

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH



Ante el VIH, la información es importante → Tomar precauciones evita la transmisión



INFORME MÉDICO RN

Motivo de ingreso: Hijo de madre con primoinfección por VIH en 1^{er} trimestre (11+6). Contagio sexual. Recibió TAR con Truvada (emtricitabina/tenofovir) e Insectress (raltegravir), con buena adherencia terapéutica. Controles de carga viral < 50 copias/ml tras el inicio del tratamiento (última carga viral indetectable).

Antecedentes familiares: Padre VIH, VHC. Diagnóstico tras el diagnóstico de su pareja.

Antecedentes obstétricos-perinatales: Madre 25 años, alérgica a AINES. G2P1. Segunda gestación controlada. Infección VIH diagnosticada en primer trimestre (11+6 semanas), seguimiento en consultas de alto riesgo y enfermedades infecciosas.

Serologías antenatales: VHB, VHC, sífilis, Trypanosoma cruzi y toxoplasma negativa. Rubéola, VHS1/2 inmune. Se repite toxoplasma en segundo y tercer trimestre negativo.

Se solicitó Parvovirus y CMV por líquido amniótico abundante.

Hipotiroidismo gestacional tratado con Eutirox. ITU por *E. coli*. Ecografías acordes y normales EGB negativo.

- ¿El tratamiento precoz durante el embarazo evita la transmisión vertical (TV)?
- ¿El parto puede ser vaginal?
- ¿El RN puede tomar lactancia materna o fórmula adaptada?
- ¿El RN tiene que recibir TAR?

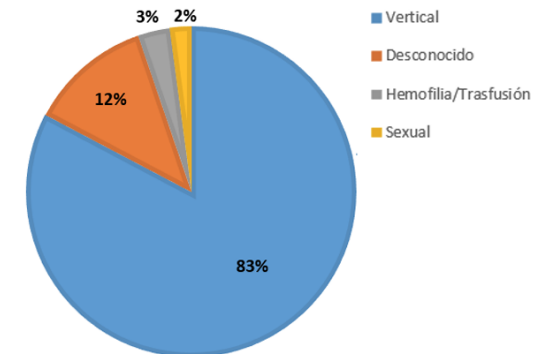
Identificación y tratamiento precoz

1. La identificación, previa a la gestación o durante las primeras semanas del embarazo, de las mujeres con el VIH es fundamental para realizar un tratamiento óptimo de la madre, de su descendencia y prevenir la transmisión vertical (TV) del VIH.
2. La transmisión vertical es la vía más frecuente de infección en los niños



Situación de pacientes de CoRISpe (2022) Seguimiento en pediatría


Vía de transmisión



3. La serología frente al VIH se debe ofrecer a toda mujer gestante, lo antes posible, en la primera visita de control de la gestación.
4. En nuestro medio: recomendable repetir la serología al menos en el 3^{er} trimestre.
5. Si la situación serológica se desconoce en el momento del parto, o postparto inmediato: Realizar pruebas serológicas rápidas con carácter urgente.
6. El período durante el cuál se infectan más niños/as es el que rodea al parto.

Historia clínica

EMBARAZO

- La identificación de la madre se realiza con la serología de la semana 11+6.
- Asintomática.
- Estudio de **mutaciones de resistencias** a antirretrovirales negativo.
- Carga viral de 59.300 cp/mL.  ESTADIO CDC: **A2**
- Determinación de **CD4**: 642 (CD4/CD8 0,69)
- Tratamiento en la semana 12: RALTEGRAVIR Y EMTRICITABINA/TENOFOVIR
- En la semana 37+2: N^o de copias INDETECTABLE
- Cribado ETS negativo: *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *T. vaginalis*, y *M. genitalium*.

Factores que favorecen la TV:

- La presencia de otras infecciones genitales.
- Una gran cantidad de virus de la madre.
- Una cifra baja de CD4 (≤ 300).

- Remarcar la importancia de conseguir carga viral indetectable de manera rápida y mantenida durante toda la gestación.
- Se debe realizar una carga viral a la semana 34 a 36 de gestación para tomar la decisión acerca del modo del parto y el tratamiento que recibirá el recién nacido

Historia clínica

PARTO: 40+5 semanas de amenorrea:

- Bolsa rota 3 horas 45 minutos antes del parto. Líquido meconial fluido.
- Cesárea urgente por sospecha de pérdida de bienestar fetal. No se puede realizar pH de calota fetal (riesgo de transmisión)
- Niña con Apgar 8/10, peso 3285 (P35)
- Lactancia con fórmula adaptada
- Ingresa en Unidad de Neonatología

Factores de riesgo de TV más importantes en relación al parto:

- La CVP: si >1000 copias/mL contraindica el parto vaginal. Cesárea antes de que la madre presente contracciones.
- El estadio de la enfermedad.
- Las secreciones cérvicovaginales, la duración de la rotura de membranas y del trabajo de parto
- El TAR recibido

- Se debe evitar: la RPM mucho tiempo antes del parto, que el RN trague secreciones maternas, parto laborioso, procedimientos invasivos para monitorizar el bienestar fetal (pH de calota).
- La instrumentación del parto (fórceps o ventosa) y la episiotomía solo en circunstancias seleccionadas. Preferible fórceps o espátulas.
 - Limpiar inmediatamente secreciones de la boca del RN.



Decisiones fundamentales en la prevención de la TV

1. **Iniciar TAR** para la infección y prevención de la transmisión.
2. Tener en cuenta el posible efecto de los FAR en el feto y recién nacido.
3. El parto es el momento de mayor exposición al virus y es el periodo en el que se producen la mayor parte de los casos de infección perinatal. Por ello son fundamentales:
 1. El control de la carga viral materna con TAR durante la gestación y el parto.
 2. La programación del tipo de parto.
4. Se recomienda el ingreso en las unidades neonatales para asegurar el inicio y buena tolerancia a los FAR.
5. El RN podría permanecer con la madre en la planta de maternidad si se garantiza la administración de la profilaxis por los profesionales.
6. En nuestro medio se contraindicará la lactancia materna.

INGRESO:

1. Exploraciones complementarias:
 1. Hemograma: normal
 2. Bioquímica: GPT, GGT elevadas
 3. PCR RNA VIH indetectable (13/3)
 4. **PCR RNA VIH madre: 321 copias (13/3)**
2. Tratamiento inmediato tras el nacimiento:
 1. Zidovudina
 2. Lamivudina
 3. Nevirapina

*La determinación de la función hepática debe ser valorada en caso de tratamientos combinados. Se recomienda estudiar los niveles de bilirrubina en RN expuestos intraútero a atazanavir y **raltegravir**.*

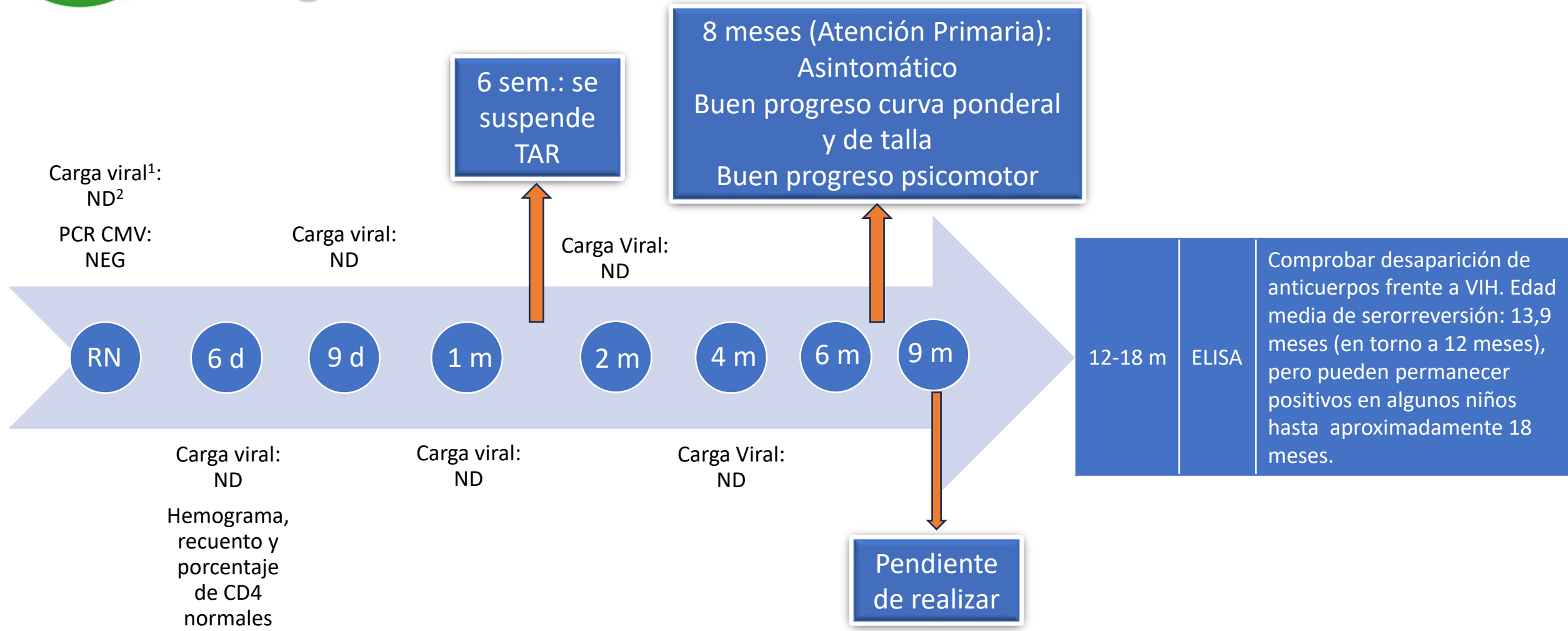
Los regímenes con FAR dependen del riesgo de transmisión vertical:

1. *Bajo riesgo: monoterapia con AZT*
2. *Alto riesgo: triple terapia*

Alto riesgo de transmisión vertical de VIH-1		
La profilaxis posexposición durante el periodo neonatal se realiza con tratamiento combinado ¹⁴		
Escenarios	Profilaxis en el RN	Momento de inicio, dosis y duración
Gestante con carga viral > 50 copias/ml en el momento del parto	<ul style="list-style-type: none"> • AZT + 3TC + NVP Solicitar ayuda a un experto en caso de sospecha de resistencias a ARV; en cuyo caso se valorará administrar un régimen de profilaxis que incluya raltegravir (RAL) ¹⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar precozmente, preferiblemente en las primeras 8 horas de vida • AZT: 4 mg/kg/12 h, VO, durante 4 semanas • 3TC: 2 mg/kg/12 h, VO, durante 4 semanas • NVP: 2 mg/kg/24 h, VO, la primera semana, 4 mg/kg/24 h en la segunda semana y suspender^{16,17,18,19,20}



Seguimiento ambulatorio



¹ VIH-1 RNA PCR (cuantitativo); ²ND: no detectada

Profilaxis postexposición para la prevención de la TV

- La profilaxis postexposición en los RN depende del riesgo de TV que varía en función:
 - Del momento del diagnóstico de la infección en la madre.
 - Si la madre recibió o no tratamiento antes del parto.
 - Del genotipo del VIH y de la existencia o no de resistencias a los FAR.
- **Bajo riesgo:** Madre con infección VIH que ha recibido TAR combinado en gestación con control de la replicación viral en las 3-4 semanas previas al parto (< 50 copias/ml):
 - Monoterapia con AZT: Inicio precoz (primeras 8 horas), 4 semanas.
- **Alto riesgo:**
 - Gestante con carga viral > 50 copias/ml en el momento del parto.
 - Madre diagnosticada de infección por VIH en el momento del parto.
 - TAR combinado

TRATAMIENTO MATERNO
EMBARAZO Y PARTO



PROFILAXIS PRECOZ RN
DURANTE 4-6 SEMANAS



El riesgo de TV puede ser
menor del 1 %.

Consideraciones a tener en cuenta en el TAR

- Es fundamental para monitorizar y modificar el tratamiento determinar: número de copias plasmáticas, recuento y porcentaje de linfocitos CD4. **Los centros asistenciales deberán disponer de estas pruebas.**
- Para elegir la combinación de FAR considerar: Posibilidad de **desarrollar resistencias.**
- Importante disponer de FAR con **palatabilidad agradable de las formulaciones pediátricas.**
- Tener en cuenta:
 - **Interferencia del TAR sobre la vida del niño:** número de tomas, horario, interacción con otras medicaciones, relación con las tomas de alimentos.
 - **La capacidad** del niño y/o de su familia para administrar correctamente tratamientos complejos.
 - **Disponibilidad de recursos que puedan facilitar el cumplimiento.**
 - Posibles **interacciones farmacológicas y la toxicidad de los FAR.**
- Es necesario monitorizar el desarrollo tanto **somático como neuropsicológico.**
- El **estado nutricional** mejora la función inmunológica, la calidad de vida y la actividad biológica de los FAR.
- Es importante que la información sobre exposición perinatal a TAR se refleje en la historia clínica del paciente para **identificar potenciales efectos adversos en el largo plazo.**



No Hacer



Grupo de Trabajo de Infección VIH

No Dejar

De cribar frente a VIH a todas las gestantes.

No Administrar

Zidovudina durante el parto de gestantes infectadas por VIH con control de la replicación viral (Carga viral de VIH en el embarazo < 50 copias/ml)

No Recomendar

Lactancia materna en el recién nacido de madres infectadas por VIH en nuestro medio

No Hacer

Determinación de ácido láctico a los recién nacidos expuestos a VIH.

No Olvidar

Monitorizar la adherencia al TAR en cada visita de seguimiento de los pacientes pediátricos infectados por el VIH



BIBLIOGRAFÍA

- Prieto Tato LM, Guillén Martín S, Illán Ramos M, Ramos Amador JT. VIH. Prevención de la transmisión vertical (profilaxis posnatal con antirretrovirales) (v.2.0/2019). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 30/09/2019; consultado el 27/11/2023]. Disponible en <https://www.guia-abe.es/>
- Cohorte nacional de pacientes pediátricos con infección VIH CoRISpe BOLETÍN INFORMATIVO N°6. Agosto 2023 Disponible en <https://www.seipweb.es/area-cientifica/grupos-de-trabajo/gt-infeccion-por-vih/>
- Documento de consenso sobre tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes con infección por el VIH. Panel de expertos de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) y de la División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis (DCVIHT). Actualización enero 2022. Disponible en <https://www.seipweb.es/area-cientifica/grupos-de-trabajo/gt-infeccion-por-vih/>
- Recomendaciones NO HACER. Grupo de trabajo de infección por VIH. Disponible en: www.seipweb.es