

CONTROL DE EMBARAZO Y POSTPARTO EN MUJERES INFECTADAS POR HIV

EDUARDO M. WARLEY^{1,2}, SILVINA TAVELLA¹, ALEJANDRA ROSAS²

¹Unidad de Infectología Hospital Dr. Diego Paroissien, Isidro Casanova, ²Consultorio de Infectología, Hospital de Morón, Morón, Buenos Aires, Argentina

Resumen Presentamos los datos de un estudio descriptivo observacional retrospectivo realizado con el objetivo de evaluar las características de las mujeres embarazadas infectadas por HIV, analizar el nivel de control del embarazo y evaluar la adherencia al tratamiento y las pérdidas de seguimiento posterior al parto. Analizamos los datos informados de 104 embarazos, 32.7% de mujeres menores de 25 años. El diagnóstico se realizó durante el control del embarazo en 36.5% de ellos. La terapia antirretroviral (TARV) se inició antes de la semana 24 en 70% de los embarazos. El régimen utilizado incluyó 2 nucleós(t)idos + 1 inhibidor de la proteasa potenciado con ritonavir (IPr) en 84.5% de los casos. La cesárea electiva fue el modo más frecuente de parto. La carga viral luego de la semana 32 de embarazo estaba disponible en el 82.7% de las pacientes siendo menor a 1000 copias/ml en 78 (75%) y menor a 200 en 70 (67.3%), no hallándose disponible en 18 (17.3%) de los casos. Observamos una alta frecuencia de fallos de adherencia y pérdidas de seguimiento posteriores al parto. Los datos comunicados deben alertar a los programas y centro de atención sobre la necesidad de implementar estrategias que promuevan el control temprano del embarazo e incrementen la adherencia y la retención en cuidado, especialmente en el período posterior al parto.

Palabras clave: embarazo y postparto, mujeres infectadas por HIV

Abstract *Pregnancy and postpartum control in HIV infected women.* We present data from a retrospective observational descriptive study with the objective of evaluating characteristics of HIV-infected pregnant women, analyze the level of control of pregnancy and assess adherence to treatment and loss of follow up after delivery. We analyzed reported data of 104 pregnancies, 32.7% of them under 25 years old. The diagnosis was performed as part of pregnancy control in 36.5% of women. TARV started before 24 weeks of pregnancy in 70% of them and a regimen with 2 nucleos(t)ides and 1 ritonavir potentiated protease inhibitor (PIr) was prescribed in 84.5%. Elective c-section was the most frequent mode of delivery. The viral load after 32 weeks of pregnancy was available in 82.7%, being less than 1000 cop/ml in 78 (75%), less than 200 cop/ml in 70 (67.3%) and not available in 18 (17.3%) of cases. We observed a considered high rate of adherence failure and loss of follow up after delivery. Reported data should alert programs on the need to implement strategies to promote early pregnancy control and increase adherence and retention in care, especially in the postpartum period.

Key words: pregnancy and postpartum, HIV infected women

La implementación de programas para prevenir la transmisión perinatal del HIV se ha mostrado efectiva para evitar la infección por HIV en los niños. En los países desarrollados la tasa de transmisión cayó a niveles de alrededor del 1%¹. En la Argentina diversos estudios describieron logros similares, pero a nivel global la dirección nacional de SIDA y ETS, teniendo en cuenta datos aportados por los laboratorios, calculó una tasa de transmisión vertical de 5.1% para el año 2013 y de 4.5% para el 2014²⁻⁴.

Por otra parte el diagnóstico, como parte del control de mujeres en el embarazo, promueve el diagnóstico precoz

del HIV y la incorporación de mujeres y sus parejas a los servicios de control y tratamiento^{2, 5}. Dadas las evidencias actuales respecto al tratamiento como prevención y el impacto favorable del inicio temprano de la terapia antirretroviral (TARV), sostener las terapias y el control clínico posterior al parto es fundamental para lograr los objetivos en prevención y tratamiento⁶⁻⁸. Sin embargo, el puerperio es descrito como una etapa de alto riesgo para el abandono de las terapias y el control clínico⁹. El Gran Buenos Aires presenta el mayor número de casos de personas viviendo con HIV y sida de la Argentina. Los distritos de La Matanza y Morón, con una población de más de 2 000 000 de personas, presentan altas tasas de desempleo, subempleo, y elevado número de hogares con bajos ingresos económicos¹⁰. Los hospitales públicos Diego Paroissien y de Morón, ubicados en la región oeste del gran Buenos Aires, brindan atención a

personas que reciben su cobertura de salud a través del sistema público y gratuito de atención. Las maternidades de ambos centros registran más de 3 000 partos anuales cada una, en su mayoría de mujeres sin cobertura por el sistema de obras sociales y de bajos recursos económicos. Ambos centros disponen de consultorios específicos para el control y tratamiento de pacientes infectados por HIV. Las mujeres embarazadas infectadas son atendidas por un equipo multidisciplinario que incluye trabajadores sociales, enfermeros, psicólogos y médicos infectólogos y tocoginecólogos y disponen de turnos específicos y flexibles para su atención. Las farmacias de ambos centros están incorporadas a los circuitos de atención. Uno de los centros dispone de un grupo de pares que colabora en la mejora de la adherencia y la retención en cuidado.

El presente estudio tiene como objetivo evaluar las características de las mujeres embarazadas infectadas por HIV, analizar el nivel de control del embarazo y evaluar la adherencia y las pérdidas de seguimiento posteriores al parto.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo observacional retrospectivo de análisis de los datos registrados del seguimiento de los embarazos controlados entre 2009 y 2013. Se construyó una base de datos específica para el estudio, efectuándose distribución de frecuencias de las variables categóricas y estadística descriptiva de las continuas.

Se consideró infección por HIV a todos los casos que presentaron serología reactiva por técnica de ELISA en dos oportunidades, confirmada por técnica de *Western-Blot* o carga viral cuantitativa. Los estudios de células CD4 se realizaron por técnica de citometría de flujo en el mismo centro o en el centro de referencia asignado por el programa nacional de SIDA y ETS, dependiendo del período de tiempo en el hospital Paroissien y en el centro de referencia asignado en el caso del hospital de Morón. Los de carga viral cuantitativa se realizaron en el centro de referencia asignado para ambos centros. El centro de referencia referido corresponde al hospital Posadas en la localidad de Morón, provincia de Buenos Aires. La toma de muestras se realizaba una vez por semana en los centros, siendo las mismas trasladadas dentro de las tres horas de su extracción al centro de referencia para su procesamiento. Los estudios referidos y el inicio de la TARV se realizaban dentro de la semana de la primera consulta en el consultorio de infectología. En casos de embarazos avanzados, y a consideración del médico tratante, el inicio de la TARV era inmediato a esa consulta.

Las pacientes debían concurrir todos los meses para retirar la medicación y control clínico. Existen registros específicos tanto del retiro de medicación como de la realización de los estudios de células CD4 y carga viral.

De no concurrir durante 60 días eran contactadas en forma telefónica o en algunos casos a través de pares para retomar el control. Para la evaluación de la adherencia y la retención en cuidado se utilizaron los registros de retiro mensual de la medicación, los de realización de estudios de CD4 y carga viral y los comentarios informados en las historias clínicas por los médicos tratantes. Se consideraron pérdidas de seguimiento a aquellos casos en los que no se registró concurrencia por 3 meses o más luego del último control. No se indicó suspensión de la TARV luego del parto salvo para el caso de una paciente considerada controladora de elite. Se registraron los casos que concurren a control habiendo suspendido la terapia por motivos personales.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Statsitix 7.0. La realización del estudio fue aprobada por Docencia e Investigación del hospital Diego Paroissien.

Resultados

Los resultados corresponden al análisis de los datos comunicados de 104 embarazos. El diagnóstico de HIV se realizó previo al embarazo en el 63.5% de los casos y como parte del control del mismo en el 36.5%. En las pacientes con diagnóstico de HIV durante el embarazo, el mismo se efectuó antes de la semana 17 en 5 (13.2%), entre las semanas 17 y 23 en 10 (26.3%), entre la 24 y 31 en 15 (39.5%) y entre la 31 y 38 en 8 (21.0%). La mediana de CD4 fue de 395 células/ml, siendo el recuento menor a 350 células en el 44% de los casos. La mediana de edad fue de 28 años siendo la misma menor a 25 años en el 32.7%. El inicio de la TARV fue previo a las 24 semanas en el 62.5% de los embarazos. La carga viral luego de la semana 32 de embarazo estaba disponible en 82.7% de las pacientes siendo menor a 1 000 copias/ml en 78 (75%) y menor a 200 en 70 (67.3%), no hallándose disponible en 18 (17.3%). El modo de parto fue vaginal en 19 casos (18.3%), cesárea electiva en 47 (45.2%), cesárea de urgencia en 20 (19.4%) y no estaba registrado en 18 (17.3%). En el 84.5% (88 pacientes) la TARV incluyó a dos nucleós(t)idos + un IP potenciado (generalmente lopinavir/ritonavir), en el 11.5% (12 pacientes) dos nucleósidos + nevirapina y en el 3.9% (4 pacientes) otros esquemas. Se observó fallas de adherencia e interrupciones de la TARV posteriores al parto en 51.5% de los casos, siendo el abandono de control del 32% (33 pacientes) al 6to mes y del 42% (44 pacientes) al año (Tabla 1).

Discusión

Los datos comunicados reafirman la importancia del control precoz del embarazo, describen algunas de las dificultades del control del mismo en las mujeres infectadas por HIV y demuestran el alto riesgo de interrupciones de

TABLA 1.– Control de embarazo y período posterior al parto en mujeres infectadas por HIV (período 2009-2013)

Variables	Total: 104		DND		
	N	%	N	%	
Diagnóstico:					
	Durante el embarazo	38	36.5	0	0
	Previo al embarazo	66	63.5		
Edad (años):					
	25 o superior	70	67.3	0	0
	Menor a 25	34	32.7		
CD4:					
	Menor a 350/ mm ³	46	44.2	0	0
	350 o superior	58	55.8		
Inicio de la TARV:					
	Previo a las 24 semanas	65	62.5	0	0
	24 semanas o posterior	39	37.5		
Carga viral luego de semana 32				18	17.3
	Menor a 1 000 copias/ml	78	75.0		
	1 000 o superior	8	7.7		
	Menor a 200 copias/ml	70	67.3		
	200 o superior	16	15.4		
Modo de parto				18	17.3
	Parto vaginal	19	18.3		
	Cesárea electiva	47	45.2		
	Cesárea NO electiva	20	19.4		
Esquema TARV:					
	2 ITRAN + 1 IPr	88	84.5	0	0
	2 ITRAN + nevirapina	12	11.5		
	Otro	4	3.9		
Interrupción de terapia postparto:					
	Sí	53	51.0	0	0
	No	51	49.0		
Pérdida seguimiento postparto:					
	6 meses	33	31.7	0	0
	12 meses	44	42.3		

N: número; %: porcentaje; DND: datos no disponibles; TARV: terapia antirretroviral; ITRAN: inhibidor nucleós(t)ido de la transcriptasa reversa; IPr: Inhibidor de la proteasa potenciado con ritonavir; Mediana de edad: 28 años; Mediana de CD4 al inicio: 395 células/m

la TARV y de pérdida de seguimiento posterior al parto. Un porcentaje considerado elevado de diagnóstico de infección se realiza como parte del control del embarazo. Ese porcentaje es similar al informado por los mismos centros en la década pasada, lo que probablemente indica la persistencia de situaciones de riesgo en mujeres en edad fértil y las dificultades para el acceso temprano al test⁵.

En un número significativo de embarazadas no se logró el control adecuado de la viremia previo al parto o no existen registros de dicho control, lo que creemos puede explicarse por el inicio tardío de la TARV en algunas pacientes y por los problemas logísticos de los centros para la realización de los estudios de control. Alcanzar la supresión viral por debajo del límite de detección durante el embarazo y el parto es fundamental para la prevención de la transmisión perinatal del HIV, por lo que el inicio precoz de la TARV de manera independiente al nivel de CD4 o del valor de carga viral es un factor esencial para el logro de ese objetivo. Por otro lado, la cesárea electiva reduce el riesgo de transmisión hasta en un 50% siendo una práctica recomendada para aquellas mujeres que no alcanzan la supresión virológica¹¹⁻¹⁴.

En general, los programas centran sus actividades en el control del embarazo y en el niño posterior al parto. El alto porcentaje de interrupciones de terapia y de pérdidas de seguimiento posteriores al mismo indica la necesidad de fortalecer el control en dicho período. Existen informes publicados de diversas actividades focalizadas en la mejora del control y seguimiento de las pacientes e incrementar la retención en cuidado. Dichas prácticas incluyen, entre otras, el apoyo familiar y social, el involucramiento de la pareja masculina desde el inicio del control del embarazo, la utilización de medios electrónicos, la incorporación de pares, la capacitación del personal de salud y la promoción de la atención integrada del binomio madre-hijo durante el embarazo y puerperio¹⁵⁻¹⁸. Superar el estigma provocado por el diagnóstico de la infección y una buena relación médico-paciente se describen como necesarios para el logro de una buena adherencia a la TARV y al cuidado clínico^{19, 20}.

El nivel de evidencia de las experiencias referidas respecto del impacto para la mejora de la adherencia y la retención en cuidado es bajo. Las diferencias existentes entre distintas poblaciones hacen muy difícil la

extrapolación de los resultados. A partir de la evaluación de los datos comunicados nos proponemos, por un lado, fortalecer los mecanismos de apoyo psicológico y social de las pacientes y los contactos telefónicos con aquellas que no concurren a las visitas programadas, y por otro desarrollar instrumentos que permitan una mayor incorporación de la pareja masculina durante el control del embarazo e implementar espacios que permitan la atención integrada del niño y la madre posterior al parto. El impacto de la implementación de las acciones referidas deberá evaluarse en el futuro.

El carácter retrospectivo y su relativa baja población son las principales debilidades del estudio, mientras que el hecho de mostrar datos de la vida diaria de la población de una región poco representada en los estudios son su principal fortaleza.

Concluimos que se requieren mayores esfuerzos para lograr el adecuado control del embarazo y la viremia previo al parto en las mujeres embarazadas infectadas por HIV y que existe un porcentaje elevado de interrupciones de terapia y pedidas de seguimiento posterior al mismo. Los datos referidos deben alertar a los programas y centros de atención sobre la necesidad de implementar estrategias que promuevan el control temprano del embarazo e incrementen la adherencia y la retención en cuidado. Consideramos que dichas estrategias deben aplicarse atendiendo las características de los lugares y sus poblaciones. Los problemas logísticos que enfrentan los centros deben ser atendidos.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global plan towards the elimination of new infections in children by 2015 and keeping mothers alive: 2011-2015. New York. En: <http://www.zerohiv.org/wpcontent/uploads/2014/06/Global-Plan-Elimination-HIV-Children-Eng.pdf>; consultado el 20/12/2015.
2. Szyld E, Warley E, Freimanis L, et al. Maternal antiretroviral drugs during pregnancy and infant low birth weight and preterm birth. *AIDS* 2006; 20: 2345-53.
3. Cecchini D, Martínez M, Astarita V, Nieto C, Giesolauro R, Rodríguez C. Prevención de la transmisión vertical del VIH-1 en la Argentina. *Rev Panam Salud Publica* 2011; 30:189-95.
4. Boletín sobre el HIV-sida e ITS en la Argentina. No 32, Diciembre de 2015. En: http://www.msal.gob.ar/sida/images/stories/4-publicaciones/pdf/2015-11-18_boletin-VIH-2015.pdf; consultado el 29/12/2015.
5. Warley E, Tamayo Antabak N, Desse J, et al. Características de la infección por HIV/sida según sexo en una región del Gran Buenos Aires. Períodos 1998-2002/2003-2005. *Medicina (B Aires)* 2009; 69: 305-10.
6. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2011; 365: 493-505.
7. Cohen J. Breakthrough of the year: HIV treatment as prevention. *Science* 2011; 334: 1628.
8. INSIGHT START Study Group. Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. *N Engl J Med* 2015; 373: 795-807.
9. Phillips T, Thebus E, Bekker LG, McIntyre J, Abrams EJ, Myer L. Disengagement of HIV-positive pregnant and postpartum women from antiretroviral therapy services: a cohort study. *J Int AIDS Soc* 2014; 17: 19242.
10. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Censo 2010. En: http://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135; consultado el 8/8/2016.
11. Briand N, Jasseron C, Sibiude J, et al. Cesarean section for HIV-infected women in the combination antiretroviral therapies era, 2000-2010. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 209: 335.e1-335.e12
12. Townsend CL, Byrne L, Cortina-Borja M, et al. Earlier initiation of ART and further decline in mother-to-child HIV transmission rates, 2000-2011. *AIDS* 2014; 28: 1049-57.
13. Sociedad Argentina de Infectología. Consenso Argentino de Terapia Antirretroviral 2014-2015. Pag. 80 - 90. En: <http://sadi.org.ar/publicaciones-de-las-comisiones/item/233-consenso-argentino-tarv-2014>; consultado el 28/7/2016.
14. DHHS Panel on Treatment of HIV-Infected Pregnant Women and Prevention of Perinatal Transmission-A Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC). 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. En: <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines>; consultado el 30/7/2016.
15. Tudor Car L, van-Velthoven M, Brusamento S, et al. Integrating prevention of mother-to-child HIV transmission (PMTCT) programmes with other health services for preventing HIV infection and improving HIV outcomes in developing countries. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; CD008741. doi: 10.1002/14651858.CD008741.pub2.
16. de Jongh T, Gurol-Urganci I, Vodopivec-Jamsek V, Car J, Atun R. Mobile phone messaging for facilitating self-management of long-term illnesses (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 12: CD007459. doi: 10.1002/14651858.CD007459.pub2.
17. Brusamento S, Ghanotakis E, Tudor Car L, van-Velthoven MH, Majeed A, Car J. Male involvement for increasing the effectiveness of prevention of mother-to-child HIV transmission (PMTCT) programmes. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 10: CD009468. doi: 10.1002/14651858.CD009468.pub2.
18. Rolfe A, Cash-Gibson L, Car J, Sheikh A, McKinstry B. Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; CD004134. doi: 10.1002/14651858.CD004134.pub3.
19. Aristegui I, Dorigo A, Bofill L, et al. Obstáculos a la adherencia y retención en los sistemas de salud público y privado según pacientes y personal de salud. *Actualizaciones en Sida e Infectología* 2014; 22:71-80.
20. Graham JL, Shahani L, Grimes RM, Hartman C, Giordano TP. The Influence of trust in physicians and trust in the healthcare system on linkage, retention, and adherence to HIV care. *AIDS Patient Care STDS* 2015; 29:661-7.