

Obstetricia

Facultad de Ciencias Medicas "Dr. Miguel Enríquez"

VIH/SIDA en gestantes

Dra. Digna Mayo Abad¹

RESUMEN

Se realiza una revisión sobre la transmisión del VIH madre a hijo, conocidas como transmisión vertical, el estado actual de las medidas preventivas y su eficacia tanto en países desarrollados como en los llamados países en vías de desarrollo, además de la repercusión que esta afección tendrá en distintos indicadores de salud si no se toman medidas urgentes para evitarlo. Se actualizan las medidas que se deben indicar durante el embarazo, parto y puerperio, así como el tratamiento al recién nacido y la importancia de la supresión de la lactancia materna.

Palabras clave: VIH/gestantes, VIH/lactantes, Lactancia materna VIH/SIDA, Transmisión vertical VIH/SIDA.

Más de 33 millones de personas viven actualmente con VIH/SIDA, casi la mitad de ellas son mujeres en edad reproductiva. Más de 2,6 millones de niños son portadores de VIH transmitido por sus madres. La mayoría de estas mujeres y niños pertenecen al mundo subdesarrollado, de ellos dos tercios de los adultos y más del 90 % de los niños viven en África.^{1,2}

La esperanza de vida en los países africanos severamente afectados por este flagelo puede disminuir de 50 a menos de 30 años.¹

Si la difusión del VIH no se controla los expertos aseguran que el SIDA incrementará la mortalidad infantil y la mortalidad de los menores de 5 años en un 25 y un 100 % respectivamente en las regiones más afectadas del planeta por esta enfermedad para el año 2010. Ya ha habido más de 13 millones de niños que han perdido a sus madres o a ambos padres, y al menos el 95 % de ellos son africanos.²

El VIH es transmitido solamente de 3 formas: a través de relaciones sexuales no protegidas (heterosexuales u homosexuales), a través de sangre, hemoderivados, donaciones de órganos o semen o en tercer lugar de una madre infectada a su hijo, que es lo que se llama transmisión vertical o transmisión madre-hijo.

En los llamados países en desarrollo la transmisión es predominantemente heterosexual. Entre estos se destacan Kenya, Malawi, Namibia, Ruanda, Sudáfrica, Tanzania, Zambia y Zimbabwe donde el 10 % de las gestantes que reciben cuidados prenatales en las áreas urbanas son VIH positivas, cifra que puede llegar a un 60 % en algunos sitios.²⁻⁶ Hasta la fecha África ha sido el centro de epidemia, pero se ha visto un rápido ascenso en las tasas de infección en el sudeste asiático, Latinoamérica y el Caribe.³ Es alentador conocer que en áreas urbanas de Uganda se ha informado disminución de la prevalencia

del VIH en mujeres gestantes, lo cual se piensa sea debido a cambios en el comportamiento sexual como consecuencia de intensas campañas de educación sobre el SIDA.⁷ En los países subdesarrollados las mujeres presentan un mayor riesgo de infección, ya que se suman a los factores biológicos los de tipo sociocultural, lo cual explicaría que la transmisión hombre-mujer sea de 2 a 3 veces mayor que la de mujer a hombre.^{8,9}

Entre los factores que intervienen en la transmisión del VIH se cuentan inflamaciones o ulceraciones vulvovaginales, tratamientos inadecuados de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), enfermedad inflamatoria pélvica y otras lesiones cervicales no transmitidas sexualmente como la esquistosomiasis que pueden facilitar la infección por el VIH.¹⁰⁻¹⁹

Además, las mujeres son más vulnerables porque el semen contiene más cantidad de virus que las secreciones vaginales y puede permanecer en vagina hasta 72 horas; la mucosa vaginal es 4 veces mayor que la del pene, y sufre mayor traumatismo, lo cual produce pequeñas estrías por las que puede penetrar el virus del VIH. Entre los factores socioculturales que también intervienen tenemos las desigualdades de género, la pobreza, menor acceso a la educación, menor oportunidad de empleo, los cuales fuerzan a muchas mujeres a entrar en el comercio sexual para poder sobrevivir, conducta que entraña un altísimo riesgo de contagio por el VIH.²⁰ Las prácticas tradicionales como la circuncisión femenina en realidad verdaderas mutilaciones contribuyen a aumentar el riesgo. Se suma a esto el hecho de que muchas mujeres aunque son monógamas están en riesgo por la conducta sexual de sus parejas. El uso del condón masculino aun es bajo en muchos países en desarrollo y, por otra parte, la presión de la sociedad en materia reproductiva hace muy difícil que las mujeres puedan tener sexo seguro. Las mujeres más jóvenes son el grupo de mayor riesgo, muchas de ellas al inicio de sus vidas reproductivas. Ejemplo de esto son las siguientes cifras: adolescentes embarazadas VIH positivas, Zimbabwe 30 %, Botswana 28 %, Kenia 21 %, Sudáfrica 13 %, Uganda 11 %, etc.

Dada la tradicional resistencia del hombre al uso del condón, la reciente introducción y distribución del condón femenino puede ser una buena opción contraceptiva que al mismo tiempo proteja contra las ITS y el VIH/SIDA.²¹

Normalmente en el embarazo existe una inmunodeficiencia con disminución de los niveles de inmunoglobulina y de la inmunidad celular entre otros cambios, lo cual lleva a pensar que el embarazo en mujeres VIH positivas pudiera acelerar el progreso de la infección, pero estudios prospectivos realizados han sido contradictorios en sus resultados.²²⁻²⁵

El embarazo parece tener poco efecto en la progresión de la enfermedad en mujeres VIH positivas asintomáticas, pero puede haber una rápida progresión en aquellas mujeres que se encuentren en un estadio avanzado.²⁶ Esto es lo que sucede en algunos países centroafricanos donde el SIDA se ha convertido en una causa común de mortalidad materna. Esto no parece debido a aceleración de la enfermedad inducida por el embarazo, sino a que más mujeres con enfermedad avanzada se embarazan trayendo como resultado altas tasas de complicaciones por el VIH.

En relación con el efecto de la infección por el VIH sobre el embarazo numerosos autores coinciden en mencionar varias de ellas como son: abortos espontáneos, embarazo ectópico, infección del tracto genital por otros gérmenes (*N. gonorrhoeae*, *Clamidia tracomatis*, *Cándida albicans*, *Trichomonas vaginalis* y Sífilis).²⁶⁻²⁸ La sífilis estuvo presente en el 33 % de las gestantes VIH positivas en un estudio realizado en Sudáfrica, por lo que todas las gestantes VIH positivas deben ser pesquisadas con serología para sífilis, aun en regiones de baja prevalencia. Otras complicaciones frecuentes en mujeres seropositivas al VIH son la neumonía bacteriana, sepsis urinaria, herpes zoster, sarcoma de Kaposi y sobre todo tuberculosis, que es la más común infección oportunista.²⁹ El parto pretérmino se presenta con una frecuencia duplicada, también se describe la ruptura prematura de membranas y el *abruptio placentae*, más común en mujeres VIH positivas en Kenya y Sudáfrica. En Ruanda y Zambia se reportan diferencias significativas en el peso al nacer de los recién nacidos entre madres VIH positivas y negativas. Asimismo se notifica incremento de las muertes fetales.²⁷⁻³⁰ En el posparto también son más comunes las complicaciones infecciosas en mujeres VIH positivas.³¹

MANEJO DE LAS GESTANTES VIH POSITIVAS

El manejo debe ser multidisciplinario combinando tratamiento médico, psicológico, obstétrico, consejería y apoyo social, para todo lo cual se requiere de una infraestructura adecuada de los servicios de salud y la posibilidad de tener acceso a estos. Los cuidados prenatales no se diferencian sustancialmente de los brindados a las gestantes no infectadas por el VIH, ya que la mayoría de las mujeres VIH positivas están asintomáticas y no presentan problemas. Se debe brindar aportes de hierro, ácido fólico, así como de vitamina A, pues niveles bajos de esta última han sido asociados a un aumento en la transmisión madre a hijo.^{32,33} Se debe investigar y tratar otras ITS si las hubiera. La única intervención que ha probado ser efectiva en la reducción de la transmisión madre a hijo es el uso de drogas antirretrovirales (zidovudina, AZT) sola o en combinación con otras durante el embarazo, parto y en las 6 primeras semanas de vida del bebé, unido a la terminación del embarazo por cesárea y la eliminación de la lactancia materna.

El tratamiento antirretroviral está dirigido a mejorar la salud de la madre y a prevenir la transmisión madre a hijo y con el mismo se reporta una disminución entre el 40 y el 66 %, según se aplique precoz o tardíamente en el embarazo. Actualmente se considera preferible usar 2 drogas antirretrovirales con la adición de un inhibidor de la proteasa.

En relación con los procedimientos obstétricos se deben evitar técnicas invasivas tales como amniocentesis, biopsia de vellosidades coriónicas, monitoreo fetal invasivo, etc. También se sabe que aumenta la transmisión cuando existe una ruptura prematura de membranas de más de 4 h. La cesárea electiva evitaría el contacto del feto con las secreciones cervico-vaginales maternas y, por tanto, ayudaría a prevenir la transmisión directa o perinatal.

En aquellos lugares del mundo subdesarrollado donde no se cuente con condiciones para terminar el embarazo por cesárea, se debe evitar la ruptura artificial de membranas, la episiotomía de rutina y si se requiriera instrumentación en el periodo expulsivo el fórceps sería preferible al vacío. Se debe utilizar antibióticos profilácticamente lo mismo en la cesárea de urgencia que en la electiva. Los cuidados del post parto incluyen

la vigilancia estrecha para detectar signos de sepsis, los cuales son frecuentes en estas pacientes, ya sean urinarios, respiratorios o a nivel de heridas quirúrgicas. Se debe instruir a las madres sobre los cuidados perineales y el manejo correcto de los loquios y los apósitos sanitarios.

Un aspecto de vital importancia es evitar, donde esto sea posible, la lactancia materna, ya que se describe que esta es la responsable de más del 30 % de la transmisión madre a hijo en países en desarrollo. En estos casos se debe brindar alternativas de alimentación para el recién nacido. Si no es posible evitar la lactancia, se debe aconsejar que sea por un periodo de tiempo lo más corto posible.^{33,34}

A los recién nacidos se les suministra AZT en jarabe cada 6 h en dosis de 2 mg/kg de peso a partir de las 8 h de nacidos y durante las 6 primeras semanas de vida.

En países desarrollados la combinación de la terapia antirretroviral, cesárea y la supresión de la lactancia materna han hecho posible descender la transmisión directa a menos de un 2 %. Cuba muestra un indicador de 0,34 %, considerado uno de los más bajos internacionalmente.

Debemos referirnos como parte de la prevención de la transmisión madre-hijo a la modificación de conductas de riesgo en el sentido de evitar o disminuir los contactos sexuales sin protección durante el embarazo, así como reducir el número de parejas sexuales durante el mismo. Se señalan también cambios en el estilo de vida como dejar de fumar y evitar el uso de drogas los cuales se describen como factores que afectan la transmisión materna fetal del VIH.

SUMMARY

HIV/AIDS in pregnant women

A review was made on the HIV mother-to-child transmission, also known as vertical transmission, the present situation of the preventive measures and their efficiency both in developed and developing countries in addition to the impact that this disease will have on the various health indexes if urgent appropriate steps are not taken to avoid it. An updating on the measures to be taken during pregnancy, labor and puerperium as well as the treatment to be given to the newborn and the importance of suspending breast feeding was provided.

Key words: HIV/pregnant women, HIV/infants, breast feeding/HIV/AIDS, HIV/AIDS vertical transmission.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gregson S, Garnett GP, Anderson RM. Is HIV-1 likely to become a leading cause of adult mortality in sub-Saharan Africa? *J Acquir Immune Defic Syndr*, 1994;7(8):839-52.
2. Report on the Global HIV/AIDS epidemic. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1997:1-13.
3. HIV/AIDS: the global epidemic. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1996 (fact sheet).

4. Department of Health, South Africa. Sixth National HIV survey of women attending antenatal clinics of the public health services in the Republic of South Africa, October/November 1995. *Epidemiological Comments* 1996;23(1):3-17.
5. Namibia updates its figures-what more should it do as a response? *AIDS Anal Africa* 1997;7(3):1.
6. Taha TE, et al. Trends of HIV-1 and sexually transmitted diseases among pregnant and postpartum women in urban Malawi. *AIDS* 1998;12(2):197-203.
7. Asimwe-Okiror G et al. Change in sexual behaviour and decline in HIV infection among young pregnant women in urban Uganda. *AIDS* 1997;11(14):1757-63.
8. Downs AM, De Vincenzi. I. For the Europe Study Group in Heterosexual Transmission of HIV. Probability of heterosexual transmission of HIV: relationship to number of unprotected sexual contacts. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 1996;11:388-95.
9. Royce RA, et al. Sexual transmission of HIV. *N Engl J Med* 1997;15:1075-8.
10. Klouman E et al. HIV and reproductive tract infections in a total village population in rural Kilimanjaro, Tanzania: women at increase risk. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1997;14:163-8.
11. Dallabetta G. HIV and STDs: how are they likely? *Africa Health* 1994; November: 19-20.
12. Hoegsberg B, et al. Sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus among women with pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:1135-9.
13. Irwin L, Ellerbrock T. Does pelvic inflammatory disease increases the risk for acquisition of human immunodeficiency virus type 1? (letter). *J Infect Dis* 1995;172:898-9.
14. Mayaud P. Tackling bacterial vaginosis and HIV in developing countries, *Lancet* 1997;350:530-1.
15. Sewankambo N, et al. HIV-1 infection associated with abnormal vaginal flora morphology and bacterial vaginosis. *Lancet* 1997;350:546-50.
16. Latif AS, et al. Genital ulcers and transmission of HIV among couples in Zimbabwe. *AIDS* 1989;3:519-23.
17. Johnson MA, et al. Transmission of HIV to sexual partners of infected men and women. *AIDS* 1989;3:367-72.
18. Grosskurth H, et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in northern Tanzania: randomised controlled trial. *Lancet* 1995;346:530-6.
19. Feldmeier H, Krantz I, Poggensee G. Female genital schistosomiasis as a risk factor for the transmission of HIV. *Intern J STD AIDS* 1994; 5(5):368-72.
20. Campbell T, Kelly M. Women and AIDS in Zambia : a review of the psychosocial factors implicated in the transmission of HIV. *AIDS Care* 1995;7(3):365-73.
21. Drew WL, et al. Evaluation of the virus permeability of a new condom for women. *Sex Transmit Dis* 1990;17:110-2.
22. Hocke C, et al. Groupe epidemiologie clinique du SIDA en Aquitaine. Prospective cohort study of the effect of the pregnancy in the progression of human immunodeficiency virus infection. *Obstet Gynecol* 1995;86(6):886-91.
23. Brettle RP, et al. HIV infection in women: immunological markers and the influence of pregnancy. *AIDS* 1995;1177-84.

24. Bessinger R, et al. Pregnancy is not associated with the progression of HIV disease in women attending an HIV outpatient program. *Am J Epidemiol* 1998;147(5):434-40.
25. Landers DV, Martínez de Tejada B, Coyne BA. Immunology of HIV and pregnancy. The effects of each on the other. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997;24(4):821-31.
26. Temmerman M. Human immunodeficiency virus and women. *J Obstet Gynecol* 1994;14:S70-S5.
27. Johnstone FD. Pregnancy outcome and pregnancy management in HIV-infected women. In: Johnson MA, Johnstone FD (Eds). *HIV Infection in women*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1993:187-98.
28. Miotti PG, Chipangwi JD, Dallabetta G. The situation in Africa. *Ballieres Clin Obstet Gynecol* 1992;6(1):165-85.
29. Minkoff HL, et al. Serious infections during pregnancy among women with advance human immunodeficiency virus infection. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:30-4.
30. Taha TET, et al. The effect of human immunodeficiency virus infection on birth weight, and infant and child survival in urban Malawi. *Intern J Epidemiol* 1995;24:1022-8.
31. Braddick MR, et al. Impact of maternal HIV infection on obstetrical and early pregnancy outcome. *AIDS* 1990; 4:1001-5.
32. Nduati R, et al. Human immunodeficiency virus type 1-infected cells I breast milk: association with immunosuppression and vitamin A deficiency. *J Infect Dis* 1995;172:1461-8.
33. Semba RD, et al. Maternal vitamin A deficiency and mother to child transmission of HIV-1. *Lancet* 1994;343:1593-7.
34. Greenberg BL, et al. Vitamin A deficiency and maternal-infant transmission of HIV in two metropolitan areas in the United States. *AIDS* 1997;11:325-32.

Recibido: 18 de octubre de 2005. Aprobado: 10 de diciembre de 2005.

Dra. *Digna Mayo Abad*. Email: digna.mayo@infomed.sld.cu

¹Especialista de I grado en Ginecoobstetricia. Profesora Asistente.