

ciada fusión con la Revista Ibérica de Parasitología, constituyendo un nuevo órgano donde los especialistas de la Península Ibérica y de Latinoamérica tendrán la oportunidad de publicar sus trabajos científicos y entregar sus aportes al perfeccionamiento de los profesionales de la región<sup>34</sup>.

## CONCLUSIONES

La medicina basada en evidencias sigue en expansión y su utilidad hacia nuevas áreas como la parasitología y la medicina tropical, también están incluidas. En términos generales se puede esperar que la MBE llegué a todos los ámbitos y especialidades médicas, pues su utilidad es muy amplia y práctica.

Se espera que las aproximaciones en las cuales se basa la MBE cada vez sean mayores en el campo de la parasitología y la medicina tropical, tal como se ha revisado en el presente artículo.

## REFERENCIAS

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. **Evidence based medicine: what it is and what it isn't.** *BMJ* 1996; 312(7023): 71-2.
2. Straus SE, Sackett DL. **Using research findings in clinical practice.** *BMJ* 1998; 317(7154): 339-42.
3. Haynes B, Haines A. **Barriers and bridges to evidence based clinical practice.** *BMJ* 1998;317(7153):273-6.
4. Lonn EM, Yusuf S. **Evidence based cardiology: emerging approaches in preventing cardiovascular disease.** *BMJ* 1999; 318(7194): 1337-41.
5. Moyer VA, Elliott EJ. **Evidence-based pediatrics: the future is now.** *J Pediatr* 2000; 136(3): 282-4.
6. Carruthers D, Sherlock J. **Evidence-based management of ANCA vasculitis.** *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2009; 23(3): 367-78.
7. Teutsch SM. **The evidence for evidence-based public health.** *J Public Health Manag Pract* 2008; 14(2): 92-3.
8. American Diabetes Association. **Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications.** *Diabetes Care* 2002; 25(1): 202-12.
9. Holmes MA. **Philosophical foundations of evidence-based medicine for veterinary clinicians.** *J Am Vet Med Assoc* 2009; 235(9): 1035-9.
10. Walsh NE, Hurley MV. **Evidence based guidelines and current practice for physiotherapy management of knee osteoarthritis.** *Musculoskeletal Care* 2009; 7(1): 45-56.
11. Salinas R, Prasad K, Garner P. **Chile, India: evidence-based tropical medicine.** *Lancet* 1997; 349(Suppl 3): S7-S8.
12. Uhlinger CA. **Evidence-based parasitology in horses.** *Vet Clin North Am Equine Pract* 2007 Aug; 23(2): 509-17.
13. Atallah AN. **Evidence-based medicine in Brazil.** *Sao Paulo Med J* 1999; 117(4): 143-4.
14. Lewiecki EM, Binkley N. **Evidence-based medicine, clinical practice guidelines, and common sense in the management of osteoporosis.** *Endocr Pract* 2009; 15(6): 573-9.
15. Tanjong-Ghgomu E, Tugwell P, Welch V. **Evidence-based medicine and the Cochrane Collaboration.** *Bull NYU Hosp Jt Dis* 2009; 67(2): 198-205.
16. Post RE, Quattlebaum RG, Benich JJ 3rd. **Residents-as-teachers curricula: a critical review.** *Acad Med* 2009; 84(3): 374-80.
17. Eady A, Glasziou P, Haynes B. **Less is more: where do the abstracts in the EBM journal come from?** *Evid Based Med* 2008; 13(1): 3.
18. Haynes B. **Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the "5S" evolution of information services for evidence-based healthcare decisions.** *Evid Based Nurs* 2007; 10(1): 6-7.
19. Khan KS, Kunz R, Kleijnen J, Antes G. **Five steps to conducting a systematic review.** *JR Soc Med* 2003; 96(3): 118-21.
20. Sánchez-Mendiola M. **La medicina basada en evidencias en México: ¿Lujo o necesidad?** *Anales Médicos* 2001; 46(2): 97-103.
21. Staedke SG, Mwebaza N, Kamya MR, Clark TD, Dorsey G, Rosenthal PJ, Whitty CJ. **Home management of malaria with artemether-lumefantrine compared with standard care in urban Ugandan children: a randomised controlled trial.** *Lancet* 2009; 373(9675): 1623-31.
22. Gonzales ML, Dans LF, Martinez EG. **Antiamoebic drugs for treating amoebic colitis.** *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD006085.
23. Abdulla S, Oberholzer R, Juma O, Kubhoja S, Machera F, Membi C, Omari S, Urassa A, Mshinda H, Jumanne A, Salim N, Shomari M, Aebi T, Schellenberg DM, Carter T, Villafana T, Demoitie MA, Dubois MC, Leach A, Lievens M, Vekemans J, Cohen J, Ballou WR, Tanner M. **Safety and immunogenicity of RTS,S/AS02D malaria vaccine in infants.** *N Engl J Med* 2008; 359(24): 2533-44.
24. González U, Pinart M, Rengifo-Pardo M, Macaya A, Alvar J, Tweed JA. **Interventions for American cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis.** *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD004834.
25. Brownson RC, Chiqui JF, Stamatakis KA. **Understanding evidence-based public health policy.** *Am J Public Health* 2009; 99(9): 1576-83.
26. Franco-Paredes C, Santos JI. **Parasitology resources on the World Wide Web: a powerful tool for infectious disease practitioners.** *Clin Infect Dis* 2003; 37(5): 694-701.
27. McKinlay RJ, Cotoi C, Wilczynski NL, Haynes RB. **Systematic reviews and original articles differ in relevance, novelty, and use in an evidence-based service for physicians: PLUS project.** *J Clin Epidemiol* 2008; 61(5): 449-54.
28. Picot S, Olliaro P, de Monbrison F, Bienvenu AL, Price RN, Ringwald P. **A systematic review and meta-analysis of evidence for correlation between molecular markers of parasite resistance and treatment outcome in falciparum malaria.** *Malar J* 2009; 8: 89.
29. Jansen FH, Lesaffre E, Penali LK, Zattera MJ, Die-Kakou H, Bissagnene E. **Assessment of the relative advantage of various artesunate-based combination therapies by a multi-treatment Bayesian random-effects meta-analysis.** *Am J Trop Med Hyg* 2007; 77(6): 1005-9.
30. Pérez-Molina JA, Pérez-Ayala A, Moreno S, Fernández-González MC, Zamora J, López-Velez R. **Use of benznidazole to treat chronic Chagas' disease: a systematic review with a meta-analysis.** *J Antimicrob Chemother* 2009; 64(6): 1139-47.
31. Kim DH, Chung HJ, Bleys J, Ghohestani RF. **Is Paromomycin an Effective and Safe Treatment against Cutaneous Leishmaniasis? A Meta-Analysis of 14 Randomized Controlled Trials.** *PLoS Negl Trop Dis* 2009; 3(2): e381.
32. Brooker S, Hotez PJ, Bundy DA. **Hookworm-Related Anaemia among Pregnant Women: A Systematic Review.** *PLoS Negl Trop Dis* 2008; 2(9): e291.
33. Franco-Ricart C, Rodríguez-Morales AJ. **El Proceso Editorial.** *Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Perez de Leon* 2009; 40(1): 82-95.
34. Alcaino H. **Revista Iberolatinoamericana de Parasitología: Nueva etapa de dos revistas de Parasitología.** *Parasitol Latinoam* 2008; 63(1-2-3-4): 3.

## CIRCUNCISIÓN Y VIH—UN ASUNTO PENDIENTE

LA CIRCUNCISIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO DE VIH, cobró gran importancia en los últimos años a partir de varios estudios observacionales y fue motivo de una extensa revisión en un pasado número de esta revista<sup>1</sup>. El año 2005 estos estudios fueron evaluados por una revisión de la Colaboración *Cochrane*<sup>2</sup>, el cual tomó 37 estudios observacionales en los cuales se evidenció una heterogeneidad en la metodología de los estudios y una variabilidad en la calidad de estos. Por lo que se concluyó que conducir un metaanálisis con los datos hasta ese momento no era apropiado, puesto que aún no se contaba con estudios controlados y aleatorizados, que todavía se hallaban en curso y no habían sido completados. A pesar que los estudios mostraban una asociación entre circuncisión y la prevención de VIH, estos resultados eran confusos—los estudios no eran evaluados o no reportaban variables— y no eran muy consistentes. Por lo tanto, la calidad de la evidencia fue insuficiente para considerar la implementación de la circuncisión como herramienta de prevención en la salud pública.

Por lo tanto, si se pretendía evaluar la potencial eficacia de la circuncisión para la prevención del VIH debía ser determinada por estudios aleatorizados y controlados; fueron dirigidos tres estudios de este tipo. Uno fue el estudio dirigido en Kenia<sup>3</sup> que mostró que la circuncisión proveyó una protección del 53% contra el contagio de VIH entre 2784 varones que participaron en el estudio. El siguiente estudio fue dirigido en Uganda<sup>4</sup>, mostró una protección contra el contagio de VIH del 51% en 4996 varones. El tercero fue dirigido en Sudáfrica<sup>5</sup> que reclutó a 3274 varones y demostró una protección de 60%. A partir de estos resultados el año 2007, la OMS y ONUSIDA

en una declaración concluyeron que la circuncisión reducía el contagio de VIH en un 60% y llamaba a una consulta con expertos para evaluar el uso de la circuncisión como intervención en la salud pública<sup>6</sup>.

Posteriormente se realiza un estudio en Rakai, Uganda<sup>7</sup>, entre los años 2003 y 2007, reclutó a 922 varones entre 15 a 49 años, infectados con VIH asintomáticos y sin circuncidar. Con un recuento de células CD4 de al menos 350  $\mu$ /L. Los varones fueron asignados aleatoriamente a dos grupos, 474 varones para circuncidar y 448 como grupo control sin circuncidar. Además se enrolaron 163 mujeres sin infección por VIH (93 en grupo de intervención y 70 en grupo control), y fueron monitoreados por 6, 12 y 24 meses. Todos los participantes recibieron información sobre la prevención de VIH incluyendo el uso de condón. El estudio fue detenido al encontrarse en las mujeres del grupo de intervención, un mayor porcentaje de contagio de VIH (18%) desde el inicio del estudio, en comparación con las mujeres del grupo control (12%). Por lo tanto los autores concluyeron que la circuncisión no reduce el contagio de VIH a mujeres a los 24 meses del inicio del estudio y recomiendan el uso del condón para la prevención del VIH aún después de la circuncisión. Estos últimos resultados no confirmaron los hallazgos de los estudios predecesores, y en cambio revelaron un aumento de transmisión del VIH. Aunque los anteriores estudios mostraron una disminución del contagio entre varones circuncidados y a sus parejas, este último estudio mostró que la circuncisión no disminuía el contagio a parejas mujeres. Por lo que queda abierto el debate, puesto que hay una gran cantidad de estudios observacionales que muestran que la circuncisión en varones previamente sanos disminuye el porcentaje de contagio; aún nos queda la duda si este representa algún beneficio real para evitar el contagio en la

mujer. Asunto que no será sencillo esclarecer debido que realizar estudios aleatorizados que abarquen este tema son difíciles de abordar considerando el punto de vista ético.

### Zuan P. Copana-Olmos

Estudiante de 4º año de Medicina, Directora editorial—Rev Cient Cienc Med, Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba, Bolivia

### Alvaro Beckrich del Carpio

Estudiante de 5º año de Medicina, Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba, Bolivia

### Correspondencia a:

Zuan P. Copana Olmos

Correo electrónico: zaire\_200\_@hotmail.com

### Referencias

1. Mamani-Ortiz Y, Martínez-Vergara JL, Choque-Ontiveros C. **La circuncisión masculina como mecanismo de prevención de la transmisión del VIH.** *Rev Cient Cienc Med* 2009; 12(1): 39–44.
2. Siegfried N, Muller M, Deeks J, Volmink J, Egger M, Low N, et al. **HIV and male circumcision—a systematic review with assessment of the quality of studies.** *Lancet Infect Dis* 2005; 5(3): 165–73
3. Bailey RC, Moses S, Parker CB, Agot K, Macelean I, Krieger JN, et al. **Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial.** *Lancet* 2007; 369(9562): 643–56.
4. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, Nalugoda F, et al. **Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial.** *Lancet* 2007; 369(9562): 657–66.
5. Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, Puren A. **Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial.** *PLoS Med* 2005; 2(11): e298.
6. WHO. **WHO and UNAIDS announce recommendations from expert consultation on male circumcision for HIV prevention.** 2007. [citado el 20 de Septiembre de 2009] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr10/en/index.html>
7. Wawer MJ, Makumbi F, Kigozi G, Serwadda D, Watya S, Nalugoda F, et al. **Circumcision in HIV-infected men and its effect on HIV transmission to female partners in Rakai, Uganda: a randomised controlled trial.** *Lancet* 2009; 374(9685): 229–37

# VIH: Transmisión Vertical y Síndrome Neurológico en Infantes

## VIH: Vertical Transmission and Neurological Syndrome in Infants

Jean Paul Astrulla Santa Cruz<sup>1</sup>, Boris A. Blanco Cáceres<sup>2</sup>, Dr. Carlos Eróstegui Revilla<sup>3</sup>

### RESUMEN

La epidemia del VIH/SIDA dejó de ser una enfermedad exclusivamente de homosexuales, para convertirse en una enfermedad que ataca al ser humano sin distinción de raza, sexo o edad. El sexo femenino está cada vez más expuesto a la infección y es capaz de transmitir el VIH a su hijo si no hay una intervención terapéutica adecuada en el período de gestación. Se han descrito tres tiempos en los cuales la transmisión vertical puede ocurrir: transmisión intraútero, transmisión intraparto, transmisión post parto vía lactancia materna. Dentro las complicaciones que presenta la transmisión madre-niño, del VIH, se presentan alteraciones neurológicas, estas pueden ser muy acentuadas y la primera manifestación es una franca detención en la evolución del crecimiento, a ello se asocia un notable retraso en el desarrollo psicomotor y pronto se establecen los síndromes de las grandes vías, que se expresan por: rigidez extra piramidal, ataxia, síndrome piramidal. Presentamos el caso clínico, de un infante de 4 meses de edad VIH positivo, transmitido de forma vertical, con neumonía, asociada a una protuberancia a nivel cefálico en la región frontal. El mismo paciente fue tratado con medidas de sostén y recuperación.

### ABSTRACT

The epidemic of the VIH/SIDA stopped being a disease exclusively of homosexual to turn into a disease that attacks the human being without distinction of race, sex or age. The feminine sex is increasingly exposed to the infection and is capable of transmitting the VIH to her are if there is no a therapeutic intervention adapted in the period of gestation. They have been described three times in which the vertical transmission can happen: Transmission Intraútero, Transmission Intraparto, Transmission post divide route mother lactation. Inside the complications that mother presents the transmission - child of the VIH appear neurological alterations, these can be very marked and the first manifestation is a Franc detention in the evolution of growth, with it a notable delay is associated in the psychomotor and prompt development there are established the syndromes of the big routes, which express for: Inflexibility extrapiramidal, Ataxia, Pyramidal Syndrome. Let's sense beforehand the clinical case, of a childhood of 4 months of age positive VIH, transmitted of vertical form, with pneumonia associated with a protuberance with cephalic level in the frontal region. The same patient who was treated with happened of support and recovery.

### INTRODUCCIÓN

La epidemia del VIH/SIDA ataca al ser humano sin distinción de raza, sexo o edad. Estadísticas para finales del 2007 indican que aproximadamente 33 millones de personas viven con VIH, el virus que causa el SIDA. Cada año, aproximadamente 2,7 millones de personas se infectan con VIH y 2 millones mueren de SIDA<sup>1</sup>. Dentro este grupo de personas infectadas se encuentra la mujer quien es capaz de transmitir el VIH a su hijo de forma vertical, si no hay una intervención terapéutica adecuada en el período de gestación. Una vez instaurada la transmisión vertical, de acuerdo al estudio de Moroni et al<sup>2</sup>, la enfermedad dejada a su curso natural puede tener dos tipos de evolución: un curso rápido que se observa en 20% de los niños en el cual las manifestaciones clínicas e inmunológicas del SIDA se presentan antes

del año de vida (curso rápido), con fallecimiento a causa de las complicaciones asociadas entre el primer y cuarto año de vida. Un segundo grupo de niños tiene un curso más lento, con supervivencia de 75% al quinto año de vida, y una sobrevida promedio total de 9-10 años.

Se han descrito tres tiempos en los cuales puede ocurrir la transmisión vertical: **transmisión intraútero**: el virus se ha detectado en el tejido fetal y en el tejido placentario, desde el primer trimestre de gestación, lo cual sugiere rol patogénico en la transmisión in utero. El test virológico es positivo en las 48 horas de vida. **Transmisión intraparto**: este tipo de transmisión ocurre ante la exposición a sangre materna o secreciones genitales infectadas. El niño tiene un test virológico negativo durante la primera semana

<sup>1</sup>Estudiantes de 1<sup>er</sup> año de Medicina, Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba, Bolivia

<sup>2</sup>Estudiantes de 4<sup>to</sup> año de Medicina, Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba, Bolivia

<sup>3</sup>Docente de la cátedra de Fisiología, Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba, Bolivia

Correspondencia a:  
Boris A. Blanco Cáceres  
thonybbc@hotmail.com

**Palabras claves:** VIH, síndrome neurológico

**Keywords:** HIV, transmission, neurological syndrome

Abreviaturas utilizadas en este artículo:

TAC = Tomografía axial computarizada

SNC = Sistema nervioso central

Recibido para publicación:

20 de Agosto de 2009

Aceptado para publicación:

15 de Octubre de 2009

Citar como:

Rev Cient Cienc Med 2009; 12(2): 43-5