

## **LUCES Y SOMBRAS DE UNA CONSULTA DE SEGUIMIENTO DE HIJOS DE MADRE VIH**

L Pastor Ferrándiz, C Gavilán Martín\*, A Clavijo Pendón

Hospital Universitario San Juan de Alicante, Unidad de Infectología Pediátrica.  
Servicio de Pediatría.

C/ Bonitol 4, nº 13. 03110 - Mutxamel (Alicante). Tfno: 629858665. eMail: cesargavilan@hotmail.com

*Antecedentes y objetivos:* Aproximadamente mil niños se infectan por VIH por transmisión vertical (TV) diariamente. La OMS prioriza entre sus *Estrategias 2011-2015* “eliminar la infección VIH en el niño” y el *Plan Nacional SIDA 2008-2012* tiene como primer objetivo “prevenir nuevas infecciones”. En España la tasa es <2%, y en el horizonte, conseguir el 0%. En este contexto realizamos una revisión autocrítica del manejo y seguimiento del niño expuesto, en el marco de las *Recomendaciones de la SEIP*.

*Método:* Estudio retrospectivo y descriptivo. Revisión de las historias clínicas de los niños expuestos nacidos entre enero 2008 y diciembre 2010, recogiendo datos relacionados con: a) embarazo: diagnóstico, control, tratamiento antirretroviral (TAR) y carga viral (CV) en 3<sup>er</sup> trimestre; b) parto: tipo y profilaxis; c) seguimiento: diagnóstico, profilaxis, efectos adversos y lactancia.

*Resultados:* 12 casos, todos libres de infección al finalizar el seguimiento. Control del embarazo adecuado en 10 gestantes, la mayoría de ellas TARGA con AZT/3TC/LPV. Los 2 casos mal controlados son los que presentan CV elevadas en 3er trimestre.

3 casos sin AZT intraparto. 4 cesáreas, entre ellas los 2 casos con mal control. En todos se indicó correctamente la lactancia artificial.

7 RN reciben monoterapia (AZT) como profilaxis, 2 biterapia (AZT/NVP) y 3 triple (AZT/NVP/3TC). En 5 casos se sustituye AZT por LPV por efectos adversos, 4 por anemia y 1 por hiperlactacidemia y neutropenia. Primera CV siempre en las primeras 48 horas. La segunda y la tercera, tiempos variables; medias de 5.6 semanas (rango 4-12s) y 5.4 meses (rango 3-9m) respectivamente. En todos los casos se realizan 3 CV, pero no completan el seguimiento 5 niños.

*Conclusiones:* A pesar de una tasa de TV cero en estos últimos años, la prevención realizada es susceptible de mejoría.

Gestación: mayor implicación por nuestra parte para incidir en la importancia de diagnóstico precoz, TARGA materno y CV indetectable en 3<sup>er</sup> trimestre.

Parto: intentar AZT en todos los casos, test rápido si dudas diagnósticas y asegurar una vía de parto adecuada.

RN: TAR protocolizado e instaurado de forma precoz, conocer los antirretrovirales recomendados y sus alternativas, estandarizar el número y momento de realización de CV y serología, y valorar prolongar el seguimiento hasta la adolescencia.

Concienciándonos de la importancia de nuestro papel en el futuro de estos niños, reforzando las actitudes positivas y corrigiendo errores, podremos conseguir el objetivo, cada vez más cercano, de erradicar la TV del VIH en nuestro medio.

**SOLICITADO.....INDIFERENTE**