

Recibido: 16.10.2017 | Aceptado: 25.10.2017

Palabras clave: VIH, Transmisión vertical, sífilis congénita y México.

# VIH perinatal y sífilis congénita en México

FRANCISCO JAVIER POSADAS ROBLEDO

*fposadasr@hotmail.com*

PATRICIA URIBE ZÚÑIGA

ENRIQUE BRAVO GARCÍA

CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH Y SIDA MÉXICO

Las personas tienen derechos y el sistema nacional de salud tiene la responsabilidad de tutelar y vigilar que se ejerzan a plenitud en la materia. Un gobierno incapaz de hacer valer derechos mínimos de acceso a la salud a sus ciudadanos, no sólo queda por debajo de sus obligaciones constitucionales y de las expectativas de la población, sino que tampoco genera las condiciones para que otros esfuerzos rindan frutos y pueda mejorarse la productividad y el ingreso de los individuos. (Mayer Serra, 2007).

Hasta hoy, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es incurable, sin embargo, la terapia anti-retroviral puede extender y mejorar la calidad de vida de quienes la portan o tienen manifestaciones clínicas de sida. El tratamiento actual permite llevar la infección como un problema crónico degenerativo y con una calidad de vida muy similar a la de las personas sin la infección. Quienes viven con VIH y siguen el tratamiento farmacológico como corresponde, logran suprimir la carga viral y con el uso sistemático del condón reducen significativamente la posibilidad de transmitir el virus.

Cuando se inicia de manera oportuna el tratamiento farmacológico con anti-retrovirales de una mujer con VIH durante el embarazo, es muy efectivo y reduce de manera importante la posibilidad de transmisión vertical o perinatal, que se define como la infección de madre a hijo durante el embarazo, parto o lactancia. Sin tratamiento profiláctico, aproximadamente de 15 a 30 por ciento de los bebés nacidos de mujeres con VIH se infecta durante la gestación y el parto, de 5 a 15 por ciento más a través de lactancia materna. Con tratamiento farmacológico efectivo y carga viral suprimida, se infecta menos de 2 por ciento. (De Coke *et al*, 2000).

Otra infección de transmisión sexual prevenible y curable es la sífilis. Cuando la infección se presenta durante el embarazo, puede ocasionar muertes dentro del útero (mortinato), aborto espontáneo, retraso en el crecimiento intrauterino, infecciones sistémicas en el neonato o parto prematuro. La transmisión al feto ocurre entre las 16 y 28 semanas de gestación y puede

ocasionar muerte fetal en 40 por ciento de los casos (Organización Panamericana de la Salud, 2005). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) ha impulsado iniciativas para la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública global (OMS, 2005 y 2009). En el año 2014 se notificaron 17 400 casos de esta infección en América (datos de 32 países) y una tasa de 1.3 casos por cada 1 000 nacidos vivos. En el año 2015, Cuba se convirtió en el primer país del mundo en recibir la validación por parte de la OMS de la eliminación de la transmisión de VIH y sífilis de madre a hijos.

En el presente artículo se analiza la evolución y comportamiento epidemiológico de casos registrados en fuentes oficiales de la infección de VIH y sífilis perinatal en México, en un periodo de 30 años, de 1986 a 2015, con una base sólida de registro de nacimientos y se plantea con estos elementos una estrategia, nacional de prevención y eventual control y eliminación de la transmisión vertical de VIH y sífilis para el año 2030.

Existen recomendaciones publicadas que deben dar origen a un conjunto de acciones que se han adaptado a la atención obstétrica (Uribe, Ortiz y Hernández, 2010). La transmisión de ambas infecciones, VIH y sífilis, es de persona a persona sin etapa intermedia. La medida preventiva más efectiva es el uso correcto y sistemático del condón. El seguimiento de mujeres embarazadas con pruebas reactivas positivas a VIH debe ser personalizado y brindar tratamiento inmediato; se cuenta con protocolos y algoritmos simplificados que permiten acelerar el proceso de

atención. El tratamiento de sífilis debe ser curativo y es indispensable otorgarlo a las parejas.

En México se registran aproximadamente 2.3 millones de nacimientos al año y la prevención de VIH y sífilis implica procesos que se complican en todo el país, por determinantes sociales y lo heterogéneo del acceso a los servicios.

En el periodo de 1986 a 2015 se registraron 3572 casos acumulados de infección por el virus de VIH. Con una clasificación de 2631 casos de sida y 941 de VIH. La diferencia entre ambas, es que el sida es un término utilizado para definir la aparición de síntomas clínicos derivados de la inmunosupresión. A diferencia de la seropositividad al VIH, que es asintomática. El promedio es de 119 casos por año, la tasa de incidencia anual alcanzó su máximo nivel en 2005 con 10.2 por cada 100000 nacimientos, para descender a 3.1 en 2015 (figura 1). En el periodo de 2011 a 2015 se notificaron 567 casos perinatales de VIH. Las entidades con mayor número de casos fueron Chiapas (104), Guerrero y Veracruz (59 cada uno), Oaxaca (49) y Tabasco (25).

La presencia de VIH y sida perinatal refleja indirectamente que el diagnóstico se realiza de manera tardía en 73 por ciento de los casos, cuando aparecen síntomas en el infante. Sólo 26 por ciento se diagnostica en etapa temprana, por prueba de tamiz



Quienes viven con VIH y siguen el tratamiento farmacológico como corresponde logran suprimir la carga viral



o por conocer el antecedente en los progenitores. Es importante mencionar la vinculación de infecciones de transmisión sexual que producen lesiones tipo úlcera y el VIH, ya que en algunos casos actúan como factor de riesgo y facilitan la entrada del virus en 25 a 35 por ciento.

En México, la sífilis congénita es una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica y los casos nuevos son motivo de reporte obligatorio desde 1994. Entre 1990 y 2009 se registraron 1717 casos, un promedio de 85 infecciones por año. De 2010 a 2015 se registraron 401 casos, con un promedio anual de 67 casos.

La tasa de incidencia muestra un comportamiento descendente en los años 2008 a 2013 y ascendente de 2013 a 2015. En estos dos últimos años, se observó incremento de la tasa de 1.7 a 3.5 infecciones por cada 100000 nacimientos. La interpretación tiene dos componentes: que mejoró el registro o incrementó la incidencia, ambos factores deben considerarse cuando se analiza la información (figura 2).

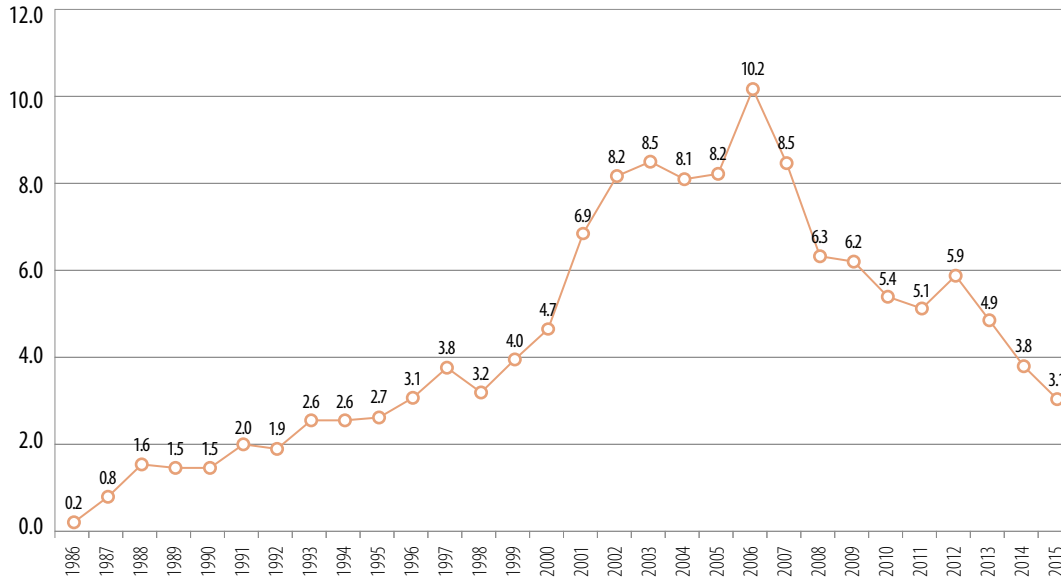
El objetivo es que no se presenten infecciones en neonatos. De acuerdo con los criterios establecidos por la OMS, el número de infecciones pediátrica por VIH y sífilis congénita debe ser inferior o igual a 20 casos por cada 100000 nacidos vivos, un periodo mínimo



Figura 1.

### Incidencia anual de VIH/sida por transmisión perinatal en México, 1986-2015

Tasa por 100 000 nacimientos

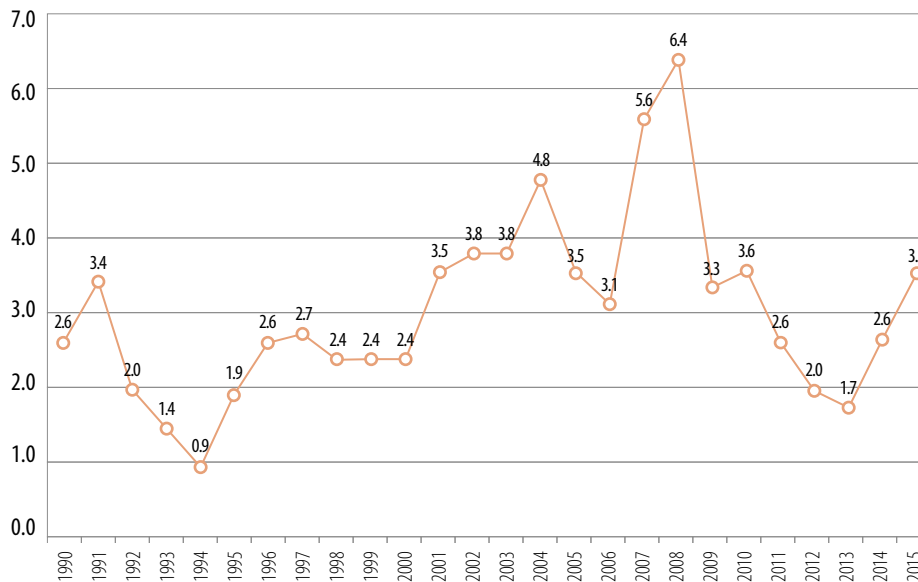


Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Registro Nacional de Casos de VIH/sida (datos al 31 de diciembre de 2015). Inegi. <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/registros/vitales/natalidad/> Consultado: Marzo 8, 2017.

Figura 2.

### Incidencia anual de Sífilis Congénita en México, 1990-2015

Tasa por 100 000 nacimientos



Fuentes: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Registro Nacional de Casos de VIH/sida (datos al 31 de diciembre de 2015). Inegi. Natalidad: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/natalidad/default.aspx> Consultado: octubre 10, 2015. Los nacimientos de 2015 son estimados.

de un año. Uno de los principales retos es superar la baja cobertura de detección de VIH por medio de tamiz en mujeres embarazadas (51 por ciento

en 2014), así como de sífilis (58 por ciento en 2014). Para lograrlo, deben cumplirse indicadores de proceso en la prestación de servicios: atención

prenatal a 95 por ciento o más de las mujeres embarazadas, cobertura de tamiz prenatal para VIH y sífilis igual o mayor a 95 por ciento, tratamiento



antirretroviral en embarazo con prueba reactiva a VIH, igual o mayor a 95 por ciento, tratamiento para sífilis en mujeres embarazadas igual o mayor a 95 por ciento, proporcionarles servicios integrales, contar con un sistema de información que permita vigilar los avances y apoyar la toma de decisiones.

La implementación de la estrategia propuesta en México enfrenta diversos retos estructurales, entre los que destaca, la fragmentación del sistema de salud, la cual limita que la atención se convierta en un proceso continuo. Es impostergable integrar un sistema de salud que tenga como centro a la persona y sus derechos humanos. La calidad de la atención materna e infantil es heterogénea en las instituciones públicas y privadas y en las entidades federativas. Se requiere evaluar el desempeño con estos indicadores e implementar incentivos para el personal de salud que incrementen la calidad y oportunidad de la atención.

La mujer, antes de embarazarse, debe acudir a control pregestacional, que in-

cluye la realización de una prueba para detectar VIH, sífilis o alguna infección de transmisión sexual asintomática, lo que se conoce como estado serológico e idealmente conocer el de su pareja o parejas. El objetivo es lograr salud en el binomio madre-hijo, en un periodo crítico del desarrollo biológico. La prevalencia de pruebas reactivas durante el embarazo en México se estima en 0.067 por ciento, de acuerdo con encuestas nacionales, es decir, se detecta un caso por cada 1 450 mujeres tamizadas.

Tener una prevalencia baja obliga a realizar el tamiz a la totalidad de mujeres embarazadas y captar a las que tienen una prueba reactiva y vincularlas al sistema de salud para confirmación y tratamiento de manera expedita, ya que la atención es universal y gratuita. Las pruebas rápidas *in situ* con alto grado de sensibilidad y especificidad permiten obtener resultados de inmediato, incluso en unidades que no cuentan con laboratorio.

La evidencia sugiere que toda mujer embarazada y con VIH, debe someterse

a cesárea a término; para reducir el riesgo de transmisión durante el trabajo de parto, de igual manera debe evitarse la lactancia materna y seguir con pruebas de laboratorio al neonato para detectar VIH, por un periodo de 18 meses.

#### **Riesgo profesional**

Desde 1985, la obstetricia ha sido cuestionada por las altas tasas de cesáreas que se practican. Este debate sigue activo y continuará por cuestiones que incluso rebasan el ámbito científico y médico (OMS, 2015).

El VIH es una nueva indicación de cesárea que obliga a plantear el papel preventivo de este procedimiento para evitar la transmisión de madre a hijo del virus.

Es importante clarificar las medidas preventivas para evitar accidentes o riesgo profesional de adquirir el virus cuando se realiza cesárea a una mujer embarazada con VIH. Éstas deben ser similares a las que se utilizan en todo procedimiento quirúrgico y complementarse con las guías de manejo

profiláctico en caso de accidentes o exposición a riesgos. La probabilidad de contagio de VIH documentado es del orden de 0.3 por ciento y se interpreta como tres casos por cada 1 000 personas expuestas a un accidente laboral. El riesgo incrementa con lesiones profundas o exposición a volúmenes importantes de sangre y se reduce con tratamiento farmacológico profiláctico. Las indicaciones absolutas de cesárea tienen como objetivo prevenir accidentes biológicos durante el nacimiento; evitar la transmisión de VIH por vía perinatal se considera un criterio preventivo que debe utilizarse como indicación en la práctica cotidiana del obstetra. Agregar a las indicaciones absolutas de cesárea el riesgo de transmisión de VIH perinatal se basa en la evidencia disponible. Lo ideal es que una mujer llegue al alumbramiento con manejo antirretroviral desde las 16 semanas de gestación y con carga viral suprimida (menos de 1 000 copias del virus en sangre), medición que se realiza a través de una prueba de laboratorio conocida como carga viral, además de evitar que tenga ruptura de las membranas amnióticas que propician la contaminación de secreciones genitales que facilitan la infección, lo que aunado a una cesárea oportuna reduce el riesgo de transmisión vertical hasta en 98 por ciento de los casos.

### Conclusiones

En México, el modelo de atención primaria a la salud está obsoleto y es necesario actualizarlo y adaptarlo a las nuevas necesidades de la epidemiología y atención médica del siglo XXI. Los indicadores de prevalencia de VIH y sífilis perinatal son muy sensibles para reflejar la calidad del sistema de salud,

justicia social y respeto a los derechos humanos. Lograr el control y eventualmente la eliminación del VIH y sífilis congénitos, es una meta a mediano plazo, no por la complejidad del problema, sino por el entorno de un sistema con escasa pertinencia social. La salud es un derecho que puede democratizarse y refleja de manera objetiva la voluntad del gobierno mexicano y su sistema de salud para lograr justicia social y bien común. Atender a la mujer embarazada con calidad y oportunidad es el mejor argumento para incrementar los estándares de servicios de salud y crear una base sólida para aspirar a un capital social con mejor futuro. **UP**

### Agradecimiento:

A la doctora María del Pilar Rivera Reyes del Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH y Sida México, por el apoyo en la redacción de este artículo.

### Referencias bibliográficas:

- De Cock, K. M. (2000). *Journal of the American Medical Association*, 283(9), pp. 1175-1182. Recuperado de: [https://scholar.google.com.mx/scholar?q=.+Journal+of+the+American+Medical+Association,+283\(9\),+pp.+1175-1182&hl=es&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholar&sa=X&ved=0ahUKEwj\\_pKvgl\\_HXAhWl8YMKHenx-CBAQgQMIPDAA](https://scholar.google.com.mx/scholar?q=.+Journal+of+the+American+Medical+Association,+283(9),+pp.+1175-1182&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar&sa=X&ved=0ahUKEwj_pKvgl_HXAhWl8YMKHenx-CBAQgQMIPDAA)
- Mayer Serra, C. E. (2007). *El derecho a la protección de la salud*. Salud Pública de México, 49(2), pp. 144-155. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v49n2/a10v49n2.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2008 y 2015). *Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43856/1/9789243595856\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43856/1/9789243595856_spa.pdf) y [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43856/1/9789243595856\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43856/1/9789243595856_spa.pdf)
- Valderrama, J. (2005). Eliminación de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: marco de referencia para su implementación. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud. Unidad de VIH/Sida. Recuperado de: [http://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=documentos-estrategi-cosc-vih-sida&alias=120-eliminacion-de-sifilis-congenita-en-america-latina-y-el-caribe&Itemid=219&lang=es](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-estrategi-cosc-vih-sida&alias=120-eliminacion-de-sifilis-congenita-en-america-latina-y-el-caribe&Itemid=219&lang=es)



**FRANCISCO  
JAVIER POSADAS  
ROBLEDO**

Es médico cirujano por la Facultad de Medicina de la UASLP, maestro en Salud Pública por el Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, A.C. Actualmente es director de investigación operativa del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida de la Secretaría de Salud.

