

Editorial

El SIDA y la reproducción humana

La prevención de la transmisión perinatal del VIH se volvió una realidad en 1994, cuando el protocolo 076 del Grupo de Estudios Clínicos Pediátricos en SIDA (PACTG), demostró que un régimen de zidovudina (ZDV) administrado en tres partes: durante el embarazo, intraparto y posteriormente al neonato; podría reducir el riesgo de transmisión en cerca de 70% (de 25.5% en el grupo placebo y 8.3% en el grupo ZDV).¹ Se han observado disminuciones sustanciales en la transmisión perinatal en Estados Unidos de Norteamérica y en otros países industrializados, después de la incorporación de profilaxis con ZDV en la práctica clínica.²

Sin embargo, la complejidad y el costo del régimen con ZDV en tres partes, han limitado su aplicabilidad en los países en vías de desarrollo, donde ocurre la mayor parte de los casos de transmisión perinatal. El estudio referido incluyó casos de Estados Unidos y Francia, en donde a las mujeres infectadas con el VIH se les aconsejó no amamantar a sus hijos, por lo que la prevención de la transmisión posparto, a través de la leche materna, no se consideró.

El éxito de la ZDV en la prevención de la transmisión del VIH, ha estimulado el desarrollo de estudios de intervención antirretroviral y no antirretroviral para identificar los regímenes más aplicables al mundo en vías de desarrollo, así como los esfuerzos tendientes a reducir, aún más, la transmisión en los países industrializados.³

La Fundación Elizabeth Glaser Pediatric AIDS y el Emory/Atlanta Center for AIDS Research reunieron a un grupo de trabajo en la Escuela Rollins de Salud Pública de la Universidad de Emory, Estados Unidos, con la finalidad de buscar consensos sobre intervenciones perinatales. Los participantes del grupo de trabajo se comprometieron a impulsar la investigación en la reducción de la transmisión perinatal del VIH-1, diseñando proyectos de acuerdo con las necesidades específicas de las comunidades y que respondan a su contexto económico, médico y social. En Estados Unidos se han reportado más de 8,000 casos de SIDA infantil y se estima que existen más de 15,000 infecciones por el VIH-1 en niños. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada día nacen aproximadamente 1,600 niños infectados con el VIH-1 y que ocurren cerca de 600,000 nuevas infecciones anuales en niños en todo el mundo, 90% de los cuales ocurren en países como el nuestro. En México, hasta junio de 1999, se calculaba que existía un total de 1,100 niños infectados, de los cuales, el 75% habían adquirido la infección por vía perinatal.⁴

Hubo una disminución de 43% de los casos reportados de SIDA en niños en Estados Unidos entre 1992 y 1996, lo cual probablemente se debió al establecimiento de un estándar de atención que obliga al asesoramiento y realización de la prueba del VIH-1, en todas las mujeres embarazadas, así como la prescripción de un régimen de zidovudina (ZDV) en las mujeres infectadas por el virus; además, menos mujeres VIH-1 positivas están dando a luz en algunas áreas. El régimen profiláctico con ZDV en tres partes (estudio 076 del PACTG,) incluye: ZDV oral iniciada después de la semana 14 de la gestación; ZDV intravenosa, durante el trabajo de parto; y ZDV en jarabe para el lactante durante seis semanas después del parto.

Los resultados de un estudio efectuado en Tailandia, publicado en febrero de 1998, mostraron que un curso corto de ZDV, administrado vía oral durante las últimas cuatro semanas de la gestación y vía oral durante el trabajo de parto, disminuyó la transmisión del VIH-1 en 51% para los lactantes que no eran amamantados.³ En el régimen de dos partes, el costo de la ZDV es mucho menor que el régimen 076 de tres partes, además de que es más fácil de administrar. El costo del asesoramiento y la prueba aún son bajos, ya que el fármaco sólo se administró a mujeres embarazadas, en quienes a través de estos procedimientos se consideraron infectadas por el VIH-1. Ninguno de estos esquemas parece tener serios efectos colaterales a corto plazo, ni en las mujeres o en sus bebés, luego de un seguimiento de seis años. Los efectos a largo plazo se desconocen y están aún bajo estudio.

El éxito que los esquemas de ZDV 076 y el estudio tailandés, han mostrado que limitar la transmisión perinatal del VIH-1 obliga a que todos los países implementen estas intervenciones para disminuir los casos de SIDA perinatal. Aunque el régimen tailandés proporciona una intervención factible para algunos países en desarrollo, los participantes en este grupo de trabajo están preocupados porque existen muchos factores que dificultan la adopción de este esquema en otras naciones en desarrollo. Primero, aunque el costo del esquema tailandés representa sólo una fracción del costo del régimen 076, es de 5 a 20 veces mayor que el gasto total anual en salud per cápita de muchos países en desarrollo. Segundo, ambos regímenes presuponen que el estado del VIH-1 de una mujer embarazada se conoce durante el embarazo. La logística y las ramificaciones sociales de asesoría y prueba a mujeres para el VIH-1 son impresionantes y los costos frecuentemente son prohibitivos en naciones en desarrollo. Los programas de asesoría y las pruebas prenatales del VIH-1 son actualmente limitados en alcance y disponibilidad y es improbable que se implanten en el futuro cercano en muchos lugares. Tercero, ambos regímenes asumen que una mujer recibe atención prenatal durante al menos unas semanas antes del parto, en tanto que, en muchos casos, las mujeres embarazadas en países en desarrollo pueden no acudir a recibir atención sino hasta muy avanzado el embarazo o durante el parto. Cuarto, ambos esquemas presuponen que el parto ocurre en una clínica donde puede administrarse y vigilarse el uso de ZDV. En muchas naciones en desarrollo, son frecuentes los partos que no son atendidos por profesionales de la salud capacitados. Finalmente, el efecto del régimen tailandés, u otros similares en una población de mujeres que amamantan a sus hijos, se desconoce en la actualidad. En un futuro cercano estarán disponibles datos sobre la eficacia del régimen de ciclo corto en una población que amamanta a sus hijos, a partir de los estudios en Costa de Marfil. El reconocimiento de la importancia de la lactancia materna para la salud de los niños, ha conducido a la OMS/UNAIDS y al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia a recomendar que, a pesar del riesgo de transmisión del VIH-1 de una madre infectada, las mujeres continúen amamantando en situaciones donde no existan condiciones que garanticen el acceso ininterrumpido a sustitutos de la leche materna, nutricionalmente adecuados y preparados con seguridad.

En reconocimiento de estas realidades actuales, una intervención ideal para la prevención de la infección por el VIH-1 de madre a hijo, en naciones en desarrollo necesitaría ser extremadamente barata en su administración; aplicable a todas las mujeres embarazadas, o sólo a sus hijos; no requerir de la presencia de equipo médico capacitado o de tecnología médica avanzada para su administración; y que pudiera implantarse durante o después del trabajo de parto y, por lo tanto, únicamente en una sola o en un limitado número de dosis. Una vez disponibles, estas intervenciones promisorias deberán valorarse rápidamente en naciones en desarrollo. Con cualquier intervención que se produzca o elija, permanecerá la necesidad de disminuir o eliminar la transmisión a través de la leche materna.



ASUNTOS PENDIENTES

Es necesario eliminar la brecha sustancial entre las necesidades prácticas para implantar los únicos dos esquemas que han probado disminuir la transmisión perinatal del VIH-1 y las realidades económicas, médicas y sociales de las naciones en desarrollo, si se quiere controlar en todo el mundo la infección perinatal del VIH-1. Esto nos lleva a concluir que los hallazgos del estudio CDC/Tailandia —si bien son halagüeños y aplicables a otros lugares— no eliminan la necesidad de identificar intervenciones nuevas, y tal vez más efectivas, incluyendo lo que ocurre durante la lactancia materna. En la actualidad, se dispone de agentes antirretrovirales con mejores propiedades tales como una mayor vida media intracelular o efectos antivirales más rápidos, como la nevirapina.

Un consenso de expertos que incluyó cuatro temas científicos definidos como de inquietud inmediata en la investigación sobre la transmisión perinatal del VIH-1, en lugares con escasos recursos, sugirió: primero, identificar otros agentes antirretrovirales efectivos, que proporcionen un enfoque más factible que el esquema con ZDV de curso corto, del CDC/Tailandia, en la prevención de la transmisión perinatal; segundo, definir el curso más corto (por ejemplo : únicamente intraparto o sólo en el recién nacido) de tratamiento antirretroviral que sea factible y efectivo para reducir la transmisión perinatal; tercero, valorar entre intervenciones simples y factibles, diferentes a los agentes antirretrovirales eficaces para disminuir la transmisión madre-hijo del VIH-1, especialmente aquéllas que pueden administrarse a todas las mujeres embarazadas, sin el conocimiento del estado del VIH-1 de la mujer.

Finalmente, valorar un espectro de intervenciones actualmente disponibles y nuevas, que puedan reducir la transmisión del virus a través de la leche humana.

José Luis Arredondo García
Editor

REFERENCIAS

1. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, *et al.* Reduction of maternal-infant transmission of HIV type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994; 331: 1173-80.
2. Mayaux MJ, Teglas JP, Mandelbrot L, *et al.* Acceptability and impact of zidovudine for prevention of mother-to-child human immunodeficiency virus-1 transmission in France. *J Pediatr* 1997; 131: 857-62.
3. Centers for Disease Control. Administration of zidovudine during late pregnancy and delivery to prevent perinatal transmission Thailand. *MMWR* 1998; 47: 151-4.
4. Ortiz FJ. Prevención de la transmisión perinatal del virus de la inmunodeficiencia humana. *Enf Infect y Microbiol* 1999; 19(6): 263-265.

