



Editorial

La transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana hoy

Carlos Rodrigo Gonzalo-de-Liria. Unidad de Enfermedades Infecciosas e Inmunología Clínica. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona (España). Correo electrónico: Carlos.Rodrigo@uab.es

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

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

Fecha de recepción: 27 de mayo de 2007
Fecha de aceptación: 29 de mayo de 2007

Fecha de publicación: 1 de junio de 2007

Evid Pediatr. 2007; 3: 31 doi: vol3/2007_numero_2/2007_vol3_numero2.2.htm

Cómo citar este artículo

Rodrigo Gonzalo de Liria C. La transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana hoy. Evid Pediatr. 2007; 3:31.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín por medio del ETOC <http://www.aepap.org/EvidPediatr/etoc.htm>

Este artículo está disponible en: http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol3/2007_numero_2/2007_vol3_numero2.2.htm
EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA es la revista oficial del Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. © 2005-07. Todos los derechos reservados

La transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana hoy

Carlos Rodrigo Gonzalo-de-Liria. Unidad de Enfermedades Infecciosas e Inmunología Clínica. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona (España).
Correo electrónico: Carlos.Rodrigo@uab.es

En la actualidad hay pocas dudas sobre la eficacia de las medidas de prevención de la transmisión vertical de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) de madre a hijo: cuando se aplican todas y correctamente, el riesgo de contagio del hijo es prácticamente nulo¹. Más difícil es precisar si realmente siempre son necesarias todas, cuáles son imprescindibles y cuáles se pueden obviar en determinadas circunstancias. En los países en los que ya se están aplicando las actuaciones profilácticas y se han alcanzado tasas de transmisión inferiores al 1 - 2% es prácticamente imposible delimitar la influencia de cada una de las medidas, y no sería ético eliminar alguna sin suficiente rigor científico. Por tanto, es impensable que se efectúe algún estudio prospectivo, de diseño aleatorio, enmascarado, con varias ramas de actuaciones profilácticas, comparado con placebo... y con suficiente número de participantes como para que los resultados obtenidos permitiesen alcanzar significación estadística y clínica.

Pero sí contamos con estudios realizados en países con baja renta, en donde se ha hecho (o se ha estudiado) "lo que se ha podido" y cuyos resultados pueden ayudarnos a definir el papel de las distintas medidas profilácticas aisladas o en combinaciones parciales. Debido a la multitud de variables de confusión y de sesgos derivados de las muy diferentes circunstancias que rodean a las mujeres infectadas por el VIH de unos y otros "mundos", la extrapolación de la información no puede ser directa, pero es lo que hay y, desde luego, más válido que la mera intuición a veces empleada. También es útil conocer casos particulares paradigmáticos de un resultado -bueno o malo-, así como los obtenidos por facultativos que han aplicado a lo largo del tiempo pautas consideradas hoy en día incompletas - pero en su momento posibilistas - y que tan a menudo no comunican sus datos por desconocimiento de la importancia de sus resultados.

Como en tantas otras facetas, en realidad nadie es un "gran experto" en la infección por VIH pediátrica: nadie sabe suficiente sobre las medidas idóneas para evitar la transmisión de madre a hijo. Conocemos los extremos: nada frente a todo, pero no hemos de olvidar que muy a menudo faltan recursos económicos y médicos para llevar a cabo la profilaxis² o el diagnóstico de la infección materna se hace tarde (avanzada la gestación o en el momento del parto) y no se pueden instaurar las medidas preventivas con eficacia demostrada. En tales casos hay que intentar hacer lo que razonablemente parezca lo mejor: tratar a la madre lo antes posible, practicar una cesárea electiva y considerar cuál es la mejor pauta terapéutica para la profilaxis del niño (zidovudina sola o asociada a lamivudina e incluso a nevirapina)³.

El interesante trabajo de M. Orío et al publicado en

Medicina Clínica⁴ nos muestra la fotografía de lo que era la situación de las embarazadas con infección por VIH en España en 1994 y la de diez años después, y pone en evidencia cambios espectaculares en la edad de las madres, frecuencia de inmigrantes, vía de contagio e incidencia de infección por virus de hepatitis B materno, porcentaje de mujeres tratadas antes y, sobre todo, durante la gestación, grado de afectación materno, tipo de parto, tratamiento profiláctico realizado a los recién nacidos y -¡gran resultado!- la tasa de transmisión vertical de la infección por VIH de madres a hijos que descendió del 35% al 0%. Lo decía en una editorial reciente sobre la infección por VIH en los niños⁵: en nuestro medio "se ha logrado la práctica eliminación de contagios de madre a hijo, la forma fundamental de adquisición de la infección por los niños; aunque sorprendentemente poco comentado, éste ha sido probablemente el éxito más importante logrado en la lucha contra el SIDA hasta el momento". ¡Qué diferente es la situación global en el mundo, en donde solamente el 9% de las embarazadas infectadas reciben tratamiento profiláctico para evitar la transmisión del VIH a su hijo!⁶.

No obstante, el trabajo del grupo de M. Orío y M.I. de José, del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Infantil la Paz⁴, también confirma algunos aspectos claramente negativos: no se ha modificado el porcentaje de mujeres con coinfección por virus de la hepatitis C (superior al 30%), todavía más de una cuarta parte de las infectadas se enteran de ello durante el embarazo y casi el 9% en el momento del parto, lo que limita las posibilidades de prevención de la transmisión, con el consiguiente riesgo de que se produzcan casos de contagio fetal o perinatal.

Cabe destacar que en ambos periodos la tasa de transmisión de la infección por virus de la hepatitis C de madre a hijo fue ha sido baja (2,5% y 2,8%, un solo caso en cada cohorte), contradiciendo -y mi experiencia personal es la misma que la del estudio de Madrid - las tasas más elevadas citadas habitualmente⁷. Son buenas noticias que todos los recién nacidos recibieran profilaxis (aunque en tres casos se inició más tarde de lo recomendado) y que un alto porcentaje de mujeres fueran sometidas a cesáreas programadas, que por sí solas reducen el riesgo de contagio en un 55-80%¹.

C. Ochoa y G Orejón, en su acertado comentario crítico de este artículo⁸, refieren la importancia de las pruebas de diagnóstico rápido realizadas a las embarazadas - al recién nacido ya sería demasiado tarde -, que permiten establecer una profilaxis aún considerada eficaz en el momento del parto (zidovudina endovenosa) y al

recién nacido (zidovudina oral, asociada o no a otros antirretrovirales) iniciada en las primeras 6-12 horas de vida⁹. Dada la fácil realización de esta prueba y su elevada sensibilidad (cercana al 100%) con buena especificidad, no se debería consentir que hubiera ningún parto en el que no se conociera el estado serológico de la mujer frente al VIH¹⁰, como mínimo en los minutos siguientes al expulsivo (en el caso extremo y peor de que la madre llegase ya en esa fase) para poder tratar al niño ya desde las primeras horas de vida, con objeto de obtener el máximo beneficio del probablemente menos eficaz componente de la profilaxis.

La indicación de la cesárea electiva en mujeres con carga viral inferior a 1.000 parece quedar rechazada tanto por los autores del artículo de Medicina Clínica⁴ como por los del comentario en Evidencias en Pediatría⁸, sin que haya pruebas convincentes y definitivas que apoyen esta postura¹¹. Por pequeño que sea el efecto residual de una medida que por sí sola disminuye en más de un 50% el contagio cuando la tasa de transmisión es ya muy baja, bienvenido sea: un solo caso de infección por VIH evitado a un niño es una enormidad, y una reducción del 55-80% sobre un riesgo del 1% es un caso menos cada 225-500 partos de mujeres infectadas por VIH. ¿Seguro que no merece la pena?

Aunque suele haber correlación entre la carga viral plasmática y en el tracto genital, se han descrito discordancias, sobre todo entre la carga proviral de VIH en sangre y en secreciones genitales¹², por lo que la carga viral plasmática podría no ser siempre un índice fiable del riesgo de transmisión vertical. Si se acepta que hay que administrar profilaxis con antirretrovirales en mujeres con menos de 1.000 copias de VIH/mL¹, ¿por qué no recomendar la cesárea electiva que ha demostrado una elevada eficacia para disminuir la tasa de transmisión? Las potenciales mayores complicaciones de la cesárea programada en relación con el parto vaginal no son suficiente argumento para el beneficio que se pretende conseguir.

Bibliografía:

- 1.- Perinatal HIV Guidelines Working Group, Public Health Service Task Force. 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; octubre 2006. [en línea][fecha de consulta: 26-V-2007]. Disponible en: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/PerinatalGL.pdf>
- 2.- UNICEF. Africa's orphaned and vulnerable generations: children affected by AIDS. Unicef Executive summary 2006. [en línea][fecha de consulta: 26-V-2007]. Disponible en: <http://www.unicef.ca/portal/Secure/Community/502/WCM/WHATWEDO/hiv/assets/AOG%20Report%20pre-publication%20PDF%2014%20August%2006.pdf>
- 3.- Iribarren JA, Ramos JT, Guerra L, Coll O, De José MI, Domingo

P, et al Prevención de la transmisión vertical y tratamiento de la infección por VIH en la mujer embarazada. Recomendaciones de GESIDA-SEIMC, Asociación Española de Pediatría (AEP), Plan Nacional sobre el Sida y Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). *Enferm Infec Microbiol Clin* 2001;19:314-35.

4.- Orío M, Peña JM, Rives MT, Sanz M, Bates I, Madero R, et al. 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.

5.- Rodrigo C. La cara menos conocida del sida: la infección en los niños. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:52-4.

6.- Piot P. AIDS: from crisis management to sustained strategic response. *Lancet*. 2006;368:526-30.

7.- Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease. *MMWR*. 1998;47(No. RR-19):1-39.

8.- Ochoa Sangrador C, Orejón de Luna G. Los cambios en el manejo de la embarazada con infección por virus de la inmunodeficiencia humana en la última década pueden evitar su transmisión vertical. *Evid Pediatr*. 2007;3:34.

9.- Bulterys M, Jamieson DJ, O'Sullivan MJ, Cohen MH, Maupin R, Nesheim S, et al. Rapid HIV-1 testing during labor: a multicenter study. *JAMA*. 2004; 292:219-23.

10.- American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion on obstetric practice. Prenatal and perinatal human immunodeficiency virus testing: expanded recommendations. *Obstet Gynecol*. 2004;104 (pt 1):1119-24.

11.- The European Mode of Delivery Collaboration. Elective cesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomised clinical trial. *Lancet*. 1999; 353:1035-9.

12.- Hart CE, Lennox JL, Pratt-Palmore M, Wright TC, Schinazi RF, Evans-Strickfaden T, et al. Correlation of human immunodeficiency virus type 1 RNA levels in blood and the female genital tract. *J Infect Dis*. 1999;179:871-82.