



NOTA DE PRENSA

GeSIDA, JUNTO A OTRAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y EL MINISTERIO DE SANIDAD, ACTUALIZA SUS RECOMENDACIONES PARA TRATAR DE ELIMINAR LA TRANSMISIÓN DEL VIH ENTRE MADRES E HIJOS DURANTE EL EMBARAZO, CUYA PREVALENCIA EN ESPAÑA YA ESTÁ POR DEBAJO DEL 1%

- El documento de consenso elaborado por GeSIDA, junto con la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) y el Grupo de expertos de la División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad (DCVIHT), insiste en el cribado universal de todas las mujeres en el primer trimestre de embarazo y en el tercer trimestre también independientemente del riesgo
- Esta guía también establece la necesidad de una aproximación multidisciplinar a la mujer con VIH que debe incluir, al menos, especialistas en ginecología, infectología, pediatría y matronas. Además, es aconsejable incorporar también a profesionales de atención primaria, psicología, psiquiatría y recursos sociales, en especial cuando se traten de mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad
- España cuenta en la actualidad con una tasa de transmisión vertical del VIH muy baja, del 0,72%. Pero se persigue con especial ahínco el objetivo de la eliminación de la misma, siendo prioritario para ello que las mujeres con VIH lleguen al momento del parto con la carga viral indetectable, de ahí la importancia de este documento de consenso

Madrid, 14 de mayo de 2024.- GeSIDA, Grupo de Estudio de SIDA de la SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica), junto con, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) y el Grupo de expertos de la División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis (DCVIHT) del Ministerio de Sanidad, han actualizado recientemente el 'Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto'.

Estas recomendaciones actualizan las publicadas en 2018 por las mismas entidades y sociedades científicas y van dirigidas a todos los profesionales que atienden a las mujeres embarazadas o con deseo de embarazo y a sus recién nacidos, teniendo como objetivo principal, que ninguna mujer afronte su embarazo sin conocer su estado

serológico frente al VIH y, preferiblemente, puedan llegar al parto con carga viral indetectable.

Para ello, la guía insiste en el cribado universal de todas las mujeres en el primer trimestre de embarazo y en el tercer trimestre también independientemente del riesgo. Además, recomienda el cribado de la pareja o parejas de la mujer como fuente de posible infección de la mujer. La identificación precoz de la infección por el VIH en la mujer previene de manera eficiente la transmisión de la madre al niño, siempre que aseguremos el acceso al tratamiento antirretroviral (TAR), el control obstétrico y la información adecuada por parte de los profesionales sanitarios.

Respecto a la versión de 2018, se ha introducido el concepto ya muy extendido de indetectable = intrasmisible y, por ello, actualmente, en aquellas mujeres con VIH que tienen la carga viral indetectable o son parejas de hombres con VIH con carga viral indetectable, se da prioridad a la concepción natural frente a otras técnicas más complejas y caras, así como la indicación de parto natural en la mayor parte de las mujeres, si no hay complicaciones obstétricas.

Además, abre la posibilidad de la lactancia natural en situaciones especiales, aunque todavía no se recomienda como preferente al no existir un riesgo nulo de transmisión. Es por ello que cada caso debe ser abordado de forma individualizada. Hay un compromiso de ahondar más en este punto con unas guías específicas que ayuden a mujeres y profesionales a su realización con la máxima seguridad para el recién nacido. Por otro lado, se insiste en que las mujeres con deseo reproductivo y problemas de fertilidad deben ser manejadas y tratadas como una mujer sin VIH.

En cuanto al tratamiento antirretroviral, para la actualización del documento se ha contado con la información novedosa de importantes ensayos clínicos y estudios observacionales que han demostrado que no existe mayor riesgo de malformaciones congénitas en mujeres tratadas con dolutegravir, y que los regímenes que contienen dolutegravir y tenofovir alafenamida son más eficaces y seguros para la madre, el feto y el recién nacido que otros regímenes utilizados previamente.

Esta guía también establece la necesidad de una aproximación multidisciplinar a la mujer que debe incluir, al menos especialistas en ginecología, infectología, pediatría y matronas. Además, con relativa frecuencia, se ha de incorporar a profesionales de atención primaria, psicología, psiquiatría y recursos sociales, en especial cuando se traten de mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad.

La guía aporta unos algoritmos sencillos que facilitan el manejo de la mujer gestante con VIH y el recién nacido con los pasos esenciales y más consolidados en el manejo clínico. Aunque ha sido recién revisado, el documento deberá ser actualizado a medida que se generen evidencias relevantes.

Prevalencia del 0,72% de la transmisión vertical del VIH en España

España cuenta en la actualidad con una tasa de transmisión vertical del VIH muy baja, del 0,72%, aun así se persigue el objetivo de la eliminación total de la misma, siendo prioritario para ello que las mujeres con VIH puedan llegar al momento del parto con carga viral indetectable, de ahí la importancia de este documento de consenso recientemente actualizado.

Estos datos de prevalencia se extraen de un estudio sobre la Cohorte Nacional de mujeres embarazadas con VIH y sus hijos expuestos (2020-2022), presentado en el último Congreso Nacional de GeSIDA, principal encuentro científico sobre VIH de España, a finales de 2023. En dicho trabajo se describió la población actual de mujeres embarazadas que viven con VIH y sus recién nacidos expuestos. Se analizaron los partos de estas mujeres entre 2020-2022 y sus hijos expuestos en España (61 hospitales, 16 comunidades autónomas).

Se registraron 402 gestaciones: mediana de edad 32,9 años, 33,1% españolas, 31,8% africanas, 23,5% latinoamericanas; infectadas un 74% por vía sexual, 20,4% por transmisión vertical. El 80,4% habían sido diagnosticadas antes de la gestación, el 12,3% durante la misma (0,3% en el parto). El 98% de las mujeres con el virus recibió tratamiento antirretroviral durante el embarazo, presentando carga viral indetectable en el parto el 89,3%. El 59,3% fueron partos vaginales, el 27,6% cesárea electiva y 13,1% urgente.

Se incluyeron 414 recién nacidos expuestos (12 embarazos múltiples), 52% varones. Nacieron un 11,1% de recién nacidos pretérmino y el 9,7% tenían bajo peso para la edad gestacional. Recibieron profilaxis con zidovudina en monoterapia un 86,5% de los expuestos, con triple terapia un 10,9% y un 0,7% no recibió profilaxis.. Un recién nacido recibió lactancia materna por un tiempo limitado, sin transmisión de infección perinatal.

Sólo hubo 3 casos de transmisión vertical. Dos gestantes (una española, otra de origen guineano), diagnosticadas en tercer trimestre (semana 35 y 36) que recibieron tratamiento antirretroviral con TDF/FTC/RAL, y tenían carga viral VIH detectable en el momento del parto. Y una tercera mujer, de origen guineano, diagnosticada en semana 28, en tratamiento con TDF/FTC/EFV, con muy mala adherencia al mismo, que también tenía carga viral detectable en el momento del parto. En todas se realizó cesárea electiva en semana 38. Los recién nacidos (de peso adecuado) recibieron triple terapia y se confirmó el diagnóstico al 4º, 7º y 14º día de vida.

Este trabajo evidencia que cada caso de transmisión vertical debe ser analizado en detalle para que suponga un aprendizaje y evitar situaciones similares en el futuro.

Para más información:

Gabinete de comunicación de GeSIDA: Tomás Muriel (605 603 382)