



Experiencia en la eliminación de la transmisión vertical del VIH en Evinayong

Experience in eliminating vertical HIV transmission in Evinayong

Yatson Jesús Sánchez Cabrera¹, Onidia Mora Linares², José Guillermo Sanabria Negrín³

¹Médico. Especialista de Segundo Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Hospital Provincial Bonifacio OndóEdú, Evinayong, Guinea Ecuatorial. yatsonjsc@gmail.com

²Médica. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Medios Diagnósticos. Profesor Asistente. Hospital Provincial Bonifacio OndóEdú, Evinayong, Guinea Ecuatorial. onidiamoralinare72@gmail.com

³Médico. Especialista de Segundo Grado en Histología. Doctor en Ciencias Biológicas. Investigador Auxiliar. Profesor Consultante y Auxiliar. Facultad de Medicina. Guinea Ecuatorial. joseguillermosanabrianegrin@gmail.com

Recibido: 28 de febrero de 2017

Aprobado: 16 de mayo de 2017

RESUMEN

Introducción: la eliminación de la transmisión vertical del VIH de la madre al hijo es uno de los principales objetivos de la lucha mundial por poner fin al Sida en 2030. En ausencia de cualquier intervención las tasas de transmisión son de un 15%-45%, intervenciones eficaces permiten reducir esas cifras a niveles inferiores al 5%.

Objetivo: caracterizar el estado de salud de los niños/as hijos de madres VIH/ Sida en el Hospital Provincial "Bonifacio Ondo Edú", de Evinayong en el 2016.

Método: se realizó un estudio aplicado, longitudinal y descriptivo, a 43 pacientes seleccionados por muestreo aleatorio simple con el antecedente de madres seropositivas, en el año 2016, en el Hospital Provincial "Bonifacio Ondo Edú", de Evinayong, Centro Sur, Guinea Ecuatorial. Se emplearon métodos empíricos para la obtención de datos, almacenados en una hoja de cálculo creada en EXCEL 15.0 de OFFICE.

Resultados: se observó una mayor prevalencia de niños nacidos a término, con buen peso al nacer y por vía vaginal, encontrándose que el total de los que no cumplieron con el protocolo de seguimiento establecido pasaron a la condición actual de enfermos.

Conclusión: la atención integral a los niños expuestos hijos de madres con VIH/Sida del distrito de Evinayong, resultó ser válida al garantizar en los mismos una baja tasa de transmisión vertical, lo que nos permitió

confeccionar una propuesta de guía integral de trabajo que define acciones diagnósticas, terapéuticas y promocionales.

DeCS: TRANSMISIÓN VERTICAL DE ENFERMEDAD INFECCIOSA/prevenición/control; NIÑO.

ABSTRACT

Introduction: the elimination of vertical transmission of HIV from mother to child is one of the main objectives of the global fight to end AIDS in 2030. In the absence of any intervention transmission rates are 15% -45%, effective interventions reduce these figures to levels below 5%.

Objective: to characterize the health status of the children of HIV / AIDS mothers in the Provincial Hospital "Bonifacio Ondo Edú", of Evinayong in 2016.

Methods: a longitudinal and descriptive study was carried out on 43 patients selected by simple random sampling with a history of seropositive mothers, in 2016, at the Bonifacio Ondo Edú Provincial Hospital, Evinayong, South Center, Equatorial Guinea. Empirical methods were used to obtain data, stored in a spreadsheet created in EXCEL 15.0 of OFFICE.

Results: a higher prevalence of infants born at term, with a good birth weight and by vaginal route. It was found that the total of those who did not comply with the established follow-up protocol passed to the current condition of patients.

Conclusion: comprehensive care for exposed children of mothers with HIV / AIDS in Evinayong district proved to be valid, as it guaranteed a low rate of vertical transmission, which allowed us to make a proposal for a comprehensive guide of work that defines diagnostic, therapeutic and promotional actions.

DeCS: VERTICAL INFECTIOUS DISEASE TRANSMISSION/prevention/control; HIV; CHILD.

INTRODUCCIÓN

La transmisión del VIH de una madre seropositiva a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia es lo que se conoce como transmisión maternoinfantil.¹

Cada año, alrededor de 1,4 millones de mujeres viviendo con VIH quedan embarazadas en el mundo. Si no se tratan, tienen entre 15 y 45% de posibilidades de transmitir el virus a sus hijos, pero intervenciones eficaces permiten reducir esas cifras a niveles inferiores al 5%. Además, ese riesgo se reduce a poco más de 1% si se suministra antirretrovirales a las madres y los niños en las etapas en las que puede producirse la infección.²

La eliminación de la transmisión del VIH de la madre al hijo es uno de los principales objetivos de la lucha mundial por poner fin al sida en 2030. En 2014, la OMS y sus asociados elaboraron unos criterios aplicables en todos los países con los que certificar la eliminación de la transmisión del VIH y la sífilis mediante un análisis riguroso de los progresos alcanzados a nivel nacional. El pasado año, Cuba se convirtió en el primer país en el que, utilizando estos criterios, se confirmó la eliminación de la transmisión materno filial de dicha infección.³

La OMS colabora con otros asociados para establecer normas y estándares mundiales en relación con las actividades de prevención, atención y tratamiento de las embarazadas, las madres y sus hijos; elaborar estrategias basadas en la evidencia; y promover la integración de la prevención de la transmisión vertical del virus en los servicios de salud para la madre, el recién nacido y el niño.⁴

Guinea Ecuatorial no registra datos de tasas de transmisión vertical del VIH confiables.

Ha triplicado, en los últimos 14 años, la prevalencia del VIH/SIDA en el grupo de edad de 15 a 24 años, al pasar de 1,08% en el año 2000 a 3,1% en el 2014. Por lo que no logró la meta 6A al 2015, de los "Objetivos de Desarrollo del Milenio".⁵

La transmisión vertical del VIH en Evinayong, necesita de un análisis contextualizado de cuáles son sus factores causales clínico-epidemiológicos; los que al definirse nos permitirán ejecutar acciones integrales de salud; que llevarían a disminuir su morbilidad y mortalidad, estableciéndose así su manejo y una asistencia de salud efectiva.

Los estudios en este entorno muestran la importancia del tema para el adecuado establecimiento de estrategias que minimicen las tasas de trasmisión vertical de la enfermedad. No existen antecedentes en el distrito de Evinayong de este tipo de estudio; por lo que, no existen antecedentes del abordaje del problema.

Fue objetivo de esta investigación caracterizar el estado de salud de los niños/as hijos de madres VIH/ Sida en el Hospital Provincial Bonifacio OndoEdú, de Evinayong durante el 2016 que permitió la estructuración de una guía de trabajo integral.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio aplicado, longitudinal, prospectivo y descriptivo, a 43 pacientes seleccionados por muestreo aleatorio simple con el antecedente de madres seropositivas, que acudieron para su atención a la consulta especializada de VIH/Sida pediátrico en el año 2016, en el Hospital Provincial Bonifacio OndoEdú, de Evinayong, Guinea Ecuatorial.

Se incluyeron en el estudio todos los niños expuestos, hijos de madres seropositivas al VIH que aceptaron participar en el estudio y

que asistieron a la consulta antes mencionada.

Se estudiaron variables asociadas a factores maternos, como tipo de parto, historia del VIH, uso de antirretrovirales (ARV) y tipo de tratamientos durante el embarazo.

Entre las variables del niño/a se investigaron: semanas de gestación al nacimiento, peso al nacer, sexo, profilaxis, lactancia materna y sobrevivencia. La variable dependiente establecida fue el estatus infeccioso del hijo: infectado o no y en estudio, de acuerdo al diagnóstico clínico epidemiológico y a los exámenes de test rápido de VIH, elaborados periódicamente hasta descartar la enfermedad (6, 9, 12, 15 y 18 meses).

Se emplearon métodos empíricos que fueron utilizados para la obtención de datos y se almacenaron en una hoja de cálculo automatizada.

RESULTADOS

Se incluyeron 43 niños cuyas madres solicitaron control posnatal en la consulta especializada de VIH/Sida pediátrico durante el periodo de estudio. Del total el 58.2% eran del sexo femenino para una razón femenino/masculino de 1.38. La mayoría, para el 72.1 % estaban comprendidos entre los 0 y 6 meses de edad. (Fig. 1)

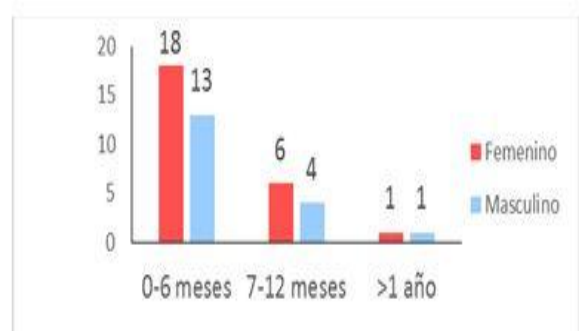


Fig. 1: Características demográficas de los pacientes incluidos en el estudio. Hospital Provincial "Bonifacio OndoEdú". Evinayong. 2016.

Con relación a sus características prenatales el 93,1% fueron recién nacidos a término, nacieron por vía vaginal el 88,4%, y tuvieron un buen peso al nacer el 69,8%. (Figura 2).

En lo que corresponde a la adherencia al protocolo de tratamiento diseñado para el seguimiento de estos niños, el total se dividió en dos grupos ($n_1:39/n_2:4$), los primeros los niños sanos y aún en estudio y el segundo grupo los enfermos.

Del grupo n_1 , 30 (76,9%) recibieron tratamiento antirretroviral en las primeras 72 horas, el 92,3% lo recibieron por cuatro semanas según esquema recomendado, el 100% se alimentaron con leche artificial y el 94,9% asistieron con regularidad a todas las consultas programadas en su primer año de vida.

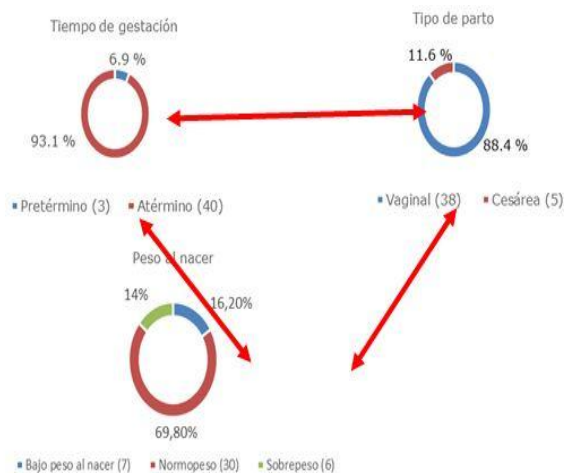


Figura 2: Características perinatales de los pacientes incluidos en el estudio. Hospital Provincial Bonifacio OndoEdú. Evinayong. 2016.

Fuente: Historia clínica.

Mientras que los (100%) del grupo n_2 , no tomaron tratamiento antirretroviral en las primeras 72 horas, ni posteriormente por cuatro semanas con zidovudina y solo el 50% se alimentaron con lactancia artificial, el resto con lactancia materna. (Tabla I).

Tabla 1: Cumplimiento del protocolo de seguimiento de niños expuestos. Hospital Provincial Bonifacio OndoEdú. Evinayong. 2016.

Características	En estudio(n_1)				En estudio(n_2)			
	Sí		No		Sí		No	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Tto ARV 1er 72h	30	76,9	9	23,1	-	-	4	100
Tto profiláctico	36	92,3	3	7,7	-	-	4	100
Lactancia artificial	39	100	-	-	2	50	2	50
Asistencia a consulta	37	94,9	2	5,1	-	-	4	100

Tomando en cuenta el estado actual de los niños, 10 (23%) se encuentran sanos fuera del programa, 29 (68%) aún en estudio y 4 (9%) con VIH/Sida.

Tabla 2: Influencia del tratamiento materno en la condición actual de los niños expuestos. Hospital Provincial Bonifacio OndoEdú. Evinayong. 2016.

Condición actual	Fecha Diag. de la madre						TARGA			
	Antes Embarazo		Embarazo		Periparto		Sí		No	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Estudio	7	16,3	16	37,2	16	37,2	22	51,2	7	39,5
VIH/Sida	-	-	-	-	4	9,3	-	-	4	9,3
Total	7	16,3	16	37,2	20	46,5	22	51,2	21	48,8

Nota: TARGA (Tratamiento antirretroviral de gran actividad).

En relación a la fecha de diagnóstico de la madre y haber recibido o no tratamiento antirretroviral durante el embarazo, es de destacar que del 53,5% de las madres que fueron diagnosticadas antes o durante el embarazo y el 51,2% que recibieron tratamiento, ninguna ha tenido hijos infectados o enfermos hasta ahora. Los cuatro niños VIH/Sida el diagnóstico de sus mamás se hicieron en el periparto y no tomaron tratamiento durante el embarazo. (Tabla II).

Se detectó que los equipos básicos de atención fallan en identificar, tratar y en última instancia, prevenir dicho problema de salud, lo que conlleva a confeccionar una propuesta de guía integral de trabajo, a fin de implementar las acciones diagnósticas, terapéuticas y de promoción de salud asegurando un manejo correcto de dicha entidad.

1. Acción diagnóstica:

- Menor de 18 meses: diagnóstico clínico-epidemiológico, PCR para ADN o ARN y pruebas rápidas para VIH a los 6, 9, 12, 15, 18 meses (en ausencia de PCR). En los lactantes mayores, dos o más pruebas de anticuerpos anti-VIH negativas, realizadas con un intervalo mínimo de un mes, después de los 6 meses de edad y en ausencia de hipogammaglobulinemia o de evidencias clínicas de enfermedad por VIH, pueden excluir razonablemente la infección por VIH.
- Mayor de 18 meses: diagnóstico clínico-epidemiológico, pruebas rápidas para VIH, ELISA, CD4 y carga viral¹.

2. Acción terapéutica:

- Deben recibir profilaxis con ZDV durante 4-6 semanas (Prematuros: 1.5mg/Kg c/12h; RN y lactante: 2mg/Kg/dosis, c/12h).
- Nevirapina dosis única primeras 72h
- No vacunar con BCG, antipolio si Sida o CD4 < 15%.
- Profilaxis para la infección por *Pneumocystis jirovecii*, desde las 4 semanas hasta los 4 meses, TMP/SMZ: 25mg/Kg/día, c/12 o 24h, 3 veces por semana días consecutivos, si infectado hasta el año. Si fuertes indicios de no estar infectado se suspende.
- Lactancia artificial¹.

3. Acción de promoción:

- Consulta de seguimiento al nacer, 7d, 6-10-14 semanas y 6-9-12-15-18M.
- Educación intensiva sobre la relación entre el cumplimiento terapéutico y la supresión viral, el entrenamiento en la administración del fármaco.

- Consejería a los padres.
-

DISCUSIÓN

La incidencia de la infección por el VIH continúa siendo un problema de salud pública que debe tener atención especial. Desde principios de la epidemia, más de cuatro millones de niños han muerto a consecuencia del Sida, siendo su principal vía de transmisión la perinatal.⁶

En este estudio se investigaron diversas características maternas y del recién nacido entre niños hijos de madres infectadas por el VIH y atendidos en la consulta multidisciplinaria de esa entidad en el distrito de Evinayong, provincia de Centro Sur. Dentro de los aspectos perinatales, predominó el a término, con buen peso al nacer y la vía del parto vaginal. El 100% de los infectados nació por vía vaginal, cifras similares a las observadas en el estudio de Whitmore⁷, quien reportó como factores de riesgo asociados a la transmisión vertical: la prematuridad (<34 semanas), el bajo peso al nacer y la vía vaginal.

Encontramos que el tratamiento antirretroviral (ARV) profiláctico en el recién nacido influye en la reducción del riesgo de transmisión y en la etapa clínica de los niños. Se observó que los niños que no tuvieron un tratamiento profiláctico presentaron una frecuencia mayor de transmisión, el 100% de los enfermos no se adhirió al protocolo de tratamiento y seguimiento. Por otra parte, la lactancia en este estudio fue un factor de riesgo importante en la transmisión de la infección, ya que de manera preventiva se les instruyó a las madres a alimentar los recién nacidos con leches artificiales y el 50% de los infectados no lo aceptó, lo que coincidió con otros estudios que se han realizado al respecto.⁸⁻¹⁰

Por último, se demostró que el control prenatal iniciado a una edad gestacional temprana permite un adecuado control de la entidad de base. El tratamiento ARV, iniciado en forma oportuna redujo significativamente la transmisión perinatal

del VIH; en madres con tratamiento de ARV no hubo casos de hijos infectados. Por el contrario, el 23.5% de madres sin tratamiento tuvieron hijos seropositivos al VIH. Whitmore y colaboradores⁷ establecieron que hasta el 8.2% de las madres sin tratamiento puede transmitir la enfermedad. En múltiples estudios se confirma que el tratamiento ARV materno es muy importante, ya que esto evita el contagio al recién nacido, independientemente del esquema de tratamiento empleado^{11,12}. Los resultados de nuestro estudio mostraron que la positividad de los recién nacidos dependió en gran medida del tratamiento ARV materno. Whitmore⁷ encontró una fuerte asociación con un OR 3.5 (IC 95%: 2 a 6.4) entre mujeres que no reciben tratamiento, con la posibilidad de tener un hijo infectado.

Se concluye que la ocurrencia de transmisión vertical del VIH en los niños de madres seropositivas, en la provincia Centro-Sur, de Guinea Ecuatorial, es un hecho cierto que aún no ha sido reconocido en toda su magnitud e influencia y resultó contextualizado por vez primera en el territorio. Se encontró una tasa de transmisión de 9.3%.

Concluye además, que el tratamiento ARV en la madre es el factor de mayor importancia para evitar la transmisión perinatal.

Se confeccionó una propuesta de Guía Integral de Trabajo en niños menores hijos de madres VIH/Sida, que define acciones de diagnóstico, tratamiento y prevención, que sirve de patrón de trabajo para los profesionales sanitarios, en la atención secundaria y primaria de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robert M, Kliegman MD. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. En Nelson Tratado de Pediatría 19 Edición, Elsevier, España S.L. 2013, Vol 1, Cap. 268, pp. 1210-31.

2. Organización Mundial de la Salud. Programa de VIH/Sida. Transmisión del VIH de la madre al niño. [Internet] 2015. [citado noviembre 2016]; Disponible en: <http://www.who.int/hiv/topics/mtct/es/>

3. Organización Panamericana de la Salud. La OMS valida la eliminación de Cuba de la transmisión de madre a hijo del VIH y de la sífilis. [Internet] Washington DC-Ginebra, 30 de junio de 2015 (OPS/OMS). [citado octubre 2016]; Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11078%3A2015-cuba-eliminates-mother-hiv-syphilis&Itemid=1926&lang=es

4. WHO. 2016. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach—2nd edition. [Accessed 2016 Sep.]; Available: <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>

5. República de Guinea Ecuatorial. Informe Nacional sobre los progresos realizados en la lucha contra el VIH/SIDA en Guinea Ecuatorial. Indicadores básicos para el seguimiento de la declaración política sobre el VIH/SIDA. Programa Nacional de Lucha contra el SIDA. 2014. [citado septiembre 2016] Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/GNQ_narrative_report_2014.pdf

6. Barral Maria F.M., Oliveira Gisele R. de, Lobato Rubens C., Mendoza-Sassi Raul A., Martínez Ana M.b., Gonçalves Carla V. Risk Factors of HIV-1 Vertical Transmission (VT) and the Influence of Antiretroviral Therapy (ART) in Pregnancy Outcome. Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo [internet]. 2014 Apr [cited 2014 Nov 04]; 56(2): 133-138. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0036-6652014000200133&script=sci_arttext&tlnq=pt

7. Whitmore SK, Taylor AW, Espinoza L, Shouse R, Lampe MA, Nesheim S. Correlates of mother to child transmission of HIV in the United States and Puerto Rico. Pediatrics. 2012; 129 (1): e74-e81. [citado febrero 2016] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22144694>

8. Colasanti J, Rugama ML, Lifschitz K, Largaespada M, Flores-Lopéz B. HIV testing rates among pregnant women in Managua, Nicaragua, 2010-2011. RevPanam Salud Pública. 2013;33(1):15-21. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892013000100003&script=sci_arttext&lng=pt

9. Peña A, Cerón I, Budnik I. Prevención de la transmisión vertical y efectos secundarios de la terapia anti-retroviral en hijos nacidos de madres seropositivas para VIH en el área Sur-Oriente de Santiago, Chile: perspectiva de 15 años. Rev Chil Infect 2013; 30 (6):644-652. [citado febrero 2017] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v30n6/art12.pdf>

10. CENSIDA. Secretaría de Salud 2012, El VIH/SIDA en México 2012. [15 de Noviembre de 2012] Disponible en: www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2012.pdf

11. Mofenson L, McIntyre J. Advances and research directions in the prevention of mother-to-child HIV-1 transmission. Lancet. 2000; 355: 2237-44. [15 de Noviembre de

2012] Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Lynne_Mofenson/publication/12436988_Advances_and_research_direction_in_the_prevention_of_mother_to_child_HIV-1_transmission/links/5400c9fd0cf2c48563aee7d7.pdf

12. Giacometti V, Viganó A, Erba P, Nannini P, Pisanelli S, Zanchetta N, Brambilla T, Ramponi G, Zuccotti GV. Unexpected vertical transmission of HIV infection. Eur J Pediatr. 2014;173: 121-123. Acceso 22-02-17 Disponible en: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45897203/Unexpected_vertical_transmission_of_HIV_20160523-6015-1hjaf0j.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWY YGZ2Y53UL3A&Expires=1487776702&Signature=zObTh%2BGcZ7Y2M9ddR3ufo3fDijY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DUnexpected_vertical_transmission_of_HIV.p



Yatson Jesús Sánchez Cabrera: Médico. Especialista de Segundo Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Asistente. Investigador Agregado. Hospital Provincial "Bonifacio Ondó Edu", Evinayong, Guinea Ecuatorial. ***Si usted desea contactar con el autor principal de la investigación hágalo [aquí](#)***