

## COMENTARIOS

### Oportunidades para prevenir la transmisión del VIH en recién nacidos

Un compañero obstetra le llama para que le ayude en una situación difícil: una mujer de 28 años de edad está de parto con contracciones intensas frecuentes y una dilatación cervical de 7 cm. Una prueba rápida de detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), efectuada 30 min antes, acaba de dar un resultado positivo. Los médicos que atienden el parto y la farmacia están trabajando activamente para obtener medicamentos antirretrovirales para la mujer. Necesitan que usted les ayude atendiendo al niño que va a nacer.

Los pediatras van a encontrarse con este tipo de situación comprometida con más frecuencia en los próximos años. Aunque la transmisión maternofilial del VIH ha disminuido espectacularmente en la última década, la exposición perinatal al VIH sigue siendo un problema muy importante. El VIH sigue aumentando entre las mujeres en edad fértil; sin embargo, muchas mujeres aún no conocen su estado frente al VIH. Las guías de la American Academy of Pediatrics (AAP) y del American College of Obstetricians and Gynecologists<sup>1</sup> y de los Centers for Disease Control and Prevention<sup>2,3</sup> han recomendado de forma intensa la realización universal de pruebas para el VIH durante el embarazo, tanto de forma rutinaria en la atención prenatal como durante el parto. Cuando la prueba del VIH se generalice, se identificarán más mujeres con resultados positivos, que requerirán intervenciones urgentes para prevenir la transmisión del VIH al recién nacido. Estos importantes cambios están llevando a muchos pediatras a una realidad que no les resulta familiar: atender a recién nacidos expuestos al VIH.

La mejoría reciente en las pruebas rápidas para el VIH y su mayor empleo en el parto están dando a los médicos una oportunidad de última hora de evitar la transmisión al recién nacido. La actual generación de pruebas rápidas para el VIH funciona mejor que la prueba estándar de cribado con ELISA, con sensibilidades y especificidades superiores al 99%<sup>4</sup>. Debido a la baja prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas en Estados Unidos, se producirá un número considerable de resultados falsamente positivos<sup>5</sup>. Estas pruebas falsamente positivas inevitables pueden causar una ansiedad y una exposición a fármacos innecesarias. Sin embargo, todas las pruebas positivas deben considerarse verdaderamente positivas mientras se realiza una prueba confirmatoria, generalmente con pruebas estándares con ELISA y Western Blot.

Toda prueba del VIH positiva en una mujer embarazada tiene implicaciones inmediatas en el tratamiento. El tratamiento activo de la madre y su recién nacido han dado lugar a una disminución de la transmisión hasta aproximadamente el 1%<sup>6</sup>. Incluso si la madre no ha recibido tratamiento previo para el VIH, se ha demostrado que iniciar el tratamiento antirretroviral durante el parto tiene un efecto protector para el recién nacido. El modo óptimo de finalizar el parto puede incluir el parto vaginal o la cesárea, dependiendo de múltiples factores obstétricos y del VIH<sup>7</sup>. Todos los hospitales deberían disponer de zidovudina intravenosa para la madre y zidovudina en suspensión para el recién nacido. El recién nacido necesitará ser tratado con fármacos antirretrovirales en las 8-12 h después del parto. La mayoría de los recién nacidos precisan una pauta básica de zidovudina (AZT, Retrovir<sup>TM</sup>) en suspensión, 2 mg/kg/dosis cada 6 h por vía oral. Sin embargo, algunas situaciones suponen un riesgo mayor de transmisión y pueden necesitar una pauta de administración de fármacos más compleja. Estas situaciones incluyen una rotura prolongada de membranas, una madre que no ha recibido tratamiento antirretroviral durante el embarazo y las madres con sospecha o certeza de resistencia a los fármacos antirretrovirales. Estos casos requieren consultar con un experto.

La lactancia materna, que dobla el riesgo de transmisión del VIH, está contraindicada en los recién nacidos de madres infectadas por el VIH en todas las partes del mundo en que las mujeres tienen acceso al agua potable y leches de fórmula<sup>8</sup>.

El recién nacido necesitará una prueba preliminar para el VIH en 48 h<sup>9</sup>. Se necesita un estudio virológico directo mediante una prueba de reacción en cadena de la polimerasa para el ADN proviral o una prueba de carga viral de ARN (en función de la disponibilidad del laboratorio). Los recién nacidos expuestos al VIH pueden tener anticuerpos maternos detectables hasta los 18 meses de edad. Por tanto, no deben realizarse pruebas de anticuerpos del VIH. Un error clínico frecuente es enviar la sangre del recién nacido para realizar anticuerpos del VIH; la prueba con resultado positivo supone una enorme preocupación innecesaria. El VIH se puede descartar de una forma fiable si una prueba viral directa repetida es negativa al cabo de 1 mes y a los 4 meses.

Después del alta, los recién nacidos expuestos (la mayoría de los cuales no estarán infectados) se pueden seguir en atención primaria en gran parte de la misma for-

ma que cualquier otro recién nacido. Hay que administrar todas las inmunizaciones estandarizadas a intervalos normales durante el primer año. La zidovudina se debe mantener durante 6 semanas, y a partir de entonces se inicia la administración de trimetoprim/sulfametoxazol para profilaxis de la neumonía por *Pneumocystis* hasta que se descarta el VIH a los 4 meses. El pediatra o el médico de familia tendrán el máximo contacto con la familia, por lo que el consejo posparto y la derivación a los servicios sociales son componentes clave de la atención primaria. La derivación a expertos sobre el VIH, especialmente los asociados con el AIDS Clinical Trials Group (PACTG) pediátrico, puede conllevar la inclusión de recién nacidos infectados y no infectados en ensayos clínicos importantes a la vez que su atención en servicios sociales especiales.

La naturaleza dependiente del tiempo de muchos de estos problemas clínicos puede requerir una consulta inmediata. Nuestro National Perinatal HIV Consultation and Referral Service (Perinatal Hotline) en el teléfono 1-888-448-8765, formado por médicos y farmacólogos clínicos de la University of California San Francisco, San Francisco General Hospital, está disponible 24 h al día. Esta línea telefónica permanente ofrece consultas gratuitas a médicos, enfermeras, practicantes y otros profesionales sanitarios que realizan atención perinatal.

El tratamiento precoz de las mujeres embarazadas y sus recién nacidos expuestos al VIH es fundamental para evitar los efectos devastadores del VIH no identificado y no tratado en los niños. A medida que la prueba del VIH se realice de forma sistemática en el embarazo, los pediatras serán llamados cada vez más a desempeñar su papel esencial para ayudar a eliminar el VIH perinatal en Estados Unidos.

**Declaración de intereses económicos:** Los autores no tienen intereses económicos ni otros conflictos que deban declarar.

**Financiación:** Financiado en parte por una subvención del AIDS Education and Training Centers and Division of Community Based Programs in the Health Resources and Services Administration HIV/AIDS Bureau, Grant N.º 6 H4 HA01082-2.

RONALD H. GOLDSCHMIDT, MD, Y JESSICA A. FOGLER, MD  
National Perinatal HIV Consultation and Referral Service  
(Perinatal Hotline). National Clinicians' Consultation Center.  
University of California, San Francisco.  
San Francisco General Hospital, San Francisco.  
Estados Unidos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Human immunodeficiency virus screening. Joint statement of the American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Pediatrics*. 1999;104:128.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Revised recommendations for HIV screening of pregnant women. *MMWR Recomm Rep*. 2001;50:59-86 [citado 30 Mar 2005]. Disponible en: [www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5019a2.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5019a2.htm)
3. Centers for Disease Control and Prevention. Advancing HIV prevention: new strategies for a changing epidemic: United States, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2003;52:329-32 [citado 30 Mar 2005]. Disponible en: [www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5215a1.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5215a1.htm)
4. Branson BM. Rapid HIV testing: 2005 update [citado 30 Mar 2005]. Disponible en: [www.cdc.gov/hiv/rapid\\_testing/materials/USCA\\_Branson.pdf](http://www.cdc.gov/hiv/rapid_testing/materials/USCA_Branson.pdf)
5. Doran TI, Parra E. False positive and indeterminate human immunodeficiency virus test results in pregnant women. *Arch Fam Med*. 2000;9:924-9.
6. Perinatal HIV Guidelines Working Group. 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 [citado 30 Mar 2005]. Disponible en: [http://aidsinfo.nih.gov/guidelines/default\\_db2.asp?id\\_66](http://aidsinfo.nih.gov/guidelines/default_db2.asp?id_66)
7. Mofenson LM; Committee on Pediatric AIDS. Technical report: perinatal human immunodeficiency virus testing and prevention of transmission. *Pediatrics*. 2000;106(6). Disponible en: [www.pediatrics.org/cgi/content/full/106/6/e88](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/106/6/e88)
8. Read JS, Committee on Pediatric AIDS. Human milk, breastfeeding, and transmission of human immunodeficiency virus type 1 in the United States. *Pediatrics*. 2003;112:1196-205.
9. The Working Group on Antiretroviral Therapy. Guidelines for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infection [citado 30 Mar 2005]. Disponible en: [http://aidsinfo.nih.gov/guidelines/default\\_db2.asp?id\\_51](http://aidsinfo.nih.gov/guidelines/default_db2.asp?id_51)

## FE DE ERRORES

En el artículo titulado "Respuesta de los recién nacidos pretérmino a la administración de una vacuna hexavalente contra la difteria-tétanos-tos ferina acelular, hepatitis B, la polio inactivada y el *Haemophilus influenzae* tipo B: primeras experiencias y soluciones a un tema grave y delicado" publicado en el número de diciembre de *PEDIATRICS* [Pediatrics [Ed esp] 2005;60(6):330-6] se omitió por error el nombre de un autor. El listado de autores correcto es el siguiente:

F. Omeñaca, MD, PhD<sup>a</sup>, J. García-Sicilia, MD, PhD<sup>b</sup>, P. García-Corbeira, MD<sup>c</sup>, R. Boceta, BPH<sup>c</sup>, A. Romero, MD<sup>b</sup>, G. López, MD<sup>b</sup> y R. Dal-Ré, MD PhD<sup>c</sup>.