

Evolución de la gestación en mujeres VIH positivo

Dr. Héctor Purtscher, Mariela Correa, Dr. Ignacio Mirazo, Dra. Liliana Calandria, Verónica Somma, Dr. Winston Pérez, Dra. Olga Hernández, Dr. Horacio Corradi, Dr. Eduardo Savio

Hemos estudiado el curso de 31 gestaciones en 25 mujeres VIH positivo que constituyen 40.3% de las mujeres que se controlan en este Servicio.

La edad promedio es de 22.7 años y los factores de riesgo más frecuentes para la adquisición del VIH son la drogadicción I/V y la promiscuidad sexual.

Del producto de estas gestaciones hubo 20 recién nacidos, de los cuales 5 estuvieron seguramente infectados, 8 seguramente no han sido infectados y de 7 niños no se tienen elementos concluyentes para catalogarlos.

Palabras clave:
Infección por HTLV III. Complicaciones infecciosas del embarazo

Dr. Héctor Purtscher
Profesor Adjunto
Mariela Correa
Asistente Social
Dr. Ignacio Mirazo
Médico. Pol. VIH-SIDA
Dra. Liliana Calandria
Dermatólogo. Profesor Adjunto
Verónica Somma
Psicóloga
Dr. Winston Pérez
Médico Laboratorista
Dra. Olga Hernández
Dr. Horacio Corradi
Asistentes
Dr. Eduardo Savio
Prof. Adjunto

Introducción

La transmisión vertical de la infección VIH se produce sobre todo por vía transplacentaria, en segundo lugar en el momento del parto y, probablemente, a través de la lactancia.

La transmisibilidad es variable y no bien establecida, estimándose entre 20 y 60%, influyendo entre otros el estado evolutivo de la infección de la madre.

El resultado de la infección del producto de la gestación también es variable, pudiendo dar lugar a producirse aborto espontáneo, parto prematuro, malformaciones fetales, bajo peso al nacer o un desarrollo fetal normal.

Aquellos que nacen infectados evolucionan mucho más rápidamente que los adultos hacia el SIDA y fallecen en

un período de meses o algunos años. La serología positiva para VIH en el recién nacido (RN) no es indicador seguro de la infección, ya que puede obedecer a la transmisión pasiva de anticuerpos (Ac) maternos.

La determinación de antígenos (Ag) virales si es positiva, asegura la infección del RN, pero si es negativa no la descarta ya que esta técnica tiene una baja sensibilidad. Por lo tanto, debe realizarse un seguimiento serológico de por lo menos 18 meses en aquellos RN con serología positiva para poder determinar si el niño realmente está infectado.

En este trabajo hemos realizado el seguimiento de mujeres VIH positivo gestantes, para conocer cuál es en nuestro medio:

- la incidencia de embarazos en mujeres VIH positivo;
- la problemática secundaria a estos dos hechos (embarazo-VIH positivo);
- las complicaciones frecuentes del embarazo, del feto y del RN en mujeres VIH positivo.

Trabajo del Servicio de Enfermedades Infeccio-Contagiosas (SEIC-MSP), Directora Dra. Beatriz Rivas y de la Clínica de Enfermedades Infecciosas-Facultad de Medicina, Prof. Agdo. (E) Dra. Adelina Braselli.

Los autores agradecen la colaboración del personal de Enfermería del SEIC.

Correspondencia:

Dr. Héctor Purtscher
Av. Giannattasio Km 23.500 esq. Rep. Argentina
Solymar - Canelones - Uruguay

Material y método

El Servicio de Enfermedades Infeccio-Contagiosas del Ministerio de Salud Pública (SEIC-MSP) se ha tomado

CUADRO I
Situación de los niños al nacer y su evolución

Nº	Condiciones al nacer	Serología VIH al nacer	Lactancia	Serología VIH-posterior	Edad Actual	Evolución
1	Bajo peso	+	No	+ a los 12, 24 y 30 meses	36 meses	Otoantritis y diarrea en los primeros meses. Posteriormente buena evolución.
2	Normal	No se realizó	No	No se realizó	34 meses	Sin datos.
3	Normal	- (a los 3 meses)	Sí	No se realizó	30 meses	Buena evolución
4	Normal	+ Ag -	No		30 días	
5	Normal	No se realizó	No	- a los 22 meses	23 meses	Buena evolución
6	Normal	No se realizó	No	- a los 11 meses	12 meses	Buena evolución.
7	Normal	No se realizó	Sí (2 años)	Indéterm. 18 meses y 36 meses	3 años	Bajo desarrollo pondoestatural. Bronquitis frecuente.
8	Normal	+ Ag -	Sí	- a los 11 meses	14 meses	Buen desarrollo.
9	Prematuro 35 semanas	No se realizó	Sí	- a los 12 meses	13 meses	Convulsión al mes. Bajo desarrollo pondoestatural.
10		+	Sí	+ a los 6 meses	11 meses	Diarrea e infecciones respiratorias reiteradas. Hepatoesplenomegalia. Desnutrición severa. SIDA.
11	Normal	-	No	- a los 10 meses	11 meses	Buena evolución.
12	Prematuro	ELISA +	No		45 días	
13	Muerto	No se realizó				Importantes, malformaciones.
14	Bajo peso	+	Sí	No se realizó	30 meses	Buena evolución.
15	Cardiopatía congénita	No se realizó	No	- a los 16 meses	18 meses	Diarrea e infecciones respiratorias repetidas. Buen desarrollo posterior.
16	Normal	+	Se desconoce	+ a los 7 meses		Fallece a los 9 meses en Caquexia. SIDA.
17	Normal	+ Ag -	Sí (2 días)		2 días	
18	Prematuro. Bajo peso	+ Ag -	No		15 días	
19	Normal	+	No		15 días	
20	Normal	-	No	No se realizó	1 año	Buena evolución.

como centro de referencia nacional para el control y tratamiento de personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Al 31 de agosto de 1990, se han controlado en este Servicio 62 mujeres infectadas con VIH. Se tomaron 25 de ellas que gestaron siendo ya infectadas o que fueron detectadas como tales a raíz del embarazo o el parto.

No se consideran embarazos anteriores dado que no fue posible determinar el momento de la infección VIH.

La edad de las embarazadas varió entre 16 y 32 años, con una media de 22.7 años. Los factores de riesgo para adquirir la infección VIH fueron la adicción a drogas I/V en 13, prostitución en 8, ambas condiciones en 1 y pareja sexual de hombre VIH positivo en 3.

La condición de infectada fue conocida durante la gesta-

ción o luego del parto en 18 oportunidades, entre 2 y 10 meses antes de la gestación en 8, y entre 1 y 2 años antes de la misma en 5 casos.

Todas las gestantes se encontraban en el estadio II de la infección VIH según la clasificación del Control Disease Center (C.D.C.), excepto una mujer de 21 años que a los 3 meses de un aborto provocado de 2 meses de gestación, desarrolló una neumonía a *Pneumocystis carinii* y otras complicaciones, falleciendo en situación de SIDA. Totalizaron 31 gestaciones, de las cuales 9 terminaron en aborto provocado y en general no reglamentado, 18 en parto, 2 cesáreas, 1 mantiene una gestación avanzada, y una madre que cursaba 7 meses de embarazo abandonó el país, por lo que se desconoce su evolución.

Sólo 7 niños fueron amamantados, en un caso por espacio de 2 años.

En 6 mujeres se realizó ligadura de trompas a solicitud de ellas al concluir la gestación.

La mayoría de los 20 niños que nacieron fueron atendidos en las Clínicas Ginecológicas del Hospital de Clínicas y del Hospital Pereira Rossell y su situación se resume en los Cuadros I y II.

La determinación de anticuerpos anti-VIH se realizó con técnica de ELISA y fue confirmada por técnica de Western Blot.

Se realizó antigenemia VIH en 4 RN, siendo todas negativas.

Como se mencionó anteriormente, una de las gestantes falleció en situación de SIDA a los 3 meses de haber abortado. Otra mujer adicta a drogas I/V falleció por endocarditis bacteriana, alejada y sin relación con la gestación.

Las demás que se mantienen en control están en situación estable, salvo una paciente que abortó y persiste con genitorragia luego de tres meses (Cuadro III).

Comentarios

La transmisión materno-infantil es la causa más frecuente de infección VIH en los niños (1-4).

Su incidencia está en aumento en la medida en que la transmisión heterosexual se incrementa y con ello la infección de mujeres en edad genital fértil.

Las madres VIH positivo asintomáticas tienen un riesgo de 10% de transmitirlo a su primer hijo, pero para las que han tenido un hijo infectado, los riesgos en los sucesivos embarazos son de 30 a 50% o más.

Este riesgo resulta difícil de evaluar entre otras cosas porque los estudios serológicos en el niño, tanto positivos como negativos, no son indicadores seguros de su situación por lo menos hasta los 18-24 meses (5).

Se sabe que los niños nacidos de madres con síntomas de infección VIH avanzada tienen 9 veces más riesgo de nacer infectados que los de mujeres infectadas asintomáticas (6).

Según Davison (7), 30% de todas las mujeres VIH positivo

han tenido por lo menos un embarazo luego de la infección.

De las mujeres VIH positivo controladas en el Servicio, 40.3% han gestado estando infectadas, siendo su edad promedio de 22.7 años. 58% conocieron su condición de infectada durante la gestación o luego del parto, pero un número apreciable se embarazaron cuando ya hacía varios meses que conocían su situación y algunas han reiterado la gestación.

Esto llama la atención sobre, por un lado, la falta de previsión (no uso de métodos anticonceptivos) o lo inseguro de los métodos (rotura de condón) y, por otro lado, la falla en la prevención de la transmisión del VIH.

En cuanto a las fallas en el aspecto preventivo, a los aparentes «olvidos» que tendrían como consecuencia estos embarazos, tenemos que considerar el aspecto psicológico de los mismos. En algunas madres que se embarazaron, estarían representando sus deseos inconscientes de continuar vivas a través de sus hijos ante la amenaza del SIDA.

Asimismo, en otros casos, especialmente en las madres drogadictas, implicarían una negación de los límites que impone la infección por el VIH, lo que supone que no hay un cambio en sus hábitos. Generalmente continúan consumiendo drogas y no adoptan medidas preventivas de ningún tipo.

En nuestro Servicio, a la mujer infectada se le informa de los riesgos que significa el embarazo, pese a lo cual en varios casos, a los pocos meses de esto, consulta embarazada.

Sólo 6 de ellas optaron por la esterilización con ligadura de trompas, estando informadas de que además deben mantener precauciones de barrera para no reinfectarse ni transmitir el virus.

En cuanto a la prosecución de la gestación, también se le informa a la embarazada de las distintas posibilidades evolutivas y los riesgos para ella y el niño.

Hubo 9 abortos, de los cuales 5 fueron no reglamentados, debiendo en varios casos completarse el legado.

Dado que más de 50% de las mujeres son drogadictas por vía I/V, entre las cuales de por sí es más frecuente el aborto espontáneo, y que las mujeres VIH positivo abortan el doble que las mujeres sanas, nos lleva a pensar que algunas otras gestaciones hayan pasado desapercibidas o no fueron comunicadas.

Respecto a los RN, 15% no tienen evidencia de haber sido infectados, en tanto que 50% es seguro o probable que se haya infectado según serología al nacer, careciendo de datos en el restante 35%. Entre éstos, uno fue óbito fetal con malformaciones en el tercer trimestre y otro se detectó a los 2 años con serología indeterminada.

En cuanto al RN que presentó malformaciones severas que resultaron inviables, pueden ser atribuidas a la infección VIH. Están descritas alteraciones craneoencefálicas y del desarrollo (8).

El niño con serología VIH indeterminada, mantiene frecuentes infecciones y bajo desarrollo.

CUADRO II

Situación de los niños al nacer y su evolución

4 VIH+	persistentes:
	1 nacido muerto
	1 fallecido a los 9 meses
	1 SIDA 11 meses
	1 buena evolución a los 36 meses
1 VIH Indeterminado	(bajo desarrollo)
5 VIH+ al nacer	(menos de 8 semanas)
1 VIH+ al nacer y - a los 11 meses	
1 VIH+ al nacer s/d posteriores	(actualmente de 30 meses)
7 VIH-	
1 s/d*	
20 TOTAL de niños nacidos madres VIH+	

* s/d = sin datos

Sin embargo, los Ac específicos pueden demorar muchos meses en aparecer debido a la falta de maduración del sistema inmune de los niños, pese a que los cultivos virales son positivos.

Hasta 15% de los niños de alto riesgo (madres drogadic-tas infectadas por VIH, etc.) estarían en esa situación (9, 10).

Tres niños nacieron prematuros pero uno fue serológicamente negativo al año y respecto de los otros dos, si bien fueron positivos al nacer, aún no se tiene la seguridad de que estén infectados.

De los dos niños nacidos con bajo peso, uno está infectado y el otro fue serológicamente positivo al nacer sin controles posteriores.

De los niños infectados, dos han desarrollado SIDA y uno falleció. Uno de 36 meses se mantiene en buenas condiciones, al igual que cinco menores de 8 semanas.

Según estadísticas publicadas, 75% de los niños nacidos infectados mueren antes del año de edad, y a los que se les diagnostica SIDA después del año, fallecen dentro de los 18 meses de establecido el diagnóstico.

Una mujer de 21 años falleció en situación de SIDA a los 5 meses de conocida como VIH positivo y a los 3 meses de haber abortado.

Si bien inicialmente se aceptó que el embarazo aceleraba la evolución de la infección, actualmente este concepto está en revisión, por lo menos para las mujeres infectadas asintomáticas.

Conclusiones

En nuestro país se ha incrementado la transmisión del VIH por vía heterosexual y por drogadicción, con lo que el número de nuevos casos de mujeres infectadas está

CUADRO III

Evolución de la gestación en 25 mujeres VIH+

<i>Aborto provocado</i>	9
<i>reglamentado</i>	4
<i>no reglamentado</i>	5
<i>Parto</i>	18
<i>a término</i>	15
<i>prematureo</i>	2
<i>prematureo muerto</i>	1
<i>Cesárea</i>	2
<i>En curso</i>	1
<i>Desconocida (fuera del país)</i>	1
<i>Total gestaciones</i>	31

en rápido ascenso (año 87: 1; año 88: 10; año 89: 26; 8 meses del año 90: 25) en el SEIC.

El número de niños infectados, sobre todo por transmisión vertical, también está en aumento.

La expectativa de vida del RN infectado es de algunos meses a pocos años.

Recomendaciones

- Debería darse una mayor información al público en general y a las mujeres gestantes en particular, del riesgo que existe para la madre, el embrión y el RN cuando una mujer infectada por VIH se embaraza.
- Con esta información toda mujer debe poder solicitar el estudio VIH para conocer su situación antes o durante la gestación.
- La determinación de Ac anti-VIH debe ser solicitada en forma obligatoria en toda gestante con algún factor de riesgo tal como: cualquier infección de transmisión sexual, drogadicción, compañera sexual de drogadicto, promiscua sexual, meretrício, abortos previos, hijos menores de 5 años que han fallecido de causa no aclarada o con infecciones múltiples.
- Toda mujer gestante VIH positivo que decida interrumpir su embarazo debe poder hacerlo en condiciones reglamentadas en vista del posible deterioro de su salud y de los riesgos significativos de transmitir la infección a su descendencia.
- Deben proporcionarse medidas anticonceptivas, tales como la ligadura de trompas, a la mujer VIH positivo que las solicite.
- Debe educarse, además, para que estas mujeres no transmitan la infección a sus compañeros sexuales ni se reinfecten con el VIH u otros agentes.
- Consideramos que el tratamiento de la adicción en drogadictos, en general, es prioritario si se pretende que incorporen algunas recomendaciones para la protección contra el VIH, y que lo es en particular para las mujeres en edad procreativa.

Résumé

On étudie le cours de 31 grossesses chez 25 femmes VIH+, qui représentent 40.3% des femmes assistées dans ce Service.

L'âge moyen est de 22.7 ans et les facteurs de risque pour l'acquisition du VIH sont les drogues I/V et la promiscuité sexuelle.

Il y eut 20 nouveaux-nés dont 5 furent infectés, 8 non-infectés et 7 desquels on n'a pas suffisamment d'éléments pour les classer.

Summary

The course of 31 gestations in 25 HIV women making up 40.3% of cases controlled at this Department is surveyed.

Their average age was 22.7 years and the most frequent risk factors in contracting HIV were i.v. drug addiction and sexual promiscuity.

These gestations yielded 20 newborns of which 5 were surely infected, 8 surely not infected while 7 offered no conclusive evidence for their classification.

Bibliografía

1. **Amman AJ, Wara D.** SIDA pediátrico. El Hospital 1988; 44 (4): 12-6.
2. **Amman AJ, Wara D.** SIDA pediátrico, El Hospital 1988; 44 (5): 13-7.
3. **Lewis S, Reynolds-Kohler C, Fox H Nelson.** HIV in trophoblastic and villous Hofbauer cells and haematological precursors in eight week fetuses. Lancet 1990; 335 (8689): 565-8.
4. **Pape JW, Johnson W.** Trasmisión perinatal del virus de la inmunodeficiencia humana. Bol Of Sanit Panam 1988; 105 (5 y 6): 528-42.
5. **Blanche S.** Materno-fetal infection by the human Immunodeficiency Virus (HIV). Sem Hôp Paris 1990; 66 (7): 365-7.
6. **Goedert JJ, Mendez H, Brummond JE et al.** Mother-to-infant transmission of human Immunodeficiency virus type 1: association with prematurity or low anti-gp 120. Lancet 1989; 1: 1351-5.
7. **Davison OF, Hudson CN, Ades AE, Peckhaman CS.** Antenatal testing for human Immunodeficiency Virus. Lancet 1989; 2: 1442-44.
8. **Marion R, Wiznia A, Hutcheon R, Rubenstein.** Human T-cell lymphotropic virus type III embryopathy. Am J Dis Child 1986; 140: 638-40.
9. **Borkowsky W.** Human Immunodeficiency Virus infections in infants negative for anti HIV by enzyme-linked immunoassay. Lancet 1987; 1 (8543): 1168-70.
10. **Mok J, Quinquinto C, De Rossi A, Grosch Warner J, Ades AE, Peckham CS.** Infants born to mothers seropositive for human Immunodeficiency virus. Lancet 1987; 1 (8543): 1164-7.