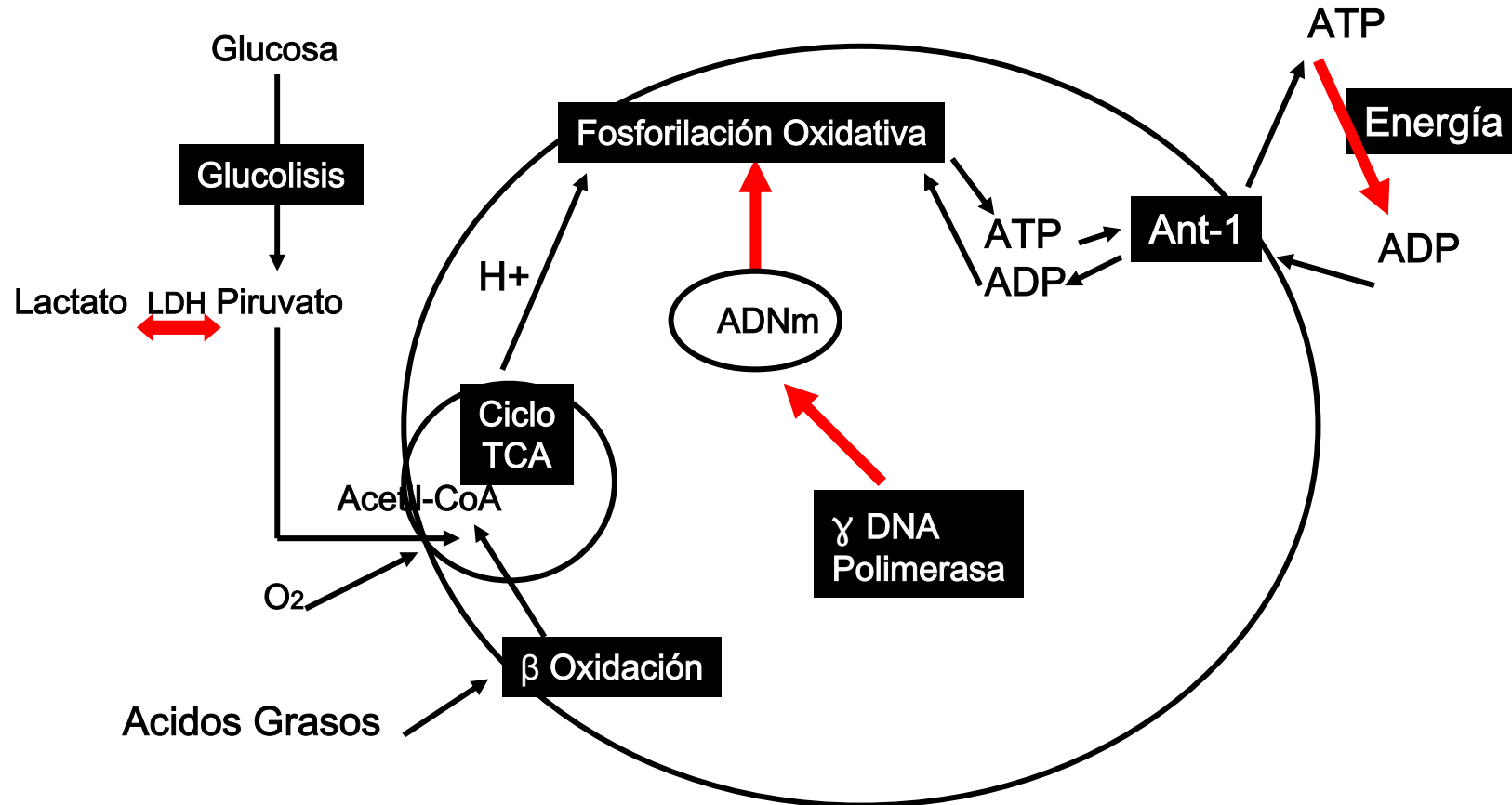
La prevalencia de defectos al nacimiento entre los expuestos en el primer trimestre de embarazo ha sido de **1,9% nacidos vivos, cifra que no difiere significativamente de nacidos no expuestos (**2,17%**)**

DROGAS ANTIRRETROVIRALES: seguridad

En los últimos años se han descrito casos de toxicidad mitocondrial y acidosis láctica en mujeres embarazadas, -las cuales pueden estar más predispuestas a esta complicación-, con AZT, ddI y d4T

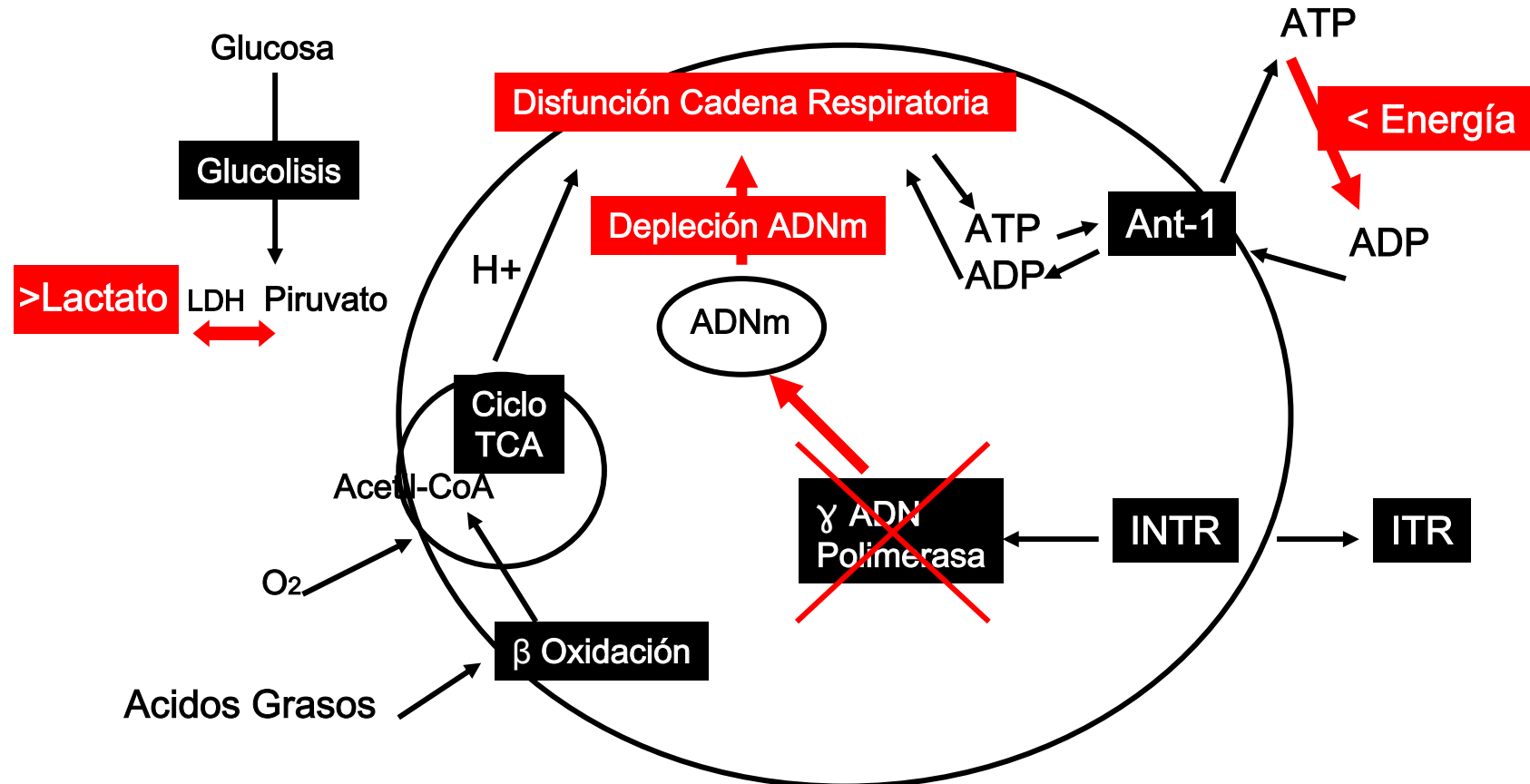
Hiperlactacidemia y acidosis láctica en pacientes VIH y Sida bajo TAR

Funciones de la mitocondria

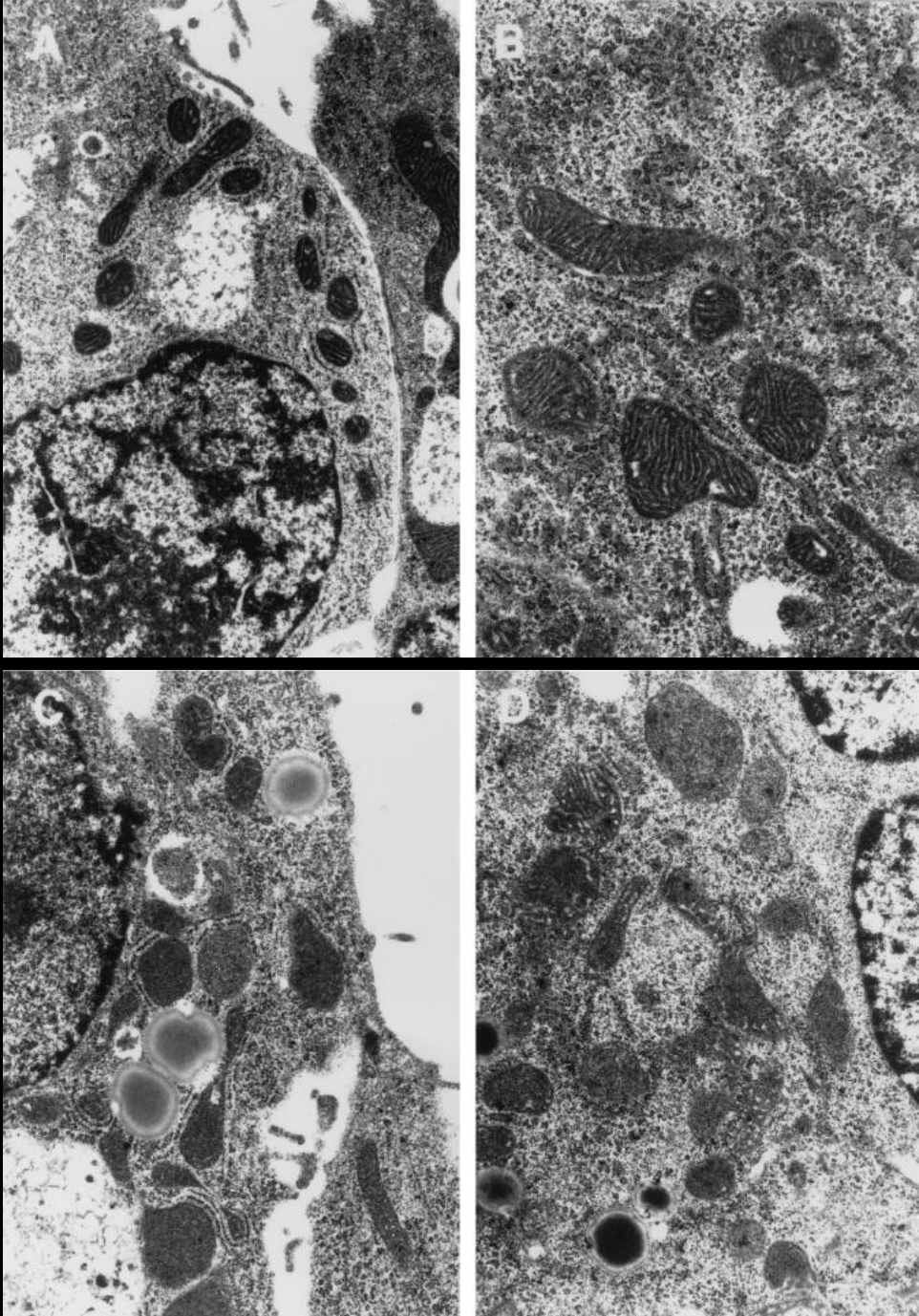


Hiperlactacidemia y acidosis láctica en pacientes VIH y Sida bajo TAR

Disfunción de la Mitochondria por INTR



Martin JL, Antimicrob Agents Chemother 1994;38:2743-2749.
Johnson AA, J Biol Chem 2001;276:40847-57.
Lim SE, Copeland WC. J Biol Chem 2001;276: 23616-23.



Células tratadas con INTR

A: Control

B: AZT

C: ddl

D: ddC

Disrupción mitocondrial en C y D

Differential Effects of Antiretroviral Nucleoside Analogs on Mitochondrial Function in HepG2 Cells. *Antimicrob Agents Chemother.* 2000 March; 44(3): 496–503.

DROGAS ANTIRRETROVIRALES: seguridad

Se han comunicado tres muertes maternas (y dos de los fetos) en el post parto inmediato en mujeres tratadas durante todo el embarazo con d4T y ddI en combinación con nevirapina o IP.

La causa de la muerte fue debida a acidosis láctica (dos de ellas con pancreatitis) que se presentó tardíamente en la gestación.

BMS Company. Healthcare Provider Important Drug Warning Letter, January 5, 2001.

DROGAS ANTIRRETROVIRALES: seguridad

El AZT ha demostrado ser seguro en el corto y medio plazo. Se ha descrito disfunción mitocondrial en ocho niños no infectados cuyas madres habían sido tratadas con AZT (1) pero este hallazgo no fue corroborado en otros estudios(2-3).

1) Blanche S, et al Lancet 1999; 354:1084-9.

2) Hanson C,et al 7th CROI. San Francisco, CA, 2000.

3) Birkhead G,, 7th CROI SanFrancisco, CA, 2000. Abstract 692

DROGAS ANTIRRETROVIRALES: seguridad

2644 niños expuestos a TAR en una Cohorte de 4392

12 presentaron signos clínicos, de laboratorio y/o imágenes de disfunción mitocondrial (0.26% de incidencia a los 18 meses de seguimiento contra 0.01% de la población general)

14 presentaron compromiso neurológico posiblemente relacionado a toxicidad mitocondrial

Barret B et al; Persistent mitochondrial dysfunction in HIV-1-exposed but uninfected infants: clinical screening in a large prospective cohort. AIDS. 2003 Aug 15;17(12):1769-85

DROGAS ANTIRRETROVIRALES: seguridad

El desarrollo de severa farmacodermia con **nevirapina** ha sido comunicado como más frecuencia en las mujeres que en varones (5.5 a 7.3 veces) incluyendo las embarazadas.

También las alteraciones hepáticas (3.2 veces) aumentando el grado de toxicidad cuando los CD4 son $>$ a 250 células.

Marcus K, Truffa M, Boxwell D, Toerner J. Cases from the FDA's 9th CROI, 2002. Abstract LB14

Intervenciones para disminuir la TV: la cesárea

Metaanálisis de los estudios de cohorte:

Se observó que la probabilidad de TV en mujeres bajo cesárea programada y tratamiento con AZT disminuyó un 87% cuando se la compara con otras formas de parto y sin TAR.

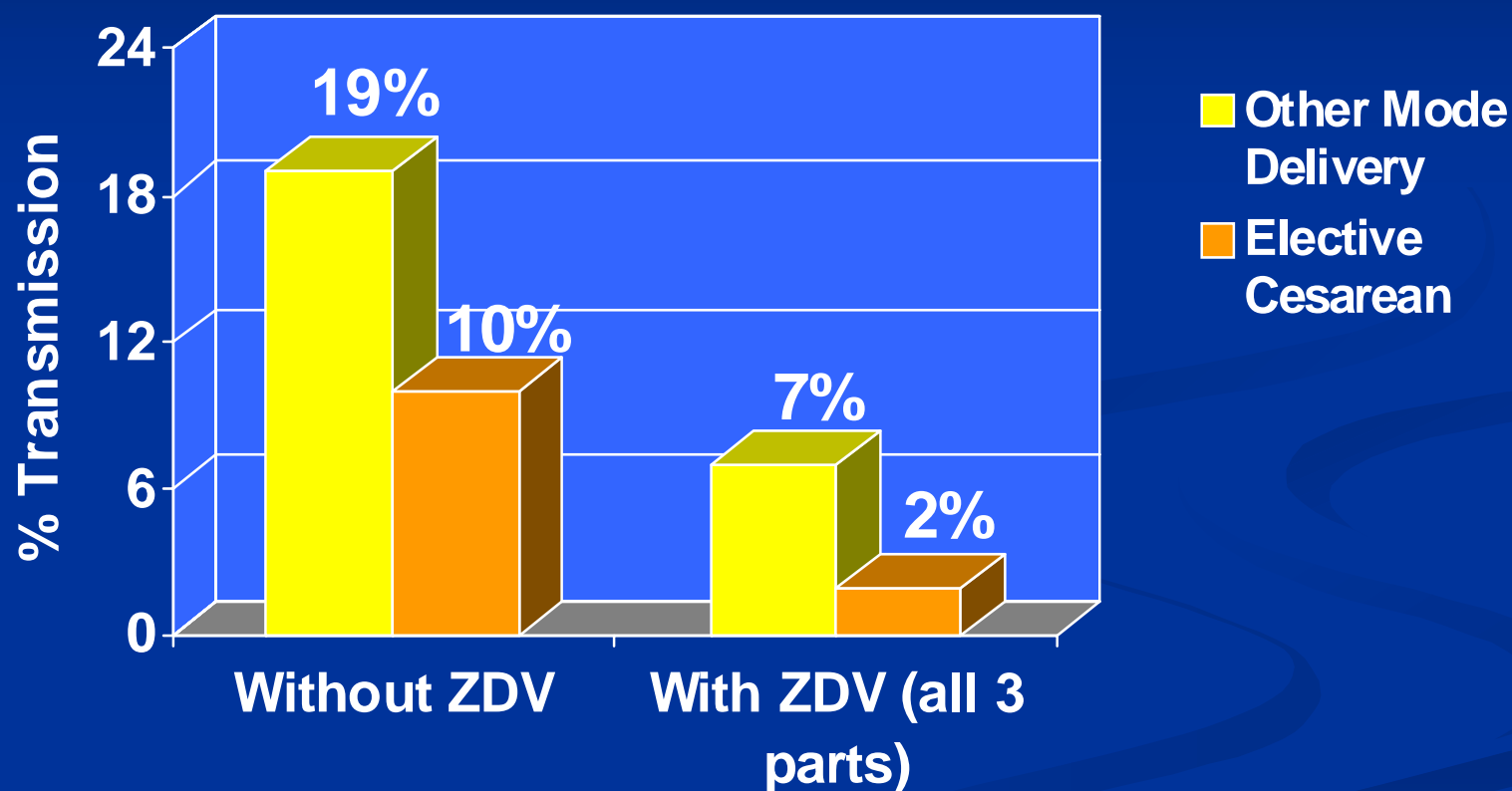
En parejas madre- hijo que recibieron AZT (anteparto, intraparto y postparto) la TV fue del 2% entre las 196 madres sometidas a cesárea electiva y del 7,3% entre las 1255 madres con otras formas de parto.

Se concluye que la cesárea programada es efectiva en reducir la transmisión vertical del VIH en alrededor de un 50%, incluso en mujeres que reciben AZT.

The International Perinatal HIV Group. N Engl J Med 1999; 340:977-87.

Mode of Delivery and Perinatal HIV Transmission: Meta-Analysis from 15 Prospective Cohort Studies

The International Perinatal HIV Grp. N Engl J Med 1999;340:977-87



8,533 Mother-Infant Pairs from 15 Studies

Intervenciones para disminuir la TV: la cesárea

Ensayo clínico europeo:

Las mujeres con cesárea programada tenían una TV significativamente más baja que las que tuvieron un parto vaginal (1,8% vs 10,5%, $p < 0.001$).

En las mujeres tratadas con AZT, la reducción en la transmisión era menor aunque no significativamente (4,3% en parto vaginal vs 0,8% en cesárea; OR: 0,2; IC 95%: 0-1,7)

The European Mode of Delivery Collaboration. Lancet 1999;353:1035-9.

Intervenciones para disminuir la TV: la cesárea

La cesárea programada disminuye la TV en las pacientes que no reciben TAR.

Es poco probable que la cesárea ofrezca ventajas a embarazadas con CV no detectable.

El aumento de la morbilidad de la misma es otro hecho a tener en cuenta.

The European Mode of Delivery Collaboration. Lancet 1999;353:1035-9.

Intervenciones para disminuir la TV: la lactancia

La lactancia aumenta el riesgo de TV por lo que se encuentra contraindicada

Transmisión vertical: recomendaciones

Cuando una pareja planifique un embarazo debe ser asesorada para que se realicen un test diagnóstico del VIH

Transmisión vertical: recomendaciones

Si la mujer ya está embarazada debe ofrecérsele el testeo en forma inmediata para poder actuar preventivamente en caso que fuera positiva

Transmisión vertical: recomendaciones

Si no se conoce la situación serológica de la embarazada cuando concurre en trabajo de parto o en el posparto inmediato debe testeársela con un test rápido en forma urgente.

Transmisión vertical: recomendaciones

Si la embarazada tiene prácticas sexuales no seguras debe testearse una vez en cada trimestre.

Toda embarazada debe recibir una asesoría continua para disminuir los riesgos de contagio del VIH.

Transmisión vertical: recomendaciones

Con respecto al TAR en la embarazada conceptualmente debe tenerse en claro que más allá de todas las precauciones el mejor control clínico, inmunológico y virológico es la clave para tener más posibilidades de impedir la TV

Transmisión vertical: recomendaciones

La embarazada debe estar completamente asesorada sobre las ventajas e inconvenientes del TAR, así como de los efectos adversos potenciales de las drogas para ella y su futuro niño. También sobre los aspectos conocidos sobre la cesárea programada.

Transmisión vertical: recomendaciones

El seguimiento clínico y el monitoreo de laboratorio debe ser realizado en lo posible con un equipo de salud que incluya al obstetra, al clínico / infectólogo y un psicólogo y trabajador social de acuerdo a la característica de la paciente y su entorno.

Transmisión vertical: recomendaciones

Aparte de una curva estricta de seguimiento con CVP y CD4 es necesario asegurarse un examen de CVP en la semana 32-34 del embarazo para poder determinar la necesidad de una cesárea

Transmisión vertical: recomendaciones

El objetivo del TAR es conseguir CVP indetectable, con una combinación de fármacos antirretrovirales.

Uno de dichos fármacos, en lo posible, debe ser AZT que se administrará durante el embarazo, en el parto y en el recién nacido.

Transmisión vertical: recomendaciones

Debe indicarse AZT intravenoso en el parto y AZT oral en el recién nacido incluso en aquellos casos que se ha utilizado AZT en una pauta previa que ha fracasado

Transmisión vertical: recomendaciones

Cualquier esquema de TAR que **no sea radicalmente supresivo**, tiene riesgo potencial de desarrollo de resistencias. Esta situación debe ser prioritaria al diseñar un esquema antirretroviral tanto en individuos infectados con indicación de tratamiento como embarazadas para tratamiento o profilaxis

Transmisión vertical: recomendaciones

En caso de que no se consiga una CVP suficientemente baja (por ejemplo por debajo de 1000 copias/ml) o en aquellos casos en que la mujer decida no iniciar ningún TAR o hacerlo sólo con AZT, está indicada la cesárea programada en la semana 37-38

Transmisión vertical: recomendaciones

Se desconoce la utilidad de la cesárea programada en el contexto de tratamientos dobles y triples.

Teniendo en cuenta además el mayor riesgo de morbilidad de la cesárea en mujeres infectadas por VIH, **no puede ser aconsejada de manera sistemática**

Transmisión vertical: recomendaciones

Las pacientes que quedan embarazadas estando en fracaso virológico, son las que tienen un mayor riesgo de transmisión. En esta situación, debe utilizarse también AZT e indicar cesárea programada en torno a la semana 37-38 de gestación

En esta situación, está indicado un estudio de resistencias para guiar el TAR

Transmisión vertical: recomendaciones

Las pacientes que conocen su condición de infectadas por el VIH muy cerca del parto deben recibir TAR con tres fármacos incluyendo AZT.

Además debe recomendarse la cesárea programada dadas las escasas posibilidades de conseguir una CVP suficientemente baja (por ejemplo por debajo de 1000 copias/ml) en un corto espacio de tiempo

Transmisión vertical: recomendaciones

En cualquiera de las situaciones anteriores es obligado la administración de AZT EV durante el parto a 2 mg / kg la primera hora y posteriormente a 1 mg/ kg/ h hasta la ligadura del cordón al recién nacido.

Además, en las primeras 6-8 horas después del parto, se continuará con la administración al recién nacido de AZT oral a 2 mg/kg/cada 6 horas en las 6 primeras semanas

REPRODUCCION Y VIH EN PAREJAS SERODISCORDANTES

Si el varón estuviera infectado y la mujer no, que es la situación más frecuente y de mayor riesgo por el posible contagio de la mujer, puede intentarse una inseminación artificial previo lavado del semen

REPRODUCCION Y VIH EN PAREJAS SERODISCORDANTES

Cuando se trata de una mujer infectada con un varón que no lo está puede recomendarse métodos caseros de autoinseminación.

Si esto fallara, la situación sería asimilable a un caso habitual de esterilidad y por tanto sería criterio de inicio de estudio y eventual tratamiento

Un abordaje integrador para prevenir la transmisión vertical del VIH

M, Agostini; C, Somenzini; M, Acosta; D, Dimarco; S, Lupo;
Hospital Provincial del Centenario. Rosario, Argentina.

Objetivos: 1) Describir las actividades de prevención primaria y secundaria de la transmisión vertical del VIH realizada sobre una población de mujeres en la ciudad de Rosario. 2) Evaluar los resultados de estas acciones.

Material y métodos: las actividades preventivas se orientaron a mujeres embarazadas y no embarazadas en comedores pertenecientes a nueve centros comunitarios que refieren al Hospital Centenario y al personal de estos centros de atención primaria y del servicio de Obstetricia de dicho hospital. Se implementó la realización del test diagnóstico rápido (Determine del laboratorio Abbott) a las embarazadas que concurren tardíamente a sus controles o en trabajo de parto. Se realizaron controles clínico y terapéutico de las mujeres VIH positivas embarazadas en forma interdisciplinaria.

Un abordaje integrador para prevenir la transmisión vertical del VIH

M, Agostini; C, Somenzini; M, Acosta; D, Dimarco; S, Lupo;
Hospital Provincial del Centenario. Rosario, Argentina.

Resultados: durante 18 meses se desarrollaron 105 talleres en comedores con la participación de 1442 mujeres; se distribuyeron 11500 folletos con mensajes de preventivos; se realizaron 10 talleres dirigidos al personal de salud de los centros de salud y hospitalario. Se solicitaron 486 pruebas de testeo estándar en embarazadas y 188 test rápido en la sala de parto de las mujeres sin controles previo. Fueron asistidas 46 embarazadas de las cuales 12 se diagnosticaron durante el embarazo. Todas las pacientes recibieron tratamiento antirretroviral para profilaxis de la TV o por las condiciones de su enfermedad de base. **No nacieron niños infectados por el VIH.**

Un abordaje integrador para prevenir la transmisión vertical del VIH

**M, Agostini; C, Somenzini; M, Acosta; D, Dimarco; S, Lupo;
Hospital Provincial del Centenario. Rosario, Argentina.**

Conclusiones:

- 1) Las actividades de prevención primaria de la TV en terreno tuvieron buena aceptabilidad de la población.**
- 2) Las acciones formativas sobre el equipo de salud permitió aumentar el testeo de embarazadas y en el trabajo de parto.**
- 3) El trabajo coordinado e interdisciplinario realizado entre el equipo de salud de los centros comunitarios y del hospital de referencia permitió un adecuado control clínico y terapéutico de las embarazadas evitando el contagio del VIH a sus hijos.**



Muchas Gracias