

## Mitos y realidades en la prevención de la transmisión vertical del VIH en países de renta baja



### Editorial

**David Dalmau,**  
Presidente de SEISIDA  
Hospital Universitari Mútua de Terrassa  
Email: ddalmau@mutuaterrassa.cat

Las recomendaciones relacionadas con la prevención de la transmisión vertical madre-niño del VIH (PMTCT) en los países pobres en recursos han ido variando a lo largo de los años en función de la idoneidad de implementar la mejor estrategia, tanto desde un punto de vista científico como operacional, fruto de cambios fundamentados en la medicina basada en la evidencia y en una mejor infraestructura para la implementación de intervenciones más eficaces. Desde hace años asistimos a cambios relacionados con las recomendaciones sobre la alimentación del niño (lactancia materna, artificial y/o mixta)<sup>1-3</sup> y también en las indicaciones en relación al tratamiento antirretroviral más adecuado<sup>4,5</sup>. Sin embargo, estos cambios comportan al mismo tiempo retos de gran magnitud que en ocasiones no se contemplan adecuadamente en las nuevas recomendaciones.

Las nuevas directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicadas en junio del 2013 aconsejan que todas las mujeres seropositivas para el VIH, embarazadas y en período de lactancia inicien tratamiento antirretroviral (TAR) triple de por vida (opción B plus)<sup>6</sup>. Los beneficios de la opción B plus entre las mujeres embarazadas seropositivas

incluyen una mejor cobertura ARV, una reducción de la potencial transmisión vertical del VIH al niño, evitar el riesgo inherente a la interrupción y reinicio ulterior del TAR o el inicio precoz del TAR<sup>7,8,9</sup>. Sin embargo, existe también controversia acerca de la implementación de la opción B plus<sup>10</sup>, y la misma OMS alerta sobre la conveniencia de resolver previamente a su inicio aspectos operacionales, entre los que se incluye la aceptación por parte de la madre de mantener de por vida el TAR, así como de la importancia de una buena adherencia y seguimiento clínico.

Por otra parte, a nadie se le escapa la potencial toxicidad asociada al TARV en el niño, lo que justificaría administrar leche artificial en aquellos escenarios donde se cumplan los criterios AFASS (affordable, feasible, acceptable, sustainable and safe), a imagen y semejanza de lo que ocurre en los países industrializados, donde la lactancia materna está contraindicada en este contexto. Del mismo modo, con esta estrategia se minimiza el riesgo de la potencial transmisión de cepas resistentes del VIH al lactante entre aquellas mujeres tratadas con TAR y fracaso virológico, muy difícil de identificar debido a la ausencia de monitorización de la carga viral en la

mayoría de los países en vías de desarrollo, pero que de acuerdo con datos en la literatura oscila alrededor del 10%-15% de las personas tratadas con TAR<sup>11</sup>.

Con el advenimiento de las nuevas recomendaciones de la OMS y las nuevas opciones de tratamiento está cambiando el paradigma basado en “qué TAR utilizar” por el de “cómo implementar de forma eficaz el TAR para prevenir la transmisión vertical y preservar la salud de la madre y el niño”.

En el artículo que el Dr. Victorio Torres escribe en este número sobre la problemática asociada a las pérdidas de seguimiento en la eliminación vertical de la transmisión del VIH, se realiza una exhaustiva revisión de dichas causas y de los factores que las provocan<sup>12</sup>. Probablemente uno de los factores más importantes no resueltos a considerar en el manejo a largo plazo de las personas infectadas por el VIH y bajo tratamiento antirretroviral en los países pobres en recursos sea la elevada pérdida de seguimiento y el consecuente abandono de la medicación, con las implicaciones que ello comporta. Ello refuerza la necesidad de diseñar programas que aborden adecuadamente el asesoramiento suministrado al inicio del TAR, así como de la calidad del mismo, contemplando la posibilidad de que no todas las madres están preparadas por igual a la hora de iniciar el TAR. Debe contemplarse asimismo el apoyo por parte de otras personas infectadas y reforzar los sistemas de vigilancia y “rastreo” de aquellas madres con pérdida de seguimiento. Paradójicamente, los datos aportados en diferentes estudios sugieren mayores pérdidas de seguimiento en los grandes centros urbanos y en centros donde utilizan bases de datos electrónicas<sup>13,14</sup>. A pesar de que el problema probablemente no radique directamente en las mismas, puede que tenga que ver en cómo se utilizan para reducir las pérdidas de seguimiento. Por último, hay datos que demuestran un

porcentaje de retención más elevado entre las mujeres seropositivas no gestantes que inician TAR con la opción B plus, lo que sugiere que deben tomarse medidas para mejorar la administración de TAR en los programas de prevención vertical de la transmisión del VIH, reforzando las medidas de seguimiento, monitorización y asesoramiento de las futuras madres. En general, la mayoría de programas de TARV incluyen una fase previa al mismo donde se insiste en la importancia de la adherencia y en el asesoramiento sobre aspectos relacionados con el tratamiento, mientras que en los programas de prevención de la transmisión vertical ha primado la urgencia para iniciar TARV en la primera visita antenatal, en detrimento de estrategias que apoyen la formación, el consejo y el apoyo al mismo.

## Referencias

1. Becquet R, Bequet L, Ekouevi DK, Viho I, Sakarovitch C, Fassinou P, et al. Two-year morbidity-mortality and alternatives to prolonged breast-feeding among children born to HIV-infected mothers in Côte d'Ivoire. *PLoS Med.* 2007; 4:e17.
2. Bork K, Cames C, Cournil A, Musyoka F, Ayassou K, Naidu K, et al. Infant feeding modes and determinants among HIV-1- infected African Women in the Kesho Bora Study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2013; 62:109–118.
3. Rollins NC, Becquet R, Bland RM, Coutoudis A, Coovadia HM, Newell ML. Infant feeding, HIV transmission and mortality at 18 months: the need for appropriate choices by mothers and prioritisation within programs. *AIDS.* 2008; 22:2349–2357.
4. de Vincenzi I. Triple antiretroviral compared with zidovudine and single-dose nevirapine prophylaxis during pregnancy and breastfeeding for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 (Kesho Bora Study): a randomised controlled trial. *Lancet Infect Dis.* 2011; 11:171–180.
5. Tonwe-Gold B, Ekouevi DK, Viho I, Amani-Bosse C, Toure S, Coffie P, et al. Peripartum and postnatal HIV transmission in West Africa: evaluation of a two-tiered Approach. *PLoS Med.* 2007; 4:e257.

6. WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. 2013. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/en/index.html> [accessed 17 March 2014].
7. Ahmed S, Kim MH, Abrams EJ. Risks and benefits of lifelong antiretroviral treatment for pregnant and breastfeeding women: a review of the evidence for the Option BR approach. *Curr Opin HIV AIDS*. 2013; 8:474–489.
8. Schouten EJ, Jahn A, Midiani D, Makombe SD, Mnthambala A, Chirwa Z, et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV and the health-related Millennium Development Goals: time for a public health approach. *Lancet*. 2011; 378:282–284.
9. WHO. Use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Programmatic update. 2012. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO\\_HIV\\_2012.6\\_](http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012.6_) [accessed 17 March 2014].
10. Coutoudis A, Goga A, Desmond C, Barron P, Black V, Coovadia H. Is Option BR the best choice? *Lancet*. 2013; 381:269–271.
11. Arnedo M, Alonso E, Eisenberg N, Ibáñez L, Ferreyra C, Jaén A, et al. on behalf of Busia or Study Group. Monitoring HIV viral load in resource limited settings: still a matter of debate? *PLoS One*. 2012;7(12):e47391
12. Torres Faced V. Pérdidas de seguimiento en el sistema sanitario de los países de renta baja: un gran reto en la eliminación de la infección vertical por el VIH. *Rev Multidisc Sida*. 2014;1(2):51-61.
13. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Impact of an innovative approach to prevent mother-to-child transmission of HIV–Malawi, July 2011–September 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2013; 62:148–151.
14. Wettstein C, Mugglina C, Egger M, Blaser N, Vizcaya L, Estill J, et al. Missed opportunities to prevent mother-to-child-transmission: systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2012, 26:2361–2373.