



Resultados adversos neonatales con el inicio de la terapia antirretroviral en gestantes con VIH: una evaluación crítica

Adverse neonatal outcomes with the initiation of antiretroviral therapy in pregnant women with HIV: a critical evaluation

Fabricio Ccami-Bernal^{1,a}, Jian Pierre Espinoza-Herreros^{2,a}, Carlos Quispe-Vicuña^{3,a}, José A. Gonzales-Zamora^{4,b}

¹ Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa, Perú.

² Universidad Privada Antenor Orrego, La Libertad, Perú.

³ Red de Eficacia Clínica y Sanitaria (REDECS), Lima, Perú.

⁴ División de Enfermedades Infecciosas, Departamento de Medicina. University of Miami, Miller School of Medicine, Miami, Florida, USA.

^a Médico cirujano.

^b Médico infectólogo.

Correspondencia

Fabricio Ccami-Bernal
fabricamibernal@gmail.com

Recibido: 11/08/2024

Arbitrado por pares

Aprobado: 11/09/2024

Citar como: Ccami-Bernal F, Espinoza-Herreros JP, Quispe-Vicuña C, Gonzales-Zamora JA. Resultados adversos neonatales con el inicio de la terapia antirretroviral en gestantes con VIH: una evaluación crítica. *Acta Med Peru.* 2024;41(3):225-6. doi: 10.35663/amp.2024.413.3211.

Este es un artículo Open Access publicado bajo la licencia Creative Commons

Atribución 4.0 Internacional. (CC-BY 4.0)



Sr. Editor:

Hemos leído con gran interés el artículo titulado «Comparación del inicio de terapia antirretroviral antes versus durante la gestación como factor de riesgo asociado a resultados neonatales adversos en el tratamiento del VIH en el Hospital de Referencias Regional en Trujillo, periodo 2015-2023» publicado recientemente en su revista ^[1]. En el mencionado artículo se concluye que el inicio de la terapia antirretroviral (TARV) preconcepción es un factor de riesgo asociado a resultados adversos neonatales en comparación con el inicio de la TARV durante la gestación. Si bien el tema y los hallazgos presentados son de suma importancia, consideramos que existen algunos aspectos metodológicos que merecen una discusión más profunda para evitar interpretaciones inadecuadas en el campo médico.

En primer lugar, en la metodología como en las tablas se menciona que la medida de asociación utilizada fue el riesgo relativo (RR); sin embargo, dado el diseño del estudio, que compara dos cohortes retrospectivas, la medida de asociación más adecuada hubiera sido el *odds ratio* (OR), porque estima de forma más apropiada la *odds* de exposición entre los casos y los controles, lo cual es importante para la correcta interpretación de la fuerza de asociación en diseños no prospectivos. Además, el OR es especialmente útil cuando se trabaja con desenlaces relativamente raros, como en este caso, algunos de los resultados neonatales adversos especificados (por ejemplo, aborto espontáneo) ^[2].

Por otro lado, la proporción de gestantes que recibieron TARV antes de la gestación con un esquema que incluía efavirenz (EFV) fue mayor en el grupo que inició TARV antes de la gestación (46,4%) en comparación con el grupo que comenzó la terapia durante la gestación (28,6%). Este hecho podría sesgar los resultados, dado que el uso de efavirenz se ha vinculado con un mayor riesgo de resultados adversos neonatales, como neonato pequeño para la edad gestacional, parto prematuro y muerte fetal (ORa 0,4, IC 95% 0,3,0,6) ^[3].

Otro aspecto que considerar es que el grupo de pacientes que inició TARV durante la gestación recibió en mayor proporción medicamentos inhibidores de la integrasa como el dolutegravir (DTG) (61,9% vs. 42,9%). Esto también representaría un posible sesgo ya que, en algunos estudios, el uso

de DTG ha reportado mejores resultados neonatales (menos nacimientos pretérminos y muerte neonatal) que el efavirenz al utilizarse durante la gestación ^[4,5].

La inclusión de estos fármacos sin un adecuado ajuste estadístico podría haber contribuido a que el grupo pregestacional mostrará más efectos adversos neonatales. Este tipo de variables actúan como confusoras y si no se controlan podrían distorsionar la verdadera asociación entre el momento de inicio de la TARV y los resultados neonatales. Por lo tanto, es fundamental reconocer la importancia de identificar y controlar las variables confusoras en estudios observacionales para mejorar la validez interna de los resultados.

Finalmente, queremos destacar que el estudio aborda un tema de gran relevancia; sin embargo, los resultados no podrían aplicarse directamente a la práctica clínica por las limitaciones mencionadas. Asimismo, es necesario subrayar que las guías internacionales recomiendan el inicio de terapia antirretroviral lo más temprano posible durante la gestación, e idealmente antes de la concepción para optimizar la salud de la gestante y reducir al máximo el riesgo de transmisión perinatal; consecuentemente, retrasar la terapia antirretroviral para evitar el posible desarrollo de eventos adversos neonatales es una conducta que no debería contemplarse a pesar de los hallazgos del estudio en cuestión ^[6].

Contribuciones de autoría: FCB, JPEH, CQV: metodología, redacción, revisión y edición. JAGZ: conceptualización, metodología, redacción, revisión y edición.

Fuente de financiamiento: Autofinanciado

Conflictos de intereses: Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

ORCID

Fabrizio Ccami-Bernal: <https://orcid.org/0000-0003-3172-2113>

Jian Pierre Espinoza-Herreros: <https://orcid.org/0000-0001-8581-4537>

Carlos Quispe-Vicuña: <https://orcid.org/0000-0003-0076-0985>

José A. Gonzales-Zamora: <https://orcid.org/0000-0002-2768-9712>

Nota del editor

La recepción de esta carta al editor fue comunicado a los autores del artículo original «Comparación del inicio de terapia antirretroviral antes versus durante la gestación como factor de riesgo asociado a resultados neonatales adversos en el tratamiento del VIH en el Hospital de Referencias Regional en Trujillo, periodo 2015-2023» publicado en *Acta Medica Peruana* 2024; 41(1):14-22. Se dio a los autores oportunidad de réplica junto a la publicación de la carta; sin embargo, los autores declinaron responder.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chaman Castillo JC, Caciono Leiva RB. Comparación del inicio de terapia antirretroviral antes versus durante la gestación como factor de riesgo asociado a resultados neonatales adversos en el tratamiento del VIH en el Hospital de Referencias Regional en Trujillo periodo 2015-2023. *Acta Med Peru.* 2024;41(1):14-22. doi: 10.35663/amp.2024.411.2734.
2. Labrecque JA, Hunink MMG, Ikram MA, Ikram MK. Do Case-Control Studies Always Estimate Odds Ratios? *Am J Epidemiol.* 2021;190(2):318-321. doi: 10.1093/aje/kwaa167.
3. Zash R, Souda S, Chen JY, Binda K, Dryden-Peterson S, Lockman S, Mmalane M, Makhema J, Essex M, Shapiro R. Reassuring Birth Outcomes With Tenofovir/Emtricitabine/Efavirenz Used for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV in Botswana. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2016;71(4):428-36. doi: 10.1097/QAI.0000000000000847.
4. Vannappagari V, Thorne C; for APR and EPPICC. Pregnancy and Neonatal Outcomes Following Prenatal Exposure to Dolutegravir. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2019;81(4):371-8. doi: 10.1097/QAI.0000000000002035.
5. Alcorn K. Dolutegravir-based HIV treatment is the safest and most effective choice for pregnant women [Internet]. *aidsmap*; 2020 [citado el 21 de Agosto del 2024]. Disponible en: <https://www.aidsmap.com/news/mar-2020/dolutegravir-based-hiv-treatment-safest-and-most-effective-choice-pregnant-women>
6. Panel on Treatment of HIV During Pregnancy and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs During Pregnancy and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Department of Health and Human Services [internet]. Department of Health and Human Services; 2024 [citado el 21 de Agosto del 2024]. Disponible en: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal>