



Artículo Valorado Críticamente

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

Carlos Ochoa Sangrador. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. (España).

Correo electrónico: cochoas@meditex.es

Gloria Orejón de Luna. Centro de Salud General Ricardos. Madrid. (España).

Correo electrónico: gloriaglo04@hotmail.com

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: 29 de abril de 2007

Fecha de aceptación: 2 de mayo de 2007

Fecha de publicación: 1 de junio de 2007

Evid Pediatr. 2007; 3: 34      doi: vol3/2007\_numero\_2/2007\_vol3\_numero2.5.htm

### Cómo citar este artículo

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.

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\\_numero2.5.htm](http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol3/2007_numero_2/2007_vol3_numero2.5.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 aplicación generalizada de medidas preventivas en la embarazada con infección por virus de la inmunodeficiencia humana puede evitar su transmisión vertical

Carlos Ochoa Sangrador. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. (España). Correo electrónico: cochoas@meditex.es  
Gloria Orejón de Luna. Centro de Salud General Ricardos. Madrid. (España).  
Correo electrónico: gloriaglo04@hotmail.com

**Referencia bibliográfica:** 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

### 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 parejas 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, tipo 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<sup>®</sup>, 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 morbimortalidad 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 seguimiento, 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 reducido<sup>1</sup>, 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 materna<sup>2</sup>.

#### **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: 27 de abril de 2007]. Disponible en: [http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/pdf/SPNS\\_Informe\\_junio\\_2006.pdf](http://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: 27 de abril de 2007]. Disponible en: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/PerinatalGL.pdf>.