

Resistencia a un medicamento para el tratamiento de VIH en gestantes

Sol Yiber Beltrán
Enfermera especializada – Subdirección
Vigilancia en Salud Pública

Karen Castiblanco
Enfermera especializada – Subdirección
Vigilancia en Salud Pública

Jenny Gaitán
Enfermera especializada – Subdirección
Determinantes en Salud

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública global. En 2016, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus. A pesar de que los antirretrovirales han demostrado su efectividad y se constituyen en la principal estrategia para frenar la replicación del virus en el organismo, aun no logra la cobertura requerida para el control de la enfermedad. Tal es el caso de las mujeres infectadas que están embarazadas o en periodo de lactancia cuyo acceso al tratamiento antirretroviral es inferior al 76 % (1).

En Colombia, el estudio de fármacorresistencia al VIH realizado en 2016 en personas sin exposición previa a los medicamentos antirretrovirales (ARV) permitió concluir que la resistencia pretratamiento del VIH es inferior al 10 %. Sin embargo, la resistencia puede cambiar en corto tiempo si la tendencia de los virus circulantes sigue la de otros países. La mayoría de los casos con resistencia se asocian a mutaciones del virus en personas sin antecedentes o con tratamiento previo (1), por lo que el uso de la zidovudina/lamivudina en mujeres embarazadas puede ser conside-

rado como un riesgo particular, dado que se han detectado casos de mutaciones en un 3,1 % de los casos (2).

Por lo anterior, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá trabaja en la adopción de la Circular 013 de marzo de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, relacionada con acciones de gestión en salud pública para la prevención, diagnóstico, manejo, control y vigilancia del VIH, coinfección TB/VIH, sífilis gestacional y congénita, hepatitis B y C, resaltando dos recomendaciones:

- » Considerar el retiro de la zidovudina de los esquemas de inicio de las personas con VIH mayores de 13 años, acorde con resultados del estudio de farmacorresistencia pre-TAR de Colombia 2016, que evidenció resistencia funcional a los antirretrovirales del 5,1 %.
- » Inicio de tratamiento en gestantes infectadas por VIH con esquemas recomendados, dado que se encontró que el riesgo de resistencia y consecuente falla virológica con zidovudina/lamivudina es del 3,1 % como combinación de análogos en el primer esquema de tratamiento en estas mujeres en Colombia, lo que genera riesgo de transmisión materno-infantil, como lo menciona el estudio.

En los últimos cinco años, Bogotá ha logrado mantener el comportamiento de la transmisión materno-infantil en dos casos o menos. En 2016 se logró mantener en cero casos la transmisión madre e hijo de VIH y en 2017 y 2018 se mantuvo por debajo de dos casos. En agosto 2019 se mantiene la notificación en cero casos de transmisión materno-infantil de VIH, lo que evidencia un avance en la identificación de factores de riesgo durante la gestación, parto y posparto en lo relacionado con el tamizaje para

VIH. En este sentido, es necesario continuar aunando esfuerzos para la respuesta ante el VIH, con acciones de canalización temprana de las gestantes a control prenatal, acceso a la prueba rápida, garantizar el acceso terapéutico, incluyendo la actualización de los esquemas de tratamiento y acciones de apoyo del equipo de salud que permitan adherencia al tratamiento y, por ende, disminuir el riesgo de resistencia, identificar fallas terapéuticas y realizar estudios de vigilancia de la resistencia al VIH de los antirretrovirales cada tres años.

Referencias

1. OMS. VIH/sida [internet]. 2019 [citado 2019 nov. 5]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
2. OPS/OMS. Global Action Plan on HIV Drug Resistance 2017-2021. Ginebra: OMS; 2017.