

¿se puede prevenir la transmisión de madre a hijo del VIH?

¿cómo ocurre la transmisión?

revisado 4/02

La transmisión del VIH de madre a hijo (TMH), también conocida como transmisión perinatal o vertical, ocurre cuando una mujer VIH+ transmite el virus al bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia. Una mujer VIH+ que no recibe tratamiento tiene una probabilidad de transmitir el virus a su hijo durante el embarazo y el parto aproximadamente del 25%. Si ella amamanta a su bebé, se agrega otro 12% a dicha probabilidad.

En el año 2001, 1.8 millones de mujeres en todo el mundo contrajeron el VIH. Unos 800,000 niños también se infectaron, la mayoría de ellos por TMH.¹ En todo el mundo, gran parte de las personas diagnosticadas por primera vez con el VIH tienen entre 15 y 24 años de edad. Uno de los componentes principales de la prevención de la TMH deberá ser la provisión de servicios de prevención del VIH para los jóvenes (especialmente las mujeres jóvenes antes de su iniciación sexual), así como tratamiento para las personas ya infectadas.

¿corren todas las mujeres el mismo riesgo?

No. Más del 95% de las mujeres VIH+ del mundo viven en países en vías de desarrollo y la mayoría de los niños VIH+ nacen en estos países. Las desigualdades económicas y sociales mundiales crean una brecha enorme entre las mujeres de países en vías de desarrollo y las mujeres de países industrializados en cuanto a la prevención del VIH, consejería, la prueba del VIH y el acceso a medicamentos para tratar el VIH y prevenir la TMH.¹

En 1994, después de que el ensayo clínico conocido como "076" indicara que el AZT reducía las tasas de TMH dos terceras partes,² el Servicio de Salud Pública de EE.UU. recomendó consejería sobre el VIH, prueba voluntaria y terapia de AZT para toda mujer embarazada. Desde entonces, la mejoría en el tratamiento para mujeres VIH+ ha ayudado a disminuir la transmisión perinatal en EE.UU. de unos 1500 casos en 1992 a entre 300 y 400 al año actualmente.³

¿se puede reducir la TMH?

Sí. Los avances en el tratamiento y el uso de una nueva clase de medicamentos nos han permitido reducir notablemente las tasas de TMH en todo el mundo. Sin embargo, estos avances aun no llegan o alcanzan satisfactoriamente a los países en vías de desarrollo; así como tampoco se ha afrontado la causa de fondo de la TMH, que principalmente es la transmisión heterosexual del VIH. La mejor prevención de la TMH es evitar la transmisión del VIH en la madre y en el padre.

Para reducir la TMH, toda mujer embarazada necesita atención prenatal gratuita o a costo reducido, así como consejería y pruebas del VIH. Una mujer embarazada VIH+ debe tener acceso al tratamiento antirretroviral (ARV), tanto para tratar el VIH y mejorar su propia salud como para reducir la posibilidad de que su bebé contraiga el VIH. Los tratamientos para evitar la TMH incluyen la provisión de fármacos ARV a la madre después del primer trimestre de embarazo y durante el parto, y a su bebé durante las primeras seis semanas de vida. En EE.UU., estos regímenes de medicamentos han logrado una reducción dramática de las posibilidades de transmisión, que disminuyeron de un 25% a 4-10% en mujeres que no amamantaron a sus bebés.⁴

La TMH se puede disminuir hasta menos de un 2%, si la mujer toma medicamentos ARV, tiene una carga viral baja, sigue el régimen de tratamiento y no amamanta.⁵ Sin embargo, poco se sabe sobre los efectos a largo plazo de estos fármacos sobre la salud del niño. La TMH también se puede reducir tomando más medidas de precaución durante el trabajo de parto y el alumbramiento, por ejemplo, evitar romper artificialmente las membranas, no hacer siempre una episiotomía (incisión lateral del orificio vulvar) y ofrecer un parto por cesárea cuando sea necesario.

Varias investigaciones realizadas en países en vías de desarrollo que probaron regímenes de AZT más cortos y menos complicados encontraron que éstos obtuvieron buenos resultados, aunque no tan buenos como los regímenes usados comúnmente en EE.UU.⁶ Otros estudios han encontrado que una sola dosis de nevirapina (un medicamento mucho menos costoso que el AZT) para la madre y el bebé también puede disminuir la TMH notablemente.⁷

El objetivo a largo plazo es encontrar los regímenes de tratamiento del VIH y de prevención de la TMH más eficaces y sostenibles en todo el mundo. Factores económicos y políticos, así como la falta de una infraestructura adecuada, son obstáculos importantes en la provisión global y uniforme de esta norma de atención médica. Los gobiernos y las compañías farmacéuticas han comenzado a superar estos obstáculos al proveer fármacos gratuitos o a bajo costo, y se les debe animar a hacer más todavía.

¿Quién lo dice?

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. AIDS Epidemic Update. 2001.

2. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *New England Journal of Medicine*. 1994;331:1173-1180.

3. Mofenson LM and the Committee on Pediatric AIDS. Technical Report: Perinatal Human Immunodeficiency Virus Testing and Prevention of Transmission. *Pediatrics*. 2000; 106.

4. Public Health Service Task Force. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. 2002. www.hivatis.org.

5. Ioannidis JP, Abrams EJ, Ammann A, et al. Perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 by pregnant women with RNA virus loads <1000 copies/ml. *Journal of Infectious Diseases*. 2001;183:539-545.

6. Lallemand M, Jourdain G, Le Coeur S, et al. A trial of short-ened zidovudine regimens to prevent mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1. *New England Journal of Medicine*. 2000;343:982-991.

¿cuáles son los obstáculos?

Una mujer embarazada debe tomar muchas decisiones difíciles, entre ellas: si hacerse o no la prueba del VIH, escoger opciones de tratamiento y decidir cómo alimentar a su bebé. Su(s) compañero(s), su familia, la comunidad donde vive y el lugar donde recibe atención médica influyen en las decisiones, y en sus posibilidades de beneficiarse de la prevención de la TMH.⁸

En los países en vías de desarrollo en general hay falta de acceso a medicamentos, particularmente a los antirretrovirales. Además, existen pocos servicios médicos para las mujeres antes y después del parto; los servicios de consejería y pruebas del VIH son limitados y las mujeres VIH+ son objetos de mucho estigma y discriminación.

¿y el amamantamiento?

Generalmente, amamantar es la opción más saludable tanto para el bebé como para la madre.⁹ Sin embargo, el VIH puede transmitirse durante la lactancia y mientras más dure ésta, mayores son las posibilidades de transmisión. Resultarán infectados entre el 10% y 20% de los niños VIH- amamantados por madres VIH+.^{10,11} En el mundo industrializado, se recomienda que las madres VIH+ no amamenten, ya que la fórmula infantil se puede usar en forma segura, su uso es muy aceptado y es fácil de conseguir.

La preparación de la fórmula infantil requiere agua limpia. Muchas mujeres en países en vías de desarrollo no tienen acceso a agua limpia y tampoco pueden pagar las fórmulas. Por lo tanto, estas mujeres no pueden evitar el amamantamiento. En países en vías de desarrollo donde la lactancia materna es la norma, el uso de fórmula puede delatar a su comunidad que la mujer es VIH+. Esta revelación puede traerle estigmatización u otras consecuencias negativas.

La Organización Mundial de Salud recomienda que las mujeres VIH+ nunca amamenten a sus hijos siempre que otra forma de alimentación sea “aceptable, factible, costeable, sostenible y no peligrosa”. De lo contrario, se recomienda exclusivamente la lactancia materna (sin suplementarla con fórmula) durante los primeros meses de vida.⁹

¿qué se está haciendo al respecto?

En Tailandia, el Ministerio de Salud Pública provee habitualmente orientación prenatal y pruebas del VIH confidenciales y voluntarias, servicios que han integrado a su programa existente de salud materna e infantil. A las mujeres VIH+ se les ofrece AZT y fórmula infantil gratuita por 12 meses. Estas intervenciones son aceptables para la mayoría de las mujeres y han reducido la TMH de cerca del 30% al 10%.¹²

El objetivo del Ndola Demonstration Project en Zambia, es que las mujeres VIH+ alimenten a sus hijos sin peligro de transmitirles el virus. El programa integró la orientación sobre la alimentación infantil y la nutrición materna, así como consejería y pruebas voluntarias del VIH, a los servicios de salud del barrio. Antes del inicio del programa, trabajadores de salud y proveedores de servicios comunitarios participaron en un curso de capacitación de 12 días.¹³

Al descubrir que muchas de mujeres VIH+ en Kampala, Uganda se convirtieron en víctimas de la violencia doméstica después de informar a sus esposos o parejas que ellas tenían VIH, la clínica posnatal del Hospital Mulago creó un “club posprueba” para estas mujeres. El club posprueba reclutó activamente a los esposos de las mujeres VIH+ y les ofreció consejería y pruebas voluntarias del VIH con el fin de mejorar la comunicación entre la pareja. Por medio de servicios intensivos de educación en salud, consejería y visitas al hogar, el club reclutó parejas y ayudó a reducir el número de embarazos subsecuentes y matrimonios rotos, al mismo tiempo que incrementaron los cambios de conducta.¹⁴

¿qué queda por hacer?

El VIH es una enfermedad prevenible. La mejor manera de evitar la TMH es con programas eficaces, asequibles y sostenibles de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH para las mujeres, los hombres y sus hijos e hijas. También se necesitan intervenciones estructurales que aumenten el acceso a los tratamientos del VIH, al agua limpia y a la fórmula infantil.

Toda mujer tiene derecho a recibir tratamiento contra la infección por VIH en cualquier momento, no solamente porque esté embarazada. Es esencial que las mujeres de todos los países tengan la información adecuada y la confianza de ponerla en práctica. Ellas también se merecen atención médica de alta calidad y una buena nutrición para sí mismas y para sus hijos, ya sean VIH+ o VIH-.

PREPARADO POR ERICA PAN MD MPH*, DIANE WARA MD**, BETH FREEDMAN MPH*;
*CAPS, **DEPARTMENT OF PEDIATRIC IMMUNOLOGY, UCSF; TRADUCCIÓN ROCKY SCHNAATH

7. Guay LA, Musoke P, Fleming T, et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet*. 1999;354:795-802.

8. Nyblade L, Field ML. Women, Communities, and the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: Issues and Findings from Community Research in Botswana and Zambia. The International Center for Research on Women. July 2000. www.icrw.org/docs/FINALSYNTHESIS.doc

9. World Health Organization. Effect of Breastfeeding on Mortality among HIV-infected Women. WHO Statement. June 2001.

10. Miotti PG, Taha TE, Kumwenda NI, et al. HIV transmission through breastfeeding: a study in Malawi. *Journal of the American Medical Association*. 1999;282:744-749.

11. Mbori-Ngacha D, Nduati R, John G, et al. Morbidity and mortality in breastfed and formula-fed infants of HIV-1-infected women: A randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*. 2001;286:2413-2420.

12. Centers for Disease Control and Prevention. Evaluation of a regional pilot program to prevent mother-infant HIV transmission - Thailand, 1998-2000. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2001;50:599-603.

13. Prevention of mother-to-child transmission of HIV. Research Update. Report prepared by Horizons, the Population Council. September 2000.

14. Matovu J, Nakabiito C, Kintu K, et al. The impact of HIV post-test club in the postnatal clinic in Mulago hospital-Kampala. Presented at the XIII International AIDS Conference. 2000. Durban, South Africa. Abst #ThPeC5377.