
La aplicación generalizada de medidas preventivas en la embarazada con infección por virus de la inmunodeficiencia humana puede evitar su transmisión vertical

C. Ochoa Sangrador^a, G. Orejón de Luna^b

^aHospital Virgen de la Concha. Zamora, España.

^bCS General Ricardos (Servicio Madrileño de Salud). Madrid, España.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2008;10 Supl 1:S117-20

Carlos Ochoa Sangrador, cochoas@meditex.es

Referencia bibliográfica: Orío M, Peña JM, Rives MT, Sanz M, Bates I, Madero R, De José MI. Cambios en la transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana: comparación de los años 1994 y 2004. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:321-4.

Palabras clave en inglés: HIV; disease transmission, vertical; cesarean section; anti-retroviral agents.

Palabras clave en español: VIH; transmisión vertical de enfermedades; cesárea; antirretrovirales.

Fuente original: Ochoa Sangrador C, Orejón de Luna G. La aplicación generalizada de medidas preventivas en la embarazada con infección por virus de la inmunodeficiencia humana puede evitar su transmisión vertical. *Evid Pediatr*. 2007;3:34.

Dirección electrónica del artículo: www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol3/2007_numero_2/2007_vol3_numero2.5.htm

Resumen estructurado

Objetivo: describir la repercusión sobre la transmisión vertical de la aplicación generalizada de medidas preventivas en la mujer embarazada con infección VIH en la última década.

Diseño: estudio retrospectivo de cohortes sobre estudio transversal.

Emplazamiento: Hospital Universitario la Paz, Madrid.

Población de estudio: dos series de pa-

rejas madre-hijo, constituidas por mujeres infectadas por el VIH y sus hijos nacidos en 1994 o 2004, previamente diagnosticados o identificados a partir de cribado sistemático de infección VIH.

Evaluación del factor de riesgo: se analizaron el año de estudio, edad y origen de la madre, vía de contagio, momento del diagnóstico, coinfección por los virus de la hepatitis B y C, infección por el VIH en el cónyuge, hijos previos infectados, ti-

po de parto, tiempo de amniorraxis, tratamiento antirretroviral materno y neonatal, sexo del hijo, peso al nacimiento, edad gestacional y tipo de lactancia.

Medición del resultado: se valoró la adquisición por parte del hijo de la infección por el VIH, edad al diagnóstico y la existencia de coinfección por el virus de la hepatitis C. Los criterios diagnósticos empleados fueron: menores de 18 meses con anticuerpos contra el VIH y positividad en dos determinaciones consecutivas, por cultivo, reacción en cadena de la polimerasa (PCR) o detección del antígeno p24; mayores de 18 meses con los criterios anteriores y/o anticuerpos contra el VIH persistentemente positivos por análisis de inmunoabsorción ligado a enzimas (enzimoinmunoanálisis) y test confirmatorios (*Western blot*). En 2004 se diagnosticaron mediante PCR (Amplicor VIH-1®, *Roche Diagnostic Systems*), a las 0, 3 y 6 semanas y a los 3 y 6 meses. Se consideró no infectado al niño cuando los anticuerpos se negativizaron en los primeros 18 meses de vida y/o se encontraron dos determinaciones negativas por PCR distanciadas dos semanas.

Resultados principales: se incluye a 40 parejas madre-hijo de 1994 y 35 de 2004. La tasa de transmisión vertical del VIH fue del 35% en 1994 y del 0% en 2004. No se observaron cambios en la

transmisión del virus de la hepatitis C (2,5% y 2,8%). En 1994 las madres infectadas por el VIH estaban más sintomáticas y la vía de infección preferente era el uso de drogas intravenosas (77,5%), el parto vaginal era el más frecuente (85%), y el tiempo de bolsa rota, más prolongado. En 2004 la vía de infección materna por el VIH fue principalmente sexual (80%), se había generalizado el tratamiento antirretroviral combinado en la mujer seropositiva (88,6%), la cesárea programada era más frecuente (88,6%) y todos los neonatos recibieron zidovudina.

Conclusión: la aplicación generalizada de medidas preventivas en la embarazada con infección por virus de la inmunodeficiencia humana, fundamentalmente la administración de antirretrovirales en el embarazo y al neonato, así como las medidas obstétricas preventivas (cesárea programada), puede evitar la transmisión vertical del VIH.

Conflicto de intereses: no consta.

Fuente de financiación: no consta.

Comentario crítico

Justificación: la prevención de la transmisión vertical de la infección VIH es un objetivo sanitario prioritario, considerando su impacto en términos de morbilidad y costes. Actualmente

contamos con diversas estrategias preventivas que son eficaces, fundamentalmente el tratamiento antirretroviral, tanto en monoterapia como en pautas combinadas de alta actividad. Aunque el papel de la cesárea programada es objeto de debate, parece que ha contribuido claramente a la progresiva reducción de la transmisión vertical del VIH. Dada la importancia de la prevención y la disponibilidad de intervenciones eficaces, resulta de gran importancia evaluar en nuestro medio su grado de aplicación y resultados.

Validez o rigor científico: el estudio tiene las limitaciones propias de un estudio retrospectivo y no experimental. No obstante, su diseño es adecuado para valorar la práctica clínica real y sus resultados globales. Las cohortes han sido seleccionadas a partir de la revisión de casos ya conocidos y casos diagnósticos con un sistema de cribado sistemático materno-neonatal, por lo que parecen representativas. Sin embargo los autores no detallan el grado de cobertura del cribado, desconociéndose si pudo perderse algún caso. Las cohortes comparadas son claramente diferentes y por limitaciones de diseño no se puede diferenciar el efecto de cada una de las intervenciones preventivas que se han instaurado en la última década. En cuanto a las pérdidas durante el segui-

miento, éstas fueron escasas y sólo ocurrieron en la cohorte de 1994, por lo que no deben influir en los resultados.

Interés o pertinencia clínica: la tasa de transmisión vertical de infección VIH obtenida en 2004 en la muestra estudiada (0%; intervalo de confianza del 95: 0%-8,2%) representa el objetivo a conseguir en nuestro entorno sanitario. Lamentablemente, las condiciones de control encontradas en este estudio no se alcanzan siempre por lo que, aunque en un número muy reducido¹, siguen produciéndose infecciones evitables.

Aplicabilidad en la práctica clínica: la información presentada en este estudio apoya los resultados de ensayos clínicos que han evaluado la eficacia de las intervenciones preventivas disponibles, así como las recomendaciones de todas las instituciones implicadas. La trascendencia del objetivo aquí planteado justifica que en nuestro medio realicemos cribado universal de infección VIH en la embarazada, recuperando las gestaciones previamente no controladas con realización a las madres o recién nacidos de test rápido de VIH, tratamiento antirretroviral a las gestantes infectadas y a sus recién nacidos, cesárea programada si la carga viral es superior a las 1.000 copias/ml y retirada de la lactancia materna².

Bibliografía

1. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia epidemiológica del SIDA en España Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización a 31 de diciembre de 2006. Informe Semestral nº 2, Año 2006 [en línea][consultado el 27/04/2007]. Disponible en www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/pdf/SPNS_Informe_junio_2006.pdf

2. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV-1 Transmission in the United States. Public Health Service Task Force; 2006 [en línea][consultado el 27/04/2007]. Disponible en <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/PerinatalGL.pdf>

