



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Original breve

Evaluación inicial del programa de prevención de la transmisión materno-infantil de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Guinea Ecuatorial

Katie Badillo-Navarro^{a,*}, Luis Prieto-Tato^b, Jacinta Obiang-Esomoyo^c, Pedro Avedillo-Jiménez^d, Antonio Vargas-Brizuela^e y Pablo Rojo-Conejo^d

^a Servicio de Pediatría, Hospital de Torrejón de Ardoz, Torrejón de Ardoz, Madrid, España

^b Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

^c Servicio de Pediatría, Hospital General de Bata, Bata, Guinea Ecuatorial

^d Servicio de Pediatría, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

^e Centro Nacional de Medicina Tropical, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de septiembre de 2012

Aceptado el 2 de julio de 2013

On-line el 27 de septiembre de 2013

Palabras clave:

Virus de la inmunodeficiencia humana

Transmisión vertical

Transmisión materno-infantil

Guinea Ecuatorial

R E S U M E N

Introducción: La prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en gestantes en Guinea Ecuatorial (GE) es alta (7,3%). En 2008 se actualizó el protocolo de prevención de transmisión vertical (PTMH) de VIH para adaptarlo a las guías de la OMS vigentes. El objetivo de nuestro trabajo es describir las características y la evolución de los niños expuestos al VIH tras la introducción del protocolo. **Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los hijos de madres con infección por VIH, en el Hospital Regional y Centro de Salud María Rafols en Bata (GE) seguidos desde junio de 2008 hasta noviembre de 2011. El diagnóstico de infección por VIH en los niños se basó en el protocolo de test rápidos serológicos. **Resultados:** Se incluyeron 103 niños, y de ellos 47 eran varones. Un total de 53 pacientes (51%) completaron el seguimiento. Catorce niños (26%) fueron diagnosticados de infección por VIH (11 por diagnóstico presuntivo, 3 por persistencia de anticuerpos después de los 18 meses de vida). Seis niños (12%) fallecieron antes de un diagnóstico definitivo. El 52% de las madres recibieron tratamiento antirretroviral (TAR) durante el embarazo. La transmisión vertical en los niños cuyas madres recibieron TAR fue del 16% (3/19), frente al 43% (10/23) en los niños cuyas madres no lo recibieron ($p=0,05$), y del 8% (1/13) en los niños cuyas madres recibieron TAR y el niño profilaxis posnatal ($p<0,05$).

Conclusiones: En nuestra cohorte el cumplimiento del protocolo de PTMH ha sido todavía muy bajo. El tratamiento antirretroviral en mujeres embarazadas disminuyó la tasa de transmisión vertical, pero esta aún sigue siendo muy alta. Una elevada proporción de niños se perdieron durante el seguimiento, así que es prioritario desarrollar estrategias para evitarlo, así como medidas de diagnóstico virológico precoz.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Initial evaluation of a programme to prevent mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus infection in Equatorial Guinea

A B S T R A C T

Keywords:

Human immunodeficiency virus

Vertical transmission

Mother-to-child transmission

Equatorial Guinea

Background: The prevalence of human immunodeficiency virus (HIV)-infected pregnant women in Equatorial Guinea (EG) has been reported as 7.3%. In 2008 an updated version of the PMTCT protocol was accepted according to the current WHO guidelines. The aim of this study was to describe the characteristics and outcome of children exposed to HIV after the introduction of the protocol.

Methods: A retrospective review was conducted on the clinical characteristics of the infants born to HIV-infected mothers in the Hospital Regional de Bata and Primary Health Care Centre Maria Rafols in Bata (EG) between June 2008 and November 2011. The diagnosis of HIV infection in children was based on rapid serology tests.

Results: A total of 103 children were included, of which 47 were males. Fifty three patients (51%) completed the follow-up (51%). Fourteen children (26%) were diagnosed with HIV infection (11 presumptive diagnosis, 3 due to persistence of antibodies at 18 months). Six children (12%) died before a definitive

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: katiebadillo@gmail.com (K. Badillo-Navarro).

diagnosis. Just over than half (52%) of mothers received antiretroviral therapy (ART) during pregnancy. The transmission rate in children whose mothers received ART was 16% (3/19), compared with 43% (10/23) in children whose mothers did not receive it. Only one child was infected (8%) when the mother received ART, and child received postnatal prophylaxis.

Conclusions: The PMTCT protocol compliance was still very low. Antiretroviral therapy in pregnant women decreased the rate of vertical transmission, but the rate still remains very high. Many children were lost to follow-up. Strategies to prevent loss to follow-up and methods for earlier virological diagnostic are needed.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En diciembre de 2010, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en África subsahariana vivían 3.100.000 niños con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)¹. La transmisión del VIH de la madre al recién nacido, intraútero, en el canal del parto y a través de la lactancia materna, son las vías principales de infección por VIH en niños².

Según las estimaciones del Programa Nacional de lucha contra el VIH de Guinea Ecuatorial, en 2010 vivían en el país unos 13.316 personas con el virus del VIH³. La prevalencia en la población comprendida entre 15 y 49 años es del 3,2% (IC 95%: 2,0-4,4). La prevalencia de la infección por VIH en el grupo de mujeres embarazadas se ha incrementado de manera muy preocupante, pasando del 1,49% en 1997 al 7,3% (IC 95%: 6,0-8,8) en 2008. En cuanto a la población infantil, se estimó que existe una población acumulada que vive con el VIH en el país de unos 2.000 niños menores de 14 años³.

Los esfuerzos en la creación e implementación de protocolos de prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo (PTMH) en países de África subsahariana han permitido aumentar las coberturas de tratamiento antirretroviral en las gestantes con infección por VIH, así como disminuir la transmisión vertical^{1,4,5}. En Guinea Ecuatorial, el Plan Nacional de Lucha contra el Sida, con el apoyo técnico del Centro Nacional de Medicina Tropical del Instituto de Salud Carlos III de España, actualizó el protocolo nacional de PTMH en 2008⁶. Siguiendo los protocolos internacionales, en esta actualización se recomienda el cribado de infección VIH en toda mujer embarazada. En caso de confirmarse la infección en la gestante, se valoraba la indicación de TAR de gran efectividad (TARGA) o de profilaxis con antirretrovirales según recomendaciones de la OMS vigentes. De igual forma, este protocolo incluía recomendaciones para el seguimiento del niño expuesto, así como un protocolo diagnóstico de infección por VIH en el hijo de madre infectada por VIH, basado en recomendaciones de la OMS^{7,8}.

El objetivo de este estudio es describir las características de los niños expuestos a la infección por VIH y el cumplimiento del protocolo Nacional de PTMH en la zona continental de Guinea Ecuatorial.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de los hijos de madres con infección por VIH, en seguimiento desde junio de 2008 hasta noviembre de 2011, en el Hospital Regional de Bata y en el Centro de Salud María Rafols, en Bata (Guinea Ecuatorial). Se consideraron infectadas por VIH todas las mujeres que tenían 3 test rápidos serológicos positivos seriados, según la recomendación del Protocolo de diagnóstico y seguimiento de laboratorio del VIH/Sida en Guinea Ecuatorial⁹. Actualmente en este país, y avalado por las recomendaciones de la OMS¹⁰, para el diagnóstico de VIH en países de recursos limitados sin acceso a métodos virológicos se emplea un protocolo de diagnóstico en acto único con 3 test rápidos: en el momento del estudio la serie de test utilizados fueron Determine® (Abbott Laboratories, EE.UU.),

Unigold® (Michigan Regional Laboratory System), Hexagon® (Acon Laboratories, San Diego, California, EE.UU.). Antes de realizar la prueba las madres recibían educación sanitaria sobre la infección por VIH y debían dar su consentimiento escrito para la realización de los test diagnósticos.

Cuando el resultado de los 3 test era positivo, se consideraba confirmada la infección por VIH y la madre recibía educación sanitaria y apoyo psicosocial. Tras la valoración clínica e inmunológica se indicaba TARGA o profilaxis con antirretrovirales según las recomendaciones de PTMH del Plan Nacional de Lucha contra el VIH/Sida. Según este protocolo, las gestantes con estadios clínicos 3 y 4 de la OMS o con CD4 menores de 350 células/mm³ tenían indicación de inicio de TARGA, mientras que las gestantes con estadios clínicos 1 o 2 de la OMS o CD4 mayores de 350 células/mm³ tenían indicación de profilaxis. El Protocolo Nacional establece que la profilaxis con antirretrovirales consiste en la administración de zidovudina (AZT) desde la semana 28 de gestación, con la administración de AZT, lamivudina (3TC) y nevirapina (NVP) en el momento del parto, seguido de la administración de AZT y 3TC durante una semana en el posparto para evitar la selección de resistencias a NVP en dosis única. El TARGA de primera línea recomendado incluía AZT + 3TC + NVP. El tipo de parto generalmente era vaginal, siendo la cesárea una técnica no generalizada. El protocolo recomienda que, tras el nacimiento, el niño reciba dosis única de NVP y profilaxis con AZT durante 1 a 4 semanas, según el tiempo total de tratamiento antirretroviral que recibiese la madre durante la gestación.

Durante la gestación se realizaba educación sanitaria sobre los tipos de alimentación recomendados en el recién nacido: lactancia materna exclusiva o lactancia artificial. En Guinea Ecuatorial existe un programa de lactancia artificial gratuito para estas madres coordinado y financiado por el gobierno. En caso de que la madre optase por la lactancia artificial, se valoraba que se cumplieran los criterios AFASS (aceptable, factible, asequible, sostenible, segura) recomendados por la OMS¹¹. El seguimiento del niño expuesto se basa en las revisiones protocolizadas desde el nacimiento hasta descartar o confirmar la infección por VIH. Las revisiones estaban incluidas en el calendario de visitas de seguimiento del niño sano con visita al nacimiento, a las 2, 6 y 10 semanas de vida y a los 3, 6, 9, 12, 15 y 18 meses. En cada visita se realizaba una valoración clínica del paciente, con especial atención a la aparición de síntomas y/o signos de enfermedad por VIH, se daban consejos sobre alimentación y se actualizaba el calendario vacunal. A partir de la sexta semana de vida se recomendaba tratamiento profiláctico con cotrimoxazol a todos los niños expuestos.

Se consideraba descartada la infección por VIH con la negativización del test rápido (Determine®) a partir del sexto mes de vida en al menos 2 ocasiones, siempre y cuando el niño no recibiera lactancia materna. Se consideró como fecha de desaparición de anticuerpos la primera fecha en la que el test fue negativo. En caso de recibir lactancia materna, se consideraba que el niño no estaba infectado cuando el test era negativo, en al menos 2 ocasiones, a partir de los 6 meses del cese de la lactancia materna. Se consideraba confirmada la infección por VIH cuando los 3 test rápidos (Determine®, Unigold® y Hexagon®) eran positivos después de los 18 meses de vida. Se consideró diagnóstico presuntivo de VIH, según las

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3401080>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3401080>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)