

CENTRO PROVINCIAL DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DEL VIH EN CUBA: UNA EXCEPCIÓN DE LA TRISTE REALIDAD

Por:

Dra. Marlevis Bello Pérez¹ y Dr. Neil Reyes Miranda¹

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Santa Clara, Villa Clara.

Descriptor deCS:

TRANSMISION VERTICAL DE
ENFERMEDAD
SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA
ADQUIRIDA/transmisión
INFECCIONES POR VIH

Subject headings:

DISEASE TRANSMISSION, VERTICAL
ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY
SYNDROME/transmission
HIV INFECTIONS

La transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) de madre a hijo es un problema sumamente importante para la salud pública de cualquier país del mundo¹. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el VIH/SIDA calcula que más de 1 300 niños nacen cada día con la infección por el virus. La transmisión materno-infantil (TMI) es la principal vía por la que ellos lo adquieren².

Sin la aplicación de alguna intervención durante el embarazo, el parto y la lactancia, la tasa de TMI del VIH puede variar entre 15 % y 30 %, siempre que se use lactancia artificial; pero con la lactancia materna prolongada, estas tasas pueden alcanzar valores tan altos como 30-50%^{3,4}.

Diversos factores pueden incrementar el riesgo de tener hijos portadores de VIH, como son los maternos: la edad de la madre (después de los 25 años se incrementa el riesgo por cada cinco años más); un estado avanzado de la enfermedad de la madre o que padezca otras infecciones agregadas durante el embarazo; la ausencia de tratamiento antirretroviral –los estudios han demostrado que la Zidovudina (AZT) puede reducir la transmisión del VIH/SIDA al bebé en un 50 %–; el estado nutricional; factores virales (fenotipo, genotipo y carga); factores obstétricos y fetales: la edad gestacional –ya que se ha informado mayor incidencia de infección en niños prematuros–, embarazo múltiple (primer gemelo), bajo peso, actuaciones invasivas en el embarazo, parto y recién nacido (fórceps, parto transpelviano, rotura prematura de membrana por encima de cuatro horas) y la lactancia materna; por cada mes que el niño es lactado, el riesgo de infección aumenta un 0,5 %; la combinación de leche artificial y materna aumenta el riesgo de transmisión³⁻⁶.

Las desigualdades económicas a nivel mundial aseguran grandes desequilibrios entre las mujeres de los países desarrollados con las de los países en vías de desarrollo, con respecto a la prevención del VIH, la consejería, la prueba del VIH y el acceso a la AZT y a otras drogas que pueden prevenir la transmisión perinatal. Cuba garantiza la accesibilidad y gratuidad de los servicios, la realización de la prueba del VIH y el tratamiento antirretroviral a todas aquellas personas que lo necesiten; la política de salud sugiere la interrupción del embarazo, siempre que la pareja lo acepte y dé su autorización, por lo que se ofrecen facilidades para ello.

En 1994, cuando se conocieron los resultados del protocolo PACTG 076, se produjo una revolución en la prevención de la TMI del VIH. Este estudio, realizado en Estados Unidos y Francia, demostró que es posible disminuir el riesgo de TMI en un 66 % mediante el uso de AZT, administrada oralmente a partir de la décimocuarta semana del embarazo, por la vía intravenosa durante el parto, y al recién nacido durante las primeras seis semanas de vida. ⁽³⁾ Aunque el mecanismo exacto mediante el cual se logra este efecto no se conoce, la protección probablemente sea de origen multifactorial; el paso de la AZT a través de la placenta es excelente; sin embargo, la TMI puede ser reducida hasta en un 2 %, o aún menos, si se usan intervenciones intensivas que incluyan antirretrovirales, intervenciones obstétricas, como la cesárea electiva y el uso exclusivo de la lactancia artificial. Deben considerarse los efectos dañinos potenciales de los antirretrovirales, tanto en la mujer como en el feto, que incluyen posibles efectos teratogénicos, alteración en el curso normal del embarazo, como parto pretérmino y crecimiento intrauterino retardado. Muchos de los riesgos no se conocen aún, además de que se desconoce el efecto protector en el bebé de otra droga diferente a la AZT. Aunque estudios recientes evidencian que estos riesgos no son grandes, deben tenerse en cuenta. A partir de 1997, la recomendación estándar en Cuba (por programa) incluye quimioprofilaxis con AZT durante la gestación, intraparto y posparto, similar al protocolo PACTG 076, para la gestante infectada por el VIH que nunca ha recibido terapia antirretroviral, y previa evaluación clínico-inmunológica y virológica. En aquellas mujeres ya enfermas de SIDA, que reciben terapia previa al embarazo y este se detecta después del primer trimestre, se continúa el tratamiento que tenían, pero la AZT debe ser un componente de dicho esquema terapéutico, siempre que sea posible. Cuando este se comprueba en el primer trimestre, son aconsejadas acerca de los beneficios y riesgos para el feto. En caso de decidirse la suspensión temporal de la terapia, todas las drogas deberán ser discontinuadas y reiniciadas a la misma vez, para evitar resistencias. Independientemente de la terapia que la embarazada haya estado tomando o este recibiendo, se recomienda la administración intraparto y al neonato del esquema de la AZT. En nuestro medio se ingresa a la gestante alrededor de las 37-38 semanas y se le planifica la intervención a las 39; así se evitan procedimientos obstétricos invasivos, como la episiotomía, y además se impide que el niño se ponga en contacto con las secreciones vaginales de la madre. Por esta razón, en Cuba, desde 1998, se decidió realizar cesárea a todas las mujeres seropositivas que decidan tener hijos; no se recomienda la realización de amniocentesis u otros procedimientos invasivos para evaluar la madurez del feto, ya que esto implica riesgo de transmisión; se suspende la lactancia materna, que es otra vía de contagio, y se ofrece lactancia artificial, por ser un método aceptable, factible, económicamente viable, sostenible y segura ⁶. Para evitar la transmisión del VIH de madre a hijo, se han llevado a cabo otras estrategias dirigidas a la educación de los jóvenes, que serán madres y padres. Estos se basan en el fortalecimiento de la posición de las mujeres en la sociedad y en la familia, con vistas a que desempeñen papeles activos en la relación de la pareja y les concedan a los hombres una mayor responsabilidad en la lucha contra esta infección. Asimismo, se ofrece acceso a los condones y se consolidan los servicios de salud y planificación familiar para prevenir los embarazos no deseados en las mujeres infectadas ⁵.

En Cuba, los niños nacidos de madres seropositivas son atendidos en la consulta externa de Pediatría del Instituto Pedro Kourí, se evalúan desde el punto de vista clínico y de laboratorio hasta los 24 meses o más, con el objetivo de determinar si están infectados o no con el VIH/SIDA; pocos niños han contraído la enfermedad, debido al programa de prevención y control de la transmisión perinatal implantado en el país a partir de 1989. En la provincia de Villa Clara han nacido, hasta marzo de 2006, veinte niños hijos de madres seropositivas: 12 fueron dados de alta después de haber sido estudiados durante este período, siete aún se encuentran en evaluación periódica y, lamentablemente, un niño resultó contagiado por vía vertical y falleció por esta causa. Ganar la lucha contra el VIH/SIDA es una prioridad, pues esta enfermedad impide que millones de niños disfruten su derecho a vivir y a desarrollarse.

Referencias bibliográficas

1. Secretaría de Salud Honduras. Resumen ejecutivo. En: Investigación de transmisión del VIH/SIDA de la madre al hijo(a). Tegucigalpa: UNICEF; 2001. p. 3-4.
2. Secretaría de Salud Honduras. Introducción. En: Investigación de transmisión del VIH/SIDA de la madre al hijo(a). Tegucigalpa: UNICEF; 2001. p. 5.
3. Secretaría de Salud Honduras. Antecedentes. En: Investigación de transmisión del VIH/SIDA de la madre al hijo(a). Tegucigalpa: UNICEF; 2001. p. 6-8.
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Los hechos. En: El VIH y la alimentación infantil. Nueva York: UNICEF; 2002. p. 1.
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La respuesta: principios y estrategias fundamentales. En: La transmisión del VIH de madre a hijo. Nueva York: UNICEF; 2002. p. 1-2.
6. González Núñez I, Díaz Jidy M. Transmisión vertical del VIH/SIDA. En: Pérez Ávila J, Pérez Correa D, González Núñez I, Díaz Jidy M, Millán Marcelo JC, Orta Gutiérrez M. Pautas cubanas para el tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH/SIDA. La Habana: MINSAP; 2004. p. 47-54.