

# La infección conjunta por VIH y paludismo en el embarazo

La infección por VIH y paludismo acarrea ciertas complicaciones para las mujeres embarazadas y para el desarrollo del feto. El VIH mina la inmunidad contra el paludismo que es específica del embarazo y que normalmente se adquiere durante el primer y el segundo embarazo. El paludismo placentario está asociado con un aumento del riesgo de la mujer de padecer anemia materna y de contraer el VIH, sobre todo entre las mujeres más jóvenes y primerizas. No se conoce con certeza cómo incide la infección conjunta en la transmisión materno-infantil del VIH, ya que algunos estudios informan de un mayor número de casos mientras que según otros no se registra variación. Los riesgos potenciales de una interacción adversa de los medicamentos tienen implicaciones importantes para la lucha eficaz contra la infección conjunta, por lo que es preciso investigar más a fondo.

Aunque el paludismo afecta a Asia, América Latina y el Caribe y África subsahariana, las cifras más elevadas de infecciones conjuntas se dan en África, el continente con más casos de paludismo, y donde viven más de tres cuartas partes de todas las mujeres que padecen el VIH. Existen variaciones entre las regiones. Las más afectadas son la República Centroafricana, Malawi, Mozambique, Zambia y Zimbabwe, países en los que cerca del 90% de los adultos están expuestos al paludismo y en los que el promedio de la prevalencia del VIH en adultos sobrepasa del 10%. En partes de la zona más meridional de África, donde la epidemia de VIH azota con más fuerza, los índices de paludismo son más bajos, aunque sí se producen brotes en zonas concretas como Kwazulu-Natal, en Sudáfrica.

Aunque los datos correspondientes a otras regiones no son tan claros, puede que se produzcan casos de infecciones conjuntas entre las poblaciones de Belice, El Salvador, Guatemala, Guyana y Honduras, y en menor medida el Brasil. Las investigaciones indican que determinadas poblaciones, como los trabajadores migratorios de las minas de oro del Brasil y Guyana, están expuestos a un riesgo mayor de padecer infecciones conjuntas. La epidemia de VIH está generalizada en países asiáticos como Myanmar y Tailandia, aunque la transmisión del paludismo es desigual y heterogénea en toda esta región, como ocurre en América Latina y el Caribe. Las especies más habituales de paludismo en cada una de estas regiones también varían (*P. falciparum* en África, *P. Vivax* en Asia y América Latina y el Caribe), y los efectos de la enfermedad pueden variar según los grados de inmunidad que la mujer haya alcanzado en el momento en que queda embarazada. Las mujeres de Asia están menos expuestas a una transmisión intensa del paludismo y por tanto tienen menos oportunidades de desarrollar una inmunidad adquirida. Esto también ocurre en las zonas de transmisión inestable del paludismo, como algunas partes de África meridional. La mayoría de los estudios sobre el paludismo en el embarazo provienen de África, y es necesario realizar más investigaciones sobre otras regiones y sobre especies que no son *falciparum*.

Los enfermos de paludismo que padecen anemia grave y requieren transfusiones de sangre, en particular los niños y niñas, tienen un riesgo mayor de contraer el VIH. Cada año, entre 5.300 y 8.500 niños y niñas de zonas endémicas de paludismo de África contraen el VIH a causa de las transfusiones de sangre que les son administradas por padecer paludismo grave.

Pese a las diferencias regionales, las infecciones conjuntas afectan a todas las mujeres embarazadas de forma similar. En combinación con el paludismo, el VIH en el embarazo aumenta el riesgo de

padecer anemia grave y disminuye la respuesta inmune que hayan podido desarrollar las mujeres que viven en zonas donde la transmisión del paludismo es estable, lo que en la práctica significa que las mujeres que padecen VIH en su segundo, tercero y cuarto embarazo tienen un nivel tan bajo de inmunidad al paludismo como las mujeres que se hallan en su primer embarazo. Las mujeres embarazadas que padecen VIH tienen una susceptibilidad dos veces mayor de contraer paludismo clínico, con independencia de su estado grávido. En el caso de estas mujeres, el paludismo puede restringir el crecimiento del feto, ser causa de parto prematuro y de que los bebés nazcan con un peso inferior al normal, y disminuir la transmisión al bebé de las respuestas inmunitarias y las reacciones celulares generadas por la madre frente a enfermedades infecciosas como la neumonía bronquial, el tétanos y el sarampión. Pruebas recientes apuntan que las madres que padecen VIH y paludismo a la vez son más propensas a tener bebés con un peso inferior al normal; por otra parte, los bebés nacidos con un peso inferior al normal mostraban un riesgo significativamente mayor de contraer el VIH por transmisión materno-infantil que los que nacieron con un peso normal.

Los efectos del paludismo en el VIH no están tan claros, aunque se sabe que los episodios de paludismo grave pueden incrementar la carga viral en la sangre y acelerar la progresión de la enfermedad. La infección por paludismo durante el embarazo puede aumentar el riesgo de transmisión materno-infantil del VIH en el útero, y el incremento de la carga viral puede resultar en un mayor riesgo de transmisión durante la lactancia. Algunos estudios prueban que es posible que la carga viral retorne a los niveles previos a la infección después de un tratamiento antipalúdico, lo cual sugiere que el tratamiento del paludismo podría resultar crítico a la hora de ralentizar la proliferación del VIH y su progresión hasta convertirse en SIDA.

Una de las cuestiones más acuciantes en relación con las infecciones conjuntas se refiere a las terapias con medicamentos. La Organización Mundial de la Salud recomienda que todas las mujeres embarazadas que viven en zonas de prevalencia elevada del VIH (>10%) reciban al menos tres dosis de sulfadoxina-pirimetamina como tratamiento preventivo intermitente, incluso en casos asintomáticos, salvo que tomen cotrimoxazol para tratar las infecciones oportunistas del VIH.

Muchos gobiernos africanos están empleando una terapia combinada basada en la artemisinina para la gestión de los casos de paludismo durante el embarazo; aunque por ahora los estudios al respecto son escasos, la OMS continúa recomendando el uso de este tratamiento para casos poco complicados de paludismo durante el primer trimestre del embarazo, si es el único tratamiento eficaz disponible. En casos de anemia grave, debería administrarse un tratamiento terapéutico ya sea con artemisinina o con quinina, si bien el uso del primero es preferible en el segundo o tercer trimestre del embarazo. Hay poca información publicada acerca de los riesgos de la administración simultánea de medicamentos antirretrovirales y antipalúdicos, en especial los derivados de la artemisinina, aunque de momento no se ha observado que la toxicidad de las artemisininas sea importante cuando se administran conjuntamente con medicamentos anti-retrovirales o en fases tempranas del embarazo.

Véanse las referencias, pág. 109.