

INFLUENCIA DEL INICIO PRECOZ DEL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL EN EL CRECIMIENTO DE LOS NIÑOS INFECTADOS POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

Laia Nou Fontanet¹, Ton Noguera Julian¹, Emilia Sánchez Ruiz², Clàudia Fortuny Guasch¹
1.Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España.
2.Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona, Barcelona, España.



Introducción y Objetivos:

El inicio del tratamiento antirretroviral combinado (TAR) en niños con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) por transmisión vertical evita y/o previene el deterioro del sistema inmunológico y la progresión de la enfermedad.

El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto del TAR precoz (<12 meses) en el crecimiento (peso y talla) de los niños infectados por VIH, comparándolo con aquellos que lo iniciaron más tarde, asociándolo a la carga viral y el estadio de infección.

Métodos:

Estudio de cohortes histórico. Se incluyeron niños nacidos entre enero de 1997 a diciembre de 2017 con seguimiento superior a 24 meses en un hospital de tercer nivel con diagnóstico de infección VIH por transmisión vertical. Se definieron 2 cohortes según edad de inicio del TAR: antes de los 12 meses o

después. Se recogió la información de las historias clínicas. Se calcularon y compararon los Z-scores del peso por edad (PEZ) y de la talla por edad (TEZ), mediante SPSS 23.0, y se relacionaron con variables clínicas y antropométricas.

Resultados:

Características de la muestra:

Se incluyeron un total de 47 pacientes (27 niñas) cuyas características se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de los niños infectados por VIH incluidos en este estudio.

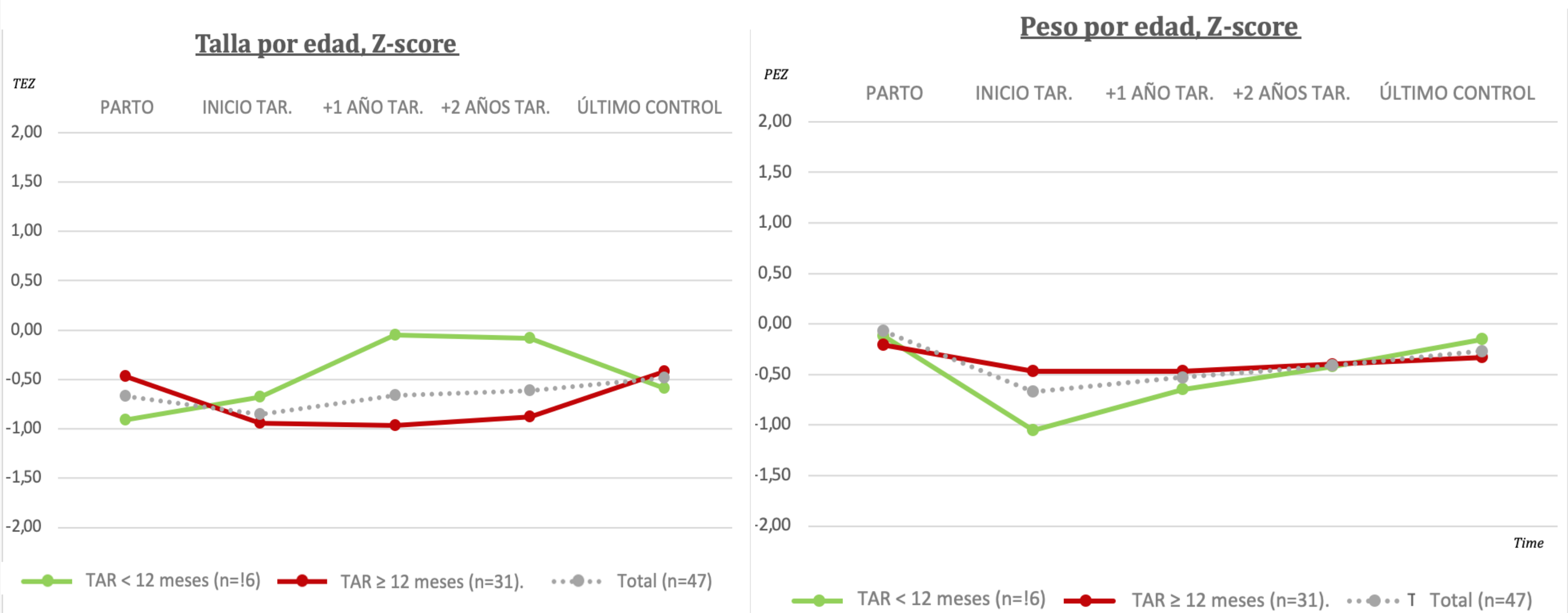
	TAR < 12 meses (n=16)	TAR ≥ 12 meses (n=31)	p valor	Total de pacientes (n=47)
Género			0.905	
Mujer, % (n)	56.25 (9)	58.06 (18)		57.45 (27)
Hombre, % (n)	43.75 (7)	41.94 (13)		42.55 (20)
Raza			0.191	
Blanca, % (n)	75.00 (12)	93.55 (29)		87.23 (41)
Negra, % (n)	12.50 (2)	6.45 (2)		8.51 (4)
Gitana, % (n)	6.25 (1)	0 (0)		2.13 (1)
Latina, % (n)	6.25 (1)	0 (0)		2.13 (1)
Lugar de nacimiento			0.626	
España, % (n)	87.50 (14)	96.77 (30)		93.62 (44)
África Sub-Sahariana, % (n)	12.50 (2)	3.23 (1)		6.38 (3)
Adoptado			0.036 *	
Si, % (n)	31.25 (5)	6.45 (2)		14.90 (7)
Edad gestacional			0.047 *	
Semanas, Media (DE)	37,65 (0.98)	38.59 (0.90)		38.26 (1.61)
Semanas, Mínimo - Máximo	34.30 - 41.00	36.00 - 41.00		34.30 - 41.00
Parto			0.642	
Vaginal eutócico, % (n)	62.50 (10)	64.52 (20)		63.83 (30)
Vaginal distócico, % (n)	18.75 (3)	25.81 (8)		23.40 (11)
Cesarea electiva, % (n)	12.50 (2)	6.45 (2)		8.51 (4)
Cesarea urgente, % (n)	6.25 (1)	3.22 (1)		4.26 (2)
TAR				
Durante gestación, % (n)	25.00 (4)	9.68 (3)	0.422	14.89 (7)
Durante parto, % (n)	6.25 (1)	0 (0)	0.339	2.13 (1)
Profilaxis post-exposición, % (n)	68.75 (11)	9.68 (3)	0.003 *	29.78 (14)
Edad al diagnóstico VIH			< 0.0001 *	
Años, media (DE)	0.21 (0.27)	1.32 (1.28)		0.93 (1.16)
Años, Mínimo - Máximo	0-1.00	0-5.00		0 -5.00
SIDA al diagnóstico			0.256	
Si, % (n)	25.00 (4)	38.70 (12)		34.43 (16)

Crecimiento:

El crecimiento global de los niños infectados por VIH fue inferior al de la media poblacional, aún cuando no menor a 2 DE para la edad (ver Figura 1). La media TEZ al año y dos años de haber iniciado el TAR resultó inferior a la de la población general, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p=0.04 y p=0.024, respectivamente). El crecimiento fue más rápido en los tratados de forma precoz a pesar de alcanzar valores finales de talla similares entre ambos grupos y a los de la población general. En los niños que iniciaron TAR antes de año de vida la recuperación del peso y la talla fue más rápida con valores similares de talla a los de la media poblacional a los 2 años de recibir el tratamiento.

Desde la publicación del estudio CHER1, las guías establecen inicio del TAR en todos los niños diagnosticados antes de los 12 meses, previamente la indicación venia determinada por la situación clínica y/o inmunológica del paciente.

Figura 1. Crecimiento en función de la edad de inicio de TAR



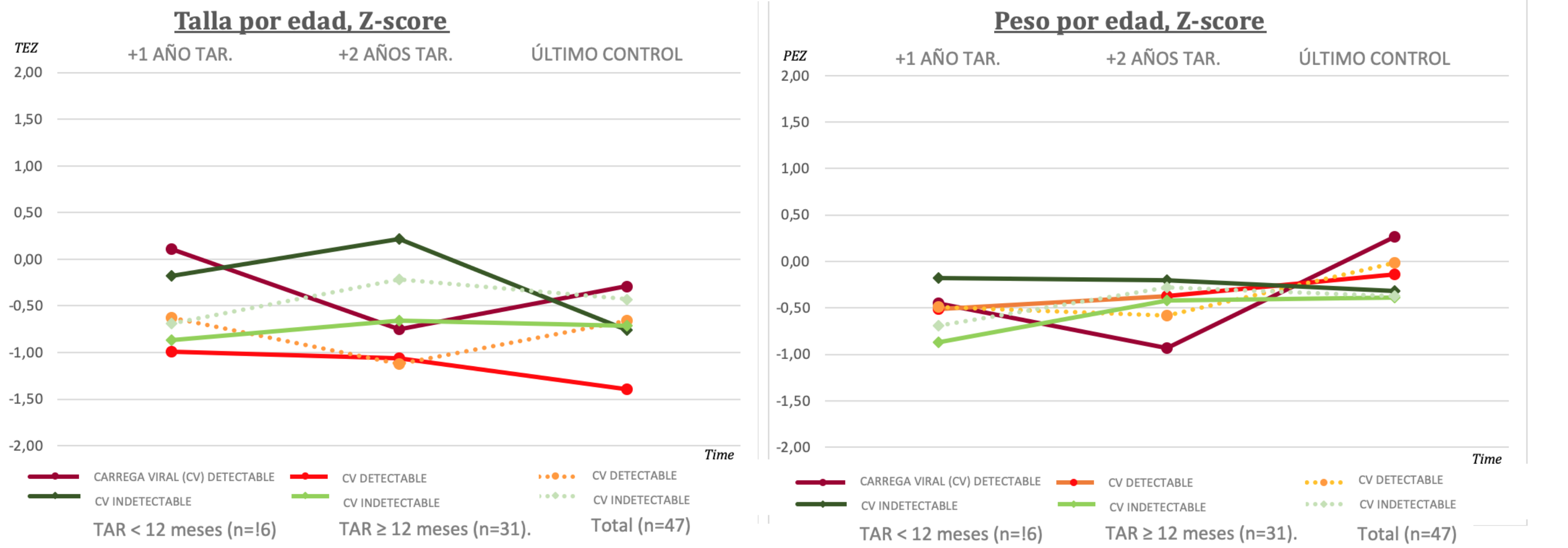
No se observó asociación entre el crecimiento y el estadio VIH-CDC (Tabla 2).

Taula 2. Correlación entre TEZ y PEZ y los estadios de VIH definidos por la CDC al inicio de TAR.

		TAR < 12 meses (n=16)	TAR ≥ 12 meses (n=31)	p valor
ESTADIO DE VIH DEFINIDO POR CDC AL INICIO DE TAR % (n)		62.50 (10)	38,71 (12)	0.078
INICIO DE TAR	TEZ, media	-0.85	-0.71	0.811
	PEZ, media	-0.88	0.43	0.422
1 AÑO POST-TAR	TEZ, media	0.15	-0.80	0.056
	PEZ, media	-0.53	-0.36	0.789
2 AÑOS POST-TAR	TEZ, media	0.02	-0.85	0.054
	PEZ, media	-0.28	-0.38	0.789
ÚLTIMO CONTROL	TEZ, media	-0.48	-0.17	0.922
	PEZ, media	-0.43	0.06	0.737

La niños en TAR con control completo de la replicación viral (carga viral VIH indetectable) tuvieron mejores resultados en peso y talla ((Figura 2).). Los parámetros de Z-score y la carga viral tienen una asociación significativa (p=0.008) a los dos años de iniciar TAR, a menor carga viral mayor z-scores

Figura 2. Asociación entre el crecimiento y la carga viral.



Conclusiones:

El inicio precoz de TAR en niños con infección VIH por transmisión vertical con control de la replicación viral se asoció a un crecimiento (peso y talla) a los dos años de iniciar el mismo, comparable a los de la población general.

Violari A, Cotton M, Gibb M, Babiker A, Steyn J, Madhi, S Patrick Jean-Philippe, McIntyre J, CHER Study Teame Early Antiretroviral Therapy and Mortality among HIV-Infected Infants. N Engl J Med 2008; 359:2233-2244

A los... 9 millones de niños y niñas infectados por VIH que todavía no tiene acceso a terapia antiretroviral; 400, que cada día se primoinfectan de VIH y 290, que mueren de patologías relacionadas con el SIDA cada día.

Todos los niños y niñas deberían tener las mismas oportunidades y derechos.